

ЛЕПЕШЕВ Д.В.
ДОСКЕНОВА Д.А.
ОРАЗБАЕВА К.О.

Аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету: психодиагностикадан коррекциялық жұмысқа дейін

Оқу-құралы



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖОҒАРЫ БІЛІМ
МИНИСТРЛІГІ
Ш. УАЛИХАНОВ АТЫНДАҒЫ КӨКШЕТАУ УНИВЕРСИТЕТІ ҚЕАҚ
ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ИНСТИТУТЫ
ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ**

**ЛЕПЕШЕВ Д.В.
ДОСКЕНОВА Д.А.
ОРАЗБАЕВА К.О.**

Аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету: психодиагностикадан коррекциялық жұмысқа дейін

Оқу-құралы

Көкшетау, 2026

Қазақстан Республикасының жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарында «031-Әлеуметтік ғылымдар» кадрларды даярлау бағыты бойынша білім алушыларға оқу құралы ретінде ұсынылады (25.02.2026 ж. «Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті» КеАҚ жанындағы Оқу-әдістемелік бірлестік мәжілісінің № 25-15-24 хаттамасы).

Рецензеттер:

Қукубаева А.Х. – психология ғылымдарының докторы, профессор

Аксақалова Ж.К. - Абай атындағы ҚҰПУ псих.ғ.к. Педагогика және психология кафедрасының қауымдастырылған профессоры

Стукаленко Н.М. –педагогика ғылымдарының докторы, профессор

Л48 Лепешев Д.В., Доскенова Д.А., Оразбаева К.О. «Аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету: психодиагностикадан коррекциялық жұмысқа дейін» пәні бойынша оқу құралы, білім беру бағыты: 6В031 – Әлеуметтік ғылымдар: БББ «6В03101 – Психология»; 6В011 – Педагогика және психология: БББ «6В01101 – Педагогика және психология», БББ «6В01103 – Психология ІР». Оқу құралы. Ш. Уәлиханов атындағы Көкшетау университеті – Көкшетау, 2026. – 456 бет.

Оқу-құралы «Аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету: психодиагностикадан түзету жұмыстарына дейін» АСБ бар балалармен жұмысты ұйымдастыру саласындағы кәсіби білім сапасын кеңейтуге бағытталған. Сондай-ақ ұсынылған материалда аутизм спектрі бұзылған балалармен мінез-құлық психологінің жұмысында мінез-құлық психотерапиясы бойынша теориялық білімді жетілдіруге арналған лекциялар, семинарлар, пайдаланылған заманауи дереккөздер тізімі толығымен берілген.

Ұсынылған оқу құралда тәжірибеде теориялық білім сапасын тәуелсіз бағалауға және осы санаттағы балаларды қолдауға арналған практикалық негіздер мен тапсырмалар берілген.

ISBN 978-601-261-681-1



МАЗМҰНЫ

Қысқартулар мен аббревиатуралар тізімі	6
Кіріспе	7
1. Модуль. (АСБ) Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін психолог тәжірибесіндегі мінез-құлық психотерапиясының негіздері.	9
1. Мінез-құлық терапиясының жалпы сипаттамасы.	9
2. Мінез-құлық терапиясының теориялық негіздері. Классикалық шартталуы. Аспаптық немесе оперантты шартталу. Әлеуметтік үйрену.	14
3. Жүйелі десенситизациясы. Танымдық қайта құрылымдау. Өзін-өзі бақылау процедуралары. Жоюға негізделген әдістер. Модельдеу. Позитивті нығайту. Жиренішті тудыру техникасы. Жаза. Өзін-өзі бақылау процедуралары.	33
4. Мінез-құлық терапиясын қолдану. Аутизм бұзылысы бар балалардың мінез-құлқын түзету. Мінез-құлық терапиясының тактикасы. АСБ бар балалармен жұмыс істеудегі мінез-құлық терапиясын қабылдау мен техникасы. Науқастардың халықаралық жіктемесі НХЖ-10: Жалпы даму бұзылыстары F84. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балаларды психологиялық тексеруді ұйымдастыру және жүргізу. АСБ бар балаларды диагностикалаудағы қиындықтар және функционалдық салдарлары.	43
5. АСБ терапиясындағы мінез-құлық тәсілдерінің жіктелуі. Қолданбалы мінез-құлық талдауы немесе АВА әдісі. Таңдау кезінде ескеру қажет факторлар АСБ түзету тәсілі. PRT (Pivotal Responce Treatment) негізгі қалпына келтіру емі – негізгі оқыту/кілттік дағдыларды/реакциялар. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) балаларға білім беруге мүмкіндік беретін бағдарлама аутизммен ауыратын және ерекше қажеттіліктері бар балалар. Эмоционалды-деңгейдегі тәсіл. Эмоционалды-мағыналық тәсіл. Tomatis. Холдинг-терапия.	55
2. Модуль. (АСБ) Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балалардың психофизиологиялық және жас ерекшеліктері	73
1. Аутизм спектрінің бұзылыстарының түсінігі және сипаттамасы.	73
2. АСБ зерттеулерінің тарихи контексті. Анықтамалар мен жіктеулер АСБ көрінісі АСБ эпидемиологиясы.	80
3. Аутизмнің даму себептері. АСБ психологиялық теориялары. Психикалық модель теориясы. Орталық когеренттілік теориясы. Атқарушы функция теориясы Әлеуметтік танымдық теория Айна нейрондық теориясы. Аутизм этиологиясына нейробиологиялық көзқарас.	86
4. АСБ этиологиясы. АСБ генетикалық архитектурасы. АСБ қоршаған орта архитектурасы. АСБ-ның гендік-орталық архитектурасы. Онтогенездегі АСБ бар балалардың	93

	психофизиологиялық даму ерекшеліктері Диснейроонтогенез.	
5.	Мидың атипті дамуы және АСБ тудыратын неврологиялық бұзылулар. Конволюциялардың атипикалық қалыптасуы (гирификация). Атипті белсендіру және функционалдық байланыс Биомаркерлер.	103
6.	Есту, сөйлеу және көру мүшелерінің анатомиясы, физиологиясы және патологиясы.	107
7.	Нормадағы және патологиядағы базальды эмоционалды реттелу құрылымы. Соматосенсорлық, практикалық және гностикалық функциялардың қалыптасуын салыстырмалы талдау.	127
8.	Аутизм спектрі бұзылған баланың сенсорлық-перцептивті профилін анықтау. Аутизм спектрінің бұзылыстарының жіктелуі.	144
9.	Аутизм спектрі бұзылған науқастардың клиникалық сипаттамасы. Аутизм спектрі бұзылған науқастардың клиникалық-нозологиялық сипаттамасы.	152
10.	Аутистикалық бұзылыстары бар балаларды зерттеу әдістері.	160
11.	Аутизм спектрінің бұзылуын қалыптастырудағы биологиялық факторлардың рөлі. Аутизм спектрінің бұзылуының пайда болуының конституциялық және тұқым қуалайтын факторлары. Аутизм спектрінің бұзылуын қалыптастыру үшін микроэлементтік факторлардың маңызы.	165
	3. Модуль. АСБ балалармен психодиагностикалық жұмыс	175
1	Аутизм спектрі бұзылған балалармен жүргізілетін психодиагностикалық жұмыстың құрылымы мен мазмұны. Мақсаттар мен міндеттер.	175
2	АСБ бар балаларды психодиагностикалық тексеруді жүргізудің негізгі тәсілдері, әдістері мен технологиясы (кезеңдері, ұйымдастыру талаптары). Субъектілерді тексеру.	179
3	АСБ бар балаларды ерте скринингтен өткізу. Тәуекел топтарын анықтау	194
4	АСБ диагностикасы: диагнозды анықтау және нақтылау. Дифференциалды диагностика.	202
5	Психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңесте балалық аутизмнің диагностикасы.	214
6	АСБ психологиялық диагностикасының әдістері.	218
7	АСД бар балалардың мінез-құлқын қолданбалы талдау әдістері.	223
8	Қоршаған ортаның кеңістіктік-уақыттық сипаттамаларын қабылдау және ассимиляциялау ерекшеліктері	229
9	Психодиагностикадағы кәсіби және этикалық стандарттар.	235
	4. Модуль. Аутизм спектрі бұзылған балалармен мінез-құлық психологының түзету-дамыту жұмысы (АСБ)	243
1	Түзету дамыту жұмыстарының теориялық және әдістемелік негіздері. Диагностикалық негізде түзету-дамыту жұмыстарын ұйымдастыру.	243
2	Аутизммен ауыратын балалардың клиникалық-психологиялық ерекшеліктері. Аутизмі бар балаларды психологиялық-педагогикалық жүйелеу.	249

3	АСБ түзетудің негізгі тәсілдері: құрылымдық деңгей, эмоционалдық деңгей және басқа тәсілдер. Түзету стратегиясын таңдау факторлары.	257
4	АСБ бар балаларға оперантты оқыту. Аутизмі бар балаларда сенсорлық интеграцияны дамыту	271
5	АСБ бар балаларды түзетудің негізгі және көмекші әдістері	284
6	Аутизмі бар балалардың коммуникативтік және әлеуметтік құзыреттіліктерін дамыту. АСБ бар балалардың проблемалық мінез-құлқын түзету	289
7	Объектілік-манипуляциялық әрекетті дамыту. Жалпы және ұсақ моториканы дамыту.	297
8	АСБ бар баланың зейінін, есте сақтауын, сөйлеуін және ойлауын дамыту	307
9	Өзіне-өзі қызмет көрсету жұмыстарының әртүрлі түрлерін қалыптастыру	318
10	АСБ бала тәрбиелеп отырған отбасымен жұмыс.	326
11	АСБ бар балаларға арналған жеке білім беру бағдарламасын құрастыру	335
	5. Модуль. Білім беру ұйымдарында аутизм спектрі бұзылған (АСБ) балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету	347
1	Инклюзивті білім беру жағдайындағы АСБ бар балалардың психологиялық-педагогикалық сипаттамасы.	347
2	Аутизм спектрі бұзылған балаларға арналған ғылыми негізделген тәжірибелер	361
3	Аутизм спектрі бұзылған балаларды оқыту мен тәрбиелеуге арналған экологиялық ресурстар	368
4	АСБ бар оқушыны оқу үдерісіне және әлеуметтік өзара әрекеттесуге қосу	376
5	Аутизм спектрі бұзылған балаларға кешенді қолдау көрсету: негізгі теориялық негіздері және ұйымдастырушылық аспектілері.	388
6	АСБ бар балаларға жан-жақты қолдау көрсету кезеңдерінде әлеуметтік-коммуникативтік дағдыларды қалыптастыру, бала мен ересектер және құрдастар арасындағы қарым-қатынасты дамыту бойынша педагог-психологтың жұмыс бағыттары.	395
7	Аутизм спектрі бұзылған балалардың үздіксіз білім алуын кешенді қолдау процесіндегі диагностика.	404
8	Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін мұғалімдерге қолдау көрсету	408
9	Аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарына үздіксіз білім беру жағдайында қолдау көрсету.	415
	Оқу кейстер	428
	Қорытынды	432
	Глоссарий	434
	Пайдаланылған әдебиеттер тізімі	437
	Өзіндік тест жауаптары	444

Қысқартулар мен аббревиатуралар тізімі

- ABA (Applied Behavior Analysis) – мінез-құлықты қолданбалы талдау
- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) – аутизмді диагностикалауға арналған байқау шкаласы
- ASD / PAC – аутизм спектрінің бұзылуы
- BOS – негізгі операциялық жүйе (мінез-құлық терапиясы контекстінде)
- DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5-ші басылым (Психикалық бұзылулардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығы)
- ICD-11 – *International Classification of Diseases*, 11-ші қайта қаралған басылым (Аурулардың халықаралық классификациясы)
- ЖБББ – жеке білім беру бағдарламасы
- ТПБ – түзету-педагогикалық бағдарлама
- МРБ – магнитті резонансты бейнелеу
- ОШ – оперантты шарттау
- ПМПК – психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес
- ППҚ – психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету
- БЭН – бастапқы эвристикалық нұсқа (диагностикада)
- ЕБТ – ерте балалардың танымдық (ойлау, есте сақтау, зейін) бейінін дамыту
- НЖГБ – назардың жетіспеушілігінен гиперактивтілігінің бұзылуы
- БАС – балалық шақтағы аутизм синдромы
- БСЫ – балалардың сенсорлық ыдырауы
- ОЖЖ – орталық жүйке жүйесі
- СПП – сенсорлық-перцептивті профиль
- ТЕАССН (TEACCH) – аутизм және коммуникация бұзылыстары бар балаларға арналған терапия және оқыту жүйесі (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*)
- ТТ- техникалық тапсырма ОЖЖ – орталық жүйке жүйесі
- ЭДТ – эмоционалды деңгейдегі терапия

КІРІСПЕ

Қазақстан Республикасының заманауи білім беру жүйесі білім алушылардың барлық санаттары, оның ішінде ерекше білім беру қажеттіліктері бар балалар үшін сапалы білімге тең қолжетімділікті қамтамасыз етуге бағытталған. Студенттердің ең күрделі және өзекті санаттарының бірі – аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) бар балалар, олардың даму ерекшеліктері оқытуға, тәрбиелеуге және қолдауға мамандандырылған тәсілдерді талап етеді. Осындай жағдайларда психологиялық-педагогикалық қолдаудың ғылыми негізделген жүйесін құру және енгізу қажеттілігі артып отыр және осы санаттағы балалардың тиімді әлеуметтенуін, білім алуын және дамуын қамтамасыз етуге қабілетті.

Оқу пәнінің тақырыбының өзектілігі мен маңыздылығы ғылыми және де анықталады, сондай-ақ АСБ бар балаларды диагностикалау, түзету және қолдау көрсетудің заманауи технологияларын меңгерген мамандарды кешенді оқытудың практикалық қажеттілігі. Курстың практикалық маңыздылығы аутизмі бар балалармен тиімді жұмыс олардың психофизиологиялық, мінез-құлық және танымдық ерекшеліктерін терең түсінбейінше мүмкін емес.

Ғылыми-идеологиялық маңыздылық Қазақстан Республикасының білім беру саясатының барлық студенттердің тең мүмкіндіктері мен әлеуметтік интеграциясын қолдайтын инклюзивті ортаны құруға ұмтылуынан көрінеді.

Оқу пәнінің пәндік сипаттамасы:

а) **Теориялық негіз.** Оқу пәнінің мақсаты студенттерде АСБ бар балаларды қолдаудың психологиялық-педагогикалық механизмдері туралы тұтас түсінікті қалыптастыру, сонымен қатар диагностика, түзету-дамыту жұмыстарын жүргізу үшін қажетті кәсіби құзыреттіліктерді қалыптастыру болып табылады. Оқу-құралының нысаны – аутизм спектрі бұзылған балалар, пәні – психологиялық-педагогикалық әдістер, технологиялар және көмекші құралдар. Әдістемелік негізі мінез-құлық психотерапиясы, қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА), танымдық-мінез-құлық және дамыту тәсілдерін біріктіру болып табылады. Негізгі категориялар: «аутизм», «инклюзия», «мінез-құлық терапиясы», «сенсорлық интеграция», «әлеуметтік коммуникация», «диагностика» және т.б.

б) **Тарихи көзқарас.** Аутизмді зерттеу ХХ ғасырдың ортасында Л.Каннер мен Г.Аспергердің еңбектерінен басталды. Уақыт өте келе АСБ табиғаты туралы көзқарастар психоаналитикалық модельдерден нейробиологиялық және танымдық-мінез-құлық тұжырымдамаларына дейін дамыды. Заманауи зерттеулер, соның ішінде Саймон Барон-Козеннің (ақыл-ой теориясы), Юты Фриттің (орталық когеренттілік теориясы) жұмыстары, сондай-ақ айна нейрондары мен сенсорлық дисрегуляцияны зерттеу АСБ-ны көп деңгейлі нейробиологиялық бұзылыс ретінде қарастыруға мүмкіндік береді. Қолдау тәжірибесінің дамуы қатар жүрді: оқшауланған медициналық тәсілдерден психологиялық-педагогикалық қолдаудың көп факторлы жүйесіне дейін. Қазақстанда отандық зерттеушілер білім беру жүйесін реформалау аясында

халықаралық тәжірибені белсенді енгізу де инклюзивті білім беруді дамытуға және АСБ бар балаларды қолдауға маңызды үлес қосуда.

в) **Әдістемелік ерекшелік.** Пәнді оқу жалпы, даму және арнайы психология, педагогика, анатомия және физиология, сонымен қатар дефектология бойынша негізгі курстарды меңгеру кезінде алынған білімге сүйенуді талап етеді. Курс нейроғылымы, қолданбалы психология, коррекциялық педагогика және психотерапия деректерін біріктіреді. Нұсқаулық шеңберінде білімді меңгеру теориялық негіздерін кезең-кезеңімен зерделеуді, одан кейін психодиагностикалық әдістерге, түзету тәжірибесіне және білім беру ортасында қолдау стратегияларына көшуді көздейді. Пәнаралық байланыстарға ерекше назар аударылады: мамандар – педагогтар, психологтар, логопедтер, арнайы білім беру мұғалімдері және әлеуметтік қызметкерлер арасындағы өзара әрекеттестік. Қиын, бірақ негізгі тақырыптардың арасында АСБ этиологиясын түсіну, жеке түзету бағдарламаларын әзірлеу, сенсорлық бұзылулармен жұмыс істеу және әлеуметтік дағдыларды дамыту болып табылады. Пәнді меңгерудің тиімділігі кейстерді, диагностикалық алгоритмдерді, мінез-құлық терапиясының әдістерін, сонымен қатар тәжірибеге бағытталған тапсырмаларды қолданумен қамтамасыз етіледі.

Оқу материалымен жұмыс істеу әдістері. Курсты жүйелі және терең меңгеру үшін келесі тәсіл ұсынылады:

1. мінез-құлық терапиясының теориялық негіздерінен бастап модульдерді тізбектеп зерттеу;
2. диагностикалық әдістерді оқу-тәжірибелік қызметте қолдану;
3. кейстермен, практикалық мысалдармен және өзін-өзі бағалауға арналған тапсырмалармен жұмыс;
4. нұсқаулықта берілген әдістемелік ұсыныстар мен кестелерді пайдалану;
5. әрбір модульде ұсынылатын құрылымдар мен қолдау алгоритмдерін талдау;
6. АСБ бар балаларды қолдау бағдарламаларын әзірлеуге бағытталған жеке және топтық жобаларды қалыптастыру;
7. тұжырымдамалық аппаратты кеңейту үшін ұсынылып отырған глоссарий мен ғылыми әдебиеттерді белсенді қолдану.

Ұсынылған оқу құралының модульдік құрылымы бар, ол АСБ бар балаларды қолдаудың барлық циклін қамтиды – теориялық негіздерден бастап инклюзивті білім беру ортасында өзара әрекеттесу тәжірибесіне дейін. Әрбір модуль алдыңғысының логикалық жалғасы болып, кәсіби құзыреттіліктерді кезең-кезеңмен дамытуға жағдай жасайды. Презентация құрылымы теориялық бөлімдерді, тәжірибелердің сипаттамасын, материалды қабылдаудың жеңілдігін және оны кәсіби қызметте қолдануды қамтамасыз ететін жұмысты ұйымдастыру бойынша ұсыныстарды қамтиды. Мазмұнды меңгеру білім беру ортасында АСБ бар балаларды қолдау жағдаяттарын талқылауға, талдауға және модельдеуге студенттерді белсенді қатыстырған кезде тиімді болады. Бұл нұсқаулық инклюзивті білім беру мамандарының кәсіби даярлығы үшін негіз ретінде де, практикалық құрал ретінде де қызмет етуге арналған.

Модуль 1. (АСБ) Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін психолог тәжірибесіндегі мінез-құлық психотерапиясының негіздері.

Аннотация: Модуль аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істеуде қолданылатын мінез-құлық психотерапиясының негіздерін қамтиды. Кілттік теориялық негіздер ұсынылған, техникалық процедуралар және практикалық әдістер, соның ішінде классикалық және оперантты шарттау, сондай-ақ қолданбалы мінез-құлық талдау әдістері ұсынылған. АСБ бар балалардың қажеттіліктеріне мінез-құлық тәсілін бейімдеуге және мінез-құлық әдістерін жіктеу жүйелеріне ерекше назар аударылады.

Күтілетін оқу нәтижелері

Модульді аяқтағаннан кейін студент білуі керек:

- *Мінез-құлық терапияның негізгі теориялық принциптерін сипаттаңыз.*
- *Шарттандыру мен оқытудың негізгі механизмдерін түсіндіріңіз.*
- *Мінез-құлық терапиясының техникалық процедураларын атап және түсіндіріңіз.*
- *АСБ бар балалармен жұмыс жасағанда мінез-құлық терапиясының принциптерін қолдану.*
- *Мінез-құлық тәсілдерін салыстырыңыз: АВА, PRT, TEACCH, дамытушылық тәсіл және т.б.*
- *АСБ бар балаларды тексеруді ұйымдастыру ерекшеліктерін талдаңыз.*

1-Дәріс. Мінез-құлық терапиясының жалпы сипаттамасы.

1.1. Мінез-құлық терапиясының жалпы сипаттамасы

Мінез-құлық терапиясының оны басқа терапевтік тәсілдерден ерекшелейтін екі негізгі ерекшелігі бар .

Бірінші ерекшелігі: мінез-құлық терапиясы психикалық аурудың психодинамикалық моделінен айтарлықтай ерекшеленетін оқыту моделіне негізделген. *Екінші ерекшелігі:* ғылыми әдісті қатаң сақтау. Осы екі негізгі ережеден мыналар шығады [1]:

1. Мінез-құлық терапиясы тұрғысынан бұрын ауру немесе олардың белгілері ретінде қабылданған патологиялық мінез-құлықтың көптеген жағдайлары мазасыздық реакциялары, жыныстық ауытқулар және мінез-құлық бұзылыстары сияқты патологиялық емес «өмірлік мәселелерді» білдіреді.
2. Патологиялық мінез-құлық негізінен жүре пайда болады және қалыпты мінез-құлық сияқты механизмдермен қамтамасыз етіледі. Оны мінез-құлық әдістерін қолдану арқылы емдеуге болады.
3. Мінез-құлық диагностикасы бұрынғы тәжірибені талдауға қарағанда, қазіргі мінез-құлықтың детерминанттарын анықтауға көбірек бағытталған.

4. Мінез-құлық диагностикасының айрықша ерекшелігі оның нақтылығы болып табылады: адамды нақты жағдайда оның мінез-құлқын бағалау арқылы жақсы түсінуге болады.
5. Емдеу мәселесі алдын ала талдауды және оның құрамдас бөліктерін анықтауды талап етеді, содан кейін жүйелі түрде мінез-құлық процедураларына ұшырайды.
6. Емдеу стратегиялары әр мәселеге және әр адамға жеке әзірленеді.
7. Мінез-құлықтың өзгеруіне жету үшін психологиялық мәселенің (психогенездің) шығуын түсіну қажет емес.
8. Мәселелеік мінез-құлықты өзгертудегі сәттілік оның себептерін білуді білдірмейді.
9. Мінез-құлық терапиясы ғылыми көзқарасқа негізделген, ол мынаны білдіреді: біріншіден, ол эксперименталды түрде тексеруге болатын нақты тұжырымдамалық негізге сүйенеді; екіншіден, терапия эксперименталды клиникалық психология әдістеріне сәйкес келеді; үшіншіден, қолданылатын әдістер объективті түрде өлшенетін немесе қайталанатындай дәл сипатталуы мүмкін; төртіншіден, терапевтік әдістер мен тұжырымдамалар эксперименталды бағалауға жарамды.

1.2. Мінез-құлық терапиясының мақсаттары

Мінез-құлық терапиясы емделушіге түзетуші оқыту тәжірибесі деп аталатын нәрсеге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Бұл тәжірибелерге күресудің жаңа дағдыларын дамыту, қарым-қатынас қабілеттерін жақсарту, бейімделмейтін үлгілерді жеңу және деструктивті эмоционалдық қақтығыстарды шешу кіреді. Қазіргі мінез-құлық терапиясында мұндай түзетуші оқыту тәжірибесі мінез-құлық реакцияларының тар ауқымын өзгертумен шектелмей, танымдық, аффективтік және мінез-құлық салаларында елеулі өзгерістерге әкеледі.

Түзетуші оқыту тәжірибесі сабақ барысында да, олардың арасындағы үзілістерде де жүзеге асырылатын әртүрлі мінез-құлық стратегиялары арқылы қол жеткізіледі. Оқу үдерісі мұқият құрылымдалған. Мінез-құлық тәсілдерінің ерекшеліктерінің бірі емдік сеанстар арасындағы науқастың шынайы өмірдегі жоғары белсенділігі болып табылады. Науқастарды ұсынылады, мысалы, релаксация жаттығуларымен айналысуға, күнделікті калорияны тұтынуды бақылауға, әртүрлі өзін-өзі растайтын әрекеттерге баруға, алаңдаушылық тудыратын жағдайларға тап болуға және мәжбүрлі рәсімдерден бас тартуға шақырылады [2].

Дегенмен, мінез-құлық терапиясы терапевттің науқастың оның сенімі мен мінез-құлқын өзгертуіне әсер ететін бір жақты үдерісі емес. Ол терапевт пен науқастың динамикалық өзара әрекетін қамтиды, мұнда табысқа жетудің негізгі факторы науқастың мотивациясы болып табылады. Өзгерістерге қарсы тұру және мотивацияның болмауы көбінесе емдеудің сәтсіздігіне әкеледі.

1.3. Сәйкестендіру және бағалау мәселелері

Мінез-құлық терапиясы науқастың мәселесін анықтаудан және түсінуден басталады. Терапевт науқастың бұзылуы туралы, оның пайда болуы, ауырлығы және жиілігі туралы толық ақпаратты жинауға тырысады. Науқас проблеманы жеңу үшін не істегенін, оның жағдайын қалай қабылдайтынын және бұрын терапевттермен кеңескенін білу маңызды. Науқас үшін қиын және ыңғайсыз болуы мүмкін бұл сұрақтарға жауап беру үшін терапевт алдымен сенім мен түсіністік қарым-қатынасын орнатады. Бұл үдерісте терапевт мұқият тыңдайды және эмпатияға ұмтылады.

Содан кейін терапевт бейімделмеген ойларды, сезімдерді және мінез-құлықтарды сақтайтын нақты жағдайлар мен тұлғалық факторларды анықтау үшін мәселенің функционалды талдауын жүргізеді. Ағымдағы факторларға бұл назар аудару науқастың бұрынғы тәжірибесін ескеруді жоққа шығармайды, олар ағымдағы проблемаларға әсер ететін дәрежеде ғана маңызды.

Мінез-құлық сұхбатында терапевт «неге» деген сұрақтарды сирек пайдаланады (мысалы, «Неліктен көпшіліктің арасында болудан қорқасыз?»). «Қалай», «қашан», «қайда» және «не» деп басталатын сұрақтар пайдалырақ, өйткені олар науқастың ағымдағы мәселелерін сақтайтын жеке және жағдайлы айнымалыларды анықтауға көмектеседі. Терапевт, ең алдымен, науқастың ойлары, қиялдары және сезімдері туралы өзіндік есептеріне сүйенеді, өйткені бұл есептер мінез-құлықтың сенімді көрсеткіштері болып табылады.

Науқастың нақты жағдайларда реакциясын бағалау әдістерінің бірі проблемалық жағдайды символдық жаңғырту болып табылады. Оқиғаны жай сипаттаудың орнына пациенттен оның қазіргі сәтте болып жатқанын елестету сұралады. Бұл жағдайда пациент ойына келген кез келген ойды сөзбен жеткізеді, бұл белгілі бір оқиғалармен байланысты нақты ойларды анықтауға көмектеседі.

Науқастың реакциясын бағалаудың тағы бір әдісі рөлдік ойын болып табылады, онда пациент жағдайды жай сипаттап немесе елестетуден гөрі оны орындайды. Бұл әдіс әсіресе тұлға аралық проблемаларды бағалау үшін тиімді. Терапевт жағдай біршама жасанды болуы мүмкін болса да, проблемалық мінез-құлық үлгісін алу үшін науқаста проблемалары бар адамның рөлін алады. Егер терапевт ерлі-зайыптылармен жұмыс жасаса, ол екі серіктесті де қиын мәселелерді талқылауға шақыра алады, бұл олардың тұлғааралық дағдыларын және жанжалдарды шешу қабілетін бақылауға және бағалауға мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылау да мінез-құлықты бағалаудың маңызды әдісі болып табылады. Пациенттер нақты оқиғаларды немесе психологиялық реакцияларды жазып, егжей-тегжейлі күнделіктерін жүргізеді. Мысалы, артық салмағы бар науқастарға күнделікті калория тұтынуын, физикалық белсенділік күш-жігерін қадағалап, тамақ ішу немесе шамадан тыс тамақтану жағдайларын атап өту ұсынылады. Бұл олардың проблемаларымен байланысты мінез-құлық үлгілерін анықтауға көмектеседі.

Табиғи жағдайда науқастың мінез-құлықты бақылау ең құнды бағалау әдістерінің бірі болып табылады. Осы мақсатта, мысалы, мектептерде немесе емханаларда, балалармен және ауруханаға жатқызылған науқастармен қолданылатын арнайы

процедуралар әзірленді. Ата-аналар, мұғалімдер және тәрбиешілер мінез-құлық талдауын бақылауға және жүргізуге және пациенттің проблемалық мінез-құлықты түзету үшін өз мінез-құлықты қалай өзгертуге үйретеді [3].

Соңында, мінез-құлық терапевттері психологиялық тестілеуді пайдаланады, бірақ жеке тұлғаның ерекшеліктері теориясына негізделген стандартталған психодиагностикалық тесттерді пайдаланбайды. ММРІ сияқты сынақтар пациенттің жеке басы туралы жалпы түсінік бере алады, бірақ мінез-құлықты функционалды талдау немесе терапиялық стратегияны әзірлеу үшін қажетті ақпаратты бермейді. Проективтік тесттер психодинамикалық теорияға сүйенетіндіктен және дәлелденген негізділігінің жоқтығынан бас тартылады. Төменде ең көп таралған мінез-құлық терапиясының әдістері берілген.

1.4. Мінез-құлық психотерапияның сипатты ерекшеліктері

Мінез-құлық психотерапиясын дамытудың қазіргі тенденциялары клиенттің әлеуметтік құзыреттілігін арттыруға, оның мінез-құлық репертуарын кеңейтуге және теріс немесе қате ойлау үлгілерін жоюға баса назар аударуды көрсетеді. Бұл бағыт емдік емес, гуманитарлық сипатта. Дегенмен, осыған байланысты мінез-құлық психотерапиясы ғылым және тәжірибе ретінде психотерапияның жалпы даму сызығын ұстанады.

Сонымен бірге мінез-құлық психотерапиясын дербес түр ретінде қарастыруға және оны осы кітапта бөлек қарастыруға мүмкіндік беретін түбегейлі айырмашылықтар бар [4].

Мінез-құлықты өзгертуге назар аударыңыз.

Мінез-құлық психотерапиясының негізгі ерекшеліктерінің бірі оның клиенттің психологиялық мәселелерімен байланысты болуы мүмкін мінез-құлықтың жаңа формаларын үйретуге баса назар аудару болып табылады. Бұл оқыту қате мінез-құлық үлгілерін жоюды және өзгертуді қамтуы мүмкін. Сонымен қатар, оқытудың нақты әдістері мен тәсілдері әртүрлі болуы мүмкін, бірақ ең бастысы - мінез-құлықты өзгертуге бағытталған.

Қазіргі мінез-құлық психотерапиясы мінез-құлықты сыртқы көрініс ретінде ғана емес, сонымен қатар танымдық және эмоционалдық үдерістердің нәтижесі ретінде қарастырады. Мысалы, бейтаныс адамдармен сөйлесу қорқынышын немесе теріс бағалау қорқынышын жеңуді «мінез-құлық терапиясы» деп санауға болады, өйткені мақсат науқасқа бейтаныс адамдармен сенімді қарым-қатынас жасауды және мәртебедегі адамдардың сұрақтарына сабырлы түрде жауап беруді үйрену.

Үдеріс пен нәтижелерді бақылау.

Мінез-құлық психотерапиясының тағы бір айрықша белгісі танымдық, эмоционалдық және мінез-құлық құбылыстарын нақты бақылау болып табылады. Терапевт мақсаттарды алдын-ала белгілейді, оған жету терапияның сәттілігін бағалау үшін қолданылады. Әрекет ету әдістері мен принциптері науқастардан жасырын емес, терапевт емдеу үдерісі мен нәтижелерін белсенді түрде бақылайды.

Эксперименттік мәліметтер мен теорияларға сүйену.

Психотерапия үдерісі мінез-құлықты реттеу бойынша эксперименттік деректер негізінде құрылады және осы білімдер арқылы тексеріледі. Мінез-құлық терапиясы қатаң эксперименталды сынақтан өткен және нақты теориялық тұжырымдамаларға негізделген әдістерді қолдануға тырысады.

Көптеген техникалар мен тәсілдер.

Мінез-құлық психотерапиясы науқастың мәселелерін мінез-құлқын өзгертуге немесе түрлендіруге бағытталған әртүрлі технологиялар мен тәсілдерді қамтиды. Бұл тәсілдер жеке жағдайларға байланысты айтарлықтай өзгеруі мүмкін. Терапевт мінез-құлық бұзылыстарының сипатына негізделген әртүрлі қолданыстағы техникалардың ішінен ең қолайлы тәсілдерді таңдайды.

Фобия, депрессия немесе алкоголизм сияқты белгілі бір жағдайларға стандартталған тәсілдер бар болса да, әрбір жеке жағдайда терапевт науқастың мәселелеріне байланысты әртүрлі тәсілдерді қолдана алады. Бұл мақсаттарға қызмет ететін тәсілдерді пайдалана отырып, оқу және мінез-құлықты өзгерту үдерістеріне назар аударылады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Мінез-құлық терапиясының негізгі сипаттамалары қандай?
2. Мінез-құлық терапиясының негізгі мақсаттары қандай?
3. «Сәйкестендіру» және «проблеманы бағалау» ұғымдары мінез-құлық тәсілі шеңберінде қалай түсіндіріледі?
4. Мінез-құлық психотерапиясының басқа салалардан қандай ерекшеліктерімен ерекшеленеді?

Рефераттардың тақырыптары.

1. Мінез-құлық психотерапияның пайда болу және даму тарихы
2. Мінез-құлық психотерапияның негізгі тәсілдері
3. Мінез-құлық психотерапияның жалпы сипаттамасы
4. Мінез-құлық психотерапия әдістері
5. Мінез-құлық психотерапияны қолдану салалары.

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ.

1. Төмендегі белгілердің қайсысы мінез-құлық терапиясын басқа терапевтік тәсілдерден ерекшелендіреді?
 - a) Танымдық және психодинамикалық модельдердің қосындысы
 - b) Психодинамикалық модельдің орнына оқыту моделін қолдану
 - c) Тек дәрілік әдістерді қолдану
 - d) Науқастың өткен тәжірибесін талдауға көңіл бөлу
 - e) Интуитивті көзқарас пайдасына ғылыми әдісті қабылдамау
2. Мінез-құлық диагностикасы өзінің әдістемесі бойынша басқа тәсілдерден

несімен ерекшеленеді?

- a) Науқастың өткен тәжірибесін ғана талдайды
- b) Жалпылама мінез-құлық үлгілеріне назар аударады
- c) Қазіргі мінез-құлықтың нақты детерминанттарына назар аударады
- d) Науқастың қазіргі мінез-құлық көріністерін елемейді
- e) Нақты жағдайдағы мінез-құлықты бағалауға бағытталады

3. Мінез-құлық терапиясында мінез-құлықты сәтті өзгерту үшін қай аспект қажет емес?

- a) Ағымдағы мінез-құлықтың детерминанттарын анықтау
- b) Мінез-құлық компоненттеріне жүйелі әсер ету
- c) Жеке емдеу стратегиясын жасау
- d) Психологиялық мәселенің себептерін түсіну
- e) Емдеу мақсаттарын нақты анықтау

4. Төмендегілердің қайсысы мінез-құлық терапиясында түзетуші оқу тәжірибесінің мақсаттарының бірі болып табылады?

- a) Дәрілер арқылы мазасыздық реакцияларының деңгейін төмендету
- b) Жаңа күрес дағдыларын дамыту және қарым-қатынас қабілеттерін арттыру
- c) Мінез-құлықты өзгертпей психикалық ауру белгілерін жою
- d) Шектелген мінез-құлық ауқымын өзгертуге назар аудару
- e) Терапевттің көңіл-күйіне байланысты емдеу әдістерін үнемі өзгерту

5. Қандай мінез-құлық терапиясының әдісі терапия сеанстары арасында пациенттің белсенді қатысуын қамтиды?

- a) Релаксациялық жаттығулар және тұтынудың калориясын бақылау
- b) Науқасты оның қатысуынсыз тұрақты бақылау
- c) Психоаналитикалық әдістерді тек сессияларда қолдану
- d) Практикалық тапсырмаларсыз тек теориялық ұғымдарды қолдану
- e) Науқастың сенімін нақты тапсырмаларсыз өзгерту

6. Төмендегі әдістердің қайсысы мінез-құлық терапиясының ғылыми көзқарасының бөлігі болып табылады?

- a) Терапияның интуитивті әдістеріне сүйену
- b) Психикалық жағдайды бағалау үшін проекциялық тесттерді қолдану
- c) Тәжірибе жүзінде дәлелденген әдістер мен теориялық түсініктерді қолдану
- d) Эксперименттік мәліметтер мен сынақ әдістерін елемеу
- e) Сеанстар кезінде бақыландырылатын факторларға тәуелділік.

2. Дәріс. Мінез-құлық терапиясының теориялық негіздері. Классикалық шартталуы. Аспаптық немесе оперантты шартталу. Әлеуметтік оқыту.

2.1. Мінез-құлық терапиясының теориялық негіздері. Классикалық

шартталуы.

Мінез-құлық психотерапияның заманауи әдістері клиникалық мәселелерді емдеу үшін классикалық және оперантты шартталудың негізгі принциптері мен әдістерін қолданумен шектелмейді. Бұл терапияға әртүрлі тәсілдер когнитивті тұжырымдамалар мен процедураларды қолдануда әртүрлі. Мінез-құлық терапиясының континуумының бір шетінде функционалды мінез-құлық талдауы табылады, ол тек бақыланатын мінез-құлыққа бағытталған және араласушы когнитивтік процестерді елемейді. Басқа шеткі жағында когнитивтік теорияларды қамтитын элеуметтік оқыту теориясы және танымдық мінез-құлықтың өзгеруі бар.

Мінез-құлық терапиясы, сондай-ақ мінез-құлық өзгеруі ретінде белгілі, мінез-құлық пен ойлауды өзгерту үшін оқыту принциптерін қолданатын емдеу әдісі. Бұл терапия үшін жаттығулардың әртүрлі түрлері маңызды [5]:

1. Классикалық шартталу.
2. Аспаптық немесе оперантты шартталу.
3. Элеуметтік оқыту.

Классикалық шартталудың негіздерін ХХ ғасырдың басында И.П.Павлов жасаған. Оның тәжірибелерінде қоңырау сияқты шартты тітіркендіргіш итті тамақтандыру сияқты шартсыз тітіркендіргішпен жұптастырылды, нәтижесінде қоңырау соғылғанда сілекей ағу сияқты шартты жауап пайда болды.

Джон Б. Уотсонның 1918 жылғы тәжірибесі классикалық шартталудың тамаша үлгісі болды. Уотсон балалармен зерттеу жүргізіп, ерте балалық шақтағы оқу тәжірибесінің ұзақ әсер ететінін көрсетті. Ол нәрестелердің эмоцияларын зерттеді және бұрын қорқыныш тудырмаған объектілерге қорқыныш реакциясын дамыту мүмкіндігіне қызығушылық танытты.

1920 жылы Розалия Райнермен бірлесе отырып, Дж. Уотсон бұрын қызығушылық танытпаған ақ тышқандардың он бір айлық сәбиінде қорқыныштың пайда болу мүмкіндігін сынады. Тәжірибеде үрей тудыру үшін қатты дыбыстар қолданылды (мысалы, балғаның темір жолақты соққан дыбысы), сонымен бірге шартты тітіркендіргіш ретінде ақ тышқан көрсетілді. Нәтижесінде нәресте ақ тышқанды көргенде қорқыныш пен жылай бастады. Дж. Уотсон ересектердің көптеген қорқыныштары мен уайымдары ерте балалық шақта да осындай жолмен қалыптасуы мүмкін деп болжады.

Мысал. Бір бөлмелі тар пәтерде тұрып жатқан жас отбасы бала тәрбиелеп отыр. Әкем жиі жұмыс істейді, кейде үйге мас болып келеді. Мұндай жағдайда анасы қатты ұрысады. Пәтердегі орын шектеулі болғандықтан, ұрыс-керіс нәресте бесігінің жанында болады. Осы қақтығыстар кезінде бала жылай бастайды, анасы оны қолына алады (кейде бұл ауырады) және оны дау-дамайға дау ретінде пайдаланады («Ол кезде біз оны неге тудық?»). Уақыт өте келе, әкесі бесікке жақындап, оны еркелету үшін оны көтеруге тырысқан сайын бала жылай бастайды.

Дж. Уотсон баланың ақ тышқандардан қорқуы басқа заттарға – ақ парақтарға, қоянға, ақ тонға, Аяз атаның сақалына оңай таралатынын байқады және таң

қаларлықтай табанды болды. Ғалым физиолог И.П. Павловтың жануарларға жасаған тәжірибелерінен айырмашылығы, шартты рефлексстер уақыт өте келе жоғалып кетті, тіпті қатты дыбыстар қолданылмаған кезде де баланың қорқынышы іс жүзінде өзгеріссіз қалды.

Адамдардағы шартты қорқыныштар жоғары табандылықпен және ұқсас жағдайларға оңай ауысумен сипатталады, бұл көбінесе ұзақ мерзімді терапияны қажет етеді, ол кейінірек талқыланады. Өйткені мұндай қорқыныштар ұқсас жағдайларға оңай ауысады, бірақ терапия кезінде қол жеткізілген қорқыныштардың жойылуы ұқсас жағдайларға ауыспайды.

Бұл тәжірибе де Павлов ашқан «стимулді жалпылау» деп аталатын құбылысты көрсетеді. Оның мәні мынада, егер шартты реакция пайда болса, ол бастапқыға ұқсас тітіркендіргіштерден туындауы мүмкін. Дж. Уотсон баланы бұрын зиянсыз болып көрінген нәрседен қорқуды үйретуге болатындығын және бұл қорқыныш ұқсас заттарға таралатынын көрсетті. Кішкентай Альберт барлық түкті ойыншықтардан қорқа бастады. Уотсон балалар кез келген нәрсені, соның ішінде фобияны да үйрене алады деген қорытындыға келді.

И.П. Павловтың зертханасынан шыққан және мінез-құлық терапиясы үшін маңызды тағы бір тұжырымдама - ынталандырушы дискриминация. Бұл процесс адамдарға ұқсас ынталандыруларды бір-бірінен ажыратуға көмектеседі. Мысалы, нәрестенің жылауы анасы үшін шартты стимулға айналады: оның шартты жауабы нәрестенің азғантай бұзылуы кезінде терең ұйқыдан оянуы мүмкін, бірақ басқа біреудің баласы жылап жатса, сол ана тыныш ұйықтай береді.

И.П. Павловтың мінез-құлық терапиясында қолданылған тағы бір құбылысты атап өткен жөн. Шартты тітіркендіргіш шартсыз тітіркендіргішпен мезгіл-мезгіл күшейтілген жағдайда ғана шартты жауап беруді жалғастырады. Егер шартты тітіркендіргіш шартсыз әсер етпесе, шартты реакцияның күші төмендей бастайды. Шартты және шартсыз тітіркендіргіштер арасындағы байланыстың жойылуына байланысты шартты жауаптың біртіндеп жойылуын «өшу» деп атайды.

Салыстырмалы түрде жүргізілген тәжірибелер егер адам авторитарлық бастықтан қорқуды үйренсе, онда бұл қорқыныш полиция қызметкерлеріне, мұғалімдерге және ресми мекемелердің қызметкерлеріне оңай таралатынын көрсетті. Егер кейінірек терапия курсына оны бастығынан қорықпауға үйретсе, бұл оның полиция қызметкерлерінен, мұғалімдерден, әртүрлі кеңсе қызметкерлерінен қорқуын тоқтатады дегенді білдірмейді. Күрделі немесе жалпылама қорқыныштарды жеңу қиын және көп уақытты қажет ететін процесс болуы мүмкін.

Кішкентай Альберттің оқиғасы аясында басқа баланың ақ қояндарға деген қорқынышын жоюға тырысқан Мэри Ковер Джонстың тәжірибесін атап өткен жөн. Күнделікті ақ қоянды жай ғана көрсету жеткіліксіз болды - қорқыныш өздігінен басылмады. Табысқа Питер (баланың аты бұл) толығымен тыныш және тамақ ішкен кезде қоянды бөлмеге әкелген кезде қол жеткізілді. Қоянды алысқа әкелгені сонша, Петр сабырлы болып қалды. Күн сайын бұл қашықтық бірте-бірте қысқарды. Нәтижесінде

Петр қоянға үйреніп, оны ұстап, онымен ойнай бастады.

Кейінірек мінез-құлық психотерапиясындағы бұл процедура жүйелі десенсибилизациялау деп атала бастады, ал қазір ол шартты қорқыныштарды емдеуде өте танымал. Дегенмен, адамдарда шартты рефлекс сирек толығымен жойылатынын атап өткен жөн - мезгіл-мезгіл қайта пайда болуы мүмкін, әсіресе шартты және шартсыз тітіркендіргіштердің кездейсоқ сәйкес келуімен. Бір қызығы, уақыт өте келе дүниежүзілік психологияда адам бойындағы шартты рефлексдерді зерттеуге деген қызығушылық азайған жоқ. Павловтың екінші сигналдық жүйесінің тұжырымдамасына қатысты жаңа зерттеулер мен фактілер мерзімді түрде пайда болады. Павлов адамның сөйлеуі мен ойлауына үлкен мән берді, ол шарттылау үдерісінде нақты ынталандыруды алмастыра алады. Г.Рэзреннің зерттеуінде шартты тітіркендіргіш сөздің өз дыбысы емес, оның мәні мен мағынасы екені көрсетілген.

Г. Рэзрен өзінің бастапқы зерттеуінде сілекейді тағамға бейтарап сөздерге (серф, аяз, қоқыс жәшігіне) шарттап, содан кейін қоқыс жәшігінің, серфингтің және аязды таңның суреттерін, сондай-ақ мағынасы жағынан ұқсас сөздерді (толқын, қоқыс жәшігі, суық) ұсынды. Бұл жағдайларда сілекей реакциясы іске қосылды. Егер тітіркендіргіштер жай ғана ұқсас дыбысты сөздер болса, ешқандай реакция байқалмады. Бұл тәжірибе адамда шартты рефлексдердің сәулеленуі олардың физикалық сипаттамаларының ұқсастық дәрежесіне қарай емес, белгілі бір заттардың алған мағыналарының ұқсастық дәрежесіне қарай болатынын көрсетті.

Осы тұрғыдан алғанда, қорқыныш немесе депрессиялық реакциялар олардың мақсаттарына немесе күтулеріне қатысты ұқсас мағынаға ие болатын жағдайларға таралуы мүмкін. Мысалы, ресми ұйымға өтініш беру кезінде қабылданбау қорқынышы, егер олар осы жағдайларда туындайтын бас тартуды күту немесе «нағыз ер адамға» ұқсағысы келетін болсақ, тартымды серіктесті кездестіру жағдайына дейін таралуы мүмкін. Бұл жалпылау механизмін кейінірек Альберт Бандураның әлеуметтік оқыту теориясын талдауда толығырақ қарастырамыз.

Қалай болғанда да, классикалық шартталу механизмдеріне қызығушылық психотерапевтік зерттеулерді айтпағанда, қазіргі психологияда қалады. Соңғы эксперименттерде субъектілерге бейтарап фотосуреттер мен айқын оң немесе теріс эмоционалды бояуы бар фотосуреттер жұптары көрсетілді. Оның үстіне эмоционалды зарядталған бейнелер шекті ұзақтықпен көрсетілді, яғни оларды субъектілер саналы түрде қабылдамайды. Уақыт өте келе бейтарап фотосуреттер субъектілерде оң немесе теріс эмоцияларды тудыра бастады [6].

Шартты рефлекс теориясының негізгі принциптері көптеген терапиялық әдістерде жанама түрде ескеріледі. Егер адамның эмоционалдық өмірін жоғары ретті рефлексдердің алмасып тұруы мен сөнуінің күрделі тарихының нәтижесі ретінде қарастырсақ, онда психологиялық түзетудің кейбір маңызды принциптерін анықтауға болады.

Біріншіден, жаңа мінез-құлық үлгілерін үйрету үшін клиенттің теріс реакциясын тудыратын (қорқыныш, жиіркеніш, ұят және т.б.) өткен жағдайларды пайдаланбау керек.

Жаңа мінез-құлық оң эмоцияларды тудыратын оқиғалармен немесе әрекеттермен байланысты болуы керек. Жаңа мінез-құлыққа жағымды шартты рефлексстер оны мықтап бекітуге және оны өмірде пайдалануды жеңілдетуге көмектеседі.

Екіншіден, терапия үдерісіне теріс көзқарасты қалыптастырмау үшін, терапия кезінде қорқыныш, ұят немесе басқа жағымсыз эмоциялардың шартты рефлексстерін тудыруы мүмкін жағдайлардан аулақ болған жөн.

А.Сальтердің шартты рефлексстерлік терапиясы

Психологиядағы дәлдікке жетуге ұмтылу көбінесе зерттеушілерді күрделі психологиялық құбылыстарды стандарттау мен жеңілдетуге әкелді. 1940 жылдары психолог және психотерапевт Андре Сальтер қарым-қатынаста қиындықтары бар клиенттермен жұмыс істей бастады. А.Сальтер Павловтың «қозу – тежелу» ұғымдар жүйесін пайдалана отырып, тежелу мен белгісіздіктің физиологиялық себептерін табуға тырысты. Ол бұл үдерістердің тепе-теңсіздік психологиялық мәселелердің кілті деп есептеді.

А. Сальтер мінез-құлық бұзылыстары қозудан гөрі тежелу үдерістерінің басым болуынан туындауы мүмкін деп болжады, бұл тұлғаның тежелуіне әкеледі. Мұндай адамдар өздерінің сезімдерін, тілектерін және қажеттіліктерін өздігінен білдіре алмайды, бұл олардың өзін-өзі жүзеге асыруын шектейді және қарым-қатынасты қиындатады.

Қоздырғыш (латын тілінен аударғанда *excitatio* – қозу) тұлға, А.Сальтердің пікірінше, жақсы жүйке тепе-теңдігіне ие, өз сезімін ашық білдіретін, стихиялы және жетілдіру қабілетті. Көптеген зерттеушілер А.Сальтердің пікірі бойынша қоздырғыш тұлғаның сипаттамаларында қарама-қайшылықтарды тапқанымен, олар әлі де қызығушылық тудырады.

Өз тәжірибесін қорытындылай келе, А.Сальтер дені сау, өзіне сенімді адамның алты қасиетін анықтады:

1. Сөйлеудің эмоционалдылығы: сөйлеуде сезімнің ашық, стихиялық және шынайы көрінісі.

2. Мінез-құлық пен сөйлеудің мәнерлілігі мен сәйкестігі: вербалды емес мінез-құлық және сөздер мен вербалды емес сигналдар арасындағы сәйкестік арқылы сезімді анық көрсету.

3. Қарсыласу және шабуыл жасау қабілеті: басқалардың реакциясын есепке алмай, өз пікірін тура және шынайы айту.

4. «Мен» есімдігін қолдану: анық емес тұжырымдардан аулақ болыңыз және өз ойыңызды сенімді түрде жеткізіңіз.

5. Мақтауды қабылдау: өзін-өзі қорламау және өз еңбегін мойындау.

6. Импровизация: өз сезімдері мен қажеттіліктерін стихиялы түрде білдіру.

Сезімдерді ашық білдіру және «Мен» есімдігін қолдану сияқты Сальтердің бірнеше тізімі кейіннен көптеген оқу бағдарламалары мен мінез-құлық терапиясының классикалық әдістерінің негізі болды. Алайда, бұл сипаттамаларды талдау оларды дені сау тұлғаның қатаң белгілері ретінде қарастыруға болмайтынын көрсетеді. Бұл

сипаттамалар мінез-құлықты реттеудің әртүрлі деңгейлеріне қатысты және қозу және тежелу үдерістерімен тікелей байланысты бола алмайды.

Мұнда, көптеген басқа жағдайларда сияқты, мінез-құлық бұзылыстарын түзетудің практикалық әдістерінің айқын тиімділігіне қарамастан, теориялық негіздердегі әлсіздік бар. Сальтердің жұмысы мінез-құлық терапиясының дамуына үлкен үлес қосты, өйткені оның практикалық бағыты. Өз клиникасында ол тежеуші тұлғаны қоздырғышқа айналдыру үшін әзірлеген ережелердің көмегімен елеулі табысқа, соның ішінде материалдық табысқа қол жеткізді. Бұл түрлендірудің негізгі идеясы Павлов әдісінен өзгеше әдісті қолдана отырып, адамның өз сезімдерін ашық және өздігінен көрінуіне жол бермейтін үйренген тежеу реакцияларын жаңа қоздырғыш шартты рефлексдермен ауыстыру болды.

Терапевттер тобы мен емхана науқастары мінез-құлық үшін жаңа, жиі жасанды жағдайлар жасау және науқастарды осы реакцияларға ынталандыру арқылы кез келген қоздырғыш реакцияларды қолдады. Сальтер осы үдеріске көмектесетін ережелер жинағын әзірледі. Тренингте ол науқастарға келесі нұсқауларды ұсына отырып, стихиялылық пен «мұнда және қазір» принципін маңыздылығын атап өтті:

- Сөйлеймін бе деп ойлама. Алдымен сөйле, кейін ойла.
- Сезімтал болма. Эмоционалды болыңыз.
- Жоспарлауды доғар. Тек келесі минутты ойлаңыз.

Мұндай ұсыныстар мен сезімдердің, тілектердің және қажеттіліктердің өздігінен көрінуін ынталандыру А.Сальтер науқастарда жиі байқалатын «қашу» стратегиясын дамытуға кедергі жасады. Дегенмен, адамның өз сезімдері мен тілектерінің абсолютті көрінісі әлеуметтік ортаның талаптарына қайшы келуі мүмкін. Бұл ережелер терапевтік контексте қолайлы болуы мүмкін, бірақ олар әлеуметтік құзыреттілік теориясы тұрғысынан даулы болуы мүмкін. Сезімдерді ашық білдіру әдістері мен дағдылары әлеуметтік құзыретті мінез-құлықтың маңызды бөлігі болып табылады, бірақ белгілі бір әлеуметтік жағдайларда ғана [7].

Джозеф Вольптің биологиялық факторы жоқ жаңа қорқыныштардың пайда болуының шартты рефлексорлық механизмінің теориясы.

Шартты рефлексорлық механизммен байланысты биологиялық негізі жоқ жаңа қорқыныштардың пайда болу теориясын Джозеф Вольп әзірледі және нақтылады. Ол невротикалық мінез-құлық бұзылыстарында адамның белгілі бір жағдайларда бастан кешіретін эмоционалдық үдерістері, әсіресе қорқыныш пен алаңдаушылық маңызды рөл атқарады деп ұсынды.

Джозеф Вольп невротды бейімсіз мінез-құлықтың көптеген формаларының себебі болып табылатын шартты (немесе үйренген) қорқыныш ретінде анықтайды. Егер осы невротикалық қорқынышты азайту немесе толық жою жолдарын тапсақ, онда оның жойылуы онымен байланысты мінез-құлық көріністерінің жойылуына, яғни емдеуге әкеледі. Вольп қорқыныш пен мазасыздықты ажыратпайды, өйткені психофизиологиялық тұрғыдан олар бірдей.

Қорқыныштың кейбір түрлері (мысалы, улы заттармен жұмыс істегенде ауыру

немесе улану қорқынышы) биологиялық тұрғыдан да, логикалық тұрғыдан да бейімделеді. Дегенмен, кейде адам ешқандай нақты қауіп төндірмейтін нәрселерден қорқа бастайды, мысалы, көпшілік алдында сөйлеу немесе өз қызметінің нәтижелерін басқа адамдарға ұсынуы керек жағдайлардан. Бұл бейімделу қабілетін төмендетеді және адам барабар сыйақысыз тым көп күш жұмсай бастайды.

Нейротикалық қорқыныш екі себеп бойынша туындауы мүмкін, бұл оның екі түрін анықтайды: классикалық шартты қорқыныш және когнитивті шығу тегі қорқынышы.

Классикалық шартты қорқыныш туа біткен қорқыныштар (ауырсыну, күтпеген қатты дыбыстар және т.б.) қандай да бір шартты тітіркендіргішпен уақыт бойынша сәйкес келгенде пайда болады. Мұндай қорқыныштың мысалы ретінде «кішкентай Альберт» оқиғасын келтіруге болады. Мұндай қорқыныштардың ерекшелігі, олар қандай да бір оқиғаға байланысты туындауы мүмкін, мысалы, адам жазатайым оқиғадан кейін көлікті басқарудан қорқуды бастауы мүмкін.

Көбінесе невротикалық қорқыныш бірнеше рет қайталанатын оқиғалардың нәтижесінде дамиды. Бала қатты және күтпеген дыбыстардан қорқуы мүмкін. Егер бұл дыбыстар үнемі қонақтардың келуімен байланысты болса, онда кез келген қоғамдық ортадағы қатыстан қорқу пайда болуы мүмкін.

Жақын адамдардан тікелей қорқыту да айтарлықтай әсер етуі мүмкін. «Полиция қызметкері келіп, сізді алып кетеді» деген сөз табандылықпен және көркемдікпен қайталанғанда, уақыт өте келе билік пен басшылардан қорқуға айналуы мүмкін.

Джозеф Вольптің қарым-қатынастан туындайтын қорқыныштарды және иррационалды сенімдерді танымдық шығу қорқыныштары деп атайды. Жыландар, өрмекшілер немесе ертегі кейіпкерлерінен қорқу біреудің олар туралы қорқынышты деп айтуынан немесе басқа біреудің мазасыз мінез-құлық көрсетуінен туындауы мүмкін. Мұндай әлеуметтік қорқыныштардың қалыптасуы еліктеу және үлгілерден үйрену механизмі арқылы жүзеге асады. Бала немесе ересек адам өзі айналыспаған, бірақ айналасындағы адамдар қорқатын нәрседен қорқа бастайды (мысалы, қылмыстық әрекеттер, алдау, тонау, өрт және т.б.).

Осының нәтижесінде пайда болған әлеуметтік қорқыныш белгілі бір әлеуметтік жағдайлармен тығыз байланысты және өзін-өзі қамтамасыз ете бастайды. Қорқыныш оны тудыратын әлеуметтік жағдайларда сәтсіздікке жағдай жасайды, ал сәтсіздік өз кезегінде қорқынышты одан әрі күшейтеді. Осылайша, қорқыныш пен соған байланысты мінез-құлық үйренеді, автоматтандырылады және сақталады, байланысты әлеуметтік жағдайларға таралады.

Әлеуметтік үрейлердің қалыптасуының тағы бір механизмі – қорқыныштардың сәулеленуі, яғни ұқсас жағдайларға таралу қабілеті. Мысалы, ауырсынудан қорқу ата-ананың дене жазалауын қолданудан қорқуына әкелуі мүмкін, содан кейін сәулелену арқылы бұл қорқыныш биліктен қорқу және сын қорқынышына айналуы мүмкін.

Пайда болған және орныққан қорқынышты жою өте қиын, өйткені адам өзін қорқыныш тудыратын жағдайға тап болған сайын бұл қорқыныш жаңарып отырады.

Науқастың арнайы араласусыз осындай жағдайларды имитациялық рөлдік ойындарға қатысуы тек қорқыныш пен белгісіздікті арттырады.

Қорқыныштардың әртүрлі түрлерін ажырату керек: биологиялық және әлеуметтік, монотипті және көпшілік, сонымен қатар күрделі қорқыныштар. Биологиялық қорқыныштарды организмнің тіршілігіне төнетін қауіп тұрғысынан түсіндіруге болады. Оларға аурудан қорқу, жалғыздық, қоршаған ортаның кенеттен және күтпеген өзгерістерінен туындаған қорқыныш жатады.

Әлеуметтену процесінде, әсіресе ата-ананың ықпалымен балада әлеуметтік жағдайлармен немесе тікелей биологиялық мәні жоқ объектілермен байланысты қосымша қорқыныштар пайда болады. Биологиялық қорқыныш тудыратын тітіркендіргіштер белгілі бір әлеуметтік тітіркендіргіштермен байланысты болса, адамда шартты қорқыныш пайда болады – ол нақты биологиялық қауіп тудырмайтын жағдайлар мен объектілерден қорқа бастайды. Вольп мұндай қорқыныштарды әлеуметтік деп атады.

Вольп әртүрлі әлеуметтік қорқыныштарды зерттеді, олардың кейбіреулері өте кең таралған. Бұл сыннан қорқу, қабылдамаудан қорқу, назардың орталығында болудан қорқу, төмен көріну қорқынышы, жоғарылардан қорқу, жаңа жағдайлардан қорқу, талап қоюдан қорқу, бас тарта алмау қорқынышы және «жоқ» деп айтудан қорқу.

Классикалық фобиялар жағдайында айқын монофобиялар жиі байқалады, яғни белгілі бір заттан немесе құбылыстан қорқу. Дегенмен, бұл әлеуметтік қорқыныштарға тән емес. Әдетте олар табиғаты бойынша көп: адам сирек тек өзінің бастықтарынан қорқады; ол көбінесе сыннан, талап қоюдан және назар аударудан қорқуды сезінеді. Әлеуметтік қорқыныш көршілес әлеуметтік жағдайлар мен объектілерге оңай таралады, бұл жалпы алаңдаушылық пен неврозға әкеледі.

Биологиялық немесе әлеуметтік қорқыныштың әртүрлі түрлерімен ауыратын науқастар психотерапевттерге жиі жүгінеді. Вольпе өз теориясында бастапқыда шартты қорқыныш рефлексі күшейтілмесе, уақыт өте келе өздігінен жойылады деп есептеді. Алайда бұл болжам дұрыс емес болып шықты. Қорқыныштың күшеюсіз өздігінен жойылуы өте баяу жүреді және қорқыныштың қайталанбауын қамтамасыз ету үшін көптеген әрекеттерді қажет етеді. Шартты рефлексстердің жойылуы бойынша классикалық эксперименттерден айырмашылығы, адамдарда қорқыныш ұзақ уақыт бойы жасырын түрде сақталуы мүмкін. Сонымен қатар, субъективті қауіпті жағдайдағы қорқыныш реакциясы өзін-өзі жүзеге асыруы мүмкін: мысалы, көпшілік алдында сөйлеуден қорқатын адам аудиториядан қорқуды бастан кешіреді, бұл оның сөйлеуін қиындатады және қорқынышын арттырады.

Шартты қорқыныш рефлексін жеңу үшін Вольп жаңа әдіс ойлап тапты. Оның терапиясының негізі регенеративті тежеу принципі болды. Вольпе мысықтарға эксперименттер жүргізді, онда ол алдымен жануарлардың невротикалық күйлерін шамалы жағымсыз тітіркендіргіштерді (электр тогының соғуы) көмегімен тудырды. Содан кейін жануарларды тамақтандырумен бірге жағымсыз ынталандыру ұсынылды. Бірте-бірте мысықтар бұрын алаңдаушылық тудырған электр тогының соғуына

сезімталдықты жоғалтты.

Сол сияқты, орын ауыстыруды қорқыныш реакциясы ретінде қолдану Мэри Джонстың кішкентай Питермен жасаған тәжірибелерінде көрсетілді. Вольптың үрей мен белгісіздікті әлеуметтік жағдайдағы қорқынышты қорқынышпен үйлеспейтін басқа эмоциямен немесе мінез-құлықпен алмастыру арқылы емдеуге болатынын ұсынды.

Әлеуметтік қорқыныштарды емдеуде Вольп «ассертивті» реакцияларды қолданды - адамның құқықтары мен пікірлерін табанды түрде қорғауға бағытталған мінез-құлық. Мысалы, жұмысы үшін әділ сыйақының жоқтығына байланысты алаңдаушылық пен шектеуді бастан кешірген адамнан бұл сыйақыны табанды түрде талап ету сұралды. Егер ол мұны істей бастаса, сәйкес жағдайлардан қорқу бірте-бірте төмендеді.

Бастапқыда Вольп өзіне сенімді және агрессивті мінез-құлықты ажырата алмады, ал өз эксперименттерінде ол агрессия мен ашуды қорқыныштың орнына жауап ретінде пайдаланды. Дегенмен, этикалық ойлар, әлеуметтік жағдайларда ашудың қорқыныштан айырмашылығы аз болғандықтан, Вольпты неғұрлым қолайлы алмастырғыштарды іздеуге итермеледі.

Ол жыныстық қозу мен релаксация алмастырушы жауап ретінде тиімді қызмет ете алатынын анықтады. Егер өзін-өзі растау әлеуметтік қорқыныштардың логикалық орнын толтырса, онда Вольпе жыныстық бұзылуларды емдеу үшін жыныстық қозуды пайдаланды.

Нейротикалық (психогендік) импотенцияны емдеу үшін Вольп импотенциядан зардап шегетін ер адам серіктесі оған жыныстық қызығушылық тудырған жағдайда ғана жыныстық белсенділікке рұқсат беруі керек әдісті ұсынды. Мақсат толық жыныстық қатынас емес, жыныстық қозу фонында қарама-қарсы жыныспен нақты қарым-қатынас болды. Бірте-бірте бұл байланыс алаңдаушылық пен дүрбелең реакциясын тудыруды тоқтатты.

Вольп терапиясындағы үшінші алмастырушы ынталандыру Джейкобсонның прогрессивті бұлшықет релаксациясы болды. Вольпе клиенттерге 7-10 сеанс бойына жалпы және дифференциалды релаксацияны үйретті, содан кейін олардан аз қорқыныштыдан бастап, қорқыныштысына көшу арқылы үрей тудыратын заттар мен жағдайларды елестетуді сұрады. Егер науқастар кескіндердің барлық иерархиясынан өту кезінде тыныштықты сақтай алса, онда алаңдаушылық жойылды. Келесі кезеңде науқастарға іс-әрекетке қатыспаған бұлшықет топтарын ғана босаңсуға және қиын және қобалжыған жағдайларда дифференциалды релаксацияны жүйелі түрде қолдануға үйретілді.

Жоғарыда аталған ауыстыру ынталандыруларынан басқа, Вольпе тыныс алу жаттығулары, өзін-өзі нұсқау, бәсекеге қабілетті моторлық мінез-құлық, жағымды іс-әрекеттер, ынталандырулар, тәттілер (әсіресе балаларға арналған), әзіл-қалжың және еркелік.

Вольптің жасаған және регенеративті тежелу принципіне негізделген әдіс қарсы жағдай жасау деп аталды. Аяқталған түрінде әдіс жүйелі десенсибилизация,

прогрессивті бұлшықет релаксациясы және баламалы жауаппен алмастыру комбинациясы болып табылады.

Қарсы шарт жасау әдісі әрі қарай егжей-тегжейлі зерттелді және қазіргі уақытта, мысалы, Германиядағы кәсіби полицияны оқытуда қолданылады. Қарсы жағдай көрсету демонстрациялар, жол-көлік оқиғалары және полиция қызметінің басқа да қиын аспектілерімен байланысты жағдайларда стресстік реакцияларды жою үшін қолданылады. Нәтижесінде жағдай неғұрлым жағымсыз, қауіпті және «қорқынышты» болса, соғұрлым ол релаксация мен тыныштықты тудырады [8].

Ынталандыру-жауап теориясы. К.Халл, Д.Доллард және Н.Миллер

Мінез-құлық терапиясының негізгі аспектісі мінез-құлық көбінесе оны тудыратын белгілі бір ынталандыруға жауап болып табылады деген идея болып табылады. Бұл тұжырымдама бірқатар ғалымдар әзірлеген мінез-құлық терапиясындағы тұтас бағыттың негізін құрады. Ынталандыру-жауап теориясы контекстіндегі ең танымал жұмыс Кларк Халлдың еңбегі болып табылады. Оның «Мінез-құлық қағидалары» кітабы мінез-құлық теориясы мен терапиясы саласындағы классикалық жұмыс болып саналады.

Бұл теорияның негізгі қағидаларына сәйкес, мінез-құлық ынталандырушы ынталандыруға (драйвтарға) жауап болып табылады және осы ынталандырулардың күшін әлсіреткені немесе төмендеткені үшін марапатталады. Мысалы, аш адам қатты аштық сезімін бастан кешіріп, оны қанағаттандыру жолдарын іздейді. Егер ол аштықты қанағаттандыра алса, сәйкес мінез-құлық күшейтіледі, бұл аспаптық оқытуға әкеледі. Келесі жолы адам бұрын аштық сезімін төмендетуге әкелген әдістерді (реакцияларды) қолданады.

Тітіркендіргіш-реакция байланысы қайталанса, реакция мен тітіркендіргіш арасында байланыс қалыптасады, бұл әдеттердің қалыптасуына әкеледі. Халлдың пікірінше, ересек адамның (және невротикалық) тұлғасы осындай әдеттер жиынтығы - тітіркендіргіштер мен реакциялар арасындағы байланыстар.

Туылғаннан бастап адамда шөлдеу, аштық, ауырсыну және бағдарлау сияқты қозғалыстардың жиынтығы бар, олар белгілі бір қарқындылықта сәйкес аспаптық мінез-құлықты тудырады. Егер бұл мінез-құлық белгілі бір ынталандыру жағдайында орын алса, бұл жағдайлар қосалқы жетектерге айналуы мүмкін. Мысалы, егер тамақтандыру әрқашан анасының қатысуымен болса, оның қатысу фактісінің өзі қосалқы жетекке айналуы мүмкін - бала тамақпен байланысына қарамастан ананы қажет ете бастайды.

Халл невротикалық мінез-құлықты ауру әдеттер немесе қайталама дискілер ретінде қарастырды. Мысалы, ол мазасыздықты ауырсынудың негізгі қозғаушы күшінен туындайтын екіншілік деп санады. Ол алкогольизм мен нашакорлықты үрей тудырғышының тез әлсіреуімен байланысты әдеттер ретінде қарастырды.

Халлдың идеяларын одан әрі екі басқа ғалым Джон Доллард пен Нил Э.Миллер дамытты. Екі ғалым да 1930 жылдары Вена мен Берлинде психоанализ бойынша білім алған. Олардың жұмысы, ең алдымен, «Тұлға және психотерапия» кітабы психикалық

бұзылулардың себептерін және психоанализ үдерісінің негіздемесін түсіндіруге ынталандыру-жауап теориясын қолданудың қызықты әрекеті болып табылады.

Миллер мен Доллардтың пікірінше, функционалдық невроз, яғни органикалық бұзылулардан емес, психикалық тәжірибелердің салдары болып табылатын невроздар - оқу үдерісінің нәтижесі. Мұндай невроздар белгілі немесе әлі ашылмаған оқытудың белгілі бір заңдылықтарына сәйкес туындайды.

Бұл заңдарды білу терапевтке науқасқа жаңа, сау мінез-құлыққа үйретуге және осылайша неврозды жоюға мүмкіндік береді. Терапия кезінде психотерапевт тітіркендіргіштер, жауаптар және күшейту арасындағы байланысты зерттейді және осы білімге сүйене отырып, жаңа байланыстарды қалыптастырады.

Оқыту ең алдымен нақты өмірде болатындықтан және көптеген күшейтулер мен ынталандырулар психотерапия бөлмесінен тыс жерде орналасқандықтан, қалпына келтіру науқастың шынайы өмірінде де болады («in vivo»). Терапевт науқасқа оның өмірін түсінуге және жаңа, сау және тұрақты әдеттерді үйренуге көмектеседі [9].

Аутизмге арналған классикалық білім.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА) тұлға мен қоршаған ортаның өзара әрекеттесуін жақсартуға бағытталған. Бұл әдіс мінез-құлыққа сыртқы факторлардың әсерін зерттейтін классикалық шартты теориясына негізделген

Сыртқы әлемнен келетін сенсорлық сигналдар орталық жүйке жүйесіне ынталандырушы және депрессиялық әсер етуі мүмкін. Ондағы гомеостаздық тепе-теңдік осы қоздырғыш және тежеуші әсерлердің өзара әрекеттесуіне байланысты туындайды. Орталық жүйке жүйесі келіп түсетін сенсорлық ақпаратты өңдейді және ұйымдастырады, ал классикалық шарты (немесе респонденттік оқыту) бұл ақпаратты біріктірудің негізгі үдерісі болып табылады.

Классикалық оқыту - бұл екі ынталандыру жұптасатын процесс. Шартсыз ынталандыру (UCS) автоматты вегетативті жауаптарды тудырады. Егер бастапқыда мұндай реакцияларды тудырмайтын бейтарап ынталандыру (S) UCS-мен жүйелі түрде жұптастырылса, ол шартты ынталандыруға (CS) айналады. Бұл бейтарап тітіркендіргіш бастапқы ынталандыру сияқты жауаптарды тудыра бастайды дегенді білдіреді [10].

Классикалық оқыту принциптерін жаңа әдеттер мен мінез-құлықтарды қалыптастыру үшін күнделікті өмірде қолдануға болады. Мысалы, олар белгілі бір әрекеттермен оң байланыстар құру немесе белгілі бір ынталандыруға эмоционалдық жауаптарды өзгерту үшін пайдаланылуы мүмкін.

Басқаша айтқанда, автоматты вегетативті реакцияларды тудырмаған бастапқы бейтарап тітіркендіргіш, бастапқыда осы реакцияларды тудырған тітіркендіргішпен қайта-қайта салыстырылғаннан кейін мұндай реакцияларды қоздырады.

Классикалық шарттар адамдарға қоршаған ортадан алынған алдыңғы сигналдар негізінде оқиғаларды болжауға көмектеседі. Мысалы, балалар белгілі бір әрекеттерді белгілі бір терапевттермен байланыстыра алады және олар сол терапевттерді көрген сайын сол әрекеттерді орындауды күтеді. Бала терапевтті көргенде немесе естігенде (қоршаған ортадан сигнал ретінде) одан белгілі бір мінез-құлық немесе әрекет күтеді.

Егер терапевт күтілетін мінез-құлықты орындамаса, бала өз үмітін терапевтке жеткізуге тырысады. Классикалық кондиция арқылы балалар белгілі бір сыртқы оқиғаларды байланыстыруды үйренеді, мысалы, телефон шырылдағанын естігенде, олар телефонға анасының жауап беруін күтеді.

Балалар қоршаған ортаның белгілеріне сүйене отырып, оқиғаларды болжауды үйренеді. Егер баланың болжамы іс жүзінде не болып жатқанынан асып кетсе, бұл оқуды ояту болып саналады. Бұл жағдайда сигнал кейінгі оқиғаны дәл болжайды. Дегенмен, егер сигнал күшейтілген үміттерге әкеліп соқтырса және нақты нәтиже осы үміттерге сәйкес келмесе, ингибиторлық оқу және жойылу орын алады. Бұл жағдайда сигнал күтілетін оқиғаның хабаршысы ретінде қабылданбайды және күтулер арасындағы сәйкессіздікке байланысты жағымсыз эмоционалды теріс астарларға ие болуы мүмкін.

Қозғалыстық оқыту сигнал келесі оқиғаны дәл болжаған кезде пайда болады. Бала бір оқиғаның үнемі екінші оқиғамен бірге жүретінін біліп, осы екі оқиғаның байланысын бойына сіңіреді. Егер екінші оқиға орын алмаса, күтулер орындалмайды және бұл байланысты өшіру үдерісі басталады. Нәтижесінде бала бірінші және екінші оқиғалар арасындағы байланысқа сенуді тоқтатады. Бұл сигналдың сипаттамаларына және алдыңғы тәжірибеге байланысты жағымсыз және оң эмоционалдық күйлерді тудыруы мүмкін. Мысалы, сөндіру үдерісі ашулануды немесе тітіркенуді тудыруы мүмкін.

Баланың мінез-құлқын шартты түрде екі түрге бөлуге болады: ерікті және еріксіз (рефлексивті). Ерікті мінез-құлық белгілі бір мақсатқа жетуге бағытталған және ол тудыратын салдарға өте тәуелді. Еріксіз мінез-құлық, керісінше, қоршаған ортаның сенсорлық тітіркендіргіштеріне жауап ретінде пайда болады, нәтижесінде эмоционалдық және физиологиялық автоматты реакциялар пайда болады.

Кейбір сыртқы ынталандырулар автоматты рефлексивті жауаптарды тудырады. Мысалы, егер сіз аш болсаңыз және сүйікті тағамыңыздың иісі бар бөлмеге кірсеңіз, бұл сіздің сілекейіңіздің ағуына әкелуі мүмкін. Егер сіз бір бөлмеге кірсеңіз және біреу түсіре бастаса, жүрек соғу жиілігі күрт артуы мүмкін. Бұл екі мысал да рефлексивті жауаптарды суреттейді.

Әдетте мұндай реакцияларды тудырмайтын оқиғалар, егер олар осы реакцияларды тудыратын оқиғалардың алдында болса, оларды іске қосуы мүмкін. Мысалы, біреу «Оның мылтығы бар!» деп айғайласа. Атыс басталмай тұрып, бұл айқай айтылмайтын болса да, атыс дыбысының өзі сияқты реакция тудыруы мүмкін. Бұл классикалық білімнің негізі.

Өзара тежелу үдерісі деп те аталатын классикалық оқыту мінез-құлық терапиясының маңызды принципі болып табылады. Өзара тежелу теориясы екі қарама-қарсы эмоционалдық күйдің бір уақытта қатар өмір сүре алмайтынын айтады. Бұл принцип мінез-құлыққа да, физиологиялық реакцияларға да қатысты. Мысалы, адам бір уақытта жүгіре және тұра алмайды, терлейді және құрғақ қалады.

Классикалық оқытуды іс жүзінде қолдану әсіресе аутизмі бар балалармен жұмыс

істегенде пайдалы. Өзара тежелу процесін пайдалана отырып, балаларға қоршаған ортаның оларды алаңдататын құбылыстарына бейімделуге көмектесуге болады. Мысалы, егер жағымсыз оқиға үйлесімсіз жауапты тудыратын оқиғаның алғышартына айналса, бұл бастапқы оқиғаның жағымсыз сипаттамаларын азайтуы мүмкін.

Негізгі деңгейде классикалық оқыту, егер оның қоршаған ортасы болжауға болатын болса, бала тыныш болады деп болжайды. Күн тәртібін, құрылымын және жүйелілігін енгізу баланың психологиялық, эмоционалдық және мінез-құлық тұрақсыздығын бақылауға көмектеседі. Қоршаған ортаның оқиғалары арасындағы байланыстарды түсіну баланың сыртқы факторларға жауаптарын өзгерту құралдарын қамтамасыз етеді.

Көп адамды көргенде қатты қобалжыған баланы елестетіп көріңізші. Көпшілік сыртқы фактор ретінде оның бойында рефлексиялық эмоционалдық реакцияны тудырады – үрей (мазасыз мінез-құлық арқылы көрінеді). Дегенмен, егер біз көпшілікті жағымды және көңілді оқиғалармен байланыстыра алсақ, онда бала алаңдаушылықты тоқтатуы мүмкін. Болашақта бала көпшілікті ойын-сауықтың жаршысы ретінде көре бастайды. Нәтижесі: көп адамдар қобалжу реакциясын тудырмайды, ал бала алаңдаушылықты көрсетуді тоқтатады.

2.2. Операнттық шарттау.

Оқытудың барлық формаларын тек классикалық кондициямен түсіндіруге болмайды. Классикалық кондицияда шартты және шартсыз тітіркендіргіштер шартты жауаптан бұрын болады. Бірақ шартты байланыстар жауаптар мен олардан кейінгі тітіркендіргіштер арасында, басқаша айтқанда, мінез-құлық пен оның салдары арасында да құрылуы мүмкін. Мысалы, ит тамақ алу үшін «қызмет ет» пәрменіне бағынуды үйренуі мүмкін немесе бала кәмпит алу үшін «өтінемін» деп айтуы мүмкін. Бұл реакциялар қандай да бір сыйақы алу құралы ретінде қызмет етеді. Аспаптық шарттау - бұл жауаптар марапатқа немесе қалаған нәтижеге әкелетін оқу үдерісі.

Аспаптық оқытудың принциптерін американдық психолог Эдвард Торндайк Павлов Ресейде өз тәжірибелерін жүргізген кезде жасаған. Жануар, көбінесе аш мысық, «жұмбақ» деп аталатын арнайы торға орналастырылды және есікті ашу үшін рычагты басып, сыртқа шығу сияқты белгілі бір әрекетті үйренуге мәжбүр болды. Мысық бұл әрекетті сәтті аяқтаған кезде, ол тамақ алды және қайтадан торға қайтарылды. Бірнеше әрекеттен кейін мысық сенімді түрде рычагқа жақындап, оны табанымен басып, ашық есіктен шығып, тамақтанды. Мысық бұл әрекетті сәтті орындаған кезде, ол тамақ алып, қайтадан торға оралды. Бірнеше әрекеттен кейін мысық сенімді түрде рычагқа жақындап, оны табанымен басып, ашық есіктен шығып, тамақтанды.

Реакцияның қалыптасуы сынақ пен қателік арқылы болды, қалаған мінез-құлықты таңдау және оны күшейту нәтижесі. Торндайк оқыту әсер ету заңымен реттеледі деп тұжырымдады: мінез-құлық оның салдары мен нәтижелеріне байланысты; Оң нәтижеге, қанағаттануға әкелетін мінез-құлық күшейтіледі, ал оң нәтижеге әкелмейтін мінез-құлық әлсірейді.

Торндайк жұмысынан кейін бірнеше онжылдықтар өткен соң американдық психолог Б.Скиннер өзінен бұрынғы тұлғаның идеяларын дамытты. Б.Скиннер аспаптық шарттау арқылы жануардың қоршаған ортамен әрекеттесетінін, қоршаған ортаға әсер ететін белгілі бір әрекеттерді орындайтынын атап өтті. Сондықтан ол осы жауаптарды үйрену процесін оперантты шарттау деп атады.

Оперантты шарттау зерттеу үшін Скиннер «Скиннер орындығы» деп аталады. Камера дыбыс және жарық өткізбейтін, тұрақты температураны сақтайды және толығымен басқарылады. Камераның ішінде жануар сыйақы алу үшін әрекеттесе алатын құрылғы бар. Мысалы, егеуқұйрық тұтқаны басу арқылы түтік арқылы тамақ алады. Скиннер камерасы жауап пен оның салдары арасындағы байланысты зерттеуге және осы салдарлардың мінез-құлыққа қалай әсер ететінін талдауға мүмкіндік берді.

Оперантты шарттау мінез-құлық оның салдарына байланысты екенін атап көрсетеді. Мінез-құлық оң немесе теріс күшейту арқылы күшейтіледі және жазалау арқылы әлсірейді. Оң күшейту - бұл жауапты күшейтетін ынталандырулар. Басқаша айтқанда, бұл сыйлық. Мысал ретінде мұғалім баланы мектепте жақсы оқығаны үшін мақтайтын жағдай болуы мүмкін.

Б.Скиннер бір заңдылықты ашты: жағымды салдармен жалғасатын әрекеттер (операнттар) жиілей түседі. Мысалы, егеуқұйрық рычагты одан кейін тамақ қабылдаса, жиі басады. Еденде қызыл дақтары бар тордағы көгершін оны кездейсоқ шағуы мүмкін, бірақ егер тамақ артынан тамақ болса, әрекет жиі қайталанады. Мейрамханадан дәмді тамақ ішкен адам үйінен жырақта болса да жиі барады.

Бұл заңдылық пайда заңы (немесе оперантты шарттылықтың бірінші заңы) деп аталады. Бұл заңға сәйкес, жаңа әдеттер мен мінез-құлық үлгілерін қалыптастыру үшін біз «мақсатты» мінез-құлыққа, яғни жиі көргіміз келетін мінез-құлыққа жағымды салдарлар жасауымыз керек.

Көптеген адамдар жазаланатын мінез-құлық жойылады деп санайды. Дегенмен, Б. Скиннер бұл теорияны растайтын ешқандай дәлел таппады. Оның ойынша, жаза мінез-құлықты өзгертудің қарама-қайшылықты тәсілі болып табылады, өйткені ол оны толығымен жоймайды, тек күтпеген жолмен өзгертеді. Жазалау кезінде адам жазадан құтылу үшін өзін-өзі ұстаудың басқа жолдарын іздеуі мүмкін және бұл жаңа формалар аз қалауы мүмкін.

Теріс күшейту - ауырсыну, зерігу немесе ыңғайсыздық сияқты жағымсыз ынталандыруларды жою арқылы мінез-құлықты нығайту процесі. Мысалы, бас ауруы үшін анальгинді қабылдау немесе қорқынышты болдырмау үшін метродан аулақ болу.

Мінез-құлықты өзгертуде қолдануға болатын салдардың бес түрі бар: оң және теріс күшейту, оң және теріс жазалау және елемеу. Елемеу мінез-құлықтың жойылуына әкеледі және үйренген дәрменсіздікке әкелуі мүмкін [11].

Кесте 1. Күшейтудің әртүрлі формалары

Күшейтудің формалары	Оң (жағымды) оқиғалар	Теріс (жағымсыз) оқиғалар
----------------------	-----------------------	---------------------------

Ұсыну	= қолдау көрсету → Жаңа мінез-құлық формаларын қалыптастыру (оң күшейту)	= айыппұл → Керек емес мінез-құлықтарды жою (жағымды жазалау)
Жою	= айыппұл → Керек емес мінез-құлықтарды жою (жағымды жазалау)	= қолдау көрсету → Жаңа мінез-құлық формаларын қалыптастыру (оң күшейту)

Жаза, күшейтуден айырмашылығы, жауап беру жиілігін азайтады. Жағымды және жағымсыз күшейту мінез-құлықты күшейтеді, ал жаза оны әлсіретеді. Мысалы, егеуқұйрық тұтқаны басқан кезде соққы өшірілсе, бұл егеуқұйрықтың тұтқаны қайтадан басу ықтималдығын арттыратын теріс күшейткіш. Егер ток тұтқаны басу арқылы қосылса, бұл әрекеттің қайталану ықтималдығын азайтатын жаза.

Жаза бақылау қиын болатын салдарларға ие және шектеулермен емдік мақсатта ғана қолданыла алады. Ауыр сезіммен байланысты дене жазасы терапевтік процесс үшін жағымсыз қорқыныш тудыруы мүмкін. Жазалау қажетсіз мінез-құлықты жоймайды, тек уақытша ғана басады, ал қауіп жойылған кезде ол қайтадан басталуы мүмкін.

Дискриминативті оқыту бір жағдайда жауап марапатталғанда (немесе жазаланғанда), бірақ басқа жағдайда емес. Бұл әртүрлі әлеуметтік мәтіндегі мінез-құлықтың икемділігін түсіндіруге көмектеседі. Ынталандыру дискриминациясы сәйкес және орынсыз мінез-құлықты ажыратуға мүмкіндік береді. Мысалы, ренжіген әйел қонақтардың алдында күйеуіне ұрыспауы мүмкін.

Жалпылау дегеніміз, мінез-құлық оны алған жағдайда ғана емес, жаңа жағдайларда көрініс береді. Мысалы, терапевт сеанстар кезінде науқасқа сенімдірек болуына көмектесе алады, бірақ бұл мінез-құлық нақты өмірлік жағдайларда да көрініс табуы маңызды.

Классикалық және оперантты шарттаулар классикалық шарттау экспериментатордың қатысуымен бейтарап тітіркендіргіш пен шартсыз реакция тудыратын тітіркендіргіштің қайталануын талап ететіндігімен ерекшеленеді. Оперантты шарттау өздігінен жүреді және сәйкес мінез-құлықты таңдау белсендірек болады.

Оперантты рефлексдер нәтижеге тәуелді, ал классикалық рефлексдер алдыңғы тітіркендіргіштің көрсетілуімен бақыланады. Нақты өмірде оқытудың көпшілігі оперантты шарттау заңдарына сәйкес жүреді.

Теорияның практикалық қолданылуы

Б.Скиннердің идеялары мен тұжырымдары педагогикада, бизнесте және

медицинада кең қолданыс тапты. Ресейдегі оперантты шартталудың ең танымал практикалық қолдануларының бірі бағдарланған оқыту болып табылады. Бұл оқыту әдісі дәйекті жуықтау және бекіту принциптеріне негізделген. Оқудың табысты болуы үшін жауапкершілік оқушыда емес, бағдарламаны жасаушы мұғалімде. Оқу материалы қабілеттері мен оқу жылдамдығы әртүрлі оқушыларға бағдарламаның беттері немесе бөлімдері арасында жылжу арқылы соңғы нәтижеге жетуге мүмкіндік беретіндей етіп құрастырылған. Жылдам үйренушілер тез үйренеді, ал көбірек уақыт пен егжей-тегжейлі түсініктемелерді қажет ететіндер қажетті көмекті алады. Барлық оқушылар, олардың оқу жылдамдығына қарамастан, дереу күшейтуді алады - олардың жетістіктерін растау немесе оқуға арналған қосымша материалдар мен мәтіндер.

Бағдарланған оқыту мінез-құлық психотерапиясына ұқсас кейбір принциптерді пайдаланады:

1. Оқу қарқыны және мақсатты мінез-құлыққа «кезекті түрде жақындау» жоспары әр адам үшін жеке.
2. Терапияның сәттілігі үшін жауапкершілік мақсаттарды белгілейтін және күшейту режимін жоспарлайтын терапевтке жүктеледі.
3. Емдік немесе тәрбиелік іс-шаралар алдыңғы тапсырмаларды орындаудағы айқын табыстан кейін күрделірек міндеттер қойылатындай етіп жоспарланады.
4. Бағдарлама науқастың жетістігіне қарай үнемі қаралып, түзетіліп отырады.

Менеджментте Скиннердің идеялары ұйымдардағы құнды әрекеттер үшін «жедел күшейтетін орталарды» құру арқылы жүзеге асырылады. Жарнамада шағын сыйлықтар мен бонустар принципі кеңінен қолданылады. Құқық қорғау органдары айыппұлдарды күшейту жүйесімен ауыстыруды немесе айыппұл төлеу мен мінез-құлықтың баламалы түрлерін үйрететін тренингке қатысуды таңдау мүмкіндігін беруде.

Скиннердің идеялары психотерапияда ең маңызды өзгерістерді енгізді, жаңа саланың негізін қалады - терапия мен мінез-құлықты өзгерту. Мінез-құлық бұзылыстарының жасырын себептерін талдаудан бас тарту және мінез-құлықтың байқалатын сипаттамаларына баса назар аудару бұзушылықтардың өзі түзетуді қажет ететін факті ретінде қарастырыла бастады. Белгілі бір жолмен өзін ұстау немесе сезіну қабілетсіздігі туралы азапты тәжірибелерді оқу үдерісі арқылы жоюға болады. Тұтынушылардың шағымдары себептерді талдаусыз, тікелей қарауды қажет ететін белгілер ретінде қарастырылады.

Мінез-құлық терапиясының мақсаты - науқасты өмірлік жағдайларға қажетті түрде жауап беруге және оларды жағымсыз эмоциялар тудыратын мінез-құлықтан арылтуға үйрету. Күшейтетін орта мінез-құлықты қалыптастыруға және нығайтуға жауап береді, сондықтан терапия қажет емес мінез-құлықты жою немесе жаңа мінез-құлық жасау үшін нені өзгерту керектігін анықтау үшін қоршаған ортаны талдаудан басталады. Бұл тәсіл тек психотерапияда ғана емес, сонымен қатар педагогикада және әлеуметтік тәжірибеде, мысалы, оқу-өндірістік қауымдастықтарда және түзеу мекемелерінде қолдануды тапты.

Мінез-құлықты өзгерту үшін науқаспен келісілген мақсатқа жетуге әкелетін

дәйекті қадамдарды мақсатты күшейту қолданылады. Бұл әдіс «мінез-құлықты өзгерту терапиясы» деп аталады.

Дегенмен, Скиннер теориясында оның психотерапияда қолданылуын шектейтін кейбір түсініксіз тұстары бар. Мысалы, ол оң мінез-құлықты мезгіл-мезгіл және кідіріссіз күшейту керек деп санайды, бұл қарапайым дағдылар үшін жұмыс істейді. Күрделі дағдылар оларды орындау тәсілі табылмайынша ұзақ мерзімді күшейтуді қажет етеді. Адамдарды мінез-құлыққа қалай тарту керектігі туралы сұрақтарды басқа мінез-құлық психологтары қарастырды [12].

2.3. Әлеуметтік оқыту.

Адамдар көбінесе басқа адамдардың айналасында болғанда үйренеді және бұл үйрену әдетте классикалық немесе аспаптық шарттау арқылы жүреді. Дәстүрлі теорияларға сәйкес, оқыту ынталандырулармен немесе өз әрекеттерінің салдарымен жеке тәжірибені қажет етеді. Дегенмен, әлеуметтік оқыту теоретиктері адамдар басқалардың тәжірибесінен викарлық шарттау және ауыспалы оқыту (немесе модельдеу) деп аталатын үдерістер арқылы да үйрене алады деп санайды.

Викарлық шарттау классикалық немесе аспаптық болуы мүмкін. Мысалы, викарлық классикалық шарттау арқылы біз басқа адамның мінез-құлқын бақылау арқылы белгілі бір ынталандыруға эмоционалды реакцияны дамыта аламыз. Досыңның жазушы туралы ынтамен сөйлеп тұрғанын елестетіңіз; Оның таңдануы сіз үшін абсолютті ынталандыруға айналуы мүмкін, сізде осындай эмоционалды реакция тудыруы мүмкін. Осы сезіммен байланыстырылған жазушы есімі шартты түрткіге айналады, оның кітаптарын өзіңіз оқымаған болсаңыз да, жазушының есімі бойыңызда жағымды реакция туғызады.

Викарлық аспаптық шартталуы мысалы Альберт Бандураның тәжірибелері болып табылады. Олардың бірінде балаларға ер адамның үрлемелі қуыршақпен агрессивті қарым-қатынасы болған фильм көрсетілді, содан кейін фильмнің соңы әртүрлі болды: бір жағдайда ер адамды мақтап, тәттілермен тамақтандырды, екіншісінде оны ұрысып тастады, ал үшіншісінде ешқандай салдары болмады. Көргеннен кейін балаларға қуыршақпен ойнауға рұқсат берілді. Агрессордың марапатталып жатқанын көргендер агрессивті мінез-құлыққа көбірек еліктейтін. Бұл оқу тек жеке тәжірибе арқылы емес, басқалардың мінез-құлқының салдарын бақылау арқылы жүзеге асатынын көрсетеді.

Қуыршақпен жүргізілген тәжірибелер оқытудың тек тікелей шарттауы арқылы ғана емес, сонымен қатар ауыспалы шарттау арқылы да мүмкін болатынын көрсетті. Викарлық оқыту - бұл басқаларды бақылай отырып, жаңа мінез-құлыққа үйрену қабілеті. Бандура сонымен қатар балалардың ересектердің мінез-құлқын, егер бұл мінез-құлық күшейтілмесе де, көшіре алатынын көрсетті. Бір тәжірибеде балаларға қуыршақтың жанында сабырлы түрде отырған немесе оған шабуыл жасайтын ер адам көрсетілді. Содан кейін балалар қуыршақпен жалғыз қалды, ал агрессивті мінез-құлықты көргендер агрессивті әрекет етіп, байқалған мінез-құлық үлгілерін қайта шығарды. Осылайша, оқыту күшейтусіз жүзеге асуы мүмкін, бұл Торндайктің әсер ету

заңының әмбебаптығына күмән тудырады [13].

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Классикалық кондицияның негізгі механизмдері қандай?
2. А.Салтердің шартты рефлекторлық терапиясының қандай принциптері мен қолдану саласы бар?
3. Шартты кондиция позициясынан биологиялық себептермен байланысты емес үрейлердің пайда болуын Дж.Вольпе қалай түсіндірді?
4. К.Халл, Д.Доллард және Н.Миллердің теорияларында стимул-жауап концепциясының рөлі қандай?
5. Аутизм спектрі бұзылған адамдармен жұмыс жасауда классикалық оқыту әдістері қалай қолданылады?
6. Оперантты шарттаудың қандай принциптері бар?
7. Оперантты оқыту негізінде қандай мінез-құлықты түзету әдістері жатыр?
8. Оперант пен респондент шартының айырмашылығы неде: салыстырмалы талдау жүргізіңіз.
9. Б.Ф.Скиннер күшейту түсінігіне қалай анықтама берді және оның мінез-құлықтағы рөлі қандай?
10. Күшейтудің қандай режимдері бар және теріс күшейтудің ерекшелігі қандай?
11. Әлеуметтік оқыту теориясының негізінде қандай ережелер жатыр?
12. Мінез-құлықты өзгертудің мақсаттары мен әдістері қандай?
13. Бақылау арқылы оқыту А.Бандура концепциясында қалай жүзеге асады және өзіндік тиімділіктің рөлі қандай?
14. А.Бандураның пікірінше, адам мінез-құлқында агрессияның көрінуіне қандай факторлар ықпал етеді?

Реферат тақырыптары.

1. Классикалық шарттаулар.
2. Классикалық шарттау теориялары
3. Аутизм және классикалық шарттау
4. Агрессия әлеуметтік оқыту ретінде
5. Өзіндік тиімділік және оның динамикасы
6. А.Бандура теориясындағы еліктеу және идентификация
7. Әлеуметтік-когнитивтік теориядағы күту мәселесі
8. Оқыту теорияларында әлеуметтену мәселесі және оның шешімі

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ

1. Қандай емдеу әдісі мінез-құлық пен ойлауды өзгерту үшін оқыту принциптерін пайдаланады?
 - a) Психоанализ
 - b) Гештальт-терапия

- c) Мінез-құлық терапиясы
 - d) Гуманистік терапия
 - e) Экзистенциалды терапия
2. Классикалық шарттасу негіздерін кім әзірледі?
- a) Б. Ф. Скиннер
 - b) И. П. Павлов
 - c) А. Бандура
 - d) З. Фрейд
 - e) К. Роджерс
3. Қандай құбылыс бастапқыға ұқсас тітіркендіргіштерге шартты жауаптың пайда болу мүмкіндігін сипаттайды?
- a) Ынталандыратын кемсітушілік
 - b) Ынталандыруды жалпылау
 - c) Жою
 - d) Өздігінен қалпына келу
 - e) Кері шарттасу
4. Джон Б. Уотсонның қандай тәжірибесі нәрестеде ақ тышқандардан қорқудың пайда болу мүмкіндігін көрсетті?
- a) Павлов иттерімен тәжірибе жасау
 - b) Скиннердің егеуқұйрық тәжірибесі
 - c) Рейнер құндыз тәжірибесі
 - d) Кішкентай Альберт тәжірибесі
 - e) Торндайк мысық тәжірибесі
5. Салтердің тәжірибесінің қандай аспектісі әлеуметтік құзыреттілік талаптарына қайшы келуі мүмкін?
- a) Мақтауды қабылдау
 - b) Сезімдердің стихиялық көрінісі
 - c) Импровизация
 - d) Өз сезімдері мен тілектерін абсолютті түрде білдіру
 - e) «Мен» есімдігінің қолданылуы
6. Джозеф Вольп биологиялық негізі жоқ жаңа қорқыныштардың пайда болуына қатысты қандай теорияны дамытты?
- a) Әлеуметтік оқыту теориясы
 - b) Когнитивті диссонанс теориясы
 - c) Жаңа қорқыныштардың пайда болуының шартты рефлекторлық механизмінің теориясы
 - d) Гештальт-терапия теориясы
 - e) Оперантты шарттылық теориясы
7. Вольп өз теориясының контекстінде неврозды қалай анықтайды?
- a) Биологиялық шартты қорқыныш ретінде
 - b) Тұқым қуалайтын ауру ретінде

- c) Шартты (немесе үйренген) қорқыныш ретінде
 - d) Тұлғаның құрылымдық бұзылуы ретінде
 - e) Функционалдық бұзылыс ретінде
8. Вольпе қорқыныш түрлерін қалай ажыратады?
- a) Биологиялық және әлеуметтік
 - b) Белсенді және пассивті
 - c) Классикалық шартты және когнитивті шығу тегі
 - d) Туа біткен және жүре пайда болған
 - e) Психикалық және физикалық
9. Аспаптық оқыту принциптерін жасаған кім?
- a) Иван Павлов
 - b) Джон Уотсон
 - c) Эдвард Торндайк
 - d) Б.Ф.Скиннер
 - e) Альберт Бандура
10. Жауаптар марапатқа немесе қалаған нәтижеге әкелетін оқу үдерісі қалай аталады?
- a) Классикалық шарттасу
 - b) Аспапты шарттасу
 - c) Викарлық шарттылық
 - d) Теріс күшейту
 - e) Кемсітушілікке тәрбиелеу

3. Дәріс. Техникалық процедуралар. Жүйелі десенситизация.

Танымдықты қайта құрылымдау. Өзін-өзі бақылау процедуралары. Жоюға негізделген әдістер. Модельдеу. Позитивті күшейту. Жиреністі тудыру техникасы. Жаза.

3.1. Жүйелі десенситизация.

Мінез-құлық терапиясының тарихы Джозеф Вольпенің еңбектерінен басталады. Ол невротикалық мінез-құлықты «үйрену арқылы қалыптасатын бейімделмейтін мінез-құлықтың тұрақты әдеті» ретінде сипаттады. Вольпе «классикалық шарттауы туындайтын вегетативті жүйке жүйесінің тұрақты реакциясы» деп есептей отырып, жағдайдың және невротикалық синдромның бөлігі болып табылатын мазасыздықтың маңыздылығын атап өтті. Бұл шартты автономды реакцияларды төмендету үшін Вольпе жүйелі десенситизация әдісін жасады.

Бұл әдістің жұмысын түсіндіру үшін, Вольпе өзара тежелу теориясын ұсынды. Ол мазасыздық реакцияларын бір уақытта басқа, физиологиялық қарама-қарсы реакцияларды тудыру арқылы әлсіретуге болады деп болжайды. Мазасыздықты тудыратын импульспен бірге мазасыздықпен үйлеспейтін реакция пайда болса, онда

бұл импульс пен мазасыздық арасындағы байланыс әлсірейді. Мұндай антагонистік жауаптарға тамақтану, сенімділік, жыныстық реакциялар және релаксация жатады.

Бұлшықет релаксациясы мазасыздықпен күресудің ең тиімді әдісі болып табылды. Вольпе Дж. Я.Якобсонның ұсынған прогрессивті бұлшықет релаксациясының әдістемесін қолданды. Науқасқа терең релаксация үйретіледі, содан кейін олар келесі кезеңге өтеді - қорқыныш тудыратын жағдайлардың иерархиясын жасайды. Науқас релаксация жағдайында иерархияда ең аз аландататын орынды елестетуді сұрайды.

Мысал ретінде ұшақта ұшудан қорқатын адамның иерархиясын келтіруге болады (Д. Бернштейн, Э. Рой және әріптестер):

1. Сіз газет оқып, авиакомпанияның жарнамасын көресіз.
2. Телевизиялық бағдарлама көру барысында адамдардың ұшаққа отырғанын көресіз.
3. Басшыңыз іссапарға ұшақпен бару қажеттілігі туралы хабарлайды.
4. Сапарға екі апта қалғанда сіз хатшыдан билетке тапсырыс беруді сұрайсыз.
5. Сіз жатын бөлмеңізде чемодан жинайсыз.
6. Сапар алдында таңертеңгі душ қабылдаңыз.
7. Сіз әуежайға таксимен барасыз.
8. Сіз әуежайда тіркелесіз.
9. Сіз демалыс бөлмесіндесіз және рейсіңізге отырғызу туралы хабарландыру естідіңіз.
10. Ұшаққа отырғызу кезегінде тұрсыз.
11. Ұшақта отырып, қозғалтқыштың қосылғанын тыңдайсыз.
12. Ұшақ қозғала бастайды, және стюардесса «Белдіктеріңізді тағыңыздар» деп хабарлайды.
13. Ұшақ ұшып бара жатқанда, сіз терезеден сыртқа қарайсыз.
14. Ұшақтың көкке көтерілуін бақылап отырасыз.
15. Ұшақ әуеде болған кезде, терезеден қарайсыз.

Тағы бір вариантта жүйелі десенситизация тек қиялда емес, шынайы жағдайда, фобиялық жағдайға тікелей кіргізу арқылы жүзеге асырылады. Бұл әдіс техникалық жағынан күрделі болуы мүмкін, бірақ кейбір мамандар оны әсіресе фобияны елестете алмайтындар үшін тиімдірек деп санайды. Мысалы клаустрофобиядан қорқатын адамның жағдайын келтіруге болады, ол найзағайлы ұйықтайтын қаптың ішінде өзін жайлы сезінуді үйренген [14].

Сонымен қатар, жүйелі десенситизация фобия нысанын бейнелейтін слайдтар немесе пленкалардың көмегімен жүзеге асырылуы мүмкін, бұл өшпеу әдісі деп аталады.

3.2. Танымдықты қайта құрылымдау

Бұл санаттағы терапия эмоционалдық бұзылулар тиімсіз ойлау үлгілерінен (таным) туындайды деген болжамға негізделген. Танымдықты қайта құрылымдау міндеті (Р. Лазарус) осы зиянды танымдарды өзгерту болып табылады. Терапевттер науқастарды көпшілік алдында сөйлеу, емтихандар немесе қиын әңгімелер сияқты

стресстік жағдайларда теріс танымдарды неғұрлым ұтымды, сабырлы ойлармен ауыстыруға үйретеді. Мысалы, пациент «Мен мінсіз болуым керек» деген ойдың орнына «Тыныштал, егер мен тапсырмаға назар аударсам, мен мұны жеңе аламын» деген ойды қолдануы мүмкін.

Танымал әдістердің бірі - стресстік егу тренингі (Д. Мейхенбаум), онда пациент өзін стресстік жағдайда елестетеді және жаңа танымдық дағдыларды қолданады. А.Эллистің рационалды-эмоционалды терапиясы және А.Бектің танымдық терапиясы да танымдық қайта құруға жатады және танымдық және мінез-құлық тәсілдерін біріктіреді. Екі автор да бастапқыда классикалық психоаналитикалық дайындықтан өткен психоаналитиктер болды. 1962 жылы өз жұмыстарын жариялаған Эллис және 1970 жылы Бек өз психоанализ тәжірибесін сыни тұрғыдан бағалап, оны танымдық бұзылыстарды талдау мен терапияны қамту үшін кеңейтуді ұсынды. Олар диван және еркін қауымдастық сияқты психоанализдің дәстүрлі элементтері науқасқа оның назарын жағымсыз ойлар мен тәжірибелерге аудару арқылы теріс әсер етуі мүмкін деп санайды. Бек мінез-құлық терапиясын талдай отырып, мінез-құлық терапиясының кез келген түрі танымдық терапияның бір түрі ғана деген қорытындыға келді және Эллис де қолдайтын классикалық психоанализді толығымен жоққа шығарды. Екі автор да психоанализ мен мінез-құлық терапиясын сынаған кезде өз ойларын ерекше атап өту үшін күшті өз көзқарастарын пайдаланған. Классикалық мінез-құлық психотерапиясынан айырмашылығы, танымдық терапия сыртқы мінез-құлыққа емес, ішкі тәжірибеге бағытталған. Мінез-құлық терапиясы сыртқы мінез-құлықты өзгертуге бағытталған, ал танымдық терапия тиімсіз ойлау тәсілдерін өзгертуге бағытталған. Мінез-құлық тренингі танымдық деңгейде қол жеткізілген өзгерістерді бекіту үшін қолданылады [15].

3.3. Өзін-өзі бақылау процедуралары

Бұл категориядағы терапевтік тәсілдер эмоционалды бұзылулар тиімсіз ойлау үлгілерінен (таным) туындайды деген болжамға негізделген. Р.Лазарустың сипаттаған танымдықты қайта құрылымдау осындай бейімсіз танымдарды өзгертуді көздейді. Терапевтер науқастарға, балаларға да, ересектерге де емдеу мақсаттарын белгілеуге және терапевтік бағдарламаны жүзеге асыруға белсенді қатысуға көмектеседі. Бұл үдерісте мінез-құлықты сәтті өзін-өзі реттеудің негізі болып табылатын өзін-өзі бақылау процедуралары негізгі рөл атқарады. Бұл әдістер науқастарға өз мәселелері мен әрекеттері туралы көбірек білуге көмектеседі. Мысалы, артық салмақты емдеу кезінде күнделікті калорияны тұтыну шегі бірге белгіленеді. Өзін-өзі бақылаудың тиімділігі, егер мақсаттар нақты, нақты және қысқа мерзімге тұжырымдалған болса, артады.

Мақсатты дұрыс тұжырымдамау, мысалы: «Келесі аптадан бастап мен тамақтануды шектей бастаймын» сәтсіздікке және өзін-өзі теріс бағалауға әкелуі мүмкін. «Мен тәулігіне 1200 калориядан артық тұтынбаймын» деген сияқты нақты мәлімдеме сәтті аяқтауға және өзін-өзі нығайтуға әкеледі, бұл өзін-өзі реттеуді сақтау ықтималдығын арттырады.

Өзін-өзі бақылау әдістері сонымен қатар ұйқысыздық, бас ауруы және гипертония

сияқты стресстік реакциялармен күресу үшін прогрессивті релаксация жаттығуларын, сондай-ақ психосоматикалық бұзылуларды емдеу үшін қолданылатын биокері байланыс әдістерін қамтиды.

Мінез-құлық баламаларын таңдаудың және ниеттерді жүзеге асырудың барлық кезеңдерінде адам өз іс-әрекетін бақылайды және олардың нәтижелерін бағалайды. Күмән мен шешімсіздік жоспарланған әрекеттерден бас тартуға немесе балама мінез-құлықты таңдауға әкелуі мүмкін. Шешім қабылдау және өзін-өзі бақылау үдерісі бұзылуларға да, оларды емдеуге де мүмкіндіктер жасайды. Бандураның пікірінше, адамның мінез-құлқы қоршаған ортамен толығымен бақыланбайды; ол өзін-өзі бақылау құралдарына да қол жеткізе алады.

Мысал: Ірі кәсіпорынның менеджері Владимир психотерапевтке бірнеше тартымды баламалардың бірін таңдаудағы қиындықтарға және қарамағындағылардың тапсырмаларды орындауын бақылау қиындығына байланысты жүгінеді. Нәтижесінде ол тиімді ұсыныстар мен көп уақытты жоғалтады. Кеңестер барысында Владимирді өзінің интуициясына сенуге және бақылау функцияларын қол астындағыларға беруге үйретеді [16].

Өзін-өзі нығайту және өзін-өзі жазалау. Мінез-құлық ниеттерінің орындалуын бақылау үдерісінде адам өзінің іс-әрекетінің нәтижелерін мінез-құлық мақсатына да, оның процессуалдық аспектілеріне де қатысты белгілі бір стандарттармен үнемі салыстырады. Мысалы, дәріс кезінде мен уақытты, студенттердің зейінін, дауыс деңгейін және басқа аспектілерді бақылаймын. Бұл кітапты оқып отырып, сіз ойлар тізбегін сақтауды немесе шәйнектің қайнаған сәтін жіберіп алмауыңызды қамтамасыз етуіңіз мүмкін.

Егер сіз жоспарды орындай алсаңыз, сіз өзіңізді мақтай аласыз, ал болмаса, бірнеше жағымсыз сөздерді айтыңыз. Іс-әрекеттің үдерісі мен нәтижелерін өзін-өзі бағалау әркім үшін жеке, ал өзін-өзі күшейту мен өзін-өзі жазалау арасындағы тепе-теңдік жаңа немесе орындалатын міндеттерге мотивацияға әсер етеді. Өзін-өзі жазалаудың теріс үстемдігі депрессия сияқты мінез-құлықтың ауыр бұзылуына әкелуі мүмкін.

Кәдімгі өзін-өзі бағалау және нәтижелерді бағалау әдістері әлеуметтік жағдайларда мінез-құлық тиімділігін күтуді қалыптастырады. Бандура бұл күтулерді өзіндік тиімділік деп атайды. Мысалы, егер мен дәріс соңында оң пікір алсам, бұл саладағы көрсеткішім жоғары болады, бұл менің алдағы жұмысыма әсер етеді [17].

Күту мен өзіндік тиімділіктің әсері. Альберт Бандура мінез-құлық бұзылыстарының себептерінің бірі «өзіндік тиімділік теориясы» деп аталатын өз іс-әрекетінің тиімділігіне сенбеу болуы мүмкін екенін көрсетті.

Өзіндік тиімділік адамның қиын жағдайлардан сәтті шығуға деген сенімін білдіреді. Бұл адамның өзіндік мінез-құлық құзыретіне деген сенімі.

Бандураның пікірінше, көптеген психикалық бұзылыстар адамның өз мүмкіндіктеріне сенімсіздікпен байланысты. Өзіндік тиімділік мотивацияға және күйзеліске қарсы тұру әрекеттерінің қарқындылығына ғана емес, мінез-құлық салдарын

кабылдауға да әсер етеді. Мысалы, өзін-өзі тиімділігі төмен адам кешке нашар көңіл-күйде көрінуі мүмкін, бұл олардың жаңа достар табу әрекеттеріне әсер етеді және олардың өзін-өзі тиімділігін төмендетеді. Керісінше, жоғары өзін-өзі тиімділік жағымды көңіл-күй мен сәтті әрекеттерге ықпал етеді.

Бандура күтудің екі түрін ажыратады: нәтиже күту және тиімділігін күту. Нәтижені күту белгілі бір мінез-құлық қалаған нәтижеге әкеледі деген жорамалдарға қатысты, ал тиімділік күту адамның осы мінез-құлықты орындау қабілеттеріне деген сеніміне қатысты.

Өзіндік тиімділік мінез-құлыққа оның деңгейіне, жалпылығына және күшіне байланысты әсер етеді. Әсер жағдайларды таңдауда, мінез-құлықта, қиындықтарды жеңу әрекеттерінің жиілігі мен ұзақтығында көрінуі мүмкін. Сондай-ақ әрекеттердің нәтижелері мен қол жетімді үлгілердің өзіндік тиімділікке қалай әсер ететінін ескеру маңызды.

Өзіндік тиімділікті қалыптастыруға әсер ететін факторлар:

- Мінез-құлық дағдыларының болуы.
- Басқаларды бақылау тәжірибесі (модельді физикалық немесе символдық түрде орындау).
- Ауызша күшейту немесе жазалау.
- Физикалық, психологиялық және эмоционалдық күй.

Өзіндік тиімділік жағдайға және өмірлік тәжірибеге байланысты өзгермелі сипаттама ретінде қарастырылады. Мінез-құлық салдарының өзіндік тиімділікке әсері адамның сол салдарды қалай қабылдайтынына және бағалауына байланысты. Жағымсыз тәжірибе өзін-өзі басқаруды және болашақ табысқа деген үмітті төмендетуі мүмкін.

Бандура теориясының маңызды теориялық және эксперименттік негіздері бар. Зерттеулер нәтижелік күтулер нақты мінез-құлықпен байланысты екенін көрсетті. Күтулерді өзгерту мінез-құлық өзгерістерін болжай алады.

Бандураның өзіндік тиімділік теориясы тек клиникалық тәжірибеде ғана емес, сонымен қатар оның маңыздылығы мен әмбебаптығын растайтын әлеуметтік мінез-құлықты реттеуде де сәтті қолданылды.

Өзіндік тиімділікті өлшеу үшін әртүрлі ұлттық нұсқаларда, соның ішінде орыс тілінде де бар тест әзірленді, ғылыми-тәжірибелік қызметте, соның ішінде мәдениетаралық зерттеулерде қолданылады [18].

3.4. Әдістер, жойылуға негізделген

Бұл тәсілдер батыру әдістері деп аталады, (батыру) алдын ала релаксация кезеңсіз қорқыныш объектісін тікелей көрсетуді қамтиды. Олар И.П.Павлов сипаттаған өшу механизмiне негізделген, онда шартсыз тітіркендіргішпен күшейтілмей шартты тітіркендіргіштің қайталануы шартты реакцияның жойылуына әкеледі. Бұл әдістер «су тасқыны», жарылу және парадоксалды ниет сияқты әдістерді пайдаланады.

«Су тасқыны» әдісі науқас пен терапевті қорқынышты, бірақ қауіп төндірмейтін

жағдайға қоюды және қорқыныштың қарқындылығы басылғанша сол жағдайда қалуды қамтиды. Жасырын қорқыныштан аулақ болу мүмкіндігін жоққа шығару маңызды, мысалы, көлікте саяхаттау кезінде алаңдау немесе қорқынышты азайту үшін басқа әрекеттермен айналысу. Науқас жасырын аулақ болу қашу мінез-құлқын қолдайтынын білуі керек. «Су тасқыны» кезінде науқас ең күшті қорқынышты сезінуі керек.

Имплозия - "су тасқыны" әдісінің ойдан шығарылған нұсқасы. Бұл тәсіл жүйелі десенситизацияға ұқсас, бірақ ілеспе релаксациясыз жүзеге асырылады. Бастапқыда қорқыныш иерархиясы құрылады, содан кейін науқас қорқынышты жағдайларды елестетуге көшеді. Терапевт науқастың қатысу деңгейін және оның қорқынышын сыртқы көріністерімен бағалайды, мысалы, қозғалыс белсенділігі, бұлшықет кернеуі, мимика және вегетативті реакциялар.

Терапевттің міндеті - қорқыныштың жоғары деңгейін сақтау. Мазасыздық деңгейі төмендей бастаса, терапевт қорқынышты күшейту үшін жағдайдың қосымша сипаттамаларын қосады. Мысалы, жыландар фобиясы бар науқасқа жыланды көтеріп жатқанын елестетуді сұрайды; қорқыныш деңгейі төмендеген сайын терапевт жыланның шағуы сияқты суреттерді қосуы мүмкін. Мақсат 40-45 минут бойы жоғары деңгейдегі қорқынышты сақтау.

Парадоксальды ниет әдісін Виктор Франкл ұсынған. Франкл невроздардың себептерінің бірі адам қорқатын жағдайға әкелуі мүмкін болжамды мазасыздық деп есептеді. Тағы бір патогенді фактор, Франклдың пікірінше, мақсатқа жетуді қиындататын шамадан тыс ұмтылу. Осы бақылауларға сүйене отырып, Франкл парадоксальды ниет техникасын жасады.

Бұл әдіспен науқастан симптоммен күресуді тоқтатуды сұрайды және оның орнына оны саналы түрде ояту және тіпті күшейту. Техника науқастың оның белгілері мен ауруына деген көзқарасын түбегейлі өзгертуді қамтиды. Науқас өзінің неврозынан алшақтап, оған күлуі керек. Франкл дирижердің аяушылық сезімін оятпақ болып, емдік мақсатта болмаса да, парадоксалды ниет әдісін байқамай қолданған кекеш баланың мысалын келтіреді [19].

3.5. Модельдеу

Терапевтер жиі пациенттерге қалаған мінез-құлықты көрсету немесе модельдеу арқылы үйретеді. Мысалы, *in vivo* десенситизациясы әсіресе терапевт науқасқа қорқынышты жағдайларда қалай сабырлы болу керектігін көрсеткенде тиімді болуы мүмкін.

Бір жағдайда терапевт өрмекшілерге қарсы интенсивті фобиясы бар науқасқа үйдегі резеңке өрмекшілерді қолдана отырып, өрмекшілерді қалай өлтіруге болатынын көрсетті.

Белсенділік пен әлеуметтік дағдылар тренингі өз эмоцияларын ашық білдіруге және құқықтарын қорғауға қиналатын, өзіне сенімділігі төмен науқастарға арналған. Бұл науқастар көбінесе қанаудың құрбаны болады, әлеуметтік алаңдаушылықты бастан кешіреді және өзін-өзі бағалаудың төмендігінен зардап шегеді. Жүйелі десенситизация

сияқты өзіне деген сенімділікті тәрбиелеу қорқынышқа қарама-қарсы реакцияны қолдануға негізделген: белсенді, өзін-өзі растайтын мінез-құлық қорқыныш пен алаңдаушылық сезімдерімен үйлеспейді.

Әлеуметтік фобиясы бар адам басқалардың пікірі мен теріс пікірлері сияқты жағымсыз салдардан қорқудың салдарынан әлеуметтік қарым-қатынастан аулақ болуы мүмкін. Тренинг пациенттің өзін-өзі растайтын мінез-құлық басқалардың реакциясының өзгеруіне әкелетінін түсінетін топтарда жүзеге асырылады, бұл өз кезегінде мұндай мінез-құлықты нығайтады, өзін-өзі бағалауды және өзіне сенімділікті арттырады. Айта кету керек, өзін-өзі талап етуші мінез-құлық агрессивтілікті білдірмейді; керісінше, басқалардың құқығын құрметтей отырып, өз құқықтарын қорғаудағы жағымды және жағымсыз эмоциялардың көрінісі.

Модельдеу және рөлдік ойын - сенімділікке үйретудегі негізгі әдістер. Терапевт пациенттерге әлеуметтік жағдайларда ашық және мәнерлі болуға көмектеседі. Мысалы, жалақыны көтеруді сұраудан қорқатын науқас терапевтпен немесе топтың басқа мүшелерімен жағдайды қайта-қайта ойнау арқылы қажетті дағдыларды дамыта алады. Поза мен интонация сияқты вербальды емес және вербалды экспрессивті мінез-құлыққа ерекше назар аударылады. Содан кейін терапевт пациентті дағдыларды жалпылауды қамтамасыз ету үшін нақты жағдайларда оң әрекеттерді қолдануға ынталандырады [20].

Тренингте сенімді мінез-құлықты күшейтумен қатар, белсенді тыңдау, кері байланыс қамтамасыз ету және өзін-өзі ашу арқылы сенім қалыптастыруды қоса алғанда, коммуникативті дағдыларды жетілдіруге де назар аударылады.

3.6. Позитивті күшейту

Позитивті күшейту әдістері мінез-құлық пен оның салдары арасындағы байланыстарды орнату үшін оперантты шарттау принциптерін пайдаланады. Терапевттер тырнақ тістеуден, балалық шақтағы қозғыштықтан және жасөспірімдердің қылмысынан шизофренияға және тамақтан бас тартуға дейінгі мәселелік мінез-құлықты өзгерту үшін жүйелі түрде күшейтуді пайдаланады [21].

Мысалы:

4 жасар қыз Анна мұғалімдермен және ересектермен қалыпты қарым-қатынаста болды, бірақ балалармен қарым-қатынаста ұялшақ, үнсіз және тұйық болды. Мектепте жұмыс істейтін психолог мұғалімдердің оның оқшаулануына тым көп көңіл бөлу мен сендіру арқылы байқаусызда ықпал еткенін байқады. Қыздың мінез-құлқын өзгерту бағдарламасы әзірленді. Мұғалімдерге Анна балалармен ойнағанда немесе олардың жанында болғанда ғана оған назар аударуды тапсырды. Кейіннен мұғалімдер Аннаны балалармен шынайы қарым-қатынаста болғаны үшін ғана марапаттай бастады, ал жалғыз ойнауға мән берілмеді. Нәтижесінде Анна ересектерге қарағанда балалармен көбірек уақыт өткізе бастады.

Психиатриялық мекемелерде жеке басының ауыр бұзылыстары немесе психикалық дамуы тежелген науқастардың мінез-құлқын жақсарту үшін, мінез-құлық терапевттері таңбалау жүйесі деп аталатын жүйені әзірледі. Бұл жүйе бойынша

науқастардың қалаған мінез-құлқы тәттілерге, серуендеуге, теледидарға және басқа да артықшылықтарға айырбастауға болатын белгілермен марапатталады. Қызметкерлер, науқаспен бірге (мүмкіндігінше) әрбір науқастың ерекшеліктеріне байланысты қалаған мінез-құлық мақсаттарының (нысандарының) тізімін әзірлейді. Бұл мақсаттарға сөйлеудің анықтығын, үй тапсырмасын орындауды, басқа балалармен ойнауды, төсек-орынды ұқыпты ұстауды және басқа аспектілерді қамтуы мүмкін. Содан кейін «баға кестесі» белгіленеді, оған сәйкес пациент белгілі бір мінез-құлық мақсатына қол жеткізгеннен кейін бірден белгілердің нақты мінез-құлық мақсатына қол жеткізгеннен кейін бірден таңбалауыштардың санын алады.

Таңбалауыш жүйесі мінез-құлықты өзгертуде өте тиімді болуы мүмкін. Кейбір зерттеулер көрсеткендей, қатты апато-абуликалық тұлғалық өзгерістері бар психиатриялық науқастарда таңбалауыш жүйесі олардың сыртқы түрін, әлеуметтік өзара әрекеттесуін, дастархандағы тәртібін айтарлықтай жақсартты және сонымен бірге оғаш мінез-құлықты азайтады. Маңызды нәтиже - таңбалауыш жүйесі ауыр мінез-құлық бұзылыстары бар науқастарды психиатриялық аурухананың қабырғаларынан тыс өмірге дайындады.

3.7. Жиіркенішті тудыру техникасы

Аверсионотерапия, сондай-ақ жиіркенішті терапия ретінде белгілі, классикалық шартталу принциптеріне негізделген. Мысалы, алкогольизмді емдеу үшін алкогольдің шағын дозаларын құсу немесе басқа жағымсыз сезім тудыратын заттармен біріктіретін әдіс қолданылады. Электр тоғы невротикалық кекештенуді, қолдың дірілдеуін, жыныстық бұзылуларды және түнгі энурезді жою үшін қолданылады. Бұл терапиялық әдістемені алғаш рет В.М.Бехтерев негіздеді, ол созылмалы алкогольизмді емдеуде алкогольді құсуды тудыратын заттармен біріктіргенде, терапияның негізі шартты (немесе Бехтерев бойынша аралас) құсу рефлексін дамыту болып табылады. Қабылдау алдында апоморфиндік инъекцияларды қолдану арқылы алкогольизмді емдеу әдісін алғаш рет Ресейде 1933 жылы И.Ф.Случевский мен А.А.Фриккен қолданған [22].

3.8. Жаза

Жағымсыз тітіркендіргіш қажетсіз мінез-құлықпен бірге жүретін аверсиати шарттанудан айырмашылығы, жаза мінез-құлық пайда болғаннан кейін қолданылады. Мысалы, жазушының құрысуының тремор түрі бар науқас диаметрі бірте-бірте кішірейетін пластинадағы тесіктерге металл таяқшаны енгізуді қамтитын тапсырманы орындайды. Егер науқас тесікке кірсе, электр разряды болмайды. Жер асты дүмпулері саңылаулардың шеттерін ұстап қалуы мүмкін, бұл электрлік қысқа тұйықталулар мен электр тогының соғуына әкелуі мүмкін. Жазушының құрысуының спастикалық түрі үшін науқас арнайы қаламсапты пайдаланады; Тұтқаны шамадан тыс қысым, сондай-ақ тізбектің қысқа тұйықталуын және жазалауды тудырады [23]. Жаттығу кезінде науқас тиісті бұлшықет топтарын босаңсуды үйренеді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Жүйелі десенсибилизацияның принциптері қандай және ол қайда қолданылады?
2. Психокоррекция жағдайында когнитивті қайта құрылымдау әдісі қандай?
3. Өзін-өзі бақылау процедураларының негізінде қандай механизмдер жатыр және олар қаншалықты тиімді?
4. Мінез-құлық терапиясы жойылу механизмдеріне негізделген қандай әдістер қолданылады?
5. Модельдеу мінез-құлықты қалыптастыруға және түзетуге қалай көмектеседі?
6. Позитивті күшейтуді қолдану қандай теориялық және практикалық аспектілермен байланысты?
7. Мінез-құлық тәсілде жиіркеніш пен жазалау әдістері қалай қолданылады?.

Реферат тақырыптары.

1. Тренингте мінез-құлық терапиясының әдістерін қолдану
2. Мінез-құлық терапиясы әдістерін қолдану арқылы қорқынышпен жұмыс.
3. Мінез-құлық терапиясы әдістерін қолдану.
4. Мінез-құлық терапиясы әдістері және ЕБА.

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ.

1. Джозеф Вольп жүйелі десенситизацияның қалай жұмыс істейтінін түсіндіру үшін қандай теорияны ұсынды?
 - a) Танымдық диссонанс теориясы
 - b) Оперантты шарттау теориясы
 - c) Өзара тежелу теориясы
 - d) Өзін-өзі бақылау теориясы
 - e) Әлеуметтік оқыту теориясы
2. Джозеф Вольп мазасыздықпен күресу үшін қандай әдісті қолданды?
 - a) Жетілдірілген десенситизация әдісі
 - b) Теріс кері байланыс әдісі
 - c) Эмоциялық қолдау әдісі
 - d) Жүйелі десенситизация әдісі
 - e) Танымдық талдау әдісі
3. Жүйелі десенситизация әдісіне науқасты прогрессивті бұлшықет релаксациясын үйрету қандай кезеңнен тұрады?
 - a) Стресстік жағдайларға реакцияларды бағалау
 - b) Қорқынышты тудыратын жағдайлардың иерархиясын құру
 - c) Иерархияда ең төменгі орынды алатын жағдайды бейнелеу
 - d) Дәрілік терапияны қолдану
 - e) Нақты жағдайдағы мінез-құлықты бағалау
4. Мәтінде қай әдіс «өшіру әдісі» (элсірету) деп сипатталған?
 - a) Биологиялық кері байланыс әдісі

- b) Фобия объектісін бейнелейтін слайдтарды немесе фильмдерді қолдану әдісі
 - c) Нақты жағдайларда экспозициялық терапия әдісі
 - d) Мінез-құлықты түзету әдісі
 - e) Нақты мақсаттарды қою әдісі
5. Ұйқысыздық және бас ауруы сияқты стресстік реакциялармен күресу үшін қандай өзін-өзі бақылау әдісі қолданылады?
- a) Танымдықты қайта құрылымдау әдісі
 - b) Прогрессивті релаксация жаттығулары
 - c) Биологиялық кері байланыс әдісі
 - d) Жүйелі десенситизация әдісі
 - e) Жетілдірілген десенситизация әдісі
6. Альберт Бандураның «өзіндік тиімділік» пікірі ол нені білдіреді?
- a) Эмоцияларды басқару қабілетіне сену
 - b) Өзінің нақты мінез-құлық құзыреттілігіне сену
 - c) Іс-әрекеттен оң нәтиже күту
 - d) Басқалардың мінез-құлық реакцияларына талдау жасай білу
 - e) Алға қойған мақсаттарға табысты жету мүмкіндігі
7. Бандураның өзіндік тиімділіктің қалыптасуы бойынша қандай факторлар әсер етеді?
- a) Тек мінез-құлық дағдыларының болуы
 - b) Мінез-құлық дағдыларының болуы, басқаларды бақылау тәжірибесі, сөздік бекіту және күй
 - c) Жеке қасиеттер мен кәсіби дағдылар
 - d) Денсаулық жағдайы және стресс деңгейі
 - e) Орындалған тапсырмалар мен қол жеткізілген нәтижелер саны
8. Жоғары өнімділікті күту адамның мінез-құлқына қандай әсер етеді?
- a) Мотивацияны және қиындықтарды жеңу әрекеттерінің жиілігін төмендетеді
 - b) Жағымды көңіл-күй мен сәтті талпыныстарға ықпал етеді
 - c) Мазасыздық пен стресстің күшеюіне әкеледі
 - d) Күрделі тапсырмаларды орындауды қиындатады
 - e) Әлеуметтік өзара әрекеттесу жиілігін азайтады
9. Қай әдіс қорқынышты емдеудің иммерсиондық тәсілдеріне жатады?
- a) Жүйелі десенситизация
 - b) Модельдеудің рөлі
 - c) «Су тасқыны» әдісі
 - d) Парадоксальды ниет әдісі
 - e) Өз-өзіне сенімді мінез-құлыққа үйрету
10. Имплотация әдісінде ең негізгі не?
- a) Қорқынышты азайту үшін релаксацияны қолдану
 - b) Релаксациясыз қорқынышты жағдайларды елестету
 - c) Қорқынышты бақылау үшін физикалық жаза қолдану
 - d) Қорқынышты тудыратын жағдайлардан белсенді түрде аулақ болу

е) Тітіркендіргіш қарқындылығының біртіндеп төмендеуі

4. ДӘРІС. Мінез-құлықтық терапияны қолдану: мінез-құлықтық терапияны іске асырудың теориялық-әдістемелік негіздері. Аутистикалық спектр бұзылыстары (АСБ) бар балаларға қатысты мінез-құлықтық түзету жұмысының ерекшеліктері. Мінез-құлықтық терапияны жүргізу тактикасы. АСБ бар балалармен жұмыс процесінде қолданылатын мінез-құлықтық терапияның әдістері мен технологиялары. Аутистикалық спектр бұзылыстарының МКБ-10 (F84) шеңберіндегі жіктелуі. АСБ бар балаларды психологиялық тексеруді ұйымдастыру мен жүргізудің ғылыми-әдістемелік негіздері. АСБ бар балаларды диагностикалаудың күрделілігі және оның функционалдық салдарлары.

4.1. Мінез-құлық терапиясын қолдану

1. *Мазасыздық бұзылыстары.* Әртүрлі елдерде жүргізілген зерттеулер мінез-құлық терапиясының фобияларды емдеуде тиімді екенін және көбінесе осы бұзылуларды емдеудің қолайлы әдісі екенін көрсетті. Негізгі әдіс – жүйелі әсер ету («әсер ету» термині қорқыныш объектісін көрсетумен байланысты барлық әдістерді қамтиды); кейбір жағдайларда агорафобия үшін қосымша танымдық-мінез-құлық әдістері қолданылады (мысалы, танымдықты қайта құрылымдау және неке терапиясы және т.б.). Науқастардың көпшілігі айтарлықтай жақсартуларға қол жеткізеді, бұл бес жылдан тоғыз жылға дейінгі бақылау деректерімен расталады. Агорафобияда емнің сәтсіздігі 10-нан 40%-ға дейін ауытқиды (Уилсон).

2. *Жыныстық бұзылулар.* Мінез-құлық терапиясы импотенция, ерте эякуляция, оргазмдық дисфункция және вагинизм сияқты жыныстық бұзылуларды емдеудің қолайлы әдісі болып табылады. Мысал ретінде жыныстық дисфункцияларды емдеуге арналған екі апталық бағдарламаны келтіруге болады.

3. *Тұлғааралық және некелік мәселелер.* Әлеуметтік дағдыларды үйрету және сенімді мінез-құлық тренингі шектеулі әлеуметтік мінез-құлықтан әлеуметтік фобияға дейінгі көптеген тұлғааралық мәселелерді шешу үшін қолданылады. Ерлі-зайыптылардың мінез-құлық терапиясы серіктестерге бір-бірінің мінез-құлықтыңдағы қажетті өзгерістерге қол жеткізудің оң және өнімді әдістерін үйретуге бағытталған.

4. *Созылмалы психикалық бұзылулар.* Жедел психикалық бұзылулар үшін мінез-құлық терапиясы тиімді емес. Дегенмен, мінез-құлық әдістері (әсіресе таңбалауыш жүйесі) ауыр тұлғалық өзгерістері бар және өзін-өзі күтудің төмен деңгейі бар науқастар үшін қолайлы әдіс болып табылады.

5. *Балалар психопатологиясы.* Мінез-құлық терапиясы дами бастағаннан бері оның әдістері балалардағы әртүрлі бұзылуларды, соның ішінде мінез-құлық проблемаларын, агрессияны және құқық бұзушылықты емдеу үшін қолданылды. Таңбалауышты күшейту гиперактивтілікті емдеу үшін кеңінен қолданылады.

Гиперактивті балалардың оқу үлгерімін жақсартудағы мінез-құлық терапиясының жетістігі мінез-құлық терапиясы кейбір жағдайларда дәрі-дәрмекпен емдеуді толықтыруы немесе тіпті алмастыруы мүмкін деген идеяға әкеледі. Аутизм, нашар болжамы бар ерекше күрделі балалық бұзылыс ретінде танылған, дәстүрлі психологиялық және фармакотерапиямен шектеулі тиімділікті көрсетті. Сонымен бірге мінез-құлық әдістері айтарлықтай нәтижелерге қол жеткізді. О.Ловаастың айтуынша, аутист балаларды интенсивті және ұзақ мерзімді мінез-құлықпен емдеу 47% жағдайда қалыпты интеллектуалдық және мінез-құлық жұмысына әкеледі. Тағы 40% балалар аздап кешігіп, арнайы мектептерге жіберіледі. Бақылау тобында тек 2% қалыпты жұмыс істеуге қол жеткізді. Бұл нәтижелер аутизмді емдеудегі ең жақсы нәтиже болып табылады. Энурез мінез-құлық терапиясын қолданатын ең емделетін мәселелердің бірі болып табылады [24].

4.2. АСБ бар балалардың мінез-құлқын түзету

Аутизмі бар балалардың мінез-құлқын өзгерту басты маңызға ие және дамуында ауытқуы бар баланың қоршаған ортаға бейімделуіне және қоғамға белсенді қатысуына көмектесуге бағытталған. Аутизммен ауыратын балалардың басқаларға қарағанда жақсы немесе нашар емес екенін түсіну маңызды, олар жай ғана ерекшеленеді. Мұндай балаларға тән қасиет - олардың сыртқы әлеммен байланыс орнатуына кедергі келтіретін «өзіндік көзқарас». Аутист адамдар қарым-қатынасты қажет етпейтін сияқты көрінгенімен, олар шын мәнінде оны қажет етеді, бірақ оны қалай алуға болатынын білмейді. Ата-ананың міндеті - балаға қоршаған әлеммен байланыс орнатуға көмектесу.

Мінез-құлықты түзету үдерісі бірнеше кезеңнен тұрады [25]:

1. *Диагностикалық зерттеу.* Бұл кезеңде келесі әдістер жүзеге асырылады:

- Баланың барлық жүйке-психикалық сфераларының даму ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік беретін ерте балалық шақтағы аутизмді диагностикалау әдісі (Лебединская К.С., Никольская О.С.) ЕБА ерте диагностикасы мен терапиясын жеңілдетеді, сонымен қатар психологиялық түзету әдістерін таңдауға көмектеседі.

- Балалардағы эмоционалдық бұзылыстарды диагностикалау әдістемесі (Бардышевская М.К., Лебединский В.В.), ол төзгісіз және төзімді аффективті жүктемелердің аймақтарын анықтауға, әртүрлі күрделіліктегі жүктемелерге баланың патологиялық реакциясының нұсқаларын сипаттауға және оларды неғұрлым бейімделу реакцияларымен байланыстыруға көмектеседі.

- Ата-анамен әңгіме барысында баланың өз бетінше әрекетін бақылау да құнды ақпарат береді.

2. *Мәселелік мінез-құлықты бекіту.* Мінез-құлықты өзгерту үшін сіз бұл реакцияға не себеп болатынын және қоздыратын ынталандырулар болуы мүмкін екенін түсінуіңіз керек. Мәселелік мінез-құлық эпизодтарын бақылау және бекіту мінез-құлық пен сыртқы факторлар арасындағы байланысты дұрыс бағалау үшін қажет. Бұл мінез-құлық қаншалықты жиі және қандай жағдайларда болатынын егжей-тегжейлі зерттеу

маңызды. Ең сенімді әдіс - баланы бақылау және мінез-құлық мәселелері туралы ақпаратты жазу.

Бақылау кезінде келесі тармақтар жазылады::

- Мәселелік мінез-құлықтың пайда болуынан бұрын не болды?
- Мәселелік мінез-құлық эпизоды.
- Мәселелік мінез-құлықтан кейін не болды?

3. *Түзету тәсілін таңдау.* Жұмысты бастамас бұрын, қолданылатын түзету әдісін дәлелді таңдау керек.

4. *Түзету әдістерін жасау және сынау.* Бұл кезеңге мыналар кіреді: баланың түзетілетін мінез-құлықын, көріністерін, себептерін, түзету әдістерін және қоршаған кеңістікті ұйымдастыруды анықтау.

Мысалы:

- Түзетілетін мінез-құлықтың анықтамасы және оның баладағы көрінісі: балалардың қатты дауыстары мен айқайларына теріс реакцияда көрінетін жергілікті қорқыныш.

- Себептері: Балалардың қатты дауыстары сенсорлық ерекшеліктері бойынша бала үшін тым қарқынды.

- Түзету әдістері: балаға қорқынышты заттың немесе жағдайдың елеусіздігін баса көрсете отырып, тыныш интонацияны пайдаланып, болып жатқан жайт туралы қарапайым түсініктеме беру.

- Қоршаған кеңістікті өзгерту шарттары: мұғалім өз дауысының күші мен қаттылығын бақылайды; топта тыныш атмосфераны сақтау.

4.3. Мінез-құлық терапиясының тактикасы

Мінез-құлық терапиясының кейбір аспектілерін (дәлірек, танымдық-мінез-құлық тәсілі) агорафобия, күрделі мазасыздықтың мысалы арқылы көрсетуге болады. Бірінші кезеңде терапевт науқастың мәселелесін және оны қолдайтын факторларды мұқият бағалайды. Әрі қарай емдеу әртүрлі болуы мүмкін, бірақ терапияның негізгі элементі *in vivo* экспозициясы болып табылады. Терапевт пен науқас бірге науқас қорқатын және аулақ болатын жағдайлардың иерархиясын жасайды. Бұдан аулақ болу азаймайынша және қорқыныш жойылмайынша, осы жағдайларға жүйелі түрде әсер етеді.

Науқасқа емдеу процедуралары және олардың маңыздылығы түсіндіріледі. Оның мәселелері қайта оқыту арқылы жеңуге болатын үйренген қорқыныш пен қашу жауаптары ретінде қарастырылады. Терапевт жүйелі әсер етудің маңыздылығын атап көрсетеді, оны науқастардың қорқынышты жағдайларға тым тез енуге өздігінен және ойланбаған әрекеттерімен салыстырады, бұл әдеттегі қате.

Әрбір экспозицияға дайындық үш кезеңнен тұрады: 1) қорқыныш сезімін тану және қабылдау; 2) қорқыныш тудыратын немесе күшейтетін танымдық бұрмалауларды анықтау; 3) танымдық бұрмалауға қарсы тұру. Апатқа ұшыраудың орнына («О, жоқ! Бұл тағы да болып жатыр! Мен қорқамын!»), науқасты жеңуге көмектесетін өздігінен нұсқауларды үйретеді (мысалы: «Бұл алаңдаушылық жағымсыз, бірақ қауіпті емес. Ол

өтеді. Қазір не істей алатыныңызды ойлаңыз. Дүрбелең емес»). Бұл дайындық жауаптары көбінесе қиялда қайталанады.

Терапевт науқасты *in vivo* экспозициясы кезінде сүйемелдеп, қолдау мен әлеуметтік күшейтуді қамтамасыз ете алады. Терапевт науқастың қорқынышына түсіністікпен қарағанымен, ол жүйелі әсер ету қажеттілігін берік ұстанады. Маңызды ереже - егер науқас қорқынышты жағдайға тап болса, ол қорқыныш басылғанша одан шыға алмайды. Науқастарға өте қажет болған жағдайда қабылдауды тоқтатуға рұқсат етіледі, бірақ тек бұрын келісілген түрде.

Біріншіден, жағдайдан кенеттен шығуға жол берілмейді: пациенттер айтарлықтай қолайсыздықты сезінсе де, бұл жағдайда мүмкіндігінше ұзақ қалуы керек. Екіншіден, егер олар бір жағдайда қала алмаса, қашып кетпей, жоспарлы түрде одан шығады. Мысалы, егер жағдай супермаркетте болса, олар дүкеннің адамдар азырақ аймағына көшіп, тыныштандыруға тырысады. Егер бұл сәтсіз болса, олар дүкеннен шығады, бірақ «қауіпсіз» жерге асықпайды, бірақ мүмкіндігінше тезірек дүкенге қайта кіруге тырысады.

Экспозициядан кейін терапевт пен науқас не болғанын талдайды. Бұл терапевтке науқастың өз тәжірибесін қалай түсіндіретінін түсінуге және иррационалды танымдық үдерістерді анықтауға мүмкіндік береді. Мысалы, агорафобиядан зардап шегетін науқастар оң жетістіктерді құнсыздандыруға бейім: олар әрқашан сәттілікті өздерінің күресу қабілеттеріне байланыстыра бермейді, сондықтан нәтижеге жете алмайды.

Науқастарға үй тапсырмасы беріледі — экспозицияларды үйде қалай орындау керектігі туралы нақты нұсқаулар. Олардан күн сайын барлық істегендерін, сезінгендерін және қандай қиындықтарға тап болғандарын егжей-тегжейлі жазу ұсынылады. Бұл өзіндік есептер келесі сеанс басталғанға дейін терапевтпен қарастырылады. Терапевтке емдеудегі прогресс туралы ақпарат берумен қатар, бұл жазбалар науқастардың танымдарын өзгерту үдерісін жеңілдетеді. Мысалы, олардың теріс ойлауына байланысты науқастар емдеудің нашар тиімділігіне жиі шағымданады. Терапевт күнделік жазбаларында науқастардың жеткілікті түрде байыпты қабылдамаған нақты жетістіктерді көрсете алады.

Үй тапсырмасы жұбайының немесе басқа отбасы мүшелерінің белсенді қатысуын талап етеді. Терапевт жұбайының қажетті қолдау көрсетуге дайындығы мен қабілетін бағалау және оған не қажет екенін түсіндіру үшін бір сеансқа шақырады. А.Метьюс әріптестерімен (А. Mathews et al.) агорафобиялар мен олардың жұбайларына арналған терапевтік оқулықтар шығарды, олар *in vivo* әсер етудің әрбір қадамын сипаттайды және ортақ жауапкершілікке баса назар аударады.

Көбінесе науқастар үй тапсырмасын орындау кезінде сәтсіздікке ұшырайды. Мұның бірнеше мүмкін себептері бар, олар нашар жазылған тапсырмадан өзгерістерге қарсы тұруға дейін. Терапевт өз рецепттерін орындамау себептерін талдаған кезде осы себептердің барлығын ескеру қажет. Тағы бір мүмкіндік - жұбайы ынтымақтаспайды және тіпті терапияны бұзуға тырысады. Ерлі-зайыптыларды терапияға қосудың артықшылықтарының бірі - олардың қарсылығы тез анықталады және оны терапия

сеанстарында тікелей шешуге болады. Науқастың жақсаруына кедергі болатын тұлғааралық қақтығысты шешу үшін неке терапиясы қажет болуы мүмкін.

Науқастардың стресстің әртүрлі көздерімен сындарлы түрде күресуге көмектесу үшін *in vivo* экспозицияға қосымша әдістерді қолдануға болады. Мысалы, кейбір науқастарға тұлғааралық қақтығыстың күйзелісімен күресу үшін сенімді мінез-құлық жаттығулары қажет болуы мүмкін, ал басқалары басылған ашумен күресу тәсілдерін үйретуді қажет етуі мүмкін.

Соңында, емдеуді аяқтамас бұрын, терапевт рецидивтің алдын алу үшін жұмыс істейді. Науқастарға болашақта күтпеген жерден тағы да қорқыныш пайда болуы мүмкін екендігі ескертіледі. Науқастар мұндай қорқыныштың қайталануын жобалау үшін қиялды пайдаланады және сәтті күресу жауаптарын қайта құру арқылы сезімдермен күресуді үйренеді. Олар бұл сезімдердің мүлдем қалыпты, уақытпен шектелетініне және қайталану туралы міндетті түрде сигнал бермейтініне сендіреді. Науқастар өздерінің сезімдерін түсіндіру тәсілі олардың қайталану немесе қайталамауын анықтайтынын түсінеді.

Мінез-құлық терапиясы әдетте қысқа мерзімді, бірақ 25-тен 50 сеансқа дейін созылатын ұзақ мерзімді емдеу де мүмкін. Әдеттегі жағдайларда терапевт емделушімен 2 айдан 3 айға дейін (шамамен 8-12 сеанс) емдеуге келісім-шарт жасайды және соңында нәтижелерді бағалайды. Жақсартудың болмауы науқастың мәселелерін тұжырымдамалаудың дұрыстығын, қолданылатын әдістемені таңдауды немесе емдеудің басқа түрін қолдану қажеттілігін талдаудың себебі болып табылады. Терапияны аяқтаған кезде терапевт емдеуді күрт тоқтатудан аулақ болады. Сабақтар санының аптасына бір реттен екі аптада бір ретке дейін, айына бір рет және т.б. бірте-бірте қысқаруы байқалады. Терапевттің белсенділігі бірте-бірте төмендейді, сабақтар қысқаруы мүмкін, кейде науқаспен байланыс телефон арқылы сақталады [26].

4.4. АСБ бар балаларға арналған мінез-құлық терапиясының техникалары мен қабылдаулар

Босты толтыру. Бұл техника автоматты ойларды анықтау үшін қолданылады. Психотерапевт жағымсыз тәжірибелерді тудырған оқиғаны үш бөлікке бөледі: оқиғаның өзі; «бостықты» қалыптастыратын бейсаналық ойлардың «шоғыры»; адекватты емес жауап және науқастың одан әрі әрекеттері. Сұрақтар қою арқылы терапевт қоздырушы оқиға мен оған жауап беру арасындағы «бос орынды» толтыруға көмектеседі, оны науқас түсіндіре алмайды.

Деструктивті ойлар анықталғаннан кейін оларды түзету қажет. Бұл үшін терапевт апатсыздандыру, қайта атрибуция, қайта тұжырымдау және орталықсыздандыру сияқты әдістерді пайдаланады.

Декатастрофизация (апатты жою). Көптеген науқастар жағымсыз оқиғалардың салдарын асыра сілтейді. Мысалы, қобалжыған адамдар айналасындағылар – таныстар, әсіресе бейтаныс адамдар – олар туралы жаман ойлайды деген ойдан арыла алмайды. Олар үнемі шиеленісті, сынды естуден қорқады және

бейтаныс адамдардың реакцияларын «ойлап шығарады». Психотерапевттің «Не болса ...» деген сұрағына жауап бере отырып, науқас өз тұжырымдарының қаншалықты қате екенін және гипотетикалық «соңғы жарық» туралы күтуінің қаншалықты қисынсыз екенін түсіне бастайды. Ол шын мәнінде не болып жатқанын және оның қандай салдарға әкелетінін көреді, мүмкін қиындықтарға дайын және оларды азырақ сезінеді.

Қайта тұжырымдау. Науқас өз мәселесін басқара алмайтынына сенімді. Мысалы, ол жалғыз және оны ешкімге керек емес деп санайды, оны ешкім қызықтырмайды және оған ешкім назар аудармайды. Психотерапевт науқастың мінез-құлық үлгісін өзгертуі үшін мәселені басқаша тұжырымдауға көмектеседі.

Орталықсыздандыру. Депрессияға және паранойяға бейім мазасыз адамдар көбінесе өздерін «ғаламның орталығы» санайды, олармен ешқандай қатысы жоқ оқиғаларды жатқызады. Бұл әдістеменің мақсаты науқастың назарын неғұрлым объективті сыртқы жағдайларға ауыстыру болып табылады.

Қайта атрибуция. Науқастың болған оқиғалардың себебі тек оның өзінде, белгілі бір адамда немесе факторда жатыр деген сенімін сейілтуге көмектеседі. «Қайта атрибуция» техникасын қолдана отырып, маман фактілердің шындыққа сәйкестігін тексереді және жағдайдың дамуына қандай факторлар әсер еткенін анықтайды. Бірлескен жұмыстың нәтижесінде науқастың өзі қате сенімдерін біледі.

Шешім қабылдау. Егер науқас шешім қабылдауға келгенде ыңғайсызданып қалса, оған қарапайым жаттығу ұсынылады: қағаз парағын екіге бөліп, қол жетімді нұсқалардың барлық артықшылықтары мен кемшіліктерін жазыңыз. Содан кейін әрбір тармақты талдау арқылы науқасқа таңдау жасау оңайырақ болады.

Қайта фокустау. Сізді обсессивті ойлар мазаласа, пациент олардың қатысуын жазады, бұл ойларды үнемі «шайнаудың» ықтимал салдарын түсінеді және назарын басқа нәрсеге аударуға тырысады, мысалы, осындай жағдайларға алдын ала дайындап қойған жұмысқа немесе алаңдататын әрекетке.

Кезекті жуықтау. Үлкен мақсаттар қорқынышты болуы мүмкін және алға жылжуыңызға кедергі келтіруі мүмкін. Егер сіз оны бірнеше шағын қадамдарға бөліп, ең жақынына шоғырландырсаңыз, мәселені шешу оңайырақ болады. Қағазға қадамдардың диаграммасын салу тыныштандыру әсерін күшейтуге көмектеседі.

Рөлді ауыстыру. Психотерапевт пен науқас рөлдерін ауыстырады. Науқас терапевт рөлін атқара отырып, маманды өз ойларының қисынсыз, сенімдерінің бейімделмейтіндігіне сендіруі керек. Осылайша ол өз пайымдаулары мен оқиғаларға берген бағасы неліктен адекватты емес екендігі туралы өзіне дәлелді жауап береді.

Метафораларды қолдану. Бұл техника науқастың қиялын тартуға көмектеседі. Психотерапевт дәйексөздерді, астарлы сөздерді және метафораларды қолдана отырып, түсіндіруді бейнелі, жанды және түсінуге қолжетімді етеді.

Танымдық мінез-құлық терапиясы мәселенің түп-тамырын, деструктивті ойларды қоректендіретін көзді анықтауға және оң және конструктивті көзқарастарды қалыптастыра отырып, үйреншікті үлгілер мен әрекет үлгілерін «қайта жазуға» көмектеседі [27].

4.5. Аурулардың халықаралық жіктелуі АХЖ-10: жалпы дамудың бұзылыстары F84

- F84.0 – балалық аутизм
- F84.1 – атипті аутизм
- F84.2 - Ретт синдромы
- F84.3 - Балалардың басқа дезинтеграциялық бұзылыстары
- F84.4 - ақыл-ойдың артта қалуымен және стереотиптік қозғалыстармен байланысты гиперактивті бұзылыс
- F84.5 – Аспергер синдромы
- F84.8 - жалпы дамудың басқа бұзылыстары
- F84.9 – Жалпы дамудың бұзылуы, анықталмаған

Ішкі санаттары бар келесі жағдайларды да диагностикалауға болады: F20, F21, F25.21, F07.8, F07.87

Аутизм спектрі бұзылған баланың дамуының бұрмалануы (В.В.Лебединский бойынша). Аутизм спектрі бұзылған балаларда екі негізгі патогенді фактор бар [28]:

- Қоршаған ортамен және адамдармен әрекеттесу кезіндегі аффективті ыңғайсыздық шегін төмендету.

- Сыртқы ортамен белсенді әрекеттесу қабілетінің бұзылуы.

О.С.Никольскаяның жіктеуі

- 1-топ: Сыртқы әлемнен алшақтауда көрінетін терең аффективті патология. Сөйлеудің, өріс мінез-құлықтың болмауымен сипатталады, балалардың қоршаған ортамен өзара әрекеттесуінің мақсатты нүктелері іс жүзінде жоқ.

- 2-топ: Қоршаған ортада және қарым-қатынас пен сөйлеу формаларында тұрақтылықты сақтауға белсенді ұмтылыс. Ол таныс және жағымды сенсорлық сезімдерге таңдамалы тілекте көрінеді. Сөйлеу мөрлермен бейнеленген, инфинитивте немесе үшінші жақта, көбінесе эхололиямен бірге жүреді.

- 3-топ: Аффективті қорғаныстың күрделі түрлері, өз тәжірибесіне назар аудару. Балалар бірдей іс-әрекеттер мен қызығушылықтарға сіңеді, олардың мінез-құлқы сыртқы жағдайларды ескермей және сыртқы әлеммен диалог болмаған кезде монолог түрінде жүзеге асырылады.

- 4-топ: Дүние жүзімен және адамдармен диалогқа түсу кезінде қарым-қатынасты ұйымдастырудағы қиындықтар, осалдықтың жоғарылауы, басқалармен қарым-қатынаста баяулық.

4.6. Аутизм спектрі бұзылған балаларды психологиялық тексеруді ұйымдастыру және өткізу

Алғашқы бағалауды жүргізбес бұрын келесі мәліметтерді жинау қажет [29]:

1. Медициналық анамнез: бұрынғы диагноздар, олардың қойылған жерлері және мамандардың тексеру нәтижелері туралы мәліметтер.

2. Ерте даму: баланың қозғалыс, сөйлеу және психикалық даму ерекшеліктері.

3. Алдыңғы жұмыс: бұрын баламен қай жерде және қандай әдістер қолданылғаны туралы мәлімет.

4. Күнделікті мінез-құлық: сөйлеуді қолдану, ауызекі сөйлеу тілін түсіну, өтініштерді орындау, өз бетімен ойын.

5. Жаңа жағдайларға реакция: қорқыныш, алаңдаушылық, истерика және көшедегі мінез-құлық.

6. Өзін-өзі күту дағдылары: ұйқы, тамақтану, дәретхана, ауырсынуға, суыққа және аштыққа реакция.

Ата-аналардан алынған ақпаратты талдау келесі бағыттар бойынша жүргізіледі [30]:

- Үйдегі мінез-құлық түрі: стереотиптердің таралуы, жағдайға бейімделу немесе далалық мінез-құлық.

- Психикалық белсенділік: белсенділік деңгейі (төмен, жоғары, адекватты), күн ішінде белсенділік деңгейінің ауытқуы, шаршау және жалпы көңіл-күй.

- Дербес ойын және іс-әрекет: баланың диванға секіру, ойыншықтарды ретке келтіру немесе жиі «бұзақылық» қылықтары сияқты ойындары мен әрекеттерінің ерекшеліктері.

- Қарым-қатынас дағдылары: сөйлеу әрекеті, қарым-қатынас формалары, ым-ишараны қолдану және қарым-қатынастың басқа әдістері.

- Тұрмыстық дағдылар: тамақтану, дәретхана және киіну сияқты өзін-өзі күту дағдыларының даму деңгейі.

- Мінез-құлық мәселелері: агрессия, қорқыныш, жоғары сезімталдық және басқа мәселелердің болуы.

АСБ бар балалардағы стресске жауап беру (Б.Нейсон бойынша) [32]

- «Өз-өзіне кетуі»: тітіркендіргіштермен шамадан тыс жүктелген кезде баланың жүйке жүйесі қалпына келу үшін жабылуы мүмкін; Баланың ұйқысы, енжарлығы, ғарышқа қарап, көзін жұмып, басқаларға жауап бермеуі мүмкін.

- Эмоционалды күйзеліс: бала ұру, тебу, итеру, заттарды лақтыру, өзін тістеу немесе басын ұру сияқты агрессивті мінез-құлықпен айналысуы мүмкін, бұл проприоцептивтік ынталандыруды қамтамасыз етеді және стресс деңгейін төмендетеді.

АСБ бар балалардың алғашқы психологиялық-педагогикалық диагностикасының ережелері (Мамайчук И.И., Моржина Е.В., Захарова И.Ю. бойынша)

- Балаға қатысты мәжбүрлеу тәсілін қолданбаңыз.

- Емтихан алдында мәжбүрлеп байланысуға рұқсат етілмейтіні туралы ата-аналарға хабарлау.

- Балада жағымсыз реакциялар туғызбау үшін оның көзінше анамнез жинауға болмайды.

- Өткір немесе сынғыш заттар, су және тамақ сияқты қауіпті болуы мүмкін заттарды баланың қолы жетпейтін жерде сақтаңыз.

- Аса сезімтал балаларды тітіркендірмеу үшін жұмсақ жарықтандыруды, тыныштықты және күшті иістердің болмауын қамтамасыз етіңіз.

- Егер бала негативті немесе қорқынышты көрсетсе, оған алдын ала дайындалған жиынтықтан ойыншық таңдауды ұсыныңыз, мінез-құлық ауытқуларына түсініктеме бермеңіз.

- Егер сіздің балаңыздың психикалық тонусы төмендесе немесе ол тез шаршаса, оған демалуға уақыт беріңіз немесе тапсырмаларды сәтті орындап жатса, оның қарқынын арттырыңыз.

- Айқын теріс болса, тапсырмаларды орындау үшін қуыршақ театрының қуыршағын пайдаланып көріңіз.

АСБ бар балаларды тексеруді жүргізу ерекшеліктері

- Емтихан процесі ұзағырақ уақыт алады.
- Диагностика кезең-кезеңімен кешенді түрде жүргізіледі.
- Әдіс-тәсілдерді жеке көзқарасқа бейімдеу қажет.
- Сараптамаға сәйкес және қызықты материалдарды таңдау, баланың жасы мен қызығушылығына сай ойыншықтар мен иллюстрациялар сияқты.

Бастапқы қабылдау кезінде алынған мәліметтерді талдау

- Сенсорлық сфера: көру, есту, тактильді, вестибулярлық және проприоцептивтік сезімдердің ерекшеліктері.

- Қозғалыс аймағы: қозғалыс дағдылары және үйлестіру.

- Эмоционалды-еріктік сфера: эмоционалдық күй және ерікті күш-жігер.

- Сөйлеу: сөйлеудің даму деңгейі және оның формасы.

- Танымдық сала: танымдық қабілеттер мен танымдық үдерістер.

4.7. Балалардың АСБ диагностикасындағы қиындықтар және функционалдық салдары

Мәдениетке байланысты диагностикалық қиындықтар. Мәдениеттік айырмашылықтар әлеуметтік өзара әрекеттесу, вербалды емес қарым-қатынас және қарым-қатынас нормаларына әсер етуі мүмкін және бұл айырмашылықтар аутизм спектрінің бұзылуын диагностикалауды қиындатады. Мысалы, аутизм спектріне тән бұзылулар мәдениеттік нормалардан айтарлықтай ауытқуы мүмкін. Диагноз қою жасына әлеуметтік-экономикалық және мәдени факторлар да әсер етуі мүмкін. Америка Құрама Штаттарында, мысалы, афроамерикалық балалар арасында кеш диагноз қою немесе диагноз қою жағдайлары жиі кездеседі.

Гендерлік диагностикалық қиындықтар. Аутизм спектрінің бұзылыстары әйелдерге қарағанда ерлерде төрт есе жиі диагноз қойылады. Аутизм спектрінің бұзылуы бар әйелдердің қатарлас ақыл-ой кемістігі болуы ықтимал. Бұл ақыл-ой кемістігі немесе тілдік кешігуі жоқ қыздарда әлеуметтік қарым-қатынас пен қарым-қатынастағы қиындықтар азырақ байқалуы мүмкін, бұл диагнозды қиындатады.

Аутизм спектрінің бұзылуының функционалдық салдары. Аутизм спектрі бұзылған кішкентай балаларда әлеуметтік және коммуникациялық дағдылардың жетіспеушілігі оқуды қиындатады, әсіресе топтық өзара әрекеттесу жағдайында. Үйде тәртіпті қатаң сақтау және сенсорлық тітіркендіргіштерге сезімталдық тамақтану және

ұйықтау үлгілерін бұзуы мүмкін, бұл шаш қию немесе тіс дәрігеріне бару сияқты күнделікті әрекеттерді өте қиындатады. Бейімделу дағдылары әдетте IQ ұпайларынан төмен және жоспарлау мен ұйымдастырудағы елеулі қиындықтар тіпті IQ жоғары балалардың оқу үлгеріміне теріс әсер етуі мүмкін. Ересек жаста қатаңдық пен жаңалыққа бейімделудің қиындығы тәуелсіздікке жетуді қиындатады. Аутизм спектрі бұзылған адамдарда интеллектуалдық бұзылулар болмаса да, олар көбінесе өмірдегі және жұмыстағы тәуелсіздігінен көрінетін психоәлеуметтік қызметтің төмен деңгейін көрсетеді. Қарттықтың салдары белгісіз болып қалады, бірақ қарым-қатынас мәселелері мен әлеуметтік оқшаулану егде жастағы адамдардың денсаулығына елеулі әсер етуі мүмкін [33].

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Мінез-құлық терапиясы қандай салаларда қолданылады және оның тиімділігі қалай бағаланады?
2. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыста мінез-құлық терапиясын қолданудың ерекшеліктері қандай?
3. Мінез-құлықты түзету процесінің құрылымы мен негізгі кезеңдері қандай?
4. Мінез-құлық терапиясын жүзеге асыру алгоритмі қалай құрастырылған: негізгі қадамдар мен практикалық ұсыныстар?
5. АСБ бар балалармен жұмыс істеу кезінде мінез-құлық терапиясының әдістерінің негізінде қандай әдістер мен принциптер жатыр?
6. Алғашқы мінез-құлық диагностикалық зерттеу дегеніміз не: оның мақсаттары, құрылымы және қолдану салалары?
7. Диагностикада бихевиоральды көзқарас шеңберінде қандай әдістер қолданылады және олар қалай жіктеледі?
8. Мінез-құлық диагностикасы тұрғысынан мінез-құлықты сипаттауда жеке ерекшеліктер қалай ескеріледі?
9. Мінез-құлық талдауының негізінде қандай этикалық принциптер мен кәсіби стандарттар жатыр?
10. Мінез-құлық терапиясының мүмкіндіктері мен шектеулері қандай: оның тиімділігі және қолдану шегі қандай?
11. Қандай мағынада мінез-құлық терапиясын білім беру процесі деп санауға болады?
12. Диагностикалық тестілеу кезінде АСБ бар балалар қалай жіктеледі?
13. Аутизм спектрі бұзылған баланы психологиялық тексеруді ұйымдастырудың негізінде қандай принциптер жатыр?
14. Бастапқы психологиялық-педагогикалық диагностика алгоритмінде қандай этаптар мен әдістемелік тәсілдер бар?
15. АСБ бар балаларды тексеру кезінде қандай диагностикалық қиындықтар туындайды және оларды жеңудің қандай жолдары бар?

Реферат тақырыптары.

1. Мінез-құлық терапиясының қолданылуы
2. АСБ бар балаларды түзетудің мінез-құлық терапиясын қолдану.
3. Бихевиоралдық терапиясы білім беру үдерісі ретінде.
4. Топтық мінез-құлық психотерапиясы.
5. Алғашқы мінез-құлық диагностикалық зерттеу.
6. АСБ бар балалардың ата-аналарының қосуға психологиялық дайындығы
7. АСБ бар балалардың психологиялық диагностикасының проблемалық аспектілері
8. АСБ бар балалардың психологиялық-педагогикалық диагностикасы.
9. Мінез-құлық психологтың психологиялық диагностикасының ерекшеліктері.

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ

1. Фобияларды емдеудің мінез-құлық терапиясының негізгі әдісі қандай?
 - a) Танымдық қайта құрылымдау
 - b) Жүйелі әсер ету
 - c) Неке терапиясы
 - d) Биологиялық кері байланыс әдісі
 - e) Психоанализ
2. Тұлғаның айқын өзгерістері бар және өзін-өзі күту деңгейі төмен науқастарға қандай түзету әдісі қолайлы?
 - a) Танымдық терапия
 - b) Жетондық жүйесі
 - c) Топтық терапия
 - d) Психоанализ
 - e) Музыкалық терапия
3. О.Ловаас бойынша, интенсивті мінез-құлық емінен кейін аутизммен ауыратын балалардың қанша пайызы қалыпты интеллектуалдық және мінез-құлық қызметіне қол жеткізеді?
 - a) 20%
 - b) 30%
 - c) 47%
 - d) 60%
 - e) 70%
4. О.Ловаас бойынша бақылау тобындағы аутизммен ауыратын балалардың қанша пайызы қалыпты жұмыс істеуге қол жеткізді?
 - a) 5%
 - b) 10%
 - c) 20%
 - d) 30%
 - e) 2%

5. АСБ бар балалардың мінез-құлқын түзету үдерісінде төменде көрсетілген кадамдардың қайсысы бірінші болып табылады?

- a) Түзету әдістерін жасау және сынау
- b) Диагностикалық тексеру
- c) Мәселелік мінез-құлықты бекіту
- d) Түзету тәсілін таңдау
- e) Баланың өз бетінше әрекетін бақылау

6. АСБ бар баланың мәселелік мінез-құлқын дұрыс тіркеу үшін не қажет?

- a) Танымдық қайта құрылымдау әдісін қолдану
- b) Мінез-құлық неке терапиясын қолдану
- c) Проблемалық мінез-құлық эпизодтарын бақылау және тіркеу
- d) Психоанализ жүргізу
- e) Дәрілік терапияны қолдану

7. Қатты дауыс пен балалардың айқайына теріс реакцияда көрінетін жергілікті қорқынышты түзетудің қандай әдісі ұсынылады?

- a) Танымдық қайта құрылымдау әдісі
- b) Әлеуметтік дағдыларды үйрету
- c) Балаңызға не болып жатқанын қарапайым, сабырлы үнмен түсіндіру.
- d) Психотерапия
- e) Топтық терапия

8. АСБ бар баланың мінез-құлқын түзету үшін қоршаған ортаны өзгертудің кейбір шарттары қандай?

- a) Баланың диетасын өзгерту
- b) Жаңа білім беру бағдарламаларын енгізу
- c) Мұғалім өз дауысының күші мен қаттылығын бақылайды; топта тыныш атмосфераны сақтау
- d) Оқу күнінің ұзақтығын ұлғайту
- e) Тұрақты медициналық тексерулер жүргізу

9. Агорафобияны емдеуге арналған мінез-құлық терапиясының негізгі элементі қандай?

- a) Дәрі-дәрмекпен емдеу
- b) Топтық терапия
- c) in vivo экспозициясы
- d) Гипнотерапия
- e) Йога және медитация

10. Әр көрмеге дайындықтың бірінші қадамы қандай?

- a) Медициналық тарихын зерттеу
- b) Қорқыныш сезімін тану және қабылдау
- c) Топтық талқылау
- d) Дәрілік заттарды қолдану
- e) Медитация

5.ДӘРІС. АСБ терапиясындағы мінез-құлық тәсілдерінің жіктелуі. Қолданбалы мінез-құлық талдауы немесе АВА әдісі. Таңдау кезінде ескеру қажет факторлар АСБ түзету тәсілі. PRT (Pivotal Responce Treatment) негізгі қалпына келтіру емі – негізгі оқыту/кілттік дағдыларды/реакциялар. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) балаларға білім беруге мүмкіндік беретін бағдарлама аутизммен ауыратын және ерекше қажеттіліктері бар балалар. Эмоционалды-деңгейдегі тәсіл. Эмоционалды-мағыналық тәсіл. Tomatis. Холдинг-терапия.

Аутизм спектрінің бұзылыстарын (АСБ) емдеудің заманауи тәсілдері де халықаралық клиникалық нұсқаулармен реттеледі. Мысалы, Ұлыбританияның Ұлттық денсаулық сақтау және күтім саласындағы жетістіктер институтының (NICE) нұсқауларында тиімділігі дәлелденген мінез-құлықтық және психо-білім беру араласуларын пайдалануға басымдық беру қажеттілігі, сондай-ақ баланың жұмыс істеу деңгейіне байланысты бағдарламаларды жекешелендіру қажеттілігі атап өтілген [34]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) ерте араласудың, көп салалы тәсілдің және отбасының түзету процесіне қатысуының маңыздылығына ерекше назар аударады [35]. Сондай-ақ, дәлелді әдістерді қолданудың маңыздылығын және дәлелді негізі жоқ араласуларды шектеу қажеттілігін атап көрсетеді.

5.1. Факторлар, АСБ үшін түзету әдісін таңдаған кезде қарастыру керек

Аутизм спектрінің бұзылыстарын (АСБ) емдеудің теориялық негіздері мен эмпирикалық дәлелдер деңгейі бойынша әртүрлі әдістердің кең ауқымы бар. Қазіргі ғылыми әдебиеттерде тиімділігі дәлелденген әдістер мен дәлелдемелер базасы шектеулі немесе жеткіліксіз әдістер арасында айырмашылық бар. Ең көп эмпирикалық қолдауға ие әдістердің қатарына мінез-құлықтық және когнитивті-мінез-құлықтық араласулар (атап айтқанда, қолданбалы мінез-құлықты талдау) жатады. Сонымен қатар, аффективті дамуға бағытталған тәсілдер (эмоционалды деңгейдегі және эмоционалды маңызды), сондай-ақ тиімділігі жеткілікті түрде дәлелденбеген әдістер (эстетикалық терапия, жануарлар терапиясы, сенсорлық әсер ету және т.б.) қолданылады [36]. Түзету стратегияларының әртүрлілігі АСБ бұзылыстарының құрылымының күрделілігімен және олардың мінез-құлық көріністерінің өзгергіштігімен түсіндіріледі.

1. Ақаулықтың сипаттамасы. Әрбір түзету әдісінің ерекшелігі бастапқы болып табылады кезеңде қойылған міндеттерге және психикалық әрекеттің қай саласы басым болатынына байланысты. Сондықтан, айқын аффективті бұзылыстары бар балалар үшін, әсіресе олар қарым-қатынас пен дамуға кедергі келтірсе, эмоционалды деңгейдегі тәсілді қолданған жөн. Ақыл-ой кемістігі елеулі болған және интеллектуалдық бұзылулар эмоционалдық бұзылулармен бәсекелесетін жағдайларда, интеллектіні дамытуға көмектесетін мінез-құлық әдістерін қолданған дұрыс.

2. Ұйымдастырушылық мүмкіндіктер. Таңдалған әдістерді жетік меңгерген мамандардың болуы маңызды. Бұл шартты орындау қиын, бірақ ол кем

дегенде ішінара орындалуы керек. Жұмыстың көлемі де маңызды - мысалы, аптасына 15-20 сағаттан аз жеке сеанстармен күрделі мінез-құлық терапиясын бастау ұсынылмайды. Сабақтардың шарттары маңызды: орынды таңдау және өзгерту мүмкіндігі, сондай-ақ кеңістіктік ортаны ұйымдастыру. ТЕАССН тәсілі мен мінез-құлық терапиясы кеңістікті ұйымдастырудың белгілі бір деңгейін талап етеді. Қажет емес заттарды алып тастау, қажетті материалдарды таңдау және жиһаздың орналасуын өзгерту мүмкін болмаса, бұл әдістерден бас тартқан дұрыс. Бұл тұрғыда эмоционалды-деңгейлік тәсіл оңайырақ, өйткені бала мен психолог үшін қолайлы жағдай жасау оңайырақ. Түзету әдісін таңдаған кезде білім беру немесе медициналық мекемедегі ұйымдастырушылық аспектілерді ескеру қажет.

3. Баланың жасы. Тәсілді таңдаудың маңызды факторы - түзету басталған кездегі баланың жасы. Тек сынақтар арқылы ғана емес, сонымен қатар баланың дамуы мен оның әлеуметтік бейімделуін сапалы талдау арқылы анықталатын ақыл-ой жасы ғана ескеріледі. Жасқа байланысты бұзылыстарды диагностикалаудың қиындығы психологиялық жасты анықтауды қиын міндетке айналдырады. Мысалы, егер балада аффективті салада айтарлықтай кешігу болса, түзету эмоционалды-деңгейлік тәсіл басталуы керек. Дегенмен, терең патология жағдайында бұл тәсіл жеткіліксіз болуы мүмкін, ал біраз уақыттан кейін басқа әдістер қажет болуы мүмкін. Мінез-құлық дағдыларының қалыптасу қиындығына баланың жасы да әсер етеді. Егер аффективтік салаға әсер ету мүмкін болмаса, баланың әлеуетін барынша арттыру үшін көбірек сақталған функцияларды пайдалану керек.

4. Дамудың әлеуметтік жағдайы. Тәсілді таңдау үшін баланың әлеуметтік бейімделу мүмкіндіктерін талдау қажет. Баланың отбасына қалай сәйкес келетінін және ата-ананың күтетінін білу маңызды. Ата-аналардың ұстанымы, олардың талаптары мен ынтымақтастыққа дайындығы маңызды рөл атқарады. Ынтымақтастық мүмкін болмаса (мысалы, бала әжесінің қамқорлығында болса), қазіргі өзара әрекеттесуге бағытталған эмоционалды-деңгейлік тәсілді қолданған дұрыс. Мінез-құлық және ТЕАССН тәсілдері бала өмірінің барлық салаларында ұзақ мерзімді өзгерістерді және отбасы мен кәсіпқойлар арасындағы тығыз ынтымақтастықты талап етеді. Өзін-өзі күту және вербалды емес қарым-қатынас сияқты өмірлік дағдыларды үйрету қажет болса, қажеттіліктерді ескеру қажет. Елімізде мамандандырылған көмектің жеткіліксіздігі жағдайында, әсіресе аутизмнің күрделі түрімен ауыратын балаларды қоршаған ортаға бейімдеу дұрысырақ болуы мүмкін.

5.2. АСБ терапиясына көзқарастардың бес негізгі тобы

2015 жылы беделді The Lancet медициналық журналында аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бойынша зерттеулердің жүйелі шолуы жарияланды. Бұл шолу жұмыстың кең ауқымын, соның ішінде Джеральдин Доусонның "Behavioral interventions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a review of recent findings" (2011) атты зерттеуін қарастырды. Талдау негізінде АСБ емдеудің бес негізгі тобы анықталды [35]:

1. Ерте қарқынды араласулар. Қазақстанда бұл әдіс әдетте қолданбалы мінез-құлық талдауы деп аталады, дегенмен бұл мүлдем дәл емес. Шолуда қолданбалы мінез-құлық талдауының (ҚМҚТ) екі негізгі әдісі қарастырылды - дискреттік сынақ жаттығулары, сонымен қатар блоктық (discreet trial training), әдісі ретінде де белгілі UCLA (University of California, Los Angeles), және кейінірек негізгі дағдыларды үйрету сияқты терапиялар (pivotal response treatment, PRT). Ең маңызды ҚМҰТ әдістерінің ішінде ерте Денвер моделін атап өткен жөн (Early Start Denver Method, EDSM), ол бүгінгі күні де АСБ емдеуде жетекші орын алады.

2. Мақсатты мінез-құлық араласуы. Бұл әдіс бұзылыстың бүкіл спектріне емес, баланың жұмыс істеуінің белгілі бір дағдыларына немесе салаларына бағытталған. Мақсатты араласу бағдарламалары, ҚМҚТ-да айырмашылығы, әдетте аз уақытты алады: ҚМҚТ үшін 1000-нан 4000 сағатқа дейін салыстырғанда 10-50 сағат.

3. Ата-аналарды қатыстыру әдістері. Кез келген бағдарламаның тиімділігі ата-ананың қатысуына байланысты. Араласу үздіксіз болуы керек және ата-аналар үдеріске белсенді қатысуы керек. Ата-аналарға үйде жұмыс істеу және терапияны қолдау арқылы сауатты көмекші болуды үйрететін әдістер (ата-ананың көмегімен ерте араласу), сондай-ақ ата-аналар араласуды өздері жүзеге асыруды үйренетін әдістер (ата-ананың ерте араласуы).

4. Ересектермен жұмыс істеу әдістері. Бұл тәсілдер екі топқа бөлінеді: кейбіреулері әлеуметтік-коммуникативтік дағдыларды дамытуға бағытталған, ал басқалары – кәсіби дағдыларға бағытталған. Бұл араласуларға жасөспірімдерге арналған білім беру және педагогикалық бағдарламалар кіреді. Әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларға бағытталған араласулардың саны өсіп келеді, соның ішінде қыздарға арналған жаңа әзірлемелер мен ересектерге арналған кеңірек бейімделулер, өйткені АСБ бар адамдардың алдыңғы буындары жетіліп, әлеуметтік өмірге кіре бастайды.

5. Танымдық мінез-құлық терапиясы мен қолданбалы мінез-құлық талдауының үйлесімі. Бұл әдіс танымдық мінез-құлық терапиясының элементтерін және қолданбалы мінез-құлық талдауын біріктіреді.

The Lancet тиімділік деңгейін төменнен жоғарыға дейін анықтау үшін стандартты ауытқуды өлшеу сияқты әртүрлі бағалау әдістерін қолдана отырып, әрбір тәсілді тиімділікке бағалады. Шолуға сәйкес, зерттеулерде жоғары тиімділік байқалмады, тек төмен және орташа тиімділік тіркелді.

Америка Құрама Штаттарында (АҚШ) клиникалық белсенділік тұрақты терең өзін-өзі талдаумен сипатталады. Зерттеулердің айтарлықтай санын қорытындылайтын бірнеше жүйелі шолулар бар. Болашақта біздің еліміз 10-15 жылдан кейін ұқсас шолулар жүргізуге және тәжірибеде араласуды қолдануды бағалауға мүмкіндік беру үшін әртүрлі аймақтардан эмпирикалық деректерді жүйелі түрде жинауды бастау маңызды.

5.3. Қолданбалы мінез-құлық талдауы

Мінез-құлықтың ғылыми принциптеріне негізделген әдістеме балалардың

элеуметтік маңызды дағдылары мен білімдерін дамытуға бағытталған. Бұл әдіс мотивацияға және баланың оқудағы жетістігін марапаттау жүйесіне негізделген. Қалаған мінез-құлық марапатталады, бұл баланы қажетті бағытта әрекет етуге ынталандырады. Қолданбалы мінез-құлық талдауы (ҚМК) немесе АВА (Applied Behavior Analysis) аутизмді түзетудің ең тиімді әдістерінің бірі болып табылады. Бұл әдістеме аутизммен ауыратын баланың мінез-құлқына қоршаған орта факторларының әсерін зерттеуге және оны өзгертуге көмектесетін мінез-құлық технологиялары мен оқыту әдістерін қамтиды. АВА терапиясы адамның мінез-құлқы белгілі бір салдармен бірге жүреді, егер балаға ұнаса, ол бұл әрекетті қайталайды, ал ұнамаса, ол одан аулақ болады деген қағидаға негізделген. АВА терапиясы қарым-қатынас дағдыларын, бейімделу мінез-құлқын және оқу қабілеттерін жақсартады, мінез-құлық ауытқуларының көріністерін азайтады. Зерттеулер терапияны ерте бастау (мектепке дейінгі жаста) айтарлықтай нәтиже беретінін растайды. АВА терапиясы ғалымдар әзірлеген мінез-құлық бұзылыстарын түзетудің әртүрлі әдістерін қамтиды және қолданбалы мінез-құлық талдауының принциптеріне негізделген. Бұл тәсіл сөйлеу, элеуметтік өзара әрекеттесу, шығармашылық ойын, тыңдау және көзбен байланысу сияқты күрделі дағдыларды кішірек бөліктерге бөледі. Әрбір блок жеке зерттеледі, содан кейін бір күрделі әрекетке біріктіріледі. Аутизм спектрі бұзылған баланы оқыту кезінде АВА маманы тапсырмалар береді, қажет болған жағдайда кеңестер береді және қателерді елемей, дұрыс жауаптарды марапаттайды.

АВА принциптеріне негізделген оқытудың және мінез-құлықты түзетудің заманауи әдістері аутизм спектрінің бұзылыстарын түзетудің бірнеше ғылыми негізделген тәсілдерінің бірі болып табылады. И.Ловаастың зерттеулері көрсеткендей, аутизммен ауыратын балалардың 40% -ы мінез-құлық араласуын қолдану арқылы дамудың кешігуін жеңіп, құрдастар тобына сәтті кіріктіріледі. Ивар Ловаас, американдық психиатр және қолданбалы мінез-құлық талдауының негізін салушылардың бірі мінез-құлықты өзгертудің қатаң, қадамдық жүйесі арқылы аутизмді түзетуді қамтитын мінез-құлық әдісін ұсынды. Бұл жүйе аптасына шамамен 35-40 сағат қарқынды жаттығуларды қажет етеді және оны ерте жастан қолдану керек. 1987 жылы «Аутизмі бар жас балалардағы мінез-құлық араласуы және қалыпты танымдық және интеллектуалдық қызметі» атты мақаласында Ловаас UCLA зерттеуінің нәтижелерін ұсынды, онда оның емінен өткен 19 баланың 9-ы «құрдастарынан ерекшеленбейді». АВА мінез-құлықты зерттеу объектісі ретінде және оның қоршаған ортамен байланысын зерттейді. Бұл қоршаған орта контекстіндегі мінез-құлықты талдауды және функционалдық қатынастарды іздеуді қамтиды. Оған әсер етудің негізінде мінез-құлық принциптері мен заңдары жатыр.

Талдау:

- Неліктен мұндай мінез-құлық пайда болды?
- Мінезі қандай болды?
- Мінез-құлықтан кейін бірден не болды?
- Қандай экологиялық факторлар әсер етуі мүмкін? (параметрлер, адамдар,

дыбыстар, әрекеттер, басқа балалар, біреудің нақты әрекеті...)

- Бұл қалай көрінді?
- Қанша уақытқа созылды?
- Қаншалықты қарқынды болды?
- Айналаңыздағылар қалай қабылдады?
- Қоршаған орта қалай әрекет етті?
- Баланың халінде не өзгерді?
- Ішкі (бақыландығын) факторлар әсер етті ме?
- Қанша уақытқа созылды?
- Бала өз мінез-құлқының нәтижесінде не алды?



2-сурет. Қоршаған орта мәтінмәнде мінез-құлықты зерттеу және функционалдық қарым-қатынастарды іздеу.

АВА әсіресе АСБ бар балалармен жұмыс істегенде тиімді, өйткені ол олардың негізгі сипаттамаларын ескереді және жеке оқу жоспарын құруға көмектеседі. АВА бағдарламасын іске асыру үшін ол мінез-құлық талдаушысының қадағалауымен, кем дегенде 1000 сағаттық тәжірибенің бақылауымен және кемінде 4 оқу модулін аяқтауымен немесе сертификатталған мінез-құлық талдаушысының (BCBA, CBSD) бақылауымен, кем дегенде 1500 сағат практикамен және 5 оқу модулімен жүргізілуі керек [37].

5.4. PRT (Pivotal Respose Treatment) – негізгі оқыту/негізгі дағдыларды/реакциялармен.

Негізгі дағдыларды оқыту (PRT), сондай-ақ негізгі жауап жаттығулары ретінде белгілі, аутизмге мінез-құлық араласудың бір түрі болып табылады. Әдістеменің негізін салушылар мотивация және әртүрлі белгілерге жауап беру қабілеті сияқты екі негізгі мінез-құлық дағдыларын дамыту аутизм спектріндегі балалардың мінез-құлқын жақсартуда ең тиімді екенін көптеген зерттеулер арқылы дәлелдеді.

1960 жылдары аутизмді емдеу әрекеттері аз табысқа жетті, бұл зерттеушілерді мінез-құлықты емдеуге назар аударуға итермеледі. Линн мен Роберт Когель негізгі жауаптарға назар аудару араласуды сәтті және тиімді ете алады деп ұсынды. Олардың гипотезасы осы негізгі дағдыларды жақсарту басқа салаларда оң өзгерістерге әкеледі.

Негізгі дағдыларды оқытудың негізгі бағыттары мотивация мен бастаманы қамтиды. Сондай-ақ өзін-өзі бақылауға, сезімдерді қабылдауға және бір уақытта бірнеше ынталандыруға жауап беру қабілетіне назар аударылады. Ойын ортасы кезек

алу, қарым-қатынас және сөйлеу сияқты дағдыларды дамыту үшін қолданылады. Бұл жағдайда бала терапия курсы анықтайтын таңдау жасай отырып, оқу үдерісін бақылайды. Ата-аналар бұл үдерісте маңызды рөл атқарады, араласудың негізгі көмекшілері ретінде әрекет етеді [38].

PRT тиімділігі көптеген зерттеулермен расталды. Бұл әдіс нақты стратегияларды пайдалана отырып, баланың жаңа дағдыларды меңгеруге деген ынтасын арттыруға бағытталған, мысалы:

- терапевтің нақты нұсқаулары мен сұрақтары;
- тітіркендіргіштерді баланың өзі таңдауы;
- бұрын игерілген тапсырмаларды қолдау;
- тікелей күшейту;
- дұрыс жауап беруге мақсатты әрекеттерді күшейту;
- өзара әрекеттесуді имитациялау үшін рөлдерді өзгерту.

PRT әдісі балаларға шығармашылық болып қалуға мүмкіндік беретін жеткілікті икемді бола отырып, күрделі дағдыларды ойын түрінде меңгеруге көмектесу үшін құрылымдалған оқытудың натуралистік тәсілі болып табылады. Бала ойынның әрбір қадамы үшін күшейту алады, ал терапевт күрделі ойындарды модельдейді және жаңа идеяларды ұсынады. Зерттеулер көрсеткендей, аутизммен ауыратын балалар жасына сәйкес, стихиялық және шығармашылық ойынды үйрене алады.

PRT әдісі - оқытудың натуралистік тәсілі, балаларға күрделі дағдыларды ойын түрінде меңгеруге көмектесу үшін құрылымдалған, сонымен бірге балалардың шығармашылықпен қалуы үшін жеткілікті икемді. Бала ойынның әрбір қадамы үшін күшейту алады, ал терапевт күрделі ойындарды модельдейді және жаңа идеяларды ұсынады. Зерттеулер көрсеткендей, аутизммен ауыратын балалар жасына сәйкес, стихиялық және шығармашылық ойынды үйрене алады.

PRT негізгі мақсаты аутизмі бар балаларда сәйкес емес мінез-құлықты алмастыра отырып, белгілерге және әлеуметтік өзара әрекеттесуге жауап беру мотивациясын дамыту болып табылады. Бұл әдіс нақты мінез-құлықтан гөрі даму кемшіліктерін шешуге бағытталған. Ата-аналар табиғи және мақсатты марапаттау жүйелерін пайдалана отырып, баланың табиғи ортасында терапияны қамтамасыз етуге үйретіледі. PRT терапевттері маңызды әлеуметтік мінез-құлықты ынталандыру үшін балалармен ойын ортасында жұмыс істейді. Мысалы, түс туралы сұраққа дұрыс жауап беру үшін бала тиісті сурет салу қарындашын алады. Бұл терапия мектеп жасына дейінгі және бастауыш мектеп жасындағы балаларға, соның ішінде ауыр аутизмі бар балаларға жарамды.

Санта-Барбарадағы Калифорния университетінің дәрігерлері Роберт пен Линн Когель PRT әдісін әзірледі және оның тиімділігін растайтын 200-ден астам ғылыми мақалалар жариялады. PRT аутизмге арналған он модельдік бағдарламаның бірі және Америка Құрама Штаттарындағы аутизммен жұмыс істеуге арналған төрт дәлелді тәжірибенің бірі ретінде танылған.

Соңғы зерттеулер көрсеткендей, PRT аутизммен ауыратын балалардың ми

қызметін ғана емес, сонымен бірге әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларды да жақсартады. Йель университетінің докторы Кевин Пелфри және оның әріптестері Аутизмді зерттеу жөніндегі халықаралық кездесуде (IMFAR) зерттеу нәтижелерін ұсынды. Олар 4-6 жас аралығындағы 4 айлық PRT курсы бітірген алты баланы қадағалады. Емдеуге дейін және одан кейін балалар мидың инвазивті емес сканерлеуінен өтті, бұл мидың әлеуметтік сигналдарға жауапты аймақтарында белсенділіктің жоғарылағанын көрсетті. Бұл өзгерістер мінез-құлықты тексеру парақтарымен расталған балалардың әлеуметтік дағдыларының жақсаруына сәйкес келді [39].

PRT аутизмді бар балалардың мінез-құлқы мен әлеуметтік дағдыларын жақсартуда тиімді екенін дәлелдеді, бұл оны араласудың құнды әдісі етеді.

5.5. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) – аутизмді бар балалар мен ерекше қажеттіліктері бар балаларды оқытуға мүмкіндік беретін бағдарлама.

TEACCH – қоршаған ортаға назар аудара отырып, құрылымдық оқыту әдістемесі. Мақсатты жас аралығы 3 жастан 14 жасқа дейін (сөйлеу дамуы 5 жастағы баланың деңгейіне сәйкес келеді).

Оқу мақсаттарына мыналар жатады:

- Баланың дербестігін барынша дамыту.
- Басқалармен тиімді әрекеттесуге көмектесу.
- Интеллектуалды дағдыларды, академиялық қабілеттерді және жеке қабілеттерді кеңейту және жетілдіру.
- Жаңа дағдыларды әртүрлі жағдайларда қолдануды ынталандыру (үйде, балабақшада, мектепте).
- Өзін-өзі тану және эмоционалды сфераны дамыту.

Балалармен жұмыс келесі бағыттар бойынша жүргізіледі:

- еліктеу;
- қабылдау;
- жалпы моторика;
- ұсақ моторика;
- көз-қолды үйлестіру;
- элементарлық танымдық белсенділік;
- сөйлеу;
- өзін-өзі күту;
- әлеуметтік қатынастар.

Алғашқы араласу бағдарламаларының бірі 1960 жылдардың басында Солтүстік Каролина университетінің Эрик Шоплер мен Роберт Рейхлердің әзірлеген TEACCH бағдарламасы болды. Әзірлеушілер аутизмнің себебі бала мен ата-ана арасындағы нашар қарым-қатынас емес, ми дамуының патологиясы деп болжады. Бұл аутизм мәселесін қабылдауды өзгертті және балалармен жұмыс істеудің жаңа моделін құруға әкелді.

ТЕАССН – бұл арнайы араласу емес, аутизммен ауыратын адамдарға көмектесетін кешенді бағдарлама. Оның негізгі мақсаты – АСБ бар адамдар үшін максималды тәуелсіздік пен өмір сүрудің жоғары сапасына қол жеткізу үшін жағдай жасау.

ТЕАССН бағдарламасы қазіргі уақытта АҚШ үкіметі және бірқатар басқа Еуропа елдері тарапынан қаржыландырылады және қолдау көрсетіледі. Оның тұжырымдамасы кең сұранысқа ие және дамыған елдерде жүзеге асырылуда. Оның негізінде негізгі тұжырымдамаға қайшы келмейтін балалармен жұмыс істеудің қосымша әдістері әзірленеді.

ТЕАССН бағдарламасы АҚШ-тағы жеті аймақтық орталықтар арқылы балаларға ғана емес, сонымен қатар АСБ бар ересектерге де көмек көрсетеді, олардың әрқайсысы балаларды, олардың отбасыларын және басқа да мүдделі тараптарды оқыту мен тәрбиелеумен айналысатын агенттіктерге кеңес береді және оларға қолдау көрсетеді.

Бағдарламаны жүзеге асыру кезінде екі аспектіні ескеру қажет: адамның қоғамға кірігуі және максималды нәтижеге және тәуелсіздікке қол жеткізу үшін ерекше жағдай жасау.

Бағдарламаның негізгі принциптеріне мыналар жатады:

- Аутизммен ауыратын адамға өмір бойы қолдау көрсету және сүйемелдеу.
- Қоғамда табысты бейімделу дағдылары мен дағдыларын дамыту.
- АСБ бар адамдардың психикалық даму ерекшеліктері туралы сарапшылардың білімі.
- Мамандар мен ата-аналар арасындағы ынтымақтастық.
- Аутизммен ауыратын әрбір балаға немесе ересек адамға жеке көзқарас.
- Сипаттамаларды және даму деңгейін тұрақты диагностикалау.
- Оқушылардың күшті жақтары мен қызығушылықтарына сүйену.
- Тек дәлелденген әдістер мен әсер ету формаларын пайдалану.
- Оқу үдерісі мен өмір сүру сапасын жақсартуға көмектесудің нақты құрылымы.

«Құрылымдық оқыту» балалардың ерекше даму ерекшеліктерін ескеретін және көрнекі белгілер негізінде қоршаған ортаны ұйымдастыруға көмектесетін жағдайларды жасауды қамтиды. Бұл балалардың зейінін шоғырландыруға және ересектердің талаптарын түсінуге көмектеседі.

Р. Зюмаллдың айтуынша, көрнекі тіректерді жасау АСБ бар балалар мен ересектерге қоршаған әлемнен ақпаратты жақсырақ қабылдауға, бөлшектерді байқап, ең маңызды нәрселермен шектелуге көмектеседі. Көрнекі құрылым (аймақтар, шаблондар, әрекет үлгілері, күнделікті режим) вербалды қарым-қатынасты айналып өтуге мүмкіндік береді.

Бағдарламаның негізгі компоненттеріне мыналар кіреді:

- *Құрылымдық кеңістік.* Бөлмелерді аймақтарға бөлу принципі балаларға оларды функционалдық мүмкіндіктері бойынша (демалу орындары,

ойындар, жұмыс, асхана және т.б.) көзбен ажыратуға көмектесетін құрылымдық кеңістік. Аймақтардағы ақпараттың жан-жақты және түсінікті болуы және баланың жеке кеңістігіне қажетсіз ерудің алдын алу маңызды.

- *Құрылымдық уақыт* аутист адамдарға күтпеген жағдайларды азайтуға және күнделікті өмірінде тұрақтылыққа қол жеткізуге көмектеседі. Бұған өмірлік циклді ұйымдастыратын көрнекі кесте (мысалы, күнделікті кесте) көмектеседі.

- *Құрылымдық түрі*. Адам өміріне қажетті іс-әрекет түрлерін құрылымдау. Іс-шараларды ұйымдастыру сұрақтарға жауап беруі керек: «Не және қалай істеу керек? Әрекеттің қандай бөлігі? Акцияны қашан аяқтау керек? «Одан кейін не істеу керек?» Құрылымдау кез келген іс-әрекетке, мейлі ол гигиеналық процедураларға, тұрмыстық немесе оқу іс-шараларына сәйкес келеді.

Осылайша, ТЕАССН бағдарламасы аутизммен ауыратын адамдарға өмірдің барлық салаларында көмек пен қолдау көрсетеді. Бағдарлама мамандары аутизмі бар адамдардың даму және мінез-құлық ерекшеліктерін, жеке мүмкіндіктері мен қажеттіліктерін, сондай-ақ әлеуметтік және өмір сүру ортасының жағдайларын ескеруі керек. Отбасымен ынтымақтаса отырып, оларды оқу-тәрбие үрдісіне қосу маңызды.

ТЕАССН бағдарламасы бойынша жұмыс істеу мамандардан толық кәсіпқой болуды, аутизммен ауыратын адамның жеке басына құрметпен қарауды, оның мәселелерін түсінуді және жеке ерекшеліктері мен қажеттіліктерін ескеруді талап етеді. Оңтайлы көмек жүйесі сынақ және қате арқылы таңдалады [40].

5.6. Эмоционалды-деңгейдегі тәсіл

Эмоционалды-деңгейлік әдіс 1980 жылдары КСРО Педагогика ғылымдары академиясының дефектология ғылыми-зерттеу институтының ғылыми-зерттеу тобының күш-жігері арқылы жасалды. Әзірлеуге келесі мамандар қатысты: В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р.Баенская және М.М. Либлинг. Бұл тәсілдің негізгі бағыты аффективті сферадағы бұзылуларға бағытталған. Әдістеменің теориялық негізі В.В. Лебединский ұсынған эмоциялық реттеу жүйесінің деңгейлік құрылымының тұжырымдамасы болып табылады. Түзету үдерісі бірнеше кезеңдерді қамтиды: эмоционалды байланыс орнату, өзара әрекеттестікке бағытталған белсенділікті ынталандыру, қорқынышты жою, агрессия мен өзін-өзі агрессияны басу, мақсатқа бағытталған мінез-құлықты қалыптастыру.

Әдістің негізгі идеясы – баладағы эмоционалды реттеудің даму заңдылықтарына сүйену, маман мен бала арасында эмоционалдық байланыс орнату, ерекше қорқыныштарды, агрессияны, негативтілік пен стереотиптерді жою, қарым-қатынас пен әлеуметтік өзара әрекетті дамыту. Бұл әдіс әртүрлі әдістерді қамтиды, бірақ науқастың ең үлкен мүмкіндіктерін пайдаланатын ойын терапиясы, психодраманың және эстетикалық терапияның арнайы нұсқаларына басымдық беріледі. Директивтілік элементтері алынып тасталады. Тартымды әрекеттерге мотивация жасау психиканың жалпы дамуына әкеледі деп болжанады. Фотосуреттері бар кесте немесе жазулары бар белгілер сияқты құралдарды пайдалануға рұқсат етіледі, бірақ көмекші болып саналады.

Мінез-құлықты ұйымдастыру және әлеуметтендіру мәселелеріне аса мән берілмейді. Әдіс негізінен психиканың энергетикалық жағына бағытталған және құрылымдық және онтогенетикалық аспектілерді ерең қозғайды. Аутизмнің жеңіл түрлері үшін әдістің тиімділігі салыстырмалы түрде жоғары, бірақ неғұрлым ауыр бұзылулар үшін нәтижелер аз байқалуы және баяу қол жеткізуі мүмкін [41].

5.7. Эмоционалды-мағыналық тәсіл

Ресей білім академиясының Коррекциялық педагогика институтының мамандары әзірлеген эмоционалды-мағыналық тәсіл аутизм спектрінің бұзылыстарын түзетуге бағытталған және аутизмдегі психикалық дизонтогенездің ерекшеліктерін ашқан зерттеулерге негізделген. Бұл әдіс АСД бар баланың аффективті дамуын қалыпқа келтіруге бағытталған. Эмоционалды-мағыналық тәсіл мағыналы деп аталады, өйткені оның негізгі мақсаты баланың басқалармен белсенді және сараланған қарым-қатынастарын қалыптастыруға негіз болатын жеке аффективті тәжірибесін жинақтау және ұйымдастыру болып табылады. Бұл тәсіл эмоционалды, өйткені балаға көмектесудің негізгі құралы бірге өмір сүру және не болып жатқанын эмоционалды түрде түсіну болып табылады.

Бұл тәсіл баламен эмоционалды байланыс орнатуды және оны бірге өмір сүруге және өмір тәжірибесін түсінуге тартуды қамтиды. Жақын ересек адаммен эмоционалды қоғамдастықтағы даму баланың икемді, белсенді және қызығушылығын арттыруға көмектеседі, сонымен қатар танымдық саланың дамуына, сыртқы әлеммен конструктивті әрекеттесу мүмкіндіктерін кеңейтуге ықпал етеді [42].

5.8. Tomatis

Аутизмі бар балаларды түзету және дамытудың заманауи әдістерінің арасында дәстүрлі мінез-құлық терапиясынан айтарлықтай ерекшеленетін тәсілдер бар. Қазіргі уақытта ең танымал және кеңінен қолданылатын кейбіреулері Холдинг терапиясы және Tomatis әдісі.

Tomatis әдісі өз атауын оны жасаушы француз отоларингологы Альфред Томатистің құрметіне алды. Бұл әдіс 60 жылдан астам уақыт бойы қолданылып келеді және қабылдау мен сенсорлық өңдеудің негізгі функцияларымен жұмыс істеу арқылы миды ынталандыру және есту қабілетінің жоғалуына байланысты проблемаларды азайту үшін қолданылады. Әдіс неврология және танымдық психология саласындағы заманауи зерттеулерге негізделген.

Tomatis сеансының процедурасы арнайы таңдалған және бапталған дыбыс сигналдарын қарама-қарсы биіктікте жіберетін мамандандырылған құлақ аспаптарды пайдалануды қамтиды. Дыбыстардың биіктігін электронды түрде өзгерту миды ақпаратты белсенді түрде қабылдауға ынталандырады, бұл оны ынталандыруға көмектеседі. Құлаққаптар музыка мен дауысты сүйек тіндері мен құлақ арнасы арқылы береді. Қолданылатын музыкалық материал ретінде Моцарттың музыкасы, сондай-ақ арнайы өңдеуден өткен басқа да классикалық шығармалар табылады. Томатиспен

жұмыс істегенде пассивті тыңдауды да, белсенді жағтығуларды да қолдануға болады.

Tomatis әдісі медициналық және психологиялық-педагогикалық тәжірибеде де қолдануға болатын балама педагогикалық құрал болып табылады. Ол барлық жастағы адамдар үшін жарамды және бүкіл әлем бойынша ASD бар балалармен жұмыс істейтін тәрбиешілер арасында танымал болды. Баланың миына әсер ететін музыка оны музыкалық шығармалардың қарама-қайшылықтарын талдауға ынталандырады. Белсенді сеанстар кезінде баланың сөзі құрылғы арқылы өңделеді және құлаққаптар арқылы беріледі, бұл танымдық саланы түзетуге, эмоционалдық функцияларды және әлеуметтік өзара әрекеттесуді қалпына келтіруге көмектеседі. Бұл әдісті арнайы дайындықтан өтіп, халықаралық сертификаттар алған мамандар ғана қолдана алады.

Tomatis процедурасына көрсеткіштер мыналарды қамтиды:

- Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ);
- Психикалық және моторлық дамудың артта қалуы (ПМД);
- Сөйлеудің кеш дамуы (СКД);
- Кекештену;
- Дислексия;
- Зейін тапшылығы гиперактивтілігінің бұзылуы (ЗТГБ).

Tomatis әдісі баланың өз денесін білуінде, бақылауында және басқаруында қиындықтар туындаған жағдайда пайдалы.

Процедураның әсері:

1. Зейіннің жақсаруы – процедура кезінде ерекше дыбыстық контрасттар мидың маңызды ақпаратқа назар аударуына және қажет емес ақпаратты елемейтіндігіне көмектеседі, бұл әсіресе (ЗТГБ) бар балалар үшін пайдалы.

2. Оқу қабілетінің артуы – процесте қалыптасқан жаңа нейрондық байланыстар жаңа ақпаратты есте сақтауды және түсінуді жеңілдетеді. Дислексиямен ауыратын балалар дыбыстарды жақсы ажыратады және талдайды, бұл оқуды үйренуге көмектеседі.

3. Эмоционалды басқару – әдістеме мидың лимбиялық жүйесіне әсер етеді, ол стрессті азайтуға және балалардың өзін-өзі бақылауын жақсартуға көмектеседі.

4. Сөйлеу мен дауысты дамыту – бұл процедура балаға өз дауысын жақсы естиді және реттеуге көмектеседі, ми, құлақ және дауыс арасындағы байланысты жақсартады. Бұл тым ақырын немесе қатты сөйлейтін балаларға, сондай-ақ кекештенетіндерге пайдалы [43].

5.9. Холдинг-терапиясы

Холдинг-терапиясының негізгі мақсаты (М. Weich, 1983) физикалық ұстап тұру арқылы бала мен ата-ана арасында эмоционалдық байланыс орнатудан тұрады. Процедура келесі қадамдарды қамтиды: анасы нәрестені көтеріп, көзбен байланыс орнатуға мүмкіндік беретін оны өзіне мықтап ұстайды. Баланың қарсылығына қарамастан, ата-ана оны жібермеуі керек, өйткені бұл терапияның тиімділігін

төмендетуі және тіпті жағдайдың нашарлауына әкелуі мүмкін.

Терапия үдерісі үш кезеңнен өтеді: қарсыласу, бас тарту және шешу. Баланы ұстау оны толығымен босаңсығанда жалғастыруы керек, ал кезеңдердің ұзақтығы (бір сағаттан немесе одан да көп) аутизмнің ауырлығына және баланың жеке ерекшеліктеріне байланысты. Сабақтар күн сайын ұзақ уақыт бойы (бір айдан немесе одан да көп) өткізіледі. Сондай-ақ М. Weich әдісті баланың деструктивті мінез-құлық жағдайында қолдануға болатынын айтты.

Сеанстан кейін бала тынышталып, босаңсыды немесе керісінше белсенді болады, бірақ ата-аналармен қарым-қатынас жасай бастайды: көзбен байланыс орнатады, олардың бет-әлпетін «қарайды» және т.б.

Әдістің тиімділігі көптеген зерттеулермен, соның ішінде отандық мамандардың жұмыстарымен расталды. Дегенмен, Холдинг-терапиясының қарсы көрсеткіштері бар: баладағы созылмалы соматикалық аурулар, ата-аналар мен толық емес отбасылардың эмоционалды дайын болмауы.

Холдинг-терапиясының «классикалық» нұсқасында анасы баланы арнайы белгіленген уақытта қолына алып, баланың көзіне қарай алуы үшін оны өзіне қатты ұстайды. Қарсылыққа қарамастан, анасы баланы ұстап тұруды жалғастырады және оның сезімі мен оған деген сүйіспеншілігі туралы, сондай-ақ мәселелерді шешуге деген ұмтылысы туралы айтады. Бұл үдерісте әке анаға көмекші рөл атқарады.

Бұл әдіс тек аутизммен ауыратын балаларға ғана емес, сонымен қатар ата-ана мен баланың эмоционалды қарым-қатынасы бұзылған қарапайым отбасыларда да қолданылуы мүмкін. Холдинг-терапиясының негізгі тұжырымдамасы - балалардағы ерте эмоционалды бұзылулар анамен байланыстардың бұзылуының салдары болуы мүмкін. Зерттеу әдісін қолданудың келесі нәтижелерін көрсетті [44]:

1. Холдинг-терапиясы баланың жақындарына, әсіресе анасына деген алғашқы қарым-қатынасын қалпына келтіруге көмектеседі.
2. Әдіс бала мен ата-ана арасындағы эмоционалды қарым-қатынастың жаңа тәсілдерін қалыптастыруға ықпал етеді.
3. Холдинг-терапиясын өткізудің негізгі мақсаты – баланы физикалық ұстау арқылы аутизм тосқауылдарын, жағымсыз эмоцияларды, қорқыныш пен агрессияны жеңу.
4. Әдіс баланың дамуы мен психикалық белсенділігін ынталандырады.
5. Холдинг-терапиясы ата-анаға баласын қорғауға және құшақтауға деген табиғи ниетті пайдалана отырып, онымен қарым-қатынасын жақсартуға мүмкіндік береді.

Холдинг-терапиясын бастамас бұрын психолог отбасылық талдау жүргізіп, ананың эмоционалды әлеуетін және ұсыныстарды қабылдауға дайындығын бағалауы керек. Ата-аналар баланы физикалық ғана емес, эмоционалды жағынан да ұстап, оған қолдау көрсетіп, бірге уақыттың маңыздылығын түсіндіруі керек.

Март Вельч бойынша терапияны жүргізу кезеңдері:

- *Қарсыласу.* Бала әдетте процедураны бастауға қарсы тұрады, бірақ ол

оны күні бойы күтуі мүмкін.

- *Бас тарту.* Баланы тізеңізде ұстап, құшақтау кезінде белсенді қарсылық фазасы басталады. Бұл кезең ата-аналарды қорқытпауы керек. Баланың шағымдары мен жылауына берілмей, оны тыныштандырып, сүйіспеншілігін білдіруді жалғастыру маңызды.

- *Рұқсат.* Бұл кезеңде бала көзбен байланыс жасай бастайды, босаңсып, сүйіспеншілікке ашық болады. Ата-аналар мен бала махаббат сезімін сезіне отырып, жеке және жақын тақырыптарды талқылай алады.

Холдинг-терапиясын өткізу ережелері:

1. Сеанстарды күн сайын кем дегенде алғашқы екі айда жүргізілуі керек.
2. Алғашқы 3-4 сеансты психологтың қатысуымен өткізу керек.
3. 3-4-ші сеанстан баланың толық босаңсуына қол жеткізу керек.
4. Сеанстарды, әсіресе алғашқы екі айда үзбеу керек. Баланы сөзбен қолдап, ақыл-ойы таусылғанша ұстау керек.

Холдинг-терапиясын жүргізу процесінде психологтың рөлі:

- Отбасының терапияға дайындығын бағалау және әдістің мәні туралы ақпарат беру.

- Ананы өткізуге мотивациялау.
- Үдерісті бақылау және баладан анаға сигнал беру.
- Холдинг үдерісінде туындайтын отбасылық жанжалдарды талдау.
- Анаға қолдау көрсету және әкеге және отбасының басқа мүшелеріне көмек көрсету.

Холдинг-терапиясының модификациясы әкеге де баланы ұстап, үдеріске қатысуға мүмкіндік береді. Сеанстардан кейін балалар тынышталып, босаңсиды немесе керісінше белсенді болады. Ата-аналармен тығыз эмоционалды байланыс орнайды, танымдық және сөйлеу белсенділігі артады. Ата-аналар балаларының қажеттіліктерін түсінудің жақсарғанын және алаңдаушылықтың азайғанын хабарлайды.

Терапияны өткізуге арналған көрсеткіштерге мыналар жатады:

- Ерте балалық аутизм;
- Невротикалық реакциялар;
- Зейін тапшылығының гиперактивтілігінің бұзылуы;
- Агрессия және автоагрессия;
- Бағынбау;
- Қабылданбаған балаларда өзін-өзі бағалаудың төмендеуі;
- Ұйқының бұзылуы және ұзақ жылау.

Қарсы көрсеткіштерге мыналар жатады:

- Ауыр соматикалық аурулар;
- Жүйке жүйесінің органикалық зақымдануы;
- Эпилепсиялық ұстамалар;
- Астматикалық ұстамалар;
- Тері аурулары;

- Қант диабеті;
- Жүрек-қан тамырлары аурулары;
- Жыныстық зорлық-зомбылық;
- Толық емес отбасы;
- Әкесінің қатысудан бас тартуы;
- Ата-аналардың эмоционалдық тұрғыда дайын болмауы.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ кезіндегі бұзылыстарды түзету стратегиясын таңдағанда қандай негізгі факторларды ескеру қажет?
2. АСБ емдеуде қолданылатын тәсілдердің бес негізгі тобы қандай?
3. Неліктен қазіргі ғылымда араласуға екі көзқарас басым: мінез-құлықты қолданбалы талдау (АВА) және әлеуметтік-прагматикалық даму стратегиялары (SPDS)?
4. АСБ бар балалармен жұмыс жасағанда АВА-терапия әдісінің артықшылығы қандай?
5. PRT әдісінің мәні неде және оның мінез-құлық терапиясының түрі ретіндегі ерекшеліктері қандай?
6. PRT әдісінің артықшылықтары мен кемшіліктерін көрсететін салыстырмалы кесте жасаңыз.
7. PRT әдісін қолдана отырып, ғылыми мақаланың толық конспектісін дайындаңыз (кемінде 3 бет).
8. Мінез-құлық тәсіл контекстіндегі ТЕАССН әдісінің мәні неде?
9. ТЕАССН әдісінің артықшылықтары мен шектеулері кестесін жасаңыз.
10. ТЕАССН әдісін қолдануды сипаттайтын ғылыми мақаланың қысқаша мазмұнын дайындаңыз (кемінде 3 бет).
11. Эмоционалды-деңгей терапиясы дегеніміз не және оның ерекшеліктері қандай?
12. Эмоционалды-мағыналық түсініктеме әдісінің мәні неде?
13. Эмоционалды-деңгейлік терапиямен эмоционалдық-мағыналық түсініктемені салыстырыңыз: артықшылықтар мен кемшіліктер кестесін жасаңыз.
14. Осы терапия әдістеріне арналған ғылыми мақаланың қысқаша мазмұнын жасаңыз (кемінде 3 бет).
15. Tomatis дісінің АСБ емдеудің заманауи тәсілі ретіндегі ерекшеліктері қандай?
16. Tomatis әдісінің артықшылықтары мен кемшіліктері туралы кестені құрастырыңыз.
17. Tomatis әдісі бойынша ғылыми мақаланың қысқаша мазмұнын дайындау (кемінде 3 бет).
18. АСБ бар балалармен жұмыс кезінде холдинг-терапиясын қолданудың

мақсаты мен ерекшеліктері қандай?

19. Холдинг-терапиясын жүргізудің артықшылықтары мен кемшіліктері туралы кесте жасаңыз.

20. Холдинг-терапиясын жүргізу бойынша ғылыми мақаланың толық мән мәтінін дайындаңыз (кемінде 3 бет).

Реферат тақырыптары

1. Әлеуметтік-прагматикалық даму стратегиялары (ӘПДС)
2. АВА-терапия
3. АСБ бар балаларды түзетудегі PRT әдісі.
4. PRT әдісінің тарихы.
5. АСБ бар балаларды түзетудегі PRT әдісінің тиімділігін зерттеу.
6. АСБ бар балаларды түзетудегі ТЕАССН әдісі.
7. ТЕАССН әдісінің пайда болу тарихы.
8. АСБ бар балаларды түзетудегі ТЕАССН әдісінің тиімділігін зерттеу.
9. АСБ бар балаларды түзетудің дамытушылық тәсілі.
10. Дамыту тәсілінің тарихы және оның әдістері.
11. АСБ бар балаларды түзетудегі эмоционалды-деңгейлік терапия мен эмоционалды-мағыналық тәсіл тиімділігін зерттеу.
12. АСБ бар балаларды түзетудегі Tomatis әдісі.
13. Tomatis әдісінің пайда болу тарихы.
14. АСБ бар балаларды түзетудегі Tomatis әдісінің тиімділігін зерттеу.
15. АСБ бар балаларды түзетуді өткізу терапиясы.
16. Холдинг-терапиясының тарихы
17. АСБ бар балаларды түзетудегі Холдинг-терапиясының тиімділігін зерттеу.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АВА (Applied Behavior Analysis) әдісінің негізінде қандай принцип жатыр?
 - a) Мінез-құлық белгілі бір табысқа жеткенде ғана марапатталуы керек.
 - b) Дәрілік ем қолданбайынша, мінез-құлық өзгермейді
 - c) Адамның мінез-құлқы белгілі бір салдармен бірге жүреді, ал мінез-құлық ұнаса, қайталанатын.
 - d) Мінез-құлық тек дәрі қолданғанда ғана өзгереді
 - e) Мінез-құлық тек баланың жеке мотивіне байланысты
2. Қандай әдіс аутизмді түзетудің ең тиімді әдістерінің бірі болып табылады және мінез-құлық технологияларына негізделген?
 - a) Танымдық мінез-құлық терапиясы
 - b) Гештальт терапия
 - c) Қолданбалы мінез-құлық талдауы (ҚМҚТ)
 - d) Психоанализ

- e) Экзистенциалды терапия
3. АВА әдістемесін қолданғанда қандай дағдылар мен білімдер қалыптасады?
- a) Тек академиялық білім
 - b) Әлеуметтік маңызды дағдылар мен білім
 - c) Математикалық және логикалық қабілеттер
 - d) Жасанды қарым-қатынас дағдылары
 - e) Хобби және қызығушылықтар
4. И.Ловаастың зерттеулері бойынша аутизммен ауыратын балалардың қанша пайызы мінез-құлық араласуының арқасында құрдастар тобына сәтті интеграцияланады?
- a) 20%
 - b) 25%
 - c) 40% дейін
 - d) 50%
 - e) 60%
5. Біраз уақыттан кейін эмоционалдық деңгейдегі тәсіл жеткіліксіз болса, қандай түзету әдісі қажет болуы мүмкін?
- a) Жануарлар әдісі
 - b) Сенсорлық әсер
 - c) Эстетикалық терапия
 - d) Мінез-құлық әдісі
 - e) Қолданбалы мінез-құлық талдауы
6. Қандай түзету әдістері бала өмірінің барлық салаларында ұзақ мерзімді өзгерістерді және отбасының тығыз ынтымақтастығын қажет етеді?
- a) Эмоциялық-деңгейлік тәсіл және жануар әдісі
 - b) Сенсорлық ынталандыру және эстетикалық терапия
 - c) Мінез-құлық әдісі және ТЕЕАСН тәсілі
 - d) Қолданбалы мінез-құлық талдауы және эстетикалық терапия
 - e) Эмоционалды-деңгейлік тәсіл және қолданбалы мінез-құлық талдауы
7. Елде мамандандырылған көмек жеткіліксіз болса, қандай тәсіл тиімдірек болуы мүмкін?
- a) Эстетикалық терапия
 - b) Сенсорлық әсер
 - c) Баланың қоршаған ортаға бейімделуі
 - d) Мінез-құлық әдісі
 - e) Жануарлар әдісі
8. Мінез-құлықты түзету тәсілін таңдауда ата-ананың ұстанымы қандай рөл атқарады?
- a) Ата-ананың орны маңызды емес
 - b) Ата-ананың ұстанымы, олардың талаптары мен ынтымақтастыққа дайындығы маңызды рөл атқарады

- c) Ата-ананың жағдайы емдеу құнын анықтайды
 - d) Ата-ананың ұстанымы маман таңдауға ғана әсер етеді
 - e) Әдісті таңдауға ата-ананың ұстанымы әсер етпейді
9. The Lancet шолуында Джеральдин Доусонның зерттеуі қай жылы жарияланды?
- a) 2005 ж
 - b) 2011 ж
 - c) 2015 ж
 - d) 2010 ж
 - e) 2013 ж
10. АСБ түзетудің қай әдісі 1000-нан 4000 сағатқа дейін жеке оқытуды қажет етеді?
- a) Мақсатты мінез-құлық араласуы
 - b) Ерте қарқынды араласулар
 - c) Ата-аналарды қатыстыру әдістері
 - d) Үлкендермен жұмыс істеу әдістері
 - e) Танымдық мінез-құлық терапиясы мен қолданбалы мінез-құлық талдауының комбинациясы

1-модуль бойынша қорытынды.

Мінез-құлық психотерапиясы аутизм спектрі бұзылған балаларға көмектесудің дәлелді және тиімді әдістемелік негіздерінің бірі болып табылады. Оның принциптері оқытудың және шарттылықтың объективті заңдылықтарына негізделген, бұл маманға нақты, қайталанатын және тиімді араласуды жобалауға мүмкіндік береді. Бұл модуль студенттерді мінез-құлық терапиясының теориялық негіздерімен таныстырды, классикалық және оперантты кондициядан әлеуметтік оқыту принциптеріне дейін, бұл оларға АСБ бар балаларда мінез-құлық реакциялары қалай қалыптасып, күшейтілетінін түсінуге мүмкіндік береді.

Практикалық әдістерге ерекше назар аударылды: десенсибилизация, позитивті күшейту, өзін-өзі бақылау, жазалау, модельдеу және қажетсіз мінез-құлықты түзетуге және бейімделу дағдыларын дамытуға мүмкіндік беретін басқа да әдістер. Сондай-ақ аутизмі бар балалармен жұмыс істеудегі тиімділігін дәлелдеген негізгі қолданбалы тәсілдер, соның ішінде қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА), ТЕАССН, РРТ және дамыту тәсілдері қарастырылады. Бұл жүйелер маманға психотерапиялық жұмысты белгілі бір баланың жеке қажеттіліктеріне бейімдеуге арналған кең ауқымды құралдарды ұсынады.

Модульде АСБ бар балаларды диагностикалау мен түзетуді ұйымдастыру ерекшеліктеріне баса назар аудару ерекше маңызға ие, өйткені мінез-құлық терапиясын сәтті қолдану осы балалардың танымдық, сенсорлық және эмоционалдық ерекшеліктерін терең түсіну арқылы ғана мүмкін болады. Терапиялық байланыс құру принциптерін, ынталандыру мен күшейтудің ерекшеліктерін түсіну, қоршаған орта контекстіндегі мінез-құлықты түсіну -

мұның бәрі мінез-құлық тәсілін икемді етіп қана қоймайды, сонымен қатар шын мәнінде жекелендіру.

Осылайша, модульдің мазмұнын меңгеру студентке тек терапия құралдары туралы білімді ғана емес, сонымен қатар, ерекше қажеттіліктері, мінез-құлық үлгілері және даму әлеуеті бар АСБ бар баланың жеке тұлға ретінде тұтас көзқарасын қалыптастырады. Теориялық және қолданбалы білімге ие бола отырып, маман проблемалық мінез-құлықты диагностикалап, түзетіп қана қоймайды, сонымен қатар баланың табысты әлеуметтенуі үшін қажетті дағдыларды дамытуға ықпал етеді. Бұл әсіресе АСБ бар балаларды білім беру және әлеуметтік ортаға біріктіру жағдайында маңызды. Мінез-құлық терапиясы осы контексте әмбебап және ғылыми негізделген құрал ретінде әрекет етеді, ол бұзылуларды түзетуге ғана емес, сонымен қатар баланың қоғамға толық енуіне ықпал етеді.

Модуль 2. Аутизм спектріндегі бұзылыстары бар балалардың психофизиологиялық және жас ерекшеліктері.

Аннотация

Модуль аутизм спектрі бұзылған балалардың дамуының психофизиологиялық, жасқа байланысты және биологиялық ерекшеліктеріне арналған. Нейробиологиялық, генетикалық және психологиялық модельдерді қоса алғанда, АСД табиғатын түсінудің қазіргі заманғы теориялары мен тәсілдері ұсынылған. Мидың анатомиялық және функционалдық ерекшеліктері, сенсорлық және эмоционалдық бұзылулар, сондай-ақ АСБ бар балаларды зерттеу әдістері қарастырылған.

Күтілетін оқу нәтижелері

Модульді аяқтағаннан кейін студент білуі керек:

- Аутизм спектрінің бұзылыстарын психофизиологиялық және жас ерекшелігі бойынша сипаттаңыз.*
- АСБ этиологиясының заманауи теориялары мен тәсілдерін сипаттаңыз.*
- АСБ бар баланың сенсорлық-перцептивті профилінің ерекшеліктеріне талдау жасаңыз.*
- АСБ кезінде сезім мүшелері мен мидың дамуы мен қызметін түсіндіріңіз.*
- Аутизмі бар балалардың жағдайына клиникалық және психофизиологиялық талдау жүргізу.*
- АСБ дамуындағы биологиялық және микроэлементтік факторлардың рөлін түсіну.*

1. ДӘРІС Аутизм спектрінің бұзылыстарының түсінігі және сипаттамасы.

1.1. Аутизм туралы фактілер .

Аутизм, сонымен қатар аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) ретінде белгілі, мидың дамуындағы айырмашылықтармен байланысты жағдайлар тобын қамтиды.

- Аутизм шамамен 100 баланың 1-інде кездеседі.
- Аутизм белгілері ерте жаста пайда болуы мүмкін, бірақ диагноз көбіне кейінірек қойылады.
- Аутизммен ауыратын адамдардың қабілеттері мен қажеттіліктері әртүрлі болуы мүмкін, олар уақыт өте келе өзгеруі мүмкін. Кейбіреулер дербес және өнімді өмір сүреді, ал басқалары ауыр мүгедектікке байланысты тұрақты қолдауды қажет етеді.

АСБ элементарлық өзара әрекеттесу мен қарым-қатынаста қиындықтармен сипатталатын әртүрлі жағдайлар тобы. Басқа белгілерге мінез-құлықтың атиптік

үлгілері жатады, мысалы, әрекеттер арасында ауысу қиындықтары, бөлшектерге және сыртқы ынталандыруға ерекше реакцияларға назар аудару. Аутизммен ауыратын адамдардың қабілеттері мен қажеттіліктері әртүрлі және өзгеруі мүмкін. Кейбіреулер тәуелсіз өмір сүреді, ал басқалары ауыр мүгедектікке байланысты тұрақты қолдауды қажет етеді. Аутизм оқуды және жұмысқа орналасуды қиындатады, ал аутизмі бар адамдардың отбасылары үшін қамқорлық пен қолдау айтарлықтай қиындық тудыруы мүмкін. Аутизммен ауыратын адамдардың өмір сүру сапасына әсер ететін маңызды фактор қоғамның көзқарасы және билік тарапынан қолдау болып табылады.

Аутизм белгілері ерте жаста пайда болуы мүмкін, бірақ диагноз көбінесе кейінірек қойылады. Дүние жүзінде аутизм 100 баланың 1-іне әсер етеді деп есептеледі, дегенмен деректер әр зерттеуге байланысты өзгеруі мүмкін. Кейбір беделді зерттеулер нақты сандар жоғары болуы мүмкін екенін көрсетеді. Табысы төмен және орташа елдерде аутизмнің таралуы туралы деректер жиі жетіспейді. Қолданыстағы ғылыми дәлелдер аутизмнің даму ықтималдығын арттыратын генетикалық және қоршаған ортаны қоса

Эпидемиологиялық деректер аутизм мен қызылшаға, эпидемиялық паротитке және қызылшаға қарсы вакцинация арасындағы себепті байланысты растамайды. Мұндай байланысты болжайтын ерте зерттеулерде көптеген әдістемелік мәселелер болды. Кез келген балалық вакцина аутизм қаупін арттыратыны туралы ешқандай дәлел жоқ. Инактивтендірілген вакциналардағы консервант тиомерсал, алюминий адьюванттары мен аутизм қаупі арасындағы ықтимал байланыс туралы дәлелдемелерді шолу вакциналар бұл қауіпті арттырмайтынын көрсетеді.

Диагноз қойылғаннан кейін аутизмі бар балалар, жастар және ересектер және олардың қамқоршылары олардың жеке қажеттіліктері мен қалауларын ескере отырып ақпаратқа, мамандарға және практикалық қолдауға қол жеткізуі маңызды. Аутизм спектрінің бұзылыстары балалық шақта пайда болатын және адаммен өмір бойы бірге жүретін, уақыт өте келе өзгеріп, емделмейтін «психологиялық даму бұзылыстары» тобына жатады [45].

1.2. Аутизм спектрінің бұзылуының түрлері

Бүгінгі таңда АСБ диагностикасында екі халықаралық жіктелуі қолданылады [46]:

1. Аурулар мен мәселелердің халықаралық жіктелуі, ДДҰ әзірлеген денсаулыққа қатысты (ICD). Қазіргі уақытта ICD оныншы басылымы жұмыс істейді.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) — Американдық психиатрлар қауымдастығының (АПК) каталогы. Бүгінде оның бесінші нұсқасы күшіне еніп отыр.

Тәжірибеде АСБ ең негізгі және жиі кездесетін түрлері:

1. Каннер синдромы (ерте балалық аутизм). Сыртқы әлемнен оқшаулану дәрежесіне байланысты ол балаларда 4 түрде көрінеді:

- Болып жатқан оқиғадан толықтай алшақтау.
- Белсенді қабылдамау.
- Аутистік қызығушылықтармен айналысу.
- Қарым-қатынас пен өзара әрекетті ұйымдастырудың қиындығы.

2. Аспергер синдромы. Психикалық дамуында бұзылулар жоқ, тек қарым-қатынас жағы зардап шегеді - олар эмпатияны, басқа адамдармен қарым-қатынас орнатуды білмейді, оларды тындамайды, өз-өзімен сөйлесе алады.

3. Ретт синдромы. Өте сирек кездесетін ауру, қыздарда жиі кездеседі. Бұл синдромға тән мақсатты емес, монотонды, стереотиптік қол қозғалыстары.

4. Балалық психоз. Мінез-құлықтағы стереотиптер, қарым-қатынас бұзылыстары және әлеуметтік мінез-құлық бұзылыстары тән. Сөйлеу түсініксіз, кейде мағынасыз сөз тіркесінен тұрады. Олар қуыршақ сияқты орнында қатып қалуы мүмкін.

5. Атиптік аутизм. Ол қарапайым аутизмнен негізгі белгілердің бірде-бір «үштігінің» болмауымен ерекшеленеді.

1.3. О.С. Никольская бойынша АСБ жіктелуі

АСБ диагнозы аутизм, стереотиптерге бейімділік, қоршаған ортаның өзгерістеріне төзбеушілік сияқты негізгі белгілерге негізделген, сондай-ақ ерте, 30 айға дейін дизонтогенездің ерекше белгілерін анықтау. Алайда, көріністердің осы ортақтығына қарамастан, басқа белгілер айтарлықтай полиморфизмді көрсетеді. Негізгі белгілер сипаты бойынша да, ауырлық дәрежесі бойынша да өзгереді. Мұның бәрі әртүрлі клиникалық-психологиялық суреттері, әртүрлі әлеуметтік бейімделуі және әртүрлі болжамы бар нұсқалардың болуын анықтайды. Бұл нұсқалар терапевтік және психологиялық-педагогикалық сияқты әртүрлі түзету тәсілдерін қажет етеді.

О.С. Никольская (1985-1987) АСБ-ның төрт негізгі тобын анықтайды. Бөлудің негізгі критерийлері - сыртқы ортамен өзара әрекеттесудегі бұзылулардың сипаты мен дәрежесі және аутизм түрі [47].

1. I топ (8%) – қоршаған ортадан аутистикалық ажырау:

- Психикалық тонусы мен ерікті әрекетінің ең ауыр бұзылыстары.
- Мінез-құлықтың өрістік формасы, бір объектіден екіншісіне тұрақты көшу.
- Мутизм, байланысқа қажеттіліктің болмауы.
- Мидың органикалық зақымдалуымен асқынатын шизофренияның қатерлі ағымымен сипатталады.
- Дамудың ең нашар болжамы, тұрақты күтім мен бақылауды қажет етеді.

2. II топ (62%) – аутистикалық қоршаған ортаны қабылдамау:

- Жағымды сезімдерді автостимуляциялау арқылы мазасыздық пен көптеген қорқыныштармен белсенді күресу мүмкіндігі.

- Мінез-құлқы әдепті, стереотиптік, оғаш өңі мен позалары бар.

- Болжам жақсырақ, адекватты түзету арқылы оларды мектепке дайындауға болады.

3. III топ (10%) – қоршаған дүниенің аутистикалық алмастырылуы:

- Ерікті мінез-құлық, психопатияға жақынырақ.

- Кеңейтілген сөйлеу, әлсіз диалог.

- Анасына тәуелділігі аз, оларды кәдімгі мектепте оқуға дайындауға болады.

4. IV топ (21%) - шамадан тыс тежеу:

- Невроз тәрізді бұзылулар, шамадан тыс тежелу, ұялшақтық, қорқыныш.

- Дұрыс әлеуметтік мінез-құлық, анаға көбірек тәуелділікті

қалыптастыру.

- Психикалық дизонтогенез дамудың артта қалу түріне жақындайды.

- Мемлекеттік мектепте оқуға дайындалуы мүмкін.

Бұл жіктеулер жеке түзету жоспарларын жасауға және балаға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсетуге көмектеседі.

1.4. К.С.Лебединская ұсынған АСБ жіктелуі

К.С. Лебединская этиопатогенетикалық тәсілді қолдана отырып, АСБ-ның бес түрін ажыратады [48]:

1. Орталық жүйке жүйесінің түрлі аурулары кезінде пайда болатын АСБ.

2. Психогендік аутизм.

3. Шизофрениялық этиологиясы бар ерте жастағы балалар аутизмі (ЕБА).

4. Зат алмасу бұзылыстарымен байланысты АСБ.

5. Хромосомалық патологиялар кезіндегі АСБ.

Автордың пікірінше, АСБ ауруларындағы ОЖЖ (органикалық аутизм) психоорганикалық синдромның көріністерімен байланысты, ол психикалық инерцияда, қозғалыстың бұзылуымен, сондай-ақ балалардың зейіні мен есте сақтауының бұзылуымен көрінеді. Шашыраңқы неврологиялық симптомдар байқалады, оның ішінде гидроцефалия белгілері, ЭЭГ-дегі органикалық түрдегі өзгерістер, эпизодтық ұстамалар. Сондай-ақ балалардың сөйлеу және интеллектуалдық дамуының кешігуі жиі кездеседі.

Психогендік аутизм айналасындағылармен қарым-қатынастың бұзылуымен, эмоционалды немқұрайлылықпен, пассивтілікпен, сараланған эмоциялардың болмауымен, сонымен қатар сөйлеу және психомоторлық дамудың кешігуімен көрінеді. Психогенді аутизмнің басқа түрлерінен айырмашылығы, тәрбие жағдайлары қалыпқа келтірілгенде жойылуы мүмкін. Алайда, егер бала өмірінің алғашқы үш жылында қолайсыз жағдайларға тап болса, аутистік мінез-құлық пен сөйлеу дамуының бұзылуы тұрақты болады.

Шизофрениялық этиологиясы бар балаларда сыртқы әлемнен айқын

оқшаулану, басқалармен әлсіз байланыс, психикалық процестердің айқын диссоциациясы, субъективті және объективті шекаралардың анықталуы, ішкі ауыртпалық пен патологиялық қиялдар әлеміне ену, сондай-ақ рудиментті галлюцинатикалық құбылыстардың болуы байқалады. Олардың мінез-құлқында бөтен мінез, тентектік және екіұштылық тән. Сонымен қатар, бұл балалар тұрақты қорқыныш, деперсонализация және псевдогаллюцинаторлық тәжірибеде көрінетін өнімді психопатологиялық белгілерді сезінуі мүмкін.

Ерте жастағы балалар аутизмі синдромы, басқа даму аномалияларымен салыстырғанда, клиникалық көріністе де, бұзылыстардың психологиялық құрылымында да ең жоғары күрделілікпен және дисгармониялықпен сипатталады және салыстырмалы түрде сирек кездесетін даму патологиясы болып табылады.

1.5. АСБ-ның клиникалық белгілері

В.Е. Каганның мәліметтері бойынша, аутизм спектрінің бұзылыстарының (АСБ) таралу жиілігі әр 1000 баланың 0,06-дан 0,17-ге дейін құрайды, және бұл жағдай ұл балаларда қыздарға қарағанда жиі кездеседі.

АСБ-ның барлық клиникалық нұсқаларында байқалатын негізгі белгілер мыналарды қамтиды:

1. Қоршаған ортамен қарым-қатынас жасауға деген қажеттіліктің жеткіліксіздігі немесе мүлдем болмауы.
2. Сыртқы әлемнен оқшаулану.
3. Тіпті анасына да немқұрайлы қарауға дейін жететін, жақын адамдарға эмоционалды жауаптың әлсіздігі (аффективтік блокада)
4. Адамдар мен жансыз заттарды ажырата алмау. АСБ бар балалар тірі және жансыз объектілер арасындағы айырмашылықты түсінбестен агрессияны көрсете алады.
5. Көру және есту тітіркендіргіштеріне әлсіз реакция, соның салдарынан ата-аналар жиі офтальмологқа немесе сурдологқа жүгінеді. Алайда аутизмі бар балалар әлсіз тітіркендіргіштерге өте сезімтал келеді.
6. Қоршаған ортаның өзгермейтіндігіне берілгендік (L. Kanner бойынша сәйкестік феномені).
7. Неофобияның ерте көріністері (барлық жаңадан қорқу), мысалы, тұрғылықты жерін өзгертуге немесе жаңа киімге қарсылық.
8. Стереотиптік және монотонды мінез-құлық, оның ішінде қарабайыр қимылдар (қолдың айналуы, саусақтардың саусақтары және т.б.).
9. Мутизмнен вербализмнің күшеюіне дейінгі әртүрлі сөйлеу бұзылыстары.
10. Тәндік визуалды мінез-құлық, оның ішінде көзбен байланысқа төзбеушілік және ауыспалы көзқарас.

АСБ бар балалардың ойындары бірсарынды және стереотипті болып келеді, олар көбінесе ойыншық емес заттармен манипуляциялауды қамтиды. Бұл балалар жалғыз болуға ұмтылады және оларды жалғыз қалдырғанда өздерін жақсы

сезінеді. Анамен қарым-қатынас әртүрлі болуы мүмкін: немқұрайлы қараудан бастап симбиотикалық тәуелділікке дейін. АСБ бар балалардағы аффективті көріністер монотонды, ал ләззат аффекті көбіне олар жалғыз қалып, стереотиптік ойындармен айналысқан кезде пайда болады.

АСБ-ның клиникалық белгілерін баланың жеке түзету жоспарын және психологиялық-педагогикалық қолдауын жасау кезінде міндетті түрде ескеру қажет. Аутизм әдетте баланың 15 айлық жасында байқала бастайды және үш жасқа қарай толық қалыптасады. Ата-аналар келесі белгілерге назар аударуы тиіс:

1. Ата-аналармен тактильді байланыстан бас тарту.
2. Үш жасқа дейін сөйлеудің болмауы.
3. Жалғыз болуды ұнату.
4. Сыртқы әлеммен байланысудан бас тарту немесе оған қызығушылықтың болмауы.
5. Көз тиюдің болмауы.
6. Біртүрлі қимылдар, экспрессивтіктен гөрі жүйке.
7. Жатталған мәтінді қайталау сияқты монотонды сөйлеу.
8. Ерекше сенсорлық реакциялар.
9. Аутизм әртүрлі ауырлық дәрежесінде көрінуі мүмкін.

Аутизмі бар балаларда мінез-құлықтың қатты стереотиптілігі, деструктивті әрекеттер, қызығушылық аясын шектеулілік және импульсивтілік жиі кездеседі. Олардың логикалық ойлауы сақталған немесе жақсы дамыған болуы мүмкін, бірақ білімді жаңғырту қиын. Интеллектуалдық даму деңгейі терең ақыл-ой кемістігінен бастап белгілі бір саладағы дарындылыққа дейін өзгеріп отыруы мүмкін. Аутизмі бар балалардың 80%-дан астамы – мүгедек болып табылады. Оларды оқыту мен тәрбиелеу – түзету педагогикасы үшін күрделі міндет [49].

АСБ бар балаларда мимиканың, күлкі мен қуаныштың болмауы, ұйқының бұзылуы және тазалыққа баулуда қиындықтар кездеседі. Олардың мінез-құлқы қарама-қайшы: олар белгілі бір заттардан қорқуы мүмкін, бірақ нақты қауіптің барын сезбеуі мүмкін. Әлеуметтік өзара әрекетке негативизм кедергі келтіреді. Ата-аналар көбінесе мұндай мінез-құлықты дұрыс түсінбей, баланы бағындыруға тырысады, бұл баланың жағдайын одан әрі нашарлатады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ туралы қандай фактілер мен қазіргі деректер ғылыми зерттеулермен расталады?
2. Қазіргі классификацияда анықталған аутизм спектрінің бұзылыстарының негізгі түрлері қандай?
3. О.С.Никольская ұсынған аутизм классификациясының құрылымы қандай?
4. К.С.Лебединская бойынша аутизм классификациясының ерекшеліктері қандай?
5. Аутизм спектрінің бұзылуына тән клиникалық белгілер қандай?

Реферат тақырыптары.

1. АСБ бар балалардағы сөйлеу бұзылыстарының әртүрлі көріністері.
2. Аутизмі бар балада сөйлеудің коммуникативтік қызметінің бұзылуы.
3. Аутизмнің психогенетикасы.

Өзін-өзі тексеруге арналған Тест

1. Аутизмнің таралуы туралы қай тұжырым дұрыс?
 - a) Аутизм шамамен 50 баланың 1-інде диагноз қойылады.
 - b) Аутизм шамамен 500 баланың 1-інде диагноз қойылады.
 - c) Аутизм шамамен 100 баланың 1-інде диагноз қойылады.
 - d) Аутизм шамамен 1000 баланың 1-інде диагноз қойылады.
 - e) Аутизм шамамен 200 баланың 1-інде диагноз қойылады.
2. Қандай факторлар аутизмнің даму қаупінің жоғарылауымен байланысты емес?
 - a) Генетикалық факторлар
 - b) Қоршаған орта факторлары
 - c) Қызылшаға, паротитке және қызамыққа қарсы вакцинация
 - d) Алғашқы зерттеулердегі әдістемелік мәселелер
 - e) Көптеген факторлар
3. Аспергер синдромы туралы төмендегі тұжырымдардың қайсысы дұрыс ?
 - a) Психикалық дамудың айтарлықтай артта қалуы
 - b) Тек коммуникативті жағы бұзылады, психикалық дамуы бұзылмайды
 - c) Қолдың монотонды, стереотиптік қимылдарымен сипатталады
 - d) Мінез-құлық пен қарым-қатынас бұзылыстарында стереотиптер байқалады
 - e) Болып жатқан оқиғадан толық ажырау
4. АСБ-ның қай түрі қыздарда жиі кездеседі және қолдың монотонды, стереотиптік қозғалысымен сипатталады?
 - a) Каннер синдромы
 - b) Аспергер синдромы
 - c) Ретт синдромы
 - d) Балалық психоз
 - e) Атипті аутизм
5. Төмендегі аспектілердің қайсысы АСБ ІІІ тобына жатады?
 - a) Ерікті мінез-құлық, психопатияға жақынырақ
 - b) Мутизм және қарым-қатынасқа мұқтаждықтың болмауы
 - c) Жағымды сезімдердің автостимуляциясы
 - d) Стереотиптік мінез-құлық және бет әлпеті
 - e) Невроз тәрізді бұзылулар және ұялшақтық
6. АСБ І топ балаларына қандай түзету тәсілі қажет?
 - a) Тұрақты күтім мен қадағалау
 - b) Қарапайым мектепте білім алуға дайындық

- c) Бейімделуші психологиялық-педагогикалық әдістер
 - d) Мазасыздықты белсенді бақылауды ынталандыру
 - e) Мамандандырылған оқу орындарында оқыту
7. К.С. Лебединскаяның пікірінше, келесі АСБ түрлерінің қайсысы психоорганикалық синдромның көріністерімен байланысты?
- a) Психогендік аутизм
 - b) Метаболизмдік аурулармен байланысты АСД
 - c) ОЖЖ-нің әртүрлі ауруларында болатын АСБ
 - d) Шизофрениялық этиологиясы бар ЕБА
 - e) Хромосомалық патологиялары бар АСБ
8. Төмендегі көріністердің қайсысы психогендік аутизмге тән?
- a) Сөйлеу және интеллектуалды дамудың кешігуі
 - b) Продуктивті психопатологиялық белгілер
 - c) Диффузды неврологиялық симптомдар
 - d) Басқалармен қарым-қатынасты жоғалту және эмоционалды немқұрайлылық
 - e) Позитивті сезімдердің автостимуляциясы
9. Төмендегі белгілердің қайсысы АСБ-ның ерте басталуына тән?
- a) Ата-аналармен тактильді байланыстан бас тарту.
 - b) Жаңа жағдайларға тез бейімделу қабілеті.
 - c) Нақты айтылған эмоциялардың басым болуы.
 - d) Командалық ойындарға үнемі қатысу.
 - e) Қоршаған ортадағы өзгерістерге тұрақты назар аудару.
10. Төмендегі тұжырымдардың қайсысы АСБ бар балалардың интеллектуалдық даму деңгейін неғұрлым дәл сипаттайды?
- a)) Интеллектуалдық даму деңгейі әрқашан төмен.
 - b) Логикалық ойлау әрқашан қатты бұзылады.
 - c) Интеллектуалды даму әрқашан сөйлеудің даму деңгейіне тең.
 - d) Интеллектуалдық даму деңгейі белгілі бір салаларда ауыр ақыл-ой кемістігінен дарындылыққа дейін өзгеруі мүмкін.
 - e) АСБ бар барлық балалардың интеллектуалдық қабілеттері бірдей дамыған.

2.ДӘРІС. АСБ зерттеулерінің тарихи жағдайы. Анықтамалар және жіктеулер. АСБ көрінісі. АСБ эпидемиологиясы.

2.1. АСБ зерттеулерінің тарихи жағдайы

Заманауи аутизм спектрінің бұзылыстарына (АСБ) қатты ұқсайтын алғашқы белгілі жағдайды ағылшын тарихшысы Рэбом Хьюстонмен неміс психологы Утой Фрит «Autism in history: the case of Hugh Blair of Borgue» кітабында сипаттаған.

Зерттеу орта ғасырлық Шотландиядағы сынақтар материалдарын пайдалана отырып жүргізілді. 1747 жылы Шотландия сотында қаралған 39 жастағы ақсүйек Хью Блэр мен Борг оның әйелі арасындағы ажырасу ісі анықталды. Сотқа Хьюдің інісі Джон жүгінген.

Сол кездегі құжаттарда Хью әдеттен тыс мінез-құлқы бар адам ретінде сипатталады: оның біртүрлі мінез-құлқы, эхололиясы болды, ол кенеттен орынсыз жерлерде пайда болды, сөйлесуге араласты, кенеттен сөйлесуді тоқтатты және кетіп қалды. Оның сөйлеуі дамыған, бірақ түсініксіз болды. Әкесі қайтыс болғаннан кейін анасы оның оғаштығына алаңдап, ол қайтыс болғаннан кейін жалғыз қалмас үшін оны үйлендіруге тырысады. Алайда ағасы Джон басқа мұрагерлердің пайда болуына қарсы болды және анасы қайтыс болғаннан кейін ол некені бұзуға және мүлікті иеленуге тырысты.

АСБ туралы келесі ескерту 1809 жылдан басталады. Ағылшын дәрігері Джон Хаслам өзінің «Observations on Madness and Melancholy» кітабында Аспергер синдромын еске түсіретін мінез-құлқы бар 6 жасар баланы сипаттады: ол жалғыздықты ұнататын, кішігірім қызығушылықтары бар және әскери маршрутты тыңдау кезінде сарбаздармен ойнаған.

Әрі қарай, XIX ғасырдың аяғында ағылшын психиатры Генри Модсли 1879 жылы «The Pathology of Mind» кітабында 13 жасар баланы сипаттады, мүмкін Аспергер синдромы бар. Ол баланың жоғары интеллектуалдық әлеуетін, оның әлеуметтік дағдыларының жетіспеушілігін атап өтті.

1925 жылы кеңестік психиатр Груня Ефимовна Сухарева «Шизоидные психопатии в детском возрасте» атты еңбегін жариялады, онда ол шизофренияның ерте түрін еске түсіретін, бірақ жоғары интеллектуалдық потенциалымен және әлеуметтік қарым-қатынасқа қабілетсіздігімен ерекшеленетін мінез-құлықты сипаттады. Оның жұмысы кейінірек неміс тіліне «Die schizoide Psychopathien im Kindesalter» деген атпен аударылды және оның сипаттамасы кейінірек Ханс Аспергер синдромын сипаттағанымен дерлік бірдей екені анықталды.

1940 жылдардың басында екі маңызды басылым пайда болды. 1943 жылы Лео Каннер «Autistic Disturbances of Affective Contact» және 1944 жылы Ханс Аспергер - «Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter» атты мақаласын жариялады. Екі зерттеуші де аз балалармен жұмыс істеді. Каннер вербальды және вербалды емес қабілеттердің арасында айтарлықтай айырмашылықтарды көрсететін, әлеуметтік өзара әрекеттесуден аулақ болатын және оқшаулануға ұмтылатын қалыпты психикалық әлеуеті бар қыздар мен ұлдарды сипаттады. Аспергер сөйлеуі ерте дамыған, топтық ойынға қабілетсіз және ересектердің билігін мойындамайтын балаларды сипаттады.

1950 және 1960 жылдары аутизм спектрінің бұзылыстары балалық шизофренияға алғышарт болып саналды. 4-6 жаста «балалық шизофрения» диагнозы қойылмаған, сондықтан балаларға аутизм диагнозы қойылған. Осы кезеңде АСБ-ның шығу тегі зерттелді және ата-ана мен бала арасындағы, әсіресе

ана мен бала арасындағы қарым-қатынастың бұзылуы туралы теория танымал болды. Бұл тәсіл 1980-ші жылдарға дейін басым болды, зерттеулер АСБ негізінен генетикалық сипатта екенін көрсетті. 1980-ші жылдар АСБ әртүрлі деңгейдегі интеллектуалдық қабілеті бар балаларда пайда болатынын және зияткерлік дарындылық АСБ-нің қажетті белгісі емес екенін түсінді. Осы кезеңде АСБ алғаш рет психикалық бұзылулардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығында аталды, бұл зерттеу белсенділігін ынталандырады. АСБ генетикалық және қоршаған орта факторларынан туындаған нейробиологиялық және нейропсихикалық бұзылулар кешені ретінде анықтала бастады [50].

Бұл зерттеулер АСБ әлеуметтік-коммуникативтік тапшылықтармен және стереотиптермен сипатталатынын көрсетті - дағдыларды меңгеру кезінде әдеттегі балалардың қозғалыстарынан ерекшеленетін қайталанатын әрекеттер мен әдеттер.

2.2. Анықтамалар мен жіктеулер

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бойынша үш ғасырға жуық зерттеулер мамандар мен отбасылар қолданатын заманауи классификациялардың негізін құрайтын теориялық тұжырымдамаларға әкелді. АСБ диагностикалық санат ретінде бірінші ресми қосылу психикалық бұзылулардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығының (DSM-III) үшінші басылымында орын алды. Бұл денсаулық пен ауру арасындағы нақты шекті білдіретін категориялық классификация болды. DSM-III АСБ диагностикасының үш негізгі критерийін анықтады: әлеуметтік өзара әрекеттесу, қарым-қатынас дағдылары мен тілді дамыту, стереотиптер мен қайталанатын қозғалыстар.

DSM-III сәйкес АСБ диагнозын қою үшін симптомдар барлық үш критерийге сәйкес келуі керек. Алайда, іс жүзінде бұл критерийлер жалған дискретті болып шығады, өйткені симптомдар континуумда пайда болуы мүмкін. Науқастар қарым-қатынас және әлеуметтік дағдылар деңгейінде, сондай-ақ стереотиптік мінез-құлық пен ойларды білдіру дәрежесінде ерекшеленеді. Сондықтан мамандар диагноз қою кезінде осы бұзылулардың табиғатын терең теориялық түсінуі керек.

АСБ «психологиялық даму бұзылыстары» тобына жатады, яғни олар балалық шақта пайда болады және өмір бойы адаммен бірге жүреді. Қазіргі заманғы АСБ диагностикасы екі халықаралық жіктелулерге негізделген: Аурулардың халықаралық жіктелуі (ICD) және DSM. ДДҰ әзірлеген ICD қазіргі уақытта оның оныншы басылымында, ал DSM бесінші басылымында.

DSM мен МКБ арасында кейбір сәйкессіздіктер бар: МКБ-10 DSM-IV сәйкес келеді, ал МКБ-11 DSM-V сәйкес болады. DSM-V-де төрт бұзылыс (аутизм, Аспергер синдромы, балалық шақтың дезинтегративті бұзылуы және басқаша көрсетілмеген дамудың кең таралған бұзылуы) бір аутизм спектрінің бұзылуына біріктірілді. Сондай-ақ әлеуметтік-коммуникативтік (прагматикалық) бұзылыс анықталды.

МКБ-10-да АСБ F84 тауар позициясының «психологиялық даму бұзылыстары» F80-89 блогында жіктеледі, оған балалық және атиптік аутизм, Ретт синдромы, балалық шақтың дезинтеграциялық бұзылуы, ақыл-ойдың тежелуі және стереотиптік қозғалыстары бар гиперактивті бұзылыс, Аспергер синдромы және басқа да кең таралған даму бұзылыстары кіреді.

DSM-V сәйкес, АСБ диагностикасы әлеуметтік және коммуникациялық сферадағы тапшылықтардың, сондай-ақ стереотиптер мен манеризмдердің болуын талап етеді. МКБ-11 осы екі критерий бойынша жіктеуді ұстанады деп күтілуде.

Ресейде МКБ АСБ диагностикасы үшін қолданылады. Диагноз қою үшін үш негізгі критерийдің (әлеуметтік өзара әрекеттесу, қарым-қатынас, стереотиптер) кем дегенде алты симптомы болуы керек. Диагноздың өзі кейінірек қойылуы мүмкін болса да, АСБ алғашқы белгілерін үш жасқа дейін байқау керек. DSM-V-де екі критерий бойынша жіктеуге көшу маңызды қадам болды, өйткені сөйлеу және тіл бұзылыстары бұрын коммуникация функцияларына енгізілген, бірақ қазір АСБ-нің қатар жүретін ерекшелігі болып саналады [51].

Баланың білім беру жоспарын құруда тіл мен сөйлеудің даму деңгейін ескеру қажет. Диагностикалық санаттарды және олармен байланысты сипаттамаларды талдау маңызды болып табылады, өйткені АСБ балалық шизофренияның продромы немесе оның көрінісі болуы мүмкін.

АСБ диагностикасы кезінде сәйкес критерийлерге сүйене отырып, балалық шизофрениядан және сөйлеу және тілдік бұзылыстардан дифференциацияны ескеру қажет.

2.3. АСБ көрінісі (Манифестация)

Аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) таралуы туралы деректердің бірнеше көздері бар. Ең беделді - АҚШ-тың Ауруларды бақылау және алдын алу орталықтары (CDC). Олар АСБ жиілігін өлшейтін мұқият таңдалған үлгілермен популяцияға негізделген бірнеше зерттеулер жүргізді. CDC веб-сайтында сонымен қатар бүкіл әлем бойынша жақсы популяцияға негізделген зерттеу критерийлеріне сәйкес келетін деректерді қамтитын үздіксіз жаңартылатын құжат бар. Өкінішке орай, бұл құжатта Ресей туралы мәлімет жоқ.

2014 жылғы деректерге сәйкес, АҚШ-та АСБ ауруы 68-ден 1-ді құрайды. Дүние жүзінде бұл көрсеткіш өзгереді, бірақ орта есеппен 1-2% деңгейінде қалады. Бұл бұзылу ұлдарда қыздарға қарағанда шамамен 4,5 есе жиі кездеседі (тиісінше 42-ден 1-ге қарсы 189-да 1).

Каннер мен Аспергердің АСБ туралы алдыңғы сипаттамалары мұндай бұзылыстары бар балалар ауқатты отбасылардан шыққанын атап өтті. Себебі, өткен ғасырдың 40-жылдары ауыл тұрғыны немесе тұрмысы төмен адамға белгілі маманның қабылдауына жазылу қиынға соқты. Бұл АСБ түсінігінің өзгеруіне әкелді. «Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder:

evidence from a US cross-sectional study» сияқты заманауи зерттеулер мамандандырылған қызметтердің көп болуына байланысты ауқатты отбасылардың балаларында АСБ жиі диагноз қойылғанын растайды.

АСБ диагнозы нақты диагностикалық критерийлерге негізделген бірнеше мамандардың пікірін талап етеді. АСБ-ға тән әртүрлі тапшылықтар үшін дәрігер тіркейтін, бірақ диагноз қоюға мүмкіндік бермейтін «шекті көрсеткіштер» бар екенін ескеру маңызды. Мұндай көрсеткіштер отбасында «қауіпті аймақты» құра отырып, АСБ бар баланың туыстарында жиі байқалады.

АСБ – этиологияның да, көріністің де гетерогенділігімен көрінетін даму бұзылыстарының ең гетерогенді топтарының бірі. Этиологиялық тұрғыдан АСБ әртүрлі генетикалық аурулармен байланысты болуы мүмкін, мысалы, нәзік Х хромосамасы, туберозды склероз, Ретт синдромы және т.б. [52] АСБ мінез-құлық көріністері де әртүрлі, олар ақыл-ой кемістігінен интеллектуалдық дарындылыққа дейін.

2.4. АСБ эпидемиологиясы

АСБ таралуы туралы алғашқы белгілі статистика 1966 жылы жарияланды. Англиядағы алғашқы популяциялық зерттеулердің бірінде АСБ жиілігі 0,041% құрады. Бүгінде АҚШ-та бұл көрсеткіш 68-ден 1-ді құрайды, ал жаһандық статистика 1–2% аралығында ауытқиды.

АСБ ауруының өсу динамикасы бірнеше себептермен байланысты. Біріншіден, дифференциалды диагностиканы жетілдіру және DSM-III-де жеке санат ретінде АСБ анықтау. Мамандардың кәсіби деңгейінің артуы диагностиканың дәлірек болуына да ықпал етті. Екіншіден, диагностикалық критерийлердің өзгеруі, мысалы, Аспергер синдромының DSM-IV-ке қосылуы диагноз қойылған жағдайлардың көбеюіне әкелді.

Деректерді жинау және талдау әдістемесі де жетілдіріліп, үлгілерді репрезентативті етеді. Бүгінгі таңда зерттеу қауымдастығы жүктілік кезіндегі ата-ананың жасы және жүктілік жағдайлары сияқты АСБ қаупі мен алдын алу факторларын белсенді түрде талқылауда.

АСБ диагнозы қойылған балалардың шамамен мысалы 32% дамудың регрессия құбылысын көрсетеді, онда өмірдің қалыпты бірінші жылынан кейін олардың дамуы нормадан ауытқи бастайды. Бұл регрессияны ата-аналар баланың өмірінің он екі және жиырма төрт айлары арасында жиі байқайды, ал АСБ екі-үш жасында диагноз қойылады.

Маңызды тақырып - бұл бұзылысы бар балаларда басқа даму бұзылыстары, психикалық және неврологиялық аурулар жиі болған кезде, АСБ-нің ілеспелі ауруы. Зерттеулер көрсеткендей, 83% жағдайда АСБ бар балаларда басқа даму бұзылыстары бар, ал 40-60% -ында ақыл-ой кемістігі диагнозы бар. Шамамен 10% -ында психиатриялық диагноз, ал 16% -ында бір немесе бірнеше неврологиялық диагноздар бар.

«Autism spectrum disorder and cooccurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States» сияқты зерттеулер АСБ бар адамдарда жиі оқуда ауытқулар, аффективті бұзылулар, обсессивті-компульсивті бұзылулар және эпилепсия бар екенін көрсетеді [53].

АСБ бар адамдар үшін болжам негізінен интеллектуалды жұмыс деңгейіне, тілдің дамуына және әлеуметтену қабілетіне байланысты. Ерте диагностикасыз және араласусыз болжам нашар болуы мүмкін, сондықтан мұндай адамдарды ерте жастан бастап қолдау және дамыту маңызды.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Аутизм спектрінің бұзылыстарын зерттеу қай тарихи жағдайда басталды?
2. Қазіргі уақытта АСБ анықтау мен жіктеуге қандай тәсілдер бар?
3. Ерте балалық шақта аутизм спектрінің бұзылуының көрінісі қалай пайда болады?
4. Қазіргі уақытта АСБ эпидемиологиясы бойынша қандай мәліметтер бар?

Реферат тақырыптары.

1. Балалық шақтағы аутизмді ұқсас бұзылыстардан ажырату мәселелері
2. Аутизмнің әртүрлі клиникалық формаларының диагностикалық критерийлері.
3. Дефектологиядағы аутизмнің клиникалық-психологиялық құрылымы

Өзін-өзі тексеру ТЕСТ

1. «Autism in history: the case of Hugh Blair of Borgue» кітабында қазіргі аутизм спектрінің бұзылуына ұқсас бірінші белгілі жағдайды кім сипаттады?
 - a) Лео Каннер
 - b) Рэб Хьюстон және Ута Фрит
 - c) Ганс Аспергер
 - d) Джон Хаслам
 - e) Генри Модсли
2. 1809 жылы қай ағылшын дәрігері мінез-құлқы Аспергер синдромына ұқсайтын 6 жасар баланы сипаттады?
 - a) Генри Модсли
 - b) Груня Ефимовна Сухарева
 - c) Джон Хаслам
 - d) РЭБ Хьюстон
 - e) Ганс Аспергер
3. DSMIII диагностикасының неше негізгі критерийлері АСБ анықталған?
 - a) Екі
 - b) Төрт
 - c) Үш
 - d) бес
 - e) алты

4. Төмендегілердің қайсысы МКБ10-дағы F84 блогына кірмейді?
- a) Аспергер синдромы
 - b) Балалық аутизм
 - c) Ретт синдромы
 - d) Жалпы зейіннің бұзылуы
 - д) Балалық шақтың дезинтеграциялық бұзылуы
5. АСБ контекстіндегі «шекті көрсеткіштер» дегеніміз не?
- a) Қосымша зерттеулерсіз диагноз қоюға мүмкіндік беретін көрсеткіштер
 - b) Басқа бұзылулар болған кезде тіркелген көрсеткіштер
 - c) Дәрігер жазып алған, бірақ диагноз қоюға мүмкіндік бермейтін көрсеткіштер
 - d) Толық ремиссияны көрсететін көрсеткіштер
 - e) Елеулі жақсартуды көрсететін көрсеткіштер
6. Қандай ауруларды этиологиялық деңгейде АСБ байланыстыруға болады?
- a) Альцгеймер ауруы
 - b) Даун синдромы
 - c) Паркинсон синдромы
 - d) X хромосамасы және туберозды склероз синдромы
 - e) Норман-Лейн синдромы
7. АСБ таралуы туралы алғашқы белгілі статистика қай жылы жарияланды?
- a) 1958 ж
 - b) 1966 ж
 - c) 1972 ж
 - d) 1980 ж
 - e) 1990 ж
8. Төмендегі факторлардың қайсысы АСБ диагностикасының көрсеткіштерінің артуына ықпал еткен жоқ?
- a) Дифференциалды диагностиканы жетілдіру
 - b) Диагностикалық критерийлердің өзгеруі
 - c) Аспергер синдромын DSM-IV-ке қосу
 - d) Психиатриялық диагноздардың көбеюі
 - e) Деректерді жинау және талдау әдістемесін жетілдіру

3. ДӘРІС. Аутизмнің даму себептері. АСБ психологиялық теориялары. Психикалық модель теориясы. Орталық когеренттілік теориясы. Атқарушы функция теориясы. Әлеуметтік танымдық теория. Айна нейрондық теориясы. Аутизм этиологиясына нейробиологиялық тәсіл.

3.1. Аутизмнің даму себептері және АСБ психологиялық теориялары

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) теориясының екі негізгі категориясы бар: «көлденең» және «тік». «Көлденең» теориялар аутизмнің үш негізгі сипаттамасын талдай отырып, синдромның клиникалық көріністеріне назар аударады: қарым-қатынас пен әлеуметтік тапшылықтар және стереотиптік мінез-құлық, олардың бірге пайда болуын түсіндіру. «Тік» теориялар генетикалық, ми және мінез-құлық факторларының бір жүйеде қалай әрекеттесетінін түсінуге тырысады.

Бұл тарауда келесі теориялар қарастырылады:

1. Ақыл-ой теориясы (Theory of Mind)
2. Орталық когеренттілік теориясы (Central Coherence Theory)
3. Атқарушы функциялар теориясы (Executive Functions Theory)
4. Әлеуметтік таным теориясы (Theory of Social Cognition)
5. АСБ дамуындағы айна нейрондарының рөлі

АСБ алғаш рет сипатталған уақыттан бері 70 жылдан астам уақыт өтті, содан бері осы саладағы зерттеулердің көлемі айтарлықтай өсті.

Тарихи жағдай және Лондондағы зерттеулер. 1960 жылдардың басында Лондонда университет колледжінің Нил О'Коннор бастаған зерттеушілер тобы осы тарауда талқыланған теорияларды әзірлеуге кірісті. Олардың шығармашылығына кеңестік психолог Александр Лурияның идеялары айтарлықтай әсер етті. О'Коннор зертханасы геномды, миды, мінез-құлық пен танымды байланыстыратын тік жүйелер арқылы АСБ танымды механизмдерін түсіндіретін теорияларды әзірледі. Бұл зерттеулер АСБ туралы заманауи түсініктің негізін қалады.

О'Коннор тобына Ута Фрит және Беат Хермелин сияқты атақты ғалымдар кірді. 1960 жылдары, АСБ жиілігі 0,04% бағаланған кезде, бұл зерттеушілер Лондондағы спектрі бұзылған барлық балалар олардың зерттеулеріне енгізілген деп есептеді. Осы зертханада аяқталған Ута Фриттің диссертациясы АСБ бойынша алғашқы психологиялық диссертациялардың бірі болды.

Тарихи әдістер мен түзетулер. Каннер өзінің сипаттауларында негізінен өзіне-өзі енумен және сыртқы әлемнен бас тартумен сипатталатын бұзылулардың аффективті жағына назар аударды. Оның заманында АСБ түзету әдістері негізінен психодинамикалық болды, психоанализге негізделген.

1950 жылдары зерттеулердің бағыты қозғалыс дағдыларына ауысты. Осы кезеңде ВВС науқастарымен қарым-қатынас жасаудың заманауи әдістерін, соның ішінде «құшақтасу терапиясын» көрсететін фильм шығарды.

Лондон зертханасының әсері. Тарихи жағдайда жүргізілген Лондон зертханасының зерттеушілерінің жұмысы негізінен АСБ психологиялық теорияларына қазіргі заманғы көзқарастарды анықтады. Бұл зерттеулер аутизм спектрінің бұзылуын түсіндіретін теорияларды одан әрі түсіну және дамыту үшін негіз қалады [54].

3.2. Ақыл-ой теориясының моделі

АСБ бар балалардың есте сақтау қабілетін зерттеу. 1967 жылы Беата Хермелин мен Нил О'Коннор АСБ бар балалардағы есте сақтауды зерттейтін «Remembering of words by psychotic and subnormal children» атты зерттеу жүргізді. Тәжірибе барысында екі сөз тобы қолданылды: мағынасыз ("what-to-went-ship-sea") және логикалық ("what-ship-went-to-sea"). Қатысушылардан осы сөздерді есте сақтау және қайта шығару ұсынылды. Нәтижелер әдетте дамып келе жатқан балалардың мағыналы сөз тіркестерін есте сақтауда жақсырақ екенін көрсетті, ал АСБ бар балалар құрдастарына қарағанда мағынасыз сөздерді есте сақтайды және жаңғырта алады.

1970 жылдары Ута Фрит АСБ бар балаларға жақсы жұмыс істеуге көмектесетін басқа сөздерді топтастыру әдістерін табуға тырысу үшін қосымша зерттеулер жүргізді. Осындай әдістердің бірі контексте сөздерді қамтиды. Мысалы, сөйлемдерде:

- «He played the lead guitar» (Ол гитарада ойнады).
- «The box was made of lead» (Қорғасын қорғасыннан жасалған).

Ағылшын тілінде «lead» сөзінің бірнеше мағынасы бар және жағдайға байланысты әртүрлі айтылады. Эксперименттің мақсаты – АСБ бар балалардың жағдайларына байланысты сөзді басқаша оқитынын анықтау. Фрит өзінің «Why we need cognitive explanations of autism» деген мақаласында АСБ бар балалар сөзді екі жағдайда да бірдей оқитынын атап көрсетті, бұл жағдайда ақпаратты өңдеуде қиындықтарды көрсетеді.

Танымдық тапшылықты зерттеу. Бұл зерттеулер АСБ бар балалардағы осы танымдық тапшылықтың себептері туралы сұрақтарға әкелді. Түсіндірмелердің бірі – «Салли мен Энн» сынағы деп те аталатын жалған сенім тапсырмасы. АСБ бар балалар бұл сынақтан жиі өтпейді, бұл басқа адамның көзқарасын қабылдаудың қиындығын көрсетеді.

Әрі қарай жүргізілген зерттеулер АСБ бар балалар басқа адамдардың ойлары мен сезімдерін түсіну үшін қажетті метарепрезентацияларды қалыптастыруда қиындықтарға тап болатынын көрсетті. Бұл нәтижелер АСБ бар балаларда зейін мен қабылдауды зерттеу үшін қолданылатын болжамды қарау парадигмасы сияқты жаңа зерттеу әдістерін құруға түрткі болды.

Психикалық күй теориясының моделі (Theory of Mind)

Бүгінгі таңда (Theory of Mind) теориясы тапшылыққа бағытталғанымен, АСБ зерттеулеріндегі жетекші теория болып табылады. Дегенмен, АСБ бар адамдардың танымы күшті жақтарын зерттеу де маңызды. «Салли мен Энн» сынағы өзекті болып қала береді және АСБ танымды механизмдерін түсіну үшін қолданылады [55].

Хермелин, О'Коннор және Фрит жүргізген зерттеулері АСБ-ның танымдық механизмдерінің теорияларын әзірлеуде елеулі рөл атқарды, бұл бұзылысты тереңірек түсінуге және диагностикалық және қолдаудың жаңа әдістерін дамытуға әкелді.

3.3. Орталық когеренттілік теориясы

Орталық когеренттілік теориясын алғаш рет Нил О'Коннордың Лондон зертханасында Беат Хермелин жүйелі түрде ұсынды. Зерттеу аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар адамдардың белгілі бір дағдыларда әлсіз және күшті жақтары бар екенін көрсетті. Хермелин және оның командасы АСБ бар адамдар ақпаратты егжей-тегжейлі қабылдау мүмкіндігі бар, бірақ бұл мәліметтерді тұтастай біріктіру қиын деген идеяға негізделген тұжырымдама жасады.

Теорияның пайда болуы және дамуы. Бұл концепцияның тамыры Курт Левиннің еңбегінде және Екінші дүниежүзілік соғысқа дейін Германияда танымал болған гештальт-психологиясының философиясында жатыр. Дегенмен, оны АСБ-ге қатысты жасаған Хермелин бастаған зерттеушілер болды. Олар орталық когеренттілік теориясының қалыптасуына әкелген АСБ бар адамдарда күшті жақтардың дамуының психологиялық негізі мен жағдайын түсінуге тырысты.

Теорияның негізгі ережелері. Бұл теорияға сәйкес, АСБ бар адамдар бөлшектермен жұмыс істеудің жоғары қабілетін көрсетеді, бірақ оларды бір бүтінге біріктіру қиын. Хермелин және оның әріптестері бөліктерден бүтінді құру үдерісі визуалды және сөздік сияқты әртүрлі модальділіктер қалай көрінетінін зерттейтін бірқатар эксперименттер жүргізді. Мысалы, олар АСБ бар адамдар егжей-тегжейге назар аударуды қажет ететін тапсырмаларды орындауда жақсы болуы мүмкін екенін анықтады, бірақ бұл мәліметтерді мағыналы тұтастыққа біріктіру қиын [56].

Теорияның қолданылуы бар болғанымен, оның нәтижелері әрқашан расталмайды. Мысалы, визуалды есептерді шешу кезінде егжей-тегжейлі үстемдік байқалады, бірақ ауызша тапсырмаларды орындау кезінде әрқашан емес. Сондықтан, теорияның танымалдығына және оның жақтастарының болуына қарамастан, ол әлі жалпыға бірдей мойындалған жоқ.

Хермелин мен оның командасы ұсынған орталық когеренттілік теориясы АСБ бар адамдардың танымдық сипаттамаларын түсінуге елеулі үлес қосты. Бұл әмбебап емес және қайшылықты болса да, оның идеялары одан әрі зерттеулерді ынталандыруды жалғастыруда және АСБ бар адамдарды қолдау тәсілдерін қалыптастыруға көмектеседі.

3.4. Атқарушы функциялар теориясы

Атқарушы функциялар - бұл ерікті жоспарлауды және жұмыс жады сияқты төменгі деңгейдегі әртүрлі функцияларды басқаратын жоғары деңгейдегі психикалық үдерістердің жиынтығы. Бұл функциялар қажетсіз реакцияларды, яғни тапсырмаға сәйкес келмейтін реакцияларды басу немесе тежеу үшін, сондай-ақ автоматты реакцияларды басқару және қажетті мінез-құлықты қалыптастыру үшін қажет [57].

Атқарушы функцияның танымал өлшемдерінің бірі «Висконсин картасын

сұрыптау сынағы» (Wisconsin Card Sorting Test). болып табылады. Бұл тестте қатысушыларға әртүрлі түстер мен мөлшердегі геометриялық фигураларды қамтитын карталар жинағын сұрыптау ұсынылады, бірақ сұрыптау критерийі белгісіз. Зерттелуші экспериментатор берген кері байланыс негізінде сұрыптау критерийін анықтауы және критерийлердің өзгеруіне бейімделуі керек. Сынақ қатысушылардың жиі қайталанатын сұрыптау үлгілеріне кептелетінін көрсетеді және олардың бейімделу қабілеті кері байланысқа сезімталдығына байланысты өзгеруі мүмкін.

Атқарушы функцияларды бағалауға арналған тағы бір сынақ «Струпа тапсырмасы» (Stroop Color Word Test). болып табылады. Бұл сынақ Струпа эффектісіне негізделген, онда әріптердің түсі көрсетілген түске сәйкес келмесе (мысалы, «көк» сөзі қызыл түспен жазылған) түсті білдіретін сөзді оқу реакциясының баяулауы байқалады. Тапсырма кезеңді түрде өзгертін белгілі бір үлгі бойынша әрекеттерді орындауды талап етеді.

Сондай-ақ, әсіресе балалардағы атқарушы функцияларды бағалау үшін әртүрлі эксперименттік тапсырмалар бар. Бұл тапсырмалар психикалық үдерістердің үлгілерін және басқа теорияларды ескере отырып әзірленеді. Атқарушы функцияларды сынақтау танымдық икемділік, жоспарлау және жұмыс жады сияқты аспектілерді қамтиды.

3.5.Әлеуметтік таным теория

Көрнекі әлеуметтік назарды талдау және түсіндіру аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) жағдайындағы негізгі және жылдам дамып келе жатқан зерттеу саласы болып табылады. Бұл зерттеу саласы негізінен Лондон университетінің колледжіндегі зертханада жұмыс істеуден басталады. Олардың алғашқы идеяларының бірі АСД бар балалар сенсорлық ақпаратты (мысалы, объектілердің көрнекі әсерлері) қабылдау мен зейіннің күрделірек түрлеріне түрлендіруде қиындықтарға тап болады, бұл әртүрлі көріністерді қалыптастыруды қиындатады. Бұл АСБ бар балалар әлі өз ойлары мен сезімдерін тиімді жеткізе алмайтын ерте жаста төмен деңгейлі үдерістерді анықтау және құжаттау қажеттілігін көрсетеді. Мұндай ерте қауіп көрсеткіштерін анықтау мүмкін болса, олар әлеуетті биомаркерлерге айналуы мүмкін [58].

Көрнекі әлеуметтік зейін басқа адамдарға назар аудару мүмкіндігі ретінде анықталады. Ол әлеуметтік объектілермен (адамдар) олардың мінез-құлқын қабылдау және түсіндіру арқылы өзара әрекеттесуді қамтиды. Біз басқалардың ниеттерін түсіну және тиісті жауап беру үшін бақылаймыз.

Көрнекі әлеуметтік назар бізді қызықтыратын объектілерге көзқарасымызды бекіту және олардың қозғалысын қадағалау тәсілінде де көрінеді. Бұл аспектілерді зерттеу, әсіресе ХХІ ғасырдың басындағы елеулі технологиялық прогреске байланысты ғылыми зерттеулердің маңызды саласына айналды, бұл қолданыстағы эксперименттік әдістерді жетілдіруге және жаңа тәсілдерді жасауға

мүмкіндік берді.

3.6. Айна нейрондық теориясы

Аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) тік теориялары бұзылыстың генетикалық, нейробиологиялық және мінез-құлық аспектілері арасындағы байланысты зерттейді. Осындай теориялардың бірі айна нейрондық теориясы болып табылады.

Айна нейрондары - бұл белгілі бір әрекетті орындаған кезде де, сол әрекетті басқа біреудің орындағанын байқаған кезде де белсендірілетін мидағы нейрондар. Бұл нейрондар адамдарда ғана емес, жануарлар мен құстарда да кездеседі. Айна нейрондары имитация үдерісінде негізгі рөл атқарады деп есептеледі.

АСБ бар адамдарда еліктеу үдерісі жиі бұзылады, бұл маңызды дағдыларды, соның ішінде ауызша дағдыларды алуды қиындатады. Зерттеушілер айна нейрондарының жұмысындағы бұзылулар осы қиындықтарға байланысты болуы мүмкін деп болжайды. Бұл болжам ғылыми ортада айтарлықтай қызығушылық тудырды, бірақ осы салада жүргізілген көптеген эмпирикалық зерттеулер бастапқы нәтижелерді растамады, бұл олардың сенімділігінің төмендеуіне әкелді [59].

Осыған қарамастан, айна нейрондық болжамы маңызды теориялық тұжырымдама болып қала береді және АСБ тік теориялары және осы бұзылулардың негізінде жатқан механизмдер жағдайында талқылануын жалғастыруда.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Қазіргі ғылымда аутизмнің дамуының негізгі себептері қандай?
2. АСБ-дағы ақыл-ой теориясының мәні неде?
3. Орталық когеренттілік теориясы тұрғысынан АСБ қалай түсіндіріледі?
4. АСБ бар балаларда атқарушы функциялардың ерекшеліктері қандай?
5. Аутизм жағдайындағы әлеуметтік таным теориясы қандай?
6. Аутистикалық белгілердің қалыптасуында айна нейрондарының рөлі қандай?
7. Аутизм этиологиясына нейробиологиялық көзқарастың негізгі ережелері қандай?

Реферат тақырыптары.

1. Аутизмі бар балалардағы сенсорлық интеграцияның бұзылуы
2. Аутизмді есту қабілетінің бұзылуынан ажырату
3. Аутизмнің ақыл-ой кемістігі мен СДВГ-дан дифференциациясы.

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ

1. Аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) «көлденең» теорияларының негізгі бағыты қандай?

- а) Генетикалық өзара әрекеттесу

- b) Синдромның клиникалық көрінісін талдау
 - c) Ми процестері
 - d) Кең контексттегі әлеуметтік мінез-құлық
 - e) Қоршаған орта факторларының әсері
2. Қандай теория генетикалық, ми және мінез-құлық факторларының өзара әрекетін бір жүйеде қарастырады?
- a) Ақыл-ой теориясы
 - b) Орталық когеренттілік теориясы
 - c) Әлеуметтік когнитивтік теория
 - d) Вертикальды теория
 - e) Айна нейрондарының рөлі
3. Ута Фритт АСБ бар балалардағы сөздерді топтастыруды зерттеу үшін қандай әдісті қолданды?
- a) Сөздердің тура және жанама мағыналарын салыстыру
 - b) Болжалды көзқарас парадигмасын қолдану
 - c) Сөйлем контекстіне сөздерді кірістіру
 - d) Жалған сенім әдісін қолдану
 - e) Түрлі тілдегі сөз тіркестерін түсінуді тексеру
4. Фритттің зерттеуі АСБ бар балалардағы сөздерді контексте оқуға қатысты нені көрсетті?
- a) АСБ бар балалар сөздердің контекстік мағыналарын жақсы түсінді
 - b) АСБ бар балалар контексті елемеді және сөздерді бірдей оқиды
 - c) АСБ бар балалар сөзді екі контексте де бірдей оқиды
 - d) АСБ бар балалар сөздерді оқуда қателіктер жіберді, бірақ олардың мағынасын түсінді
 - e) АСБ бар балалар контекстпен сөздерді оқуда жақсарғанын көрсетті
5. Орталық когеренттілік теориясына сәйкес АСБ бар адамдар үшін қандай тапсырмалар қиындық тудырады?
- a) Өзгерістерге жылдам әрекет етуді қажет ететін тапсырмалар.
 - b) Бөлшектерді мағыналы бүтінге біріктіруді қажет ететін тапсырмалар.
 - c) Абстрактілі ойлау дағдыларын қажет ететін тапсырмалар.
 - d) Қақтығыстарды шешуге байланысты тапсырмалар.
 - e) Көп әлеуметтік қарым-қатынасты қажет ететін міндеттер.
6. Орталық когеренттілік теориясының қазіргі ұстанымын қай мәлімдеме неғұрлым дәл көрсетеді?
- a) Теория жалпы қабылданған және оның нәтижелері барлық салаларда бекітілген.
 - b) Теория ешқандай дау тудырмайды және мәселенің соңғы шешімі болып табылады.
 - c) Танымдық қасиеттерді түсінуге қосқан үлесі мен танымалдығына қарамастан теорияның жалпылығы жоқ және даулы.

- d) Теория бойынша жүргізілген барлық тәжірибелер оның әмбебаптығын растайды.
- e) Теорияны ғылыми қауым мүлде жоққа шығарды.
7. Қатысушының сұрыптау критерийлерінің өзгеруіне бейімделу қабілетін бағалау үшін қандай тест құрастырылған?
- a) Висконсин картасын сұрыптау сынағы
- b) Строп тапсырмасы
- c) Уақытша есте сақтау сынағы
- d) Кеңістікті қабылдау тесті
- e) Стрессті бағалау сауалнамасы
8. Аткарушы функцияларды бағалау үшін Stroop тапсырмасында қандай әсер қолданылады?
- a) Когнитивті икемділіктің әсері
- b) Мәтінмәндік эффект
- c) Индукциялық эффект
- d) Ассоциативті есте сақтаудың әсері
- e) Строп эффектісі
9. Айна нейрондары туралы төмендегі тұжырымдардың қайсысы жалған?
- a) Айна нейрондары әрекетті орындаған кезде және оны басқа адамның орындап жатқанын бақылағанда белсендіріледі
- b) Айна нейрондары адамдарда және приматтардың кейбір түрлерінде ғана табылған.
- c) Айна нейрондары адамдарда ғана емес, жануарлар мен құстарда да табылған
- d) Айна нейрондарының қызметінің бұзылуы сөздік дағдыларды меңгеруге кедергі келтіруі мүмкін
- e) Айна нейрондық гипотезаны АСБ тік теориялары контекстінде талқылау жалғасуда
10. Көрнекі әлеуметтік зейінді зерттеуде эксперименттік әдістерді жетілдіруге және жаңа тәсілдерді дамытуға не ықпал етеді?
- a) ХХІ ғасырдың басындағы елеулі технологиялық прогресс
- b) Ғылыми зерттеулерді қаржыландыруды ұлғайту
- c) Жаңа білім беру бағдарламаларын жасау
- d) Жаңа медициналық стандарттарды енгізу
- e) Негізгі теориялық шолуларды жариялау.

4. ДӘРИС. АСБ этиологиясы. АСБ-ның генетикалық архитектурасы. АСБ қоршаған орта архитектурасы. АСБ-ның гендік-қоршаған орта архитектурасы. Онтогенездегі АСБ бар балалардың физикалық даму

ерекшеліктері. Дизнейроонтогенез.

4.1. АСБ этиологиясы

Аутизм спектрінің бұзылуы АСБ жағдайларының көбеюімен, осы бұзылыстары бар адамдар мен олардың отбасылары үшін бірнеше тексерулер мен сынақтар қажет екендігі туралы сұрақтар өзекті бола түсуде. Бұл сұрақтарға жауаптар ғылыми деректер мен жаңалықтарды тәжірибеге аударумен айналысатын трансляциялық медицина деп аталатын зерттеу саласын қалыптастырады.

АСБ зерттеулерінде негізгі мәселе - дені сау адамдарды АСБ бар адамдардан ажырататын сипаттарды анықтау. Ғалымдар алдымен айырмашылықтарды анықтайды, содан кейін клиникалық маңыздылығын түсіну үшін оларды түсіндіреді. АСБ себептерін зерттеудің бір бөлігі ретінде бастапқы кезең ми қызметінің айырмашылығын және оның жұмысына әсерін талдау болып табылады. Содан кейін осы айырмашылықтардың үлгілері жасалады. Бұрын бұл мақсаттарда тек эмбриондық жасушалар ғана қолданылса, енді олар басқа жасушаларды, мысалы, тері жасушаларын қайта бағдарламалауды үйренді [60].

Зерттеудің заманауи жетістіктері адам немесе жануарлар болсын, белгілі бір геномы бар ағзалардағы ми дамуының ерте процестерін жасушалық деңгейде модельдеуге мүмкіндік береді. Бұл тәсіл тірі организмдердің орнына модельдерді пайдаланудан ерекшеленеді, бұл үдерісті барлық факторларды бақылаумен зертханалық жағдайларда байқауға мүмкіндік береді. Дегенмен, тірі ағзаларды зерттеу, тіпті бұл арнайы өсірілген сызықтар болса да, ерекше құндылық пен қызығушылық тудырады. Бұл үдеріс ашу циклі немесе трансляциялық медицина циклі ретінде белгілі.

4.2. АСБ-ның генетикалық архитектурасы

Аутизм спектрінің бұзылыстарының (АСБ) генетикалық механизмдері өте әртүрлі. Доминантты немесе рецессивті түрде берілетін қарапайым мендельдік механизмдер де, күрделі аддитивті-полигендік механизмдер де бар. АСБ көріністеріне әкелуі мүмкін генетикалық бұзылулар, мысалы, сынғыш синдром сияқты X-хромосомдар туберозды склероз және Ретт синдромы ғылыми әдебиеттерде жақсы сипатталған. Дегенмен, осы бұзылуларға шалдыққан көптеген адамдарда аутистикалық спектрлік бұзылыс (АСБ) диагнозы қойылады, бірақ бәрінде емес. АСБ белгілі бір генетикалық бейімділігі бар адамдарда да, айқын белгілері жоқ адамдарда да байқалуы мүмкін, тіпті нақты генетикалық бұзылулары болса да. Мысалы, Ретт синдромы тудырған АСБ туберозды склерозбен байланысты АСБ-дан айырмашылығы болмауы мүмкін, дегенмен олардың пайда болу механизмдері әртүрлі.

Әлеуметтік-қарым-қатынастағы қиындықтар - бұл АСБ бірінші және негізгі белгісі. Бұл қасиет диагностикалық мақсатта қолданылады, бірақ ол популяцияда

біркелкі таралмаған. Элеуметтік қызметті өлшеуге және оның нормадан қаншалықты ауытқуын анықтауға болады. Бұл көрсеткіштердің таралуы әртүрлі болғанымен, кейбір жағдайларда АСБ диагнозы қойылған адамдар халықтың орташа деңгейінен айтарлықтай ерекшеленбейтін элеуметтік дағдыларға ие болуы мүмкін. Дегенмен, бұл олардың АСБ диагнозы болуы мүмкін екенін жоққа шығармайды. Мұндай бақылауларды басқа АСБ белгілері үшін де жасауға болады.

Жалпы популяция үшін қауіп деңгейі бұзылудың таралуына байланысты анықталады. Бұл көрсеткіш аурудың туыстас емес адамдар арасында қаншалықты жиі кездесетініне негізделіп есептеледі. Бұзылудың популяциядағы таралуы негізгі өлшем болып табылады және барлық популяция үшін абсолюттік қауіпті көрсетеді. Базалық мән анықталғаннан кейін, туыстар арасындағы АСД жиілігін өлшеу және ата-аналар мен бауырлар сияқты әртүрлі топтар үшін салыстырмалы тәуекелді есептеу арқылы популяцияны стратификациялауға болады.

Америка Құрама Штаттарында АСБ таралуы шамамен 1,47% құрайды, ал Ресейде бұл көрсеткіш 1-2% аралығында өзгеруі мүмкін. Олардың бірінде АСБ бар туыстарының жұптарын талдау арқылы зерттеушілер АСБ қауіп қарым-қатынастың жақындығымен арта түсетінін анықтады. Мысалы, олардың біреуі диагноз қойылған монозиготикалық егіздердегі АСБ қауіп шамамен 100% құрайды, өйткені мұндай егіздердің геномдары дерлік бірдей.

Бұл тұжырымдар АСБ дамуындағы генетикалық факторлардың маңыздылығын көрсетеді. Генетикалық механизмдер тұқым қуалаудан немесе өздігінен пайда болуы мүмкін. De novo мутациялары, яғни алғаш рет пайда болған жаңа мутациялар маңызды рөл атқарады. АСБ бар отбасыларда бұл қауіп жоғары болуы мүмкін, әсіресе егер бұзылыс бірнеше баланың арасында байқалса. Ұлдардағы қауіп қыздарға қарағанда жоғары. Егер отбасыда бірнеше бала АСБ диагнозы қойылса, қауіп өте жоғары болып, 99%-ға жуықтайды. Сонымен қатар, әр жаңа АСБ жағдайымен бұл қауіп арта түседі.

Генетикалық зерттеулер АСБ дамуында шамамен 1200 геннің қатысуы мүмкін екенін көрсетеді, бұл бұзылыстың пайда болу жолдарының санын өте көп етеді. Зерттеулер әдетте бірнеше зертханаларды және кезеңдерді қамтиды: молекулалық деңгейден бастап жасушалық және нейроанатомиялық деректерді талдауға дейін. АСБ генетикалық механизмдері плейотропты болуы мүмкін, яғни даму мен мінез-құлықтың әртүрлі аспектілеріне әсер етуі мүмкін [61].

Сонымен қатар, барлық генетикалық ауытқулар АСБ - ға әкелмейді, өйткені компенсаторлық механизмдер бұзылыстың пайда болуына жол бермейді. Генетикалық өзгерістер әртүрлі фенотиптерге әкелуі мүмкін, бірақ олар міндетті түрде бұзылысқа байланысты болмауы мүмкін. АСБ зерттеулерінде осы бұзылыстары бар адамдарда кейде байқалатын ерекше қабілеттер де қарастырылады, бірақ бұл қабілеттер мен АСБ гендерінің арасында әлі байланыс орнатылған жоқ.

а. АСБ қоршаған орта архитектурасы.

Аутизм спектрінің бұзылыстарының (ASD) қоршаған орта архитектурасы факторлардың күрделі жиынтығы болып табылады және әрқашан ASD тудыратын бір анықтаушы элементті оқшаулау мүмкін емес. Бұл факторлардың әрқайсысының маңыздылығы оның көріну сәтімен және оның әсерімен анықталады.

Қазіргі уақытта қоршаған орта факторларының әсері туралы нақты деректер гипотетикалық деңгейде қалып отыр. Дегенмен, соңғы 5-10 жыл ішінде денсаулық сақтау жүйелерінің үлкен эмпирикалық деректеріне қол жеткізу арқылы ғалымдар бұл факторларды түсінуде айтарлықтай қадамдар жасай алды.

АСБ үшін ықтимал маңызды қоршаған орта қауіп факторларының арасында бірнеше негізгі аспектілерді анықтауға болады:

1. *Ата-ананың жасы:* Әке мен ананың жасы ұзақ уақыт бойы АСБ-ның қауіпті факторы ретінде танылған. Ата-ананың жасы дамудың бұзылуына әкелетін генетикалық және геномдық үдерістердің қоздырғышы ретінде әрекет етуі мүмкін екендігі туралы зерттеулер жалғасуда.

2. *Жүктілік пен босануға байланысты факторлар:* Мысалы, Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorder in Children, Канаданың Квебек қаласында 1998 жылдан 2009 жылға дейін жүргізілген, зерттеудің мысалы ретінде жұмысты айтуға болады. Бұл зерттеу 300 000-ға жуық әйелдің жүктілік кезінде антидепрессант қолдануын талдады. Көп және шала жүктілік алынып тасталды және біз тек 37 аптадан кейін туылған нәрестелерге назар аудардық. Нәтижелер екінші және/немесе үшінші триместрде антидепрессанттарды қабылдау балада АСБ қауіпін арттыратынын көрсетті, ал бұл қауіп бірінші триместрде және жүктіліктен кейінгі бір жыл ішінде байқалмайды. Дегенмен, нақты препараттар мен олардың дозалары АСБ қауіпіне қалай әсер ететінін анықтау үшін қосымша зерттеулер қажет.

3. *Жүктілік аралығы:* зерттеуде 2016 жылы осы мәселе бойынша жүйелі шолу жүргізілді Birth Spacing and Risk of Autism and Other Neurodevelopmental Disabilities: A Systematic Review. Алдыңғы туылғаннан кейін 12 айға жетпей жүкті болған әйелдерден туған балаларда алдыңғы босанғаннан кейін 36 айдан астам жүкті болған әйелдерден туылған балалармен салыстырғанда АСБ қауіпі жоғары екені анықталды. Сонымен қатар, кейбір зерттеулер жүктілік арасындағы тым ұзақ уақыттың да қауіп факторы болуы мүмкін екенін көрсетеді. Аралас нәтижелерге қарамастан, жүктілік арасындағы аралық АСБ қауіпіне әсер етеді деп болжауға болады. Себептердің бірі ананың фоллий қышқылының деңгейінің төмендеуі болуы мүмкін, ол алдыңғы жүктіліктен кейін дененің жеткіліксіз қалпына келуіне байланысты пайда болады және генетикалық үдерістердегі сәтсіздіктерге әкелуі мүмкін. Жүктілік арасындағы интервалдың өзі АСБ тудырмаса да, ол бұзылыстың дамуына ықпал ететін каскадты үдерістерді тудыруы мүмкін [62].

в. АСБ-ның гендік-қоршаған орта архитектурасы.

Бұл тарауда аутизм спектріндегі бұзылыстармен (АСБ) байланысты негізгі гендік механизмдерге айтарлықтай назар аударылған. Бұл орынды, өйткені қазіргі таңда АСБ генетикалық бұзылыс ретінде қарастырылады. Сонымен қатар мутацияларға әсер ететін орта факторларының мысалдары да қарастырылған. Бұл мутациялар тұқым қуалайды және бірнеше ұрпақ арқылы беріліп, жасушалық деңгейде өзгерістер тудырып, кейінгі ұрпақтарда АСБ-ның пайда болуына алып келеді. Мутациялар окшауланбайды; Олар қоршаған ортаның белгілі бір триггерлеріне организмнің жауабы.

АҚШ-та Ұлттық қоршаған орта институтының қолдауымен ауқымды жоба жүзеге асырылуда (National Institute of Environmental Health Sciences) — Environmental Genome Project. Бұл жоба қоршаған ортаның адам геномына әсері туралы ауқымды деректерді жинауға бағытталған. Жобада дәстүрлі түрде мутагендік деп саналатын және адам геномына әсер ететін, әртүрлі салдарға, соның ішінде даму бұзылыстарына әкеп соқтыратын қоршаған орта факторлары анықталып, егжей-тегжейлі сипатталған. Осындай факторлардың ішінде радиация, сондай-ақ химиялық және биологиялық әсерлер сияқты белгілі элементтерді бөліп көрсетуге болады. Химиялық факторларға организмнің әртүрлі химиялық элементтермен улануы, ал биологиялық факторларға бактериялар мен вирустардың әсері жатады [63].

с. Онтогенездегі АСБ бар балалардың психофизиологиялық дамуы.

Аутизм – жоғары жүйке қызметінің және психоэмоционалды сфераның туа біткен, нейробиологиялық анықталған патологиялық қалыптасуы. Бұл бұзылыс әлеуметтік өзара әрекеттесу мен қарым-қатынаста ауыр және кең таралған тапшылықпен, сондай-ақ шектелген қызығушылықтармен және қайталанатын мінез-құлықпен сипатталады. Аутизм әлеуметтік мінез-құлық, вербальды және вербалды емес қарым-қатынас, когнитивтік белсенділік салаларында көрінеді.

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) термині жүйке дамуының бұзылуымен байланысты жағдайлар тобына сілтеме жасау үшін қолданылады. Бұл бұзылулар өзара әлеуметтік өзара әрекеттесудегі, вербалды және вербалды емес қарым-қатынастағы сапалық ауытқулармен және шектелген стереотиптік немесе қайталанатын мінез-құлық, қызығушылықтар мен қозғалыстармен сипатталады.

АСБ белгілері әдетте үш жасқа дейін, көбінесе 12 мен 18 ай аралығында пайда болады. Дегенмен, кейбір психикалық аймақтарда кең таралған даму белгілері кем дегенде бірнеше жыл бойы диагноз қойылмауы мүмкін.

Жүйке жүйесінің онтогенезі [64]:

1. Жүйке құрылымдарының қалыптасуы басқа мүшелердің пайда болуынан бұрын болады.

2. Жүйке құрылымдары алғашқы кезеңдерден бастап эмбрионның дамуын

жүйелі ұйымға бағындырады.

3. Барлық мүшелер пайда болған сәттен бастап жүйке түтігімен мәңгі байланысқан.

4. Кез келген психикалық қызмет мидың белгілі бір құрылымымен байланысты.

4.6. Дизнейроонтогенез.

Нейроонтогенез – организм туылғаннан бастап өлгенге дейін жүйке жүйесіндегі генетикалық бағдарламаланған құрылымдық және қызметтік өзгерістер (И.А. Скворцов).

Балалық аутизмнің негізі дизнейроонтогенез болып табылады, ол жасушааралық нейрондық деңгейде, жергілікті нейрондық желілер деңгейінде интрацеребральды байланыстың дамымауын немесе бұзылуын, сонымен қатар мидың алыс бөліктері арасындағы интрацеребральды байланыстардың жетіспеушілігін және әртүрлі модальді анализаторлар арасындағы ыдырауды қамтиды. Бұл балалық аутизмнің симптомдық кешенін және шамадан тыс гиперактивтілік сияқты онымен бірге жүретін құбылыстарды анықтайтын интрацеребральды байланыстардың бұзылуы және жетіспеушілігі.

Балалардағы аутизмнің пайда болу мәселелері ерте онтогенездегі баланың жүйке жүйесінің функционалдық жетілуінің жалпы заңдылықтарымен тығыз байланысты. Балалық аутизмнің клиникалық көріністері психоневрологиялық дамудың басқа түрлеріне тән диснейроонтогенетикалық ерекшеліктерге ие - моторлық, перцептивтік, сөйлеу және интеллектуалдық.

И.А. Скворцов пен авторлар балалардағы аутизм патогенезінің кейбір механизмдеріне, атап айтқанда, аутизм мен функционалды нейроонтогенез кезеңінің бұзылуы арасындағы патологиялық байланыстың болуы туралы дәстүрлі емес тұжырымдамалық көзқарасты ұсынады. Бұл кезеңге генетикалық анықталған және салыстырмалы түрде сыртқы ортадан тәуелсіз мінез-құлық автоматизмдерінен нейрондардың командалық жүйелерімен дамудың пренатальды кезеңдерінде қамтамасыз етілетін, афферентті жүйелерге тәуелді және ағзаны қоршаған орта жағдайларына бейімдеуге бағытталған постнатальдық реакцияларға көшу кіреді. Бұл ауысудың бұзылуы әртүрлі мінез-құлық сфераларында командалық ырғақты автоматизмдердің қоршаған сыртқы ортаның нақты жағдайларынан бөлінуіне әкеледі.

Функционалдык дизнейроонтогенездің белгілеріне функция дамуының жалпы заңдылығының, қарқынының және синхрондылығының бұзылуы, сонымен қатар бұзылулардың нормативтік реттілігінің бұзылуы және сыни кезеңдердің өзгеруі жатады. Жаңаларының толық қалыптасуына кедергі келтіретін ескірген автоматизмдерді уақтылы қысқартпау функционалдык мозаикаға әкеледі, онда дамудың алдыңғы кезеңдерінде қалыптасқан тұрақты төмендетілмеген стереотиптер және жаңа автоматизмдер - дамымаған және деформацияланған - бір

мезгілде көрініс береді [65].

Айта кету керек, балалық шақтағы аутизм бүкіл ағзада, әсіресе жүйке жүйесінде белсенді түрде жүріп жатқан өзгерістер фонында ерте балалық онтогенезді сипаттайтын, сөзсіз дизонтогенетикалық құрамдас бөлікке ие. Сондықтан, егер аурудың тек қана генетикалық сипатымен (әлі дәлелденбеген) келісе отырып, балалық аутизмнің генезисіндегі дизонтогенетикалық факторлардың рөлін жоққа шығару дұрыс емес. Генетикалық бағдарламаның өзі дамудың ерте кезеңінде жүзеге асырылған кезде, сөзсіз нейроонтогенездің ауытқуымен бірге жүреді, ол ерекше морфологиялық өзгерістермен де, тән клиникалық белгілермен де көрінеді.

4.7. АСБ бар балалардың физикалық даму ерекшеліктері.

Аутизм спектріндегі бұзылыстары (АСБ) бар балалардың физикалық дамуы мен қимыл-қозғалыс қабілеттері моторлық жеткіліксіздікпен, антропометриялық көрсеткіштер және күш, ептілік, қозғалыс жылдамдығы, реакция шапшаңдығы, төзімділік, икемділік және буындардың қозғалмалылығы сияқты физикалық сапалардың дамуы бойынша сау құрдастарынан артта қалумен сипатталады. Сонымен қатар, АСБ бар балаларда үйлестіру қабілетінің айқын бұзылыстары байқалады, бұл жоғары деңгейлі реттеу жүйелерінің жеткіліксіздігімен және айқын гипокинезиямен байланысты. АСБ бар балаларда ұсақ моториканы дамытуда айтарлықтай қиындықтар мен кемшіліктер бар. Аутист жасөспірімдердің нейротиптік құрдастарымен салыстырғанда семіздікке және соған байланысты денсаулық жағдайларына шалдығу қаупі екі есе жоғары және олар бұлшықеттердің әлсіреуін жиі сезінеді. Сонымен қатар, дене шынықтырумен айналысатын спектрдегі балалардың 37% проблемалық мінез-құлықтың азаюын және танымдық дағдылардың жақсаруын сезінеді.

Аутизм спектріндегі бұзылыстары бар оқушылардың (бұдан әрі – АСБ бар оқушылар) физикалық дамуы мен қимыл-қозғалыс қабілеттерін зерттеу Мәскеу қалалық психологиялық-педагогикалық университетінің балалар мен жасөспірімдерді психологиялық-медициналық-әлеуметтік сүйемелдеу орталығы базасында жүргізілді. Зерттеуге 8–10 жас аралығындағы (n=32) АСБ диагнозы қойылған бастауыш сынып оқушылары қатысты. АСБ бар балалардың психофизикалық тонусының төмендігі олардың физикалық дамуы мен қимыл-қозғалыс қабілеттеріне теріс әсер ететіні белгілі. (Балалар мен жасөспірімдерге психологиялық, медициналық және әлеуметтік қолдау көрсету орталығы) БЖПМӘҚКО бастауыш сынып оқушыларының физикалық дамуын зерттеу жалпы қабылданған әдістемелермен жүргізілді: бойы (см), дене салмағы (кг), кеуде қуысының тыныс алу кезіндегі және дем шығарғандағы шеңбері (см) өлшенді.

АСБ бар бастауыш сынып оқушыларының физикалық дамуын бағалау кезінде өсу көрсеткіштері бойынша пәндердің 44%-ы жас нормасына сәйкес келетіні, ал 56%-ы одан жоғары екені анықталды. Сонымен қатар, АСБ бар

студенттердің 90% дене салмағы бойынша жас нормасынан асып түседі.

Дамуында ауытқулары бар балаларда сыртқы тыныс алу аппаратының функционалдық әлсіздігін көптеген зерттеушілер атап өтеді. Сонымен қатар, АСБ бар балалар тыныс алу әрекетін ерікті түрде реттей алмайды, жиі тынысын кідіртеді, тыныс алуы үстіртін, сондай-ақ олардың тыныс алуында амплитуда, ырғақ және жиілік бойынша тұрақсыздық тән. Дәл осы факторлар АСБ-мен ауыратын балалардың тыныс алу жүйесінің жұмысына теріс әсер етеді және әсіресе субъектілердің алғашқы әрекеті кезінде өмірлік қабілеттіліктің төмен болуының шарттары болып табылады. Тыныс алу және тыныс шығару кезіндегі кеуде шеңбері бойынша АСБ бар оқушылардың көрсеткіштері арнайы мектеп пен жалпы білім беретін мектеп оқушыларымен салыстырғанда тиісінше 35.8% және 31.5%-ға жоғары, өйткені өлшеу нәтижелері бойынша АСБ бар оқушылардың 90%-ы дене салмағы көрсеткіштері бойынша жас нормасынан асып түседі және сәйкесінше, тыныштықта да, тыныс алу және шығару кезінде де кеуде қуысының үлкен шеңберіне ие. Сонымен қатар, АСБ бар оқушылардың кеуде экскурсиясы арнайы және жалпы білім беретін мектептердегі оқушыларға қарағанда айтарлықтай аз [66].

Зерттеу нәтижелері бойынша АСБ бар барлық зерттелушілердің физикалық дамуы *дисгармониялық* болып табылады. АСБ бар оқушылардың тыныс алу жүйесінің функционалдық жағдайы мен қимыл-қозғалыс қабілеттерін (күш, жылдамдық-күш сапалары, қозғалыс шапшаңдығы, статикалық тепе-теңдік және статикалық төзімділік) зерттеу олардың даму деңгейі жалпы және арнайы мектеп оқушыларымен салыстырғанда *төмен* екенін көрсетті.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Аутизм спектрінің бұзылыстарында қандай этиологиялық факторлар қарастырылады?
2. АСБ-ның генетикалық архитектурасы қандай? Қандай белгілер мен механизмдер қатысады?
3. Аутистикалық бұзылыстың пайда болуына сыртқы орта қалай әсер етеді?
4. АСБ дамуында генетикалық және сыртқы орта факторлары қалай әрекеттеседі?
5. Онтогенез кезінде АСБ бар баланың психофизиологиялық дамуы қалай жүреді?
6. Диснейроонтогенез дегеніміз не және ол АСБ бар балаларда қалай көрінеді?
7. Аутизм спектрі бұзылған балаларға физикалық дамудың қандай ерекшеліктері тән?
8. Қалыпты және атипті психикалық және физикалық дамудың (ай және жас кезеңдері бойынша) салыстырмалы кестесін жасаңыз.

Реферат тақырыптары.

1. Аутизм теориясының даму тарихы. Клиникаға дейінгі кезең. Каннер кезеңі. Каннерден кейінгі кезең.

2. АСБ-ның генетикалық және дизнейроонтогенетикалық гипотезалары.
3. АСБ-ның аффективті және танымдық болжамдар.
4. Балалық аутизмнің ауырлық дәрежесін бағалау шкаласы
5. АСБ бар балаларды патопсихологиялық тексеру.
6. АСБ бар балаларды нейропсихологиялық тексеру.

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ

1. Ғылыми деректер мен жаңалықтарды практикалық қолданысқа енгізумен айналысатын зерттеу саласы қалай аталады?
 - a) Теориялық медицина
 - b) Патологиялық медицина
 - c) Трансляциялық медицина
 - d) Клиникалық медицина
 - e) Фармацевтикалық медицина
2. Қандай жасушалар мидағы айырмашылықтардың үлгілерін жасау үшін қайта бағдарламалауды үйренді?
 - a) Қан жасушалары
 - b) Бұлшықет жасушалары
 - c) Тері жасушалары
 - d) Бауыр жасушалары
 - e) Сүйек кемігінің жасушалары
3. Төмендегі әдістердің қайсысы популяцияда АСБ таралуын анықтау үшін қолданылады?
 - a) Генетикалық талдау
 - b) Аурудың пайда болу жиілігі
 - c) Әлеуметтік функцияны бағалау
 - d) Отбасы тарихын зерттеу
 - e) Психометриялық тестілеу
4. Мәтінде көрсетілген диагноз егіздердің бірінде болған монозиготалы егіздер үшін АСБ қауіп көрсеткіші қандай?
 - a) 50%
 - b) 70%
 - c) 85%
 - d) 100% дерлік
 - e) 30%
5. Неліктен жүктілік аралықтары бойынша зерттеулер аралас нәтижелер көрсетеді?
 - a) Антидепрессанттарды қолдану туралы деректердің болмауына байланысты
 - b) Дұрыс статистикалық әдістердің жоқтығынан
 - c) Өйткені тым қысқа және тым ұзақ интервалдар АСБ үшін қауіп факторлары болуы мүмкін
 - d) Медициналық көмек сапасының төмен болуына байланысты

- e) Жүктілік және босану туралы мәліметтердің толық болмауына байланысты
- 6. Антидепрессанттардың балада АСБ қаупіне әсері туралы қандай қорытындылар жасалды?
 - a. Антидепрессанттар бірінші триместрде қабылданса, АСБ қаупіне әсер етпейді
 - b) Антидепрессанттарды қолдану әрқашан АСБ қаупін азайтады
 - c) Екінші және/немесе үшінші триместрде антидепрессанттарды қабылдау АСБ қаупін арттырады
 - d) Барлық антидепрессанттар АСБ қаупіне бірдей әсер етеді
 - e) Антидепрессанттар кез келген триместрде АСБ қаупін азайта алады
- 7. АҚШ-тағы қандай жоба қоршаған ортаның адам геномына әсері туралы мәліметтерді жинауға бағытталған?
 - a) National Genome Project
 - b) Human Genome Project
 - c) Environmental Genome Project
 - d) National Health Project
 - e) Genetic Research Initiative
- 8. Төмендегі тұжырымдардың қайсысы аутизм спектрінің бұзылыстарының (АСБ) сипатын неғұрлым дәл көрсетеді?
 - a) АСБ психозэмоционалды жарақаттан туындаған жүре пайда болатын ауру.
 - b) АСБ тек ересек жаста ғана байқалады және ерте дамуымен байланысты емес.
 - c) АСБ әлеуметтік өзара әрекеттесу мен қарым-қатынас дефицитіне байланысты туа біткен нейробиологиялық бұзылыс.
 - d) АСБ қазіргі заманғы медициналық технологиялар арқылы алдын алуға болады.
 - e) АСБ әрқашан мидағы физикалық ауытқулармен байланысты.
- 9. АСБ бар оқушылардың физикалық дамуын зерттеудің нәтижелері қандай?
 - a) Балалардың 90% барлық параметрлер бойынша идеалды көрсеткіштерге ие
 - b) АСБ бар оқушылардың 90% дене салмағы бойынша жас нормаларынан асып түседі
 - c) Барлық оқушылардың дамуы қалыпты
 - d) Барлық оқушылардың дене салмағы төмендеген.
 - e) АСБ бар оқушылардың 56% өсуден артта қалды
- 10. АСБ бар балаларда тыныс алу жүйесінде қандай өзгерістер байқалады?
 - a) Өкпенің өмірлік сыйымдылығының жоғарылауы
 - b) Тыныс алудың сыртқы жағдайларға төзімділігінің артуы
 - c) Тіршілік қабілетінің төмендігі
 - d) Үлкен амплитудамен жылдам тыныс алу
 - e) Тыныс алу жүйесінде ауытқулардың толық болмауы

5. ДӘРІС. Мидың атипті дамуы және АСБ тудыратын неврологиялық бұзылулар. Конволюциялардың атипикалық қалыптасуы (гирификация). Атипті белсендіру және функционалдық байланыс Биомаркерлер.

5.1. Мидың атипті дамуы және АСБ тудыратын неврологиялық бұзылулар

Аутизм спектрі бұзылыстары (АСБ) бар адамдарда ми дамуының ерекшеліктерін түсіну үшін оның жалпы даму кезеңдерін қарастыру маңызды.

Ми қыртысының қалыптасуы нейрондардың қабаттасуынан басталады. Бұл нейрондар мидың арнайы қарыншалық аймақтарында дамиды. Олар қозғалысын бастап, мидың қабаттарын құрайды, ал бұл үдеріс әртүрлі гендік механизмдермен реттеледі. Алдымен қарыншалық аймақтарға ең жақын орналасқан қабат түзіледі, одан кейін оның үстіне келесі қабаттар қосылып, күрделі иерархиялық жүйе қалыптастырады. Бұл — ұзақ әрі күрделі үдеріс, онда әртүрлі ақаулар болуы мүмкін. Мұндай ақаулар жеке айырмашылықтарға немесе патологияларға алып келуі ықтимал, мысалы, макроцефалия (бас өлшемінің ұлғаюы), микроцефалия (бас өлшемінің кішіреюі), сондай-ақ гемимегалэнцефалия (мидың жарты шарларының біркелкі емес ұлғаюы).

Соңғы жылдардағы генетикалық зерттеулер адамның, әсіресе ми құрылымында, бір емес, бірнеше геномдарды алып жүретінін көрсетті. Бұл жаңалық генетиканың бұрынғы негізгі қағидасын жоққа шығарды, өйткені бұрын барлық жасушаларда бір ғана геном болады деп есептелген еді. Ми қыртысының қатпарларының қалыптасуындағы бұзылыстар лиссэнцефалия (қатпарлардың тегістелуі) сияқты аномалияларға алып келуі мүмкін. Сондай-ақ нейрондар арасында байланыстардың қалыптасуында да қиындықтар туындауы ықтимал, ал бұл танымдық құрылымдарды қалыптастыру үшін өте маңызды.

АСБ бар балаларда ерте даму кезеңінде мидағы материал өте тез жиналады, шамамен 4 жасқа дейін. Осыдан кейін бұл үдеріс баяулай бастайды, және 4-5 жас шамасында АСБ бар баланың миының дамуы типтік дамудағы балаға ұқсас болады. Алайда, 8 жасқа қарай АСБ бар баланың ми көлемі біртіндеп кішірейе бастайды. Бұл өзгерістер әсіресе маңдай (фронталды) және самай (темпоралды) бөліктерінде, сондай-ақ бадамша денесінде (миндалевидное тело) айқын байқалады. Ал төбе (париеталды) және шүйде (окципиталды) бөліктеріндегі өзгерістер әлсіздеу көрінеді.

Зерттеушілер АСБ бар балаларда мидағы материалдың жиналу үдерісі бұзылған деп болжайды. Егер типтік дамып жатқан балада ми дамуы артқы бөліктерден алдыңғы бөліктерге қарай жүретін болса, АСБ бар балаларда бұл үдеріс кері бағытта жүреді — маңдай бөліктері ерте және тез дамиды. АСБ бар балалардың сиблингтерінде, яғни туыстарында да ми қыртысының қалыптасуында ерекшеліктер байқалады. Бұл ерекшеліктер клиникалық диагнозға алып келмегенімен, олардың дамуын типтік дамудан ажыратуға мүмкіндік береді.

Ми қыртысының қалыңдығы мен көлемі нейрондардың миграциясына байланысты және бұл процестердің бұзылуы қыртыстың қалыңдығы мен көлемінің өзгеруіне әкелуі мүмкін. Бұл өзгерістерді зертханада тері жасушалары арқылы модельдеуге болады, олардің жасушаларына қайта бағдарламаларды, содан кейін олар нейрондарды құрайды.

Мидың картасын жасаудың алғашқы жұмысы жарияланғаннан бері ғылым АСБ бар балалардағы мидың дамуын түсінуде айтарлықтай жетістіктерге жетті. АСБ дамуы сұр және ақ затқа да әсер ететін бас миы қыртысының қалыптасуымен байланысты екені белгілі.

АСБ бар жасөспірімдер мен ересектердегі мидың дамуы туралы азырақ белгілі. Алайда ми көлемінің жедел азаюы, ми сүлелері мен қатпарларының құрылымындағы өзгерістер анықталған. АСБ бар балалардағы бадам денесі (миндалевидном теле) тез өседі, ол баяулайды және жасөспірім кезінде әдетте дамып келе жатқан құрдастардағы бадам көлеміне ұқсас болады.

АСБ бар адамдардың ми дамуы сызықтық емес сипатта өтеді, әрі мерзімінен бұрын немесе кешігіп жетілу әр жаста елеулі айырмашылықтарға әкелуі мүмкін. Мысалы, АСБ бар кішкентай балаларда бадам денесі ұлғаяды, ал жасөспірімдерде ол әдеттегі дамып келе жатқан құрдастарынан еш айырмашылығы жоқ. Сондықтан, АСБ бар адамдардағы нейроанатомиялық өзгерістерді зерттегенде, жасты және әдетте дамып келе жатқан адамдармен салыстыруды ескеру маңызды.

АСБ-мен байланысты неврологиялық бұзылыстар маңдай-төбе, маңдай-самай бөліктеріне, бадамша денеге, мишыққа, базальды ядроларға және белдеулік қатпарға әсер етеді. Осы аймақтардағы өзгерістер АСБ белгілерінің көрінуіне тікелей ықпал етуі мүмкін. Мысалы, Вернике аймағындағы және Брока орталығы бұзылулар әлеуметтік өзара әрекеттесу мен тілдегі кемшіліктермен байланысты болуы мүмкін; фронто-уақыт аймағы мен бадамша дене әлеуметтік-эмоциялық бұзылыстармен байланыстырылуы мүмкін; орбитальды-маңдай қыртысы мен құйрық ядросы стереотиптермен және манеризммен байланысты болуы мүмкін.

Зерттеулер бұл бұзылыстардың тек АСБ-ға ғана тән еместігін көрсетеді. Мысалы, құйрықты ядро мен бадамша дененің ұлғаюы обсессивті-компульсивті бұзылыс пен генерализацияланған үрей бұзылысы сияқты басқа психикалық бұзылыстарда да байқалады. АСБ-ға тән маңдай бөлігіндегі нейроанатомиялық өзгерістер шизофрениямен ауыратын адамдарда да анықталған.

5.2. Конволюциялардың атипикалық қалыптасуы (гирификация)

Ми қыртысының көлемі мен қалыңдығының қалыптасуы гирификация деп аталатын ми қатпарларының түзілу үдерісімен тығыз байланысты. Аутизм спектрі бұзылыстары (АСБ) бар адамдарда бұл үдерісте құрылымдық және функционалдық өзгерістер байқалады, олар ерте жаста мидың жедел өсуімен тікелей байланысты. Бұл өзгерістер ми қыртысында әртүрлі ауытқуларға алып келуі мүмкін: қатпарлардың өлшемі, симметриясы және орналасуы әртүрлі болуы

ықтимал. Кейбір жағдайларда қатпарлар тым көп болуы, әдеттегі мөлшерден кіші болуы немесе шамадан тыс симметриялы орналасуы мүмкін. Бұл белгілер әсіресе маңдай бөлігінде жиі кездеседі және қыздарға қарағанда ұлдарда жиі байқалады.

Ми қатпарларының қалыптасуы әртүрлі аурулардың көрінісіне тікелей байланысты болмаса да, жоғары тұқым қуалайды. Бұл жерде плейотроптық әсер маңызды рөл атқарады — яғни бір геннің бірнеше фенотиптік белгіге әсер етуі, бұл бір себеп-салдарлық байланыс шеңберінде әртүрлі нәтижелерге алып келуі мүмкін. Бұл қарым-қатынастың ықтимал нәтижелерінің бірі АСБ болуы мүмкін [68].

5.3. Атипті белсендіру және функционалдық байланысы

Мидың әртүрлі бөліктері ақпаратты өңдеу, әлеуметтік рөлдерді орындау және мінез-құлықты ұйымдастыру сияқты әртүрлі функцияларды орындайды. Бұл міндеттерді тиімді орындау үшін осы салалар мен олардың ішкі құрылымдары арасында үйлесімді байланыс болуы қажет. Ми психикалық функциялардың материалдық негізі болып табылатын оның әртүрлі бөліктерінің байланысын қамтамасыз ететін біртұтас жүйе ретінде қызмет етуі керек.

Бұл байланысты зерттеу үшін МРТ жиі пайдаланылады және аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар адамдарда ол әдетте әлеуметтік миды құрайтын мидың аймақтарында төмен белсенділікті көрсетеді. Бұл жүйеге бадамша дене, аралдық қыртыс, төменгі маңдай қыртысы және самай-төбе түйіні жатады. Бұл құрылымдар әлеуметтік ақпаратты өңдеу үшін бірге жұмыс істейді. Әлеуметтік ми әртүрлі әлеуметтік тапсырмаларды орындау кезінде белсендіріледі, мысалы, эмоцияларға жауап беру, бет-әлпетті тану немесе әлеуметтік рөлдерді түсіну. Сонымен қатар, ол геометриялық фигуралардың қозғалысы мен өзара әрекеттесуін әлеуметтік әрекеттер ретінде қабылдау тесттерінде де белсенді болады. Мысалы, фигуралар іс жүзінде өзара әрекеттесе алмаса да, «үшбұрышты соққан шаршы» тіркесі әлеуметтік жағдайда жасау үшін қолданылады. Әдеттегі адамның әлеуметтік миы мұндай жағдайларды әлеуметтік деп түсіндіреді, ал АСБ бар адамдар кейде мұндай сынақтарды түсіну қиынға соғады [69].

Сондай-ақ тіл мен сөйлеуді өңдеу, танымдық бақылау (жоспарлау, орындаушылық функциялар және өзін-өзі бақылау) және марапаттау жүйесіне жауап беретін ми аймақтарында белсенділіктің төмендеуі байқалады. Әлеуметтік мінез-құлықты, ым-ишараны және нышандарды мадақтау элементтері ретінде дұрыс бағалау үшін оларды дұрыс қабылдау және түсіндіру қажет. АСБ бар адамдарда бұл жүйе жиі белсендірмеген. Дегенмен, МРТ АСБ бар адамдарда әртүрлі ынталандыруға жауап ретінде белсенділіктің жоғарылауын көрсететін бірнеше ми аймақтарын анықтады.

5.4. Биомаркерлер

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар балалардың ата-аналары ми картасын

жасау олардың баласына қандай нақты пайда әкелетінін жиі ойлайды. Қазіргі уақытта бұл сұраққа жауап: «Әзірге жоқ». Дегенмен, мұндай зерттеулер болашақта өте пайдалы болуы мүмкін. Мидың картасын жасаудың негізгі мақсаты – АСБ үшін биомаркер жүйесін құру.

Бұл биомаркер жүйесі тәуекел тобына жататын отбасылар үшін өте маңызды болуы мүмкін, мысалы, егер үлкен баласында немесе туыстарының бірінде АСБ диагнозы бар болса. Биомаркерлердің көмегімен АСБ-ны алғашқы белгілері пайда болмағанға дейін анықтауға мүмкіндік болады.

Зерттеушілер болашақта деректер деп үміттенеді, ми дамуының бастапқы кезеңдерінде, ол АСБ бар адам сараланғанға дейін өзгеруіне мүмкіндік береді [70].

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Қандай неврологиялық бұзылулар мен ми ерекшеліктері АСБ-мен байланысты?
2. АСБ бар балаларда конволюциялардың атипті қалыптасуы (гирификация) дегеніміз не?
3. АСБ кезінде мида атипті белсендіру және функционалдық байланыстың бұзылуы қалай көрінеді?
4. Аутизм спектрінің бұзылыстарының биомаркерлері қандай?
5. Ерте балалық шақтағы аутизмнің (ЕБА) ықтимал болжамын талдаңыз.

Реферат тақырыптары.

1. Балалардағы жүйке-психикалық бұзылыстардағы аутистикалық көріністер.
2. Ерте балалық аутизм синдромы бар баланың психикалық дамуының жас ерекшеліктері.
3. Балалық шақтағы мінез-құлық бұзылыстарын зерттеудің жалпы тәсілдері

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ

1. Аутизм спектрлі бұзылыстары бар адамдардың ми қыртысының қалыптасуындағы алғашқы үдерісі қандай?
 - a) Қатпарлардың дамуы
 - b) Бадамдық дененің қалыптасуы
 - c) Нейрондар арасындағы байланыстардың қалыптасуы
 - d) Ақ заттың қалыптасуы
 - e) Нейрондардың қабатталуы
2. Аутизм спектрлі бұзылыстары бар адамдарда мидың жарты шарларының теңсіз ұлғаюымен сипатталатын аномалия түрі қандай?
 - a) Лиссенцефалия
 - b) Микроцефалия
 - c) Қатпарлардың тегістелуі
 - d) Жаңа нейрондардың қалыптасуы
 - e) Гемимегаленцефалия

3. Аутизм спектрлі бұзылыстары бар балаларда ми материалын жинақтау үдерісінің баяулауы қандай жаста байқалады?

- a) 2 жасқа дейін
- b) 3 жасқа дейін
- c) 5 жаста
- d) 6 жаста
- e) 4 жастан кейін

4. Аутизм спектрлі бұзылыстары бар балаларда 8 жасқа қарай ми құрылымында қандай өзгерістер байқалады?

- a) Паритетальды бөліктің ұлғаюы
- b) Окципиталды бөліктің көлемінің ұлғаюы
- c) Қыртыстың қалыңдығының қалыпқа келуі
- d) Дененің салмағының өзгеруі
- e) Ми көлемінің кішіреюі

5. Болашақта АСБ бар балалар үшін мидың картасын жасаудың негізгі мақсаты қандай?

- a) АСБ симптомдарын емдеу
- b) Ми ағымының ағымдағы жағдайын бағалау
- c) АСБ ерте анықтау үшін биомаркерлер жүйесін жасау
- d) Емдеу барысында ми құрылымындағы өзгерістерді талдау
- e) АСБ даму себептерін анықтау

6. Неліктен миды картаға түсіру әсіресе қауіпті отбасылар үшін пайдалы болуы мүмкін?

- a) Оқу бойынша жалпы ұсыныстар беру үшін
- b) Баланың әлеуметтік бейімделуін жақсарту үшін
- c) АСБ белгілері пайда болмағанға дейін АСБ анықтау үшін
- d) Қосымша ауруларды диагностикалау үшін
- e) Баланың танымдық дамуын бағалау үшін

6. Дәріс. Есту, сөйлеу және көру мүшелерінің анатомиясы, физиологиясы және патологиясы

6.1. АСБ бар балаларда сөйлеу мен оның функцияларының бұзылуы

Аутизммен ауыратын көптеген балалар мен ересектер есту, сөйлеу және көру қабілетінің бұзылуына тап болады, бұл аутизм белгілерін күшейтеді және диагнозды қиындатады. Қазірдің өзінде L. Kanner (1946) жұмысынан бастап балалар аутизмі мен аутизм спектрінің басқа бұзылыстарының (АСБ) сипаттамаларында сөйлеудің ерекше бұзылуы, әсіресе оның коммуникативті қызметі тұрғысынан баса назар аударылды. Мұндай балалардың сөйлеу қабілеті

көбінесе әлеуметтік өзара әрекетке бағытталмайды, ал сөйлеу болмаған жағдайда ым мен мимика да оны өтей алмайды.

АСБ кезіндегі сөйлеу дамуының ауытқулары әртүрлі түрде көрініс табады және аутизм кезінде кездеспейтін сөйлеу патологиясын табу қиын. Ресми диагностикалық жүйелер (ХҚТБ-10, DSM-IV) балалар аутизмі мен басқа да АСБ этиологиясы мен патогенезін ескермей, мінез-құлық белгілері бойынша анықтайды, бұл клиникалық көріністердің әртүрлілегіне алып келеді. Көбінесе ұқсас белгілердің себептері мен механизмдері әртүрлі болады, бұл жалпы түзету стратегиясын және нақты әдістерді таңдауды қиындатады. Аутизмнің ерекшелігі дәстүрлі логопедиялық әдістерге шектеу қойып, олардың өзгертілуін және бейімделуін қажет етеді.

Сөйлеу бұзылуларын түзетуді мақсатты әрі тиімді ету үшін оларды тек феноменологиясы бойынша емес, сонымен қатар этиологиясы, патогенезі мен динамикасын, сондай-ақ жалпы клиникалық көріністі ескере отырып жүйелеу маңызды. АСБ кезіндегі сөйлеу ерекшеліктерін зерттеу көбінесе сөйлеуді тұтас психикалық қызмет ретінде қарастырмай, сипаттамалық шеңберден аспайды. Кейбір еңбектерде сөйлеу бұзылуларының пайда болу себептері қарастырылады, бірақ негізінен АСБ басқа бұзылулардан немесе АСБ жекелеген формаларынан ажырату мақсатында. Бірқатар зерттеулерде сөйлеу бұзылуларының әртүрлі нұсқалары аутизмнің аффективтік немесе танымдық салалардың бұзылыстарына негізделген классификацияларының аясында қарастырылады, бұл аутизм кезіндегі сөйлеу бұзылуларын жеке, толыққанды зерттеуге мүмкіндік бермейді [71].

Осы жұмыста АСБ кезіндегі сөйлеу дамуының бұзылуларын этиологиялық, патогенетикалық, феноменологиялық және динамикалық аспектілерді ескере отырып жіктеу талпынысы жасалды. АСБ-тың этиологиясы жеткілікті зерттелмеген, бірақ оның біртекті еместігі болжанады. Эндогендік генезді аутизм, мидың органикалық зақымдалуымен байланысты түрлері және психогендік түрлері бөлінеді. Кейбір жағдайларда күрделі генез және белгісіз этиология туралы айтуға болады.

Дизонтогенетикалық механизмдердің ішінде аутизм кезінде жетекші механизм ретінде даму үдерісін бұрмалауға әкелетін асинхрония қарастырылады, бұл сөйлеудің дамуына да әсер етеді. F84.0 және F84.1 диагноздары кезінде сөйлеудің жеткіліксіз дамуы жиі кездеседі, бұл аутизмі бар балалардың арасында ақыл-ойы кешеуілдегендердің үлесінің жоғары болуына сәйкес келеді.

Сөйлеудің тежелуі мен депривациясы да жиі кездеседі. Бұл механизмдер АСБ кезіндегі сөйлеу бұзылыстарының белгілерінде ішінара көрініс табады.

АСБ кезіндегі сөйлеу дамуының бұзылыстары әртүрлі түрде байқалады: мутизм (үндемеу), эхолалиялар (естіген сөздерді қайталау), дайын фразалар мен сөздерді қолдану, қарым-қатынасқа бастама көтермеу, есімдіктерді дұрыс қолданбау, сөйлеуде «Мен» дегеннің болмауы, лексикалық, семантикалық,

просодикалық (интонация, ритм), грамматикалық құрылымның, дыбыстаудың және сөйлеу еркіндігінің бұзылуы. Бұл белгілер түрлі дереккөздерде сипатталған, бірақ АСБ кезіндегі сөйлеу ерекшеліктеріне арналған арнайы зерттеулер өте аз.

Аутизм кезіндегі сөйлеу бұзылыстарының феноменологиясы бұл жұмыста жан-жақты қарастырылмағанымен, аталған белгілердің барлығы бір баланың бойынан бір уақытта байқалмайтынын атап өту маңызды. Сонымен қатар, әрбір бұзылыстың пайда болу себептері әртүрлі болуы мүмкін. Мысалы, эхолалиялар түсінбеушілікпен, нейродинамикалық және еліктеу ерекшеліктерімен, орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдалуымен, сондай-ақ аффективті және дизонтогенетикалық мәселелермен немесе кататонимен байланысты болуы мүмкін.

Бұл алуан түрлілік сөйлеу бұзылыстарын түзетуде сараланған, жеке тәсілді қолданудың қажеттілігін айқындайды [72].

6.2. Сөйлеу бұзылыстарының типологиясы.

Сөйлеу дамуының динамикасын талдау өзгерістерді түсіну үшін маңызды. Бұл өзгерістер мыналармен байланысты болуы мүмкін:

- а) жас ерекшеліктерімен;
- б) патологиялық үдерістермен (регрессиялар мен компенсацияларды қоса алғанда);
- в) түзету шараларымен.

Нәтижелер әртүрлі болуы мүмкін, дегенмен келесі сипаттамалық сценарийлерді бөліп көрсетуге болады [73]:

1. Сөйлеудің бастан мүлдем болмауы (бірінші мутизм);
2. Сөйлеудің 2–2,5 жасқа дейін қалыпты дамуы, кейін терең регрессияға ұшырауы (мүлдем сөйлемей қоюға дейін);
3. Сөйлеудің 2–2,5 жасқа дейін қалыпты дамуы, кейін 2,5–6 жас аралығында регрессия байқалып, 5–7 жастан кейін сөйлеу динамикасының бұрмалануы;
4. Сөйлеудің баяу немесе толық емес дамуы, сөйлеудің бұрмалануымен қатар жүруі;
5. Сөйлеудің бұрмаланып дамуы.

Мутизм көбіне аутизмі бар балаларда кездеседі. Отандық және шетелдік зерттеулер көрсеткендей, мұндай балаларда сөйлеудің болмау себептері мен мутизмнің сипаты айтарлықтай ерекшеленуі мүмкін. Сондықтан түзету тәсілдері де әртүрлі болуы тиіс. Мұндай жағдайларда мутизм сөйлеу бұзылыстарының негізгі белгісі болып табылатын сөйлеу дамуының екі негізгі нұсқасын бөліп көрсету маңызды.

I. Бастапқы мутизм кезінде сөйлеудің жетілмей қалуы және бұрмалануы байқалады, балада туғаннан бастап сөйлеу мүлдем болмайды. Сөйлеу дамуының барлық кезеңдері не тежелген (гуілдеу), не мүлдем жоқ (былдырлау, сөздер, сөйлемдер). Мұндай балаларда әдетте атиптік аутизм (F84.1) диагнозы қойылады,

ол жиі ми құрылымының органикалық зақымдануымен байланысты болады. Генетикалық анамнезде жиі шизоидты спектрдегі бұзылыстар кездеседі. Клиникалық көріністе терең немесе ауыр дәрежедегі ақыл-ойдың артта қалуы байқалады, стереотипиялар қарапайым болады, сыртқы ортаға аз тәуелді, және балалар классикалық аутизм формаларындағыдай оларға тым беріліп кетпейді. Сөйлеуді түсіну айтарлықтай бұзылған, алайда күнделікті сөйлеу (тамақ, серуендеу және т.б. туралы) анағұрлым қолжетімді болуы мүмкін, балалар жағдайды жақсы бағдарлай алады. Сонымен қатар, кеңістіктік бағдарлаудың бұзылуы (қарапайым мозаикалармен қиындық), түс пен пішінді сәйкестендірудегі қиындықтар байқалады, ал көпшілік вербальды емес дағдылар шектеулі. Мінез-құлық көбінесе инертті болып келеді, мақсатты әрекет жоқ, назар өте бұзылған. Қоршаған адамдарға деген қатынасы немқұрайлы, ойын әрекетінде қызығушылық элементтері жоқ. Көзбен байланыс формалды және қысқа, қорқыныштар мен мазасыздық тән емес.

Балада орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдануының айқын белгілері болмаған және тұқым қуалаушылық шизоидтық спектрдің бұзылыстарымен ауыртпалық болуы мүмкін болғанымен, перинаталды және перинаталды бұзылулардың айқын белгілері болмаған кезде дамымаған және бұрмаланатын бастапқы мутизмнің тағы бір түрі бар. Мұндай жағдайларда мутизм әдетте сенсомоторлы алалиямен байланысты. Жалпы және ұсақ моторикасы айтарлықтай дамымағанымен, интеллектуалдық бұзылулар азырақ байқалады. Сөйлеуді түсіну қатты бұзылған, пассивті сөздік қоры аз немесе мүлдем жоқ. Ерікті белсенділік іс жүзінде мүмкін емес, мінез-құлық проблемалары негативизмді, агрессияны және айқайлауды қамтуы мүмкін. Стереотиптер аз немесе мүлдем болмауы мүмкін, бірақ қарым-қатынас бұзылған.

Осылайша, аутизм кезіндегі сөйлеу дамуының бұл түрінде мутизм көбіне терең ақыл-ой кемістігімен немесе сенсомоторлық алалиямен байланысты болады, бұл ақау құрылымының күрделі және әртекті екенін көрсетеді. Кейбір жағдайларда екі патология түрінің үйлесімі байқалуы мүмкін (мысалы, терең ақыл-ой кемістігі мен аутизм немесе сенсомоторлық алалия мен аутизм), бұл түзету жұмысын қиындатады және болжауды өте күрделі етеді.

Алайда басқа бір бұзылу құрылымы да кездеседі, мұнда айқын ақыл-ой кемістігі бар балада аутистік симптоматика дәл осы интеллектуалды жетіспеушіліктен туындайды – бұл жағдайды Э. Крепелиннің «кедейлердің аутизмі» термині сипаттайды. Уақтылы және қарқынды түзету жұмыстары жағдайында бала олигофренопедагогика әдістеріне бейімделуі мүмкін және «олиго-плюс» синдромын жою арқылы интеллектуалдық ілгерілеуге қол жеткізе алады. Сондай-ақ, сенсомоторлық алалия жағдайында (әсіресе шизоидты бұзылыстарға тұқым қуалайтын бейімділік болса), аутистік симптоматика ерте кезеңдегі сөйлеудің ауыр дамымай қалуының салдары болуы мүмкін, бұл жағдайда ерте араласу аутистік симптомдардың дамуын азайтуы немесе алдын

алуы мүмкін. Баланың даму перспективасы сенсомоторлық алалияны түзету табыстылығына байланысты болады. Аутизм кезіндегі сөйлеу дамуының бұл нұсқасында күрделі және аралас формаларды ажырату қиын және ол тек 2–3 айлық сынақ оқыту кезеңінен кейін ғана мүмкін болады.

II. Екінші жағдайда, «қалыпты» дамып келе жатқан сөйлеудің терең бұзылуы кезінде, ерте сөйлеу дамуы типтік мерзімдерде өтеді немесе тіпті сәл жылдамырақ болады. Алғашқы сөздер балаға жақын ортасына қатысты болмайды (мысалы, «ана», «әке», «әже» орнына «жапырақ», «орындық», «ай», т.б. сөздер айтылады). Алғашқы сөйлемдер сөздерден кейін тез пайда болады және әдетте күрделі құрылымға ие, бірақ олар да жақын қоршаған ортамен байланысты болмайды. Көбінесе бұл өлең жолдары, радио және теледидар бағдарламаларынан (әсіресе жарнамалардан) алынған дәйексөздер, эмоциялық күйде басқа адамдардың айтқан сөздері (соның ішінде қорлайтын сөздер) болады. Бұл сөздер мен сөйлемдерді бала олардың мағынасын түсінбей айтады, тіпті олар күрделі сөздер немесе конструкциялар болса да. Сөйлеу баланың ішкі күйін көрсетеді және қарым-қатынас үшін арналмаған, яғни ол коммуникациялық емес.

2-2,5 жаста осындай балаларда экспрессивті сөйлеудің бұзылуы байқалады, бұл айқын аффективті бұзылыстармен, психикалық тонустың төмендеуімен және ерікті әрекеттердің ауыр бұзылыстарымен бірге жүреді. Бұл өзгерістер ауыр соматикалық аурулар немесе психотравмалық жағдайлармен сәйкес келуі мүмкін. Сөйлеуде сөздер мен сөйлемдер жоғалады, байланыссыз вокализациялар мен айқайлар пайда болады. Аффективті және моторлы салалар да бұзылады: қорқыныштар, мазасыздықтар, күрделі қозғалыс әрекеттерін орындауда қиындықтар, бұлшықет тонусының төмендеуі, кедей мимика, бала өзара әрекеттесуге немқұрайлы, айқын эмоционалдық реакциялар көрсетпейді (мысалы, ол байланысқа ұмтылмайды, дегенмен одан бас тартпайды, кез келген адамға эмоциясыз қолына барады және т.б.).

Сенсорлық саланың дамуы бұрмаланған: есту және көру сақталса да, контакттік сенсорлық жүйелерге басымдық беріледі, балалар заттарды жиі иіскеп, жалап, ұстап көреді. Көзбен байланыс жоқ (балалар айналып өтіп, перифериялық көруді ұнатады).

Моторлы дамуда айқын теңсіздік байқалады. Ерте жастағы балалар пластикалық, грациоздық және шебер болуы мүмкін, бұлшықет шетінде сезімдер болмағанына қарамастан, кеңістікті жақсы бағдарлайды. Дегенмен, жас ұлғайған сайын қозғалыс стереотиптері пайда болады, бұлшықет тонусы бұзылады және амимиясы күшейеді. Ерікті әрекеттерде қозғалыстар мақсатсыз, бұрышты және ұқыпсыз болады, балалар ең қарапайым нұсқауларды орындай алмайды, тіпті олардың мазмұнын түсінсе де. Ойын әрекеті іс жүзінде дамымайды, заттармен әрекеттер стереотипті манипуляциялар сипатында болады, бала бір затқа назар аудармайды және үнемі бір әрекеттен екіншісіне көше береді. Бұл бұзылыстар тұрмыстық және оқу дағдыларын үйретуді өте қиын етеді.

Дәстүрлі аутистикалық бұзылыстар тереңдігі кезінде импрессивті сөйлеудің дамуын бағалау қиын. Алайда, О.С. Никольская мен авторлардың (2005) пікірінше, баламен мұқият бақылау мен қарым-қатынас жасау кезінде импрессивті сөйлеудің дамуы әлі де байқалуы мүмкін. Бұл, кейде аффекттің шыңында «жүзетін» сөздер мен сөйлемдер пайда болуымен және баланың ересектерден қарапайым нұсқауларды орындау қабілетімен көрінеді (бірақ бұл әрқашан бола бермейді және көбінесе жағдай контекстінде және ұзақ түзету жұмысы арқылы жүзеге асады). Бұл сөйлеу даму типімен көптеген балаларға стереотипті вокализациялар (былдырлы дыбыстар, ысқырық, сөйлеу емес дыбыстарға еліктеу – есік сыңғыры, жануарлардың шырылдауы және т.б.) тән.

Бұл жағдайда негізгі этиологиялық фактор ауыр эндогенді үдерістің манифестациясы болып табылады, ол баланың дамуына, оның ішінде сөйлеу дамуына әсер етеді. Сөйлеу бұзылыстарының патогенезі психиканың бұзылуы аясында сөйлеу дамуының бұрмалануын қамтиды, бұл мутизмге әкеледі.

III. Балаларда қалыпты дамып келе жатқан сөйлеудің ішінара регрессі. Кейбір балаларда сөйлеу бұзылыстары шамамен 2–2,5 жаста басталады, алайда бұл жасқа дейін олардың сөйлеу дамуы едәуір қалыпты болады. Осы жастан кейін аутистік белгілер пайда бола бастайды. Анамнез бойынша бұл өзгерістер көбінесе сыртқы факторлармен – соматикалық аурулармен немесе психотравмалық жағдайлармен байланысты болады. Аутизм басқа балалармен қарым-қатынастан қашу, қорқыныштар мен мазасыздық, стереотиптік әрекеттердің артуы, ритуалдар, өзін-өзі зақымдау, ұқсастық феноменінің күшеюі және сөйлеудің регрессі арқылы көрінеді.

Экспрессивтік сөйлеуде тек жекелеген сөздер немесе дайын фразалар ғана қалады, кейде сөйлеу мүлде жойылуы мүмкін, алайда түсіну қабілеті сақталады. Кейін, 5-тен 7 жасқа дейін сөйлеу қалпына келуі мүмкін, бірақ ол көбінесе эхолалиялар мен стандартты фразалар түрінде болады. 7 жасқа дейін грамматикалық қателер мен айтылу проблемалары жиі болса да, өздігінен сөйлеу пайда болуы мүмкін. Дыбыстау бұзылыстары (мысалы, сигматизм, ламбдацизм және т.б.) жиі кездеседі, бірақ олар көбінесе уақытша сипатта болады: эмоциялық көтерілу кезінде, сенімділік пен қызығушылық болғанда, сөйлеу тәжірибесі жиналған сайын айтылым жақсарып, грамматикалық құрылым дұрыстала түседі. Бұл дыбыстау мен грамматика бұзылыстарында депривацияның маңызды рөл атқаратынын көрсетеді, сондықтан дыбыстар мен грамматикалық нормаларды түзетуге асықпау керек.

Мұндай балалардың интеллектуалды дамуын бағалау бірнеше себепке байланысты қиын. Оларда аутизмнің сыртқы көріністері басқа сөйлеу даму нұсқаларындағы балаларға қарағанда азырақ көрінеді, бұл тестілеу немесе ПМПК барысында шектен тыс талап қоюға әкелуі мүмкін. Бала жоғары орындаушылық пен жауапкершілікті көрсете алады, бірақ осының салдарынан тұйық әрі тежелген болып, тапсырмаларды орындауды қиындатады және оның интеллектуалдық

қабілеттерін негізсіз төмен бағалауға себеп болуы мүмкін. Мұндай балалардың интеллекті әдетте сақталған, дегенмен оның дамуы біркелкі болмауы мүмкін, бұл жоғары шаршағыштықпен, астениямен, гиперсезімталдықпен немесе белгілі бір білім салаларында немесе өнерде ішінара дарындылықпен байланысты болуы мүмкін. Белгілі бір әрекетке қарқынды қызығушылық баланың айналадағы әлемді қабылдауын қиындатып, екінші реттік аутизацияға әкелуі мүмкін.

Моторлы дамуы жалпы алғанда жас ерекшеліктеріне сай келеді: олар даму сатыларының барлығынан дер кезінде өтеді. Олар қимыл-қозғалысында ұқыпты, биіктіктен қорқады, баспалдақтар мен қабырға торларын баяу меңгереді. Қозғалыс дағдыларының табиғаты сыртқы жағдайларға байланысты өзгеруі мүмкін: жаңа ортада қозғалыстар баяу және шектелуі мүмкін, ал сирек жағдайларда (әдетте 5 жылдан кейін) психомоторлы тежелу байқалуы мүмкін.

Праксис елеусіз бұзылған және теңсіз сипатта: кейбір әрекет түрлерінде бала табысты болуы мүмкін, ал басқаларында, тіпті қарапайым әрекеттерде де – қиындық көреді.

Ойын әрекеті 4–5 жасқа дейін әдетте стереотипті, бірақ әртүрлі және икемді, жиі символикалық ойын элементтерін қамтиды. Бұл АСБ түрінің және оған байланысты сөйлеу патологиясының дамуына эндогенді факторлар елеулі рөл атқарғанымен, реактивті құбылыстардың да елеулі әсерін жоққа шығаруға болмайды. Бұл сөйлеудің бұрмалануы мен уақытша регрессінің үйлесімі, сондай-ақ, аз дәрежеде болса да, депривация құбылыстары туралы айтуға мүмкіндік береді.

IV. Сөйлеудің кешеуілдеуі және оның бұрмалануымен қатар жүруі. Бұл сөйлеу дамуы типіне жататын балаларда сөйлеудің ерекше кешеуілдеуі байқалады, ол сөйлеу дағдыларының бұрмалануымен қатар жүреді. Ерте сөйлеу даму кезеңдері әдеттегіден кеш басталады және белсенділігі төмен болады: алғашқы сөздер едәуір кеш пайда болады және көбінесе «мама», «әже», «әке» сияқты сөздер болады, бірақ олар нақты адамға арналмаған және ауаға айтылғандай естіледі. Сөйлемдік сөйлеуге көшу құрдастарына қарағанда айтарлықтай кешеуілдейді, және стихиялық фразалық сөйлеу іс жүзінде қалыптаспаған.

Бұл балалардың экспрессивті сөйлеуі көбіне эхолалиялармен (көбінесе кешіктірілген түрі) және дайын сөздер мен фразалар жиынтығымен сипатталады. Баланың ересектерден жиі еститін сөздері мен сөйлемдері сөйлеуде бекіп қалады (мысалы, қажеттіліктерге қатысты сұрақтар, өлеңдер мен әндерден үзінділер, музыкалық ертегілер және жарнама). Кейде эхолалиялар мен штампталған сөздер аутостимуляция үшін қолданылады, кейде бала оларды эмоционалды жағдаймен байланыстырып, саналы және орынды қолдана алады.

Жас ұлғайған сайын импрессивті сөйлеу негізінен зат атауларымен (номинативтік сөздікпен) дамиды, етістіктер көбінесе инфинитив түрінде қолданылады, шылаулар сирек кездеседі, көптік/жекеше, шақ және жыныс

категориялары нашар меңгерілген. Стихиялық сөйлеуде сөздер әдетте жағдайлар мен тұлғаларға сәйкес келмейді. Грамматикалық құрылымның дамымауы стереотиптік мінез-құлықпен және праксистің біркелкі дамуымен байланысты.

Жеке есімдіктерді қолдануда елеулі кешеуілдеу мен бұзылу байқалады. Бұл сөйлеу даму ерекшелігі кешенді психологиялық-педагогикалық түзетуді қажет етеді, себебі түзетусіз ол көптеген жылдар бойы сақталуы мүмкін.

Бұл даму типіне жататын балалардың барлығында дерлік дыбыстау бұзылыстары байқалады: бұлар анық айтылмау, дыбыстардың ауыстырылуы және түсіп қалуы. Бұл бұзылыстардың себептері әртүрлі болуы мүмкін: аутистік сипаттар (қарым-қатынас тәжірибесінің аздығы, еліктеу ниетінің болмауы), неврологиялық проблемалар, фонематикалық естудің бұзылуы және сирек жағдайда сөйлеу аппаратының құрылымындағы ауытқулар. Кейбір балалар сөздердің дыбыстық құрылымына және ырғақтық ұйымдасуына қызығушылық танытады, бұл кейде дыбыстар мен буындардың жиі өзгеруі салдарынан патологиялық дыбыстау бұзылыстарына алып келеді.

Сөйлеудің просодикалық (интонациялық) жағы әрдайым бұзылған. Ең жиі кездесетіні – брадилалия (баяу сөйлеу), сирек – тахилалия (жылдам сөйлеу). Сөйлеу монотонды және ринофониялық (мұрынмен сөйлеу сияқты) болуы мүмкін, әсіресе эмоционалды байланыс болмаған жағдайда. Эмоционалды байланыс орнаған жағдайда бала сұхбаттасушының интонациясын орынды (тіпті артық) қайталауы мүмкін.

Бұл даму типіндегі балалар байланыстан қашуға ұмтылады, тікелей көзбен жанасу орнатпайды, ал егер байланыс тым табанды болса, олардың стереотипті әрекеттері күшейіп, мазасыздық, алаңдаушылық, қорқыныш, тіпті агрессия немесе өзін-өзі зақымдау пайда болуы мүмкін.

Шектен тыс консерватизм айналадағы ортаның өзгермей қалуын қалап, кез келген өзгеріске қарсыласумен көрінеді. Бұл үйдегі жағдайды өзгертпеуге тырысудан, белгілі бір ыдысқа тәуелділіктен, киім ауыстырудағы қиындықтардан, тамақ таңдағыштығынан, стереотипті ойындар мен сүйікті кітаптар мен мультфильмдерге тәуелділіктен, сондай-ақ күн тәртібін қатаң ұстанудан байқалады.

Бірінші жылдың соңында және екінші жылдың басында «симбиоз» құбылысы байқалады: бала анасының үнемі жанында болуын талап етеді, бірақ оған ашық оң эмоциялар білдірмейді. Бұл даму типіндегі балаларда жиі ақыл-ойдың артта қалуы (жеңіл немесе орташа дәрежеде) байқалады, дегенмен шағын бір бөлігінде интеллект сақталып, жеке интеллектуалдық функциялардың дамуы өте біркелкі емес болып келеді.

Моторлық даму бұл балалар үшін ең үлкен қиындықтардың бірі болуы мүмкін. Ерте кезеңдерде қозғалыс дамуының кешігуі, бұлшықет дистониясы, гипер- немесе гипотония, кейде церебральды сал ауруының бұлыңғыр белгілері байқалады. Практика айтарлықтай бұзылған: өзін-өзі күту дағдылары баяу

қалыптасады және кейде арнайы оқытусыз мүлде дамымайды. Ойын әрекеті әдетте манипулятивті сипатта болады: бала ойыншық машинаның дөңгелегін сағаттап айналдырып, ұзын текше қатарларын құрап немесе зағтармен ырғақты түрде соғу сияқты әрекеттерге беріліп кетуі мүмкін.

Бұл сөйлеу даму типінде ОЖЖ-нің жеңіл органикалық бұзылыстары эндогенді факторлармен үйлеседі, ал патогенез сөйлеу дамуының бұрмалануы мен кешеуілдеуі немесе жеңіл түрде жеткіліксіз дамуын қамтиды.

V. Формалды түрде дұрыс дамыған сөйлеу кезінде коммуникациялық функцияның бұзылуы. Бұл жағдайда баланың алғашқы екі-үш жасында ата-аналарда алаңдаушылық тумайды — алғашқы сөздері мен сөйлемдері қалыптыдан сәл кешірек пайда болады, эхолалиялар сирек кездеседі, ал белсенді сөздік қоры жылдам кеңейеді. Дегенмен, бала өскен сайын оның сөйлеуі толыққанды коммуникативтік функцияны атқармайтыны анық байқалады. 4–5 жастан кейін баланың сөйлеуі сырттай дамыған болып көрінгенімен, ол ұзақ және икемді қарым-қатынасты қамтамасыз ете алмайды. ал бала диалогқа түсе алмайды, өз ойын еркін жеткізе алмайды. Бұндай балалардың сөйлеуі көбіне дайын фразалар мен шаблондардан тұрады, олар баланың тар қызығушылықтары мен әуестенулеріне байланысты. Көптеген стереотипті сөйлемдерге қарамастан, олардың сөйлеуінде жиі неологизмдер кездеседі. Ұзақ монологтар көбінесе бала үшін маңызды тақырыптарға арналады және оны тыңдап жатқаны маңызды емес — бұл сөйлеуді эгоцентристік етеді. Мұндай монологтарға араласуға тырысу алаңдаушылық, ашуланшақтық немесе тіпті агрессия туғызуы мүмкін.

Сөйлеу грамматикасы әдетте қиындық туғызбайды, дегенмен стихиялы сөйлеуге көшуде шамалы қателер болуы мүмкін, сонымен қатар жеке есімдіктерді қолдануда кідіріс байқалады. Дыбыстау бұзылыстары сирек кездеседі, негізінен ротацизм немесе сигматизм түрінде болады, ал фонематикалық есту жиі сақталады. Кейбір балаларда стихиялы сөйлеуге ауысқан кезде тұтықпа байқалады. Сөйлеудің мұндай дамуы бар балалардың барлығында аздық, тахилалия, дауыстың ерекше модуляциясы және әдеттен тыс интонация сияқты просодикалық бұзылулар байқалады және оларды түзету қиын.

Мұндай балалардың әлеуметтік байланыстары әдетте формалды және тек олардың шектеулі қызығушылықтарына байланысты болады. Олар көбінесе арақашықтықты сезбейді, әсіресе ересектермен қарым-қатынаста, және бөтен адамдармен де оңай байланыс орната алады. Жақындарымен де, жалпы қоршаған ортамен де эмоционалды байланыс бастапқыда жоқ және оны орнату қиын, сол сияқты жанашырлық пен бірлесе әрекет ету қабілеті де қиын дамиды. Басқаларға деген суықтықтарына қарамастан, олар өз сезімдеріне өте сезімтал, бірақ жиі қауіп-қатерді сезінбейді. Бұл маңызды, себебі олардың қимыл-қозғалыс стереотиптері көбінесе гиперактивтілік пен импульсивтілікпен байланысты.

Санадан тыс аса маңызды қызығушылықтар мен әуестенулер көбінесе бала бастан кешкен қорқыныштармен немесе эмоционалды қаныққан жағдайлармен

байланысты болады, бала сол оқиғаларға «тіреліп» қалады және оларды қайта-қайта жаңғыртқысы келеді. Уақыт өте келе бұл жағдайлар патологиялық әуестенулерге, агрессияға, стереотипті қиялдарға және агрессивті тақырыптағы күрделі ойын сюжеттеріне ұласуы мүмкін.

Мұндай балалардың интеллектісі көбінесе сақталған, бірақ ол біркелкі дамымайды. Олар символизацияға бейім, абстрактілі ұғымдарды тез меңгереді және карталар, энциклопедиялар, сызбалар мен маршруттар жасаумен әуестенуі мүмкін. Бұл қызығушылықтар көбінесе сыртқы ықпалсыз пайда болады және жас ұлғайған сайын механикалық сипатқа ие болып, құр қиял мен бос пайымдауға ұласады.

Жалпы және ұсақ моторика бастапқыда жастық нормаға сәйкес дамиды, бірақ дағдыларды меңгеру оқытуға деген негативизм мен ересектермен ынтымақтастықтағы қиындықтар салдарынан біркелкі емес болады. Праксис фрагменттеліп дамиды: баланың қызығушылықтарына байланысты қабілеттер жақсы дамуы мүмкін, ал басқа қарапайым әрекеттерді меңгеру қиынға соғады.

Сөйлеу мен жалпы моториканың дамуы Аспергер синдромы (F84.5) және интеллектуалды бұзылуы аутизмі бар балаларда көбінесе дисгармониялық сипатқа ие. Интеллект деңгейін, эмоционалдық жай-күйін және сөйлеу бұзылыстарының ерекшеліктерін ескеру түзету жұмыстарының тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

6.3. АСБ бар балаларда есту аппаратының дамуы.

Аутистік спектрдің бұзылыстары (АСБ) есту қабілеті бар адамдарға қарағанда саңырау адамдар арасында жиі кездеседі. Алайда, олардың арасында бұдан да жиі кездесетін жағдайлар бар — олар аутизмге өте ұқсас, бірақ шын мәнінде тілдік депривациямен байланысты (Wright және Oakes, 2012). Сонымен қатар, аутизмі бар көптеген адамдар үшін дыбыстарды қабылдауда қиындықтар және кейбір дыбыстарға жағымсыз реакциялар тән.

АСБ-тың себептері әлі толық түсінілмеген. Аутизм мен генетикалық факторлардың арасындағы байланыс дәлелденгенімен, жүйке жүйесінің осалдығын арттыратын түрлі факторлармен де себеп-салдарлық байланыс бар. Саңыраулық әртүрлі себептермен туындауы мүмкін, соның ішінде мидың жұмысының бұзылуынан — мысалы, цитомегаловирус инфекциясы, менингит, қызылша, шала туу немесе кейбір синдромдар салдарынан. Бұл факторлар АСБ дамуына да әкелуі мүмкін — бұл таңқаларлық емес [74].

Соңғы жылдары осындай проблемалары бар нәрестелердің өмір сүру деңгейі үздіксіз өсіп келеді. Дэвис (Davis, 2001) алдағы 20 жылда саңырау адамдар саны 20%-ға артады деп болжаған. Бұл АСБ бар саңырау адамдардың үлесі де артады дегенді білдіреді.

Аутизм және саңыраулық диагностикасы

Бүкіл әлем бойынша аутистік спектрдегі саңырау адамдармен жұмыс істеуге

қажетті біліктілік пен тәжірибесі бар мамандар жетіспейді. Ал олардың ішінде өздері саңырау немесе ым-ишара тілін меңгерген мамандар одан да аз.

Бұл дұрыс емес диагноздардың көбеюіне әкеледі (оған жеткіліксіз және шамадан тыс диагноздар да жатады). Жалпы алғанда, еститін адамдармен салыстырғанда, саңырау адамдар АСБ диагнозын жиі ала алмайды немесе керісінше, оларда бұл диагноз қате қойылады (Austen, Grey және Carney, 2007). Тіпті саңырау пациенттермен жұмыс істеу тәжірибесі бар мамандар үшін де аутизмді дұрыс анықтау қиын, өйткені саңырау адамдарға тән көптеген қиындықтар аутизм белгілеріне ұқсас, бірақ олар өмір сүру жағдайларымен байланысты.

Тілдік депривация және психикалық даму

Баланың алғашқы 5–7 жылы — оның миы күрделі, абстрактілі және әлеуметтік аспектілерді түсінуді үйренетін аса маңызды кезең. Осы жылдары әр балаға бай тілдік орта қажет. Егер ондай орта болмаса, тілдік депривация және тіл дамуының тұрақты тежелуі орын алуы мүмкін. Саңырау балалар мен олардың отбасылары арасында жүргізілген зерттеу (Gregory, Bishop және Sheldon, 1995) саңырау балалардың 20%-ы не ауызша, не ым ишара тілі арқылы сұрақтарға жауап бере алмайтынын көрсетті — оларда вербалды емес интеллект қалыпты болса да.

Егер бала ешқандай тілді меңгермесе, ол басқалармен тиімді әрекеттесе алмайды, бұл оның әлеуметтік дағдыларының дамуын тежейді. Мұндай бала басқалардың психикалық күйін — ойлары мен сезімдерін — түсіну қабілетін меңгеруде қиындық көреді. Басқаша айтқанда, бұл психикалық модельдің (басқаның санасы мен эмоцияларын тану қабілетінің) дамуының тежелуіне әкеледі, ал бұл аутизмнің негізгі белгілерінің бірі болып табылады. Алайда бұл жағдайда психикалық модельдің дамуының тежелуі тілдік дамуға мүмкіндік болмағандықтан туындайды (Woolfe, Want және Siegal, 2002).

Бұл тежелудің себебі — саңыраулық емес, тілдік депривация екені айқын. Басқа зерттеу (Peterson, 2002) саңырау ата-ананың саңырау балаларының психикалық моделі еститін ата-ананың еститін балалары сияқты 3–5 жас аралығында қалыптасатынын көрсетті. Психикалық модельдің айтарлықтай тежелуі тек еститін ата-ананың саңырау балаларында байқалды.

Психикалық модель кейінірек қалыптасуы мүмкін, және бұл, әрине, ешқашан қалыптаспағаннан гөрі жақсы. Алайда бала оқыту мен әлеуметтік жағдайлардағы маңызды даму мүмкіндіктерін жіберіп алуы мүмкін. Мысалы, құрдастарымен қарым-қатынаста, мұғалімдермен және басқа беделді тұлғалармен байланыста немесе романтикалық қатынастарда.

Сондықтан, егер саңырау балада аутизмге күдік болса, оның коммуникациялық дағдыларын емес, қарым-қатынасқа деген уәжін бағалау маңызды.

Психикалық модельдің төмен деңгейі (басқалардың сезімдері мен ойларын тану қабілеті) АСБ белгісі болуы мүмкін, бірақ өзі бұл диагнозды растауға

жеткіліксіз. Тілдің жетіспеушілігі саңырау адамдарда ақыл-ой теориясының дамуының кешігуіне әкелуі мүмкін. Саңырау адамдар арасындағы бұл мәселе керендіктің өзімен байланысты емес және алдын алуға болады [75].

6.4 АСБ-мен байланысты аурулар мен психофизиологиялық бұзылулар.

Бұл бөлімде біз АСД-мен байланысты келесі аурулар мен психофизиологиялық бұзылуларды қарастырамыз [76]:

Диплопия және полилопия

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар адамдарда екі немесе көп көру жиі кездеседі және әртүрлі жолдармен көрінуі мүмкін. Ең жиі кездесетін көріністердің бірі - көз, мұрын немесе ауыз сияқты бет бөліктерінің қайталануы. Бұл элементтер көлденең, тігінен немесе екеуінде де қозғала алады. Кейбір жағдайларда себеп бастың тұрақты айналуы болуы мүмкін. Кейде орталық объектіні қараған кезде перифериялық қос көру байқалады (физиологиялық диплопия).

Полилопия бұлшықеттердің бекітілуінің немесе тепе-теңдігінің бұзылуымен байланысты болмаса, көрнекі ынталандырудың өзгеруімен жоғалуы мүмкін. Бинокулярлық көру проблемаларын болдырмау үшін көрнекі ынталандыруды таңдамас бұрын оптометриялық тексеруден өту керек.

Сирек кездесетін симптом - беттерді төңкеріп қабылдау. Бұл жағдайда тұлғаның пішіні өзгеріссіз қалуы мүмкін, бірақ оның ерекшеліктері төңкерілген болып көрінуі мүмкін. Шаш орнында қалуы немесе аударылуы мүмкін. Біздің тәжірибемізде баланың 15 градусқа бұрылуы жиірек болса да, ата-анасының беті 90 градусқа бұрылғанын көрген жағдай болды. Бетті айналдыру ғана емес, басқа да кескіннің бұрмаланулары болуы мүмкін, олар туралы бізде әлі ақпарат жоқ.

Бет дөңес емес, ойыс болып көрінетін сирек жағдай да бар. Бір жағдайда, көрнекі ынталандыру өзгерген кезде, бет бірден дұрыс бағытты алды.

Түрдің түссізденуі

Бет ерекшеліктері түсін толығымен жоғалтып, жоғалып кетуі мүмкін, бұл тұрақты қасиет болуы мүмкін және бет агнозиясы ретінде сипатталады. Шаш, дене және басқа бөліктер көрініп қалады. Дұрыс таңдалған көрнекі ынталандыру әрдайым дерлік сәтті нәтижеге әкеледі. Беттерді дұрыс қабылдаудың алғашқы тәжірибесі жиі күшті эмоцияларды тудырады және бұрын жіберіп алған нәрсені жүзеге асыруға байланысты стресске әкелуі мүмкін. Кейде нәтиже, егер ол белгілі болса, қарапайым түзетуді тезірек қолдануға болатын сезімге байланысты ашулануы мүмкін.

Инерциялық

Кейде АСБ бар адамдар қозғалған кезде олардың бетінің бірден екі жерде тұрғанын сезінеді. Сирек жағдайларда бұл жағдай ұзақ уақыт сақталуы мүмкін, ал кейбір суретшілер оны портреттерді салғанда да пайдаланады. Бұл жай ғана инерцияға емес, есте сақтауға қатысты болуы мүмкін. Дұрыс көрнекі ынталандыру әдетте бұл белгілерді тез жояды және көрнекі айқындылықты

жақсартады.

Есте сақтау қабілетімен байланысты мәселелер

АСБ бар адамдардың беттерді есте сақтауы қиын болуы мүмкін — адам бетті таниды, бірақ есімін ұмытады. Бұл көп кездесетін құбылыс. Егер мәселе есте сақтауда болса, көру стимулы шектеулі әсер етеді. Алайда, бет тану бұзылысы жиі есте сақтау мәселесі емес, визуалды қабылдаудың бұзылуы болуы мүмкін. Сондықтан бұл мүмкіндікті жою маңызды.

Өзін бетін тану

АСБ кезінде өз бет-әлпетін тану қиын болуы мүмкін. Сіздің ерекшеліктеріңіз сізге жанасу арқылы белгілі, бірақ айнаға қараған кезде олар мүлдем басқаша көрінуі мүмкін. Өзіңізді тани алмау өзін-өзі бағалауға айтарлықтай әсер етуі және елеулі күйзелісті тудыруы мүмкін, әсіресе өзін құбыжық сияқты сезінуі мүмкін қыздарда. Тиісті визуалды ынталандыруды таңдау науқастарға күшті эмоцияларды тудыратын өз бетін көруге көмектеседі. «Осы уақытқа дейін өзімді ұсқынсыз деп ойладым» деген пікірлер жиі естіледі. Өзіне деген сенімділік пен мінез-құлық мінез-құлқы көбінесе өз бет-әлпетін тану қабілетіне байланысты, бұл АСБ кезінде көрнекі ынталандыруды таңдаудың маңызды нәтижесі болып табылады.

Мимика

Мимика басқа адамдардың мимикасын көруді және оларды өз бетіңізде қайта шығаруды талап етеді. Баланың бет әлпетінде мәселелері болған кезде, ол бос немесе мәнерсіз болып көрінуі мүмкін. Сондай-ақ, өрнекті басқаратын бұлшықеттерді танудың болмауына байланысты өз мимикасын тану мәселесі болуы мүмкін. Мимиканы жақсарту басқалардың өрнектерін көру және түсіндіру және өз өрнектеріңізді басқару қабілетіне байланысты. Осылайша, тұлғаның мимикасын дамытуда бет-әлпетті тану негізгі рөл атқарады.

Көз байланысы

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) бар адамдар үшін көзге тию ауыр, ыңғайсыз және қиын болуы мүмкін. Көп жағдайда көзбен байланыс қалыпты болады немесе көрнекі ынталандыруды реттегеннен кейін айтарлықтай жақсарады. Дегенмен, қарапайым адам үшін түрлі-түсті линзалардың спектрлік сіңірілуіне байланысты оған қарап тұрған адамның көзін көре алмаса, көзбен байланыс арқылы өзара әрекеттесу қиын екенін ескеру маңызды. Сондықтан бет-әлпетті тану мәселелері бар адамдарға түрлі-түсті көзілдіріктерін алып тастау ұсынылады.

Гешталыт (біртұтас сурет)

Кейде АСБ бар адамдарда бет фоннан бөлініп кетуі мүмкін, содан кейін фон жоғалып, бет назардың барлық аймағын алады. Бұл өте сирек кездесетін құбылыс. Көрнекі ынталандыруды бақылаудың қандай да бір әсері бар-жоғы белгісіз бұл эффект кез келген әсер ету.

Капгра синдромы

Капгра синдромы - сирек кездесетін ауру, онда адам өзі бақылап отырған адамды жалған деп санайды: «Сен менің анама ұқсайсың, бірақ сен менің анам емессің, сен алаяқсың!» Біз мұндай жағдайды бір ғана кездестірдік және мәселе түзеткіш көзілдірік арқылы шешілді. Көрнекі ынталандыруды өзгерту бұл бұзылысқа әсер ететіні белгісіз.

Қатып қалу

Сөйлейтін адамның бетінің, әсіресе аузының қозғалысы қатып қалған болып көрінуі мүмкін. Сөйлеу дыбыстары қатып қалуы немесе бір сәтте қайта басталуы мүмкін. Бұл сирек әсер. Көрнекі ынталандыруды басқару бұл симптомды жояды, бірақ біз жағдайлардың аз ғана санын көргендіктен, нәтижелер дәл болмауы мүмкін.

Бастың денеден бөлінуі

Бұл ерекше симптом бастың дененің артында қозғалуымен сипатталады, өйткені оның бейнесі дене бейнесіне қарағанда баяу өнделеді. Біз кездестірген барлық жағдайларда бас бұрмаланған болып көрінеді, бірақ қозғалыс тоқтаған кезде денеге қайта қосылады. Әдетте Пульфрих эффектісі және ортаңғы сызықтың үстемдігі сияқты қозғалыстарды өңдеудегі ауытқулар кездеседі. Көрнекі ынталандыруды басқару бұл жағымсыз және қорқынышты симптомды жояды, бірақ біз мұндай құбылыстың бірнеше жағдайларын ғана көрдік.

Көлеңкелер

АСБ науқастары шынымен жоқ денелердің көлеңкелерін көре алады. Бұл көрініс галлюцинацияға немесе жалған жадқа байланысты болуы мүмкін. Көрнекі ынталандыруды басқару бұл симптомға шектеулі әсер етеді.

Галлюцинация

Аутисттер галлюцинация туралы жиі хабарлайды (бірақ кейде олар бұл туралы ата-аналарына айтудан аулақ болады). Олар бөлмеде бірнеше күн бұрын теледидардан көрген адамдардың пайда болғанын көре алады. Кейде АСБ науқастары адамдарды (көбінесе балаларды) заманауи немесе ескі киіммен көреді. Кейбір балалар елестерді көреміз дейді. Бұл құбылыстардың механизмдері белгісіз болып қалады және оларды қарастыру осы жұмыстың шеңберінен шығады.

Көрнекі эхолалия

Бұрын көрген беттер ағымдағы бақыланатын суреттерде қайта пайда болуы мүмкін. Бұл жағдайда визуалды ынталандыруды басқару өте сәтті болады. Алайда, бұл құбылыстың сирек кездесетіндігіне байланысты нәтижелерді нақты бағалау қиын.

Арандатушылық әсерлер

Көру стимулының жеткіліксіздігіне ұшыраған кезде бетті қабылдаудағы өзгерістерді қоздыру жалпы халықтың шамамен 10% - да кездеседі. Бұл визуалды ақпаратты өңдеу бұзылыстары бар адамдарда да, мұндай проблемалары жоқ адамдардың көпшілігінде де байқалады. Ерекшелік-есте сақтау қабілетінің

бұзылуымен байланысты белгілер. Жарық жағымсыз белгілерді тудыруы мүмкін және жарық сүзгілері оларды азайтуы мүмкін болғандықтан, симптомдардың пайда болуында қоршаған орта шешуші рөл атқаруы мүмкін.

Амблиопия

Көрнекі ақпаратты өңдеу проблемалары көру өткірлігі төмен адамдарда жиі кездеседі (0,66–0,33). Туа біткен катаракта прозопагнозияның себептерінің бірі болуы мүмкін, бірақ бұл жағдай тек катаракта емес, көру өткірлігінің күрт төмендеуінен де туындауы мүмкін. Көру өткірлігінің төмендеуі бет туралы ақпаратты қабылдауды қиындатады.

Кейбір ерекшеліктер гиперметропияда байқалуы мүмкін. Алайда, егер визуалды ынталандыруды басқару бетгі тануды жақсартса, бұл көру өткірлігінің жақсаруына әкелуі мүмкін. Сонымен қатар, ынталандырудың өзгеруі симптомдардың жоғарылауына әкелуі мүмкін.

Байланысты мәселелер

Кейде басқа нысандар да пішінін, өлшемін немесе түсін өзгертетін немесе аморфты болып көрінетін сияқты. Аутизммен ауыратын адамдар үшін әлем біртүрлі және болжау мүмкін емес болып көрінуі мүмкін және бұл қоршаған әлемді қабылдауды қиындатады. Бұл мәселелер есту ақпаратының бұзылуы, сенсорлық қорғаныс, сенсорлық өңдеудегі өзгерістер, вестибулярлық және проприоцептивті мәселелер сияқты басқа сенсорлық өңдеу бұзылыстарын күшейтеді.

Біз әдетте сезім мүшелерінен келетін ақпараттың дұрыстығына сүйенеміз. Бұл ақпарат корреляция және есте сақтау арқылы өңделеді және сол арқылы қабылдаудың тұрақты әлемін көрсететін әрекеттер қабылданады. АСБ кезінде сезімтал әлем мен сигналдар күткеннен өзгеше болуы мүмкін. Сенсорлық өңдеудің бұзылуы аутизмнің тұрақты белгісі болып табылады және көбінесе ең ауыр қиындықтарды тудырады.

Сенсорлық интеграция

АСБ бар адамдар үшін барлық сезімдерді біртұтас етіп біріктіру өте қиын міндет болуы мүмкін. Кейбіреулер үшін бұл мүмкін болмауы және олар бір уақытта бір немесе екі сезімді қолдана алады. Дегенмен, сезімдерді біріктіру біздің әлемді түсінудің негізгі тәсілі болып табылады. Біз сезім мүшелерінен алынған ақпаратты қабылдау мен түсінуге сенеміз. Бұл қабылдау сенімсіз немесе басым болған кезде, бұл айтарлықтай проблемаларға әкелуі мүмкін. Аутизммен ауыратын адамдар кездесетін қиындықтардың көпшілігі жеке сезімдердің бұзылуымен байланысты және бұл мәселелер әрқашан басымдыққа ие бола бермейді. Олар неғұрлым тезірек шешілсе, соғұрлым жақсы. Көру барлық сенсорлық жүйелерге айтарлықтай әсер етуі мүмкін және бұл әсер өте айқын болуы мүмкін.

Көру және есту туралы ақпарат

Көруді есту ақпаратын өңдеумен байланысты мәселелерді тез әсер ету

арқылы жою немесе азайту үшін қолдануға болады. Айқас әсерлерді ертерек қарастырған жөн. Ата-аналар сұрақтарға "не" сөзімен жауап беретін немесе өшірілген сияқты көрінетін балаға назар аударуы керек. Сөйлеудің бұзылуы немесе ерекше екпін визуалды және есту сигналдарының интеграциясындағы проблемаларды көрсетуі мүмкін. Ұлыбританияда британдық баладағы американдық акцент көруді өңдеудің бұзылуының белгісі болуы мүмкін!

Дыбыстарға гипер-немесе гипосезімталдық кезінде визуалды ынталандыруды есту ақпаратының қабылданған көлемін өзгерту үшін реттеуге болады. Бұл магноцеллюлярлық жүйенің жетіспеушілігіне байланысты болуы мүмкін.

Есту ақпаратын өңдеу жылдамдығының өзгеруі аутизммен ауыратын балалардың тез сөйлеуді оқылмайтын деп қабылдауына әкелуі мүмкін. Бұл АСБ бар көптеген балаларда болатын көрнекі белгілерге (қозғалатын заттарды қалдыратын белгілерге) байланысты. Көрнекі белгілерді жою, әдетте, дыбыстық дыбыстарды қабылдау мәселесінің аяқталуына әкеледі.

Амблиопия

Амблиопия немесе «жалқау көз» көбінесе есту қабілетінің нашарлауы ретінде сипатталатын естуді өңдеу проблемаларымен бірге жүреді. Әдетте көзге бірдей құлақ әсер етеді (мысалы, сол көз және сол құлақ). Алайда, егер доминантты көзге әсер етсе, ол қарама-қарсы құлаққа әсер етуі мүмкін. Амблиопияның стандартты емдеу жақсырақ көретін көзге (окклюзия) таңғыш қоюды қамтиды және бұл кейде есту қабілетіне де әсер етеді. Көру үшін оңтайлы сүзгілерді қолдану (тиісті жағдайларда) көру өткірлігін арттырады және бір уақытта есту қабілетін жақсартады.

Құлақтағы шу

Тиннитус немесе шу АСБ кезінде сирек кездеседі, бірақ визуалды тітіркендіргіштермен түзетуге жақсы жауап береді. Балалардағы нәтижелер әдетте өте жақсы: тітіркендіргішті түзету кезінде мәселе жиі шешіледі.

Тепе-теңдік және вестибулярлық мәселелер

АСБ бар адамдарда тепе-теңдік әдеттен тыс түрде бұзылуы мүмкін. Әдетте, тұрақтандыру көзді жабу тұрақтылықты төмендететінін көрсетеді, бірақ аутизммен ауыратын кейбір балаларда көзді жұмып жақсы тұрақтылық табылуы мүмкін. Бұл тепе-теңдіктің бұзылуы визуалды ақпаратпен байланысты болуы мүмкін екенін көрсетеді.

Аутизммен ауыратын балаларда көбінесе аяқтың ұшымен жүру, бір жаққа иілу немесе жер бетін қабылдау мәселелері болады. Кейбір жағдайларда бұл бұзылулар сүзгілерді қолданған кезде жоғалады.

Аутизмі бар балалардағы вестибулярлық аппараттың басқа мәселелеріне конвергенция кезінде, әсіресе оқу кезінде бас айналу сезімі жатады. Кейбір жағдайларда бұл мәселелер сүзгілер арқылы шешіледі.

Жанасу, қысым және температура

Жанасу және қысымды қабылдау ауытқулары АСБ кезінде көру компонентіне ие болуы мүмкін. Мысалы, егер аутизммен ауыратын бала қатты және жеңіл қысымды сезінсе, олар қию кезінде киім тігісі немесе қайшы сияқты жеңіл жанасудан да ыңғайсыздық сезінуі мүмкін. Көрнекі ақпаратты өңдеуді тұрақтандыру жүйке жолдарын ауыстыруы мүмкін, бұл симптомдарды дереу тоқтатады. Салмақты қабылдау, яғни адамның ауырлықты сезінуі де бұзылуы мүмкін.

Қол тигізу орны мен уақыты көптеген аутисттерде дұрысынан ауытқуы мүмкін, бұл нәрестеде көптеген проблемаларды тудыруы мүмкін. Бұл бұзылуларды визуалды ынталандыруды басқару арқылы түзетуге болады, бұл кеңістікті білмеу мәселелердің қаупін азайтады.

Ауырсыну сезімі және қысымды қабылдау

Аутизм спектрінің бұзылуында (АСБ) ауырсынуды қабылдау көбінесе қалыптыдан ерекшеленеді. Қорғаныс механизмінің қалыптан тыс реакциясы балаға қауіп төндіруі мүмкін. Бұл мәселені шешу маңызды. Көрнекі ақпаратты өңдеуді өзгерту көп жағдайда ауырсынуды қабылдауды қалыпқа келтіруге көмектесетіні белгілі болды.

Қысымды қабылдау мәселелері көбінесе температураны қабылдаудың бұзылуымен байланысты, мысалы, маусымнан тыс киім таңдау немесе тым ыстық немесе суық моншаларды қабылдауға деген ұмтылыс. Бұл ауытқуларды визуалды ынталандыруды басқару арқылы тұрақтандыруға болады, бұл бірден жақсаруға әкеледі.

Дәмі мен иісі

Көрнекі ынталандыру дәм мен иісті қабылдауға айтарлықтай әсер етуі мүмкін, дегенмен бұл әсер ету механизмі түсініксіз болып қалады. Тамақты таңдауды қиындататын дәмнің өзгеруі және ауыздың құрғауы визуалды ақпаратты өңдеудегі бұзылуларды көрсетуі мүмкін. Түсті сүзгілерді қолдану тағамның консистенциясын, жұтылу және құсу рефлекстерін қабылдауды өзгерте алады. Біз тіпті адамдарға жасыл көкөністерді жеуді ұсыну арқылы сүзгілерсіз жетістіктерге жеттік!

Синестезия

Синестезия, бір сезім екінші сезім ретінде түсіндірілгенде, АСБ-де жиі кездеседі, бірақ сирек танылады. Мамандарға себеп пен салдардың не екенін түсіну қиын. Кейбір жағдайларда бұл көптеген айқас құбылыстар болған кезде өте қиын. Біздің ойымызша, мүмкіндігінше көп мәселелерді шешуге тырысқан дұрыс, мүмкін олардың бірі бұзушылықтардың себебін бейтараптандырады. Бұл дәл емес әдіс болғанымен, болашақта дәлірек тәсілдерді күтуге болады.

Көрнекі ынталандыруды дұрыс таңдамау қажетсіз белгілерді тудыруы мүмкін екенін ескеру маңызды. Бұл шешілмеген мәселенің нәтижесі де, дұрыс емес ынталандырудың салдары да болуы мүмкін. Мамандар осы күрделі мәселелерді шешуде айтарлықтай қиындықтарға тап болады.

Көру немесе визуалды ақпаратты өңдеу мәселелері

Көру қабілетінің бұзылуының көптеген түрлері визуалды ақпаратты өңдеу мәселелерінің тікелей нәтижесі болып табылады. Бұл мәселелер сыну бұзылыстарына ұқсас белгілерде көрінуі мүмкін. Оптикалық түзету ақпаратты өңдеу мәселесін шешпейді және көзілдіріктің нашар төзімділігі мен тиімсіздігіне әкелуі мүмкін.

Визуалды өңдеу бұзылыстары бар адамдар Исихара сынақтарында қалыптан тыс нәтижелерге ие болуы мүмкін, бірақ бұл шынайы түсті көру мәселелеріне емес, репрессия әсеріне байланысты болуы мүмкін.

Көру өткірлігін бағалаудың дәстүрлі әдістері әрқашан адамның визуалды ақпаратты қаншалықты жақсы өңдейтінін анықтай бермейді. Балалар ақпаратты өңдеудің күрделі мәселелеріне қарамастан кестенің соңғы жолын жақсы көре алады және керісінше, көру қабілеті төмен болған кезде ақпаратты өңдеуде шамалы мәселелер болуы мүмкін.

Көру өрісі

АСБ бар адамдардың көру өрісі көбінесе жоғарғы және төменгі бөліктерде шектеледі. Төменгі бөлікті шектеу заттармен соқтығысу, баспалдақтардан құлау немесе төмен жиһазға сүріну сияқты қозғалу кезінде қиындықтар тудыруы мүмкін. Бұл жазатайым оқиғалардан қорқу немесе керісінше қауіпті елемеу салдарынан сенімсіз мінез-құлыққа әкелуі мүмкін. Соңғысы әсіресе ауырсыну шегі жоғары адамдарда жиі кездеседі, бұл АСБ-да кездеседі. Қиындықтардың белгілеріне ебедейсізді, қолмен тамақтану және велосипедпен жүру қиындықтары жатады.

Оқу кезінде көру аймағының төменгі бөлігінің жоғалуы тақтадан оқуды немесе есептен шығаруды қиындатуы мүмкін. Ата-аналар бастың қисаюы көру аймағының төменгі бөлігінің болмауына реакция болуы мүмкін екенін түсінуі керек. Көрнекі дағдыларды қажет ететін спорт түрлерімен айналысу кезінде қиындықтар туындауы мүмкін.

Биокулярлық көру

Биокулярлық көру бұзылыстары АСБ - де жиі кездеседі және аутизммен ауыратын адамдардың жартысына жуығында кездеседі. Бұл бұзылуларды түзетудің стандартты әдістері оңтайлы немесе тіпті орынды болмауы мүмкін. Биокулярлық көру мәселелерінің көпшілігі визуалды ақпаратты өңдеудегі ақауларды жойғаннан кейін жойылуы мүмкін. Мәселе мынада, алдымен нені түзету керек: биокулярлық функцияларды қалпына келтірудің стандартты әдістері немесе визуалды ақпаратты өңдеудің бұзылуы. Әдетте біріншісінен басталады, бірақ бұл ең жақсы тәжірибе ме, жоқ па белгісіз.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Аутизм спектрі бұзылған балалардың сөйлеу тілінің бұзылуының ерекшеліктері қандай?
2. АСБ кезінде сөйлеу бұзылыстарының қандай түрлері жиі кездеседі?

3. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балаларда есту жүйесі қалай дамиды?
4. Қандай психофизиологиялық бұзылулар мен аурулар АСБ-мен бірге жүруі мүмкін?
5. Топтық тапсырма:
 - 1-тапсырма. Қандай жағдайларда эмоционалды-ерікті және мінез-құлық бұзылыстары туралы айтуға болады?
 - 2-тапсырма. АСБ кезіндегі негізгі анатомиялық-физиологиялық бұзылуларды сипаттаңыз.
 - 3-тапсырма. АСБ бұзушылық шешімін анықтаудың негізгі қиындықтары қандай?
 - 4-тапсырма. АСБ бұзылыстарының бірін сипаттаңыз (сөйлеу, көру есту).

Реферат тақырыптары.

1. Эмоционалды-ерікті және мінез-құлық салалары бұзылған балалар тобының полиморфизмі.
2. АСБ кезінде дизонтогенез түрлерін оқшаулаудың әртүрлі тәсілдері туралы жалпы ақпарат.
5. АСБ кезіндегі асинхронды дамудың құрылымы мен мазмұны.

Өзін-өзі тексеруге арналған ТЕСТ

1. Балалардағы аутизмді диагностикалау мәселесін қай мәлімдеме жақсы сипаттайды?
 - a) Есту, сөйлеу және көру қабілетінің бұзылуы аутизм белгілерін күшейтеді және диагнозды қиындатады.
 - b) Негізгі проблема-диагностикалық жүйелердің жетіспеушілігі.
 - c) Диагноз патогенез туралы ақпараттың жетіспеушілігінен ғана қиындайды.
 - d) Логопедтердің жеткіліксіз жұмысынан қиындықтар туындайды.
 - e) Диагноз ерте жаста ғана проблемалы болады.
2. Мәтінде аталған сөйлеу бұзылыстарының қайсысы АСБ көрінісі ретінде айтылмайды?
 - a) Сөздермампалар
 - b) Грамматикалық қателер
 - c) Сөздік ақаулары
 - d) Мутизм
 - e) Прозодиканың бұзылуы
3. Мәтінге сәйкес аутизмде келесі механизмдердің қайсысы жетекші болып саналады?
 - a) Дамудың кешігуі
 - b) Айыру
 - c) Асинхрония
 - d) Неврологиялық дисфункция
 - e) Генетикалық бейімділік

4. Сөйлеу дамуының қай түрі психиканың ыдырауы аясында сөйлеу дамуының бұрмалануымен сипатталады?

- a) Сөйлеудің ішінара регрессиясы
- b) Сөйлеуді бұрмалаумен кешіктіру
- c) "Қалыпты" дамып келе жатқан сөйлеудің терең ыдырауы
- d) Ресми дұрыс сөйлеу дамуымен коммуникативті функцияның бұзылуы
- e) ОЖЖ органикалық зақымдануы бар бастапқы мутизм

5. Балалардағы сөйлеу бұзылыстарының үшінші түріне тән белгілерге қандай сипаттамалар жатпайды?

- a) Аутизм басқа балалармен қарым-қатынастан аулақ болу арқылы көрінеді
- b) Сөйлеу 57 жасқа дейін қалпына келеді
- c) Бала эхолалия мен штампталған сөз тіркестерінің басым екендігін көрсетеді
- d) Айтылу бұзылыстары жиі кездеседі
- e) Бала белсенділік пен қарым-қатынастың жоғарылауын көрсетеді

6. Сөйлеу бұзылыстарының төртінші түріне не тән?

- a) 22,5 жасқа дейін сөйлеудің қалыпты дамуы.
- b) Сөйлеу дағдыларының айтарлықтай кешігуі және бұрмалануы.
- c) Дамып келе жатқан сөйлеудің "қалыпты" терең ыдырауы.
- d) Сөйлеудің коммуникативті функциясы дамиды.
- e) Брадилалия немесе тахилалия сияқты сөйлеу просодиясының бұзылуы

7. Төмендегілердің қайсысы аутизм спектрінің бұзылуына (АСБ) әкелуі мүмкін?

- a) Жүрек-тамыр жүйесінің проблемалары
- b) Жасөспірім кезіндегі стресстің жоғары деңгейі
- c) Цитомегаловирустық инфекция сияқты инфекциялар
- d) Генетикалық мутациялар
- e) Ерте жаста дұрыс тамақтанбау

8. Төмендегі факторлардың қайсысы аутизммен ауыратын адамдардың дыбыстарды қабылдаудағы қиындықтарына әсер етуі мүмкін?

- a) Моторикадағы проблемалар
- b) Дыбыстардың белгілі бір түрлеріне теріс көзқарас
- c) Зейіннің төмендеуі
- d) Қоршаған ортадағы өзгерістерге төзбеушілік
- e) Жасқа байланысты өзгерістердің есту деңгейінің төмендеуі

9. Неліктен саңырау адамдарда аутизм диагнозы қиын болуы мүмкін?

- a) Неврологиялық бұзылулар бойынша мамандардың болмауы
- b) Саңыраудың көптеген белгілері аутизм белгілеріне ұқсауы мүмкін
- c) Медициналық ресурстарға шектеулі қол жетімділік
- d) Психометриялық тестілерді өткізудің мүмкін еместігі
- e) Білім беру мекемелеріне қол жеткізу мәселелері

10. Төмендегілердің қайсысы саңырау балалардағы психикалық модельдің дамуының кешеуілдеуінің ең ықтимал себебі болып саналады?

- a) Физикалық белсенділіктің болмауы
- b) Тілдік айыру
- c) Психологиялық жарақаттар
- d) Көрнекі ынталандырудың болмауы
- e) Білім беру ортасындағы бейімделу проблемалары

7. Дәріс. Қалыпты және патологиялық жағдайларда базальды эмоционалды реттелу құрылымы. Соматосенсорлық, праксикалық және гностикалық функциялардың қалыптасуын салыстырмалы талдау.

7.1. Қалыпты және патологиялық жағдайларда базальды эмоционалды реттелу құрылымы.

Адамда эмоциялық реттеудің морфологиялық негіздері ми құрылымдарының әрі ежелгі (қыртыстасты), әрі неғұрлым жаңа (мандай бөліктері) бөлімдерімен ұсынылған. Эволюциялық тұрғыдан эмоциялық реттеу жүйесі геологиялық қабаттарды еске түсіреді, олардың әрқайсысы өзінің құрылымы мен қызметіне ие. Бұл құрылымдар бір-бірімен әрекеттесе отырып, деңгейлері иерархиялық түрде күрделене түсетін жүйені құрайды. Эмоциялар өздерінің базальды негізінде инстинкттер мен ұмтылыстармен байланысты, ал ең қарапайым түрінде шартсыз рефлексдер принципі жұмыс істей алады. Эмоциялық реакциялардың примитивті сипаты қалыпты жағдайда әрқашан айқын байқалмайды. Ал патология жағдайында қарапайым эмоциялар мінез-құлыққа әсер ете алатыны анық көрінеді. Қалыпты дамуда ерте кезеңдегі аффективті реакциялар күрделірек формаларға интеграциялайды. Бұл үдерісте есте сақтау мен тіл маңызды рөл атқарады. Есте сақтау эмоциялық тәжірибенің іздерін сақтап қалуға мүмкіндік береді, соның арқасында тек ағымдағы оқиғалар емес, сонымен қатар өткен (және соның негізінде болашақ) де эмоциялық реакция тудыра бастайды. Ал тіл эмоциялық тәжірибені атауға, саралауға және жалпылауға көмектеседі, бұл олардың саналы әрі зияткерлік болуына ықпал етеді.

Эмоциялық реттеу, кез келген реттеу жүйесі сияқты, афферентті және эфферентті құрамдас бөліктер қамтиды. Жүйенің афферентті буыны ағзаның ішкі үдерістерімен де, сыртқы ортамен де байланысты. Ол ағзаның жалпы жағдайы туралы (оны жайлы немесе жайсыз деп бағалау), сондай-ақ физиологиялық қажеттіліктері жөнінде ақпарат алады. Бұл тұрақты ақпараттан бөлек, экстремальды және жиі патологиялық жағдайларда, эмоциялық бағалауға әдетте жетпейтін сигналдарға жауаптар туындайды. Бұл сигналдар, көбінесе жекелеген мүшелердің дисфункциясымен байланысты, мазасыздық, үрей, қорқыныш сияқты күйлерді тудырады. Сыртқы ортадан келетін ақпаратқа келетін болсақ, эмоционалды жүйенің афферентті буыны оның ағымдағы қажеттіліктерді

қанағаттандыру мүмкіндігін білдіретін аспектілеріне сезімтал, сонымен қатар қазіргі немесе болашақта қауіп төндіруі мүмкін сыртқы ортадағы кез келген өзгерістерге жауап береді. Потенциалды қауіп контекстінде танымдық жүйелермен синтезделген ақпарат, оның ішінде қоршаған ортаның тұрақсыздыққа, белгісіздікке және ақпарат тапшылығына қарай өзгеру мүмкіндігі де ескеріледі. Осылайша, танымдық және эмоциялық жүйелер қоршаған ортада бағдарлануды бірлесе қамтамасыз етеді. Бұл жүйелердің әрқайсысы бұл міндетті шешуге өзіне тән үлес қосады. Танымдық ақпаратпен салыстырғанда эмоционалды ақпарат құрылымы азырақ. Эмоциялар түрлі, кейде өзара байланыссыз тәжірибе салаларынан ассоциациялар тудырушы ретінде қызмет етеді, бұл бастапқы ақпараттың тез байытылуына ықпал етеді. Эмоциялық жүйе қажеттіліктер тұрғысынан маңызды сыртқы орта өзгерістеріне "жедел жауап беретін" жүйе ретінде сипатталады.

Қоршаған орта бейнесін құру кезінде танымдық және эмоциялық жүйелер сүйенетін параметрлер жиі сәйкес келмейді. Мысалы, интонация, көзқарастың жаугершіл көрінісі танымдық бағалауға қайшы келетін сөздерге қарағанда эмоциялық бағалауда көбірек маңызға ие. Интонация, бет-әлпет, ым-ишара және басқа паралингвистикалық факторлар шешім қабылдауда анағұрлым маңызды болып шығуы мүмкін. Қоршаған ортаны танымдық және эмоциялық бағалаудың сәйкес келмеуі мен эмоциялық бағалаудың жоғары субъективтілігі түрлі трансформациялар мен айналадағы нысандарға жаңа, кейде тіпті ирреалды мағына беруге жағдай жасайды. Мұндай жағдайларда эмоциялық жүйе қоршаған ортадан түсетін шамадан тыс қысым жағдайында қорғаныштық қызмет атқарады.

Эмоциялық реттеудің эфферентті буыны сыртқы белсенділіктің шектеулі түрлерімен көрінеді: мимика, аяқ-қол мен дененің экспрессивті қозғалыстары, дауыс ырғағы мен қаттылығы. Алайда эфференттік буынның негізгі рөлі психикалық қызмет тонусын реттеу болып табылады. Позитивті эмоциялар психикалық белсенділікті арттырып, тапсырмаларды шешуге бағыттайды. Теріс эмоциялар көбінесе психикалық тонусты төмендетіп, қорғаныстың пассивті тәсілдеріне алып келеді. Алайда кейбір теріс эмоциялар (мысалы, ашу, ыза) ағзаның қорғаныштық механизмдерін белсенді күшейтуі мүмкін: бұлшықет тонусының, артериялық қысымның және қанның тұтқырлығының артуы. Маңыздысы, басқа психикалық үдерістердің тонусын реттеумен қатар эмоциялық жүйенің жекелеген буындары да тонизацияға ұшырайды. Бұл доминантты эмоциялардың белсенділігінің тұрақтылығын қамтамасыз етеді. Белгілі бір эмоциялардың белсенуі өзге, қазіргі уақытта тікелей әсер етуге бағынбайтын эмоциялардың көрінуін жеңілдетуі мүмкін. Керісінше, кейбір эмоциялар басқаларын басуы да ықтимал. Бұл құбылыс психотерапияда белсенді қолданылады: түрлі таңбалы эмоциялар ("эмоциялық контраст") қақтығысқанда, позитивті сезімдердің айқындығы артады. Мысалы, аздаған қорқынышты қауіпсіздік сезімімен ұштастыру балалар ойындарында қолданылады (мысалы,

ересек адамның баланы жоғары лақтыруы, сырғанақтан сырғанау, биіктіктен секіру). Мұндай "тербелістер" эмоциялық саланы белсендіріп қана қоймай, эмоцияларды шынықтырудың бір түрі ретінде қызмет етеді.

Ағзаның белсенді (стеникалық) күйлерді ұстап тұру қажеттілігі тұрақты эмоциялық тонизация арқылы қанағаттандырылады. Сондықтан психикалық даму барысында астеникалық эмоцияларға қарағанда стеникалық эмоциялардың басымдығына қол жеткізудің түрлі психотехникалық құралдары жасалып, жетілдіріледі. Қалыпты жағдайда сыртқы ортаның тонизациялау әсері мен аутоstimуляция арасында тепе-теңдік бар. Егер сыртқы орта кедей немесе бірсарынды болса, аутоstimуляцияның рөлі артады, ал эмоциялық стимулдар түрленіп отырғанда оның маңызы азаяды. Психотерапияның күрделі мәселелерінің бірі – эмоциялық реакциялар белгіленген бағытта өтетіндей оптималды тонизация деңгейін таңдау. Әлсіз стимуляция тиімсіз болуы мүмкін, ал шамадан тыс стимуляция эмоциялық үдерістің бағытын жағымсыз түрде өзгертуі мүмкін. Бұл әсіресе патологияда маңызды, мұнда нейродинамика бұзылыстары байқалады. Гипо- және гипердинамикалық құбылыстар эмоциялық реттеуді дезорганизациялауы мүмкін, оны тұрақтылық пен іріктеушілік қабілетінен айырады. Нейродинамика бұзылыстары, әдетте, эмоциялар фонын құрайтын көңіл-күйде көрініс табады. Көңіл-күй төмендегенде астеникалық эмоциялар, ал патологиялық жоғары көңіл-күйде стеникалық эмоциялар басым болады. Сондай-ақ бұзылу деңгейі де маңызды, ол патологиялық үдерістің сапасын анықтайды. Гипердинамикалық жағдайда патологиялық эмоциялар стеникалық сипатта болады (қатты қуаныш, ашу, ыза және т.б.). Гипердинамиканың шекті жағдайында өзге психикалық жүйелерден "энергияның тартып алынуы" байқалуы мүмкін. Бұл өте күшті, бірақ қысқа мерзімді эмоциялар кезінде байқалады, олар сана тарылуымен және бағдардың бұзылуымен қатар жүреді. Патологияда мұндай бұзылыстар ұзақ уақыт бойы жалғасуы да мүмкін. Нейродинамикалық үдерістің әлсіздігі (гиподинамия) ең алдымен қыртыстық деңгейде эмоциялық лабильдік және тез қанығушылық түрінде байқалады. Ауыр жағдайларда бұзылыстар жоғары деңгейден базалық орталықтарға ауысуы мүмкін, олар қажетті энергия деңгейін ұстап тұра алмайды. Мұндай жағдайда ағзаның өмірлік көрсеткіштеріне қауіп төнгенде эмоциялық жүйе үрей және қорқынышпен жауап қайтарады. Дағдарыстық құбылыстар түрлі патологиялар кезінде байқалады, әсіресе ұзақ психогенді жарақаттану жағдайларында жиі кездеседі [77].

7.2. Базалық эмоциялық реттеу жүйесінің деңгейлері

Адамның қоршаған ортамен өзара әрекеттесуі және оның қажеттіліктерін жүзеге асыруы белсенділіктің әртүрлі деңгейлерінде және қоршаған ортамен аффективті байланыстың тереңдік дәрежесінде жүзеге асырылуы мүмкін. Бұл деңгейлер субъект алдында тұрған мінез-құлықтық міндеттің күрделілігіне байланысты және аффективті бағдарланудың саралану дәрежесі мен мінез-

құлықты реттеу механизмдерінің әртүрлі дамуын талап етеді [78].

1.Өрістік реактивтілік деңгейі

Аффективті ұйымдасудың бұл деңгейі, шамасы, психикалық бейімделудің ең қарапайым және енжар түрлерімен бастапқыда байланысты. Ол тек ауыр психикалық бұзылыстар кезінде ғана өз бетінше көрінуі мүмкін, бірақ оның фондық деңгей ретіндегі маңызы қалыпты даму жағдайында да маңызды болып табылады.

2.Стереотиптер деңгейі

Аффективті ұйымдасудың екінші деңгейі – бұл қоршаған ортамен аффективті байланыстың тереңдеуінің келесі кезеңі, мұнда жаңа аффективті реакциялар қалыптасады. Бұл деңгей баланың өмірінің алғашқы айларында мінез-құлықты реттеуде маңызды рөл атқарады, осы кезде бейімделу реакциялары – тамақтану, қорғану, сондай-ақ анасымен физикалық байланыс орнату игеріледі. Кейінірек бұл деңгей бейімделудің күрделі формаларының маңызды фондық компонентіне айналады, адамның сезімдік тәжірибесінің толықтығы мен әртүрлілігін анықтайды.

3.Экспансия деңгейі

Мінез-құлықтың аффективті ұйымдасуының үшінші деңгейінде қоршаған ортамен эмоциялық байланыстың келесі даму кезеңі жүзеге асады. Бұл деңгейдің механизмдерін бала шамамен өмірінің екінші жарты жылдығында меңгере бастайды, бұл оған қоршаған әлемді белсенді зерттеуге және игеруге мүмкіндік береді. Бұл деңгей кейінгі кезеңдерде де маңызды рөл атқарады, әсіресе аффективті мінез-құлық стереотиптері жеткіліксіз болатын тұрақсыз жағдайларда белсенді бейімделуді қамтамасыз етеді.

4. Эмоциялық бақылау деңгейі

Базалық реттеудің төртінші деңгейі – бұл қоршаған ортамен өзара әрекеттестікті тереңдету мен белсендендірудің жаңа кезеңі. Бұл деңгей индивидтің қоғамда өмір сүруін ұйымдастырумен байланысты күрделі этологиялық міндеттерді шешуге жауап береді. Бұл әсіресе балаға күтім жасау, тәрбиелеу және оқытуға қатысты мінез-құлықта көрініс табады.

7.3. Эмоциялық жүйе патологиясына деңгейлік көзқарас

Базалық эмоциялық үдерістердің көпдеңгейлі құрылымы, олардың даму заңдылықтары мен деңгейлер арасындағы өзара әрекеттестік туралы ақпарат аффективті дамудың бұзылыстарын психологиялық практикада диагностикалауға айтарлықтай көмек көрсете алады. Бұл деректер аффективті дамудың бастапқы дефицитарлық күйлерінің белгілерін, базалық саланың жекелеген деңгейлерінің жеткіліксіздігін, сондай-ақ осы патологиялар негізінде қалыптасатын эмоциялық дамудың бұзылу түрлерін дәлірек анықтауға ықпал етуі мүмкін.

Базалық эмоциялық жүйенің жекелеген деңгейлерінің қызмет етуінің әлсіреуі немесе күшеюі нәтижесінде туындайтын екі негізгі бұзылу түрін бөліп

көрсетуге болады деп болжанады (гипо- немесе гипердинамия). Аффективті тонус динамикасының бұзылу деңгейі артқан сайын патология эмоциялық саланың жеңіл дисфункцияларынан бастап оның құрылымы мен механизмдерінің жекелеген деңгейлердегі ауыр зақымдануына дейін дами алады. Гипо- немесе гипердинамикалық күйде болатын деңгей координациялық үдерістерді бұзуы мүмкін, ал ең ауыр жағдайларда басқа деңгейлер өздерінің дербес маңыздылығын жоғалтып, ақаулы деңгейге қызмет етуге көшеді [79].

Бөлінген бұзылу түрлері белгілі бір дәрежеде шартты болып табылады және шынайы өмірде эмоциялық патология сирек бір ғана деңгейдің бұзылуымен анықталады. Әдетте ол әртүрлі деңгейлердің гипо- және гипердинамиясының күрделі үйлесімімен анықталады, бұл бұзылулардың сансыз жеке нұсқаларын тудырады. Дегенмен, әрбір нақты жағдайдың ерекшеліктерін түсіну деңгейлер арасындағы өзара байланыс жүйесінің өзгерісіне жекелеген деңгейлердің гипо- және гипердинамиясының қосқан үлесін білу арқылы мүмкін болады.

7.4. Эмоционалды реттеудің функционалдық бұзылыстары

Эмоциялық реттеудің келесі функционалдық бұзылыстарын қарастырайық [80]:

А. Жекелеген деңгейлердің гиперфункциясы

1. Бірінші деңгейдің гиперфункциясы

Бірінші деңгейдегі тонустың артуы әсерлерді қабылдаудан қуаныштың күшеюіне және оларды қабылдауға төзімділіктің артуына әкеледі. Бұл деңгейдің механизмдерін неғұрлым белсенді оң күшейтуге қолайлы жағдай жасайды және олардың дамуына ықпал етеді. Бірінші деңгейдің күшеюі сондай-ақ базалық жүйенің дамуына әсер етуі мүмкін, бұл адам мен орта арасындағы эмоциялық байланыстың ерекшеліктерін қалыптастыруға немесе акценттелген тұлғаның дамуына әкелуі мүмкін. Әрі қарай ауыр жағдайларда бұл деңгейлер арасындағы қатынастардың бұзылуына және жалпы жүйе құрылымының бұзылуына да әкелуі мүмкін.

2. Екінші деңгейдің гиперфункциясы

Екінші деңгейдің гиперфункциясы физикалық қажеттіліктерді қанағаттандырудағы белсенділіктің артуына және жағымды сезінетін сенсорлық әсерлердің ауқымының кеңеюіне әкеледі. Бұл адамға қоршаған ортамен белсенді және әртүрлі өзара әрекеттесуге мүмкіндік береді және сенсорлық өзара әрекеттесуді реттейтін және эмоциялық сфераның тонусын қолдайтын жеке дағдылардың күрделі жүйесін дамытуға көмектеседі. Дегенмен, екінші деңгейдің басым болуы адамды сенсорлық әсерлерге және әдеттегі қарым-қатынастарға тым тәуелді етуі мүмкін.

3. Үшінші деңгейдің гиперфункциясы

Үшінші деңгейдің гиперфункциясы қоршаған ортамен зерттеу белсенділігінің жоғарылауына, кедергілерді жеңуге және мақсатқа ұмтылуға

әкеледі. Бұл деңгей күштің сезімін қалыптастырады, қол жетімді шекараларды кеңейтеді және тәуекелдерді қабылдауды, шешім қабылдауды және эксперименттер жасауды жеңілдетеді. Алайда, бұл өз мүмкіндіктерін асыра бағалауға және қиын жағдайларға әкелуі мүмкін.

4.Төртінші деңгейдің гиперфункциясы

Төртінші деңгейде белсенділіктің артуы басқа адамдармен эмоциялық байланысқа деген қажеттіліктің күшеюіне әкеледі. Бұл жағымды қарым-қатынастардың ауқымын кеңейтеді және қарым-қатынастан үлкен қанағат алуға мүмкіндік береді. Мұндай жағдай әртүрлі эмоциялық қарым-қатынастарды дамытудың өте қолайлы жағдайларын жасайды, олардың жүзеге асырылуын жеңілдетеді және қарым-қатынас ережелерін меңгеруді жеңілдетеді.

Б. Жекелеген деңгейлердің гипофункциясы

1.Бірінші деңгейдің гипофункциясы

Бірінші деңгейдегі тонустың жетіспеушілігі жеке ерекшелік ретінде көрінуі мүмкін, бірақ егер әсерлер айтарлықтай жағымсыз болса, бұл деңгейдің патологиялық әлсіздігін көрсетеді. Эмоциялық дискомфорттың төмендеуі қауіпсіздікті бағалаудың дұрыс еместігіне және тіпті қолайлы жағдайларда тұрақты дискомфортқа әкелуі мүмкін. Бұл қауіпті жағдайлардан субъектіні шығару үшін жауапты механизмдердің дезавтоматизациялануына және басқа деңгейлердің дамуына әсер етуі мүмкін. Екінші деңгейде бұл артық жарақат алушылық пен жоғары абайлыққа әкелуі мүмкін, үшінші деңгейде әсердің қарқындылығын асыра бағалауға және сенімсіздікке, төртінші деңгейде – эмоциялық қарым-қатынаста жоғары сезімталдыққа және байланыстардағы арақашықтықты арттыру қажеттілігіне әкелуі мүмкін.

2.Екінші деңгейдің гипофункциясы

Екінші деңгейдің гипофункциясы сенсорлық әсерлердің сапасына жоғары сезімталдықтың артуымен сипатталады, бұл тым таңдаулы болуға және бейімделу қиындықтарына әкелуі мүмкін. Әсерлердің сапасына деген тым мұқият көзқарас адамды тым талапшыл етеді және оның эмоциялық бейімделуін қиындатады.

3.Үшінші деңгейдің гипофункциясы

Үшінші деңгейдің гипофункциясы әлемді зерттеуде белсенділіктің төмендеуімен, ойын мен жеңіс қуанышын жоғалтумен, сондай-ақ тұрақсыз және белгісіз жағдайларда дискомфорттың артуымен сипатталады. Бұл өз күштеріне деген сенімсіздікке, сәтсіздіктерді теріс қабылдауға және қоршаған ортамен өзара әрекеттесу барысында көбінесе теріс тәжірибе қалыптастыруға әкелуі мүмкін. Нәтижесінде бастапқы белсенділіктің дезавтоматизациялануы және жағдайларды абайлап бағалауға бейімділік болуы мүмкін, тіпті кедергілерді жеңуге мүмкін болса да.

4.Төртінші деңгейдің гипофункциясы

Төртінші деңгейдің гипофункциясы қарым-қатынаста белсенділіктің төмендеуімен және эмоциялық байланыстың сапасына жоғары сезімталдықпен

көрінеді. Жағымды және жағымсыз арасындағы шекара жағымсыз жаққа қарай ығысады, бұл "орташа" әсерлердің бір бөлігін жағымсыз ретінде бағалауға әкелуі мүмкін. Теріс сезімдер тұрақты болып, қарым-қатынаста дискомфорттың пайда болу ықтималдығын арттырады және адамдармен байланыстарды шектеу тенденциясын қалыптастыруға ықпал етеді.

7.5. Эмоционалды реттеу механизмдерінің зақымдануы (ерте балалық аутизм үлгісінде)

Бұрын эмоционалды саладағы бұзылулар қарастырылған болатын, олар әртүрлі деңгейлердің дисфункциясы мен өзара әрекеттесуіндегі қиындықтардан туындайды. Бұл деңгейлердің механизмдері сол кезде салыстырмалы түрде бүтін күйінде қалатын.

Аффективті бейімделу механизмдерінің бұзылуы мен эмоциялық құрылымның толық дамымауымен байланысты эмоциялық патологияның ең ауыр түрлерінің бірі ерте жастағы аутизм синдромы (ЕБА) болып табылады.

Бұл синдромның клиникалық белгілеріне, ең алдымен, баланың қатты оқшаулануы және тіпті жақын адамдармен эмоциялық байланыстың бұзылуы жатады; екіншіден, мінез-құлықтың айқын стереотиптілігі, ол қоршаған ортаға деген қатынастың консерватизмімен, өзгерістерден қорқумен, біркелкі аффективті әрекеттердің (стереотипті қимылдар, бірдей заттармен манипуляция), ниеттер мен қызығушылықтардың көптігімен көрінеді; үшіншіден, бұл ерекше сөйлеу және зияткерлік дамудың артта қалуы, ол әдетте бұл функциялардың бастапқы жеткіліксіздігімен байланысты емес.

Бұл патологиялық ерекшеліктер өте ерте жастан байқалады. Патопсихологиялық зерттеулер эмоциялық тонустың жеткіліксіздігіне негізделген ерекше психикалық дизонтогенез түрін анықтады, ол белсенді және сараланған байланыстардың қалыптасуына кедергі келтіреді, эмоциялық дискомфорттың төмендеуімен және үрей, қорқыныш сияқты жағымсыз эмоциялардың басым болуымен сипатталады.

Аффективті дискомфорт және аффективті өзара әрекеттесу механизмдерінің дамуының бұзылуы аутистік тенденциялардың қалыптасуына, қарым-қатынасты шектеуге және қарапайымдандыруға ұмтылуға әкеледі. Бұл тенденциялар әсіресе адамдармен қарым-қатынаста көрінеді, себебі олар бала үшін әдетте күшті тітіркендіргіштер болып табылады және күрделі эмоциялық байланыстарды талап етеді. Бұл баланың мінез-құлқын аутистік және стереотипті етеді.

Қоршаған ортамен аффективті өзара әрекеттесудің бұзылуы аффективті дискомфорт сезімін азайтуға көмектесетін гиперкомпенсаторлық механизмдердің дамуына әкеледі. Бала стеникалық аффективті күйлердің аутостимуляциясының тәсілдерін жасайды. Жағымды сезімдер тудыратын бірдей стереотипті әрекеттерді үнемі қайталауға ұмтылуы оның мінез-құлқының бірсарынды болуын одан әрі күшейтеді. Бұл гиперкомпенсаторлық әрекеттер эмоциялық саланың балансын бұзып, баланың жағдайын уақытша жеңілдетсе де, жалпы бейімделмеушілікті

арттырады.

Аффективті дамудың мұндай ауыр бұзылуы баланың зияткерлік және сөйлеу дамуының бұзылуына әкеледі. Аффективті селективтіліктің бұзылуы зейіннің және жоғары ерікті формалардың дамуын қиындатады. Зейіннің аффективті механизмдерінің дамымауы жоғары психикалық функциялардың дамуына кедергі болады. Интеллектуалды дамудың жоғары алғышарттары болса да, аутист бала қоршаған ортаны когнитивті түрде игере алмайды және аутостимуляция үшін әсерлерді аффективті меңгеруге бағытталған. Стереотиптік қозғалыс, сенсорлық және сөйлеу әсерлерін алу әдістерін меңгереді.

Мұндай балалардағы психикалық дефицитарлық көріністері өте әртүрлі және тіпті қарама-қарсы болуы мүмкін. Олардың бейімделмеушілігі тереңдігі мен сипаты бойынша ерекшеленеді, қорқыныш, тұйықтық, енжарлық немесе шамадан тыс байланыстылық, сондай-ақ агрессивтілік түрінде көрінеді. Шоғырлану мүлдем мүмкін болмауы да, аффективті ұмтылыстармен толықтай қамтылуы да тән. Бала қарапайым аффективті сезімдерге назар аударуы немесе күрделі интеллектуалдық қызығушылықтарды дамытуы, үндемеу немесе күрделі сөйлеу формалары мен сөз жасау қабілеттерін дамытуы мүмкін.

Деңгейлік тәсіл осы әртүрліліктегі кейбір заңдылықтарды анықтауға көмектеседі. Психикалық тонусының күрт төмендеуі және тұрақты аффективті ыңғайсыздық мұндай балалардың эмоционалдық дамуына кедергі келтіреді. Олардың барлығы әлеммен өзара әрекеттесуді тереңдетуде және күрделі аффективті механизмдерді қалыптастыруда қиындықтарға тап болады. Дегенмен, базалық аффективті реттелудің дамуы деңгейлік құрылымның даму дәрежесіне байланысты әртүрлі деңгейлерде тоқтап қалуы мүмкін.

Қалыпты онтогенезде деңгейлік механизмдердің дамуы гетерохрондылықпен сипатталады. Алдымен индивидті тұрақты жағдайларға бейімдейтін аффективті деңгейлер (екінші және төртінші деңгейлер) қалыптасады. Кейін оларға өзгермелі ортаға бейімдейтін деңгейлер (бірінші және үшінші деңгейлер) қосылады. Патология жағдайында айқын гипофункциясы бар деңгей табиғи дамуды бұзуы мүмкін.

Мысалы, екінші деңгейдің ауыр гипофункциясы сенсорлық байланыстарда ауытқулы талғампаздық пен олардың сапасына шамадан тыс тәуелділікке әкелуі мүмкін, бұл ерте кезеңде эмоциялық дамуды бұзады. Мұндай бала үшін сенсорлық байланысқа аффективтік бақылау орнату міндеті шамадан тыс өзекті болады, бұл шиеленіс пен өзара әрекеттесулерді шектеуге және стереотиптеуге бейімділікті тудырады. Бұл жағдайлар өмірдің тұрақты жағдайларына бейімделуді жетілдіру кезеңінде қалыпты дамуға кедергі келтіреді және төртінші деңгей механизмдерінің жетілуіне тосқауыл болады, соның салдарынан бала жақын адамдардың эмоциялық реакцияларын маңызды сигналдар ретінде бөлектемейді және әлемді ересектердің көзімен көрмейді. Бала мінез-құлқы дефицитарлық екінші деңгейдің бақылауында қалады.

Сол сияқты, төртінші деңгейдің дефицитарлығы баланың дамуын кейінірек бұзуы мүмкін. Төртінші деңгейдің ауыр гипофункциясы бірінші және үшінші деңгей механизмдерінің іске қосылуына кедергі жасайды, олар өзгермелі жағдайларға бейімделуге жауап береді. Нәтижесінде, шамадан тыс талғампаздық және жоғары эмоциялық тәуелділік балаға икемділік пен қиындықтарды өз бетінше жеңу қабілетін дамытуға мүмкіндік бермейді, бұл мінез-құлықта дефицитарлық төртінші деңгейдің үстемдік етуіне әкеледі.

Эмоциялық реттеуде дефицитарлық бірінші деңгей үстем болса, салдарлары өте ауыр болуы мүмкін. Қалыпты жағдайда, бірінші және үшінші деңгейлердің өзгермелі жағдайларға бейімделу үдерісіне қосылу кезеңі — бұл дағдарыстық кезең. Бірінші деңгейдің ауыр гипофункциясы бұл үдерісті бұзып, екінші және төртінші деңгейлердің бұрын қалыптасқан жүйесін бұзуы мүмкін, бұл қарқынды ортаға бейімделуді аса маңызды етеді және бірінші деңгейдің примитивті механизмдеріне тәуелділікке әкеледі. Бұл жағдайда баланың қоршаған ортаға деген қатынасындағы іріктеу жоғалады. Базалық аффективтік ұйымдасу құрылымының бұзылуы аффективтік реттеу процесіне дефицитті үшінші деңгейдің қосылуы кезінде де пайда болуы мүмкін. Мұндай жағдайда қорқыныш пен жағымсыз әсерлерді еңсеру міндеттері басты болады, бұл төртінші деңгейдің механизмдерін бұзып, үшінші деңгейді аффективтік бейімделудің жетекші деңгейіне айналдырады [81].

Осы себепті ерте жастағы балалар аутизмінің төрт типтік тобын бөліп көрсетуге болады, онда аффективтік бейімделу төрт деңгейдің біреуінің механизмдерімен анықталады және ол ауыр дефицит жағдайында жетекші болады. Деадаптацияның дәрежесі мен сипаты баланың қоршаған ортамен өзара әрекетін анықтайтын деңгейге байланысты болады [82].

1. Аффективтік дамудың бірінші типін (ЕБА I-тобы) қарастырайық, ол базалық аффективтік ұйымдасудың бірінші деңгейінің дефициттік механизмдерінің басым болуымен сипатталады. Мұндай жағдайларда тән мінез-құлық байқалады - қоршаған әлеммен белсенді әрекеттесусіз кеңістікте қозғалыс. Бала заттарға қол созуы мүмкін, бірақ тез қызығушылық жоғалтады, қолы төмендейді, көзқарасы басқаша болады және ол кетіп қалады. Бала өзінің күйінде «қамалғандай» көрінеді, сыртқы әлемнен патологиялық қанығу салдарынан оқшауланған және психикалық дамудың бар әлеуетін де пайдалана алмайды. Оның қоршаған ортаға селективті қатынасы жоқ. Ол қоршаған ортаға қарапайым мақсатты әсер етудің түрлерін (моторлық немесе сөйлеу) көрсетпейді және енжарлық танытады.

Қоршаған ортаға селективтілік болмауы аффективтік дифференциацияның жеткіліксіздігімен және ішкі соматикалық сезімдерді әлсіз қабылдаумен қатар жүреді. Мұндай балалар, әдетте, қуанышты көрсетпейді, ауырсынуға, аштыққа немесе суыққа әлсіз жауап береді. Олардың беті жиі бейтарап көрінеді, «ханзада беті» сияқты. Күшті сыртқы әсер қысқа мерзімді реакция тудыруы мүмкін,

мысалы, бет бұрмалау немесе айқай, бірақ олар жайлы аймақта болғанда тез тынышталады.

Бұл балалар тек бірінші деңгейдің аффективтік бейімделу міндеттерімен шектеледі. Олар белсенді байланыстан қашады және ең қауіпсіз әрі жайлы жағдайға ұмтылады. Олар жарқын әсерлердің көзіне жақындамайды, секіруге қашықтықты дәл бағалайды, грациозды қозғалады, жиһазға шығуға тірек нүктелерін табады және тар кеңістіктерге оңай енеді. Әдетте, олар сәтті құлайды және сирек жарақат алады. Олардың белсенділігі кеңістікте қозғалу және бақылау арқылы анықталады. Көру және вестибулярлық әсерлер олар үшін ерекше мәнге ие. Олар ұзақ уақыт терезе алдында отырып, көшедегі өзгерістерді бақылай алады, орындықтарда тепе-теңдік сақтап отырады, заттан затқа секіреді, жиһазға шығып, бұрыштан бұрышқа ауысады. Кейде олар ересектерге өзін лақтыртып немесе айналтып ойнауға мүмкіндік береді, бірақ эмоционалдық байланысқа түспейді.

Осылайша, қанығудың жылдам іске қосылатын қорғаныс механизмі және тепе-теңдік пен тыныштық сезімінен алынатын аффективтік стимуляция арқылы бұл балалар өздерін әдеттегі, бірақ олар үшін үйренбеген сыртқы әсерлерден қорғайды және ішкі жайлылық күйін сақтайды. Алайда, бұл олардың қоршаған ортамен және адамдармен белсенді өзара әрекет ету мүмкіндігін толық жоғалтуына әкеледі.

2. ЕБА кезінде психикалық дамудың келесі ауырлықтағы бұзылысы нұсқасы (2-ші топ) аффективтік ұйымдасуда дефицитті екінші деңгейдің басым болуымен сипатталады.

Бұл жағдайда бала анағұрлым белсенді. Ол қауіпсіздікті қамтамасыз ету және негізгі физикалық қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін қоршаған ортамен примитивті селективті байланыс орнатады. Бұл балалар сыртқы әсерлерді де, ішкі соматикалық сезімдерді де бағалауға қабілетті, рахат пен қорқынышты сезінеді, сондай-ақ күлімсіреу, ауырсынудан көз жасы, аштықтан айқай сияқты реакциялар көрсетеді. Бұл сезімдер бірінші деңгейде қалған балалармен салыстырғанда айқын байқалады.

Бұл топтағы балалар сигналдық әсерлерді аффективті түрде бөліп көрсетіп, оларға қорғаныс немесе қажеттілікті қанағаттандыру бағытындағы стереотипті мінез-құлық реакцияларымен жауап береді. Олардың мінез-құлқы шектеулі, тек қайталанатын жағдайларда сәйкес келетін моторлық және сөйлеу реакцияларынан тұрады. Олар күтпеген өзгерістерге бейімделе алмайды: қызығушылықтың орнына қорқыныш сезінеді және кез келген тәртіп бұзылуына агрессиямен жауап береді. Олар тамақтануға шамадан тыс селективті болуы мүмкін, ал кез келген өзгеріс серуендеу маршрутының өзгеруі, жиһазды қайта қою немесе көшу апат ретінде қабылданады.

Аффективтік бейімделу міндеттерін тиімді шешуге қабілетсіздік баланың осы өзгерістерден оқшаулану ұмтылысын тудырады, бұл аутистік тосқауылдың қалыптасуына әкеледі. Жағымсыз сыртқы әсерлер жағымды сенсорлық сезімдер

мен әсерлер арқылы аутоstimуляциямен басылады.

Аутист баланың әлемі өте шектеулі болғандықтан, ішкі аффективтік үдерістердің тұрақтылығын қолдайтын және қорқынышты сезімдерден қорғайтын гиперкомпенсаторлық әсерлер стереотипті тәсілдермен алынады, көбіне өз-өзін тітіркендіру арқылы. Сезім мүшелерін тітіркендіру көз алмасын басу, жарқыл, қозғалыс немесе көру үшін қарапайым өрнектер құру арқылы жүзеге асады. Есту үшін бұл — басу, қағаздың сықырлауы, жырту, сықырлау, қайталанатын дыбыстар немесе әндер. Вестибулярлық анализатор секіру, тербелу, баспен төмен қалыпта қатып қалу арқылы тітіркенеді. Сонымен қатар, бұлшықет және проприоцептивтік сезімдерді белсенді түрде қайта жасау тән, мысалы, жекелеген бұлшықеттерді керу, буындарды бұгу, керілген аяқтарда секіру.

Аффективтік жайлылықты қамтамасыз ететін және сыртқы жарақаттайтын әсерлерден қорғайтын тұрақты аутоstimуляция мұндай балаларға екінші деңгей шеңберінде аффективтік бейімделу міндеттерін шешуге мүмкіндік береді. Бірінші топтағы балалардан айырмашылығы, олар қоршаған ортаға және тұрмыстық дағдыларға қарапайым стереотипті реакциялар дамыта алады, сондай-ақ біртепті сөйлеу бұйрықтары мен шаблондарды қолдана алады. Олар примитивті деңгейде аффективтік байланысқа түсе алады, анамен тығыз симбиотикалық байланыс орнатады, оның тұрақты қатысуы міндетті. Алайда неғұрлым күрделі эмоционалдық сезімдер оларға қолжетімсіз болып қала береді, ал қатаң стереотипті өмір сүру жағдайларынан шығу мүмкін емес.

3. ЕБА-мен ауыратын балалардағы базалық аффективтік саланың келесі зақымдану нұсқасында (3-ші топ) дефициттік үшінші деңгей шешуші мәнге ие болады.

Мұнда аутист бала қоршаған ортамен бейімделуі үшінші дефициттік деңгейдің қолданылуымен анықталады, ол қоршаған әлем алдындағы қорқынышты еңсеруге бағытталған. Бұл жағдайда "тербелмелі механизм" (немесе "шайқалма") іске қосылады, оның мақсаты — жағымсыз аффектілерді жағымдыға айналдыру. Қалыпты жағдайда бұл механизм жағымсыз әсерлерді бейтараптандыруға көмектеседі. Қорқыныштың әрбір жаңа тәжірибесі және одан кейінгі одан арылу сау балаға жағдайды жақсырақ меңгеруге және оның тосынсыйлығын азайтуға мүмкіндік береді. Бұл арылу әдетке айналады, рахаттану сезімінің қарқындылығы төмендейді, нәтижесінде "шайқалма" механизмі тоқтайды. Алайда бұл тек жағдайдың тұрақты жағымды бағасы болғанда ғана мүмкін.

Егер жағымсыз тәжірибе тым күшті болса және қауіпсіздік сезімі болмаса, бұл — аутист балаларда жиі кездеседі — қорқынышты шешуге деген қажеттілік сақталады. Нәтижесінде бір аффективтік әрекеттің шексіз қайталануы орын алады. "Тербелмелі механизм" екінші деңгейге тән аффективтік аутоstimуляция деңгейіне дейін деградациялана бастайды және бұл баланы қорқынышын сәтсіз шешуге тырыса отырып, жылдар бойы тұйық шеңберде қалдыратын тұзаққа

айналады. Балалар "шайқалманың" әлсіздігін сан жағынан өтеуге тырысып, қорқыныш туғызатын жағдайларды қайта-қайта қайталауға ұмтылады.

Қорқыныш немесе жиіркеніш сезінетін аутист балалар "қорқынышты", "лас" немесе "жағымсыз" нәрселерге қызығушылық таныта бастайды, көбінесе бұрын өздерінде қорқыныш тудырған объектілерге. Бұл қызығушылықтардың стереотиптілігі тән жылдар бойы сол бір әсерлерді үздіксіз іздеу, бұл баланың мінез-құлқына обсессивті сипат береді. Осылайша, басқалар үшін түсініксіз және жиі агрессивті сипаттағы қорқынышты әсерлерге әуестікпен байланысты аутизмнің ерекше формалары қалыптасады.

Аутист балалардың қоршаған ортамен аффективтік байланыс орнату мүмкіндігі шектеулі. Олар әлеммен тек өз ұмтылыстары шеңберінде әрекеттеседі, жағдайды тек мақсатқа жету тұрғысынан бағалап, өз әрекеттерінің салдарын елемейді. Олардың мінез-құлқы — моторлы да, сөйлеу де — аффективтік монологқа айналады. Бұл балалар өз тілектерін кеңейтілген аффективтік сөйлеу арқылы білдіруі мүмкін, бірақ толыққанды диалогқа қабілетсіз.

4. Эмоционалдық саланың дамуындағы ең жеңіл зақымдану нұсқасын (4-ші топ) қарастырғанда, аффективтік саланың ұйымдасуында дефициттік төртінші деңгей жетекші болады және бұл төменгі реттеу деңгейлерінің баланың мінез-құлқына қатысуына мүмкіндік бермейді.

Аутист баланың жоғары жараланғыштығы және қоршаған ортамен байланыстағы белсенділігінің төмендеуі оған жақын адамдарға, әсіресе анасымен тығыз эмоционалдық байланысқа патологиялық тәуелділіктің қалыптасуына ықпал етеді. Аффективтік байланыс тек жақын адамдар арқылы ғана жүзеге асады, бұл сыртқы ортамен әрекеттесуде елеулі қиындықтар тудырады. Мұндай балалар, мысалы, жаңа мінез-құлық үлгілерін игеруде қиындықтарға тап болады және бұрын үйренген формаларды стереотипті түрде қолдануға тырысады. Олар әдеттерінде ригидті және педант, сондай-ақ мінез-құлқында рәсімдерді бекітуге бейім.

Сонымен қатар, бұл топтағы балаларға сөйлеу, моторлық және интеллектуалдық дамудың тежелуі тән. Олардың қозғалысы икемсіз және автоматтандырылған болуы мүмкін, сөйлеуі — аграмматикалық және баяу. Бет әлпетін, ым-ишараны және интонацияны да біршама асыра және сканерлеуге болады. Жақсы алғышарттар болған кезде де, интеллектуалды даму жиі кешіктіріледі. Сипаттама - бұл оқиғаның мәнін бала кездескен жағдаймен қабылдауды шектеу және жаңа аспектілерді білуге қарсылық. Бұл жағдайда сөз біртұтас ситуациялық мағынаны анықтайтын белгі ретінде қолданылады. Мұндай балалар адамдар арасындағы қарым-қатынасты нашар түсінеді, астарлы мәтінді сезбей-ақ бәрін тура мағынада қабылдайды, бірақ түсіндіргенде олардың тереңірек аспектілерді түсіне алатындығы белгілі болды.

Бұл жақын адамдарда балаға қатысты тұрақты жағымсыз бағалаудың қалыптасуына әкелуі мүмкін, бұл баланың аффективтік бейімделудің жалғыз

қолжетімді жолдарын бұзады және қайталама аутизацияның дамуына ықпал етеді. Төртінші деңгейдің дефицитарлығы төменгі аффективтік механизмдердің дамуын бұзады. Қоршаған ортамен байланыс орнатудың қатаң, стереотипті ережелері және басқа адамдардың делдалдығы қажеттілігі дербес бейімделудің дамуын және төменгі деңгейлердің аффективті белсендіру тәсілдерін қалыптастыруды қиындатады. Бұл төртінші деңгей жұмысының бұзылуын одан әрі күшейтеді.

Осылайша, қарастырылған ЕБА-ның төрт тобы аффективтік ұйымдасудың әртүрлі зақымдану деңгейлерін және олардың баланың мінез-құлқына әсерін көрсетеді. Бұл төрт нұсқа ерте балалық аутизмнің психологиялық жіктелуінің негізіне айналды. Олар тек аффективтік дезадаптация дәрежесімен ғана емес, мінез-құлық түрі және гиперкомпенсация механизмдерінің сипаты бойынша да ерекшеленеді. Аффективтік бейімделу түрі базалық ұйымдасудың қалыптасқан ең жоғары деңгейімен анықталады.

Алайда аталған ЕБА нұсқалары аффективтік саланың қатып қалған дефициттік формалары болып табылмайды. Баланың мінез-құлқында көршілес деңгей механизмдері басым бола бастағанда, бір нұсқадан екіншісіне ауысу мүмкін. Бұл аффективтік бейімделудің неғұрлым төмен деңгейіне регресс түрінде жағымсыз динамика да, баланың неғұрлым күрделі деңгейдің аффективтік механизмдерін игеріп, белсенді қолдануы арқылы оң динамика да болуы мүмкін. Аффективтік дамудың регресс белгілерін аффективтік бейімделу деңгейі төмендегенде, жоғарғы деңгейдің аффективтік мінез-құлық мағынасы жоғалып, төменгі деңгейдің мінез-құлқы бақылаусыз болған кезде диагностикалауға болады. Оң динамика тиімді коррекциялық әсерлер кезінде мүмкін, жаңа деңгейдегі аффективтік әсерлердің стимуляциясы баланың белсенділік пен бейімделудің жаңа деңгейіне көшуіне көмектеседі [83].

Қорыта айтқанда, базалық аффективтік ұйымдасу деңгейінің динамикалық күйі бүкіл аффективтік реттеудің дамуына әсер етеді. Бір деңгейдің бұзылуы басқа деңгейлердің барлығында шиеленіс пен шамадан тыс жүктемені тудыруы мүмкін, бұл эмоциялық реттеудің мағыналық жағын бұзады және эмоциялық жүйенің жеткіліксіз дамуына ықпал етуі мүмкін. Көп жағдайда деңгейлердің гипо- және гиперфункциясының түрлі комбинациялары байқалады, бұл эмоциялық бұзылулардың бай типологиясын қалыптастырады.

7.6 Соматосенсорлық, праксикалық және гностикалық функциялардың қалыптасуын салыстырмалы талдау.

Ғалымдар нейроонтогенездің негізгі айларын қалыпты жағдайда және ASD кезінде анықтайды [84]:

Кесте 2. Соматосенсорлық жүйенің нейроонтогенезі

Айлар	Физиологиялық даму	АСБ
3 ай	Басын дыбыс көзіне қарай бұрады. Көрініс мұқият, алыстан көзқарасты бекітеді 20- 25 см. тыңдау. Бірнеше секунд бойы нысанды бақылайды.	Есту қабылдаудан бас тарту, тыңдауға дайын болмауы. «Өз-өзіне» «ешқайда» қарау. Адамның бет-әлпетінде ешқандай фиксация жоқ. Тактильді байланысқа теріс көзқарас, әсіресе киім ауыстырған кезде. «Не бар» биологиялық бағыттылық рефлексі көрсетілмеген
4–5 ай	Ересектің көзқарасын қадағалайды. 1 м қашықтықтағы затты 180° доға бойынша қадағалайды.	Адамның бетіне көзбен байланыс орнатпайды. Көру аймағынан тыс дыбысқа реакция жоқ. Кейбіреулерінде жеке дыбыстарға гиперсезімталдық.
6 ай	Дыбысты оң және сол жағынан локализациялайды, дыбыс көзіне 45° бұрылады.	Көру және есту сезімталдығы. Кейбір балалар қараңғыда болуды жақсы көреді. Анасы мен бөгдені ажырата алмайды.
12 ай	Өз есімін естігенде бұрылады. Дауыстың үнін ажыратады. Жұп заттарды таңдайды.	Қозғалмайтын, монотонды динамикасы бар заттарға көз салады (мысалы, ағатын су, құм). Көзбен байланыс жоқ немесе формальды «көз арқылы өту».
18 ай	Суреттегі ұсақ бөлшектерді ажыратады.	«Көзбе-көз» байланыс сирек. Жарқын жарықты ұнатпайды. Кейбіреулерінде шеткі көруді қолдануға айқын бейімділік бар.
24 ай	Балалар суреттегі өзін және туыстарын таниды. Жаңа затқа оңай назар аударады.	Балалар суреттегі өзін және жақындарын танымайды. Ортақ назар жоқ (басқа біреудің назарын тарту қиын, өзі де тартпайды).
36 ай	Музыкалық шығармаларға эмоционалды әсер етеді. Ән айтады. Музыкамен ырғақты қозғалыстар жасайды. Заттар мен құбылыстардың бейнесін тануда сенсорлық тәжірибе қолданады. Дененің тактильдік бейнесі қалыптасады, оң/сол бағдар анықталады.	Музыкаға таңдамалы қатынас: құлағын жауып, көзін жұмып, қайталауды талап етеді — стереотиптік таңдау. Кеңістіктік бағдар шектеулі — белгілі бір кеңістікте тән қимылдарды орындайды. Затқа көзін қадайды, бірақ жанды/жансызды ажыратпайды.

Кесте 3. Праксис және гнозис функцияларының қалыптасуы

Айлар	Физиологиялық даму	АСБ
3 ай	Ойыншықты қолымен ұстайды.	Бас бармақ пен сұқ саусақпен ұстайды. Анасының шашын бұрау әдеті болады. Қолдың үш саусағында толқынды қозғалыстар (атетоз тәрізді).
4–5 ай	Ойыншықпен белсенді әрекет етеді.	Ойыншықты ұстауға, әрекет етуге талпыныс жоқ.
6 ай	Түрлі белсенді былдырлау (алдыңғы және артқы тіл дыбыстары).	Көбінде гуілдеу жоқ. Дауыстық реакциялар (айқай) артикуляциясыз.

3-кестенің жалғасы

7,5 ай	Бірдей қимылдармен еңбектеу. «Ба-ба» тәрізді қос дыбыстар пайда болады.	Шынтақ және тізде тербелу. Көпшілігі еңбектемейді. Қозғалыстар стереотипті және мақсатсыз.
8–8,5 ай	Бас бармақпен ұстайды. 2–3 сақинадан тұратын пирамидамен мақсатты әрекет етеді.	Ойыншықты ұстай алмайды. Қолына берілген жағдайда да мақсатты әрекет етпейді.
10 ай	Сұқ саусақпен нұсқайды. Өзі тұрып кетеді. Буындармен әрекет пен заттарды атайды.	Бұлшықет тонусы жиі төмендейді, гипертониялық немесе дистониялық түрге азырақ өзгереді. Өздігінен тұрмайды. Қозғалысты тек қоздырғанда ғана жасайды. Көбінесе теріс реакцияны көрсетеді. негатив реакция.
12 ай	Өзі жүреді. Қысқа сөздерді айтады (ана, әке).	Ересек адамның қолынан ұстап жүреді, ұзақ уақыт өздігінен жүрмейді. Қадамы секірмелі, үйлеспейді, көбіне бақаймен жүреді. Саусақпен нұсқамайды. Мутизм, жеке сөздер (номинатив), мәнсіз.
15–18 ай	Қарапайым киімді шеше/киеді (баскиім, қолғап). «Сызбалар» салады. Қасықпен жейді.	Неғұрлым айқын стереотиптер (секірулер сериясы, өз осінің айналасында айналу). Саусақтармен немесе бүкіл қолмен қайталанатын бұлғау қозғалыстарын жасайды. Қозғалтқыш стереотиптері фантастикалық сипатқа ие: алғашқы екі саусақпен тұрту, қалған үшеуі алақанға басылады. Мутизм, дара сөздер, эхолалия, клише сөздер
20–24 ай	Екі сөзді сөйлемдер. Кубиктерден қарапайым құрылымдар. Ынталы ым-ишара. Қол басымдығы қалыптасады. Жүгіреді.	Еріксіз қозғалыста епсіздік. Көп стереотипті әрекеттер: соғу, айналдыру, ауыстыру. Сөйлеуде регресс: дайын сөз тіркестері, кейде «дамыған» ересек тілді еліктеу.
2 ж. 6 ай – 3 ж.	Қарындашты дұрыс ұстайды. Контур суреттерін таниды. Адам бейнесіне жетіспейтін қол/аяқ қосады. Шеңберді көшіреді. Мимикалық және артикуляциялық бұлшықет жақсы дамыған.	Сөйлеудегі эхолалия. Қимылдарды жеткіліксіз пайдалану және интонацияның болмауы. Стереотиптік сөз. Монотонды ойындар – ойыннан тыс материалды стереотиптік манипуляциялар. Ойыншықтар мақсатына сай пайдаланылмайды. Олар заттарды монотонды түрде айналдыруға, оларды жылжытуға, сұйықтықты бір ыдыстан екіншісіне құюға бірнеше сағат жұмсай алады.

4–5 жас	<p>Алға сальто жасай алады. Бір аяқпен секіреді. Шаршыны көшіреді, сызады. Қайшыны пайдаланады. Кеңістіктің анықтамасын сөйлеуде қолданады (қосу, астында, артында). Текшелердің суреттерін біріктіреді. Түймелерді, көйлектерді көмексіз бекітеді. Қозғалыстың екі түрін қатар орындайды. Фигуралар (шеңбер, шаршы, үшбұрыш), киімдегі адам, сюжетті суреттер салады. Аяқ киімнің бауларын өз бетінше байлайды.</p>	<p>Олар сізбен байланыс үшін емес, қажетті затты алу үшін хабарласады. Бала үшін маңызды жағдайда ол қысқа сөз тіркесін айта алады. Кататоникалық сипаттағы бұзылулар: эхолалия, мутизм, ән айту, дыбыстың ұзартылған немесе жылдам айтылуы, тональдылықтың, темптің, сөйлеу тембрінің бұзылуы. Қозғалтқыш стереотиптік мақсатсыз әрекеттер (бөлменің бір бұрышынан екінші бұрышына жүгіру). Олар түсініксіз және шатастырып сөйлейді. Олар геометриялық фигураларды көшіре алмайды, бірақ фигуралар қорапшасын шарлай алады (геометриялық пішінді контурмен салыстыра алады) және геометриялық лотереяны орналастырады.</p>
---------	--	--

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтары

1. Нормдағы және патологиядағы базальды эмоционалдық реттеу құрылымы қандай?
2. Эмоционалды реттеудің базальды жүйесі қандай деңгейлерді қамтиды?
3. Эмоционалдық сфера патологиясына деңгейлік көзқарастың мәні неде?
4. Эмоционалды реттелудің қандай функционалдық бұзылыстары АСБ бар балаларға тән?
5. Ерте жастағы балалық аутизмде эмоционалдық реттеудің қандай механизмдері бұзылады?
6. АСБ бар балаларда және қалыпты дамып келе жатқан балаларда соматосенсорлық, практикалық және гностикалық функциялардың қалыптасуын салыстырыңыз.

Реферат тақырыптары

1. ЕБА (ерте жастағы аутизм) бар балалардың қорқыныштары мен әуестіктері.
2. ЕБА бар балалардың қызығушылықтары мен ұмтылыстары.
3. ЕБА-ның әртүрлі топтарына жататын балалардың сөйлеу дамуы.

Өзін-өзі тексеруге арналған тест

1. Эмоциялық реттеуге ми құрылымдарының қайсысы қатысады?
 - a) Тек қана қыртысасты
 - b) Тек маңдай бөлігі

- c) Тек ортаңғы ми
 - d) Қыртысасты және маңдай бөліктері
2. Ерте аффективтік реакция түрлерінің күрделі формаларға интеграциясында не негізгі рөл атқарады?
- a) Инстинктер
 - b) Қыртысасты құрылымдар
 - c) Шартсыз рефлексдер
 - d) Жад пен сөйлеу
3. Эмоциялық реттеудің афференттік буыны қандай қызмет атқарады?
- a) Психикалық белсенділік тонусын реттейді
 - b) Тек эмоциялардың когнитивтік бағасын қамтамасыз етеді
 - c) Бейнелі қозғалыстарды басқарады
 - d) Ағзаның және сыртқы ортаның жағдайы туралы ақпаратты қабылдайды
4. Эмоциялық жүйе экстремалды жағдайларға қалай жауап береді?
- a) Қауіп сигналына мән бермейді
 - b) Инстинктивтік реакцияларды басады
 - c) Тек жағымды эмоцияларды күшейтеді
 - d) Мазасыздық, алаңдаушылық және қорқыныш тудырады
5. Эмоциялық ақпарат когнитивтік ақпараттан немен ерекшеленеді?
- a) Толығырақ сипатталған
 - b) Әрқашан объективті
 - c) Тек логикалық қорытындыларға негізделген
 - d) Құрылымы азырақ
6. Эмоциялық реттеудің эфференттік буыны қандай қызмет атқарады?
- a) Сигналдарды ми қыртысына жеткізеді
 - b) Физиологиялық қажеттіліктерді бақылайды
 - c) Тек сөйлеу реакцияларын басқарады
 - d) Психикалық белсенділік пен бейнелі қозғалыстарды реттеуге қатысады
7. Гипердинамикалық жағдайда қандай күй пайда болуы мүмкін?
- a) Толық апатия
 - b) Когнитивтік процестердің баяулауы
 - c) Жадтың жоғалуы
 - d) Кенеттен шаттық, ашу, ашушаңдық
8. Базалық эмоциялық реттеу жүйесінің қай деңгейі аффективтік стереотиптердің қалыптасуымен байланысты?
- a) Далалық реактивтілік
 - b) Экспансия деңгейі
 - c) Эмоциялық бақылау деңгейі
 - d) Стереотиптер деңгейі
9. Эмоциялық реттеудің төртінші деңгейінің гиподисфункциясы қандай салдарға әкелуі мүмкін?

- a) Ойын белсенділігінің артуы
 - b) Шешім қабылдаудың жылдамдауы
 - c) Жағымды эмоциялардың күшеюі
 - d) Қарым-қатынас белсенділігінің төмендеуі және байланыстарды шектеуге бейімділік
10. Эмоциялық реттеу контекстінде қай тұжырым дұрыс?
- a) Эмоциялар әрқашан когнитивтік жүйеге бағынады
 - b) Ашу мен ызакорлық психикалық тонусты әрқашан төмендетеді
 - c) Эмоциялық реттеу тек шартсыз рефлексстер деңгейінде мүмкін
 - d) Эмоциялар күйзеліс жағдайында қорғаныс функциясын атқара алады

8. Дәріс. Аутизм спектріндегі бұзылыстары бар баланың сенсорлық-перцептивтік бейінін анықтау. Аутизм спектрінің бұзылыстарының жіктелуі.

8.1. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар баланың сенсорлық-перцептивтік профилін анықтау.

Сау балалардың сенсорлық-перцептивтік функцияларының ерекшеліктерін зерттеу тарихы объектілерді гаптикалық қабылдау процесінде қозғалыстың маңыздылығын бірінші болып атап көрсеткен И.М.Сеченовтың іргелі көзқарасынан басталады. Ол көру мен жанасу арасындағы параллелизмді, олардың объектінің тұтас бейнесін қалыптастырудағы рөлін атап өтті. Баланың психикалық дамуына қарай бұл екі сезім жүйесінің өзара бақылауы күшейіп, сенсорлық қабылдау моторлық әрекетпен бірігіп, «көру-қимыл ассоциациясын» қалыптастырады.

Бұл жүйе, Сеченовтің пікірінше, кеңістіктік бағдарланудың негізгі құралы болып табылады. Көру мен жанасуды сезу арқылы қабылдауды зерттеу ассоциативтік психология аясында жалғасын тапты, ол қабылдауды сезімдердің жиынтығы ретінде қарастырды. Осы мектептің идеяларының көбі М. Монтессори жүйесінде көрініс тапты. Ол 3-6 жас аралығындағы балаларға арналған арнайы материалдар мен тапсырмаларды қамтитын бағдарлама әзірледі. Бұл бағдарлама заттардың пішінін, салмағын және құрылымын тактильдік тұрғыдан ажыратуды дамытуға бағытталған.

Балалардың қабылдауын зерттеуге гештальтпсихология да зор үлес қосты. Бұл мектеп қабылдаудың бастапқыдан-ақ тұтас болатындығын, оны жекелеген компоненттердің қосындысы ретінде қарастыруға болмайтынын дәлелдеді. Лейпцигстің гештальтпсихология мектебінің қызметкері Г.Фолькелттің зерттеулері ерекше назар аудартады, ол балалардың фигураларды тактильді қабылдауынан кейін салған суреттері көрнекі қабылдаудан гөрі аз адекватты

екенін анықтады.

Ересектерде жүргізілген зерттеулер жанасудың қалыпты үдерісі қол қимылдарының күрделі жүйесін қажет ететінін көрсетті. Бірқатар ғалымдардың пікірінше, көру немесе жанасуды сезу бейнесінің қалыптасу деңгейін оның басқа әрекеттердегі қолданылуы арқылы сенімді анықтауға болады (А.Г. Ружская, В.П. Зинченко). Олардың зерттеулері мектепке дейінгі кезеңнің соңына қарай визуалды және тактильді бейнелер интерсенсорлық тасымалдау үшін қажетті айқындыққа ие болатынын көрсетті. Көрнекі-тактильді функционалдық жүйе мектепке дейінгі жаста (4-5 жасқа дейін) қалыптасады.

Мектеп жасына дейінгі балалардың көрнекі қабылдауын және фигураларды ауызша белгілеуді зерттеу үш кезенді анықтауға әкелді. Бірінші кезеңде (3-4 жас) балалар бірнеше қимылдар жасайды және объектілермен стереотиптік манипуляцияларды көрсете алады, оларды бір белгі бойынша атайды. Екінші кезеңде (4-5 жас) фигурамен қарым-қатынас ұзағырақ және белсендірек болады. Үшінші кезеңде (5-6 жас) фигураның контурын ұстанатын жүйелі қозғалыстар пайда болады, ал балалар фигураларды әртүрлі жағынан және әртүрлі позицияларда зерттейді.

С.Г. Якобсонның мектеп жасына дейінгі балалар пішіндерді алдымен сезінсе, сосын визуалды түрде тексеретін болса, оларды жақсы танитынын көрсетті. Бұл осы жаста сенсорлық қабылдаудың көрнекі қабылдаудан алда екенін көрсетеді. Қол мен көз қызметінің дамуы бір мезгілде болмайды: қол әрекет мүшесі ретінде заттың көрнекі бейнесін байытады, ал көз объективті әрекеттер туралы ақпаратты жеткізе отырып, қолдың практикалық әрекеттерін қалыптастыруға қатысады[85].

8.2. Онтогенетикалық даму үдерісіндегі перцептивті әрекеттердің қалыптасу кезеңдері

Кеңестік ғалымдар бала дамуы мен оқыту үдерісінде перцептивтік әрекеттердің қалыптасуы бірнеше кезеңнен өтетінін анықтаған (А.В. Запорожец).

Перцептивті әрекеттер мен бейнелердің қалыптасуының бірінші кезеңінде бала қабылдау мәселелерін шешу үшін практикалық әрекеттерді қолданады (А.В.Запорожец). Екінші кезеңде сезім үдерістері практикалық әрекеттің әсерінен рецепторлық аппараттың қозғалыстары арқылы жүзеге асырылатын және кейінгі практикалық әрекеттерді болжайтын нақты қабылдау әрекеттеріне айналады (З.М.Богуславская, А.Г. Ружская, А.В.Запорожец). Бұл кезеңде көзқарас бағыты мен сипап сезу қозғалыстарының бағыттылығы байқалады — олар баланың не істейтінін айқындайды. Үшінші кезеңде перцептивтік әрекеттер ықшамдалып, олардың орындалу уақыты қысқарады, ал эффекторлық (қимылдық) бөліктер бәсеңдейді. Осылайша қабылдау үдерісі сырт көзге пассивті болып көріне бастайды. Бұл кезде бала заттардың қасиеттерін тез аңғарып, олардың өзара байланысын ажырата алады және сыртқы бағдарлау қимылдарынсыз-ақ оларды

таниды.

Практикалық және сәйкестендіру әрекеттерінің нәтижесінде пайда болған қабылдауды талдау олардың арасындағы айырмашылықтарды көрсетті (А.В.Запорожец). Бірінші жағдайда, біртұтас бейнені жасауға және оны белгілі бір сыныпқа жіктеуге көмектесетін объектінің сипаттамаларын бөлектеуге баса назар аударылады. Екінші жағдайда, объектінің сипаттамалары бұрыннан қалыптасқан кескінге негізделген сәйкестендіру үшін пайдаланылады. Осыған байланысты «сенсорлық эталон» немесе «қабылдаудың операциялық бірлігі» түсінігі енгізілді, ол перцептивті оқыту нәтижесінде қалыптасқан және олардың сипаттамаларына қарамастан объектілер мен жағдайларды тұтас тануға мүмкіндік беретін ықшам, мағыналық интегралды формацияларды білдіреді. Сенсорлық сілтемелер геометриялық пішіндер, түстер мен өлшемдер, сондай-ақ оларды пайдаланумен байланысты әрекеттер болуы мүмкін. Даму процесінде балада қабылдаудың жана операциялық бірліктері қалыптасады және жинақталады[86].

Жоғарыда айтылған зерттеулер балалардың сенсорлық-перцептивтік қызметінің даму заңдылықтарын зерттеудің маңыздылығын көрсетеді. Бұл білім балалардың сенсорлық тәрбиесін сәтті ұйымдастыру үшін өте қажет.

8.3. Аутизм спектріндегі бұзылыстары бар балалардың ерекше сенсо-моторлық ауытқулары

Көптеген зерттеулер аутизмі бар балалардың басым бөлігінде сенсорлық-перцептивтік ауытқулар болатынын көрсетеді. Л. Каннер мен Г. Аспергер бұл балалардың дыбыстарға, жанасуларға, дәмдер мен иістерге ерекше, қалыптан тыс реакцияларын алғашқылардың бірі болып сипаттаған. Қазір аутизммен ауыратын адамдардың дыбыстар, жанасу, дәм, иіс, визуалды ынталандыру, сондай-ақ кинестетикалық және проприоцептивтік әсерлер туралы ерекше тәжірибелерін егжей-тегжейлі сипаттайтын маңызды жұмыстардың жиынтығы бар. Бұл бұзылулар гипер- және гипосезімталдықты, сенсорлық ауытқуларды, монопроцессингті, сенсорлық шамадан тыс жүктемені және басқа да ерекшеліктерді қамтуы мүмкін.

Әдетте, сенсорлық-перцептивтік қызметтердің мұндай ерекшеліктері ерте жастан бастап пайда болады. Салыстырмалы ретроспективті зерттеуде Dahlen және Gillberg (1989) психикалық дамуы тежелген, аутизмі бар және дені сау құрбылары бар балалардың өмірінің алғашқы екі жылында әлеуметтік, коммуникативті және мотивациялық салалардағы бұзылулармен қатар, сенсорлық тітіркендіргіштерге (әсіресе дыбыстық) қалыптан тыс реакциялар аутизмі бар балаларды басқа топтардан айтарлықтай ерекшелендіретіні анықталды. 3 жастан 56 жасқа дейінгі аутизмі бар адамдарда сенсорлық дисфункцияны зерттеу сенсорлық ауытқулар жасына қарай ішінара тегістелетінін көрсетті, бірақ жанасу сипаттамалары іс жүзінде өзгеріссіз қалады.

АСБ бар адамдарда тактильді сезімталдықтың психофизиологиялық

зерттеулері жағымды және бейтарап ынталандыруларға азырақ айқын реакцияларды көрсетті, ал жағымсыз ынталандырулар бақылаумен салыстырғанда лимбиялық жүйенің айқын реакцияларын тудырды (Cascio, C. J., Moana-Filho және т.б.). Зерттеу авторлары бұл ерекшеліктер жанасу маңызды рөл атқаратын элеуметтік саладағы бұзылулармен байланысты болуы мүмкін деп болжайды. Сондай-ақ Э.Дж.Айрес тактильді жоғары сезімталдық баланың элеуметтік, эмоционалдық және танымдық салаларына теріс әсер ететінін атап өтіп, жағымсыз тактильді сезімдер жаңа объектілерді зерттеуге қызығушылықты төмендететінін, бұл толық даму ықтималдығын төмендететінін атап өтеді [87].

Көптеген заманауи теориялар аутистикалық бұзылуларды бастапқы танымдық бұзылулармен байланыстырады. Олардың ең көп тарағандары келесі гипотезалар:

1. Атқарушы функцияның бұзылуы гипотезасы,
2. «әлсіреген орталық когеренттілік» гипотезасы,
3. Психикалық күйлерді тану теориясы,
4. Эмпатия-жүйелену теориясы,
5. Магноцеллюлярлық көру жолының бұзылу теориясы.

Қорытындылар:

1. Баланың объективті іс-әрекетін, сенсорлық эталондарын, қабылдау және интеллектуалдық қабілеттерін дамыту процесінде сенсорлық-перцептивті функциялардың маңызы зор.

2. АСБ бар балаларда сенсорлық-перцептивтік бұзылулар байқалады, бұл олардың одан әрі дамуына айтарлықтай әсер етуі мүмкін.

3. АСБ бар балалардың сенсорлық-перцептивті функцияларын эксперименталды психологиялық зерттеулер, әсіресе динамикадағы гаптикалық және көрнекі қабылдау саласында шектеулі.

4. Аутистикалық бұзылулар спектріндегі әртүрлі кіші топтардың клиникалық және психологиялық сипаттамалары, оның ішінде аффективті патологияның дәрежесіне байланысты сенсорлық-перцептивтік функциялардың сипаттамалары жеткілікті түрде зерттелмеген.

8.4. Аутизм спектрінің бұзылыстарының жіктелуі

МКБ және DSM жіктеу үлгілері санаттар мен диагностикалық критерийлерді талқылайтын және бекітетін сараптамалық комиссиялардың жұмысы негізінде қалыптасады. Бұл критерийлер адамның әрбір санаттағы диагнозға сәйкестігін анықтайды. Сарапшылар деректердің кең ауқымын, соның ішінде клиникалық, әкімшілік және зерттеу материалдарын, сондай-ақ денсаулық сақтау мекемелерінің тәжірибесін талдайды. Жоба санаттары мен критерийлері кері байланыс пен қайта қарауға мүмкіндік беру үшін көпшіліктің пікірі үшін таратылады. Кейбір жағдайларда критерийлерді тексеру үшін далалық зерттеулер жүргізіледі. DSM -IV-R-де мінез-құлық, эмоционалдық және элеуметтік

проблемаларды қамтитын балалық диагностикалық санаттар (мысалы, зейін проблемалары, мінез-құлықтың бұзылуы, қарсылық, алаңдаушылық, депрессия) симптомдардың тізімін қамтиды. Сонымен қатар, диагнозды растау үшін орындалуы қажет бірқатар белгілер үшін диагностикалық шектер белгіленеді (American Psychiatric Association, 2000). Қосымша критерийлерге симптомдардың ұзақтығы, басталу жасы және нашарлаудың динамикасы жатады. Критерийлер кез келген жастағы және жыныстағы балалар үшін, сондай-ақ ата-аналар, мұғалімдер, балалар деректері, зертханалық зерттеулер және клиникалық бақылаулар сияқты әртүрлі көздерден алынған ақпарат үшін бірдей.

Әртүрлі дереккөздерден алынған ақпаратта қайшылықтар немесе сәйкессіздіктер болса (мысалы, ата-аналар немесе бала байқамайтын зейін мәселелерін хабарлаған мұғалімдер), дәрігер барлық диагностикалық критерийлерге сәйкес келетініне қатысты иә/жоқ шешім қабылдауы керек, содан кейін баланың жағдайы диагнозға сәйкес келетінін анықтауы керек.

DSM -5 жүйесін әзірлеу кезінде Американдық психиатриялық қауымдастық «өлшемді» (яғни, сандық) диагностикалық критерийлерді дамыту мүмкіндігін зерттеу үшін комиссия құрды. Бұл комиссия балалар мен ересектер арасындағы диагноздарды өлшеуге болатынын дәлелдейтін кең көлемді материалдар жариялады (Helzer және т.басқалар, 2008). Дегенмен, DSM -5 жүйесінде бұл критерийлер нақты қалай көрсетілетіні әлі белгісіз. Мүмкін, клиникалық диагностика үшін бұрынғыдай «иә/жоқ» форматы сақталып, зерттеу мақсатындағы өлшемдер ғана біршама сандық сипатта болуы ықтимал.

МКБ-10 жүйесіндегі психикалық және мінез-құлық бұзылыстарының диагностикасы үшін қолданылатын зерттеу өлшемдері (World Health Organization, 1993) клиникалық диагностикаға арналған бұрынғы критерийлермен толықтырылған (World Health Organization, 1992). Бұл критерийлер иә/жоқ негізінде бағалануы тиіс белгілер мен белгілерді анықтайтын DSM-IV-TR критерийлеріне ұқсас. Әрбір критерий бойынша иә/жоқ шешімін қабылдағаннан кейін пайдаланушылар баланың белгілі бір диагнозға сәйкес келетіні туралы шешім қабылдауы керек. Дегенмен, МКБ-10 клиникалық диагностикалық критерийлері (Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, 1992) DSM-IV-TR-ден ерекшеленеді, өйткені оларда нақты белгілердің егжей-тегжейлі сипаттамасы және диагнозды бағалау үшін шешім қабылдау ережелері жоқ. МКБ-10 DSM-IV-TR-де жоқ диагностикалық санаттарды қамтиды, мысалы, бауырластардың бәсекелестігінің бұзылуы, гиперкинетикалық мінез-құлықтың бұзылуы және тіркеменің бұзылуы. Сондай-ақ МКБ және DSM-IV-TR арасындағы диагностикалық санаттардың ішкі санаттарында айырмашылықтар бар. Мысалы, назар тапшылығының гиперактивті бұзылуы DSM-IV-TR-де кіші түрлерге бөлінеді, ал МКБ-10-да гиперактивті бұзылыстың мұндай ішкі санаттары жоқ. Өз кезегінде МКБ -10 мінез-құлықтың бұзылуын отбасында шектелген мінез-құлық бұзылыстары, әлеуметтендірілмеген мінез-құлық бұзылыстары және

элеуметтендірілген мінез-құлық бұзылыстары деп бөледі.

DSM-IV және МКБ -10 бойынша аутизм спектрінің бұзылыстарының диагностикалық критерийлері. Аутизм спектрінің бұзылыстары американдық психиатрлар қауымдастығының және ДДСҰ МКБ-10 классификациясының критерийлеріне сәйкес диагноз қойылады[88].

МКБ-10 бойынша ерте балалық аутизм F 84.0 ретінде кодталған. Диагностика критерийлеріне мыналар жатады[89]:

- Бала қоғаммен байланыс орнатпайды.
- Ол эмоцияны білдірмейді, басқа адамдармен және ата-аналармен сөйлеспейді.

- Ым-ишара қолданбайды, ойлауы мен қиялы нашар дамыған.
- Басқа балалармен ойнамайды, топтық ойындарды ұнатпайды.
- Ауру үш жасқа дейін білінеді, бірақ оны кейінірек анықтауға болады.
- Бала туылғаннан бері психикалық дамуында кемістіктер бар.
- Егде жаста қорқыныш, ұйқының және тамақтанудың бұзылуы, сондай-ақ агрессивтілік пен ашуланшақтық байқалуы мүмкін.

- Бұзылу өмір бойы сақталады, емдеусіз жақсару болмайды.
- Аурудың себептері мидың органикалық зақымдалуымен немесе басқа факторлармен байланысты болуы мүмкін.

- Ұлдар қыздарға қарағанда балалық аутизмге бейім.

DSM-IV балалық аутизмге келесі критерийлер кіреді:

- Бала қоғамға бейімделмеген, ата-анамен және басқалармен байланыс жасамайды.

- Нәресте басқа адамдардың эмоцияларына жауап бермейді және өз сезімін сирек білдіреді.

- Басқа балалармен араласуға, ойнауға қызықпайды.

- Қарым-қатынас жасауға тырысқанда мимика мен ым-ишараны қолданбайды, сөйлеу бір сарынды.

- Аутист адамға достар табу, ойын ойнау, топтық іс-әрекеттерге қызығушылық таныту қиын.

- Стереотиптік қозғалыстар мен қайталаулар байқалады, мысалы, ойыншықтарды қатарға қою немесе бір сөзді қайталау.

- Балаға қатаң күнделікті тәртіп қажет; тәртіпті бұзу ауыр стрессті тудырады.

- Зейін мен хоббиді ауыстырудың қиындығы манияға айналуы мүмкін.

- Сыртқы сенсорлық тітіркендіргіштерге күшті немесе әлсіз реакция, мысалы, ауырсынуға немқұрайлылық немесе қатты дыбыстарға истерика.

- DSM-IV классификациясы ақыл-ой кемістігінің ауырлығы мен болуын анықтайды.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар баланың сенсорлық-перцептивтік профилін қалай анықтауға болады?

2. Қабылдау әрекеттерінің қалыптасуы онтогенезде қандай кезеңдерді қамтиды?
3. Аутизм спектрі бұзылған балаларға қандай сенсомоторлы аномалиялар көбірек тән?
4. Сенсорлық-перцептивтік бұзылыстарды ескере отырып, АСБ-ның қандай классификациялары қолданылады?
5. Аутизм спектрі бұзылған балаға жеке сенсорлық-перцептивті профиль жасаңыз.

Реферат тақырыптары.

1. ЕБА-дағы түзету-тәрбие жұмыстарының ерекшеліктері.
2. ЕБА-мен ойынның ерекшеліктері.
3. Каннер синдромы мен Аспергер синдромының салыстырмалы сипаттамасы.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Гаптикалық қабылдауда қозғалыстың маңыздылығын алғаш кім атап өтті?
 - a) М.Монтессори
 - b) Г.Фолькельт
 - c) А.В. Запорожец
 - d) И.М.Сеченов
 - e) В.П. Зинченко
2. Қабылдаудың бастапқыда біртұтас екендігін және оның құрамдас бөліктерінің қосындысына келтіруге болмайтынын психологияның қай мектебі дәлелдеді?
 - a) Ассоциативті психология
 - b) Бихевиоризм
 - c) Гештальтпсихология
 - d) Когнитивтік психология
 - e) Психоанализ
3. Балаларда көру-тактильді функционалдық жүйе қай жаста қалыптаса бастайды?
 - a) 2-3 жас
 - b) 3-4 жас
 - c) 4-5 жас
 - d) 5-6 жас
 - e) 6-7 жас
4. Қай зерттеуші мектеп жасына дейінгі балалардың көрнекі қабылдауының қалыптасуының үш кезеңін анықтады?
 - a) А.Г.Рузская
 - b) Л.Каннер
 - c) Г.Волкелт

- d) С.Г.Якобсон
е) З.М. Богуславская
5. Перцептивтік әрекеттер мен олардың онтогенетикалық дамуын зерттеген ғалым кім?
a) И.М.Сеченов
b) А.В. Запорожец
c) М.Монтессори
d) В.П. Зинченко
е) С.Барон-Козн
6. Қабылдаудың ықшам, мағыналық тұтас құрылымдарын сипаттайтын ұғым қалай аталады?
a) Перцептивті модель
b) Сенсорлық эталон
c) Қабылдау инварианты
d) Гештальт принцип
е) Операциялық кесте
7. Аутизмі бар балалардағы сенсорлық-перцептивтік ауытқулардың маңыздылығын қай зерттеуші атап көрсетті ?
a) В.П. Зинченко
b) С.Г.Якобсон
c) А.В. Запорожец
d) Л. Каннер
е) Г.Фолькельт
8. Аутизмнің қандай теориясы тұтас бейнелерді қабылдау қиындықтарын қамтиды?
a) Атқарушы дисфункция гипотезасы
b) Орталық когеренттілік гипотезасы әлсіреген
c) Эмпатияны жүйелеу теориясы
d) Магноцеллюлярлық көру жолы теориясы
е) Қимыл бұзылыстарының теориясы
9. Аутизмі бар адамдарда ең тұрақты сақталатын сенсорлық ерекшелік қайсысы?
a) Көру тітіркендіргіштері
b) Есту тітіркендіргіштері
c) Тактильді сезім
d) Дәм сезулері
е) Қимыл-қозғалыстық (кинестетикалық) сезімдер
10. Аутизмді МКБ-10 бойынша DSM-IV-ке қарағанда қалай ажыратуға болады?
a) DSM-IV жүйесінде аутизм диагнозы қарастырылмаған
b) МКБ-10 жүйесінде мінез-құлық бұзылыстары көбірек

- с) МКБ-10 жүйесінде нақты симптом сипаттамасы жоқ
- d) DSM-IV гиперактивтік бұзылыстарды ажыратпайды
- e) DSM-IV жүйесінде сенсорлық бұзылыстар өлшемі жоқ

9. Дәріс. Аутизм спектрі бұзылған науқастардың клиникалық сипаттамасы. Аутизм спектрі бұзылған науқастардың клиникалық және нозологиялық сипаттамасы.

9.1. Аурудың немесе жағдайдың (аурулар немесе жағдайлар тобының) клиникалық көрінісі

F84.0 Балалық аутизм Диагностикалық критерийлер

А. Бұл бұзылыс әлеуметтік өзара әрекеттестіктегі тұрақты сапалық бұзылулармен сипатталады, ол әлеуметтік-эмоциялық белгілерді дұрыс қабылдамаумен көрінеді, атап айтқанда:

1.Әлеуметтік-эмоциялық өзара әрекеттестіктің болмауы немесе едәуір төмен болуы;

2. Басқа адамдардың эмоцияларын түсінбеу және/немесе әлеуметтік жағдайға байланысты мінез-құлықтың бейімделуінің болмауы;

3. Сөйлеу дағдыларын тиімсіз пайдалану, сөзбен жеткізудегі икемділіктің жеткіліксіздігі, сонымен қатар ойлаудағы шығармашылық пен қиялдың салыстырмалы түрде жеткіліксіздігі;

4. Қарым-қатынаста дауыс ырғағы мен эмоциялық реңкті қолдану қиындықтары; сондай-ақ ым-ишараның жетіспеушілігі байқалады;

5. Рөлдік және еліктеу ойындарындағы бұзылыстар.

В. Сондай-ақ шектеулі, қайталанатын және стереотипті мінез-құлық үлгілері, қызығушылықтар мен әрекеттер байқалады, олар келесідей көрініс табады:

1. Күнделікті өмірдің әртүрлі салаларында қатаң, тұрақты тәртіп орнату үрдісі;

2. Функционалдық мәні жоқ ерекше рәсімдерді орындау тәртібі;

3. Қозғалыс стереотиптері;

4. Заттардың функционалдық емес элементтеріне ерекше қызығушылық, мысалы, иісіне немесе бетіндегі тактильдік қасиеттерге.

С. Дамудағы ауытқулар өмірдің алғашқы үш жылы ішінде анықталуы тиіс, дегенмен диагноз кез келген жаста қойылуы мүмкін.

Д. Бұған дейін қалыпты дамудың айқын белгілері болмаған.

Е. Фобиялар, ұйқы мен тамақтанудың бұзылуы, қозу, агрессия және өзіне зиян келтіру сияқты аутизмге тән емес бұзылулар жиі байқалады.

Ғ. Тапсырмаларды орындауда да, бос уақытты ұйымдастыруда да

стихиялық, бастамашылдық пен шығармашылықтың болмауы.

G. Баланың өсуіне қарай аутизмнің нақты көріністері өзгеруі мүмкін, алайда кемшілік сақталып, ересек жаста да ұқсас бұзылыстар ретінде көрінеді [89].

9.2. Аутизм спектрі бұзылған науқастардың клиникалық-нозологикалық сипаттамасы

Кодтың төртінші белгісі бұзылу себебін көрсетеді: F84.01 – ...бас миының органикалық ауруының салдарынан; F84.02 – ...басқа себептерге байланысты.

F84.01 – Каннер синдромы. Каннер синдромы — туа біткен және аутизмнің ауыр түріне жататын, жоғары психикалық функциялардың толық емес және біркелкі дамымауымен сипатталатын асинхронды дезинтегративті аутистік бұзылыс. Бұл синдром L. Wing сипаттаған «бұзылыстардың үштігімен» және толыққанды қарым-қатынас жасау қабілетінің болмауымен ерекшеленеді.

Қабылдау және экспрессивті сөйлеудің дамуы кідіріспен жүреді: ым-ишара, ызылдау және былдырлау болмайды. Экспрессивті сөйлеудегі алғашқы сөздер (эхолалиялар, буындардың қайталануы түрінде) 2-4 жас аралығында пайда болады және кейінгі жылдары да сақталады. Бұл сөздер әндетіп айтылады, кейде анық, кейде түсініксіз түрде болады. Сөздік қоры баяу өседі, 3-5 жылдан кейін қысқа клишелік тіркестер пайда болады, эгоцентристік сөйлеу басым.

Каннер синдромы бар науқастар диалог жүргізе алмайды, қайта айта алмайды және жеке есімдіктерді қолданбайды. Сөйлеудің коммуникативтік функциясы іс жүзінде жоқ. Өзара қарым-қатынастың болмауы басқа балалармен еліктеу ойынының және шығармашылық ойынның болмауынан көрінеді. Ірі моторика дамымаған, қимылда стереотиптер, атетоз тәрізді қозғалыстар, аяқ ұшымен жүру және бұлшықет дистониясы кездеседі. Эмоционалдық даму кешеуілдейді: бала ата-анасы оны қолына алғысы келгенде жауап ретінде қуану реакциясын білдірмейді, өз адамдарын бөтендерден ажырата алмайды. Қуану реакциясы тек аутистік қызығушылық мән мәтінде өздігінен пайда болады және жалпы моторлық қозумен көрініс табады. Инстинктік әрекеттер бұзылған, бұл әсіресе тамақтану тәртібінде байқалады.

Ұйқы мен ояту циклі кері болады. Психикалық әрекет шектеулі, стереотипті, ұқсастық симптомдарымен және еліктеудің болмауымен сипатталады. Абстракттілі ойлау қалыптаспайды. Жоғары психикалық функциялар дамуының едәуір кешеуілдеуі жағдайында жеке психикалық қызмет салаларында диссоциация мен дезинтеграция байқалады.

Ағым. Каннер синдромындағы аутизмнің ауыр түрі (CARS шкаласы бойынша – 37-45 балл) өмір бойы сақталады, баланың психикалық дамуын тежейді. Аутистикалық белгілердің әлсіреуі 6-8 жаста байқалуы мүмкін, бұл сөйлеу мен ұсақ моториканың дамуында аздаған оң динамикамен бірге жүреді. Когнитивті бұзылулар өмірдің алғашқы жылдарында пайда болады. Жыныстық

жетілу жасына қарай науқастардың 75%-ында интеллект деңгейі төмендейді (IQ < 70). Каннер синдромының балалар арасындағы таралуы — әрбір 10 000 баланың 2-інде кездеседі (жетім ауру санатына жатады).

F84.0 – Балалық аутизм (конституциялық-процессуалдық). Нәресте аутизмінің клиникалық көрінісі Каннер синдромының бастапқы көріністеріне ұқсас, бірақ симптомдардың тереңдігі мен ауырлығы онша маңызды емес. Нәрестелік аутизмді диагностикалау үшін 12-18 айлық балаларда аутизм белгілерінің болуын ескерген жөн.

F84.02 – Нәрестелердің психозы

Нәресте психозының (НП) клиникалық суретінде Вингтің «триадасымен» қатар жетекші «спецификалық емес» кататоникалық симптомдар мен ауыр аутизм байқалады. НП-дағы манифестті жағдайлар өмірдің алғашқы үш жылында диссоциацияланған дизонтогенездің және қалыпты психикалық дамудың фонында пайда болады.

Аутизмнің ауырлығы CARS шкаласы бойынша 37-ден 45 баллға дейін өзгереді. DSM-V (2013) сәйкес АСБ-мен қатар жүретін кататоникалық бұзылулар (КБ) «гиперкинетикалық» мінез-құлықпен сипатталады (шеңбер бойымен, қабырға бойымен жүгіру, бұрыштан бұрышқа жылжу, секіру, тербелу, өрмелеу, атетоз, қол сермеу, аяқтың саусақтарымен жүру, бұлшықет тонусының ауыспалы болуы) және BFCRS шкаласы бойынша «орташа» және «ауыр кататонияға» сәйкес келеді (30-37 балл).

Бұл балаларда ауыр вегетативтік белгілер де байқалады. Моторлы қозу негативизммен бірге жүреді. Бұл балалар басқалармен, отбасымен және достарымен қарым-қатынасқа қызығушылық танытпайды, көбінесе «өз территориясын сақтайды», ал шекара бұзылған кезде алаңдаушылық, агрессия, жылау және қарым-қатынастан бас тарту пайда болады. Мұндай науқастардың сөйлеуі көбінесе бұлыңғыр, эгоцентристік, конгерентсіз, персеверация және эхололиямен сипатталады. Психомоторлы бұзылулардың фонында АСБ бар балаларда тамақтану бұзылыстары (ТБ) кездеседі.

Барлық науқастарда бұрмаланған тағамдық инстинкт бар. Науқастардың көпшілігі емшек сүтінен толығымен бас тартты, ал сору рефлексі 2,5 - 3 жылға дейін сақталады. Тамақтандыру кезінде науқастар летаргиялық және тез шаршады. Қосымша тағамдарды енгізген кезде олар консистенциясы біркелкі емес тағамдарға ерекше сезімталдық танытты. Бұл балаларда шайнау дағдыларының дамуы кешіктірілді (3-3,5 жасқа дейін). Көбінесе тамақтандыру рефлексі жетіспейді, сондықтан балалар түнде бөтелкедегі сұйық тамақпен ғана тамақтандырылды.

Сонымен қатар құсу, кері ағын (срыгивание) және асқазан-ішек дискинезиялары байқалады. Науқастар ас құралдарын пайдалануды үйрене алмайды және қозғалыс дағдыларын меңгеруде ересектердің көмегінен бас тартады. Аурудың асқинуы кезеңінде балалар тамақтан ғана емес, сұйықтықтан

да толық бас тартды. Тамақтану тәртібінің бұзылыстары гипотрофияға және кейбір жағдайларда дистрофияға әкеліп соғады, бұл негізгі ауруды асқынуына және көп салалы мамандар тобының қатысуын талап етеді.

Тамақтану кезінде науқастар тамақты ұзақ уақыт ұртында ұстап тұрып, оны ұзақ шайнап, кейінірек түкіріп тастайтын, бұл өз кезегінде салмақтың үдемелі төмендеуіне әкелетін. Сондай-ақ, кейбір жағдайларда тағамды шайнамай жұту байқалады — бұл анорексия мен булимия белгілеріне ұқсас болуы мүмкін. Кей жағдайларда тағамды шайнау үдерісінің өзі қанағаттану мен ләззат сезімін тудыратын. Қосымша тамақ беру әрдайым тиімді бола бермейді, өйткені қайталап шығару (регургитация) және науқастың қозуының күшеюі байқалатын. Кейбір балаларда дәм қабылдауы өзгеріп, олар тек белгілі бір тағам түрлерін жақсы көріп, бір немесе екі тағамға тұрақты байланысты көрсетеді. Диетадағы өзгерістер ауырсыну реакциясын тудырды. Азық-түліктен пассивті бас тарту әдеттегі диетаға, әсіресе ет, жарма, көкөністер мен жемістерге және әдеттен тыс тағамдық артықшылықтардан бас тартумен қатар жүрді. Аралас тағамдарға ауысқан балалар кішкентай балаларға арналған тағамдарды талап ете алды, бұл олардың шайнау қажеттілігін болдырмайды. Стереотиптік жетектерге нәжісті ұстау, іш қату, зәр шығару, патологиялық әдеттер (саусақ сору, алақанды толық сору, емізікпен ұзақ уақыт сору, онихофагия, триотроллопатия), яктация және мастурбация жатады.

ТТБ (тамақтану тәртібінің бұзылыстары) аурудың негізгі ағымын қиындатады, екіншілік сомато-эндокриндік патологияның дамуына әкеледі және баланың дамуын бұзады. Емдеу белгілі бір симптомдар мен синдромдарға бағытталған жекелендірілген, кешенді тәсілді жасау және енгізу үшін әртүрлі салалардағы мамандардың жұмысын талап етеді. Инфантильді психоз кезіндегі кататониялық бұзылыстар мен ауыр аутизм науқастың онтогенетикалық дамуын тежейді, психикалық дамудың кешеуілдеуіне алып келеді. Манифестациялық жағдайлар 2–3 жылға дейін созылуы мүмкін.

Ремиссия кезеңінде кататония деңгейі жұмсарады (BFCRS шкаласы бойынша – 25–33 балл, бұл «орташа кататонияға» сәйкес келеді). Балалар орнында отыра алмайды, сабақ кезінде орындықта шыр айналып, импульсивті әрекеттер жасайды. Бірсарынды артық моторлық белсенділік зейіннің бұзылуымен қатар жүреді. Аурудың осы сатысында алғаш рет медициналық көмекке жүгінген кезде диагноз қате қойылып, «Гиперкинетикалық бұзылыс» (F90, МКБ-10) немесе «Зейін тапшылығы мен гиперактивтілік синдромы» (ЗТГС, DSM-5) деп белгіленуі мүмкін. Абилитация және реабилитация барысында, 7–9 жасқа қарай, гипердинамикалық синдром біртіндеп бәсеңдейді. Эмоциялық кернеу жағдайында стереотипті қозғалыстармен қатар жүретін қысқа мерзімді «қозу кешені» пайда болуы мүмкін. Бұл қозғалыстар ескерту немесе басқа әрекетке көңіл аудару арқылы тоқтатуға келеді. Науқастар толыққанды диалог құруда қиындықтарға тап болады, өз ойларын өзгелерге қысыммен таңуға бейім. Екі жағдайдың бірінде достық орнатуға талпыныстары «ерекше» көрінеді және, әдетте, сәтсіз аяқталады.

Ағым. Психикалық дамудың біркелкі кешігуі көп жағдайда психофармакотерапия және реабилитация көмегімен жеңілдетіледі және жойылады. Барлық науқастарда IQ 70-тен асады. Эмоциялық сала дами түседі, бірақ жеңіл когнитивтік дизонтогенез сақталады. Аутизмнің ауырлығы 33-36 баллға дейін төмендейді, бұл CARS шкаласы бойынша «жеңіл/орташа» аутизмге сәйкес келеді.

F84.1 - Атиптік аутизм

А. Бұл бұзылыс F84.0-ге ұқсас, бірақ А-С бөлімдеріндегі кем дегенде бір міндетті диагностикалық критерийдің болмауы тән, атап айтқанда:

1. Әлеуметтік өзара әрекеттестіктің айтарлықтай бұзылуы;
2. Шектеулі, стереотиптік, қайталанатын мінез-құлық;
3. Аномальды және/немесе бұзылған дамудың 3 жастан кейін көрінуі.

В. Көбінесе бұл бұзылыс рецептивті тіл дамуының ауыр спецификалық бұзылыстары немесе психикалық дамуы тежелген балаларда кездеседі, олардың болуы немесе болмауы төртінші белгімен көрсетіледі. Мұндай жағдайларда екінші код сәйкес диагнозды көрсетеді F70.xx-F79.xx.

F84.10 – Манифестация жасы бойынша атиптік аутизм

F84.11 - Психикалық дамуы тежелген феноменология бойынша атиптік аутизм

Бұл жағдай аутистік белгілері бар орташа ақыл-ой кемістігін қамтиды.

F84.12 – Манифестация жасы мен феноменологиясы бойынша атиптік балалық психоз, ақыл-ой кемістігінсіз.

Атиптік балалық психоздың клиникалық суретінде (F84.12) жетекші белгілер нәресте психозында байқалатындарға ұқсас «бейспецификалық көріністер» болып табылады. Регрессивті-кататониялық атиптік балалық психоздың манифестациялық түрлері аутистік дизонтогенез немесе қалыпты даму аясында 3–5 жас аралығында байқалады. Ауру аутистік окшауланудың күшеюінен басталып, CARS шкаласы бойынша 50–60 баллға дейінгі «өте ауыр» аутизмге дейін жетуі мүмкін. Негізгі симптомдар - сөйлеу және моторика (жүрудің ішінара жоғалуы), ойын, күтім дағдылары, тамақтану бұзылыстары (мысалы, «пикацизм») және «ауыр» кататоникалық сияқты жоғары психикалық функциялардың регрессиясы (BFCRS шкаласы бойынша – 36-38 балл). Науқастарда «қатып қалу» және «мүжіліп қалу» кезеңдері байқалады – олар ұзақ уақыт бойы біркелкі қалыпта қозғалмай жатады, еденге немесе жұмсақ жиһазға жата кетіп, кейін қозғалысты жалғастырады. Қолдар жиі ежелгі архаикалық деңгейдегі монотонды қозғалыстарды көрсетеді: «жуу», бүктеу, ысқылау қозғалыстары, иекке соғу, қолмен «қанатша» сермеу. Мінез-құлық фенотиптері әртүрлі және басқа балалық психоздардан айырмашылығы жоқ болуы мүмкін. Регрессия және ауыр аутизм баланың психикалық дамуын тоқтатады. Тамақтанудың ауыр бұзылыстары да байқалады. Атиптік балалық психоздың ұзақтығы 4,5-5 жыл.

Ағым. 80% жағдайда ауру дамиды Егер емдеу тиімді болмаса және

ремиссияның сапасы төмен болса, ауыр аутизм (CARS шкаласы бойынша 42–52 балл), ауыр гипокинетикалық кататония (BFCSRS шкаласы бойынша 36–38 балл) сақталып, астения белгілері үдей түседі. Науқастардың көпшілігінде когнитивті ақаулар байқалады. Абилитация және оңалту көбінесе айтарлықтай нәтиже бермейді. Науқастардың 35% -ында өзіндік сөйлеуі дамымайды, ойлау нақты болып қалады, танымның абстрактілі түрлері қол жетімсіз, эмоционалдық сала айтарлықтай кеш дамиды. Мұндай балалар аутизмі бар балаларға арналған түзету бағдарламаларымен инклюзивті мектептерде оқытылады. Әлеуметтік қызмет ету шкаласы бойынша олардың ұпайлары 40 және одан төмен балл шегінде, бұл әлеуметтік қызметте елеулі бұзылулар мен әлеуметтік бейімделу қиындықтарын көрсетеді. Мұндай науқастар өмір бойы медициналық қолдау мен түзетуді қажет етеді.

F84.11, Q00-Q99 – Психикалық дамуы тежелген атипті аутизмнің синдромдық түрлері .

Атипті аутизмнің мұндай түрлері белгілі бір генетикалық синдромдармен (мысалы, Мартин-Белл, Даун, Уильямс, Ангелман, Сотос синдромдары және 30-дан астам басқалар) және метаболикалық аурулармен (фенилкетонурия, туберозды склероз және т.б.) байланысты. Мұндай пациенттерде аутистік белгілер мен атиптік балалық психоздар аурудың әртүрлі даму сатыларында пайда болуы мүмкін. Кейінгі кезеңдерде клиникалық көріністе негізгі орынды ақыл-ой кемістігі мен соматикалық патология клиникалық көріністе жетекші белгілерге айналады.

F84.2 – Ретт синдромы. Диагностикалық критерийлер:

A. Бұл бұзылыс тек қыздарда сипатталған.

B. Баланың ерте дамуы қалыпты немесе қалыпты болып көрінуі мүмкін.

C. Бұзылу 7 айдан 24 айға дейін басталады.

D. Қол дағдыларын және сөйлеуді ішінара немесе толық жоғалту бар.

E. Бас көлемінің өсуі баяулайды.

F. Ең тән белгілер:

1. Қолдың өздігінен қозғалуын жоғалту.

2. Стереотиптік қол қимылдары, мысалы, «сығу», «жуу», сілекеймен сулау.

3. Тамақты толық шайнамау.

4. Тыныс алудың бұзылыстары.

G. Орта жаста атаксия, апраксия, сколиоз және кифосколиоз дамиды , сонымен қатар хорееатетикалық бұзылулар және жиі эпилепсиялық ұстамалар дамиды.

Аурудың ағымы: Ретт синдромы ауыр психоневрологиялық мүгедектікке алып келеді.

Бұл дегенеративті моногенді ауру болып табылады, ол X хромосомасының ұзын иінінде (Xq28) орналасқан MeCP2 геніндегі мутация нәтижесінде дамиды. Бұл мутация Ретт синдромының 60–90% жағдайына себеп болады.

Аурудың таралуы: 6–17 жас аралығындағы әрбір 15 000-шы балада бір жағдай тіркеледі.

Классикалық РС 1-2 жаста басталып, 16-18 айда ең жоғары көрінісіне жетеді және дамудың бірнеше сатысынан өтеді:

I кезең – «аутизм» (3-10 айға созылады): алшақтық белгілері пайда болады, танымдық белсенділік бұзылады, психикалық даму тоқтайды.

II саты – «жылдам регресс» кезеңі (бірнеше аптадан бірнеше айға дейін): аутистік оқшаулану сақталып, қолда архаикалық қимылдар (жуу, үйкелеу) пайда болады; барлық функционалдық жүйелердің регресі мен бас көлемінің өсуінің баяулауы байқалады.

3. III кезең – «псевдостационарлық» кезең (ұзақтығы 10 жылға дейін және одан да көп): қарым-қатынасты, сөйлеуді түсінуді және жеке сөздерді айтуды ішінара қалпына келтіру; аутизм көріністерінің жойылуы; регрессивті субкортикалық стереотиптерді сақтау. Белсенділік қысқа болады және науқастар тез шаршайды. 1/3 жағдайда эпилепсиялық ұстамалар пайда болады.

4. IV кезең – «тотальді деменция»: деменция дамиды, омыртқаның атрофиясы, спастикалық ригидтілік және жүру қабілетінің толық жоғалуы сияқты неврологиялық бұзылулар байқалады[85].

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Аутизм спектрінің бұзылуының немесе соған байланысты жағдайлардың клиникалық көрінісі қандай?
2. АСБ бар балалардың клиникалық-нозологиялық ерекшеліктері қандай?
3. АСБ-мен ауыратын балалардың нозологиялық классификациясы және клиникалық белгілері көрсетілген кестені жасаңыз.

Реферат тақырыптары.

1. МКБ-10 бойынша аутистік дамудың түрлері.
2. Аутизм спектрінің бұзылуы: эпидемия немесе артық диагностика мәселесі.
3. DSM5 бойынша аутизм спектрінің бұзылуын анықтау тәсілдері

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Балалық шақтағы аутизмге тән негізгі бұзылысы қандай (F84.0)?
 - a) Гиперактивтілік және зейіннің жетіспеушілігі
 - b) Эмоциялық тұрақсыздық
 - c) Әлеуметтік өзара әрекеттестіктің сапалық бұзылыстары
 - d) Агрессивті мінез-құлық
 - e) Сөйлеудің дамуының жеткіліксіздігі
2. Аутизмдегі даму аномалияларын анықтау үшін қай жас кезеңі маңызды?
 - a) 6-7 жас
 - b) Өмірінің алғашқы үш жылы

- c) 10-12 жас
 - d) бір жылға дейін
 - e) Жасөспірімдік шақ
3. Қандай сипат Каннер синдромына тән емес?
- a) Әлеуметтік қарым-қатынастың бұзылуы
 - b) Сөйлеудің кеш дамуы
 - c) Қозғалыс стереотиптері
 - d) Абстрактілі ойлаудың жоғары деңгейі
 - e) Шығармашылық ойынның болмауы .
4. F84 жіктеу жүйесінде Каннер синдромы қалай белгіленеді ?
- a) F84.02
 - b) F84.12
 - c) F84.01
 - d) F84.10
 - e) F84.11
5. Төмендегі бұзылулардың қайсысы инфантильді аутизмге тән емес?
- a) Шектелген, қайталанатын мінез-құлық үлгілері
 - b) Әлеуметтік өзара әрекеттестіктің бұзылуы
 - c) Вербалды және вербалды емес қарым-қатынас мәселелері
 - d) Гиперкинетикалық мінез-құлық, СДВГ сияқты
 - e) Стереотиптік қызығушылықтар
6. Атиптік аутизм (F84.1) мен инфантильді аутизм (F84.0) арасындағы айырмашылық неде ?
- a) Әлеуметтік бейімделу белгілерінің толық болмауы
 - b) Міндетті диагностикалық критерийлердің бірінің болмауы
 - c) Гиперактивтіліктің және зейіннің жетіспеушілігінің бұзылуы
 - d) Сөйлеу бұзылысының неғұрлым ауыр түрлері
 - e) Психотикалық эпизодтардың болуы .
7. Каннер синдромы бойынша L. Wing бойынша бұзылулар «триадасына» қандай диагностикалық критерий кірмейді?
- a) Әлеуметтік өзара әрекеттестіктің бұзылуы
 - b) Қарым-қатынастың бұзылуы
 - c) Импульсивтілік және агрессивті мінез-құлық
 - d) Шектеулі және стереотиптік қызығушылықтар
 - e) Ойлаудың икемсіздігі
8. Каннер синдромы бар науқастардың көпшілігінде жасөспірім кезінде қандай IQ деңгейі болады?
- a) а) 130-дан жоғары
 - b) б) 100-120
 - c) в) 70-тен төмен
 - d) г) 85-95

- е) д) 120-140
9. Балалық шақтың атипті психозының қандай критерийі анықталған (F84.12)
- Сөйлеу және моторикасының толық болмауы
 - Зейіннің шамалы тапшылығы
 - Айқын регрессивті кататониялық симптомдар
 - Тек эмоционалдық бұзылыстар
 - Агрессивті мінез-құлықтың басым болуы
10. Нәрестелік жастағы аутизмді бар балаларда жиі кездесетін симптом қайсысы?
- Ерте жастан сөйлеудің дамуы
 - Жақын адамдарға эмоционалдық реакцияның болмауы
 - Қарым-қатынас дағдыларының тез дамуы
 - Абстрактілі ойлаудың ерте қалыптасуы
 - Әлеуметтік белсенділік деңгейінің артуы

10. ДӘРІС. Аутистік бұзылыстары бар балаларды зерттеу әдістері.

10.1 АСБ бар балаларды зерттеудің негізгі әдістері. Алғашқы диагностика

Мектеп жасына дейінгі балалардағы аутизмді диагностикалаудың негізгі әдістері - бақылау (қажет болған жағдайда динамикалық бақылау) және ата-аналармен әңгімелесу. Баланың жағдайын бағалаудың ең тиімді әдісі — бірнеше тәсілді қатар қолдану: сұхбат, сауалнама және бақылау. Диагностика ата-анамен әңгімеден басталып, сауалнаматолтырумен жалғасады, бұл баланың дамуындағы мүмкін бұзылыстар туралы ақпарат алуға мүмкіндік береді. Бұл деректер бақылауды ұйымдастыру үшін негіз болады.

Зерттеу рәсімі үш кезеңнен тұрады:

1. Психологиялық анамнезді жинау.
2. Эмоциялық-еріктік сферадағы бұзылулар деңгейін бағалау.
3. Танымдық саланың ерекшеліктерін зерттеу.

О.С.Никольскаяның классификациясы бойынша алғашқы екі топтағы балаларды динамикалық бақылау кезінде ғана анықтауға болады; Алғашқы екі кезеңде тек аутистикалық дизонтогенездің түрін анықтауға болады. Үшінші топтағы балалар маманға ерекше сенім білдірсе, бірден зерттелуі мүмкін. Төртінші топтағы балаларды зерттеу бір мезгілде барлық үш кезеңді қамтуы мүмкін.

Бастапқы диагностикалық тексеру кезінде ата-аналармен әңгімелесу, сауалнамалар және мамандандырылған тесттер жүргізіледі. Әңгімелесумен және сауалнамамен қатар баланың психологиялық және ауру тарихы жинақталады, оның ішінде жүктілік және босану барысы, ерте моторлы және психоэмоционалды

дамуы, ерте балалық шақ ерекшеліктері, сондай-ақ невропатолог пен психиатрдың бар диагноздары туралы ақпарат.

Ата-аналармен диагностикалық әңгімелесу үшін негіз ретінде эмоционалды ауытқулары бар балаларды түзету әдістерінің зертханасында жасалған сауалнаманы пайдалану тиімді. Ата-аналар сауалнаманы үйде толтырып, нәтижелерін консультацияға әкелуі мүмкін., сонда мамандар нақтылау сұрақтарын қоя алады. Сонымен қатар, баланың салынған суреттері немесе қолөнер бұйымдары сияқты шығармашылық нәтижелері де маңызды ақпарат көзі бола алады[77].

10.2. АСБ анықтау әдістері

Мектепке дейінгі жастағы балаларды диагностикалау кезінде М-CHAT-R скринингтік тесті өзекті болмауы мүмкін. Алайда егер ата-аналар бұл тестті ерте жаста қолданып, нәтижелерін сақтаса, олар баланың дамуын бағалауға қосымша ақпарат көзі ретінде қолданылуы мүмкін. М-CHAT-R ата-аналар жауап берген 20 сұрақтан тұрады және 16-30 айлық баладағы аутизмнің ықтимал қаупін анықтауға арналған. Әдетте тест сұрақтарына жауап беру бірнеше минутты алады.

C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale) шкаласы – баланың мінез-құлқын клиникалық бақылау негізінде құрастырылған рейтингтік шкала. C.A.R.S. шкаласын қолдану үшін көп дайындық қажет емес, сондықтан бұл құрал 2-4 жас аралығындағы балалардың бастапқы күйін бағалауға арналған скринингтік әдіс ретінде кеңінен қолданылады. Шкаланың сұрақтары он бес топқа бөлінеді және әр сұрақ әртүрлі ұпайлары бар төрт жауап нұсқасын ұсынады, бұл ауытқулар бейнесін дәлірек анықтауға мүмкіндік береді. Мүмкіндігінше баланың барлық жақын ортасы тестілеуге қатысуы керек, бұл жағдайда соңғы нәтиже барлық орындалған сынақтардың орташа арифметикалық мәні ретінде анықталады.

SCQ (Әлеуметтік коммуникация сауалнамасы) – аутизм спектріндегі бұзылыстардың белгілерін анықтауға арналған скринингтік әдістеме. Сауалнаманы ата-ана немесе қамқоршы толтыруы тиіс және ол 4 жастан асқан, ақыл-ой деңгейі кемінде 2 жасқа сәйкес келетін адамдарға арналған. SCQ-ны білікті маман қолдануы керек. SCQ сауалнамасы 40 иә/жоқ сұрақтан тұрады. Қолдану жылдамдығы мен қарапайымдылығына байланысты SCQ аутизм спектрінің бұзылыстарын жылдам скринингтің тиімді құралы болып табылады. SCQ екі нысанды қамтиды: біреуі баланың бүкіл даму тарихы негізінде толтырылатын «Өмір бойы» және екіншісі, баланың соңғы үш айдағы мінез-құлқы негізінде толтырылған «Ағымдағы». «Өмір бойы» нысаны баланы егжей-тегжейлі бағалауға жіберуге көмектеседі, ал «Ағымдағы» нысаны күнделікті өмір тәжірибесін бағалауға, емдеу барысын талдауға және білім беруді жоспарлауға мүмкіндік береді.

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) – коммуникацияны, әлеуметтік өзара әрекеттесуді, ойын мен қиялды бағалауға арналған

диагностикалық бақылау. Бұл әдіс барлық жас топтарындағы, даму деңгейлері мен сөйлеу дағдыларындағы адамдар үшін қолданылады. ADOS әртүрлі даму деңгейлерінде және жас шегінде аутизмнің мінез-құлық белгілерін байқауға мүмкіндік беретін стандартталған әрекеттерге негізделген. Бақылау үдерісінде аутизм белгілері пайда болуы мүмкін алдын ала дайындалған әлеуметтік жағдайлар қолданылады. Сөйлеудің даму деңгейіне және баланың жасына байланысты ADOS төрт модулінің бірі қолданылады. Бірінші модуль жеке сөздерді қолданатын немесе мүлде сөйлемейтін балаларға арналған; Екінші модуль еркін сөйлемейтін, бірақ ең көбі үш сөзден тұратын сөйлемдерді қолданатындарға арналған; үшінші модуль еркін сөйлейтін балаларға қолданылады; Төртінші модуль еркін сөйлейтін жасөспірімдер мен ересектерге арналған. Диагностикалық процедура 45 минутқа созылады, оның барысында маман балаға қарым-қатынас пен әлеуметтік өзара әрекеттесуді ынталандыратын стандартты ынталандыруларды ұсынады. Нәтижесінде баланың әр түрлі жағдайларда өзін көрсетуге мүмкіндігі бар, бұл оның даму ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік береді. Қорытынды бағалар емтихан аяқталғаннан кейін бірден қойылады. Қателерді жою үшін ата-ананың немесе заңды өкілдің келісімімен бейнежазба жүргізілуі мүмкін. Барлық нәтижелер хаттамаға жазылады[81].

ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) - әдісі аутизмді диагностикалауға арналған құрылымдалған сұхбат. Бұл сұхбат оның жауаптары аутизмнің тән белгілерін анықтауға қажетті барлық ақпаратты береді. Сұхбатты өткізу үшін тәжірибелі психолог және зерттелушінің даму тарихы мен мінез-құлқын жақсы білетін адам (ата-анасы, қамқоршысы, тәрбиешісі) қажет. аутизмді диагностикалауға арналған құрылымдалған сұхбат.

Емтиханның екінші және үшінші кезеңдері, оның ішінде эмоционалды-еріктік сферадағы бұзылулардың деңгейін анықтау және когнитивті сфераның сипаттамаларын зерттеу қажет болған жағдайда баланы бақылау кезінде динамикалық түрде жүргізіледі. Аутистік дизонтогенез деңгейін анықтау (эмоционалды-еріктік сферадағы бұзылулар деңгейі) баланың мінез-құлқы мен стихиялық белсенділігін бақылау арқылы жүзеге асырылады. Әрі қарай оқу баламен әрекеттесу барысында оның көрсеткен мүмкіндіктеріне байланысты жүзеге асырылады. Аутистикалық мектеп жасына дейінгі балалардың когнитивтік сферасының ерекшеліктерін зерттеу олардың білімдері мен дағдыларының деңгейін анықтауға, сондай-ақ олардың мүмкіндіктеріне сәйкес келетін мектепке дейінгі білім беру ұйымдарындағы білім беру бағдарламаларын анықтауға бағытталған[65].

Осылайша, аутизмді диагностикалаудың негізгі әдістері - бақылау (қажет болған жағдайда динамикалық), сауалнамалар және ата-аналармен әңгімелесу. Мектепке дейінгі балаларды диагностикалау кезінде баланың ерте дамуын ескеру қажет. Мектепке дейінгі балалардағы аутизмді диагностикалау үшін C.A.R.S.

рейтинг шкаласын, SCQ әлеуметтік-коммуникативтік сауалнамасын, ADOS және ADI-R әдістерін қолдану тиімді. Клиникалық диагнозды түпкілікті орнату дәрігер-психиатрдың құзырлығы болып табылады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Балалардағы аутизм спектрінің бұзылыстарын диагностикалау үшін қолданылатын негізгі әдістер қандай?
2. АСБ алғашқы диагностикасының ерекшеліктері қандай?
3. АСБ анықтау үшін қандай әдістер қолданылады және олардың ерекшеліктері қандай?
4. АСБ-да қолданылатын диагностикалық әдістердің оң және теріс жақтары көрсетілген кестені жасаңыз.

Реферат тақырыптары.

1. Аутизм спектрінің бұзылуы: эпидемия немесе артық диагностика мәселесі.
2. Балалық шақтағы басқа даму бұзылыстарынан АСБ-ны ажырату мәселесі.
3. Ақыл-ой кемістігі бар балаларға арналған балалар үйіндегі (мектеп-интернат) оқу-тәрбие процесінің негізгі бағыттары.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Мектеп жасына дейінгі балалардағы аутизмді диагностикалаудың негізгі әдісі қандай?
 - a) МРТ
 - b) Генетикалық талдау
 - c) Ата-аналармен бақылау және талқылау
 - d) Зертханалық зерттеу
 - e) КТ
2. Аутизмге күдікті баланы тексеру процедурасы қандай кезеңдерден тұрады?
 - a) Физикалық тексеру және қанын талдауы
 - b) Психологиялық анамнез жинау, эмоциялық-ерік саласын бағалау, танымдық саланы зерттеу
 - c) Биохимиялық талдау мен интеллект тесттері
 - d) Интеллект деңгейін бағалау және ДНҚ талдауы
 - e) Ата-аналарға социологиялық сауалнама және логопедпен кеңес
3. Қай тест мектепке дейінгі жастағы балаларға аутизмді диагностикалауға ұсынылмайды?
 - a) ADOS
 - b) SCQ
 - c) M-CHAT-R
 - d) C.A.R.S.
 - e) ADI-R

4. Қай әдістеме АСБ диагностикасында баланың мінез-құлқын клиникалық бақылауға негізделген?
- a) SCQ
 - b) C.A.R.S.
 - c) ADOS
 - d) ADI-R
 - e) M-CHAT-R
5. SCQ анкетасын кім толтырады?
- a) Психиатр
 - b) Тәрбиеші
 - c) Ата-ана немесе қамқоршы
 - d) Баланың өзі
 - e) Логопед
6. SCQ анкетасы қанша сұрақтан тұрады?
- a) 10
 - b) 20
 - c) 40
 - d) 50
 - e) 30
7. Қай әдістеме ата-анамен диагностикалық сұхбат жүргізуді қамтиды?
- a) ADOS
 - b) SCQ
 - c) ADI-R
 - d) M-CHAT-R
 - e) C.A.R.S.
8. ADOS әдісінің қай модулі мүлде сөйлемейтін балаларға қолданылады?
- a) Екінші
 - b) Бірінші
 - c) Үшінші
 - d) Төртінші
 - e) Бесінші
9. Қай әдістеме аутизмді диагностикалауда коммуникация, әлеуметтік әрекеттесу және қиялды бақылауға негізделген?
- a) ADOS
 - b) SCQ
 - c) ADI-R
 - d) M-CHAT-R
 - e) C.A.R.S.
10. Аутизм бойынша клиникалық қорытынды диагнозды кім қоюға құқылы?
- a) Дефектолог
 - b) Невропатолог

- с) Психиатр-дәрігер
- д) Логопед
- е) Педагог-психолог

11. Дәріс. Аутизм спектріндегі бұзылыстардың қалыптасуындағы биологиялық факторлардың рөлі. Аутизм спектріндегі бұзылыстардың пайда болуындағы конституциялық және тұқым қуалайтын факторлар. Аутизм спектріндегі бұзылыстардың қалыптасуындағы микросоциальдық факторлардың маңызы.

11.1. Аутизм спектріндегі бұзылыстардың қалыптасуындағы биологиялық факторлардың рөлі

Аутизм спектріндегі бұзылыстардың (АСБ) дамуы мен биологиялық, конституциялық және әлеуметтік-экономикалық факторлар арасындағы өзара байланысты анықтау мақсатында анамнестикалық және клиникалық тексеру нәтижелері талданды. Бұл талдау жұптық және көптік корреляция негізінде бірқатар ерекшеліктерді анықтауға мүмкіндік берді. Корреляция коэффициенті 0,05 болған жағдайда байланыс әлсіз деп бағаланады, ал 1-ге тең болғанда — толық байланыс байқалады.

Аутизм спектрінің бұзылыстарының қалыптасуына биологиялық факторлардың әсер ету ерекшеліктері

АСБ бар науқастарға және олардың ата-аналарына биологиялық факторлардың әсерін талдау бірнеше заңдылықтарды анықтауға мүмкіндік берді[45].

а) Аналардағы ауыр акушерлік анамнез мен олардың балаларындағы АСБ дамуы арасындағы байланыс

Зерттеулер аналардың ауыртпалықты акушерлік анамнезі олардың балаларында орталық жүйке жүйесінің патологиясын тудыруы мүмкін екенін көрсетеді. Анамнездік мәліметтерді талдау нәтижесінде зерттеу тобындағы аналардың көпшілігінде (68,3%) асқынған акушерлік анамнезі бар екені анықталды. Жүктілік патологиясын зерттеу кезінде анықталған негізгі мәселелерге созылмалы жатыршылық инфекциялар, жүктілікті тоқтату қаупі, әртүрлі ауырлықтағы гестоз, фетоплацентарлы жеткіліксіздік және нефропатия жатады. Босану кезінде келесі асқынулар байқалған: қан кету, нәрестенің жамбаспен келуі, плацентаның дұрыс орналаспауы, тез босану, кіндікке оралып қалу салдарынан нәрестенің асфиксиясы, ұзақ уақыт бойы су кетіп босанудың басталмауы және босану әлсіздігі байқалады.

Балалардағы АСБ ауырлығы мен аналардағы жүктілік және босану патологиясының болуы арасындағы корреляцияны талдау аналардың

ауыртпалықты акушерлік анамнезінің олардың балаларында АСБ пайда болуымен тікелей байланысы бар екенін көрсетті. Статистикалық тұрғыдан сенімді түрде мынадай мәлімет анықталды: жүктілік пен босану кезінде патология болмаған аналардың балалары арасында аутизмнің ауыр формалары әлдеқайда сирек кездеседі, ал ауыртпалықты акушерлік анамнезі бар аналардың балалары арасында бұл көрсеткіш айтарлықтай жоғары ($p < 0,001$, $X=5,071$). Жүктілік патологиясының ауырлығы мен АСБ ауырлығы арасындағы корреляцияны талдау бұл байланысты растады ($p < 0,05$). Мұны ананың жүктілік кезіндегі күрделі проблемалары көбінесе ұрықтың орталық жүйке жүйесінің қалыптасуы мен зақымдалуының бұзылуына әкелетіндігімен түсіндіріледі, бұл өз кезегінде АСБ айқын көріністерін анықтай алады. Босану кезіндегі асқынулардың ауырлығы мен ОЖЖ ауырлығы арасындағы байланыс туралы гипотеза статистикалық тұрғыдан мардымсыз болып шықты.

б) аутизм спектрінің бұзылыстары арасындағы байланысты талдау

Әдебиеттерге сәйкес, психиатриялық бұзылыстары бар адамдар, соның ішінде аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) неврологиялық аурулардың жиілігі жоғары болады. Зерттеулер көрсеткендей, аутизмі бар адамдардың 35% жүйке жүйесі зақымдалған. Әдебиеттерде орталық жүйке жүйесінің (ОЖЖ) перинаталдық зақымдалуына ерекше назар аударылады. ОЖЖ-нің перинаталдық зақымдануы перинаталдық кезеңде пайда болатын ми құрылымының немесе қызметінің бұзылуын қамтиды, оған антенатальды, интрабосанттық және ерте неонаталдық кезең жатады. Антенатальды кезең құрсақішілік дамудың 28-ші аптасында басталып, босанудың басталуымен аяқталады. Интранатальды кезең босанудың өзін, яғни босанудың басталуынан бала туылғанға дейін қамтиды. Ерте неонатальды кезең бала өмірінің бірінші аптасын қамтиды және сыртқы жағдайларға бейімделу процестерімен сипатталады. Қазіргі заманғы халықаралық аурулар классификациясында (МКБ-10) «ОЖЖ перинаталдық зақымдануы» диагнозы қолданылмайды.

Мысалы: Анамнездік мәліметтерді талдау пациенттердің 72,2% неврологиялық патологиясы бар екенін көрсетті. Олардың 66,6% перинаталдық ОЖЖ зақымдануының салдарымен байланысты энцефалопатиямен туылған кезден невропатологпен байқалады. Науқастардың 19,4%-ы бір жылдан кейін неврологиялық тексеруге тіркелген.

Бұл деректер АСБ (аутизм спекріндегі бұзылыстар) бар науқастар арасында бас миының патологиясы бар пациенттердің жоғары үлесін растайды. Неврологиялық патологияның болуы АСБ дамуына әсер етуі мүмкін екені анық. Ауыр ми зақымдануы бар науқастар арасында аутизмнің ауыр түрлерінің жиілігі айтарлықтай жоғары болуы — орталық жүйке жүйесінің зақымдану дәрежесі мен аутистік белгілердің ауырлығы арасындағы байланыстың бар екенін көрсетеді. ОЖЖ-нің ауыр және орташа деңгейдегі зақымданулары бар науқастарда АСБ-ның ауыр ағымының жиілігі жеңіл зақымдануы бар пациенттермен салыстырғанда

едәуір жоғары.

в) Аутизм спектрі бұзылған науқастардағы қатар жүретін созылмалы аурулардың сипаттамасы

Психикалық бұзылулардан басқа қатар жүретін созылмалы аурулардың аутизм спектрінің бұзылыстарының (АСБ) дамуына әсерін зерттеу үшін зерттеу үлгісіндегі науқастарда созылмалы аурулар талданды. Анықталған ілеспе аурулар науқастарды аурулардың түрлері бойынша топтарға бөлуге мүмкіндік берді: жүрек-қан тамырлары, асқазан-ішек жолдары, тыныс алу органдарының аурулары және бүйрек патологиялары.

Психиатриялық емес қатарлас созылмалы аурулар АСД дамуына және оның көрініс дәрежесіне тікелей әсер етпесе де, олар қосымша дезадаптивтік фактор болып табылады. Денсаулықтың соматикалық бұзылыстары әлеуметтік-психологиялық бейімделудің әртүрлі дәрежеде төмендеуіне әкеледі, бұл әсіресе әртүрлі созылмалы аурулары бар мектеп оқушыларында байқалады. Созылмалы соматикалық аурулары бар балалар жеке дамуында ерекшеліктер көрсетеді. Соматикалық аурудың болуы баланың белгілі бір әлеуметтік даму жағдайын жасайды, бұл аурудың ішкі көрінісін қалыптастыруға әсер етеді.

Бұл кезеңдер көбіне ауруды сезінудегі дағдарыстық сәттермен сәйкес келеді және балалардың тұлғалық дамуында әртүрлі қиындықтармен қатар жүруі мүмкін.

11.2. Аутизм спектрінің бұзылуының дамуына конституциялық және отбасылық факторлардың әсері

Зерттелген контингенттегі отбасыларда психикалық аурулардың таралуы

Бұл зерттеу қатысушылардың отбасыларындағы психикалық аурулардың жиілігін зерттеді. Ата-аналардың отбасында және ата-бабалардың туыстары арасында клиникалық-генеалогиялық тексеру жүргізілді. Отбасы мүшелерінен диагноздармен расталған және психиатрлар емдеген психикалық ауытқулары бар туыстары туралы мәліметтер жиналды.

Деректерді талдау зерттелген отбасылардағы психикалық ауруларға тұқым қуалайтын бейімділігін анықтады, сонымен қатар аналар мен олардың туыстарындағы бұзылулармен салыстырғанда әкелер мен әкелердің туыстарында эндогендік бұзылулардың айтарлықтай басымдылығын анықтады. Бұл деректер эндогендік психикалық аурулардың, соның ішінде аутизм спектрінің бұзылыстарының тұқым қуалайтын бейімділігінің ықтималдығы жоғары деген гипотезаны растауы мүмкін. Нәтижелер ер жынысы аутизм спектрінің бұзылыстарының дамуы үшін қауіп факторы болуы мүмкін екенін көрсетеді.

Аутизм спектрінің бұзылуының дамуына ата-аналар мен туыстарының тұлғалық ерекшеліктерінің әсері.

Зерттеу шеңберінде аутизм спекріндегі бұзылыстары бар (АСБ) балалардың ата-аналары мен туыстарының тұлғалық ерекшеліктерін бағалау

әрекеті жасалды. Бұл үшін П. Б. Ганнушкиннің (1933) жіктемесі негіз ретінде алынды, ол белгілі бір тұлғалық белгілердің үйлесімі арқылы көрінетін патологиялық сипаттарды сипаттайды. Осы жіктеме негізінде ата-аналар мен туыстардың тұлғалық және мінез-құрлықтық ерекшеліктері туралы ақпаратты қамтитын «Науқастың диагностикалық картасы» құрылды.

АСБ бар балалардың ата-аналары арасында акценттік тұлғалардың жоғары пайызы анықталды. Зерттеу нәтижелері шизоидты тұлғаның белгілері АСБ бар науқастардың әкелік туыстарында айтарлықтай жиі кездесетінін көрсетеді. Бұл тұжырымды әкелер мен олардың туыстары арасында аналармен және олардың ұқсас белгілері бар туыстарымен салыстырғанда шизоидтық акцентуация жағдайларының айтарлықтай көп болуы расталады ($p < 0,001$). Бұл болжамды жанама растау статистикалық деректерге сәйкес ұлдарда АСБ қыздарға қарағанда төрт есе жиі дамиды. Осылайша, ерлер жынысы АСБ-да көбірек бейім болуы мүмкін және ұрпақтарда мұндай бұзылулардың дамуына бейімді фактор ретінде қызмет етеді деп болжауға болады.

Балалардағы аутизм спектрінің бұзылуының дамуына ата-ана жасының әсері

Әдебиеттерге сәйкес, даму патологиясы бар балаларды туылу қаупі ананың жасына қарай артады. Зерттеулер сонымен қатар әкенің жасы жүктілік кезінде маңызды екенін көрсетеді. Ұрпақтарда туа біткен және тұқым қуалайтын аурулардың даму қаупі ата-ананың екеуінің де жасына тікелей байланысты.

Осы зерттеу шеңберінде аутизм спекріндегі бұзылыстары бар (АСБ) баланың дүниеге келу сәтіндегі ата-аналардың жасы талданды. Д.Бромлидің жас классификациясы (1966) қолданылды, ол бес даму циклін ажыратады: құрсақшылдық, балалық шақ, жасөспірімдік, ересек және кәрілік. Зерттеуде «жасөспірімдік» пен «ересектік» циклдері, сондай-ақ олардың ішкі кезеңдері қарастырылды. Жасөспірімдік кезең: жоғарғы сынып оқушысының жасы (11–15 жас) және кеш жасөспірімдік кезең (15–21 жас). Ересектік кезең: ерте ересектік (21–25 жас), орта ересектік (25–40 жас) және кеш ересектік (40–55 жас) [24].

Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, әкелердің көпшілігі АСБ бар бала туылған кезде орта және кеш ересек жаста болған (тиісінше 35,6% және 24,7%). Бұл топтар мен ерте ересек топ арасындағы айырмашылықтар статистикалық маңызды ($p < 0,001$). Аналардың көпшілігі ересек жастың орта кезеңінде (71,2%) болды, бұл ерте және кеш ересек топтағы аналар санынан айтарлықтай ($p < 0,001$) асып түседі [15].

Осылайша, балалардың көпшілігі 25 жастан асқан ата-анадан туған. Сондай-ақ, ата-анасының жасы 25-тен асқан 38 отбасында АСБ бала туғанда дені сау үлкен балалар бар екені де айтылды. Бұл зерттеу ата-ананың жасы ұрпақтарда, әсіресе жанұяда психикалық ауру тарихы болған жағдайда, АСБ дамуына бейімді фактор болуы мүмкін екенін көрсетеді.

11.3. Аутизм спектрі бұзылыстарының дамуындағы микроэлеуметтік факторлар

Аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарының білімі мен жұмысқа орналасу жағдайын талдау

Аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарының білім деңгейін және кәсіби саласын талдау келесі нәтижелерді көрсетті.

АСБ бар балалардың әкелерінің арасында физика-математика ғылымдары саласында жоғары білімі бар және физика, математика және бағдарламалау салаларында жұмыс істейтін тұлғалардың айтарлықтай басымдығы байқалады. Бұл әкелер парасаттылық, нақты ғылымдарға қызығушылық және математикалық талдау қабілеті сияқты тұлғалық қасиеттерді көрсетеді. Олардың интеллектуалдық қабілеттері жоғары және көбінесе дәл технология, математика және физика саласындағы мамандықтарды таңдайды. Басқа облыстарда білімі мен мамандығы бар әкелердің саны айтарлықтай аз.

Аналарға келетін болсақ, олардың басым бөлігі гуманитарлық салада жұмыс істейді, және бұл көрсеткіш математика, физика немесе бағдарламалау салаларында жұмыс істейтін аналар санынан едәуір жоғары Сондай-ақ, біліктілігі төмен еңбекпен айналысатын аналардың саны жоғары екені байқалады ($p < 0,001$). Әсіресе, жұмыс істемейтін аналардың үлесі (28,7%) айтарлықтай жоғары, бұл көбінесе баланың ерекше күтімді қажет етуімен түсіндіріледі. Осылайша, АСБ бар балалардың аналары арасында жоғары гуманитарлық білімі бар және осы салада жұмыс істеуге бейім әйелдер басым [16].

Аутизм спектрі бұзылған науқастардың отбасы құрылымын талдау

Осы зерттеуде АСБ бар балалардың отбасылық құрылымы олардың құрамына қарай талданды. Отбасылар толық (ата-анасының екеуі де бар) және толық емес (баланы ата-анасының біреуі тәрбиелейді) болып бөлінді. Бұл отбасылардағы психологиялық орта да аурудың динамикасына әсер ететін фактор ретінде зерттелді.

Созылмалы психикалық ауруы бар баланың тууы өз алдына ата-аналар үшін стресс факторы болып табылады және бұл өз кезегінде отбасында жиі қолайсыз психологиялық ахуал туғызады немесе ажырасуға әкеледі. Қолайсыз психологиялық орта жиі жанжалдармен, отбасы мүшелерінің ішімдік немесе нашақорлықпен, АСБ бар баланың психологиялық бас тартуымен, оның жағдайын түсінбеуімен және қабылдамауымен сипатталады. Мұндай отбасыларда ашушаңдық, агрессия мен ыза, ортақ қызығушылықтардың болмауы жиі кездеседі, ал бала «ауыртпалық» ретінде қабылданады. Отбасы мүшелері жиі жауапкершіліктің, жанашырлықтың және достық қарым-қатынастың жоқтығын көрсетеді, ал баланың қажеттіліктері еленбейді, бұл созылмалы психологиялық депривацияға әкеледі.

АСБ бар балалардың отбасылары төрт топқа бөлінді: психологиялық ортасы қолайлы толық отбасы, психологиялық жағдайы қолайлы толық емес отбасы,

психологиялық жағдайы қолайсыз толық отбасы және психологиялық ортасы қолайсыз толық емес отбасы.

Ауыр және орташа ауырлықтағы АСБ формалары бар науқастардың төрт топ арасында біркелкі бөлінуіне қарамастан, қолайлы және қолайсыз психологиялық ахуалға ие отбасылар арасында теріс динамика көрсеткіштері бойынша сенімді айырмашылық анықталмады. Дегенмен, қолайлы психологиялық ортасы бар отбасыларда позитивті динамиканың жағдайлары айтарлықтай көп, соның ішінде ауыр АСБ жағдайлары бар ($p < 0,001$). Психологиялық ортасы қолайсыз отбасыларда ауыр аутизммен ауыратын науқастарда оң динамика байқалмайды.

Бұл деректер аурудың динамикасы үшін отбасындағы психологиялық ортаның маңыздылығын көрсетеді. Теріс динамикасы бар науқастардың ең көп саны (91,0%) психологиялық ортасы қолайсыз толық емес отбасылар тобында байқалды. Нәтижелер мүгедек балалардың ата-аналарын, әсіресе толық емес отбасыларды әлеуметтік қолдау бағдарламаларын әзірлеу қажеттілігін көрсетеді[28].

Аутизм спектрі бұзылған науқастардың отбасыларының материалдық деңгейін талдау

Зерттеу барысында науқастардың отбасылары қаржылық жағдайына қарай үш топқа жіктелді: жоғары, орташа және төмен қаржылық жағдай. Төмен материалдық тұрмыс деңгейін бағалау критерийлері ата-анасының жұмысының болмауы, жеке баспанасының болмауы, табыстың ең төменгі күнкөріс деңгейінен төмен болуы, отбасын аз қамтылған деп тану, әлеуметтік жәрдемақы алу және ақылы қызмет көрсетуге қабілетсіздігі болды. Орташа материалдық деңгей ата-аналардың тұрақты жұмысы, ең төменгі күнкөріс деңгейінен жоғары тұрақты табысы, жеке баспанасының болуы және балаларының емделуіне және оқуына ақы төлеу мүмкіндігімен сипатталды. Жоғары материалдық стандарт табысы жоғары кәсіптің немесе тұрақты жұмыстың болуымен, қосымша жылжымайтын мүліктің болуымен, шетелде ақылы қызметтерді төлеу мүмкіндігімен және қызмет көрсететін персоналды жалдаумен анықталды.

Үш топтағы ата-аналар арасында жүргізілген сауалнама мынаны көрсетті:

- Төмен материалдық деңгей: Бұл топтағы ата-аналар мамандардың кеңестері мен ұзақ мерзімді түзету шараларын төлеуге қажетті қаражатқа ие емес. Олар тар әрі қолайсыз тұрғын үй жағдайында өмір сүреді, мұндай жағдайда бала жиі өзіне тиесілі жеке бөлмеден, сондай-ақ дамытушы ойыншықтар мен кітаптардан айырылған болады. Тұрмыстық мәселелер бірінші орынға қойылады, ал ата-аналар баланың ауруы мен оны түзету мүмкіндіктері туралы жеткілікті ақпаратқа ие емес. Түзету сабақтарына бөлінетін уақыт өте шектеулі.

- Орташа материалдық деңгей: Мұндай отбасыларда емдеуге және түзету сабақтарына жеткілікті қаражат бөлінеді. Балалардың көпшілігінің жеке бөлмесі бар және олар дамытушы ойыншықтар мен кітаптарға қол жеткізе алады. Ата-аналар баланың ауруы мен оны түзету мүмкіндіктері туралы хабардар, алайда

жұмыстарының көптігіне байланысты оларда түзету сабақтарына және арнайы орталықтарға жүйелі түрде баруға уақыт жеткіліксіз.

- Жоғары материалдық деңгей: Бұл отбасылар түрлі мамандардың кеңесіне жүгіну және заманауи түзету әдістерін қолдану үшін барынша материалдық мүмкіндіктерге ие. Ата-аналар баланың ауруы мен оны түзету жолдары туралы жақсы хабардар. Отбасы мүшелерінің бірі (көбінесе анасы) жұмыс істемейді және көмекшілер жалдайды, бұл балаға көбірек уақыт бөлуге мүмкіндік береді. Балалардың көпшілігінде күтуші болады. Бос уақыттың болуы ата-аналарға арнайы әдебиеттерді оқуға, өзге қалалар мен шет елдерде емдік курстарға қатысуға және үйге келетін мамандардың қызметтерін төлеуге мүмкіндік береді[57].

Деректер материалдық деңгейінің жоғары болуы АСБ түзету мүмкіндіктерін айтарлықтай жақсартатынын, ал материалдық деңгейі төмен отбасылар үлкен қиындықтарға тап болатынын көрсетеді. Аутизм спектрі бұзылған балаларды тәрбиелеп отырған отбасылардың материалдық өмір сүру деңгейін жақсарту және мұндай отбасыларды әлеуметтік қолдау бағдарламаларын әзірлеу қажеттілігі айқын сезіліп отыр.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Аутизм спектрінің бұзылуының дамуындағы биологиялық факторлардың рөлі қандай?
2. АСБ дамуына қандай конституциялық және тұқым қуалаушылық факторлар әсер етеді?
3. Аутистикалық қасиеттердің қалыптасуына микроәлеуметтік ортаның әсері қандай?
4. АСБ дамуына ықпал ететін негізгі факторлармен кесте жасаңыз.

Реферат тақырыптары.

1. Аутизм диагнозы бар мектепке дейінгі баланың қарым-қатынас және сөйлеу дағдыларын қалыптастыру мәселелері
2. Аутизм диагнозы бар баланың психолого-педагогикалық тексеру мазмұны
3. Ерте балалық шақта байқалатын балалар аутизмінің негізгі белгілері

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Биологиялық, конституциялық және әлеуметтік-экономикалық факторлар мен АСБ дамуының арасындағы байланысты анықтау үшін қандай әдіс қолданылды?
 - a) Регрессиялық талдау
 - ә) Факторлық талдау
 - с) Дисперсиялық талдау
 - d) Корреляциялық талдау
 - e) Негізгі құрамдас талдау

2. АСБ бар балаларды аналарында қандай акушерлік асқынулар жиі кездеседі?
- a) Шала туылу
 - b) Созылмалы жатыршілік инфекциялар , гестоз , фетоплацентарлы жетіспеушілік
 - c) Қос ұрықты жүктілік
 - d) Генетикалық мутация
 - e) Жүктіліктің бірінші жартысындағы токсикоз
3. АСБ бар науқастардың қанша пайызында неврологиялық патология бар?
- a) 50%
 - b) 60%
 - c) 72,2%
 - d) 80%
 - e) 90%
4. Ішкіұрықтық даму кезеңінің қай кезеңінде антенаталдық кезең басталады?
- a) Ұрықтану сәтінен бастап
 - b) Жүктіліктің 12-ші аптасынан бастап
 - c) Жүктіліктің 20-шы аптасынан бастап
 - d) Жүктіліктің 28-ші аптасынан бастап
 - e) Босана басталғанда
5. АСБ бар науқастарда қандай созылмалы ілеспелі аурулар анықталды?
- a) Онкологиялық аурулар
 - b) Эндокриндік бұзылыстар
 - c) Жүрек-қан тамырлары, асқазан-ішек аурулары, тыныс алу органдары мен бүйрек патологиялары
 - d) Аутоиммундық аурулар
 - e) Қан ұйығыштығының бұзылыстары
6. АСБ-мен ауыратын балалардың туыстарында психикалық бұзылыстардың қай түрі жиірек болды?
- a) Депрессия
 - b) Биполярлы аффективті бұзылыс
 - c) Шизофрения
 - d) Шизоидтық тұлғалық ерекшеліктер
 - e) Жалпы мазасыздық бұзылысы
7. АСБ бар баласы туылған кезде аналардың көпшілігі қай жас тобында болды?
- a) 21 жасқа дейін
 - b) 21-25 жаста
 - c) 25-40 жаста
 - d) 40-50 жаста
 - e) 50 жастан жоғары
8. АСБ бар балалардың әкелері қай кәсіптік салада жиі жұмыс істеді?
- a) Гуманитарлық ғылымдар
 - b) Өнер және дизайн

- с) Физика-математикалық ғылымдар, бағдарламалау
 - d) Медицина саласы
 - е) Педагогика
9. Қай топтағы жанұялар АСБ бар баланың дамуында ең үлкен оң динамика көрсетті?
- a) Қолайсыз ортасы бар толық отбасылар
 - b) Қолайсыз ортасы бар толық емес отбасылар
 - c) Бейтарап ортасы бар толық отбасылар
 - d) Қолайлы психологиялық ортасы бар толық отбасылар
 - е) Психологиялық ортасы қолайлы толық емес отбасылар
10. Отбасының қай қаржылық тобында АСБ түзету үшін ең үлкен мүмкіндіктер болды?
- a) Материалдық деңгейі жоғары
 - b) Материалдық деңгейі орташа
 - c) Материалдық деңгейі төмен
 - d) Жұмыссыз ата-аналар
 - е) Жалғызбасты ата-аналар

2-модуль бойынша қорытынды

Аутизм спектрі бұзылған балалардың психофизиологиялық және жас ерекшеліктерін терең түсіну диагностиканың, түзетудің және қолдаудың құзыретті жүйесін құрудың негізі болып табылады. АСБ - бұл биологиялық, генетикалық, нейрофизиологиялық және психоэмоционалдық аспектілері өзара байланысты болатын көп факторлы сипаттағы күрделі және гетерогенді жағдайлар. Бұл модуль студенттерді аутизмнің табиғатын түсінудің көп деңгейлі тәсілімен таныстырды, оның ішінде негізгі теориялар: ақыл-ой теориясы, орталық когеренттілік теориясы, атқарушы функция теориясы, айна нейрондық теориясы және нейробиологиялық және генетикалық модельдер.

Бұл білімді меңгеру болашақ мамандарға АСБ-дағы бұзылулардың шығу тегі мен динамикасын түсінуге ғана емес, сонымен қатар баланың жеке нейропсихологиялық ерекшеліктеріне байланысты симптомдардың ауырлығын объективті бағалауға мүмкіндік береді. Ми қыртысының атипикалық гирификациясы, функционалдық байланыстың бұзылуы, сенсорлық интеграцияның бұзылыстары және соматосенсорлық, практикалық және гностикалық функциялардың даму ерекшеліктері сияқты дизонтогенездің механизмдерін қарастыру ерте кезеңде ауытқуларды анықтауға және нейрофизиологиялық деңгейде әсер ету стратегиясын құруға мүмкіндік береді.

Баланың сенсорлық-перцептивтік бейінін қалыптастыруда ерекше маңызды болып табылатын сенсорлық жүйелердің – есту, көру, сөйлеудің анатомиялық

және функционалдық ерекшеліктеріне ерекше көңіл бөлінеді. Өйткені, бұл сенсорлық шамадан тыс жүктеме және гипер-/гипосезімталдық, бұл көбінесе өзара әрекеттесу мен оқудағы қиындықтардың негізі болып табылады. Бұл механизмдерді түсіну маманға мүмкін болатын мінез-құлық реакцияларын болжауға және көмек көрсетудің ең қолайлы түрлерін таңдауға мүмкіндік береді.

Сонымен қатар, модульде АСБ бар баланың бірегей «нейропсихологиялық портретін» құрайтын биологиялық, оның ішінде тұқым қуалайтын және конституциялық, сондай-ақ микроэлеуметтік факторлардың рөлі туралы блок кіреді. Бұл тәсілді жекелендіруге және мақсатты даму траекторияларын құруға ықпал етеді. Онтогенетикалық дамудың ерекшеліктері, соның ішінде дизонтогенез кезеңдері функциялардың дамуын болжауға, ықтимал қауіп аймақтарын түсінуге және нақты қолдау мақсаттарын қалыптастыруға мүмкіндік береді. Осылайша, АСД бар балалардың психофизиологиялық және жас ерекшеліктерін жан-жақты зерттеу маманға аутизм көріністерінің әртүрлілігін бағдарлауға ғана емес, сонымен қатар неврология, психология, педагогика және клиникалық медицина білімін біріктіре отырып, пәнаралық медиатор ретінде әрекет етуге мүмкіндік береді. Бұл диагностиканың сапасын айтарлықтай жақсартады, түзету және дамыту бағдарламаларының негізділігін күшейтеді және баланың нейрофизиологиялық қажеттіліктері мен ресурстарын ескере отырып, білім беру және әлеуметтік-мәдени контекстке қосылуын қамтамасыз етеді.

Модуль 3. (АСБ) Аутизм спектрі бұзылған балалармен психодиагностикалық жұмыс.

Аннотация

Модуль аутизм спектрі бұзылған балалардың психодиагностикасының принциптері, әдістері мен технологиялары туралы білімді дамытуға бағытталған. Сараптама кезеңдері, ерте скринингтік тексеру тәсілдері, дифференциалды диагностика және маман жұмысының кәсіби-этикалық нормалары қарастырылады.

Күтілетін оқу нәтижелері

Модульді оқығаннан кейін студент білуі керек:

- АСБ бар балалармен психодиагностикалық жұмыстың мақсаты мен міндеттерін тұжырымдаңыз.*
- Психодиагностиканың адекватты әдістері мен технологияларын таңдаңыз.*
- АСБ ерте скринингін және дифференциалды диагностикасын жүргізу.*
- Психологиялық диагностика және қолданбалы мінез-құлық талдау әдістерін қолдану.*
- Аутизмі бар балалармен жұмыс істегенде кәсіби және этикалық стандарттарды ескеріңіз.*

1. Дәріс. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жүргізілетін психодиагностикалық жұмыстың құрылымы мен мазмұны. Мақсаттар мен міндеттер.

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) - онтогенездің бастапқы кезеңдерінде дамиды жүйке жүйесінің өмір бойы дамуының бұзылыстары. Бұл бұзылулардың негізгі белгілері вербалды және вербалды емес қарым-қатынастағы тұрақты қиындықтар, сондай-ақ мінез-құлықтың, қызығушылықтардың және әрекеттердің шектеулі, қайталанатын үлгілері болып табылады. АҚШ-тың ресми статистикасына сәйкес, қазіргі уақытта 59 баланың 1-інде бұл ауру диагнозы қойылған және бұл көрсеткіш нәсілге, ұлтқа немесе әлеуметтік-экономикалық жағдайға байланысты емес. Азияда, Еуропада және Солтүстік Америкада ұқсас зерттеулер балалардың 1-2% -ында бұзылу бар екенін анықтады. Сонымен қатар, бұл бұзылыс қыздарға қарағанда ұлдар арасында шамамен 4 есе жиі кездеседі (38 ұлдың 1-і және 152 қыздың 1-і) [58].

АСБ ықтимал себептері:

Генетикалық факторлар:

Микромассивтерді (ArrayCGH) қолданатын заманауи молекулярлық кариотиптеу әдістері аутизмі және психикалық дамуы тежелген балалардың 88%

-ында әртүрлі геномдық ауытқуларды (CNV) анықтауға мүмкіндік берді. Сонымен қатар, олардың жартысынан көбі теңгерімсіз болды, бұл генетикалық факторлардың айтарлықтай әсерін көрсетеді.

Эпигенетикалық факторлар :

- тамақтанудағы өзгерістер;
- микробиоманы бұзатын тағам өнімдерінде антибиотиктердің, гормондардың және пестицидтердің шамадан тыс мөлшері;
- орталық жүйке жүйесінің постнатальді қалыптасуының маңызды кезеңдерімен сәйкес келетін вакцинация кестесінің сәйкес келмеуі;
- денеге стресстік әсер ететін әртүрлі соматикалық аурулар.

АХЖ-10 классификациясы көп жағдайда қолданылғанымен, ДДҰ мен АҚШ-тың Ұлттық психикалық денсаулық институты АХЖ-11 және DSM-5-ті біріктіру үшін жұмыс жасауда. Бүгінгі күні DSM-5 бұзылыстың симптомдары мен ауырлық деңгейлерінің дәл сипаттамасын беретін АСБ үшін ең заманауи және жан-жақты диагностикалық нұсқаулық болып табылады[37].

АСБ үшін заманауи диагностикалық критерийлер:

Аутизм туралы ғылым тез дамып келеді, бұл жіктеу тәсілдерін қайта қарауға әкеледі. DSM-IV және АХЖ-10 жіктелуінің алдыңғы нұсқасында АСБ «аутизм үштігі» аясында қарастырылды, оған мыналар кіреді:

1. Әлеуметтік өзара әрекеттестіктің бұзылуы;
2. Қарым-қатынастағы мәселелер;
3. Мінез-құлықтың, қызығушылықтың және іс-әрекеттің шектеулі және стереотиптік үлгілері.

DSM-5 жіктелуінде АСБ симптомдары «аутизм диадасына» дейін төмендейді:

- А. Әлеуметтік қарым-қатынас пен өзара әрекеттесудегі кемшіліктер;
- В. Қайталанатын, шектелген мінез-құлық және қызығушылық үлгілері.

Осы себепті, DSM-5 АСБ белгілері мен ауырлық деңгейлерінің құрылымдық сипаттамасын беретін кәсіпқойлар үшін ең өзекті құрал болып саналады.

Американдық педиатрия академиясы балаларды 18 және 24 айлық жасында АСБ-ге скринингтен өткізуді ұсынады. Кеннеди Кригер институтында (АҚШ) аутизмнің алғашқы белгілері нәрестелерде 6 айлық жаста анықталады, ал соңғы диагноз 14 айда қойылады. Негізгі диагностикалық сипаттамаларға мыналар жатады:

- 6 айда: күлімсіреудің, көзге тік қараудың болмауы;
- 12 айда: меңзеу қимылының болмауы, ересектермен қарым-қатынастан аулақ болу.

Ұлыбританияда аутизм профилін анықтаудың ұлттық жоспары (NAPC) диагнозды алғашқы белгілерден кейін 30 апта ішінде қоюды талап етеді. Украинада дамуында кемістігі бар балаларға медициналық көмек көрсетудің

клиникалық хаттамасында сондай-ақ АСБ диагностикасының критерийлері қарастырылған[25] :

- өмірдің бірінші жылында: бұлшықет тонусының жоғарылауы, ата-анаға жауаптың болмауы, біркелкі қозғалыстар, ұйқының және тәбеттің бұзылуы;

- 1-3 жаста: көзге тік қараудан аулақ болу, эмоциялардың тар шеңбері, стереотиптік қозғалыстар, сенсорлық сезімталдықтың жоғарылауы.

Диагностикалық мақсаттар:

1. Баланың даму деңгейін анықтау;
2. Әлеуметтік бейімделуді бағалау;
3. Білім беру стратегиясын таңдау;
4. Түзету бағдарламасын құрастыру.

Арнайы симптомдардың және зертханалық зерттеулердің болмауына байланысты АСБ ерте диагностикасы қиын. Диагностика аясында келесілер бөлінеді:

-Скринингтік диагностика – олардың тереңдігін көрсетпей ауытқуларды анықтау;

-Дифференциалды диагностика – бұзылу категориясын анықтау;

-Феноменологиялық диагностика – баланың психологиялық ерекшеліктерін терең зерттеу.

Скринингтік диагностиканың міндеттері:

- дамуында ауытқуы бар балаларды ерте анықтау;

- психологиялық-педагогикалық мәселелердің спектрін анықтау;

- Білім беру бағдарламаларының сапасын және мемлекеттік мектептердегі балалардың оқу жағдайларын талдау.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балаларды психодиагностикалаудың негізгі мақсаттары мен міндеттері қандай?

2. Заманауи ғылымда анықталған аутизм спектрінің бұзылуларының негізгі себептері қандай?

3. АСБ анықтау үшін қолданылатын қазіргі диагностикалық критериялар қандай?

Реферат тақырыптары.

1. АСБ бойынша психодиагностикалық жұмыстың тарихы

2. М.Ратгермен құрастырған АСБ диагностикалық критерийлері.

3. АСБ бар баланы бақылау параметрлері.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) негізгі белгілері қандай?

а) Мазасыздық пен агрессияның күшеюі

б) Қозғалыс дағдылары мен үйлестіру проблемалары

- c) Қарым-қатынастағы қиындықтар және қайталанатын мінез-құлық
 - d) Есте сақтау және зейін проблемалары
 - e) Депрессияға бейімділік
2. Америка Құрама Штаттарында ресми статистикаға сәйкес балалар арасында АСБ таралуы қандай?
- a) 100 баладан 1 баладан
 - b) 59 баладан 1 баладан
 - c) 200 баладан 1 баладан
 - d) 30 баладан 1 баладан
 - e) 500 баладан 1 баладан
3. Ұлдар мен қыздар арасында АСБ жиілігі қандай?
- a) 2:1
 - b) 3:1
 - c) 4:1
 - d) 5:1
 - e) 6:1
4. Қандай молекулярлық зерттеу әдістері АСБ бар балалардағы генетикалық ауытқуларды анықтауға мүмкіндік берді?
- a) ПТР анализі
 - b) Гистологиялық зерттеу
 - c) Микромәтінді пайдаланып молекулалық кариотиптеу (ArrayCGH)
 - d) Электроэнцефалография
 - e) Магниттік резонансты бейнелеу
5. Қандай фактор АСБ эпигенетикалық себептеріне қатысы жоқ?
- a) Диетаның өзгеруі
 - b) Азық-түліктегі антибиотиктердің шамадан тыс болуы
 - c) Генетикалық мутациялар
 - d) Вакцинация кестесінің сәйкес келмеуі
 - e) Соматикалық аурулар
6. Қазіргі уақытта қандай диагностикалық жүйе АСБ диагностикасы үшін ең заманауи және толық болып саналады?
- a) ICD-10
 - b) DSM-5
 - c) DSM-IV
 - d) ICD-9
 - e) NAPS
7. DSM-5 классификациясының қазіргі тәсілі алдыңғы нұсқалардан қалай ерекшеленеді?
- a) «Әлеуметтік аутизм» жаңа категориясы қосылды
 - b) АСБ диагностикалық критерийлері алынып тасталды
 - c) «Аутизм триадасының» орнына «аутизм диадасы» енгізілді

- d) Диагнозға тек генетикалық факторлар кіреді
 - e) Ауырлық санаттары жойылды
8. Американдық педиатрия академиясы балаларға қандай жаста АСБ скринингін ұсынады?
- a) 6 және 12 ай
 - b) 12 және 18 ай
 - c) 18 және 24 ай
 - d) 24 және 36 ай
 - e) 3 және 5 жыл
9. 6 айлық нәрестеде АСБ болуы мүмкін қандай белгілер бар?
- a) Тітіркену және жылау
 - b) Ұйқыдағы мәселелер
 - c) Күлімсіреу, былдырлау, көзге тік қарамау
 - d) Құрдастарымен қарым-қатынастан аулақ болу
 - e) Қолдың стереотиптік қозғалысы
10. Диагностиканың қай формасы бұзылу категориясын анықтауға бағытталған?
- a) Дифференциалды диагностика
 - b) Скринингтік диагностика
 - c) Феноменологиялық диагностика
 - d) Функционалдық диагностика
 - e) Мінез-құлық диагностикасы

2. Дәріс. АСБ бар балаларды психодиагностикалық тексеруді жүргізудің негізгі тәсілдері, әдістері мен технологиясы (кезеңдері, ұйымдастыру талаптары). Субъектілерді тексеру.

2.1 Негізгі тәсілдер.

Психодиагностиканың негізгі сипаттамасы оның зерттелетін психикалық үдерістерді сандық және сапалық бағалауды қамтамасыз ететін өлшеу және тексеру фокусы болып табылады.

Диагностикалық әдістердің барлық спектрін қамтитын үш негізгі психодиагностикалық тәсіл бар[22]:

1. *Объективті тәсіл* – диагностика тапсырманың орындалу табысы мен қызметтің сипаттамаларын талдауға негізделген. Бұл тәсіл интеллект тесттерін, тұлғалық тесттерді, жетістіктерді тексеруді және қабілеттілік сынақтарын жасауға әкелді.

1. *Субъективті тәсіл* – диагностика өзін-өзі есеп беру, тұлғалық және мінез-

құлық ерекшеліктерін сипаттау негізінде жүзеге асырылады. Бұл тәсіл әртүрлі сауалнама түрлерімен, соның ішінде тұлғалық, мотивациялық, типологиялық, сондай-ақ күй, көңіл-күй және сауалнамалар арқылы ұсынылған.

2. *Проекциялық тәсіл* – бейтарап, әлсіз құрылымды материалмен өзара әрекеттесу талдауына негізделген, бұл проекция арқылы бейсаналық үдерістерді анықтауға мүмкіндік береді.

АХЖ-10 диагностикалық критерийлерін, психиатрдың клиникалық бағасын, даму динамикасын, сондай-ақ жүйелі патопсихологиялық талдауды ескере отырып, АСБ-ға дербестендірілген диагностикалық тәсілді қолдану балалар психиатриясының шеңберінде АСБ бар науқастарды кешенді зерттеуге мүмкіндік берді. Бұл тәсіл Психиатрлар мен медициналық психологтарды қоса алғанда, мамандар үшін өте маңызды болып табылатын АСБ әртүрлі нысандарын дәл диагностикалауды жеңілдетеді. Диагностикалық, клиникалық және патопсихологиялық деректер негізінде науқастарды басқарудың жеке бағыттары әзірленеді, бұл медициналық, білім беру және әлеуметтік көмектің сапасын айтарлықтай жақсартады.

2.2. Балалардағы аутизмді диагностикалаудың негізгі әдістері

Негізгі әдістерге бақылау (соның ішінде динамикалық) және ата-аналармен әңгімелесу жатады. Ең тиімдісі бірнеше әдістердің қосындысы болып саналады: сауалнама, сұхбат және бақылау. Бастапқыда ата-аналармен әңгімелесу жүргізіледі, содан кейін олар сауалнамалар толтырады. Бұл деректер баланы одан әрі бақылау үшін пайдаланылады.

Диагностикалық үдеріс үш кезеңнен тұрады:

1. Психологиялық анамнез жинау;
2. Эмоционалды-еріктік сфераны бағалау;
3. Когнитивтік саланы зерттеу.

Алғашқы екі топтағы аутист балалар (О.С. Никольскаяның жіктеуі бойынша) дәл диагноз қою үшін ұзақ мерзімді динамикалық бақылауды қажет етеді. Алғашқы екі кезеңде тек аутистикалық дизонтогенездің түрін анықтауға болады. Үшінші топтағы балаларды мамандармен сенімді қарым-қатынас болған жағдайда дереу тексеруге болады, ал төртінші топтағы балаларды диагностикалау ең басынан бастап барлық үш кезеңді қамтуы мүмкін.

Бастапқы тексеру кезінде ата-аналарға әңгімелесу, сауалнамалар, мамандандырылған тесттер жүргізіледі. Сондай-ақ баланың психологиялық және медициналық талдау тарихын, оның ішінде жүктілік пен босанудың барысы, ерте моторлы және психоэмоционалды дамуы, балалық шақ ерекшеліктері және невропатолог пен психиатрдың диагноздары туралы мәліметтер.

Қосымша ақпаратты баланың шығармашылық өнімі – сызбалар, қолөнер және басқа да шығармашылық жұмыстар бере алады. Ата-аналарға сауалнаманы үйде толтыру және оны консультация кезінде беру ұсынылады, бұл мамандарға

әңгімелесу кезінде алынған деректерді егжей-тегжейлі көрсетуге мүмкіндік береді[51].

2.3. Психодиагностикалық сараптама жүргізу технологиясы

1-қадам: Скринингтік және диагностикалық әдістерді пайдалана отырып, аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) белгілерін анықтау диагнозды растау және емдеу стратегиясын әзірлеу үшін баланы психиатрға жіберуге әкеледі.

2-қадам: Нейрофизиологиялық талдауды қоса алғанда, кешенді неврологиялық тексеру органикалық өзгерістерді, эпилепсиялық бұзылуларды, сондай-ақ психикалық бұзылулардың белгілі бір түрлеріне тән ЭЭГ ерекше үлгілерін анықтауға бағытталған. Бұл зерттеу ЭЭГ-тің жас нормаларына сәйкестігін анықтауға, сондай-ақ нормативтік көрсеткіштерден ауытқу дәрежесі мен сипатын жазуға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, сенсорлық жүйелердің күйін зерттеу жүргізіледі, бұл балалардағы органикалық патологияларды, сенсорлық дисфункцияларды және эпилепсияны анықтауға мүмкіндік береді.

3-қадам: Мартин-Белл синдромының диагностикасы (нәзік X хромосомасымен байланысты ақыл-ой кемістігінің түрі). Халық арасында бұл патологияның жиілігі 1:2500–6000 құрайды. Ауыр интеллектуалдық бұзылыстары және аутизмі бар балалар арасында кем дегенде 4-6% жағдай осы геннің толық мутациясымен байланысты деп күтілуде.

4-қадам: Басқа белгілі тұқым қуалайтын синдромдарды алып тастау. Бұл міндет клиникалық генетикке жүктеледі. Егер тұқым қуалайтын ауруларға күдік болса, стандартты метаболикалық скринингті қоса, қосымша сынақтар тағайындалады. Ретт синдромы мүмкін болған жағдайда (қыздарда) MeCP2 генінің мутациясына талдау жүргізіледі. Бұл кезеңнің нәтижесі тұқым қуалайтын патологиялардың әртүрлі нысандары бар науқастарды анықтау болып табылады.

5-қадам: ДНҚ микро массивтері бойынша молекулалық кариотиптеуді қолдана отырып, психикалық бұзылыстардың бұрын белгісіз формаларын диагностикалау. Жиым CGH технологиясын пайдалану геномдық аномалиялар мен вариацияларды (CNV – көшірме санының вариациялары) анықтауды 70%-ға дейін арттырады. Зерттеудің маңызды бөлігі мутациялары клиникалық көріністермен байланысты болуы мүмкін гендерді анықтауға бағытталған алынған мәліметтерді биоинформатикалық талдау болып табылады. Бұл АСБ-ның алдын алу үшін ғана емес, геномдық ауруларды емдеудің ғылыми негізделген әдістерін жасау үшін де маңызды.

6-қадам: Оңтайлы білім беру бағытын құру үшін АСБ бар баланың дамуын бағалау:

- Сенсорлық профильді зерттеу (өзгерістер балалардың 80-90% -ында тіркеледі);
- Танымдық профильді талдау (интеллектуалдық бұзылулар АСБ бар науқастардың 50% -дан астамында кездеседі);

- Бейімделу мінез-құлықты бағалау (АСБ бар барлық адамдар жас нормаларына сәйкессіздікті көрсетеді);
- Бейімделмейтін мінез-құлық талдауы (АСБ бар барлық науқастарда әртүрлі дәрежеде көрінеді).

Диагностика және емдеу науқастың конституциялық құқықтары, оның ішінде бостандыққа, жеке басының қауіпсіздігіне, қадір-қасиетіне, жеке өміріне қол сұғылмаушылыққа және халықаралық құқыққа сәйкес жеке деректерді қорғау құқығын ескере отырып жүзеге асырылады.

15 жасқа дейінгі балаларды куәландыру (психиатриялық куәландыру) және емдеу ата-анасының немесе олардың заңды өкілдерінің келісімімен жүзеге асырылады. 15 жастан асқан жасөспірімдерді тексеру олардың келісімінсіз, сондай-ақ ата-анасының рұқсатынсыз жүргізілуі мүмкін, егер:

- Олардың өміріне немесе басқалардың қауіпсіздігіне қауіп төнсе;
- Науқас өзінің негізгі өмірлік қажеттіліктерін өз бетінше қанағаттандыра алмаса[36].

2.4. Диагностика кезеңдері, шкалалары, тексеру әдістері

Егер 12 айға толмаған бала үндемесе, сөйлемесе немесе меңзейтін қимылдар жасамаса, АСБ анықтау үшін: егер 16 айға дейін ол жеке сөздерді айта алмаса, екі жасқа дейін ол қысқа сөз тіркестерін құрастырмаса немесе жасына қарамастан бұрын меңгерілген сөйлеу және әлеуметтік дағдыларды жоғалтса тексеруден өту ұсынылады.

Аутизм спектрінің бұзылуының диагностикасы үш кезеңнен тұрады[78]:

Бірінші кезең – скрининг. Бұл баланың әлеуметтік-коммуникативтік даму ерекшеліктерін жылдам анықтау, балалар арасындағы тәуекел тобын анықтау және одан әрі тексеру қажеттілігін анықтау. Бұл кезең АСБ-ның негізгі белгілеріне негізделген және нақты диагноз қоюды қажет етпейді.

ADOS (Autism Spectrum Disorders Assessment), M-CHAT (Modified Toddler Autism Test), SCQ1 (Social Communication Questionnaire) және егжей-тегжейлі ADI-R сұхбаты сияқты стандартталған скринингтік құралдар бүкіл әлемде қолданылады. Сонымен қатар, екі жасқа дейінгі балалардағы АСБ қаупін бағалайтын ата-аналарға арналған сауалнама бар.

Скрининг диагностикалық құрал емес болғандықтан, оны педиатрлар, невропатологтар, мұғалімдер, психологтар, медбикелер және ата-аналар жасай алады. Американдық педиатрия академиясы скринингті 9, 18 және 24 (30) айлық жаста өткізуді ұсынады, себебі бұл баланың дамуындағы маңызды кезеңдер. Зерттеулер көрсеткендей, ауруды 16-18 айда (белсенді апоптоз кезеңі) дамытқан балаларда аурудың ауыр ағымы болады.

Екінші кезең – аутизмнің диагностикасы және дифференциалды диагностикасы, оны психиатр жүргізеді. Тексеру кезінде медициналық құжаттар, балаларды күту мекемелерінен алынған сипаттамалар, туыстарымен және

баланың өзімен әңгімелесу (егер оның даму деңгейі мүмкіндік берсе) негізінде объективті және субъективті анамнез жиналады.

Клиникалық зерттеу мыналарды қамтиды:

- Кеңістік-уақыттық бағдарлауды бағалау;
- Сөйлеу және қарым-қатынас қабілетінің даму деңгейі;
- Жалпы және ұсақ моториканы;
- Талдау, синтездеу және логикалық байланыстарды орнату қабілеті;
- Әлеуметтік мінез-құлық және бейімделу;
- Танымдық және эмоционалдық ерекшеліктері;
- Аутизмнің ауырлығы, ақыл-ой кемістігі және онымен байланысты психикалық бұзылулар.

Сондай-ақ денені тексеру, рефлексстерді талдау, жүйке жүйесі мен ішкі органдардың қызметін тексеруді қамтитын физикалық тексеру жүргізіледі. Қосымша мамандардың кеңестері (невропатолог, офтальмолог, патопсихолог және т.б.) зертханалық және аспаптық зерттеулер қажет болуы мүмкін.

Аутизмнің ауырлығын бағалау үшін 4 баллдық шкала бойынша 15 функционалдық параметр бағаланатын Балалық шақтағы аутизмді бағалау шкаласы (CARS) қолданылады. Қорытынды балл бұзылыстың ауырлығын анықтауға мүмкіндік береді.

Үшінші кезең – психологтар мен педагогтар жүргізетін даму диагностикасы. Ол баланың жеке ерекшеліктерін, оның танымдық және эмоционалды-еріктік ерекшеліктерін зерттеуге бағытталған.

АСБ бар балаларды бағалау үшін әзірленген РЕР (Psychoeducation Profile), (Психобілім профилі) әдісі ерекше қызығушылық тудырады. Тест РЕР-3 қабылдау, моторика, көру-моторикалық координация, сөйлеу және бейімделу деңгейін қоса алғанда, 7 танымдық саланы талдайды. Сондай-ақ ол бес бағыт бойынша аутистикалық белгілердің ауырлығын бағалайды: эмоционалдық реакциялар, әлеуметтік қарым-қатынастар, объектілерді пайдалану, сенсорлық ерекшеліктер және сөйлеу.

Психологиялық сараптамаға интеллект (Векслер әдісі), есте сақтау, зейін, ойлау, қабылдау, эмоциялар мен тұлғаны бағалау кіреді. Сонымен қатар графикалық әдістер, жағдаяттарды модельдеу, мимика мен ым-ишараны зерттеу қолданылады.

Нейропсихологиялық диагностика жоғары психикалық функцияларды талдайды, бұл танымдық даму деңгейін анықтауға және түзету бағдарламасын жасауға көмектеседі.

Аспаптық диагностикалық әдістерге электроэнцефалография (ЭЭГ) кіреді, ол АСБ әртүрлі формаларында ми қызметінің тән заңдылықтарын анықтауға мүмкіндік береді. Қажет болған жағдайда нейробейнелеу әдістері (КТ, МРТ) қолданылады[44].

Биологиялық белгілер клиникалық және психологиялық деректермен қатар диагностикада, терапияны таңдауда және науқастардың жағдайын бақылауда маңызды рөл атқарады. Заманауи диагностикалық әдістер АСБ-ны ерте кезеңде анықтауға ғана емес, сонымен қатар аутизм спектрі бұзылған балаларға көмек көрсетудің тиімділігін арттыратын жеке емдеу және түзету стратегияларын жасауға мүмкіндік береді.

2.5 АСБ-ға күдікті балаға кешенді клиникалық-психологиялық тексеру жүргізу хаттамасы

ММППУ-де балалар мен жасөспірімдердің ауруларын зерттеу аясында АСБ күдігі бар баланы тексерудің кешенді клиникалық-психологиялық хаттамасы әзірленді және сынақтан өтті. Бұл диагностикалық хаттама мінез-құлық бұзылыстарын тіркеуге арналған скринингтік әдістерді, АСБ белгілерін анықтаудың стандартты процедураларын, танымдық функцияларды зерттеуді, тұқым қуалайтын факторларды және отбасылық тарихты талдауды, сондай-ақ әлеуметтік бейімделу деңгейін және психофизиологиялық сипаттамаларын бағалауды қамтиды. Хаттама әртүрлі танымдық және қарым-қатынас бұзылыстары бар 200 баланың үлгісінде сыналды[22].

Кесте 4. Баланы тексерудің кешенді клиникалық-психологиялық хаттамасы

Скрининг әдістері	Әлеуметтік байланыс сауалнамасы (SCQ)
АСБ қаупін анықтауға арналған жалпы диагностикалық хаттама	Аутизмді диагностикалық сұхбат (ADIR) Аутизмді диагностикалық бақылау кестесі (ADOS)
Аурудың тұқым қуалаушылық сипатын талдау	Отбасы генограммасы
Танымдық даму деңгейін анықтау	Кауфман сынақтар батареясы (KABC-II) Психологиялық-педагогикалық профиль (PEP-3).
Әлеуметтік саланың даму деңгейін анықтау	Vineland адаптивті мінез-құлық шкаласы

1.Скрининг әдісі әлеуметтік және байланыс сауалнама (SCQ) баланың ата-анасы (қамқоршылары) толтыратын стандартталған құрал болып табылады. Ол АСБ тән негізгі мінез-құлық аспектілерін сипаттайтын мәлімдемелерді қамтиды. Пішінді толтыру 10-15 минутты алады, ал нәтижелерді өңдеу шамамен 5 минутты алады. Бұл әдіс АСБ қаупі бар балаларды жылдам анықтауға мүмкіндік береді және оны мұғалімдер мен психологтар пайдалана алады.

2.АСБ қаупін анықтауға арналған жалпы диагностикалық хаттама Аутизмді диагностикалық бақылау кестесі (ADOS) баланың өзара әрекеттесуін бақылауға негізделген әлеуметтік мінез-құлықты стандартталған бағалау болып табылады. ADOS құрамына төрт модуль кіреді, олардың таңдауы жалпы және сөйлеуді

дамыту деңгейіне байланысты. Қарым-қатынас дағдылары, әлеуметтік өзара әрекеттесу, ойын әрекеті және мінез-құлықтың стереотиптік формалары бағаланады. Тексеру 30-45 минутқа созылады.

3. Аутизм диагностикалық сұхбат-шолю (ADI-R) баланың дамуы мен қазіргі мінез-құлқы туралы жан-жақты ақпарат беретін жартылай құрылымдық сұхбат. Әңгімелесу ата-аналармен немесе тьюторлармен жүргізіледі. Әдіс 2 жастан асқан ақыл-ойы бар балаларға қолданылады, өйткені әйтпесе оның сенімділігі төмендейді. Әңгімелесу 1,5-2,5 сағатқа созылады.

4. Генетикалық бейімділік талдауы АСБ тұқым қуалайтын факторларды анықтау үшін отбасылық генограмма қолданылады. Генограмманы құру кезінде үлкен отбасы мүшелерінің психикалық және физикалық жағдайына ерекше назар аударылады.

5. Танымдық дамуды бағалау Психологиялық-білім беру профилі (PEP-3) мүмкіндігі шектеулі балалардың танымдық және коммуникативті қабілеттерінің деңгейін бағалауға арналған. Әдістеме вербалды және вербалды емес интеллект, моторика және еліктеушілік мінез-құлықты бағалау шкаласын қамтиды. КАВС-II зияткерлік тест (Kaufman Assessment Battery for Children, 2nd edit.) (Балаларға арналған Кауфманның бағалау батареясы, 2-ші редакциясы) 3 жастан 18 жасқа дейінгі балалардың зияткерлік дамуын бағалауға арналған. Ол ақпаратты дәйекті және бір уақытта өңдеу шкалаларын, вербалды емес интеллект және оқу жетістіктерін қамтиды. Орыс тіліндегі бейімделудің жоқтығына байланысты тек вербалды емес интеллект таразысын қолдану ұсынылады.

7. Әлеуметтік бейімделуді бағалау Вайнеленд адаптивті мінез-құлық шкаласы төрт негізгі бағытты бағалайды: қарым-қатынас, күнделікті өмір дағдылары, әлеуметтену және моторика. Әдістемеде дезадаптация шкаласы да бар. Қорытынды бейімделу профилі баланың күшті және әлсіз жақтарын анықтауға және оның бейімделу деңгейін анықтауға мүмкіндік береді.

Диагностикалық хаттама алгоритмі[31]:

1. *Бастапқы кезең* – ата-аналармен әңгімелесу, анамнез жинау, ата-ананың өтінішін талқылау және бұрын өткізілген тексерістерді талдау.

2. *Кешенді психологиялық тексеру* – аутистикалық бұзылулардың ауырлығын анықтау, танымдық жасты және бейімделу дағдыларының деңгейін анықтау.

3. *Нейрофизиологиялық зерттеу* – органикалық өзгерістерді талдау, эпилепсиялық бұзылыстарды және ЭЭГ ауытқуларын анықтау.

4. *Коллегиялық талқылау* – алдын ала нәтижелерді бағалау, қосымша кеңестер (генетик, невропатолог, психиатр) қажеттілігі туралы шешім қабылдау.

5. *Ата-аналармен кеңесу* – диагностика нәтижелерін түсіндіру, әрі қарайғы қадамдар бойынша ұсыныстар.

6. *Қайталап тағайындау* – медициналық-түзету шараларының даму динамикасын және тиімділігін бағалау.

7. Жеке білім беру бағытын әзірлеу – баланың оқу және әлеуметтік бейімделу стратегиясын анықтау.

Тестілеудің нәтижелері осы хаттаманың АСБ бар балалардың диагностикасын оңтайландырудағы жоғары тиімділігін көрсетті. Диагностикалық үдерістің маңызды қадамы кешенді генетикалық сынақтарды жүргізу болып табылады, ол емдеуге, білім беру стратегияларына және пренатальды диагностикаға жеке тәсілдер әзірлеуге мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ диагностикасында қандай психодиагностикалық тәсілдер қолданылады?
2. Балалардағы аутизмді диагностикалаудың ең көп тараған және ақпараттық әдістері қандай?
3. «Баланың дамуындағы ауытқуларды түсіну» ата-аналарға арналған сауалнамаға қандай мысал бола алады?
4. АСБ бар балалармен жұмыс жасағанда психологиялық-педагогикалық диагностиканың қандай алгоритмі қолданылады?
5. АСБ бар балаларды диагностикалау үшін бақылау парағын толтырыңыз (Қосымша А).
6. ЕБА бар балаға бақылау кестесін толтырыңыз (Қосымша Б)

Реферат тақырыптары

1. Балалық аутизмнің диагностикалық критерийлері (Каннер синдромы)
2. Атипті аутизмнің диагностикалық критерийлері
3. Ретт синдромының диагностикалық критерийлері
4. Аспергер синдромының диагностикалық критерийлері.
5. АСБ бар баланы психологиялық-педагогикалық тексерудің мазмұны.
6. АСБ диагностикасының әдістері

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Психодиагностиканың негізгі сипаттамасы қандай?
 - a) Тек сандық әдістерді қолдану
 - b) Тек субъективті талдауды пайдалану
 - c) Сандық және сапалық бағалауды қамтамасыз ететін өлшеу және тестілеу фокусы;
 - d) Тек қана проекциялық сынақ жүргізу
 - e) Тек клиникалық диагностикаға назар аудару
2. Аталған әдістердің қайсысы психодиагностикадағы объективті тәсілге жатады?
 - a) Мотивация сауалнамасы
 - b) Тұлға сауалнамасы
 - c) Проективті тесттер
 - d) Интеллект тестілері

- e) Эмоциялық күйді бағалау
- 3. Субъективті көзқарастың негізгі аспектісі неде?
 - a) Тапсырмаларды орындаудағы табысқа негізделген бағалау
 - b) Тек проекциялық әдістерді қолдану
 - c) Өзін-өзі есеп беру және тұлғаны сипаттау
 - d) Танымдық профильді талдау
 - e) Сенсорлық тестілеуді өткізу
- 4. АСБ бар балаларды тексерудің бірінші диагностикалық қадамы қандай?
 - a) Дифференциалды диагностика
 - b) Клиникалық тексеру
 - c) Скрининг
 - d) Генетикалық тест
 - e) Әлеуметтік бейімделуді бағалау
- 5. Қандай сынақ АСБ диагностикасы үшін скринингтік құрал емес?
 - a) ADOS
 - b) M-CHAT
 - c) SCQ1
 - d) PEP-3
 - e) ADI-R
- 6. Кеңістіктік-уақыттық бағдарлауды бағалау диагностиканың қай кезеңінде жүргізіледі?
 - a) Бірінші кезең (скрининг)
 - b) Екінші кезең (дифференциалды диагностика)
 - c) Үшінші кезең (даму диагностикасы)
 - d) Неврологиялық тексеру кезеңі
 - e) Генетикалық тестілеу
- 7. АСБ бар балалардың қанша пайызында ақыл-ой кемістігі бар?
 - a) 10%
 - b) 25%
 - c) 50% жоғары
 - d) 75%
 - e) 100%
- 8. Мартин-Белл синдромын диагностикалау үшін қандай әдіс қолданылады?
 - a) Нейропсихологиялық тестілеу
 - b) Электроэнцефалография (ЭЭГ)
 - c) FMR1 генінің мутациясын тексеру
 - d) Ата-ана сауалнамасы
 - e) Сенсорлық профильді зерттеу
- 9. 15 жасқа дейінгі балаларға қандай диагностикалық талаптар қойылады?
 - a) Жасөспірімнің келісімімен ғана жүзеге асырылады
 - b) Ата-анасының келісімінсіз жүзеге асырылады

- c) Ата-анасының немесе заңды өкілдерінің келісімі қажет
 - d) Келісім талап етілмейді
 - e) Тек ауруханада жүргізіледі.
10. Аутизмнің ауырлығын бағалау үшін қандай әдіс қолданылмайды?
- a) CARS шкаласы
 - b) PEP-3 әдісі
 - c) ADOS
 - d) Wechsler әдісі
 - e) SCQ1

Бақылау парағы

Баланың Т.А.Ж.

Педагог-психологтың Т.А.Ж:

Күні:

1. Коммуникативті сфера бұзылыстарының сипаты	иә-1; жоқ-0.
1.1 Көңіл-күйдің өзгеруі (эмоционалды тұрақсыздық)	
1.2 Гипермобилдік, қозғыштық	
1.3 Агрессия (ауызша)	
1.4 Агрессия (физикалық)	
1.5 Аутоагрессия (ауызша немесе физикалық)	
1.6 Тактильді жанасудан аулақ болу	
1.7 Көзге тік немесе қалыпты емес көзге қарау стилінен аулақ болу	
1.8 Ерекше бет қимылдары	
1.9 Қайталанатын қозғалыстармен сипатталады	
1.10 Құрбыларымен қарым-қатынас орната алмау	
1.11 Топтық жұмыс түсінігін түсінбейді	
2. Сөйлеу әрекеті. 2.1 Нұсқауларды түсінбейді /нұсқауларды әрқашан түсінбейді	
2.2 Өз атына жауап бермейді	
2.3 Әдеттен тыс, жиі қайталанатын дыбыстармен сипатталады	
2.4 2 және одан да көп сөз тіркесін айтпайды	
2.5 Айтылғанды түсінбейді	
3. Оқу іс-әрекеті 3.1 Тәртіп, тәртіп ережелерін сақтамайды	
3.2 Оқу құралдарын ретке келтірмейді	
3.3 Өз бетінше жұмыс істей алмайды	
3.4 Жеке бас гигиенасын сақтамайды	
3.5 Сабақ кезінде тез шаршайды	
3.6 Бір әрекеттен екіншісіне ауысу қиындықтары	
3.7 Сырттан келген көмекті қабылдамайды	

Ерте балалық аутизмі (ЕБА) бар баланы бақылау схемасы

Қоршаған әлемге реакцияның жалпы белгілері:

- бала жаңа бөлмеге тыныш кіре ме?
 - оның мимикасы, пластикасы, дауыс беру сипаты өзгере ме?
 - басқаларға немқұрайлы қарайды, байқамайды, оларға жансыз зат ретінде қарайды (басып, көтеріле алады);
 - мұндай жағдайда анасымен тактильді байланыс қажет пе?
 - бейтаныс адамдарға реакция бар ма,
 - әңгіме кезінде анасының тізесіне отыра ма, оның құшағындағы қалпы қандай, анасына жақын бола ма, әлде бейтаныс кеңістік оны бірден алып кетті ме.
- Қарым-қатынас әрекетінің ерекшеліктері:
- көз жанасады ма, әлде көз тиюден қашады ма, байқаусызда біреудің көзіне түсіп қалса не болады;
 - оның қолын ұстауға әрекеті, қолын алуға немесе үстелге әкелуге әрекеті;
 - өз атына, ауызша үндеулеріне (өтініштерге, тыйымдарға) әрекет ете ме;
 - жалпы әңгімені тыңдай ма, мінез-құлқы өзгере ме (мысалы, анасы қандай сөздер мен дыбыстарды айта алатыны туралы айтқан кезде оның дауысы күшейе ме, әлде түрі өзгере ме);
 - ересек адамның қарым-қатынас әрекетіне қалай қарайды (оның іс-әрекетіне еліктеуге тырысқанда, бір мезгілде оның көз алдында әртүрлі ойын әрекеттерін орындау, бірлескен әрекеттерге тарту. Мыналар байқалады:
 - а) шиеленіс, моторлы қозу түріндегі алаңдаушылық, стереотиптер, айғайлар мен дауыстар және т.б.;
 - б) елемеу, енжар алу;
 - в) белсенді қарсылық, агрессия, аутоагрессия;
 - г) қызығушылық пен өзара әрекеттесу (біртіндеп, қысқа мерзімді үзіліс, белсенді және т.б.)
 - коммуникативті белсенділікті, қарым-қатынаста бастамашылдықты, көмекке жүгінуді көрсетеді;
 - бала ересек адамға ым-ишара, поза мен іс-әрекетті, дауысты және сөздерді қолдана ма (соның ішінде қолды механикалық қолдану, денеге шығу, айқайлау және т.б.);
- Жалпы мінез-құлық ерекшеліктері:
- ол бөлмеде қозғалады ма, белсенді көтеріледі ме, орындықтарға, үстелдерге көтеріледі, тесіктерге түседі және т.б. бір немесе бірнеше жерде болғанды қалайды;
 - үстелдің үстіндегі ойыншықтарды, кітаптарды, қаламдарды немесе басқа заттарды ала ма, мұндай заттарды қалай пайдаланады;

- қанықтыру және шаршау қаншалықты тез басталады, бұл кезде бала не істейді: қатып қалу, демалу үшін еденге жату, анасына бару, оны құшақтау, тамақ сұрау, ішу, толқу, қозғалыс стереотиптері пайда болады;

- қозғалыс стереотиптерінің болуы немесе болмауы. Егер олар бар болса, олардың табиғатын және баланың қаншалықты сіңірілгенін талдау қажет.

- баланың бет-әлпетінің ерекшеліктеріне, әдеттегі позаларын, ырғағына, қозғалыстарының тегістігі мен үйлестірілуіне назар аудара отырып, оның пластикасы қандай екенін қарастыру.

- оның жалпы ептілігі мен қол іс-әрекетіндегі дәлдігінің арақатынасын бағалау.

(Нәтижесінде, мысалы, қозғалыстар мен кеңістікті кең қамту, мейірімді мұздатылған бет пен белсенді емес қолдардың үйлесімі бұл жағдайды бірінші топқа жатады деп болжауға мәжбүр етеді.)

Эмоциялық сала:

- эмоционалдық реакциялар қаншалықты мәнерлі және әртүрлі болып табылады немесе олар көрінбейді (бет мұздаған, бетперде тәрізді, немқұрайлы)

- болып жатқан жағдайға эмоционалдық реакциялар қаншалықты адекватты;

- эмоциялар қандай жағдайларда және қалай көрінеді, олардың психологиялық мотивациясы.

Ата-ана мен бала қарым-қатынасының сипаты

- ол анасына қаншалықты сүйіспеншілікпен қарайды (айқын симбиоздан толық елемеуге дейін:

а. анасына бұрыла ма, анасына ойыншықтар әкеле ме, оның назарын талап ете ме, бейтаныс адамдармен қарым-қатынас жасауға үлкен қызығушылық таныта ма;

б. баланы бейтаныс адам анасының назарын аударып жатқанына ренжіді ме, оны алып кетуге тырысып жатыр ма, оның назарын аударып жатыр ма, оның өзі туралы жағымсыз сөздер айтпауы маңызды ма, әлде анасының құшағында бәріне момындықпен шыдай ма. ((Төртінші топтағы бала ең ұзақ шыдайды, күйзеледі, екінші топтың баласы айқайлап анасын қолынан сүйреп шығып кетеді, ал үшінші топтағы бала жақын болуға және анасының айтқанын естуге тырысады, оның шағымдарына қызығады, белсенді түрде араласады және ұнамсыз тақырыптарды ынтамен дамытады).

в. ол анасынан бөлінуге қалай қарайды (Айнсворттың «Бейтаныс жағдай» сынағы)

Пәндік және ойын, көрнекі әрекеттер

- бала функционалдық мақсатына сәйкес заттармен әрекеттерді (шашты тарақпен тарау және т.б.), процедуралық ойын әрекеттерін (көлікке міну, қуыршақты тамақтандыру) жасай ма;

- үлкендердің күнделікті іс-әрекетіне еліктейді ме;

- сюжетті немесе рөлдік ойындарды өз бетімен ойнай ма, бірлескен ойынға қатыса алады, қарауды ұнатады, елемейді немесе белсенді түрде наразылық білдіреді.

- ойын әрекеттерінің сипаты: немен, қалай ойналады, олардың ұзақтығы және оларда сіңуі.

- ойын әрекеттерінің парадоксальдылық және жеткіліксіздік (аяқ киімді қасықпен тамақтандырады)

- түрлендіру ойындары: өзін жануар, мультфильм кейіпкері, т.б.

- сурет салуға деген ұмтылыс, нені және қалай сурет салу керек. Сурет салуды және көшіруге тырысқанды ұнатады.

Танымдық іс-әрекет

Баланың жасы мен мүмкіндіктеріне сәйкес танымдық іс-әрекет зерттеудің жалпы қабылданған әдістері ұсынылады. Байқау:

Іске асырудың жалпы ерекшеліктері:

- әрекеттердің сәйкестігі (тапсырмалар қалай қабылданады); тапсырманы орындау әдістері; жасай отырып оқыту; өз қызметінің нәтижелеріне қатынасы;

- принципі айқын тапсырмаларды қалай орындау керек (сұрыптаушылар, «пошта жәшігі», «Сеген тақтасы» (1-де) және үлгіге бағдарлауды, шарттарды сақтауды, кезең-кезеңімен жоспарлауды, жүзеге асыруды және бақылауды талап ететін тапсырмалар («Үлгі бойынша құрастыру», «Қиылған суреттер», Коган әдістері, Коос кубиктары, т.б.) Бала екінші типтегі тапсырмаларды орындайтындықтан, белсенділікті, мақсаттылықты және сыни ойлауды ерікті түрде реттеудің даму деңгейін бағалауға болады.

Олар баланың қандай да бір іс-әрекетке қабілетінің жоғары болуын, кез келген салада кең білім мен дағдылардың бар-жоғын немесе қандай да бір қызығушылыққа деген құштарлығын атап өтеді.

6-10 жастағы балаларда көрнекі-бейнелі ойлау, қабылдаудың тұтастығы, көрнекі-кеңістіктік қабылдау, сөздік-логикалық ойлау; жалпылау деңгейі, абстракциялау және алаңдату қабілеті, ойлаудың мақсаттылығы мен сыншылдығы («Пәнді алып тастау», «Жіктеу», «Сюжетті суреттер сериясы», «Мәтінді түсіну, метафоралық өрнектер» тестілері).

Сөйлеу ерекшеліктері:

мутизм,

- жедел, кешіктірілген эхолалия;

-сөйлеу автономиясы;

- айтылған сөзді түсінеді: тыйымдарға ғана жауап береді, өтініштерін орындайды, өзіне айтылмаған сөзді түсінеді;

- жеке дауысты дыбыстар, дыбыс тіркестері, сөздер, сөз тіркестері, штамп сөздер, штамп сөздер;

- сөйлеуді қарым-қатынас құралы ретінде қолданады;

- вокализация, сөйлеу, сөйлеу штамптары қандай жағдайларда пайда болады, олар нені білдіреді;
- ерекше интонация, сөйлеудің просодикалық компоненттерінің бұзылуы;
- тұлғалық есімдіктерді дұрыс қолданбау;
- етістіктердің инфинитив және бұйрық райда қолданылуы;
- айтылымның, семантиканың, грамматикалық құрылымның бұзылуы, байланыстырып сөйлеудің қалыптаспауы.

3. Дәріс. АСБ бар балаларды ерте скринингтен өткізу. Тәуекел топтарын анықтау

3.1. Көмек көрсетудің уақытылы басталуы

Үдеріс дәйекті болуы мүмкін, алдымен диагностика жүргізіледі, содан кейін ерте араласу қамтамасыз етіледі немесе параллельді, диагностика мен араласу бір уақытта немесе кері тәртіпте, алдымен ерте араласу, содан кейін диагноз қойылады[62].

Кесте 5. Ерте көмек көрсету кезеңдері

Ерте араласу кезеңдері	Диагностикалық шаралар
Баланың дамуына қатысты алаңдаушылықты анықтау	Бала дамуының динамикалық мониторингі – педиатриялық қызмет
Бастапқы бағалау кезеңі (мазасыздықты қабылдамау) растау немесе	Скрининг – ерте араласу қызметі
Бағалау кезеңі	Дифференциалды диагностика және баланы диагностикалық топқа бөлу
Бағалау кезеңі	Терендетілген бағалау – бағдарлама құру үшін баланың мінез-құлқын сипаттау
Жеке көмек бағдарламасын жүзеге асыру кезеңі	Жетістіктерді бақылау

3.2. Тәуекел тобындағы балаларды анықтау

Тәуекел тобындағы балаларды анықтауға медицина мамандары, оның ішінде педиатрлар, невропатологтар мен медициналық психологтар, мектепке дейінгі білім беру ұйымдарының мамандары, ерте араласу қызметтері, ата-аналар тартылады. Ата-аналарға арналған сауалнамалар, мамандарға арналған нұсқаулықтар және ақпараттық материалдар сияқты «қызыл жалауларға» негізделген диагностикалық құралдар қолданылады. Нәтижесінде АСБ-мен байланысты дабыл сигналдарының жарамдылық дәрежесі анықталады, мамандандырылған сараптамаға жолдама жасалады, аутизм спектріне қатысы жоқ даму ерекшеліктері анықталады.

Бір жастан үш жас аралығындағы балалардағы АСБ үшін қызыл жалауларға өмірдің бірінші жылында көрсетпеу, былдырламау, ересектерге заттарды көрсетпеу, ым-ишара қолданбау, қарым-қатынаста қуаныш болмауы, қайталанатын қозғалыстар, көзбен байланыспау немесе қысқаша көзбен көру, ересек адамның меңзегенін ұстанбау, адамдардың орнына заттарға қызығушылықтың артуы, ойыншықтармен шектелген ойын, ересектердің өз әрекеттеріне жауап қайтармау жатады. Диагностика үшін M-CHAT-R сауалнамасының өзгертілген нұсқасы пайдаланылады.

2. АСБ диагностикасы

Диагностикалық үдеріске клиникалық диагнозды жасайтын психиатрлар, сондай-ақ диагностикалық топ пен даму бейінін анықтайтын психологиялық-педагогикалық мамандар қатысады. Негізгі құралдар бақылау мен ақпаратты жинаудың стандартталған әдістері болып табылады. Диагностика нәтижесінде клиникалық диагноз қойылады, диагностикалық топ анықталады және стандартталған әдістерге негізделген қорытындылар қалыптасады.

Диагностикалық категорияларға психиатр белгілейтін аутизмнің клиникалық диагнозы, сондай-ақ педиатр, невропатолог, психолог, дефектолог, логопед және басқа мамандар анықтайтын аутизм спектрінің диагностикалық тобы жатады. Диагностикалық топ даму тарихы, баланың қазіргі жағдайы және тікелей бақылау негізінде құрылады. Әлеуметтік коммуникация саласында әлеуметтік-эмоционалды өзара қарым-қатынасты, қарым-қатынастың вербалды емес формаларын және әлеуметтік қарым-қатынастарды орнатуды қоса алғанда, барлық критерийлер бойынша бұзылулар болуы керек. Шектеулі қызығушылықтар мен қайталанатын мінез-құлық аймағында кем дегенде екі критерийде бұзылу болуы керек, мысалы, стереотиптік қозғалыстар мен сөйлеу, ритуалды мінез-құлық, тар және тұрақты қызығушылықтар және қалыптан тыс сенсорлық жауаптар.

3. Мінез-құлықты сипаттау және тереңдетілген дамуды бағалау

Бұл үдеріс стандартталған бақылау әдістерін және Халықаралық қызмет ету классификациясын қолдана отырып, психологиялық-педагогикалық салалардағы мамандарды тартады. Нәтижесінде жоспарланған араласуды есепке алатын құрылымдық сипаттамалар қалыптасады және ерте араласудың жеке бағдарламасы жасалады. Даму профилі тіл мен қарым-қатынастың дамуын, әлеуметтік өзара әрекеттесуді, ойын дағдыларын, моториканы дамытуды, бақылау және атқарушы функцияларды және қиын мінез-құлықтарды бағалауды қамтиды.

АСБ диагностикалық жолы үш кезеңді қамтиды. Бірінші кезең «қызыл жалаулар» негізінде тәуекел топтарын анықтауды қамтиды. Екінші кезеңде АСБ диагностикасы жүргізіледі, оның ішінде клиникалық диагнозды белгілеу және диагностикалық топты анықтау. Үшінші кезең ерте араласудың Денвер моделін және жұмыс істеудің халықаралық классификациясын пайдалана отырып, мінез-құлық сипаттамаларын сипаттауды қамтиды[59].

АСБ анықтаумен байланысты негізгі қиындықтарға мамандардың хабардар болмауы, диагностикаға жолдауда қиындықтар тудыратын ведомствоаралық ынтымақтастықтағы шектеулер, сондай-ақ ата-аналарды аландататын белгісіздіктің ұзақ кезеңі жатады. Диагностикалық үдерісте психиатриялық көмекке қол жеткізу тек үш жылдан кейін ғана мүмкін болады, бұл көмектің басталуын кешіктіруі мүмкін. Сонымен қатар, интеллектті, сөйлеуді және бейімделуді бағалаудың стандартталған әдістерінің барлығы да АСБ бар балалардың ерекшеліктерін ескермейді. Тереңдетілген бағалауға нәтижелерді егжей-тегжейлі сипаттау мен түсіндірудің жоғары еңбек сыйымдылығы, сондай-

ақ кешенді бағалауды жүргізу үшін әзірленген бағдарламалардың жоқтығы кедергі келтіреді.

3.3. АСБ бар балаларды ерте анықтау

Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істеудің практикалық тәжірибесі түзетушілік көмек неғұрлым ерте басталса, оның тиімділігі соғұрлым жоғары болатынын көрсетеді. Аутизм белгілерін ерте кезеңде анықтау балаға уақтылы мамандандырылған көмек көрсетуге, оның әлеуметтік бейімделуіне және сәтті оңалтуына мүмкіндік береді.

АСБ бар балаларға ерте көмек көрсету жүйесін дамыту қажеттілігі бірнеше негізгі факторларға байланысты. Оларға бұзылыстың жоғары таралуы, клиникалық көріністердің әртүрлілігіне байланысты оның дифференциалды диагностикасының қиындықтары және қолданыстағы түзету әдістерінің шектеулі тиімділігі жатады. АСБ-ны ерте анықтау психологиялық-педагогикалық және емдік-түзету жұмыстарын, сондай-ақ ерте араласу қызметінің мамандары, оның ішінде психологтар, дефектологтар, логопедтер, балалар психиатрлары, невропатологтар және педиатрлар көрсететін отбасылық қолдауды уақтылы бастаудың іргелі қадамы болып табылады.

АСБ ерте диагностикасының тиімді әдістеріне қажеттіліктің артуына қарамастан, отандық тәжірибеде сәйкес құралдардың жетіспеушілігі байқалады. Бұл бірқатар себептерге байланысты. Біріншіден, ерте балалық шақтағы аутизм белгілері басқа даму бұзылыстарына ұқсас спецификалық емес түрде көрінеді. Екіншіден, мінез-құлықтың стереотиптік формалары қалыпты дамуы бар балаларда пайда болуы мүмкін, олардың ауырлығы мен пайда болу уақыты әртүрлі. Үшіншіден, аутизмнің көптеген белгілері басқа бұзылулардың көріністерімен сәйкес келеді, бұл дәл диагноз қоюды қиындатады. Осыған байланысты, АСБ сенімді диагнозы көбінесе 3-4 жаста ғана мүмкін болады.

Ерте диагностиканың шетелдік тәжірибесі АСБ бар балаларды анықтау үдерісін үш кезеңге бөлудің орындылығын көрсетеді. Бірінші кезең – ата-аналар немесе баланың тьюторлері толтырған сауалнамалар және сынақтар негізінде халықты скринингтік тексеру. Бұл кезеңде аутизмнің даму қаупі жоғары балалар анықталады. Ең сезімтал құралдардың бірі - жас балалардағы аутизмге арналған модификацияланған скринингтік тест, ол ата-аналарға арналған 23 сұрақты қамтиды және АСБ қаупі бар балаларды қамтуды барынша арттыруға арналған.

Екінші кезең – бұрын анықталған даму бұзылыстары бар балалар арасында жүргізілетін бағдарланған (мақсатты) скрининг. Диагноз үш негізгі критерийге негізделген: коммуникацияның бұзылуы, әлеуметтік өзара әрекеттестіктің бұзылуы және әлеуметтік қиялдың бұзылуы. Осы кезеңнің нәтижелері бойынша мақсатты түзету жұмыстарын бастауға мүмкіндік беретін АСБ болу ықтималдығы жоғары балалар тобы құрылады.

Үшінші кезең - диагнозды анықтау. Бұл кезеңнің негізгі міндеттері психикалық функциялардың даму деңгейін анықтау, мінез-құлық ерекшеліктерін нақтылау, диагнозды растау (әдетте үш жылдан кейін), отбасына әлеуметтік-психологиялық қолдау көрсету болып табылады. Бұл кезеңде психологиялық-педагогикалық түзету бағдарламалары әзірленеді, қажет болған жағдайда дәрі-дәрмекпен емдеу тағайындалады[52].

Ерте жастағы балалық аутизмді диагностикалаудың негізгі әдісі баланың мінез-құлқын тікелей және жанама түрде жақын қоршаған ортаға сұрақ қою арқылы динамикалық бақылау болып табылады. Сонымен қатар, психологиялық, физикалық, неврологиялық және басқа да бағалауларды қамтитын кешенді тексеру жүргізіледі.

Қазақстанда АСБ бар балаларды ерте анықтау және қолдау жүйесі даму сатысында. Ерте араласу және мектепке дейінгі білім беру жүйесі аясында қауіп тобындағы балаларды анықтау басым бағыттардың бірі болып табылады. Сонымен қатар, баламен әр жұмыс көптеген факторларды ескере отырып салынған жеке оңалту бағытын талап етеді. Оларға бұзылыстың ауырлығы, бейімделу қабілеттері, қатар жүретін бұзылулардың болуы, отбасылық жағдайдың ерекшеліктері, сондай-ақ білім беру мекемесінің ресурстары жатады. Бұл кешенді тәсіл АСБ бар балаларға олардың дамуының бастапқы кезеңдерінде ең тиімді қолдауды қамтамасыз етеді.

3.4. Денсаулық сақтау және білім беру ұйымдарында аутизм қаупі бар балаларды анықтау.

Аутизмнің даму қаупі бар балаларды анықтау денсаулық сақтау жүйесіндегі алғашқы медициналық-санитарлық көмек мекемелерінде жүргізілуі керек. Олардың қатарында балалар емханалары, отбасылық дәрігерлік пункттер мен фельдшерлік-акушерлік пункттер бар. Бұл мекемелерде туғаннан үш жасқа дейінгі барлық балалардың психофизикалық дамуына скрининг жүргізіледі. Жергілікті педиатрлар немесе невропатологтар аутизмнің даму қаупін анықтай алады.

Сонымен қатар, аутизмге күдікті балаларды анықтау мектепке дейінгі білім беру ұйымдарында, сондай-ақ психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияларда мүмкін болады. Баласының психикалық дамуына алаңдайтын ата-аналар бұл мекемелерге туғаннан 18 жасқа дейін хабарласа алады.

Аутизмнің ықтимал қаупі бар балаларды диагностикалау үшін келесі алгоритмді қолдану керек[22].

1. Ата-анасы төменде көрсетілген себептердің бірімен медициналық немесе психологиялық-педагогикалық көмекке жүтінген туғаннан жеті жасқа дейінгі барлық балалар скринингтік тексеруден өтуі керек. Сонымен қатар, балабақша тьюторлері немесе психологтары келесі мінез-құлық және даму ерекшеліктерін анықтаған балалар тексерілуге жатады:

- сөйлеу дамуының бұзылуы немесе кешігуі: сөйлеуге жауап бермеу, атауды елемеу, сөйлеудің болмауы немесе жеке сөздерді олардың коммуникативті функциясынсыз қолдану (ең алдымен есту мәселелерін алып тастау керек);
- басқаларға әлсіз эмоционалды жауап, немқұрайлылық немесе, керісінше, жақын адамдарға шамадан тыс қосылу;
- ересектердің сөзіне мән бермеу, өтініштер мен талаптарды орындаудан бас тарту, мінез-құлық ережелерін қабылдамау;
- шамадан тыс ұтқырлық, шешілмеушілік, бірлескен әрекеттерге қызығушылықтың болмауы;
- қарым-қатынаста қиындықтар, құрдастарымен қарым-қатынасқа ұмтылудың болмауы, жалғыз ойнауға бейімділік;
- іс-әрекеттердің бір түріне, тамақтанудағы, киінудегі, күнделікті тәртіптегі тұрақты әдеттер, қоршаған ортадағы кез келген өзгерістерден бас тарту;
- ойынның әдеттен тыс формалары, шектеулі қызығушылықтар, қайталанатын стереотиптік әрекеттер;
- өзін-өзі күту дағдыларын және мінез-құлықтың әлеуметтік нормаларын меңгерудегі қиындықтар;
- тұрақты және әдеттен тыс қорқыныштар.

2. Педиатр, невропатолог немесе психолог баланың анасымен сұхбат жүргізіп, аутизмнің ықтимал белгілерін анықтау үшін диагностикадан өткізеді.

3. Балада бұзылулардың даму қаупінің дәрежесін анықтау үшін ата-аналарға сауалнама ұсынылады. Олар арнайы сауалнаманы толтыру керек, онда әрбір оң жауап үшін бір ұпай, ал теріс жауап үшін нөл беріледі. Ұпайлардың жалпы санын есептегеннен кейін аутизммен ауыру ықтималдығына баға беріледі.

Ата-аналарға арналған сауалнама

Құрметті ата-аналар, келесі сұрақтарға жауап беріңіздер. Бұл мамандарға балаңыздың даму ерекшеліктерін жақсырақ түсінуге көмектеседі. Шынайы жауаптарыңызға алдын ала рахмет.

Баланың мінез-құлқы	Иә	Жоқ
1. Көбінесе бала өзіне айтылған сөзді тыңдамай тұрғандай әсер алады.		
2. Көбінесе өз атына жауап бермейді.		
3. Өзіне алғанды жөн көріп, оған бірдеңе беруінді сирек сұрайды.		
4. Бірдеңе әкелу, көрсету немесе істеу туралы өтініштеріңізді сирек орындайды.		

5. Ойындарға немесе таныс ересектермен және құрдастарымен қарым-қатынасқа қызығушылық танытпайды.		
6. Жалғыз ойнағанды ұнатады, балалармен ойын ойнамайды.		
7. Ұзақ уақыт бірдей ойындарды ойнай алады немесе бір сүйікті іс-әрекетін жасай алады.		
8. Көбінесе кәдімгі ойыншықтармен емес, әртүрлі тұрмыстық заттармен, сумен және т.б. ойнайды (қолға бұру, сұрыптау, қатарға қою, сұрыптау, т.б.).		
9. Көбінесе мақсатсыз қозғалыс белсенділігін көрсетеді: жүгіреді, айналдырады, бір жерге көтерілуге немесе қашуға тырысады.		
10. Бір нәрседі: тамақ, киім-кешек, заттардың орналасу реті, т.б. дәйектілікті талап етеді.		
11. Ол өзін қызықтыратын нәрсені ғана істейді; оны өз еркіне қарсы бірдеңе жасауға мәжбүрлеу мүмкін емес.		
12. Үйрету өте қиын, бірлескен іс-әрекетке араласпайды, көрсеткен, айтқан, оқыған нәрсеге зейінін шоғырландырмайды.		

Нәтижелерді өңдеу

0-4б. - аутизмнің төмен қаупі

4-8б. - аутизмнің орташа қаупі

8-12б. - аутизм қаупі жоғары

Алынған барлық ақпарат негізінде аутизмнің даму қаупі анықталады немесе жоққа шығарылады. Аутизмнің жоғары қаупі анықталған жағдайда бала психиатриялық орталықтың психиатрына одан әрі тексеруге, сондай-ақ психологиялық-педагогикалық көмек көрсетудің шарттары мен шараларын анықтау мақсатында кешенді (психиатриялық, психологиялық-педагогикалық, логопедиялық) психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңеске жіберіледі.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. FC<-мен ауыратын балаларға ерте көмек көрсету қандай кезеңдерді қамтиды және қандай диагностикалық шаралар жүргізіледі?

2. Қандай «қызыл жалаушалар» 1 жастан 3 жасқа дейінгі балаларда мүмкін болатын АСБ-ны көрсетеді?

3. АСБ күдіктенген кезде диагностикалық жолдың негізгі қадамдары қандай?

4. Қазіргі жағдайда аутизмге ерте скрининг жүйесі қаншалықты өзекті?

5. АСБ ерте диагностикасы қандай кезеңдерді қамтиды?

6. Денсаулық сақтау және білім беру жүйесінде аутизм қаупі бар балалар қалай анықталады?
7. АСБ қаупін анықтау үшін қолданылатын ата-аналық сауалнамалардың қандай мысалдары бар және олардың сипаттамалары қандай?
8. АСБ бар балаларды диагностикалау психологиялық-педагогикалық жұмыстың қандай бағыттарын қамтиды?
9. Психологиялық-педагогикалық диагностиканың барлық бағыттарын көрсететін кесте құрыңыз.

Реферат тақырыптары.

1. Диагностика кезеңдері: скринингтік диагностика: әдістері.
2. Балалық аутизмнің ауырлық дәрежесін бағалау шкаласы.
3. Аутист балалардың эмоционалдық сферасы.
4. АҚШ және Еуропа елдерінде аутизмге педагогикалық көмек көрсету: тәжірибе және динамика.
5. Терапиялық білім аутизмге көмектің негізгі түрі ретінде.
6. Аутизмді мемлекеттің әлеуметтік қолдауы: Қазақстандағы және шетелдегі әлеуметтік бағдарламалар тәжірибесі.

Өзін-өзі тексеру тесті:

1. Ерте араласу және диагностика үдерісі қалай жүзеге асады?
 - a) Тек сериялар
 - b) Тек параллель
 - c) Тек кері
 - d) Тізбек, параллель немесе кері
 - e) Жоғарыда көрсетілгендердің ешқайсысы
2. Мазасыздықты анықтау кезеңінде баланың дамуын динамикалық бақылауды кім жүзеге асырады?
 - a) Психиатрлар
 - b) Логопедтер
 - c) Ерте араласу қызметінің мамандары
 - d) Педиатрлар қызметі
 - e) Ата-аналар
3. Бір жастан үш жасқа дейінгі балаларда АСБ диагностикасы үшін қандай құрал қолданылады?
 - a) Wechsler сынағы
 - b) M-CHAT-R
 - c) ТОМ әдісі
 - d) Көру-есту тесті
 - e) IQ диагностикалық сауалнамасы

4. «Аутизм» клиникалық диагнозын кім қояды?
- a) Психиатр
 - b) Педиатр
 - c) Логопед
 - d) Дефектолог
 - e) Ата-аналар
5. Қандай критерий АСБ үшін «қызыл жалау» емес?
- a) Төбелеспейді
 - b) Көрсетпейді
 - c) Ойыншықтармен шектеулі ойнайды
 - d) Шамадан тыс белсенділік пен сөйлегіштік
 - e) Есіміне жауап жоқ
6. Ерте жастағы балалардың аутизмін диагностикалаудың негізгі әдісі қандай?
- a) Баланың мінез-құлқын динамикалық бақылау
 - b) Мидың компьютерлік томографиясы
 - c) Генетикалық талдау
 - d) IQ тесті
 - e) Қосымша бақылаусыз ата-ананы сұрау
7. АСБ диагностикалық жолының қай сатысында клиникалық диагноз қойылады?
- a) Бірінші
 - b) Екінші
 - c) Үшінші
 - d) 7 жылдан кейін
 - e) 1 жылға дейін
8. АСБ диагностикасының қай кезеңі баланың мінез-құлық ерекшеліктерін нақтылауды қамтиды?
- a) Бастапқы скрининг
 - b) Мазасыздықты алғашқы анықтау
 - c) Тереңдетілген бағалау
 - d) Жеке бағдарламаны әзірлеу кезеңі
 - e) Аяқтау кезеңі
9. Қандай жаста АСБ сенімді диагнозы әдетте мүмкін болады?
- a) Бір жылға дейін
 - b) 1-2 жыл
 - c) 3-4 жас
 - d) 5-6 жыл
 - e) 7 жылдан кейін
10. Қандай маман АСБ диагностикасына қатыспайды?
- a) Педиатр

- b) Невропатолог
- c) Хирург
- d) Психолог
- e) Логопед

4.Дәріс. АСБ диагностикасы: диагнозды анықтау және нақтылау. Дифференциалды диагностика.

4.1. АСБ бар балалардың даму диагностикасы

Тереңдетілген дамуды бағалау баланың жеке ерекшеліктерін ескере отырып, оның қызметін сипаттауды қамтиды. Бағалау барысында коммуникативті аспектілері, әлеуметтік дағдылары, танымдық даму ерекшеліктері, оның ішінде еліктеу қабілеті талданады. Жеке қалаулар, оның ішінде сенсорлық реакциялар, сондай-ақ ойын әрекеттерінің сипаттамалары ескеріледі. Бейімделу дағдыларына, соның ішінде атқарушы функцияларға және қиын мінез-құлыққа көп көңіл бөлінеді.

Тереңдетілген бағалау процедурасын баламен жұмыс істейтін мамандардың пәнаралық тобы жүзеге асырады. Бағалауға бақылау мен ақпарат жинаудың стандартталған әдістерін қолданатын психологиялық-педагогикалық сала мамандары тартылады.

Бағалау нәтижелері жоспарланған араласуды ескере отырып, баланың дамуының құрылымдық сипаттамасын қамтиды. Оның дамуын қолдау үшін функционалдық мақсаттар тұжырымдалған. Отбасының ағымдағы міндеттері анықталып, ерте көмек көрсетудің жеке бағдарламасы жасалып, тиісті құжаттамаға тіркеледі.

Диагностика бірнеше бағытта жүргізіледі. Бастапқы кезең скринингтік тестілерді пайдалана отырып, аутистикалық бұзылулардың ықтималдығын анықтауға бағытталған экспресс-диагностиканы қамтиды. Соңғы диагнозды тек клиникалық диагноздың бөлігі ретінде балалар психиатры жасай алады. Сондай-ақ даму диагностикасы жүргізіледі, оның барысында баланың психикалық даму динамикасы, оның танымдық және эмоционалдық қабілеттерінің деңгейі, қарым-қатынас дағдылары мен әлеуметтену деңгейі бағаланады.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссияның мамандары бірлесіп қорытынды жасайды, ол жеке динамикалық тексеру картасына жазылады. Осы жұмыстың аясында баланы қолдау стратегиясы әзірленеді. Оқу-тәрбие үдерісіне белсенді қатысатын мамандар мен ата-аналарға міндеттер айқындалған түзету-дамыту жұмыстарының кешенді жоспары құрылуда.

Жеке білім беру маршрутын жүзеге асыру түзету-дамыту іс-әрекетін жүзеге асыруды қамтиды. Мамандардың жұмысы педагогикалық психологтар,

дефектологтар, логопедтер және басқа мамандар арасындағы үйлестіруді және өзара әрекеттесуді талап етеді. Баланың даму динамикасын бағалауға мүмкіндік беретін аралық және қорытынды диагностика жүргізіледі.

Қайталанатын диагностикалық тексеру даму болжамын нақтылауға, білім беру бағытын және түзету жұмыстарының бағдарламасын түзетуге бағытталған. Ата-аналар диагностикалық нәтижелермен танысады, баланың даму динамикасын және мамандармен қолдау көрсетудің одан әрі қадамдарын талқылайды.

Қорытынды кезеңде жүзеге асырылған шаралардың тиімділігі талданады. Диагностика нәтижелері білім беру мекемесі мамандарының жұмыс нәтижелерін бағалауға және ерекше қажеттіліктері бар баланы қолдау және дамыту бойынша одан әрі шаралардың қажеттілігін анықтауға мүмкіндік береді.



Сурет 1. Тереңдетілген дамытушылық бағалаудың құрылымы.

4.2 . Диагноз қою және нақтылау.

Аутизммен ауыратын баланы тексеру үшін қолайлы жағдай жасау қажет[11]:

- Тексеру ортасында баланы қорқытатын немесе шамадан тыс алаңдататын заттар болмауы керек. Бірінші кездесуде анамнестикалық ақпаратты жинау кезінде ата-анамен баланың неден қорқатынын (бөтен адамдардан, жана немесе нақты заттардан, мысалы, үлпілдек ойыншықтардан, механикалық құрылғылардан және т.б.) нақтылау қажет. Медициналық форманы киюден бас тарту ұсынылады. Барлық мамандар бөлменің бұрыштарында сақтықпен орналасуы керек.

- Тексеру бала өзін жақсы сезінген және оң эмоционалды күйде болған кезде жүргізіледі. Егер бала ауырса, аш болса, ұйықтаса немесе араласудан бас

тартса, диагностиканы кейінге қалдырған дұрыс. Өтініштерді орындауға мәжбүрлеуге жол берілмейді.

- Тексеру бөлмесі бала еркін қозғалатындай кең болуы керек. Аутизммен ауыратын балаларды қызықтыратын заттар мен ойыншықтарды әртүрлі орындарға қоюға болады: иіру, доптар, текшелер, сенсорлық әсері бар ойыншықтар, жіптер, сусымалы материалдар және т.б. Стандартты ойыншықтар да болуы керек: машиналар, қуыршақтар, пирамидалар, ыдыс-аяқтар, жиһаздар.

- Баламен бірінші рет кездескен кезде тікелей байланысқа (ауызша немесе ойын) кірмеу керек. Сұрақ қою, көзге қарау, балаға қол тигізу ұсынылмайды. Бала өзін жайлы және қауіпсіз сезінетін, ал талаптар оның мүмкіндіктерінен аспайтын жағдай жасау маңызды.

- Бірінші тексеру кезінде дамудың сандық көрсеткіштері емес, баланың әлеммен аффективті өзара әрекеттесу деңгейін және оның аффективті даму дәрежесін түсінуге мүмкіндік беретін мінез-құлықтың сапалық сипаттамалары бағаланады.

Диагностика ата-аналармен әңгімелесуден басталады, оларға баламен қалай әрекет ету керектігін өздері шешуге мүмкіндік береді. Олардың мінез-құлқы диагностикалық талдаудың нысанасына айналуы мүмкін. Егер бала белсенді болмаса, ата-анаға ойыншықтарға баруды және бірге бірдеңе жасауға кірісуді ұсынуға болады.

Ата-аналармен әңгімелесу барысында баланың дербес әрекеті бағаланады. Оның жалпы жүріс-тұрысына, мимикасына, қимылдарын үйлестіруіне, бөлмеде қимыл-қозғалысына, қол ептілігіне назар аудару керек. Сондай-ақ оның қоршаған әлемге реакциясын бағалау қажет: ол жаңа бөлмеге тыныш кіре ме, оның мінез-құлқы өзгере ме, анасымен жанасу байланыс қажет пе, ол заттарды қабылдай ма, басқалармен қарым-қатынас жасауға қызығушылық танытады ма.

Көз және жанасу байланыс ерекшеліктерін, баланың әңгімелесушінің бетіне және дауысына назар аударуын және оның сөйлеуге реакциясын зерттеу қажет. Ата-анасы сөйлескенде оның мінез-құлқы өзгере ме, дауысы күшейе ме, соны анықтау керек.

Кіші жаста аутизмнің ең ауыр түрімен ауыратын балалардың жағдайы жақсы болып көрінуі мүмкін. Олар жанасуды тыныш қабылдайды, күлімсірейді, қару-жарақпен жүреді, бірақ олардың байланысы үстірт. Бағытталған көзқарастың, реактивті зейіннің және мақсатқа бағытталған әрекеттестіктің болмауы аутизмнің ауыр түрлерімен ауыратын балаларды сипаттайды.

Бақылау баланың анасының бейтаныс адамдардың назарын аударуына қалай қарайтынын анықтауға мүмкіндік береді. Ол алаңдайды ма, оны алып кетуге тырысады ма, әңгімеге араласады ма? Балалардың әртүрлі топтары әртүрлі реакцияларды көрсетеді: пассивті шыдамдылықтан белсенді наразылыққа дейін бола алады.

Баланың өздігінен жүретін мінез-құлқын байқағаннан кейін маман бірте-бірте байланыс орнатуға кіріседі. Бастапқыда қашықтық қысқарады және тікелей қараудан аулақ болады. Ересек адам баланың іс-әрекетін көшіреді, бұл оның өзін жайлы сезінуіне мүмкіндік береді. Байланыс орнатудың белгілеріне қашықтықты қысқарту, ересек адамның іс-әрекетін бақылау, дауыс беру, рахат сезімін білдіретін қозғалыстар жатады.

Әрі қарай маман ойыншықтармен қызықты процедуралық әрекеттермен айналыса алады: допты айналдыру, пирамиданы құрастыру, текше мұнарасын салу. Баланың реакциясын бақылау, кенеттен әрекет етуден аулақ болу және алаңдаушылықты арттырмау маңызды.

Ойын әрекеттестігі ешбір мәжбүрлеусіз ұйымдастырылады. Балалар байланыс ұзақтығын бақылай алады, алыстап, ересектерге оралып, қарым-қатынасты бастайды. Жанасуды ынталандыру және ойын байланысын орнату үшін үлкен физиологиялық допты пайдалану пайдалы.

Егер бала ынтымақтастыққа дайын болса, оны үстелге отырғызып, танымдық белсенділікті зерттеудің дәстүрлі әдістерін ұсынуға болады. Бұл үдеріске мамандар да біртіндеп қосылуда. Бала жағдайға үйренген сайын логопедиялық және неврологиялық тексерулер жүргізіледі.

Аутизмі бар кейбір балалар тапсырмаларға оңай тартылады, ал басқалары байланыс орнатудан үзілді-кесілді бас тартады. Мұндай жағдайларда келесі кездесу ұсынылады. Кейде екінші тексеру кезінде баланың белсенділігі артады, өйткені жағдай оған таныс болады.

Ауыр аутизм, ақыл-ой кемістігі немесе қарым-қатынас жасай алмау жағдайында диагноз медициналық құжаттарды талдау, ата-аналардың мәліметтері және баланы бақылау негізінде қойылады.

Үйреншікті және ата-ана мен бала арасындағы қарым-қатынасты зерттеу үшін М. Айнсворттың «Таныс емес жағдай» тесті қолданылады. Ол аутизммен ауыратын балалардағы шектеулі тіркесімді анықтау үшін қолданылады. Дегенмен, психологиялық жарақат алмау үшін оны анасымен күшті симбиотикалық қарым-қатынасы бар балаларға қолдануға болмайды.

Психологтың қорытындысы баланың қарым-қатынасқа түсу ерекшеліктерін талдауды қамтиды. Оның басқаларға қатынасы, бейтаныс адамдарға реакциясы, коммуникативті әрекеттің әртүрлі деңгейлеріндегі өзара әрекеттесу ерекшеліктері бағаланады. Көрнекі, жанасу, эмоционалды және ойын байланысы, сондай-ақ қолданылатын қарым-қатынас құралдары, оның ішінде вербалды және паралингвистикалық талданады.

Баланың белсенділігі қоршаған әлемге, заттарға, ойыншықтарға, ұсынылатын тапсырмаларға және адамдармен қарым-қатынасқа қызығушылықтың болуына қарай бағаланады. Қызығушылықтың тұрақтылығы немесе оның қысқа мерзімді сипаты, сондай-ақ тез қанықтыру үдерісі ескеріледі.

Эмоциялық реакциялардың сипаты олардың жағдайға сәйкестігі, мәнерлілігі, әртүрлілігі, дифференциациясы және мотивациясы тұрғысынан талданады. Қажет болса, жалпы көңіл-күй фоны, оның ішінде оның жоғарылауы немесе депрессиясы жазылады.

Психикалық белсенділік пен мінез-құлық ерекшеліктері бағаланады. Гиперактивтілік, дезингибирлеу, пассивтілік, тежелу, зейіннің бөлінуі және қанықтыру талданады. Кеңістікте қозғалыс еркіндігі, қозғалыс дағдылары, қозғалыс стереотиптерінің болуы қарастырылады. Сөйлеудің сыртқы жағы эхолалия, сөйлеу клишелер және просодикалық бұзылулар үшін зерттеледі.

Мектеп жасына дейінгі балаларды зерттегенде пәндік және ойын әрекетінің ерекшеліктеріне назар аударылады. Диагностикалық әдістерді жүзеге асыру негізінде танымдық белсенділікті талдау жүргізіледі; ойлаудың операциялық, динамикалық және мотивациялық аспектілері, пайымдаулардың сынилығы, оқу және логикалық беру қабілеті бағаланады.

Жетекші бұзылыстың сипаттамасы коммуникативті, эмоционалды-еріктік сфералардың және әлеуметтік дамудың сипаттамаларын талдауды қамтиды. Мақалада жақын адамдармен және бейтаныс адамдармен қарым-қатынастағы бұзылулар, әлеуметтік бейімделу мәселелері, эмоционалдық бұзылулар және психопатологиялық көріністер қарастырылады. Аутизмнен қорғау және өтемақы әдістері бағаланады.

Қорытынды нақты, қысқа және сараптама нәтижелерін жинақтауы керек. Ол баламен одан әрі жұмыс істеу бойынша ұсыныстарды қамтиды. Психологты диагностикаға дайындау мұқият жоспарлауды және диагностикалық материалдарды таңдауды талап етеді.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық қызмет пен оқу орындарының мамандарының тәжірибесінде қолданылатын ғалымдар әзірлеген қорытындыларды құрастыру схемалары бар.

4.3. Дифференциалды диагностика

Балалық шақтағы аутизмнің бұзылуының (ЕБА) және есту қабілетінің бұзылуының дифференциалды диагностикасы[9].

Жалпы белгілері: өз атына жауап бермеу, сөйлеу тілін елемеу, ересектердің нұсқауларын орындай алмау, өзара әрекеттесуде зейіннің болмауы. Экспрессивті сөйлеу дамымаған. Егер дыбыстық комбинациялар немесе сөйлеудің жеке элементтері болса, олар анық емес, нашар модуляцияланған, артикуляциялық және грамматикалық құрылым бұзылыстары бар.

Кесте 6. Ерте балалық шақтағы аутизм бұзылыстарының (ЕБА) және есту қабілетінің бұзылуының дифференциалды диагностикасы

ЕБА	Есту қабілетінің бұзылуы
1.Әртүрлі көлемдегі әртүрлі дыбыстық тітіркендіргіштерге реакцияның сәйкессіздігі, соның ішінде сөйлеу.	Есту сезімталдығының тұрақты шегі
2.Дыбыстарға парадоксальды реакциялар: қатты дыбыстарды елемеу, тыныш дыбыстарға реакцияның күшеюі. Сенсорлық осалдық.	Белгілі бір көлемдегі дыбыстарға реакциялардың болмауы немесе сақталуы
3.Дыбысты автостимуляциялауды қалау: мыжылған және жыртылған қағаз, целлофан пакеттердің сыбдыры, Музыкаға гиперпатикалық теріс реакция немесе музыканы ерте сүю, жақсы музыкалық құлақ.	Болмауы
4.Баланың мінез-құлқында коммуникативті бағыттың болмауы.	Мінез-құлықтың коммуникативтік бағыттылығы: қарым-қатынас жасауға ұмтылады, бет-әлпетіне қарап, мимикаға, қарым-қатынас серіктесінің артикуляциясына назар аударады.
5.Вербалды емес қарым-қатынас құралдарының болмауы немесе айтарлықтай шектелуі: экспрессивті мимика, ым-ишара, қозғалыстар.	Қарым-қатынастың вербальды емес құралдарын белсенді қолдану: экспрессивті мимика, ым-ишара, қозғалыстар.

ЕБА және сөйлеу бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы[10]

Ұқсастықтары: сөйлеу әрекетінің қиындықтары, сөйлеудің негативизмі, аутистикалық бұзылулармен қателесуге болатын қарым-қатынастың болмауы, әсіресе бейтаныс жағдайларда қиындықтарға тап болатын алалия бар балаларда. Нұсқауларды түсіну қиындықтары, анық емес айтылу, екілену, аграмматизм, сөйлемдерді құруда қиындықтар болуы мүмкін.

Сенсорлық алалия мен ЕБА-да әртүрлі қарқындылықтағы дыбыс тітіркендіргіштеріне реакциялардың тұрақсыздығы байқалады. Тыныш, байсалды сөйлеу қатты, айқайлап сөйлеуге қарағанда жақсы қабылданады. Ауыр жағдайларда бала өзіне айтылған сөзді түсінбейді, дыбыстарға, оның ішінде өз есіміне жауап бермейді, сөйлеу емес шуды ажырата алмайды. Әдетте басқалар үшін елеусіз дыбыстарға (мысалы, қағаздың сыбдыры, су тамшысының дыбысы) жоғары сезімталдық пайда болады.

Эхолалия және логорея (белгілі сөздер мен сөз тіркестерінің механикалық қайталануы) байқалады. Сенсорлық алалиядағы сөйлеудің бұрмаланғаны сонша, оны қарым-қатынас үшін қолдануға болмайды. Ол мінез-құлықты реттеу қызметін атқармайды.

Мінез-құлық ерекшеліктері: қозғалтқыштың мазасыздығы, хаос, импульсивтілік, жоғары алаңдаушылық және сарқылу. Үлкен жаста – сөйлеуді сөзбе-сөз қабылдау, грамматикалық конструкцияларды, дерексіз ұғымдарды, символдық сөйлеуді түсінудегі қиындықтар. Экспрессивті сөйлеуде - егжей-тегжейлі мәлімдемелердегі қиындықтар, клишелер мен стереотиптік фразаларды қолдануға бейімділік.

Кесте 7. ЕБА және сөйлеу бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы

Сөйлеу бұзылыстары	ЕБА
1. Мінез-құлықтың коммуникативтік бағыты сақталады: қарым-қатынасқа ұмтылады, бетке қарайды.	Баланың мінез-құлқында коммуникативті бағыттың болмауы.
2. Қарым-қатынастың вербальды емес құралдарын белсенді қолдану: экспрессивті мимика, ым-ишара, қозғалыстар.	Вербалды емес коммуникация құралдарының болмауы немесе айтарлықтай шектелуі: экспрессивті мимика, ым-ишара, қозғалыстар.
3. Қозғалтқыш алалик сөйлеу құрылымдарын қарапайымнан күрделіге қарай бірте-бірте меңгереді.	Мындаған бала кейде сөздерді ғана емес, тіпті күрделі сөз тіркестерін де еріксіз айта алады.
4. Кейде басқа адамға бағытталған сөйлеу хабарламасынан алынған салыстырмалы түрде күрделі ақпаратты адекватты түрде қабылдап, мінез-құлқында есепке алады. Кітап мәтіндері мен радиохабарларды жақсы түсінетінін көрсетеді.	Сенсорлық алалик басқалардың сөзін көп рет тәжірибеден өткен таныс жағдайда ғана түсінеді.
5. Бала сөйлесуге тырысқанда сөйлеу бұзылыстары пайда болады. Өтініштер автономды, бағытталмаған және мөрленген болса, сөйлеу таза, фраза дұрысырақ болуы мүмкін.	Мұндай заңдылық байқалмайды

ЕБА және көру қабілетінің бұзылуының дифференциалды диагностикасы[9]

Жалпы белгілер: көру қабілеті бұзылған балалар тербелу, көздерін уқалау немесе саусақтарын бетінің алдында жылжыту сияқты стереотиптік қозғалыстарды көрсетуі мүмкін. Бұл әрекеттер визуалды қабылдаудағы тапшылықты өтей отырып, автостимуляциялау функциясын орындайды.

Негізгі айырмашылық: соқыр және нашар көретін балалар әлеуметтік ынталандыруға бағытталған және қарым-қатынасқа жауап береді. АСБ бар балалар, керісінше, адамдарды елемейді, бірақ шам жарығы немесе қабырғадағы үлгілер сияқты белгілі бір көрнекі ынталандыруға қызығушылықты арттырады.

Аутизмнің көру және есту қабілетінің бұзылуымен үйлесуі, мысалы, туа біткен қызылша кезінде кездеседі. Мұндай жағдайларда айқын стереотиптік мінез-құлық, тіпті қарапайым қарым-қатынас деңгейінде қиындықтар бар. Сенсорлық бұзылулардың ЕБА-мен үйлесуі түзету жұмысын қиындатады.

ЕБА және ақыл-ой кемістігінің дифференциалды диагностикасы[10]

Жалпы белгілер: ақыл-ой кемістігінің ауыр жағдайларында стереотиптік автостимуляция, ойлаудың ригидтілігі мен инерциясы, зейіннің ауысуы қиын болуы мүмкін. Нақты ойлаумен, абстракцияның төмен деңгейімен және өзін-өзі реттеу қабілетінің әлсіздігімен сипатталады.

Оқыту қабілетінің төмендеуі байқалады, дегенмен, АСБ бар балаларда оқыту таңдамалы болып табылады - бала өзін қызықтыратын нәрсені, тіпті ересектердің көмегінсіз де оңай меңгереді. Өзін-өзі күту дағдылары кеш дамиды.

Негізгі айырмашылығы: психикалық дамуы тежелген балалардың қарым-қатынасқа деген құштарлығы бар, олар мимика, ым-ишара, дауыс беру арқылы өз қалауларын білдіруге тырысады. Аутизммен ауыратын балаларда ғаламдық коммуникациялық бұзылыс бар - өзара әрекеттесу әрекетінің болмауы.

Кесте 8. ЕАБ және көру қабілетінің бұзылуының дифференциалды диагностикасы

ПТ	ЕБА
1. Танымдық және эмоционалды-еріктік сфераның барлық аспектілерінің толық және иерархиялық дамымауы (барлық психикалық функциялар ойлауға қарағанда көбірек сақталады)	1. Біркелкі емес, асинхрония, ішінара психикалық даму, күрделі интеллектуалды міндеттер қол жетімді және кез келген әлеуметтік және күнделікті («күнделікті») жағдайларды шешу мүмкін емес,
2. Ойлаудың біріншілік бұзылыстары, эмоциялар мен мінез-құлықты интеллектуалды бақылаудың жеткіліксіздігі нәтижесінде эмоционалдық және тұлғалық дамудың екіншілік бұзылыстары.	2. Біріншілік коммуникация бұзылыстары. Қарым-қатынастың ойлау мен мінез-құлыққа әсерін жоғалту нәтижесіндегі екіншілік когнитивтік бұзылулар.
3. Эмоционалды күйлерді түсіну, адекватты эмоционалды жауап беру, эмоционалды байланыс пен әлеуметтік өзара әрекеттесу орнату, қарым-қатынас құралдарын меңгеру қабілеті сақталған.	Бастапқыда эмоционалды күйлерді түсіну, эмоционалды түрде адекватты жауап беру, эмоционалды байланыс пен әлеуметтік өзара әрекеттесу орнату, қарым-қатынас құралдарын меңгеру қабілеті нашарлайды.
4. Үлкендердің қоғамдық және күнделікті іс-әрекеттеріне еліктейді, әлеуметтік ойындар ойнайды.	Ол іс жүзінде ересектердің әлеуметтік және күнделікті әрекеттеріне еліктемейді және әлеуметтік ойындар ойнамайды.
5. Жалпы төмен оқу қабілеті. Арнайы ұйымдастырылған педагогикалық жұмыстың нәтижесінде оқыту.	Таңдап оқу қабілеті. Қызығушылық танытса, күрделі нәрселерді өз бетімен оңай меңгереді, бірақ оны қызықтырмайтын нәрсені үйрету өте қиын.

6. Коммуникативті және эмоционалды сфераны дамытуда, әлеуметтік бейімделуде (ақыл-ой кемістігінің ауыр түрлерін қоспағанда) қолайлы болжамы, интеллектуалды даму потенциалының төмендігі.	Коммуникативті және эмоционалды саланы дамытуда, әлеуметтік бейімделуде (ақыл-ой кемістігінің ауыр түрлерін қоспағанда), селективті (зияткерлік дамудың әртүрлі салаларында жоғары және төмен) қолайсыз болжам.
---	---

ЕБА және балалық шизофренияның дифференциалды диагностикасы[10].

Ұқсастықтары: ЕБА бар кейбір балаларда кейінірек шизофрениялық бұзылулар дамуы мүмкін. ЕБА бар балалардың отбасыларында психикалық бұзылуларға тұқым қуалайтын бейімділік жиі байқалады.

Кесте 9. ЕБА және балалық шизофренияның дифференциалды диагностикасы

Шизофрения	ЕБА
1. Алдану және галлюцинация	Жоқ
2. Аурудың процедуралық сипаты: психикалық ақаулардың көбеюімен ремиссиялар және қайталанулар	Прогрессивті психикалық дамудың оң динамикасы.
3. Қалыпты дамудың міндетті кезеңі	Туа біткен даму кемістігі
4. Жыныс бойынша біркелкі бөлінген	Ұлдарда басым
5. Жүктілік және босану патологиясына (52,7%) қарағанда шизофрениялық шеңбердің ауыртпалығы (54,6%),	Жиі перинаталдық асқынулар (91,9%); әлдеқайда сирек, тұқым қуалайтын ауыртпалық байқалады (33,4%),
6. Шындықтан белсенді түрде қашу. Бірте-бірте басқаларға қосылудың жоғалуы және эмоционалды түтіккендігі	Әлеуметтік қатынастардың дамуының артта қалуы. Бірте-бірте қосылу, адекватты эмоционалды жауап, эмоционалды және әлеуметтік қарым-қатынастар қалыптасуы

ЕБА және өмір сүру жағдайларынан туындаған коммуникация бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы[9].

Жалпы белгілер: байланысқа түсуді қаламау, көзбен байланысудан аулақ болу, ересектер тарапынан ынталандыру кезінде де коммуникативті белсенділіктің жеткіліксіздігі, жағымсыз эмоциялардың таралуы, дыбыстар мен адресстерге реакцияның болмауы, моторикалық стереотиптер (монотонды қозғалыстар, стереотиптік ойындар, заттармен манипуляциялар).

Қосымша: қорқыныштардың пайда болу тенденциясы, ынталандырусыз көңіл-күйдің өзгеруі, парадоксальды эмоционалды реакциялар (мысалы, күлкі жылауға айналады). Мүмкін мутизм, пассивтілік, летаргия немесе мотивациясыз агрессивтілік.

Кесте 10. ЕБА және өмір сүру жағдайларынан туындаған коммуникация бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы

Психогендік қарым-қатынас бұзылыстары	ЕБА
1. Анамнезде психогендік қарым-қатынастың бұзылуының экзогендік себебі анық көрсетілген: анасынан ажырасу, балалар үйіне орналастыру, бала мен ана қарым-қатынасының қатты бұзылуы.	Психогендік факторлар не жоқ, не олардың болуы мардымсыз және тұқым қуалаушылық, генетикалық факторлар, жүктіліктің, босанудың және өмірдің алғашқы жылдарындағы асқинулардың әсерінен болатын бұзылыстың жүзеге асуында триггерлік механизм рөлін атқарады.
2. Барлық бұзылулар түбегейлі қайтымды және қалыпты жағдайларда және/немесе түзету көмегін көрсету арқылы өтелуі мүмкін.	Жалпы оң динамикамен девиантты дамудың барлық ерекшеліктері іс жүзінде мәңгі қалады.
3. Стереотиптік әрекеттер табиғаты бойынша күрделі және тұрақты емес және сәйкес жағдайларда оңай қысқартылады.	Стереотиптік әрекеттер айтарлықтай тұрақты және обсессивті.
4. Қорқыныш психологиялық тұрғыдан түсінікті (эмоционалды жалғыздықты өтеу) және сәйкес жағдайларда оңай жойылады.	Қорқыныш ерекше, парадоксальды және тұрақты сипатқа ие, ол артық бағаланған тәжірибе деңгейіне ие болады.
5. Психологиялық жарақат нәтижесіндегі қарым-қатынастың бұзылуы таңдамалы сипатқа ие және бала үшін қиын болатын нақты жағдайларға қатысты. Ойын жағдайында жақын адамдармен және балалармен байланыс толығымен сақталады.	Қарым-қатынас қабілеті жалпы бұзылған, мұндай балалар үшін ең қиын нәрсе - құрдастарымен міндетті емес ойын байланыстарын ұйымдастыру. Мұндай үлгі байқалмайды.
6. Таңдамалы мутизм, яғни тек ерекше жағдайларда (сыныпта жауап бергенде, бейтаныс адамдармен сөйлескенде және т.б.) көрінетін мутизм, бірақ жақын адамдармен байланыс сақталады.	Мутизм көбінесе жалпы сипатта болады немесе оның селективтілігі себепсіз.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ диагностикасы: диагнозды қою және нақтылау.
2. ЕБА және есту қабілетінің бұзылуының дифференциалды диагностикасы.
3. Баланың ерекше өмір сүру жағдайлары мен тәрбиесінен туындаған ЕБА және қарым-қатынас бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы.

- 4.ЕБА және балалық шизофренияның дифференциалды диагностикасы. ЕБА және ақыл-ой кемістігінің дифференциалды диагностикасы.
- 5.ЕБА және көру қабілетінің бұзылуы (соқырлық) дифференциалды диагностикасы. ЕБА және сөйлеу бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы
- 6.«Аутизмнің және басқа даму бұзылыстарының дифференциалды диагностикасы» кестесін жасаңыз.
7. Аутизмдегі ақаудың құрылымын көрсететін диаграмманы сызыңыз (бірінші және екіншілік даму бұзылыстары).
- 8.Балаға бақылау жүргізу. Дифференциалды диагностика жүргізу. Қорытындыңызды негіздеңіз.

Реферат тақырыптары

1. Мамандар мен отбасы арасындағы жұмысты үйлестіру.
2. Эпилепсия аутизмнің себебі ретінде.
3. Хромосомалық ауытқулар аутизмнің себебі ретінде.
4. ЕБА кезінде қабылдаудың ерекшеліктері.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Баланың дамуын терең бағалау нені қамтиды?
 - a) Тек әлеуметтік мінез-құлықты бағалау
 - b) Тек когнитивті бағалау
 - c) Тек қарым-қатынас дағдыларын бағалау
 - d) Қарым-қатынас, әлеуметтік, когнитивтік және бейімделу дағдыларын бағалау
 - e) Тек медициналық бағалау
2. Баланың дамуын терең бағалауды кім жүргізеді?
 - a) Тек ата-аналарға
 - b) Тек педиатрға
 - c) Пәнаралық мамандар тобы
 - d) Ата-аналар таңдаған бір маман
 - e) Тек логопед
3. Тереңдетілген дамуды бағалау нәтижелері қандай құжатта жазылады?
 - a) Медициналық карта
 - b) Жеке динамикалық тексеру картасы
 - c) Баланың мектептегі жеке ісі
 - d) Ата-аналар жиналысының есебі
 - e) Есеп картасы
4. Диагностика кезінде баламен алғашқы кездесу қалай өтеді?
 - a) Мамандар балаға бірден сұрақ қоя бастайды
 - b) Баладан тест тапсырмаларын орындауды сұрайды
 - c) Тікелей байланысқа жол бермеу, оның табиғи мінез-құлқы байқалуда)

- d) Ата-аналарды бөлмеден шығаруды сұрайды
e) Мамандар реакцияны тексеру үшін қатты дыбыстарды пайдаланады.
5. Аутизммен ауыратын баланы тексеру кезінде қандай жағдай міндетті емес?
- a) Қорқынышты заттарсыз жайлы жағдай
 - b) Мамандардың медициналық формасының болмауы
 - c) Баланы тапсырмаларды орындауға мәжбүрлеу
 - d) Қызықты заттары бар кең бөлме
 - e) Баланың ойыншықтарға деген қалауын ескеру
6. Аутизмнің нақты диагнозын кім қоя алады?
- a) Логопед
 - b) Педагог психолог
 - c) Невропатолог
 - d) Балалар психиатры
 - e) Баланың ата-анасы
7. Баланы бақылағанда не бағаланады?
- a) Тек сөйлеу қабілеттері
 - b) Тек оның мимикасы
 - c) Тек үлкендерге реакциясы
 - d) Тек ойнай білуі
 - e) Оның мінез-құлқы, басқаларға реакциясы, қимыл-қозғалысын үйлестіру, эмоционалдық көріністері.
8. Аутизммен ауыратын балалардың тіркесімділігін бағалау үшін қандай тест қолданылады?
- a) Вехслер сынағы
 - b) Роршах сынағы
 - c) М.Айнсворттың «Бейтаныс жағдай» сынағы
 - d) Строоп сынағы
 - e) Сурет салу техникасының проективтік сынағы
9. Аутизмі бар балаларға қандай қасиет тән, бірақ есту қабілеті нашар балаларға тән емес?
- a) Дыбыстарға жауап бермеу
 - b) Әртүрлі дыбыс деңгейіне қарама-қайшылықты реакциялар
 - c) Мүлдем сөйлеу жоқ
 - d) Қимылдарды өздігінен қолдану
 - e) Артикуляция жақсы, бірақ байланыс жоқ
10. ЕБА бар балалар сөйлеу бұзылыстары бар балалардан қалай ерекшеленеді?
- a) Сөйлеу бұзылыстары бар балалар мимиканы пайдаланбайды
 - b) ЕБА бар балалар жақсы қарым-қатынаста болады

- с) Сөйлеу қабілеті бұзылған балалар мінез-құлқының коммуникативтік бағытын сақтайды
- d) ЕБА бар балалар күрделі грамматикалық конструкцияларды оңай түсінеді
- e) ЕБА бар балалар сөйлеу құрылыстарын бірте-бірте меңгереді.

5. Дәріс. Психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңесте балалық аутизмнің диагностикасы.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес аясында балалық аутизмнің диагностикасы

Психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссияның (ПМПК) мамандары соңғы диагнозды анықтауға және қорытындыны тұжырымдауға бағытталған бастапқы диагностика бір сессиядан беске дейін созылуы мүмкін. Дәл диагнозды қою қиын болған жағдайларда динамикалық бақылау ұсынылады, оның ішінде белгілі бір диагностикалық кезең ішінде қайталанатын тексерулер.

Аутизм спектрінің бұзылуы бар баланы бақылау

Диагностиканың негізгі бағыттарының бірі баланың қоршаған ортаға реакциясының ерекшеліктерін бағалау болып табылады. Оның жаңа бөлмеге қаншалықты тыныш кіретінін анықтау маңызды, бұл өзгеріс бет әлпетін, моторикасын және дауыс беру сипатын қосады. Сондай-ақ оның басқаларға немқұрайлылық танытуы, оларға мән бермеуі немесе оларды жансыз зат ретінде қабылдауы, мысалы, кездейсоқ біреуді басып кетуі немесе үстіне шығуы ескеріледі. Маңызды аспект - бейтаныс ортада анамен тактильді байланыс қажеттілігі, сондай-ақ бейтаныс адамдардың болуына реакцияның болуы. Әңгімелесу кезінде баланың анасының тізесінде отыратынын, оның құшағында қандай күйде екенін, оның жақын қалуын немесе, керісінше, жаңа кеңістікті бірден зерттей бастағанын ескеру қажет.

Қарым-қатынас дағдыларын бағалау көзбен байланыс орнатуды талдауды қамтиды: бала әңгімелесушінің көзбен байланысын қадағалайды ма немесе одан әдейі қашады ма, оның қол тигізуге қалай әрекет етеді, оны қолынан ұстауға немесе үстелге апаруға әрекеттенеді. Сонымен қатар, оның атына жауап бере ме, сұрау немесе тыйым салу сияқты ауызша сұрауларға жауап бере ме, соны анықтау маңызды. Сонымен қатар, оның жалпы әңгімені тыңдайтыны, оның мінез-құлқы өзгеретіні, мысалы, анасы оның сөйлеу қабілеті туралы айтқан кезде дауыс күшейе ме, немесе пішіні өзгере ме, ескеріледі. Сондай-ақ ересек адамның коммуникативті әрекетіне реакцияны бақылау қажет: баланың оның әрекеттеріне еліктеуге, ойын манипуляцияларын қайталауға және оны бірлескен әрекеттерге тартуға қалай әрекет ететінін көруге болады. Әртүрлі реакция нұсқалары болуы мүмкін, соның ішінде шиеленіс, мазасыздық, моторикалық қозуда, стереотиптік

қозғалыстарда, дауыс шығаруда көрінеді; толық елемеу немесе пассивті кету; агрессияда немесе автоагрессияда көрінетін белсенді қарсылық; немесе қысқа мерзімді және үзік-үзік болса да, қызығушылық танытып, бірте-бірте өзара әрекеттестік орнату.

Баланың қарым-қатынаста инициатива қабылдап, көмек сұрайтынын анықтау қажет. Оның басқалармен қарым-қатынас жасау үшін ым-ишараны, мимиканы, дауысты немесе сөздерді қолданатынын білу де маңызды. Мысалы, ересек адамның қолын құрал ретінде механикалық қолдану, оған көтерілу әрекеті, қажеттіліктерді білдіру құралы ретінде қатты айқайлау бар ма.

Мінез-құлық талдауы баланың кеңістіктегі қозғалысын бақылауды қамтиды: ол бүкіл бөлмені зерттей ме, жиһазға белсенді түрде көтеріле ме, тар жолдарды іздей ме, немесе, керісінше, бір немесе бірнеше шектеулі жерлерде болуды қалайды. Сондай-ақ оның ұсынылған заттарды – ойыншықтарды, кітаптарды, қаламдарды алатын-алмауы және оларды қалай нақты пайдаланатыны бағаланады. Шаршаудың қаншалықты тез басталатынын және не болатынын анықтау қажет: бала тонады ма, еденге жата ма, анасына барады, оны құшақтайды, тамақ немесе сусын сұрайды, қоздырады, стереотиптік қозғалыстар көрсете бастайды.

Қозғалыс стереотиптері бар болса, олардың сипаттамаларын талдау, олардың ауырлық дәрежесін және баланың қаншалықты сіңірілетінін анықтау қажет. Сондай-ақ қозғалыстардың пластикасына, мимика ерекшеліктеріне, тән позаларға, ырғаққа, үйлестіруге, сондай-ақ қолмен манипуляциялаудағы жалпы ептілік пен дәлдіктің арақатынасына назар аударған жөн. Мысалы, амимикалық бет пен белсенді емес қолдармен кеңістіктегі жалпы белсенділікпен тегіс және сымбатты қозғалыстардың үйлесімі баланың аутизм классификациясында белгілі бір топқа жататынын көрсетуі мүмкін.

Эмоциялық сфера эмоционалды реакциялардың мәнерлілігі мен әртүрлілігі немесе олардың болмауымен бағаланады, ол бетперде тәрізді бет пен немқұрайлы көріністе көрінеді. Болып жатқан жағдайға қатысты эмоционалды көріністердің қаншалықты адекватты екенін, сондай-ақ олардың қандай жағдайларда туындайтынын және олардың психологиялық мотивациясының бар-жоғын түсіну маңызды[7].

Ата-ана мен бала арасындағы қарым-қатынасты зерттеу баланың анаға қосылуын талдауды қамтиды, ол айқын симбиоздан толық немқұрайлылыққа дейін өзгеруі мүмкін. Ол анасына бұрылып, ойыншықтарын әкеле ме, назар аударуды талап ете ме немесе, керісінше, бейтаныс адамдармен қарым-қатынасқа көбірек қызығушылық танытатынын анықтау керек. Сондай-ақ, бейтаныс адам анасының назарын аударған кезде оның тітіркенетінін, бала оны алып кетуге тырысатынын, оны әңгімеден алшақтатқанын, өзі туралы жағымсыз нәрселердің айтылуына жол бермеуге тырысатынын немесе, керісінше, енжар болып қалатынын анықтау керек. Сонымен қатар, анадан бөліну реакциясы Ainsworth Strange Situation тесті арқылы бағаланады.

Ойынның, заттың және бейнелеу әрекетінің зерттелуі баланың функционалдық мақсатына сәйкес заттармен әрекеттерді орындауын, оның процессуалдық ойынмен айналысуын, мысалы, көлікті жүргізуді немесе қуыршақты тамақтандыруды бақылауды қамтиды. Ол ересектердің күнделікті іс-әрекетіне еліктейтінін, сюжетті және рөлдік ойындарды ойнайтынын, бірлескен іс-әрекеттерге араласатынын немесе қарауды ұнататынын, болып жатқанды елемейтінін немесе наразылық білдіретінін анықтау керек. Ойын әрекетінің сипаты, олардың ұзақтығы, процеске қатысуы, парадоксальды және адекватты емес көріністердің болуы, мысалы, бала аяқ киімді қасықпен тамақтандырса, бағаланады.

Сонымен қатар, трансформация ойынының болуы бар: бала жануарларды, мультфильм кейіпкерлерін бейнелеуге тырысады ма? Оның суретке деген көзқарасын, қандай бейнелер жасайтынын, үдеріске қызығушылық танытатынын, көшіруге ұмтылатынын атап өту керек.

Танымдық белсенділік баланың жасы мен мүмкіндіктеріне сәйкес келетін стандартты әдістер негізінде бағаланады. Тапсырмаларды орындау әдістері, орындау барысындағы оқу қабілеті, жұмыс нәтижесіне қатынасы анықталады. Баланың логикалық ойлауды және іс-әрекет алгоритмдерін ұстануды талап ететін тапсырмаларды орындау қабілеті тексеріледі. Сондай-ақ оның ерекше қабілеті бар, белгілі бір салаларда терең білімі бар немесе белгілі бір тақырыпқа қызығушылық танытатындығы атап өтіледі.

Сөйлеудің дамуын зерттеу мутизмнің болуын талдауды, дереу немесе кешіктірілген эхололияны және сөйлеу автономиясын қамтиды. Айтылған сөзді түсіну бағаланады: бала тек тыйымдарға жауап бере ме, өтініштерін орындай ма, тікелей өзіне айтылмаған сөзге әрекет ете ме. Дауысты дыбыстардың табиғаты, сөйлеу клишелерінің болуы, олардың қолданылуы да ескеріледі. Сөйлеудің просодикалық ерекшеліктерін, интонациялық бұзылыстарды, тұлғалық есімдердің дұрыс қолданбауын, етістіктерді инфинитив немесе бұйрық райда қолдануға бейімділігін бағалау, сонымен қатар айтылым, грамматикалық құрылым және семантиканың бұзылуын анықтау маңызды[9].

Бұл жан-жақты талдау баланың жағдайының толық бейнесін алуға және аутизм спектрінің бұзылуымен байланысты бұзылулардың сипатын анықтауға мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ диагнозын орнату және нақтылау ерекшеліктері қандай?
2. Психологиялық-медико-педагогикалық консультацияда балалық аутизм қалай анықталады?
3. АСБ диагностикасында қандай ойын әдістері қолданылады және олардың диагностикалық маңызы қандай?

Реферат тақырыптары .

1. Мэри Эйнсворттың тіркеменің үш классикалық моделі («Таныс емес жағдай» эксперименті).
2. Гордон Ньюфельдтің тіркеме теориясы және аутизм

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Аутизмнің нақты диагнозын қою қиын болған жағдайда қандай әдіс ұсынылады?
 - a) Дәрі-дәрмекті дереу тағайындау
 - b) Бір реттік тексеру
 - c) Ойын терапиясы
 - d) Динамикалық бақылау
 - e) Гипноз
2. Аутизм спектрінің бұзылуы бар баланы бақылау кезінде не бағаланады?
 - a) Тек интеллект
 - b) Тек физикалық белсенділік
 - c) Қоршаған ортаға және әлеуметтік ынталандыруға жауап беру
 - d) Тек тіл дағдылары
 - e) Тек мінез-құлық проблемалары
3. Баланың қандай мінез-құлқы айналасындағы адамдарды қабылдаудың бұзылуын көрсетуі мүмкін?
 - a) Адамдарды жансыз зат ретінде қабылдайды
 - b) Әрқашан қарым-қатынасқа ұмтылады
 - c) Бөлмедегі барлық заттардан аулақ жүреді
 - d) Әрқашан әңгімелесушінің көзіне қарайды
 - e) Ойыншықтарға қызығушылық танытпайды
4. АСБ бар баланың коммуникативті белсенділігі қалай бағаланады?
 - a) Оқу қабілеттері бойынша
 - b) Көздің байланысы, сөйлеуге жауап беруі, ым-ишараның қолданылуы c) Айтылатын сөздердің саны бойынша
 - d) Тек сөйлеудің даму деңгейі бойынша
 - e) Тек үлкендердің сұрақтарына жауап беру арқылы
5. Аутизмі бар балада мазасыздықтың белгілері қандай болуы мүмкін?
 - a) Басқаларды мүлде менсінбеу
 - b) Жасанды ойындар ойнау
 - c) Қозғалыс қозуы, стереотиптік қозғалыстар, дауыс шығару
 - d) Қатты күлкі және белсенді қозғалыстар
 - e) Тез шаршау
6. Баланың кеңістіктегі мінез-құлқын талдау кезінде не ескеріледі?
 - a) Бөлмені зерттей ме, шектеулі кеңістікті қалайды, ұсынылған заттарды қабылдайды ма

- b) Қозғалыс жылдамдығын ғана
 - c) Қайталанатын қозғалыстар саны
 - d) Өз бетінше киіну мүмкіндігі
 - e) Түстер мен үлгілерге қызығушылық
7. Баланың белгілі бір аутизм тобына жататынын не көрсете алады?
- a) Шамадан тыс көпшілдік
 - b) Дауыстың мүлдем болмауы
 - c) Амимикалық бет пен бос қолмен тегіс қозғалыстардың үйлесуі
 - d) Ұзын өлеңдерді жаттау
 - e) Жоғары реакция жылдамдығы
8. Ата-ана мен бала қарым-қатынасында айқын симбиоз қалай көрінеді?
- a) Баланың үнемі анасының қасында болуы, бейтаныс адамдармен қарым-қатынастан аулақ болуы
 - b) анасын мүлдем елемеуі
 - c) бейтаныс адамдармен қарым-қатынасқа басымдық беруі
 - d) бөлінуге эмоционалдық реакциялардың болмауы
 - e) толық дербестік және көмекке жүгінуді қаламауы.
9. Баланың ойын әрекетін зерттегенде қандай фактор бағаланады?
- a) Ойындар арасында жылдам ауысу мүмкіндігі ғана
 - b) Ойын әрекеттерінің заттардың функционалдық мақсатына сәйкестігі, рөлдік ойындарға қатысу
 - c) Заттарды түсі бойынша сұрыптау мүмкіндігі
 - d) Қолданылған ойыншықтар саны
 - e) Ойында агрессияның болуы
10. Баланың сөйлеу дамуын зерттегенде қандай аспект зерттеледі?
- a) Тек сөздік
 - b) Эхолалия, мутизм, сөйлеудің просодикалық ерекшеліктерінің болуы
 - c) Күрделі терминдерді есте сақтау қабілеті
 - d) Оқу мен жазудың жылдамдығы
 - e) Ересек адамнан кейін сөздерді тез қайталау қабілеті

6. Дәріс. АСБ психологиялық диагностикасының әдістері.

Қазіргі әлемде балада аутизмнің болуын растайтын немесе жоққа шығаратын медициналық сынақтар жоқ. Диагностикалық процесс ата-аналармен және бала күтімімен айналысатын басқа адамдармен сұхбат алуды, сондай-ақ баланың мінез-құлқын бақылауды қамтиды. Құрылымдық диагностикалық тесттер мінез-құлықты бағалау үшін пайдаланылады, оның ішінде экспресс диагностикаға арналған M-CHAT, CASB, SCQ, сондай-ақ диагностикалық топты

растау үшін қолданылатын ADI-R және KAST. Қосымша әдістерге AMSE, МКФ, PEP-3, Leiter-3, ADOS, ABLLS-R жатады.

ТМД-дағы ең кең тараған скрининг құралы M-CHAT-R (The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) (Балалардағы аутизмге арналған модификацияланған тексеру тізімі, қайта қаралған) – аутизмнің ықтимал қаупін анықтауға арналған сауалнаманың өзгертілген нұсқасы. Ол ата-аналар жауап беретін 20 сұрақты қамтиды және 1,5 жастан 2,5 жасқа дейінгі балалардағы бұзылу қаупін бағалауға көмектеседі. Бұл сынақ бірнеше минутты алады. Кеңейтілген нұсқада бастапқы скрининг нәтижелерін одан әрі нақтылауға мүмкіндік беретін қосымша шолу сұхбаты (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) бар. Бұл құрал клиникалық, ғылыми-зерттеу және білім беру мақсаттарында тегін пайдалануға арналған, бірақ оны пайдалану белгілі бір талаптарға бағынады. Атап айтқанда, тестілеудің кез келген көшірмесі авторлық құқық туралы ескертумен бірге болуы керек және авторлардың рұқсатынсыз сұрақтардың мазмұны мен тәртібін өзгертуге тыйым салынады. Сонымен қатар, сынақты баспа немесе электронды материалдарда жариялау үшін Диана Робинстің рұқсаты қажет.

M-CHAT-R скринингі әдеттегі тексерулердің бөлігі ретінде орындалуы мүмкін және оны мамандар аутизм спектрінің бұзылу қаупін бағалау үшін де пайдалана алады. Әдіс мүмкіндігінше көп жағдайларды анықтауға бағытталған, сондықтан жалған оң нәтижелердің жоғары пайызы бар. Қосымша сұхбат жүргізгеннің өзінде тестілеудің оң нәтижелері бар балалардың айтарлықтай саны АСБ нақты диагнозын алмайды, бірақ одан әрі бағалауды қажет ететін басқа даму ақаулары бар екені анықталды.

Нәтижелерді түсіндіру үшін арнайы алгоритм қолданылады. Төмен тәуекел 0-ден 2 баллға дейінгі балл ретінде анықталады. Егер баланың жасы 24 айға толмаған болса, бала 2 жасқа толған кезде қайта тестілеу ұсынылады. Орташа тәуекел 3-7 баллға сәйкес келеді, бұл жағдайда қосымша қадамдық сұхбат қолданылады. Егер осы кезеңде балл 2 немесе одан да көп болса, сынақ оң деп саналады және балаға қосымша диагностикадан өту ұсынылады. Егер ұпай саны 0-1 болса, қосымша әрекет қажет емес. Жоғары тәуекел 8-20 балл болған кезде диагноз қойылады, бұл баланы диагностикаға дереу жіберуге және ерте араласу қажеттілігін бағалауға мүмкіндік береді.

Неғұрлым күрделі диагностикалық құрал - CARS (Childhood Autism Rating Scale) (Балалық шақтағы аутизмді бағалау шкаласы). Бұл құралды мамандар клиникалық бақылаумен, баламен өзара әрекеттесумен және ата-аналармен сұхбаттасумен бірге пайдаланады. Ресейде Интернетте қолжетімді CARS алдыңғы нұсқасының аудармасы пайдаланылады, ал ағылшын тілінде сөйлейтін ортада CARS2 жаңартылған нұсқасы қолданылады. Ол екі нұсқада қол жетімді: CARS2-ST алты жасқа дейінгі балаларға арналған, ал CARS2-HF алты жастан асқан коммуникативті дағдылары дамыған балаларға арналған. Бұл құрал аутизм

белгілерінің ауырлығын бағалауға және бұзылыстың бар-жоғын анықтауға көмектеседі, бірақ диагноз қою әдісі емес болып табылады.

Ең сенімді диагностикалық әдістер ADOS және ADI-R шкалалары болып саналады, олар жиі аралас қолданылады. Олар орыс тілінде қол жетімді және кәсіби мамандар симптомдарды бағалау және диагноз қою үшін пайдаланады.

Тағы бір маңызды диагностикалық құрал – Психо-білім профилі (PEP Psychoeducational Profile). Ол аутизмі, психотикалық бұзылыстары және дамуында артта қалған балалардың дамуын бағалауға арналған, сонымен қатар жеке білім беру бағдарламаларын әзірлеуге көмектеседі. Тест тұжырымдамасы баланың даму динамикасын түсінуге негізделген, бұл оның жағдайындағы өзгерістерді ескеруге мүмкіндік береді. Тест әртүрлі бағыттардағы қызмет ету деңгейін анықтайды, бұл ең қолайлы білім беру және түзету әдістерін таңдауға көмектеседі.

PEP сынағы мектеп жасына дейінгі балаларға арналған, бірақ оны 12 жасқа дейінгі балаларға да қолдануға болады. Ол еліктеу, қабылдау, ұсақ және жалпы моторика, көру және моториканың интеграциясы, когнитивтік қабілеттер мен сөйлеу функциялары сияқты функционалдық аймақтарды бағалайды. Сонымен қатар, тест басқалармен өзара әрекеттесу, адамдар мен заттарға қызығушылық, сенсорлық сезімталдық және сөйлеу ерекшеліктері сияқты салалардағы мінез-құлық ерекшеліктері мен психотикалық көріністерді анықтайды.

Диагностикалық үдеріс кезінде бала әртүрлі ойын тапсырмаларын орындайды, ал маман оның реакцияларын бақылап, мінез-құлық ерекшеліктерін тіркейді. Соңғы нәтижелер үш категория бойынша бағаланады: оң, теріс және қанағаттанарлық жауап. Соңғы нұсқа баланың тапсырманы ішінара түсінетінін көрсетеді, бірақ оны стандартты емес түрде орындайды немесе оны орындау қажеттілігін көрмейді.

PEP жеке оқыту бағдарламаларын жасауға бағытталған және бірқатар артықшылықтарға ие. Әдістеме көп жылдық зерттеулер негізінде әзірленді және тапсырмалардың жас шектеулері жеке даму қарқынын есепке алуға мүмкіндік береді. Тест нұсқаулары ойын түрінде берілген, сөйлеуге қойылатын талаптар минимумға дейін төмендетілген, бұл сөйлеу бұзылыстары бар балаларға қолжетімді етеді. Сонымен қатар, тест нәтижелері стандартты санаттарда қарастырылмайды, бірақ баланың жеке ерекшеліктерін ескере отырып түсіндіріледі.

PEP-3 дамудың күшті және әлсіз жақтарын анықтау, диагнозды растау, баланың бейімделу деңгейін бағалау және педагогикалық және клиникалық түзетудің тиімділігін бақылау сияқты нақты мәселелерді шешу үшін қолданылады.

Диагностикада 4 жастан 15 жасқа дейінгі балаларға арналған Векслер Wechsler Intelligence Scale (WISC-IV және оның отандық модификациялары) да қолданылады. Когнитивтік функциялар есте сақтауды (10 сөз, жұптық ассоциациялар, тактильді және стереогностикалық жады), зейінді (кодтау,

Шульте кестелері), ойлауды (нысандардың классификациясы, Коос текшелері, сыныптардың қиылысуы), сондай-ақ көрнекі қабылдауды (Липер фигуралары, перцептивті модельдеу) зерттеу әдістері арқылы бағаланады. [15].

Эмоциялық күй мен тұлғаны зерттеу үшін графикалық әдістер (өзінің және отбасының суреттері, DLR), сюжеттік суреттерді талдау, күнделікті жағдайларды модельдеу, сондай-ақ мимика мен ым-ишараны бағалау қолданылады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Модификацияланған M-CHAT-R шкаласы дегеніміз не және ол қай жаста қолданылады?
2. АСБ диагностикалауда CARS шкаласы қандай құрылым мен мақсатты көрсетеді?
3. PEP психо-білім беру профилі қандай мүмкіндіктер береді?

Реферат тақырыптары.

1. CACB, SCQ әдістері
2. ADI-R әдістері; KAST (диагностикалық топты растау)
3. AMSE әдісі

Өзін-өзі тексеру тесті

1. 1,5-2,5 жас аралығындағы балалардың аутизм қаупін бағалау үшін қандай диагностикалық әдіс қолданылады?
 - a) ADOS
 - b) M-CHAT-R
 - c) CARS
 - d) PEP-3
 - e) Wexler
2. M-CHAT-R тестінің кеңейтілген нұсқасы қалай аталады?
 - a) ADOS-2
 - b) M-CHAT-R/E
 - c) M-CHAT-R/F
 - d) CACB-Plus
 - e) PEP-4
3. Қандай диагностикалық құралдың екі нұсқасы бар: CARS2-ST және CARS2-HF?
 - a) CARS
 - b) ADI-R
 - c) SCQ
 - d) Leiter-3
 - e) ABLLS-R

4. M-CHAT-R ұпайларының қандай диапазоны аутизмнің жоғары қаупін көрсетеді?
- a) 0-2
 - b) 3-7
 - c) 8-20
 - d) 2-5
 - e) 15-25
5. Алдыңғы нұсканы аударуда Ресейде қандай диагностикалық құрал қолданылады?
- a) SCQ
 - b) CARS
 - c) ADOS
 - d) M-CHAT-R
 - e) Leiter-3
6. Қандай тест есте сақтау, зейін және ойлау әдістерін пайдалана отырып, когнитивтік функцияны бағалайды?
- a) M-CHAT-R
 - b) ADOS
 - c) Wechsler интеллект шкаласы (WISC-IV)
 - d) SCQ
 - e) ABLLS-R
7. Қандай диагностикалық әдіс жеке білім беру бағдарламаларын құруға бағытталған?
- a) PEP (Психобілім профилі)
 - b) ADOS
 - c) CARS
 - d) SCQ
 - e) AMSE
8. Аутизм белгілерінің ауырлығын бағалау үшін қандай диагностикалық құрал қолданылады, бірақ диагноз қою әдісі емес?
- a) CARS
 - b) ADOS
 - c) M-CHAT-R
 - d) SCQ
 - e) Leiter-3
9. Қандай диагностикалық әдіс ең сенімді болып саналады және жиі комбинацияда қолданылады?
- a) SCQ және CACB
 - b) PEP және Leiter-3
 - c) ADOS және ADI-R
 - d) M-CHAT-R және CARS

е) AMSE және ABLLS-R

10. РЕР сынағы қай жасқа арналған?

а) Тек 6 жасқа дейінгі балаларға

б) Мектеп жасына дейінгі балаларға, бірақ 12 жасқа дейін пайдалануға болады

с) Тек жасөспірімдерге арналған

д) Тек ересектерге

е) Тек сәбилерге арналған

7. Дәріс. Қолданбалы талдау тәсілдері

7.1. Қолданбалы мінез-құлық талдауы

Қолданбалы мінез-құлық талдауы адамның мінез-құлқын зерттеуге және түзетуге бағытталған ғылым. Басқа пәндерден айырмашылығы оның нақты анықталған пәні, мақсаты мен әдістері бар. Талдау пәні - объективті сипаттауға болатын мінез-құлықтың әлеуметтік маңызды нысандары. Оның мақсаты жағымсыз мінез-құлықты сенімді түзету, ал оның әдістері объективті сипаттауды, сандық бағалауды және бақыланатын экспериментті қамтиды. Осылайша, бұл пән адамның мінез-құлқына әсер ететін сыртқы факторларды анықтауға және оны түзету әдістерін әзірлеуге бағытталған.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы алты негізгі компоненттен тұрады. Біріншіден, бұл жаратылыстану ғылымдарына тән білім принциптерін пайдаланатын ғылым. Мінез-құлықты түзету әдістері жоғары жүйелілікпен жасалған. Мінез-құлықтың өзгеруі тек мінез-құлықтың негізгі заңдарына негізделген. Ең маңызды аспект - әлеуметтік маңызды мінез-құлыққа назар аудару. Соңғы екі компонент пәннің мақсаттарын шешеді: мінез-құлыққа әсер ететін факторларды түсіну және маңызды мінез-құлық көріністерін жақсарту.

Мінез-құлықты талдау шеңберінде өзара байланысты төрт сала бар: теориялық мәселелермен айналысатын бихевиоризм; зертханалық зерттеулер жүргізетін эксперименталды мінез-құлық талдауы; қолданбалы зерттеулерге бағытталған қолданбалы мінез-құлық талдауы; және мінез-құлықты талдаудың практикалық қолданылуы кіреді[12].

Пәннің атауындағы «қолданбалы» сөзі оның негізгі міндетін – адамның өмір сүру сапасын жақсарту мақсатында мінез-құлқын түзетуді көрсетеді. Осы мақсатқа жету үшін мамандар клиент үшін маңызды мінез-құлық көріністерімен жұмыс істеуі керек. Бұған әлеуметтік және ауызша мінез-құлық, академиялық, кәсіптік және тұрмыстық салалардағы мінез-құлық және өзін-өзі күту жатады. Мінез-құлықтың бұл формаларын түзету адамның өзінің өмірін жақсартуға көмектесіп қана қоймайды, сонымен қатар басқалардың оған деген көзқарасына оң әсер етеді.

7.2. Қолданбалы мінез-құлықты талдауға арналған қасиет критерийлері.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА) мінез-құлықты сипаттаудан гөрі оны зерттеуге және түзетуге қатысты. Дональд Байер, Монтроз Вольф және Тодд Ризли қолданбалы мінез-құлық талдауының айқындаушы ерекшеліктерін тұжырымдады және жұмыс АВА деп есептелуі үшін сәйкес келетін критерийлерді белгіледі[27]..

Біріншіден, қолданбалы мінез-құлық талдауы табиғатта қолданылады, бұл зерттеу субъекті үшін маңызды әлеуметтік маңызды мінез-құлыққа бағытталғанын білдіреді.

Екіншіден, ол мінез-құлыққа бағытталған, ол өзгерістердің нақты санын анықтауды талап етеді және мінез-құлықты өзгерткен зерттеуші емес, субъект екенін тексеруді талап етеді.

Үшіншіден, аналитика зерттелетін мінез-құлыққа эксперименттік бақылауды көрсетуді, яғни оның сыртқы факторларға функционалдық тәуелділігін орнатуды қамтиды.

Төртіншіден, басқа зерттеушілер оларды қайта шығара алатындай әдістерді егжей-тегжейлі сипаттау керек.

Бесінші критерий – концептуалды жүйелілік, оған сәйкес жұмыс нәтижелерін сипаттау мен талқылау оның негізіне алынған негізгі теориялық принциптерді көрсетуі тиіс.

Алтыншы критерий - практикалық маңыздылық: әдістеме субъектіге айтарлықтай әсер ететін мінез-құлықтың өзгеруіне әкелуі керек.

О.И. Ловаас әдістері.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы саласында американдық психолог және психиатр О.И. Ловаас бірнеше әдістерді қарастырған. Олардың арасында[28]:

1. Әрекеттер кезінде баланы не ынталандыратынын анықтауға көмектесетін *қалауларды тексеру және күшейткіштерді табуға арналған әдіс.*

2. Бұрыннан бар мінез-құлықты жаңа, неғұрлым жетілдірілген мінез-құлыққа жүйелі түрлендіру арқылы жаңа дағдыларды қалыптастыру үшін қолданылатын *жаңа мінез-құлықты қалыптастыру әдісі.*

3. Оқытудың әр кезеңінде ескертулер жүйесін пайдалана отырып, балаңызға жаңа дағдыларды динамикалық түрде үйретуге мүмкіндік беретін *нұсқауды қолдану арқылы қатесіз оқыту әдісі.*

4. *Кездейсоқ оқыту әдісі*, АСБ бар баланы бастамашылдыққа үйрету үшін қолдануға болатын табиғи ортада оқыту әдісі.

5. Тапсырманы дискретті қадамдарға бөлу үшін қолданылатын *қадамдық оқыту әдісі.*

6. Баланың мақсатты мінез-құлықын қалыптастыратын *бөлек блоктар әдісі.* Бұл әдіс дискриминативті ынталандыруды және күшейтетін ынталандыруды немесе күшейтуді пайдаланады.

Бұл әдістер аутизм спектрі бұзылған балаларда ақпаратты меңгерудегі қиындықтар, әлеуметтік зардаптары мотивациясының болмауы және бастаманың болмауы сияқты жалпы оқу мәселелерін жеңуге көмектеседі. Сонымен қатар, АСБ бар көптеген балалар жаңа жағдайларда материалды жалпылай алмайды, өз әрекеттерін жоспарлай алмайды немесе бір тапсырмадан екіншісіне өз бетінше ауыса алмайды.

Мінез-құлықты талдаудың қолданбалы әдістері мұндай жағдайларда көмектесудің тиімді әдісін ұсынады. Мінез-құлық құралдары психокоррекциялық бағдарлама бойынша жұмысты сәтті етеді. Осы әдістерді қолдана отырып, мұғалім жаттығулардың күрделілігін таңдай алады, оқу қарқынын анықтай алады, баланың қателіктерін азайтады, жағымсыз мінез-құлықтан аулақ болады және сабаққа деген ынтасын сақтай алады.

Қолданбалы мінез-құлық талдау әдістерін қолданбас бұрын, АСБ бар баланың дағдыларын кешенді бағалау жүргізіледі.

Қолданбалы мінез-құлық талдау құралдары

Скиннер тұлғаны оперантты оқыту арқылы бала алған ерекше мінез-құлық үлгілерінің жиынтығы деп есептеді.

Мінез-құлық функцияларын білу зерттеушілерге оны өзгертуге бағытталған тактиканы жасауға мүмкіндік берді. Бұл қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА) деп аталатын саланың пайда болуына әкелді.

АВА негізгі мақсаты мінез-құлық мақсатын анықтау және осы білім негізінде девиантты мінез-құлықты әлеуметтік мақұлданған мінез-құлыққа өзгерту болып табылады.

АВА бағдарламасы әрқашан жеке құрастырылған, күрделі дағдылар кішірек құрамдас бөліктерге бөлінген. Қолданбалы мінез-құлық талдау әдістерін қолданбас бұрын, АСБ бар баланың дағдыларын кешенді бағалау жүргізіледі.

АВА-да қолданылатын ең көп таралған сынақтардың бірі D Партингтон (Partington) жасаған ABLLS-R сынағы. Ол баланың жұмыс істеу деңгейін анықтауға, оның ең үлкен қиындықтарды бастан кешіретін салаларын анықтауға және оның қазіргі білімін бағалауға мүмкіндік береді. Тест нәтижелері маманға тиімді сөйлеуді үйрету және әлеуметтік дағдыларды дамыту бағдарламасын жасауға көмектеседі[17].

Түзету бағыттары анықталғаннан кейін негізгі АВА әдістерін үйрену маңызды.

Негізгі әдістердің бірі - *баламалы мінез-құлықты дифференциалды күшейту*, сол функцияны атқаратын әлеуметтік қолайлы мінез-құлықты марапаттау немесе күшейту арқылы проблемалық мінез-құлықты азайту әдісі. Бұл жағдайда қажетсіз мінез-құлық күшейтілмейді.

Бұл әдіс агрессия, ашулану, өзін-өзі ынталандыру сияқты әртүрлі мінез-құлық проблемаларын түзету үшін кеңінен қолданылады.

Мінез-құлықтың негізгі мақсаттары

АВА тұрғысынан баланың мінез-құлқы төрт мақсаттың біріне қызмет етеді[46]:

- *Назар аудару* - бала басқалардың назарын аудару үшін белгілі бір мінез-құлық көрсетеді (мысалы, ол ата-анасының назарын аудару үшін айқайлауы мүмкін).
- *Қажетті заттарды немесе әрекеттерді алу* - бала қалаған заттарға немесе әрекеттерге қол жеткізу үшін өзін белгілі бір жолмен ұстайды (мысалы, біреу оған ойыншық сатып алғанша дүкенде ашулану).
- *Жағымсыз жағдайлардан аулақ болу немесе алыстау* - бала қажетсіз тапсырманы орындамау үшін проблемалық мінез-құлық көрсетеді (мысалы, мұғалім оны оқытуды тоқтату үшін айқайлайды немесе агрессия көрсетеді).
- *Сенсорлық ынталандыру* - бала белгілі бір мінез-құлықтан ләззат алады (мысалы, айқын мақсатсыз қолды тербеу немесе шапалақтау).

Күшейтудің принциптері

АВА мінез-құлықты өзгерту үшін *күшейтуді пайдаланады*.

- *Позитивті күшейту* - қалаған мінез-құлықтан кейін жағымды ынталандырудың қосылуы, оның болашақта қайталану ықтималдығын арттырады.
- *Теріс күшейту* - белгілі бір мінез-құлықтан кейін жағымсыз тітіркендіргіштің жойылуы, ол да оны күшейтуге көмектеседі.
- *Қысқарту (жазалау)* - бұл жағымсыз мінез-құлық оның қайталану ықтималдығын төмендететін жағымсыз салдармен жүретін процесс.
- *Жауаптың жойылуы* - бұл бұрын марапатталған мінез-құлық үшін күшейтуді алып тастау, оның жоғалуына әкеледі.

«*Жарылыс*» деп аталатын мүмкіндікті ескеру қажет, ол толығымен жойылғанға дейін проблемалық мінез-құлықтың күшеюінде көрінеді. «Тынжырау» кезінде бала агрессияны, ашуланшақтықты немесе жаңа мінез-құлық үлгілерін көрсетуі мүмкін.

Түзету жұмысындағы АВА маңызы

АВА әрқашан жағымсыз мінез-құлықты ауыстыру үшін баламаларды ұсынады. Мысалы, канитерапия кезінде бала итті ұрса, оны еркелетуге үйретеді. Бала қалаған мінез-құлықты таңдаған сайын, ол мағыналы ынталандырулармен күшейтіледі, ал қалаусыз мінез-құлық еленбейді[28].

АВА тәжірибешілері дұрыс мінез-құлықты нығайту үшін *марапаттарды немесе күшейтуді пайдаланады*. Әр түрлі ынталандыруларды күшейткіш ретінде қолдануға болады, соның ішінде *бастапқы күшейткіштер* (мысалы, азық-түлік сыйлығы) жатады.

Осылайша, аутизм спектрінің бұзылыстары - қарым-қатынас қиындықтарымен, мінез-құлық мәселелерімен және әлеуметтік бейімделудегі қиындықтармен сипатталатын күрделі даму бұзылыстары.

АСБ бар балаларды әлеуметтендіруде уақтылы түзету басты рөл атқарады.

АВА - балаға жағымсыз мінез-құлықтарға қарағанда балаға тиімдірек болатын жағдайлар жасау арқылы мінез-құлықтың тұрақты өзгерістерін жасауға көмектесетін тиімді пән.

Баламалы мінез-құлықты дифференциалды күшейту - бұл балалардың академиялық және әлеуметтік жетістіктерін арттыратын мінез-құлықтағы елеулі және тұрақты өзгерістерді тудыратын қуатты АВА құралы.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Қолданбалы мінез-құлық талдауы дегеніміз не және оның негізгі компоненттері мен критерийлері қандай?
2. О.И. Ловаас АСБ бар балалармен жұмыс істеу үшін қандай әдістермен әзірлеген?
3. Қолданбалы мінез-құлық талдауында қандай құралдар қолданылады?
4. АСБ бар балалармен жұмыс істеуде қолданбалы талдаудың қандай әдістері мен тәсілдері тиімді?

Реферат тақырыптары .

1. Қолданбалы мінез-құлық талдауындағы дискретті оқыту моделі (Р. Шрамм).
2. Қолданбалы мінез-құлық талдауындағы тәрбиелік бақылауды қалыптастыру кезеңдері.
3. АВС – аутизм спектрі бұзылған оқушымен өзара әрекеттесу парадигмасы.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Қолданбалы мінез-құлық талдауының негізгі мақсаты қандай?
 - a) Адамның психологиялық ерекшеліктерін сипаттау
 - b) Мінез-құлықтың тұқым қуалайтын факторларын анықтау
 - c) Жағымсыз мінез-құлықты түзету
 - d) Шығармашылық қабілеттерді дамыту
 - e) Есте сақтау қабілетін жақсарту.
2. Қолданбалы мінез-құлық талдауының қай компоненті мінез-құлыққа әсер ететін факторларды зерттеуге бағытталған?
 - a) Концептуалдылық
 - b) Аналитикалық
 - c) Әлеуметтік маңыздылық
 - d) Әдістемелік жүйелілік
 - e) Эксперименттік талдау
3. Қандай АВА критерийі әдістердің басқа зерттеушілермен қайталануын қамтамасыз етеді?
 - a) Қолданбалы сипат
 - b) Аналитикалық
 - c) Әдістердің егжей-тегжейлі сипаттамасы

- d) Әлеуметтік маңыздылығы
 - e) Концептуалды жүйелілік
4. Қолданбалы мінез-құлық талдауының сипаттамаларын тұжырымдауға қандай ғалымдар үлес қосты?
- a) Жан Пиаже
 - b) Зигмунд Фрейд
 - c) Дональд Байер, Монтроуз Вольф және Тодд Рислей
 - d) Джон Уотсон
 - e) Карл Роджерс
5. Қандай АВА әдісі бар мінез-құлықты жаңа мінез-құлыққа жүйелі түрлендіруді қамтиды?
- a) Таңдау тестілеу әдісі
 - b) Мінез-құлықты қалыптастырудың жаңа әдісі
 - c) Қадамдық оқыту әдісі
 - d) Кездейсоқ оқыту әдісі
 - e) Қатесіз оқыту әдісі
6. АВА-дағы қандай мінез-құлық мақсаты қажетті элементтерді немесе әрекеттерді алуға байланысты?
- a) Әлеуметтік назар аудару
 - b) Жағымсыз жағдайлардан аулақ болу
 - c) Сенсорлық ынталандыру
 - d) Қажетті заттарды немесе әрекеттерді алу
 - e) Агрессияны көрсету
7. Бұрынғы марапатталған мінез-құлықты күшейту тоқтатылатын процесс қалай аталады?
- a) оң күшейту
 - b) теріс күшейту
 - c) әлсірету
 - d) жауаптың сөнугі
 - e) сенсорлық ынталандыру
8. Балаға жаңа дағдыларды динамикалық түрде шақыру жүйесі арқылы үйрету үшін қандай АВА әдісі қолданылады?
- a) Кездейсоқ оқыту әдісі
 - b) Бөлек блок әдісі
 - c) Қатесіз оқыту әдісі
 - d) Мінез-құлықты қалыптастырудың жаңа әдісі
 - e) Артықшылықты тексеру әдісі
9. Қандай АВА құралы баланың жұмыс істеу деңгейін анықтауға және оның қиындықтарын анықтауға көмектеседі?
- a) ADOS-2
 - b) ABLLS-R авторы Д. Партингтон

- c) Бөлек блоктар әдісі
 - d) Әлеуметтік әңгімелер
 - e) Мінез-құлық талдауы диаграммасы
10. Баламалы мінез-құлықты дифференциалды күшейту дегеніміз не?
- a) Жағымсыз мінез-құлықты алмастырмай жою
 - b) Жағымсыз мінез-құлықтың алдын алу үшін жағымсыз ынталандыру қосу
 - c) Бала мінез-құлығының барлық түрлерін елемей
 - d) Жағымсыз мінез-құлықпен бірдей функцияны атқаратын қоғамда мақұлданған мінез-құлықты күшейту
 - e) Баланы оның мінез-құлығына қарамастан марапаттау

8. Дәріс. Қоршаған ортаның кеңістіктік-уақыттық сипаттамаларын қабылдау және ассимиляциялау ерекшеліктері

8.1. Кеңістік-уақыттық сипаттамалардың бұзылуының негізгі көріністері.

Қоршаған дүниенің кеңістіктік-уақыттық сипаттамаларын қабылдау және ассимиляциялау ерекшеліктері аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) бар адамдарда уақыт бойынша бағдарлануды қиындататын негізгі факторлардың бірі болып табылады. Бұл қиындықтар «кеше – бүгін – ертең», «бірінші – содан кейін» және басқа да уақыт категорияларын түсіну мәселелерінде көрінеді. Сонымен қатар, олар тәжірибені қалыптастыру мен пайдалануда бұрмалануларға әкеледі: әсерлер жинақталады, бірақ болашақ мәселелерді шешу үшін қолдануға болатын дәстүрлі тәжірибеге айналмайды.

Ақпараттың айтарлықтай көлемінің болуына қарамастан, аутизммен ауыратын адам қазіргі қажеттілікке, тапсырмаға немесе тілекке сәйкес келетін білімді таңдау және пайдалану қиынға соғуы мүмкін. Бұл үдерістер қиял мен символизацияға да әсер етеді.

Психофизиологиялық аспектілері және негізгі көріністері

Бұл құбылыстың физиологиялық негізі жақсы зерттелмегенімен, оның салдары анық. Біріншіден, бұл ғылымда АСБ тән белгілерінің бірі ретінде танылған дәйекті түрде ұйымдастырылған үдерістерді қабылдау және ассимиляциялау қиындықтары[26].

Кеңістік-уақыттық қабылдаудың негізгі бұзылыстарына мыналар жатады:

- *Қабылдаудың фрагментациясы*, ол бірнеше формада көрінеді:
 - *Интрамодальді фрагментация* – бір модальды арнада (визуалды, есту және т.б.) сенсорлық бейнені қалыптастырудың қиындығы.

- *Интермодальдық фрагментация* - бұл әртүрлі сенсорлық модальділіктердің ақпаратты когерентті мультисенсорлық кескінге біріктіру қиындығы.

- *Әлсіз орталық үйлесімділік* - бұл тұтас көзқарасты қалыптастыра алмаған кезде бөлшектерге назар аудару үрдісі.

- *Қабылдаудың синхрондылығы* – ақпаратты ретімен емес, бір уақытта қабылдау үрдісі.

- *Дәйекті түрде ұйымдастырылған процестерді қабылдау қиындықтары*, себеп-салдар байланыстарын түсіну және әрекеттерді жоспарлау.

Түзету тәсілдер

Түзету жұмысы осы бұзылуларды жеңуге бағытталған және бірнеше бағыттарды қамтиды[58]:

1.*Біртұтас сенсорлық бейнені қалыптастыру.* Бұған дәстүрлі мағынадағы сенсорлық интеграция шеңберінде ғана емес, сонымен қатар заттар мен құбылыстарды тұтастай саналы түрде қабылдауға жағдай жасау арқылы да қол жеткізуге болады.

2.Балаға тек қосалқы бөлшектерге ғана назар аудармай, жағдайдың мәнін түсінуге көмектесетін маңызды, *мағыналы белгілерді (релиздерді) анықтау қабілетін дамыту.*

3.*Сенсорлық кеңістікті ұйымдастыру.* Түзету сабақтарына қоршаған ортамен жұмыс жасау, әртүрлі сенсорлық арналар арқылы сезімталдықтың жеке деңгейін ескере отырып, ынталандырушы және дидактикалық материалды таңдау кіреді.

4.*Компенсация және түзету әдістері.* Кеңістіктік-уақыттық қабылдаудың бұзылуы мидың тоник блогы функцияларының бұзылуымен байланысты, бұл компенсация әдістерін де, мақсатты түзету әдістерін де қолдануды талап етеді.

5.*Дәрілік терапия.* Кейбір жағдайларда қабылдаудың бұзылуы дәрілік заттарды қолдануды талап етеді, әсіресе олар мінез-құлықты реттеудің ауыр бұзылыстарымен бірге жүрсе қажет болуы мүмкін.

АСБ басқа көріністерімен байланысы

Аутизмнің классикалық белгілерінің ішінде осы бұзылыстарға ең жақыны *стереотиптер болып табылады*, олар компенсаторлық, гиперкомпенсаторлық-авостимуляциялық сипатта болуы мүмкін. Кейбір жағдайларда қозғалыс белсенділігін реттеу ерекшеліктерімен байланысты стереотиптердің кататоникалық нұсқасы да байқалады.

Осылайша, АСБ бар балалардағы кеңістіктік-уақыттық қабылдаудың бұзылуы когнитивті-мінез-құлық коррекциясын, сенсорлық терапияны және қажет болған жағдайда дәрілік қолдауды біріктіретін кешенді тәсілді талап етеді.

8.2. Ұйымдастырушылық үдерістерді меңгерудегі қиындықтар.

АСБ бар балаларда ұйымдасқан үдерістерді қабылдауды дамыту

Аутизм спектрі бұзылған балаларда оқиғалардың реттілігін және ұйымдастырылған процестерін үйренудегі қиындықтар арнайы әдістерді қолдануды талап етеді. Тиімді мінез-құлық тәсілдерінің *уақытша сипаттамалардың визуализациясы* немесе «уақыттың визуализациясы» болып табылады.

Осы мақсатта кестелердің әртүрлі формалары қолданылады[38]:

- *Презентация әдісі бойынша*: сөрелер, қабырғадағы стендтер, дәптерлер, тапсырмалары бар арнайы орындар (мысалы, солдан оңға қарай тапсырмаларды алу керек себеттер).
- *Ұйымдастыру деңгейі және техникалық шешім бойынша*: тақырыптық кестелер, көрнекі (суреттер, фотосуреттер, пиктограммалар), мәтін (жазбалары бар тақталар).
- *Кезеңді қамту бойынша*: белгілі бір іс-әрекетке арналған кестелер (мысалы, сабақ алдында киім ауыстыру), бір күнге, бір аптаға немесе одан да ұзақ уақытқа болады.

Нақты форматты таңдау баланың жеке ерекшеліктеріне, түзету жұмыстарының кезеңіне және қойылған міндеттерге байланысты.

Күнделік уақытты білу құралы ретінде

Күнтізбе жүргізу арқылы қол жеткізіледі, ол кесте ретінде жұмыс істейді, бірақ өткенге бағытталған болады. Күнделік балаға оқиғалардың ретін және олардың өзара байланысын түсінуге көмектеседі. Ол әртүрлі форматтарда ұсынылуы мүмкін: мәтін, фотосуреттер, жазулары бар немесе жоқ. Күнделікті жүргізу ересектердің (ата-аналардың, мұғалімдердің) қатысуын талап етеді, бірақ сонымен бірге ол уақыт туралы түсініктерді қалыптастырудың маңызды құралына айналады.

Оқу материалының көрнекілігі

АСБ бар балаға ақпаратты құлақ арқылы қабылдау қиын болғандықтан, *максималды визуализация оқудың негізгі принципіне айналады*. Көрнекі нұсқаулар мен қолдаулар білімнің құрылымын жақсартуға және ақпаратты ассимиляциялауды жеңілдетуге көмектеседі.

Сөйлеу тілін түсіну дамыған сайын визуалды қолдау дәрежесі *бірте-бірте төмендеуі мүмкін*. Бірақ кейбір жағдайларда қарым-қатынастың баламалы және күшейтетін түрлерін (жазбаша сөйлеу, ымдау тілі және т.б.) қолдану қажет [44].

Кеңістікті құрылымдау

ASD бар балалардағы кеңістікпен байланыс көбінесе бір мезгілде қабылдаудың алғашқы түрінде көрінеді. Бұл баланың қоршаған ортаны тұтас бейнелер ретінде емес, тек бір мезгілде сезіммен біріктірілген жеке үзінділер ретінде қабылдайтынын білдіреді.

Аутизмдегі асинхронды дамуға байланысты қабылдаудың бұл формасы нейротиптік балаларға қарағанда ұзағырақ сақталады. Осының нәтижесінде[68]:

- Белгілі бір іс-әрекет түрлерін нақты орындарға *қатаң түрде байланыстыруға* болады (мысалы, бала тек бір үстелде тамақтанады, бөлменің бір бұрышында ғана ойнайды).

- Белгіленген тәртіпті өзгерту әрекеті стрессті және жағымсыз мінез-құлық реакцияларын тудыруы мүмкін.

Кеңістікті құрылымдау әдісі мінез-құлық мәселелерін болдырмауға көмектеседі[69] :

- Әрбір әрекетке орын яғни, *бөлімшелер* беріледі.

- Бұл тәсіл алаңдаушылықты азайтады және қоршаған ортаның болжамдылығын арттырады.

Дегенмен, кеңістіктің толық өзгермейтіндігі стереотиптерді нығайтады және мінез-құлықтың икемділігін шектейді. Сондықтан *өзгермелілікті бірте-бірте енгізу және озбырлықты дамыту* маңызды.

Мінез-құлық икемділігін дамыту

Уақыттық және кеңістіктік сипаттамаларға қатысты икемділікті арнайы жаттығулар мен әдістердің көмегімен дамытуға болады. Олардың арасында[75]:

1. Ынталандыруды таңдауды қиындату:

— Бірінші кезеңде балаға қалаған зат таңдаусыз ұсынылады (*«Сізге сабын көпіршіктері керек пе?»*).

— Содан кейін – екі нысанды таңдау (*«Сізге үстіңгі немесе доп керек пе?»*).

— Келесі – бірнеше опциялардан таңдау (*мысалы, планшеттегі фотосуреттерден*).

2. *Кестеге вариативтілікті енгізу:*

— Сыртқы жағдайларға тәуелділік (*«Егер жаңбыр жауса, мультфильм көреміз, күн ашық болса, әткеншекпен тербелеміз»*).

— Алдын ала анықталған бірнеше әрекетті таңдау (*«Сіз не таңдайсыз: басқатырғыштар жасаңыз немесе батутта секіріңіз?»*).

— Бос уақытты еркін таңдау (*егер балада тиісті дағдылар қалыптасқан болса, бірақ ересек адамның қадағалауымен*).

Көрнекі кестелерді, күнделіктерді пайдалану, кеңістікті құрылымдау және таңдаудың икемділігі бойынша жұмыс АСБ бар балаларға қоршаған әлемді жақсы шарлауға көмектеседі. Болжамдылық пен өзгермеліліктің бірте-бірте енгізілуін біріктіретін кешенді тәсіл тәуелсіздіктің дамуына ықпал етеді және сәтті бейімделу үшін жағдай жасай отырып, алаңдаушылықты азайтады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балаларда кеңістіктік-уақыттық сипаттамалардың бұзылуының қандай көріністері байқалады?

2. АСБ бар балалар ұйымдық процестерді меңгеруде қандай қиындықтарға тап болады?

3. АСБ (мектепке дейінгі жас/бастауыш мектеп жасы) бар балаларға арналған үлгілік күнделікті кестені жасаңыз.

Режим сәттері	Ең жас топ	Орташа топ	Ересек Топ	Дайындық Топ
Режим сәттері	1 сынып	2 сынып	3 сынып	4 сынып

4. АСБ бар балада кеңістіктік-уақыттық бағдардың бұзылуы қалай көрінеді?

Реферат тақырыптары.

1. Бөлінген ақыл-ой: көріну себептері, аутизм спектрінің бұзылуынан айырмашылығы
2. О.С.Никольскидің аутизмнің психологиялық-педагогикалық классификациясы
3. ЕБА кезіндегі қорқыныштардың ерекшеліктері

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар адамдарда кездесетін уақытты бағдарлау қиындықтарының негізгі факторы қандай?

- a) Қозғалыс координациясының болмауы
- b) Есту қабылдауының бұзылуы
- c) Кеңістіктік-уақыттық сипаттамаларды қабылдау және ассимиляциялау ерекшеліктері
- d) Қоршаған әлемге қызығушылықтың болмауы
- e) Мазасыздықтың жоғары деңгейі

2. АСБ бар адамдарда қабылдаудың фрагментациясы қалай көрінеді?

- a) Тапсырмалар арасында оңай ауысу мүмкіндігі
- b) Сенсорлық тітіркендіргіштерге сезімталдықтың жоғарылауы
- c) Кеңістіктегі объектілерді ұйымдастыруға ұмтылу
- d) Біртұтас сенсорлық бейнені қалыптастырудың қиындығы
- e) Көрнекі ақпаратқа шамадан тыс тәуелділік

3. Кеңістік-уақыттық қабылдау бұзылыстарының қайсысы оқиғаларды ретімен қабылдай алмаумен байланысты?

- a) интрамодальді фрагментация
- b) әлсіз орталық когеренция
- c) интермодальды фрагментация
- d) дәйекті ұйымдастырылған процестерді қабылдау қиындықтары
- e) қабылдаудың бір мезгілдегі

4. АСБ бар балалармен коррекциялық жұмыста қандай әдіс қолданылмайды?

- a) Біртұтас сенсорлық бейнені қалыптастыру

- b) Сенсорлық тітіркендіргіштерді толығымен жоққа шығару
 - c) Маңызды белгілерді анықтау қабілетін дамыту
 - d) Сенсорлық кеңістікті ұйымдастыру
 - e) Компенсация және түзету әдістері.
5. АСБ бар балалар үшін күнделік қандай қызмет атқарады?
- a) Жазу және оқу дағдыларын дамытады
 - b) Оқиғалардың ретін және олардың өзара байланысын түсінуге көмектеседі
 - c) Тек кесте ретінде пайдаланылады
 - d) Дәрілік терапия құралы болып табылады
 - e) Баланы қиялдауға және ертегілер ойлап табуға үйретеді
6. АСБ бар балалардың уақытын визуализациялау үшін қандай кесте форматы қолданылмайды?
- a) Сөрелер мен стендтер
 - b) Дәптер
 - c) Аудио жазбалар
 - d) Пиктограммалар мен мәтіндік белгілер
 - e) Тапсырмалары бар арнайы аймақтар
7. Стереотипияның қандай көрінісі қозғалыс белсенділігін реттеу ерекшеліктерімен байланысты?
- a) Сенсорлық сезімталдық
 - b) Мотивацияның төмендігі
 - c) Бір мезгілде қабылдау
 - d) Мазасыздықтың күшеюі
 - e) Стереотиптердің кататоникалық нұсқасы
8. Неліктен АСБ бар балалар үшін кеңістікті құрылымдау маңызды?
- a) Қоршаған ортаны алуан түрлі және ретсіз етеді
 - b) Сөйлеу мен қарым-қатынас дағдыларын дамытуға ықпал етеді
 - c) Қоршаған ортаның қобалжуын төмендетеді және болжамдылығын арттырады
 - d) Абстрактілі ұғымдарды меңгеру процесін тездетеді
 - e) Стереотиптік мінез-құлықты толығымен жояды
9. Уақыттық және кеңістіктік сипаттамаларға қатысты икемділік қалай қалыптасады?
- a) Вариацияны және жаттығуларды таңдауды бірте-бірте енгізу арқылы
 - b) Тек дәрілік терапия арқылы
 - c) Белгіленген рәсімдерді қатаң сақтау арқылы
 - d) Әдеттегі тәртіпті өзгертуден толығымен аулақ болу арқылы
 - e) Тек кеңістікті құрылымдау арқылы
10. АСБ бар балалар үшін қандай оқыту принципі ең тиімді?
- a) Материалды ауызша түсіндіру
 - b) Абстрактілі ұғымдарды барынша пайдалану
 - c) Ақпаратты визуалды қолдау және құрылымдау

- d) Спонтанды қабылдауға назар аудару
- e) Қабылдаудың жеке ерекшеліктерін елемей

9. Дәріс. Психодиагностикадағы кәсіби-этикалық стандарттар.

9.1. Психодиагностикалық іс-әрекеттің принциптері

Психологияның принциптері психиканың табиғатын түсінуді, оның қалыптасуын, дамуын және қызметін анықтайтын бастапқы нүктелерді білдіреді. Олар психиканың заңдылықтарын жалпылайды және зерттеу мен тәжірибенің әдіснамалық негізі ретінде қызмет етеді. Психодиагностикалық іс-әрекеттің тиімділігі психология саласындағы жетекші ғалымдар тұжырымдаған бірқатар негізгі принциптермен анықталады[33].

Объективтілік принципі – ғылыми білімнің ең маңызды сапасы. Психодиагностикалық зерттеулер зерттеушінің субъективті пікірлерін көрсетпей, психикалық үдерістердің нақты заңдылықтарын ашуы керек. Объективтілікке қол жеткізу зерттелетін құбылыстарға адекватты әдістерді қолданғанда, сауалнама бірдей жағдайларда жүргізілгенде, сенімді деректер пайдаланылғанда және нәтижелердің қайталану мүмкіндігін қамтамасыз еткенде мүмкін болады. Нәтижелерді интерпретациялау бейтарап болуы керек және тек алынған деректерге негізделуі керек, бұл диагностиктің субъективті күтулерінің немесе жеке болжамдарының әсерін болдырмайды.

Құрылымдық-динамикалық тұтастық принципі психикалық үдерістер мен функциялардың жеке өмір сүрмейтінін, бірақ әртүрлі элементтер өзара байланысқан біртұтас жүйені білдіретінін түсінуде жатыр. Адамның психологиялық жағдайын бағалау жас нормаларын, онтогенетикалық даму заңдылықтарын, сондай-ақ әртүрлі психикалық функциялардың өзара әрекетін ескеруі керек. Бұл принципті есепке алу адамның жеке-типологиялық ерекшеліктерін, белгілі бір сфераның немесе функционалдық жүйенің мүмкін болатын бұзушылықтарын және даму ерекшеліктерін жазып қана қоймай, сондай-ақ мұндай белгілердің пайда болу себептері мен механизмдерін бағалауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, құрылымдық-динамикалық тұтастық принципі зерттелетін функциялардың әр түрлі жетілу уақыты мен өзара ықпалы жағдайында шартты-нормативтік және ауытқушылық даму мәселелерінің құрылымы мен иерархиясын бағалауға мүмкіндік береді.

Диагностикалық тәсілдің психологиялық іс-әрекеттің мақсаттарына сәйкестігі әрбір диагностикалық әдіс адамның дамуы, оқыту және тәрбиелеуі үшін маңызды психологиялық сипаттамаларды дәл анықтау керектігін көрсетеді. Бұл жеке психологиялық ерекшеліктерге, оқу іс-әрекеті мен қарым-қатынас

ерекшеліктеріне, сондай-ақ әртүрлі жас кезеңдеріндегі оқу мен даму үдерісіне тұлғалық қасиеттердің ықпалына қатысты.

Диагностика мен коррекцияның бірлігі принципі психодиагностиканың кейінгі түзету жұмыстарымен тығыз байланысты болуын білдіреді. Бұл психологиялық диагнозды белгілеуді, жеке тұлғаны одан әрі дамыту бағдарламасын әзірлеуді, ұсыныстарды қалыптастыруды, олардың орындалуын бақылауды, сондай-ақ түзету және дамыту жұмыстарын жүргізуді және психологиялық көмек көрсетуді қамтиды. Н.Я. Семагоның толықтыруы бойынша, бұл принципті әдіснама, диагностика және түзету бірлігі принципіне дейін кеңейтуге болады. Бұл психологтың теориялық ұстанымдары, сәйкес әдістемесі және нақты диагностикалық құралдарды қолдану арасында толық сәйкестік болуы керек дегенді білдіреді. Әдістеменің, диагностиканың және түзетудің «үштік» принципі субъектінің дамуын зерттеуде де, оған психологиялық көмек көрсетуде де тұтастық пен толықтықты қамтамасыз етеді.

Нақтылық принципі психологиялық диагностиканың салыстырмалылығын атап көрсетеді. Психодиагностикалық тексеруді ұйымдастыру және диагноз қойылған психикалық формацияларды таңдау адамның психикалық дамуы мен жай-күйінің нақты өмірлік жағдаймен қойылған талаптарға сәйкестігімен анықталады. Бұл психологиялық диагностика контекстен тыс өмір сүре алмайтынын және субъект өзін тап болатын жағдайларды ескеруі керек дегенді білдіреді.

Даралықты анықтауға бағыттылық принципі субъектінің ішкі әлемінің бірегейлігін, оның өмір жолының бірегейлігін, алғышарттары мен даму тарихын тануды болжайды. Адамның өмірлік проблемасының бірегейлігі, оның психологиялық портреті психологтың психодиагностикалық қызметінің бастапқы нүктесі болып табылады. Бұл принцип психодиагностикалық гипотезаның мазмұнын, әдістемелік кешендегі диагностикалық құралдардың қажеттілігі мен жеткіліктілігін, психодиагностиканың ұзақтығын және психодиагностикалық қорытындының формасын анықтайды.

Үкімсіздік принципі адамның психологиялық ерекшеліктерін анықтау және психологиялық диагноз қою процесінде «нашар есте сақтау», «жақсы интеллект» сияқты бағалау критерийлерін пайдаланудың орынсыздығын көрсетеді. Барлық психикалық процестер өзгермелі өмір жағдайларында адамның өзін-өзі сақтауы мен дамуын қамтамасыз ету үшін оларды орынды және қажет ететін бейімделу қызметін атқарады.

Адамның қоршаған шындықпен өзара әрекеттесуін түрлендіру принципі негізінен психодиагностикалық тексерудің барысын ғана емес, сонымен қатар психодиагностикалық гипотезалардың мазмұнын және сараптама нәтижелері бойынша кеңес беруді анықтайды. Оның мәні адамның психодиагностиканың объектісі ретінде қоғаммен, мәдениетпен, субъектілік ортамен және табиғатпен қарым-қатынастар жүйесіне енуінде. Қазіргі әлемде қоршаған ортада болып

жатқан өзгерістердің жылдамдығы адамның табиғи биологиялық және әлеуметтік бейімделу жылдамдығынан айтарлықтай асып түседі, бұл ұзақ мерзімді филогенез бен жеке дамудың нәтижесі болып табылады. Бұл жеке адамның психологиясына да, оның әлеммен және өзімен қарым-қатынасының мазмұнына да әсер етеді.

Қажеттілік пен жеткіліктілік принципі диагностикалық процедуралардың саны ең аз қажет, бірақ сонымен бірге психикалық шындықты объективті зерттеу үшін жеткілікті болуы керек. Эксперименттік психологиялық әдістердің көпшілігі әдістің қосымша мүмкіндіктеріне байланысты мәліметтердің кең ауқымын алуға мүмкіндік береді. Психолог диагностикалық алгоритмді негізгі бағытты және әдістердің қосымша мүмкіндіктерін пайдалана отырып, диагностикалық алгоритм негізінде зерттеуді жеткілікті үнемді және сенімді жүргізуге мүмкіндік беретін қажетті құралдар мен әдістердің жиынтығын құра алатындай етіп құруы керек.

Ғылыми негізділік принципі қолданылатын әдістер психологиялық зерттеудің негізгі критерийлеріне, яғни сенімділік пен негізділікке сәйкес келуін талап етеді. Әдістің сенімділігі қайталап қолданғанда оның нәтижелерінің тұрақтылығы мен қайталануын білдіреді. Әдістің жарамдылығы оның дәл өзі арналған сипаттамаларды өлшейтінін білдіреді [14].

Қазіргі ақпараттық қоғам адамның өмір салты мен санасын өзгерте отырып, психодиагностикалық қызмет үшін ерекше кеңістік жасайды. Қазіргі адамның өмір сүру ортасының экономикалық, саяси, экологиялық және әлеуметтік шиеленістері, қолжетімді, бірақ көбінесе қарама-қайшы психологиялық ақпараттардың көптігі адамдардың психологиялық мәселелерге деген қызығушылығын арттырып, психологиялық көмекке деген қажеттілікті тудырады. Бірақ бұл процесс әрқашан кәсіби психологиялық диагнозды белгілеуге әкелмейді, ол психодиагностиканың әдістемелік және практикалық аспектілерін одан әрі дамытуды талап етеді.

9.2. Кәсіби-этикалық стандарттар принциптері

Кәсіби этика – бұл белгілі бір кәсіптік топ өкілдерінің мінез-құлқын реттейтін моральдық нормалар мен принциптер жүйесі. Ол кәсіби қызмет шеңберінде туындайтын немесе онымен байланысты қарым-қатынастардың моральдық сипатын қамтамасыз етеді. Кәсіби этика белгілі бір қызмет саласына тән ортақ мүдделер, құндылықтар мен талаптар негізінде қалыптасады.

Кәсіби этика дәстүрлері кәсіппен бірге дамиды, ал қазіргі қоғамда оның қағидалары мен нормалары заңнамалық деңгейде бекітіліп, кәсіби қауымдастықтың этикалық кодекстерінде көрініс табуы немесе жалпы қабылданған моральдық нормаларда көрініс табуы мүмкін. Психодиагностика саласы үшін жүргізілетін зерттеулердің заңдылығын, дұрыстығын және қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін арнайы кәсіби және этикалық стандарттар әзірленді [12].

Зиян келтірмеу принципі психодиагностик зерттеу жүргізген кезде субъектінің қадір-қасиетіне нұқсан келтіретін немесе мүдделерін бұзатын әдістерді қолданбауы керек деп есептейді. Диагностика нәтижелерін тексерілетін адамға зиян келтіруге болмайды. Жұмысқа орналасу үшін конкурстық іріктеу кезінде бұл принцип диагностикалық нәтижелердің ашықтығы туралы талаппен толықтырылады: тексерілетін тұлға тестілеудің мақсаттары, қолданылған әдістері, сараптама нәтижелері, сондай-ақ шешім қабылдау процесінде оларды қолдану тәсілдері туралы хабардар болуы тиіс.

Құпиялылық принципі алынған психологиялық ақпараттың құпиялығын сақтауды білдіреді. Клиенттің келісімінсіз деректерді ашуға тыйым салынады. Кәмелетке толмағандар диагнозы анықталған жағдайда ата-анасының немесе заңды өкілдерінің рұқсаты қажет. Ғылыми зерттеулер үшін ерекше жағдай жасалуы мүмкін, бірақ жарияланымдар субъектілердің жеке мәліметтерін жарияламай, олардың анонимділігін сақтауы керек.

Ұсыныстардың тиімділік принципі психологты субъектіге практикалық пайдасы бар ұсыныстарды тұжырымдауға міндеттейді. Жеке тұлға үшін теріс немесе болжауға болмайтын салдарға әкелуі мүмкін пайдасыз қорытындылар немесе ұсыныстар беруге жол берілмейді.

Психологтың құзыреттілік принципі маманның біліктілігі мен білімі жеткілікті салаларда ғана жұмыс істеуін білдіреді. Психолог әдістердің дұрыс қолданылуына және нәтижелерді интерпретациялауға жауапты және өзінің кәсіби құзыреті жоқ мәселелер бойынша қорытынды жасауға құқығы жоқ.

Кәсіби құпиялық принципі ғылыми психодиагностикалық әдістердің құпиялылығын сақтауға қатысты. Психолог тесттердің мазмұнын, олардың кілттерін немесе түсіндіру схемаларын көпшілікке жария етпеуі керек, өйткені бұл әдістердің жарамдылығын төмендетіп, диагностикалық нәтижелерді бұрмалауы мүмкін.

Көпшілік алдында сөз сөйлеудің дұрыстығы қағидасы мамандардан қоғамдық кеңістікте психологиялық ақпаратты беру кезінде кәсіби этиканы сақтауды талап етеді. Презентациялар, жарияланымдар және психологиялық білімді танымал ету ғылыми негізделген, дұрыс және кәсіби стандарттарға сәйкес болуы керек.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Кәсіби психодиагностикалық қызметтің негізінде қандай принциптер жатыр?
2. Диагностика жүргізетін маман қандай кәсіби және этикалық нормаларды сақтауы керек?
3. Психолог жұмысында этикалық нормалар не үшін қажет және олардың қайсысы негізгі болып табылады?
4. Психодиагностикалық процестің әртүрлі кезеңдерінде қандай этикалық

қиындықтар туындауы мүмкін?

Реферат тақырыптары.

1. Психодиагностиканың этикалық стандарттарының мәселесі
2. Психодиагностика мәселелерінің құқықтық аспектілері.
3. Психодиагностиканың моральдық-этикалық мәселелері.
4. Психодиагностиктің тұлғасына қойылатын талаптар.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Психодиагностиканың қандай принципі зерттелетін құбылыстарға адекватты әдістерді қолдануды және зерттеушінің субъективті пікірлерін жоққа шығаруды қамтиды?
 - a) Ғылыми негізділік принципі
 - b) Қажеттілік пен жеткіліктілік принципі
 - c) Объективтілік принципі
 - d) Үкім шығармау принципі
 - e) Өзара әрекетті түрлендіру принципі
2. Қандай принцип жас нормаларын және психикалық функциялардың өзара әрекетін ескеру қажеттігін көрсетеді?
 - a) Даралықты анықтауға бағыттылық принципі
 - b) Құрылымдық-динамикалық тұтастық принципі
 - c) Өзара әрекетті түрлендіру принципі
 - d) Құзырлылық принципі
 - e) Зиян келтірмеу принципі.
3. Диагностика мен түзетудің бірлігі принципі мынаны білдіреді:
 - a) Диагностика тек объективті деректерге негізделуі керек
 - b) Диагностикалық әдістердің ең аз санын пайдалану
 - c) Диагностиканың кейінгі түзету жұмыстарымен байланысы
 - d) Диагностика нәтижелерін қоғамдық талқылауға тыйым салу
 - e) Ғылыми негізделген әдістерді міндетті түрде қолдану.
4. Қандай принцип субъектінің нақты өмірлік жағдайларын ескеруді талап етеді?
 - a) Кәсіби құпиялық принципі
 - b) Ұсыныстардың тиімділік принципі
 - c) Ғылыми негізділік принципі
 - d) Нақтылық принципі
 - e) Зиян келтірмеу принципі
5. Әдістердің сенімділігі мен негізділігін қамтамасыз ету қандай принципті талап етеді?
 - a) Даралықты анықтауға бағыттылық принципі
 - b) Объективтілік принципі

- c) Қажеттілік пен жеткіліктілік принципі
 - d) Ғылыми негізділік принципі
 - e) Үндетпеушілік принципі
6. Қандай принцип «жады нашар» немесе «жақсы интеллект» сияқты субъективті бағалауды қолдануға тыйым салады?
- a) Үкім шығармау принципі
 - b) Ғылыми негізділік принципі
 - c) Объективтілік принципі
 - d) Құрылымдық-динамикалық тұтастық принципі
 - e) Ұсыныстардың тиімділік принципі
7. Қандай принцип субъектінің өмір жолының бірегейлігін көрсетеді?
- a) Объективтілік принципі
 - b) Өзара әрекетті түрлендіру принципі
 - c) Қажеттілік пен жеткіліктілік принципі
 - d) Жекелікті анықтауға бағыттылық принципі
 - e) Ғылыми негізділік принципі
8. Алынған психологиялық мәліметтердің құпиялығын сақтау қандай принципті талап етеді?
- a) Ұсыныстардың тиімділік принципі
 - b) Құпиялылық принципі
 - c) Үкімге келмеу принципі
 - d) Құзырлылық принципі
 - e) Объективтілік принципі
9. Психологтың ұсыныстары зерттелушіге пайдалы болуын қандай принцип қажет?
- a) Объективтілік принципі
 - b) Өзара әрекеттестіктің түрлену принципі
 - c) Қажеттілік пен жеткіліктілік принципі
 - d) Ұсыныстардың нәтижелілік принципі
 - e) Ғылыми негізділік принципі
10. Қандай принцип тест мазмұнын көпшілікке жариялауға тыйым салады?
- a) Көпшілік алдында сөйлеудің дұрыстығы принципі
 - b) Объективтілік принципі
 - c) Ұсыныстың нәтижелілігі принципі
 - d) Кәсіби құпиялық принципі
 - e) Өзара әрекеттестіктің трансформациялану принципі.

3-модуль бойынша қорытынды.

Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балалардың психодиагностикасы (АСБ) психологиялық-педагогикалық қолдау және түзету-дамыту жұмыстарын ұйымдастыру жүйесіндегі іргелі кезең болып табылады. Осы модульді меңгеру процесінде студенттер баланың жеке ерекшеліктерін, бұзылулардың ауырлық дәрежесін және ресурстық мүмкіндіктерді анықтауға бағытталған кешенді диагностикалық тәсілді жүзеге асыру үшін қажетті негізгі білімдер мен тәжірибелік дағдыларды игереді.

Модульдің өзектілігі түзету жұмыстарын уақтылы бастауға және жеке білім беру траекториясын дамытуға мүмкіндік беретін АСБ белгілерін ерте және дәл анықтау қажеттілігімен анықталады. Ерте скрининг кезеңіне ерекше назар аударылады, оның барысында стандартталған шкалалар, мінез-құлық сауалнамасы және табиғи жағдайларда бақылау қолданылады. Бұл кезең тәуекел тобын анықтауға және күш-жігерді психологиялық-педагогикалық, нейрпсихологиялық, медициналық және мінез-құлық әдістерін қамтитын терең диагностикалық тексеруге бағыттауға мүмкіндік береді.

АСБ ерекшеліктерін терең түсіну аутизмді ұқсас жағдайлардан (интеллектуалдық бұзылулар, сенсорлық жетіспеушілік, назардың жетіспеушілігі синдромы және т.б.) ажыратуға және соматикалық немесе неврологиялық патологияны болдырмауға мүмкіндік беретін дифференциалды диагностиканы қолдануды талап етеді. Психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссиялар шеңберіндегі диагностиканың ерекшеліктері де қарастырылады, мұнда баланың жағдайын жан-жақты түсінуді қамтамасыз ететін мультидисциплинарлы көзқарасты ескеру маңызды.

Проблемалық мінез-құлықтың функциясын анықтау құралы ретінде мінез-құлық талдауын зерттеу ерекше құндылық болып табылады. Бұл симптомдарды сипаттап қана қоймай, баланың жағымсыз мінез-құлқының артында қандай қажеттіліктер жатқанын және оны азайту үшін қоршаған ортаны қалай өзгертуге болатынын түсінуге мүмкіндік береді. Даму профилін құруға және түзету жұмыстарын жоспарлауға негіз болатын когнитивті, сөйлеу, эмоционалды-ерікті және сенсомоторлық сфераларды бағалау әдістеріне де назар аударылады.

Диагностиканың бірдей маңызды аспектісі кәсіби және этикалық стандарттарды сақтау болып табылады. АСБ бар балалармен жұмыс істеу жоғары эмпатияны, құпиялылықты, ата-аналардың пікірін ескеруді және ең аз зиян принципін сақтауды талап етеді. Диагностикалық процесті этикалық қамтамасыз ету маман, бала және оның отбасы арасындағы сенімді қамтамасыз етеді, серіктестік қарым-қатынасты қалыптастырады, әрі қарайғы көмектің тиімділігін арттырады. Осылайша, АСБ бар балалармен жұмыс жасау контекстіндегі психодиагностика тек мәліметтер жинау ғана емес, сонымен қатар баланың ішкі әлемін, оның қажеттіліктері мен мүмкіндіктерін терең түсіну процесі болып табылады. Ол жеке түзету бағдарламаларын құруға, қолдаудың және отбасымен

және білім беру ортасымен өзара әрекеттесудің тиімді әдістерін таңдауға негіз болады. Маманның диагностикалық құзыреттілігін дамыту баланың оқу процесіне қосылуының және оның қоғамға бейімделуінің сәттілігіне тікелей әсер етеді, бұл психодиагностикалық кезеңді АСБ бар балаларға көмек көрсетудің кешенді жүйесінің ажырамас элементіне айналдырады.

4. Модуль. Аутизм спектрі бұзылған балалармен мінез-құлық психологының түзету-дамыту жұмысы (АСБ)

Аннотация

Модуль ТҚҚ бар балалармен жұмыс істейтін маманның түзету-дамыту қызметінің мазмұнын ашады. Сенсорлық интеграцияны, коммуникативті және когнитивтік дағдыларды дамытуға, сондай-ақ отбасын түзету процесіне тартуға бағытталған заманауи әдістемелік тәсілдер, әдістер мен жұмыс түрлері қамтылған.

Күтілетін оқу нәтижелері

Модульді аяқтағаннан кейін студент білуі керек:

- Диагностика негізінде түзету және дамыту жұмыстарын жоспарлаңыз.*
- Оперантты оқытуды және сенсорлық интеграцияны дамытудың басқа әдістерін қолданыңыз.*
- АСБ бар балалардың коммуникативті, әлеуметтік және когнитивті дағдыларын дамыту.*
- Өзін-өзі күту дағдыларын дамыту.*
- Отбасымен психологиялық жұмыс жүргізіп, жеке білім беру бағдарламаларын (ЖББ) әзірлеу.*

1. Дәріс. Түзету-дамыту жұмысының теориялық және әдістемелік негіздері. Диагностикалық негізде түзету-дамыту жұмыстарын ұйымдастыру.

1.1.Түзету дамыту жұмыстарының теориялық-әдістемелік негіздері.

Қазіргі жағдайда арнайы білім беру жүйесі педагогикалық көзқарастардың өзгеруін көрсететін елеулі өзгерістерге ұшырауда: клиникалық үлгіден жеке тұлға мен қоғамға бағытталған гуманистік үлгіге көшу жүріп жатыр.

Клиникалық парадигма психофизикалық дамудың ақаулары мен соған байланысты шектеулеріне баса назар аударды. Бұл тәсілдің аясында ерекше қажеттіліктері бар бала педагогикалық ықпал ету объектісі ретінде қабылданып, түзету жұмыстары анықталған кемшіліктерді жоюмен шектелді. Жетіспеушілікке бағытталған бұл тәсіл даму ақауларының орнын толтыруға бағытталған медициналық қолдаумен біріктірілген бірқатар психологиялық-педагогикалық шараларды қамтыды.

Қазіргі заманғы шындықта арнайы білім беру гуманистік парадигмаға негізделген, оның орталығында басқа адамдар сияқты негізгі қажеттіліктері бар, бірақ оларды өз бетінше қанағаттандыру қиындықтарын бастан кешіретін бала тұрады. Алдыңғы үлгіден айырмашылығы, ол өзін-өзі дамытуға және өзара

әрекеттесуге қабілетті білім беру процесінің белсенді қатысушысы ретінде көрінеді. Педагогикалық көмектің негізгі міндеті қазіргі кезде оның мүмкіндіктерін жүзеге асыру үшін оқу қарқынын дараландыру, көмекші көрнекі құралдар мен техникалық құралдарды пайдалану сияқты ерекше жағдайлар жасаудан тұрады.

Гуманистік көзқараста «түзету» термині қайта қарауға жатады, өйткені ол барлық ауытқуларды жоюды білдіреді, бұл әрқашан мүмкін емес және жалпы негізделген. Оның орнына дамудың баламалы жолдарын қалыптастыру арқылы шекте

улердің алдын алуға және еңсеруге бағытталған «түзету-дамыту жұмысы» (ТДЖ) түсінігі қолданылады.

Білім беру құралдарын пайдалана отырып, психофизикалық дамудағы ауытқуларды азайтуға немесе жеңуге бағытталған педагогикалық шаралар жүйесі. Оның негізгі мақсаты – баланың жан-жақты психикалық және тұлғалық дамуын қамтамасыз ету.

ТДЖ негізгі міндеті интеллектуалдық, эмоционалдық, мотивациялық, мінез-құлық, ерікті және қозғалыс сферасындағы ауытқуларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету болып табылады. Бұл мақсатқа әр баланың шығармашылық әлеуетін дамытуға жағдай туғызу арқылы қол жеткізуге болады.

Заманауи ғылыми тәсілдер түзетуді тәрбиелік және дамытушылық іс-әрекеттердің жиынтығы ретінде түсіндіреді, ал осы контексте реабилитация барлық педагогикалық күш-жігердің соңғы нәтижесі болып саналады. Тәрбие процесі бар ауытқуларды түзетумен ғана шектелмейді, сонымен қатар баланың бойында жаңа жеке қасиеттерді дамытуға бағытталған.

ТДЖ ағымдағы стратегиясы бар шектеулердің орнын толтыратын білім мен дағдыларды дамытуға бағытталған. Оны жүзеге асыру мыналар арқылы жүзеге асырылады[58]:

– баланың белсенділігі мен дербестігіне ықпал ететін инклюзивті білім беру ортасын құру;

– диалогтік өзара әрекеттесуді қамтитын педагогикалық қолдау;

– баланың әлеуметтік жағдайларға эмоционалды түрде араласуы.

ТДЖ тиімділігі бірқатар принциптермен қамтамасыз етіледі, соның ішінде[17]:

1. Арнайы білім берудің дамытушылық сипаты.

2. Нормализация.

3. Индивидуалды және дифференциалды тәсілдер.

4. Тұтастық.

5. Іс-әрекет тәсілі.

6. Әлеуметтік ортаның күш-жігерінің интеграциясы.

ТДЖ жалпы үлгісін қолдану тиімді, өйткені ол қалыптан тыс даму заңдылықтарын ескереді, оның ішінде:

- ақпаратты өңдеу, қабылдау, есте сақтау және жаңғыртудағы қиындықтар;
- сөйлеу медиациясын дамыту мәселелері;
- дүние туралы түсініктерді қалыптастырудың ұзағырақ процесі;
- әлеуметтік дезадаптация қаупі.

ТДЖ типтік моделі балалардың бұзылу ерекшеліктерін ескере отырып, олардың проблемалық аймақтарына мақсатты әсер етуді қамтиды. Мысалы, ақыл-ой кемістігі жағдайында танымдық белсенділіктің төмендігіне және әлсіз бағдарлау функциясына назар аударылады. Оқыту қиын болған жағдайда көрнекі-көңілділік қабылдауды, қозғалыс координациясын және өзін-өзі реттеуді дамытуға баса назар аударылады. Аутизм спектрі бұзылған балалар үшін жұмыс эмоционалды және әлеуметтік байланыстарды қалыптастыруға бағытталған[21].

Осылайша, ТДЖ типтік моделі балаларды олардың даму ерекшеліктеріне сәйкес сараланған көзқарас пен топтастырудың негізі болып табылады, бұл түзету-дамыту шараларының тиімділігін арттыруға көмектеседі.

1.2. Диагностикалық негізде түзету-дамыту жұмыстарын ұйымдастыру және жоспарлау.

Түзету-дамыту жұмысының диагностикалық құрамдас бөлігі (ТДЖ) бағалау компонентімен тығыз байланысты, өйткені екі блок те балалардың даму ерекшеліктерін зерттеуге бағытталған. Дегенмен, олардың функционалдық мақсаты әртүрлі: егер диагностикалық блок ТДЖ бағыттарын, мақсаттары мен міндеттерін анықтауға бағытталған болса, онда бағалау блогы баланың даму динамикасын талдауға және жүргізілген түзету жұмыстарының тиімділігін анықтауға бағытталған.

Диагностикалық блоктың деректері негізінде диагностикалық карталар мен педагогикалық мінездеме қалыптасады, ал бағалау блогының жұмысының нәтижелері белгілі бір кезеңдегі ТДЖ тиімділігі туралы есептер болып табылады. Баланың дамуын диагностикалау процесіне әртүрлі мамандар қатысады: психоневрологтар, отоларингологтар, офтальмологтар, психологтар, логопедтер, арнайы білім беру мұғалімдері және т.б. Зерттеу медициналық тексеру кезінде алынған ақпаратты ескере отырып жүргізіледі, бұл мамандардың өзара тығыз байланысын және баланың даму ерекшеліктерін талдауға кешенді көзқарасты қамтамасыз етеді.

Балаларды психологиялық-педагогикалық зерттеудің негізгі принципі әртүрлі факторларды ескере отырып, кешенді тексеруді көздейтін күрделілік болып табылады. Динамикадағы психикалық процестерді зерттеуге бағытталған даму принципі де маңызды рөл атқарады. Оны жүзеге асыру бұзушылықтардың туындау жағдайларын талдауды, олардың даму тенденцияларын анықтауды, сапалық өзгерістерді және анықталған ауытқулардың орнын толтыруға ықпал ететін факторларды анықтауды талап етеді.

Мұндай ақпаратты алу баланың ауру тарихын талдау, сондай-ақ ауытқулардың сипаты мен дәрежесін, сондай-ақ оларды түзетудің ықтимал әдістерін бағалауға мүмкіндік беретін эксперименталды зерттеулер жүргізу негізінде мүмкін болады.

Заманауи мамандар түзету-дамыту жұмыстарын (ТДЖ) жоспарлаумен байланысты бірқатар қиындықтарды атап өтеді.

Негізгі мәселелердің бірі оқу үдерісін жоспарлау әдістемесін ТДЖ механикалық көшіру болып табылады, ол бірнеше аспектіде көрінеді [36]: а) түзету-дамыту сабақтарының тақырыптарының сабақтармен немесе тәрбиелік іс-шаралармен сәйкес келуі; б) баланың даму динамикасын ескермейтін ұзақ мерзімді жоспарлау (алты айға немесе бір жылға); в) білім беру бағдарламаларына тән тақырыптық жоспарлау форматын қолдану.

Тағы бір кең тараған мәселе – түзету жұмысын жеке психикалық функцияларды дамытуға бағытталған эмбебап оқу әрекеті ретінде қабылдау. Бұл «Есте сақтауды дамыту», «Эмоционалдық жаттығулар» немесе «Ойлауды дамытуға арналған ойындар» сияқты сабақ тақырыптарын тұжырымдау арқылы көрінеді.

Үшінші мәселе ТДЖ жоспарларында балалардың жеке ерекшеліктерін жеткіліксіз ескерумен байланысты.

Заманауи ғылыми-әдістемелік көзқарас осы мәселелердің шешімін ұсынады және түзету-дамыту жұмыстарын жоспарлау кезінде сақталуы тиіс бірқатар принциптерді тұжырымдайды:

- жоспарлау диагностика нәтижелеріне негізделген, сондықтан бір санаттағы немесе жас тобындағы барлық балаларға арналған эмбебап жоспарлар мүмкін емес;

- негізгі назар сабақтардың тақырыптарына емес, олардың мақсаттарына аударылады, нәтижесінде жоспардың негізгі бөлігі мақсатты орнату тізімі ретінде ұсынылады;

- сабақтың саны емес, жоспарларды икемді ететін және сабақтар санын қатаң реттеуді болдырмайтын олардың реттілігі маңызды;

- жоспарлау әр баланың ерекшеліктерін көрсететін жеке қажеттіліктерін ескеруі керек.

Жоспарлау процесі бірнеше кезеңдерді қамтиды: талдау, болжау, мақсат қою және жоспарды нақты әзірлеу. ТДЖ жоспарлау технологиясында үш негізгі кезең бар[6]:

1. *Диагностикалық кезең* оқудағы қиындықтардың себептерін анықтауға бағытталған. Осы мақсатта диагностикалық тапсырмалар мен баланың іс-әрекет өнімдерін талдау қолданылады. Бұл кезеңнің нәтижесі диагностикалық картаны дайындау болып табылады.

2. *Аналитикалық кезең* Талдау кезеңі түзету-дамыту жұмыстарының негізгі мақсаттарын анықтайды. Мұндағы негізгі әдіс – диагностикалық карталарды талдау, ал нәтиже – ұзақ мерзімді жоспар құру.

3. *Болжамдық кезең* белгілі бір уақыт кезеңіне арнайы ТДЖ тапсырмаларын орнатуды қамтиды. Оны жүзеге асыру ұзақ мерзімді жоспарды талдау арқылы жүзеге асырылады, оның нәтижесі күнтізбелік-тақырыптық жоспарлау болып табылады.

Осылайша, ТДЖ-ны тиімді жоспарлау жеке көзқарасқа, диагностикалық негізге және икемділікке негізделеді, бұл түзету іс-әрекетінің ең жоғары тиімділігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

- 1.Түзету және дамыту жұмыстарының теориялық және әдістемелік негіздері қандай?
- 2.Түзету және дамыту жұмыстарын жоспарлау және ұйымдастыру қалай жүзеге асырылады?
3. Түзету-дамыту іс-әрекетін ұйымдастырудың негізгі қағидалары қандай?
- 4.Жалпы мектептегі түзету-дамыту жұмыстарының мақсаты мен міндеттері қандай?
5. АСБ бар балалар үшін түзету-дамыту жұмыстарының қандай формалары мен әдістері тиімді?
6. АСБ бар балалармен түзету-дамыту іс-әрекетінің әртүрлі кезендеріндегі мұғалімнің жұмысының ерекшелігі қандай?

Реферат тақырыптары .

1. АСБ бар балаларға ойынның коррекциялық әсер етуінің психологиялық механизмдері.
2. АСБ бар балалардың коррекциялық әсер етуіндегі арт-терапияның мүмкіндіктері.
3. АСБ бар баланың тұлғасын түзетудегі эстетикалық әсер етудің рөлі.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Заманауи арнайы білім беру жүйесінде қандай көшу жүріп жатыр?
 - a) Гуманистік модельден клиникалық модельге
 - b) Коррекциялық модельден инклюзивті модельге
 - c) Клиникалық модельден гуманистік модельге
 - d) Медициналық модельден әлеуметтік модельге
 - e) Дәстүрлі модельден когнитивтік модельге
2. Клиникалық парадигма аясында балаға қалай қаралды?
 - a) Оқытудың дербес субъектісі ретінде
 - b) Педагогикалық әсер ету объектісі ретінде

- c) Тәрбие процесінің тең құқылы қатысушысы ретінде
 - d) Өзін-өзі жүзеге асыруға қабілетті тұлға ретінде
 - e) Әлеуметтік бейімделу субъектісі ретінде
3. Гуманистік көзқарастағы педагогикалық көмектің негізгі міндеті қандай?
- a) Дамудағы барлық ауытқуларды жоюда
 - b) Медициналық түзету әдістерін қолдануда
 - c) Баланың мүмкіндіктерін жүзеге асыру үшін арнайы жағдай жасауда
 - d) Баланы оқу процесінен шеттетуде
 - e) Баланы еңбекке дайындауда
4. Гуманистік көзқараста «түзету» ұғымын не алмастырады?
- a) Реабилитация
 - b) Медициналық бейімдеу
 - c) Түзету-дамыту жұмысы
 - d) Әлеуметтік оңалту
 - e) Инклюзивті білім беру
5. Түзету жұмыстарының мақсаты қандай?
- a) Барлық бұзылыстарды толық жою
 - b) Баланың жан-жақты психикалық және тұлғалық дамуын қамтамасыз ету
 - c) Оқытудың стандартталған әдістерін қолдану
 - d) Баланы әлеуметтік оқшаулау
 - e) Педагогикалық қолдаудың қажеттілігін жою.
6. Түзету және дамыту жұмыстарына қандай принцип ҚОЛДАНБАЙДЫ?
- a) Арнайы білім берудің дамытушылық сипаты
 - b) Барлық балаларға біртұтас көзқарас
 - c) Жеке және сараланған тәсілдер
 - d) Әлеуметтік ортаның күш-жігерін біріктіру
 - e) Белсенділік тәсілі.
7. Қазіргі заманғы сарапшылар ТДЖ жоспарлаудағы қандай проблеманы атап көрсетеді?
- a) Оқыту әдісін ТДЖ-ға механикалық көшіру
 - b) Сабақты жоспарлаудан толық бас тарту
 - c) Тек медициналық әдістерді қолдану
 - d) Бағдарламаны құру кезінде диагностикадан бас тарту
 - e) Мұғалімдерді түзету процесінен шығару
8. Түзету-дамыту жұмыстарын жоспарлауға қай кезең кірмейді?
- a) Диагностикалық кезең
 - b) Логопедиялық кезең
 - c) Аналитикалық кезең
 - d) Болжамдық кезең
 - e) Күнтізбелік-тақырыптық жоспар құру

9. ТДЖ жоспарлау принциптерінің қайсысы негізгі болып табылады?
- a) Сабақтар саны қатаң түрде белгіленеді
 - b) Жоспарлау диагностиканы есепке алмай жүзеге асырылады
 - c) Барлық балаларға арналған әмбебап жоспарларды қалыптастыру
 - d) Диагностика нәтижелері бойынша жоспарлау
 - e) Сабақ тақырыптары оқу пәндерімен сәйкес келеді.
10. Түзету-дамыту жұмысының бағалау блогы қандай нәтиже береді?
- a) Диагностика карталарды қалыптастыру
 - b) Жұмыс бағыттарын анықтау
 - c) ТДЖ мақсаттары мен міндеттерін анықтау
 - d) Ұзақ мерзімді жоспар құру
 - e) Баланың даму динамикасын талдау және ТДЖ тиімділігі.

2. Дәріс. Аутизммен ауыратын балалардың клиникалық-психологиялық ерекшеліктері. Аутизмі бар балаларды психологиялық-педагогикалық жүйелеу.

Түзету-дамыту жұмысының дамытушы құрамдас бөлігі (ТДЖ) мамандандырылған сабақтарды өткізуді, түзету-дамыту ортасын құруды, сондай-ақ баланың әлеуметтік ортасымен педагогикалық өзара әрекеттесуді қамтиды.

ТДЖ негізгі бағыттары бала өмірінің әртүрлі салаларында, мысалы, өмірді қамтамасыз етуде, қарым-қатынас пен сөйлеуде, әлеуметтенуде, бос уақытында, танымдық белсенділікте және т.б. тап болатын шектеулердің дәрежесімен анықталады.

Мұндай шектеулерге мыналар жатады [5]:

- қоршаған әлем туралы ақпарат алудағы және оның құбылыстарын түсіндірудегі қиындықтар;
- кеңістікте қауіпсіз және кедергісіз қозғалу қиындықтары;
- негізгі физиологиялық және күнделікті қажеттіліктерді қанағаттандыру мәселелері;
- өз қажеттіліктерін білдіру, диалогты бастау, орнату және қолдаудағы қиындықтар;
- басқалармен ынтымақтастық дағдыларының болмауы;
- бос уақытты өткізу жолдарын таңдаудағы белгісіздік;
- болашақ мамандығын таңдаудағы және кәсіби дайындыққа дайындығын бағалаудағы қиындықтар;
- мотивация, іс-әрекетті жоспарлау, өзін-өзі бақылау және өзін-өзі бағалау қиындықтары.

ТДЖ мазмұны баланың жасына және жеке жағдайына сәйкес келетін функционалдық дағдыларды дамытуға бағытталған. Бұл дағдылар бар шектеулерді жеңуге және барынша тәуелсіз өмір сүруге жағдай жасауға бағытталған. ТДЖ негізгі бағыттары когнитивтік, моторикалық, коммуникациялық және сөйлеу, әлеуметтік, күнделікті, жұмыс және кәсіби, сондай-ақ реттеу дағдыларын дамытуды қамтиды.

ТДЖ-де дәстүрлі және балама әдістер қолданылады. Іс-әрекеттің дәстүрлі түрлеріне ойын және оқу әрекеті, еңбек, сабақтан тыс жұмыстар, қоғамдық пайдалы іс-әрекеттерге қатысу, режимді сақтау, сондай-ақ емдеу-алдын алу шаралары сияқты формалар жатады[4].

ТДЖ заманауи тәсілдерде баламалы әдістер белсенді түрде енгізілуде, олардың ішінде арт-терапия, иппотерапия, еңбек терапиясы, ароматерапия, сондай-ақ леготерапия («LEGO» элементтері бар конструктивті ойындарды пайдалану) атап өтуге болады. Көптеген әдістердің атауларына «терапия» терминінің қосылуы олардың дәрі-дәрмекпен емес, балаға қолдау көрсетуге бағытталған түзету және дамыту бағытын атап көрсетеді.

2.1. Аутизммен ауыратын балалардың клиникалық-психологиялық ерекшеліктері.

Балалар аутизмі, Халықаралық аурулар классификациясына сәйкес, 10-шы ревизия (ХАК-10) F84 «Жалпы даму бұзылыстары» диагностикалық тобына жатады және үш санатты қамтиды: балалық аутизм, атипті аутизм және Аспергер синдромы. Заманауи халықаралық тәжірибеде классикалық аутизмді де, айқын емес симптомдармен немесе қатар жүретін аурулардың болуымен сипатталатын жағдайларды да қамтитын «аутизм спектрінің бұзылуы» термині жиі қолданылады. Көріністерінің айырмашылығына қарамастан, бұл жағдайлардың барлығы психикалық даму бұзылыстарының жалпы құрылымына ие және психологиялық-педагогикалық жұмыста ұқсас тәсілдерді қажет етеді.

АСБ жиі әртүрлі дәрежедегі интеллектуалдық бұзылулармен, ақыл-ой кемістігімен, сөйлеу бұзылыстарымен, сондай-ақ есту, көру, тірек-қимыл аппараты, эндокриндік және соматикалық аурулар сияқты аралас бұзылыстармен бірге жүреді. Бұл бұзылулар күрделі туа біткен жағдайлардың жеке құрамдас бөліктері болуы мүмкін немесе аутизммен патогенетикалық байланысы болуы мүмкін. Қазақстанда ХАК-10 терминдерінен басқа бірқатар қосымша медициналық және психологиялық-педагогикалық диагностикалық тұжырымдар қолданылады: «аутистикалық көріністері бар ақыл-ой кемістігі», «эмоционалды-коммуникативтік дамудың артта қалуы», «коммуникациялық және әлеуметтік өзара әрекеттестіктің бұзылуы» [20].

Балалық аутизм эмоционалдық, коммуникативті, сенсорлық, қимыл-қозғалыс, сөйлеу және интеллектуалдық сфералардың атипикалық дамуында, сондай-ақ ерікті мінез-құлық пен тұлғаның спецификалық қалыптасуында

көрінетін дизонтогенездің бір түрі болып табылады. Бұл жағдайдың негізгі ерекшелігі асинхронды даму болып табылады: кейбір психикалық функциялар уақытында дамиды, басқалары кідіріспен, ал басқалары мерзімінен бұрын дамиды. Оның үстіне олардың қалыптасу реті қалыпты немесе кешіктірілген онтогенезге сәйкес келмейді. Аутизммен ауыратын балалар бір саладағы жоғары қабілеттер басқа саладағы кемшіліктермен үйлескенде интеллектуалдық және аффективтік даму арасындағы диспропорциямен сипатталады.

Аутизм спектрінің бұзылуының негізгі себептерінің бірі сенсорлық өңдеудің бұзылуы болып саналады. Зерттеулер көрсеткендей, АСБ бар балалардың сенсорлық жүйелері нейротиптік адамдарға қарағанда сыртқы әлемнен келетін сигналдарды басқаша қабылдайды және талдайды. Аутизммен ауыратын балалардың көпшілігі айналасындағы тітіркендіргіштерді қабылдауда қиындықтарға тап болады, нәтижесінде ынталандыруға атипті жауаптар пайда болады. АСБ-де сенсорлық өңдеудің бірнеше тән белгілері бар [39]:

1. *Сезімталдықтың өзгеруі* – сенсорлық тітіркендіргіштерге реакцияның жоғарылауы (жоғары сезімталдық) немесе төмендеуі (гипосезімталдық). Бұл жарыққа, дыбыстарға, жанасуға немесе керісінше, ауырсынуға, суыққа, қатты дыбыстарға реакция болмаған кезде күшті реакцияда көрінуі мүмкін.

2. *Негізгі ақпаратты анықтау проблемалары* – маңызды ынталандыруларды сүзу және маңызды емес бөлшектерді жою қиындықтары. Осыған байланысты балалар болып жатқан оқиғалардың жалпы мағынасын жоғалтып, заттар мен жағдайлардың маңызды емес аспектілеріне назар аударуы мүмкін.

3. *Бөлшектенген қабылдау* – аутист балалар дүниені толық суретпен емес, жеке бөлшектермен қабылдайды, бұл олардың сөйлеу, танымдық және әлеуметтік дағдыларын дамытуды қиындатады.

4. *Ақпаратты баяу өңдеу* – АСБ бар балалар не болып жатқанын түсінуге және оған жауап беруге баяу. Кейде олар бей-жай көрінуі мүмкін, бірақ біраз уақыттан кейін (бірнеше минуттан бірнеше күнге дейін) олар оқиғаға реакция көрсетеді.

5. *Сенсорлық өзгергіштік* – бірдей тітіркендіргіштерге жауаптар баланың жағдайына байланысты әр түрлі болуы мүмкін. Бір жағдайда дыбыс жағымды болып көрінуі мүмкін, екіншісінде қорқыныш немесе агрессия тудыруы мүмкін.

6. *Компенсаторлық перцептивті стратегиялар* – Сенсорлық өңдеудің бұзылуына байланысты аутизмі бар балалар қоршаған ортамен әрекеттесудің баламалы тәсілдерін дамыта алады. Мысалы, олар тек бір сенсорлық арнаны пайдалана алады (тек көру немесе тек есту), перифериялық көруді жақсы көреді немесе сенсорлық жүйелерді өздеріне тартып, уақытша «өшіреді».

Аутизммен ауыратын балалардың сенсорлық өңдеу ерекшеліктерінен басқа, психикалық тонусы төмен, шаршау жоғарылайды, ерікті реттеу мен әрекетті жоспарлау әлсіз болады. Бұл танымдық белсенділіктің төмендеуіне әкеледі, жаңа

дағдыларды меңгеруді қиындатады, әлеуметтік қарым-қатынас мүмкіндіктерін шектейді. Оларға зейінді сақтау, ақпаратты есте сақтау және алған білімдерін икемді түрде пайдалану қиын болуы мүмкін.

Тағы бір маңызды аспектілері эмоционалды түсінудің және әлеуметтік бейімделудің бұзылуы. АСБ бар балалар басқалардың эмоцияларын тану және түсіндіру қиынға соғады және әрқашан өз сезімдерін мимика, ым-ишара және сөйлеу арқылы дұрыс жеткізе алмайды. Олар басқалардың ниетін түсіну қиынға соғады, бұл қарым-қатынас пен әлеуметтік интеграцияда қиындықтарға әкеледі.

Стереотиптік мінез-құлық АСБ негізгі белгілерінің бірі болып табылады. Ол қайталанатын қозғалыстарда, ұқсас қызығушылықтарда, салт-дәстүрлерде және өзгермейтіндікке ұмтылуда көрінуі мүмкін. Мінез-құлықтың бұл формалары бірнеше функцияларды орындайды [18]:

- *Қорғау* – алаңдаушылық, қорқыныш және сенсорлық шамадан тыс жүктемені жеңуге көмектеседі.
- *Тонизация* – психикалық тонусы төмен болған жағдайда белсенділікті арттырады.
- *Компенсаторлық* – қоршаған әлемді қабылдауды ұйымдастыруға мүмкіндік береді.
- *Бақылау* – болжамдылық пен тұрақтылықты тудырады, өзгерістерден стрессті азайтады.

Осылайша, аутизмді психикалық ауру ретінде емес, әлеуметтік өзара әрекеттесуді үйренудегі туа біткен қиындықтармен байланысты дамудың ерекше нұсқасы ретінде қарастырған жөн. Ақпаратты өңдеудегі және эмоционалдық байланыстарды қалыптастырудағы биологиялық шартты бұзылулар арнайы бейімделу стратегияларының пайда болуына әкеледі - шектеулі қарым-қатынас, әлеуметтік байланыстардан бас тарту, стереотиптік мінез-құлық. Осы ерекшеліктерді түсіну бізге АСБ бар балалардың әлеуметтік бейімделуін қолдауға және өмір сүру сапасын жақсартуға бағытталған психологиялық-педагогикалық көмектің тиімді стратегияларын жасауға мүмкіндік береді.

2.2. Аутизмі бар балаларды психологиялық-педагогикалық жүйелеу.

Балалық шақтағы аутизм және аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) елеулі клиникалық және психологиялық-педагогикалық әртүрлілікпен сипатталады. Бірдей диагнозы бар бір жастағы балалар да жеке функциялардың психикалық даму деңгейінде айтарлықтай айырмашылықтарды көрсетуі мүмкін: қарым-қатынас, интеллектуалдық, сөйлеу, эмоционалдық және әлеуметтік. Бұл айырмашылықтар бұзылыстың өзіне тән ерекшеліктерімен де, баланың жеке ерекшеліктерімен де, оны қоршаған ортамен және психологиялық-педагогикалық қолдаудың болуымен де байланысты.

АСБ бар балалардың дамуының негізгі ерекшеліктерінің бірі оның біркелкі еместігі болып табылады. Кейбір балалар дамудың жаңа жас кезеңдерін, кейде

тіпті арнайы араласусыз бірте-бірте меңгере отырып, айқын прогресс көрсетеді. Басқа балалар, керісінше, айтарлықтай түзету әрекеттеріне қарамастан, ең аз оң динамикасын көрсете отырып, ұзақ уақыт бойы дамудың бастапқы кезеңдерінде қалады. Сонымен қатар, көмекке бейімділік пен ақпаратты игеру жылдамдығы да айтарлықтай өзгереді: бала ұзақ уақыт бойы түзету шараларына жауап бермеуі мүмкін, материалды игермеуі мүмкін немесе мұны өте баяу орындауы мүмкін, бірақ содан кейін ол дамудың күрт секірісін бастан кешіруі мүмкін, ол көбінесе уақытша тұрақтандыру немесе тіпті регрессия кезеңімен жалғасады.

Осыны ескере отырып, бұл бағдарлама АСБ бар балаларды көрсетілетін көмекке бейімділік дәрежесіне, даму динамикасына, психологиялық-педагогикалық жұмыстың белгілі бір әдістерін қолдану қажеттілігіне қарай жүйелеуді ұсынады. Екі негізгі топ бар: аутизм спектрінің ауыр бұзылыстары бар балалар және жеңіл және орташа аутизм спектрінің бұзылуы бар балалар. Әр топтың ішінде егжей-тегжейлі айырмашылықтарды есепке алу үшін ішкі топтар бөлінеді[32].

I. Ауыр аутистік бұзылыстары бар балалар

Бұл топ сыртқы әлеммен байланыс орнатуда және жаңа дағдыларды меңгеруде айтарлықтай қиындықтарға тап болатын балаларды біріктіреді. Олардың ішінде үш кіші топты бөліп көрсетуге болады:

- *Бірінші топша* - аутизмнің ең терең түрі бар балалар, олар айналасында болып жатқан оқиғалардан толықтай алшақтауда көрінеді. Олар белсенді қарым-қатынас үшін қолжетімсіз, айналасындағы әлемге қызығушылық танытпайды және оларды әрекеттерге немесе қарым-қатынасқа тарту әрекеттері күшті қарсылық тудыруы мүмкін. Олардың психологиялық ерекшеліктері О.С.Никольскаяның бірінші тобына сәйкес келеді.

- *Екінші топша* - бұл басқалармен таңдаулы түрде қарым-қатынасқа түсе алатын, бірақ оны түсінуге деген ұмтылыстан гөрі қоршаған әлемнен бас тартуды жиі көрсететін балалар. Олар айқын алаңдаушылық танытады және жиі жаңа тәжірибелер мен таныс ортадағы өзгерістерге қарсы тұрады. Олардың мінез-құлқы О.С.Никольскаяның екінші тобына сәйкес келеді.

- *Үшінші топша* - аутистикалық бұзылулары басқа ауыр бұзылулармен біріктірілген балалар: интеллектуалдық, сенсорлық немесе моторикалық. Бұл балалардың көмекке бейімділігі өте төмен, даму динамикасын өте баяу көрсетеді және түзету жұмыстарының қосымша технологиялары мен әдістерін қолдануды талап етеді. Оларды қолдау үшін дефектология мамандарын (психикалық дамуы тежелген мұғалімдер, сурдопедагогтар, тифлопедагогтар) түзету іс-әрекетінің алғашқы сатыларынан бастап тарту қажет.

II. Аутизм спектрінің жеңіл және орташа ауырлықтағы бұзылыстары бар балалар

Бұл топқа көмекке бейім, дамудың оң динамикасын көрсететін, бірақ әлі де қарым-қатынас пен бейімделуде белгілі бір қиындықтары бар балалар кіреді. Бұл топты да үш кіші топқа бөлуге болады:

- *Бірінші топшаға* орташа ауырлықтағы АСБ бар балалар жатады, олар өз О.С. Никольскаяның сипаттамалары бойынша классификациясының бірінші және екінші топтарына сәйкес келеді, бірақ сонымен бірге жақсы даму динамикасын және көмекке салыстырмалы түрде жоғары сезімталдықты көрсетеді. Бұл балалар өзара әрекеттестікке қызығушылық танытып, өз қажеттіліктерін білдіру үшін сөйлеуді пайдалана алады, бірақ олардың қарым-қатынасы шектеулі болып қалады және олардың сөйлеуі көбінесе эхололик немесе фразалық сипатта болады. Олар практикалық тапсырмаларды орындауға қабілетті және сандық құрылғылармен жұмыс істеу сияқты белгілі бір әрекеттерге қызығушылық танытады.

- *Екінші топшаға* жеңіл аутистикалық бұзылыстары бар балалар кіреді, оларда негативтілік деңгейі төмен және өзгерістерге белсенді қарсылық бар. Белгілі стереотиптер мен әдет-ғұрыптардың біртіндеп өзгеруі және кеңеюі дезадаптация мен мінез-құлықтың бұзылуына әкелмейді, керісінше, жаңа қызмет түрлеріне қызығушылықтың пайда болуына ықпал етеді. Олар өзгерістерге төзімдірек болады, сіз олармен келіссөздер жүргізе аласыз, нәрселерді түсіндіре аласыз, әрекеттің балама нұсқаларын ұсына аласыз. Олардың сөйлеуінде әлі де эхололия мен клишелер бар болса да, олар өздерінің тілектері мен қажеттіліктерін білдіру үшін сөз тіркестерін пайдалана алады. Көбінесе бұл балалар есте сақтау, музыкалық құлақ, санауды ерте меңгеру, оқу немесе шет тілдері сияқты белгілі бір салаларда керемет қабілеттерін көрсетеді.

- *Үшінші топша* – жеңіл аутистикалық бұзылыстары бар балалар, олардың негізгі қиындықтары байланыстарды бастаумен және тиімді әлеуметтік өзара әрекеттесумен байланысты. Олардың икемсіз мінез-құлқы мен әлеуметтік құзыреттілігінің жоқтығы білім беру ортасына сәтті бейімделуге кедергі келтіруі мүмкін. Мамандардың қолдаусыз мұндай балалар қарым-қатынас пен әлеуметтік бейімделуде елеулі проблемаларды бастан кешіреді. О.С.Никольскаяның сипаттамалары бойынша олар үшінші және төртінші топтарына сәйкес келеді.

АСБ-ның жеңіл түрлері бар балаларға әлеуметтік қиындықтар және қолдау

АСБ-тің ең жеңіл түрлері сезімталдықтың жоғарылауымен, эмоционалды осалдығымен және әлеуметтік жағдайларда сенімсіздікпен бірге жүреді. Бұл балалар сынға және құптауға ерекше сезімтал, жақындарына қатты бауыр басып, үнемі эмоционалды қолдауды қажет етеді. Олар басқалардың эмоциялары мен ниеттерін түсінуде айтарлықтай қиындықтарға тап болуы мүмкін, бұл олардың әлеуметтік ортада тиімді әрекеттесуіне кедергі жасайды. Олардың мінез-құлқы көбінесе стереотиптік қызмет түрлеріне ұмтылумен, әдеттегі өмір салтын

өзгертудегі қиындықтармен, сондай-ақ қиын немесе эмоционалды жағдайлардан аулақ болумен сипатталады[19].

Мұндай балалар үшін әлеуметтік өзара әрекеттесу дағдыларын дамытуға, алаңдаушылықты азайтуға және өзіне деген сенімділікті арттыруға бағытталған психологиялық қолдау маңызды. Арнайы бағдарламалар олардың әлеуметтік оқшаулану қаупін азайта отырып, мектептегі білім мен күнделікті өмірдің талаптарына сәтті бейімделуге көмектеседі.

Осылайша, АСБ бар балалардың көмекке бейімділігі мен даму динамикасына байланысты ұсынылып отырған жүйелендіру түзету жұмыстарының әдістерін дәлірек таңдауға, олардың ең жақсы бейімделуі мен оқуына жағдай жасауға мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

- 1.Түзету және дамыту жұмыстарының мазмұндық және әдістемелік негіздері қандай?
2. Аутизмі бар балалардың клиникалық-психологиялық көрінісі немен сипатталады?
- 3.Аутизммен ауыратын балалардың психологиялық-педагогикалық жүйеленуі қандай?
- 4.О.С.Никольская бойынша аутизмнің клиникалық-психологиялық жіктелуінің ерекшеліктері қандай?

Реферат тақырыптары .

- 1.Шетел психологиясындағы аутизмнің патогенезін түсіну.
- 2.Отандық дефектологиядағы аутизм патогенезін түсіну.
- 3.К.С. Лебединская бойынша аутизмнің этиопатогенетикалық классификациясы

Өзін-өзі тексеру тесті

1. ХАК-10-да балалық аутизм қандай диагностикалық топқа жатады?
 - a) F83 «Психикалық дамудың аралас спецификалық бұзылыстары»
 - b) F85 «Психологиялық дамудың басқа бұзылыстары»
 - c) F84 «Дамуының кең таралған бұзылыстары»
 - d) F80 «Сөйлеу мен тілдің ерекше бұзылыстары»
 - e) F90 «Гиперкинетикалық бұзылулар»
2. Қазіргі халықаралық тәжірибеде «балалық шақ аутизмінің» орнына қандай термин жиі қолданылады?
 - a) Жоғары жұмыс істейтін аутизм
 - b) Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ)
 - c) Психикалық бұзылулар
 - d) Әлеуметтік бейімделушілік
 - e) Мінез-құлық бұзылысы

3. Аутизммен ауыратын балалардың негізгі даму ерекшелігі неде?
- a) Интеллектінің толық жетіспеуі
 - b) Психикалық дамудың барлық салаларында артта қалу
 - c) Психикалық функциялардың асинхронды дамуы
 - d) Барлық балаларда сөйлеудің болмауы
 - e) Танымдық қабілеттердің үнемі нашарлауы.
4. Қандай сенсорлық қасиет АСБ бар балаларға тән емес?
- a) Сенсорлық тітіркендіргіштерге жоғары және сезімталдықтың жоғарылауы
 - b) Дүниені бөлшектеп қабылдау
 - c) Ақпаратты өңдеудің баяулауы
 - d) Ақпараттың үлкен көлемін лезде талдау қабілеті
 - e) Сенсорлық қабылдаудың өзгермелілігі
5. Стереотиптік мінез-құлық АСБ бар балаларда қандай қызмет атқармайды?
- a) Компенсаторлық
 - b) Тониктік
 - c) Бақылаушы
 - d) Көңіл көтеруге
 - e) Қорғаушы
6. Аутизм спектрінің бұзылуының негізгі себептерінің бірі қандай?
- a) Балалық шақтағы әлеуметтік оқшаулану
 - b) Ата-анамен эмоционалды қатынастың болмауы
 - c) Сенсорлық процесстің бұзылуы
 - d) Интеллектуалдық дамудың болмауы
 - e) Сыртқы күйзелістің әсері
7. Аутизм спектрінің ауыр бұзылыстары бар балалардың қандай түріне қоршаған әлемнен толық алшақтау тән?
- a) Бірінші топша
 - b) Екінші топша
 - c) Үшінші топша
 - d) Төртінші топша
 - e) Мұндай топша жоқ.
8. АСБ бар балаларда эмоционалды түсінудің ерекшелігі неде?
- a) эмоцияның толық болмауы
 - b) шамадан тыс эмоционалдық сезімталдық
 - c) басқалардың эмоциясын тану және түсіндіру қиындығы
 - d) эмоцияны бірден тану
 - e) қорқыныш пен қуанышты сезінбеу
9. Аутизм спектрінің жеңіл бұзылыстары бар балаларға қандай қасиет тән?
- a) Сөйлеудің толық болмауы
 - b) Негізгі қиындықтар қарым-қатынасты бастаумен және әлеуметтік бейімделумен байланысты.

- c) Ақыл-ойы терең бұзылған
- d) Оқытудағы ақаулар
- e) Сыртқы әлемнен толық оқшаулану.

10. Көмекке бейімділігі бойынша АСБ бар балаларды жіктеу үшін қандай классификация қолданылады?

- a) Вигоцкий классификациясы
- b) IQ тесттерінің халықаралық жүйесі
- c) О.С. Классификация Никольская
- d) Классификация DSM-5
- e) Аутизмнің психоаналитикалық концепциясы.

3. Дәріс. АСБ түзетудің негізгі тәсілдер: құрылымдық-деңгейлік, эмоционалдық-деңгейлік және басқа да тәсілдер. Түзету стратегиясын таңдаудағы факторлар.

3.1. АСД түзетудің негізгі тәсілдері

Түзету жұмысында әрқашан аутизммен ауыратын адам үшін ең жоғары тәуелсіздік дәрежесіне жету мақсаты қойылады, бұл іс жүзінде сыртқы әлеммен адекватты өзара әрекеттесу дағдыларының кең ауқымын дамытуды білдіреді. Бұл мақсатқа жету медициналық және психологиялық-педагогикалық қолдауды қамтитын кешенді тәсілді қажет етеді.

Ресейлік арнайы білім беру дәстүрлерінде медициналық және психологиялық-педагогикалық әдістерді біріктіретін күрделі араласуды қолдану әдеттегідей. Бұл адамның психикалық және физикалық әл-ауқатының әртүрлі аспектілеріне әсер ететін аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) күрделі сипатына байланысты. Аутизмді түзетудегі дәрілік терапия емдеуге емес, оқу және психотерапевтік үдеріске кедергі келтіруі мүмкін белгілерді жеңілдетуге бағытталған. Тағайындалған дәрі-дәрмектердің ауқымы өте кең: нейролептиктерден антидепрессанттарға дейін, гипертензияға қарсы препараттардан антиконвульсанттарға дейін. Оларды қолданудың негізгі принциптері:

- дәрі-дәрмектерді тек дәлелді себептер болған кезде ғана қолдану және оларсыз істеу мүмкін емес;
- үлкен дозалармен курстық терапияға қарағанда шағын дозалармен ұзақ мерзімді демеуші терапияға артықшылық беру;
- аутизмді «емдеу» әрекеттерінен бас тарту, оқуға және бейімделуге кедергі келтіретін белгілерді азайтуға назар аудару.

АСБ-ны дәрі-дәрмекпен емдеуге байланысты қазіргі заманғы жағымсыз тенденциялардың арасында қатаң көрсетілімдерсіз стимуляторлар мен

ноотроптардың үлкен дозаларын кеңінен қолдануды, сондай-ақ кейбір нейролептиктерді, атап айтқанда рисперидонды (рисполепт) тағайындау кезінде жас шектеулерін сақтамауды атап өткен жөн. Медициналық және мемлекеттік органдардың бұл бағыттағы бақылаудың жеткіліксіздігі мамандарды алаңдататын заңдылық.

Аутизмді түзетудің психологиялық-педагогикалық әдістері

АСБ бар балалармен жұмыс істеудің психологиялық-педагогикалық әдістерін екі үлкен топқа бөлуге болады[27]:

1. *Негізгі әдістер.* Олар балаға негізгі дағдыларды меңгеруге мүмкіндік береді: қарым-қатынас, күнделікті дағдылар, оқу әрекеті, кәсіптік оқыту, еңбек дағдылары және күнделікті өмірдің басқа да маңызды аспектілері. Осы тәсілдердің біреуін таңдау оқытуды және түзетуді ұйымдастырудың қажетті шарты болып табылады, бірақ оның өзі әрқашан жеткіліксіз.

2. *Көмекші әдістер.* Олардың міндеті – негізгі әдістерді тиімді қолдану үшін жағдай жасау. Бірқатар жеңіл жағдайларда көмекші әдістерді қолайлы тәрбие мен білім беру жағдайларымен үйлестіру (ең алдымен отбасында) жақсы нәтиже бере алатынымен, көп жағдайда тек көмекші әдістерді қолдану жеткіліксіз.

Көмекші әдістерге иппотерапия, дельфиндермен жүзу, холдинг, арт-терапияның әртүрлі әдістері, ойын терапиясы, тіпті йога жатады. Түзету жұмысындағы жиі кездесетін қателіктердің бірі – негізгі тәрбиелік компонентсіз тек көмекші әдістерді қолдану. Басқа жалпы қателер мыналарды қамтиды:

- әдістердің сәтсіз үйлесуі;
- баланың жеке ерекшеліктерін ескермей негізгі әдісті таңдау.

Коррекциялық тәсілді таңдауға әсер ететін факторлар

1. Ақау құрылымының сипаты

Әртүрлі түзету әдістерінің ерекшелігі - оларда психикалық әрекеттің жетекші бағыттарына әртүрлі мән беріледі. Мысалы, әлеуметтік өзара әрекеттесу мен оқуды қиындататын ауыр аффективті бұзылулар жағдайында эмоционалды деңгейдегі тәсіл тиімдірек болады. Сонымен қатар, егер интеллектуалдық бұзылулар эмоционалды бұзылулардан кем болмаса, ал қорқыныш пен байланысқа деген сезімталдық жетекші кедергілер болмаса, мінез-құлық терапиясының әдістеріне артықшылық берілуі мүмкін. Бұл әдістер баланың одан әрі интеллектуалдық және әлеуметтік дамуының алғышарттарын жасауға бағытталған[23].

2. Ұйымдастырушылық мүмкіндіктер

Кез келген түзету тәсілін сәтті қолдану үшін тиісті жұмыс әдістерін меңгерген білікті мамандар қажет. Дегенмен, нақты жағдайларда бұл фактор әрдайым байқалмайды, бұл түзету процесінің тиімділігін айтарлықтай төмендетуі мүмкін. Сонымен қатар, тартылатын жұмыс көлемі маңызды: мысалы, мінез-құлық терапиясы маңызды нәтижелерге қол жеткізу үшін аптасына кемінде 15-20 сағат жеке сеанстарды қажет етеді.

Ұйымдастырушылық жағдайлар да маңызды рөл атқарады. Осылайша, ТЕАССН (құрылымдық оқыту) әдісін немесе мінез-құлық терапиясын қолдану кеңістікті нақты ұйымдастыруды талап етеді: жиһазды жылжыту, баланың көру аймағынан алаңдататын заттарды алып тастау және арнайы материалдар мен көмекші құралдарды пайдалану. Мұндай шарттар болмаған жағдайда бұл әдістерді жүйелі қолдану қиынға соғады. Эмоциялық деңгейдегі тәсіл балаға қолайлы жағдай жасауды да қамтиды, бірақ оны ұйымдастыру әлдеқайда оңай[26].

3. Баланың жасы

Түзету жұмысының басталу жасы - әдісті таңдаудың маңызды критерийі. Ең алдымен, баланың психикалық жасын ескеру қажет, оны тек сынақтардың көмегімен ғана емес, сонымен қатар оның жеке дамуын, әлеуметтік бейімделу деңгейін және сыртқы әлеммен өзара әрекеттесу ерекшеліктерін сапалы талдау арқылы анықтау керек.

4. Дамудың әлеуметтік жағдайы

Түзету жұмыстарының тиімділігі көбінесе баланың және оның отбасының әлеуметтік ортасына байланысты. Әлеуметтік бейімделудің нақты және әлеуетті мүмкіндігін талдау кезінде мамандардың отбасылық жағдайларды ескеруі маңызды: бала отбасында қандай орын алады, ата-аналардың қандай үміттері бар, олардың түзету процесіне қатысуға дайындығы мен қабілеті қандай. Ата-аналарды оқыту және түзету жұмыстарына тарту оның тиімділігін арттырады, бірақ бұл мүмкін болмаса (мысалы, ата-ана жұмыстан қолы босамайды, ал әжесі баламен бірге қалады), эмоционалды деңгейде жұмыс істеу сияқты «осында және қазір» жұмыс істеуге бағытталған әдістерді қолданған жөн[23].

АСБ үшін түзету жұмыстарының әдісін таңдау көптеген факторларды ескеруді талап ететін күрделі процесс: ақаудың құрылымы, жас ерекшеліктері, қолда бар ресурстар және әлеуметтік контекст. Оңтайлы тәсіл негізгі және көмекші әдістерді біріктіріп, баланың жеке қажеттіліктерін және түзету жүргізілетін білім беру, медициналық немесе әлеуметтік мекеменің ұйымдастырушылық мүмкіндіктерін ескеруі керек. Бұл кешенді және бейімделу тәсілі аутизмі бар балалардың дамуы мен әлеуметтік бейімделуінде ең жақсы нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

3.2. Аутизмді түзетудің құрылымдық деңгейі

Аутизмді оқыту мен түзетудегі отандық тәсілдің әдістемелік негізі Л.С. Выготский, ол баланың дамуындағы когнитивті және аффективтік процестердің ажырамас байланысын бекітеді. Сондай-ақ маңызды орынды аффективті сфера шешуші рөл атқаратын сана мен мінез-құлықты ұйымдастыратын көп деңгейлі адаптивті жүйе тұжырымдамасы алады. Бұл жүйе кеңістіктік-уақыттық бағдарлану процестерімен және ерікті реттеу механизмдерімен тікелей байланысты. Реттеудің әрбір деңгейі өз қызметін атқарады, нақты басқару механизмдері бар және психикалық әрекеттің жалпы тонусына ықпал етеді. Әрбір

деңгейде шешілетін бейімделу міндеттерінің сапалық айырмашылықтары бар және олардың бір-бірімен алмасуы мүмкін емес: олардың біреуінің жұмыс істеуінің бұзылуы бүкіл жүйенің жалпы дезадаптациясына әкелуі мүмкін.

Реттеудің ең ерте деңгейі - бейімделудің пассивті формаларын ғана қамтамасыз ететін өріс реактивтілігі деңгейі. Қалыпты даму барысында ол өзінің таза түрінде көрінбейді, бірақ индивидтің қоршаған әлеммен белсенді әрекеттесуге аффективті бейімделуін жеңілдететін фондық функцияны орындайды.

Келесі деңгей – баланың алғашқы бейімделу реакциялары мен белсенді селективті бейімделуінің қалыптасуында шешуші рөл атқаратын аффективті стереотиптер деңгейі.

Үшінші деңгей, аффективті кеңею деңгейі эмоционалды тәжірибелердің ең алдымен қалаған мақсаттарға жету тәңірегінде шоғырлануымен сипатталады.

Төртінші деңгей, семантикалық реттеу деңгейі көзбен байланысу, мимика, интонация, ым-ишара және қозғалыс реакциялары сияқты эмоцияларды басқарудың коммуникативті механизмдерін белсендірумен байланысты.

негізін қалаған ғылыми бағыт аясында К.С. Лебединская мен О.С. Никольская, бала тұлғасының эмоционалды ұйымдасуының құрылымдық-деңгейлік талдауы аутизмді психологиялық түзетуге негіз болды. Н.Я. Семаго және М.М. Семаго К.С. өзгертілген нұсқасын ұсынды К.С.Лебединская мен О.С. Никольская. «Эмоционалды жеткіліксіздігі бар баланың мінез-құлқын бақылау карталары» әзірлеген.

Аффективті реттеудің жеке деңгейлерінің жұмысын зерттей отырып, авторлар негізгі аспектілерді қарастырады:

- деңгейлер арасындағы өзара әрекеттесу бұзылыстарының ерекшеліктері;
- гиперкомпенсаторлық механизмдердің қызмет ету сипаты;
- жалпы баладағы аффективті дезадаптация синдромының көріністері.

К.С. Лебединская эмоционалдық бұзылыстарды психологиялық түзету контекстінде баланың эмоционалдық саласының дамуына ықпал ететін мақсатты түзету шараларының қажеттілігін атап көрсетеді. Ол аутизмді түзету жұмысының бірнеше негізгі бағыттарын анықтайды [69] :

1. Баламен оның аффективті ұйымының деңгейіне қарай эмоционалды байланыс пен әрекеттестік орнату. Бұл баланың эмоционалды реттелуінің оңтайлы деңгейіне сәйкес келетін таныс әсерлер арқылы эмоционалды тонусын арттыру әдістері мен барабар аффективті ынталандыруларды таңдауды қамтиды.

2. Біртіндеп эмоционалдық өзара әрекеттесу күрделілігі артады, терең байланыстарды дамыту және сыртқы әлеммен ұзақ мерзімді өзара әрекеттесу дағдыларын қалыптастыру.

3. Баланың өміріне эмоционалдық мәнді енгізу, ол басқалардың эмоцияларын басқару, эмпатия көрсету, мақтау мен мақұлдамауды қабылдау және жағымды әрекеттер жасауға ұмтылу қабілетін дамытуды қамтиды.

4. Қарым-қатынастың диалогтік формаларына, оның ішінде белсенді тыңдаудың ұзақ мерзімді тәжірибесіне және өз мінез-құлқын құру кезінде басқа адамдардың эмоционалды реакцияларын ескеруге үйрету.

Негізгі аффективтік ұйымның бұзылыстарымен түзету жұмысы кезең-кезеңмен құрылуы керек: эмоционалды байланыс орнатудан және сенімді қарым-қатынастарды қалыптастырудан әлеуметтік өзара әрекеттестіктің күрделі механизмдерін меңгеруге дейін. Барлық эмоционалды әсерлер эмпатияны дамытуға, өзара әрекеттесу үлгілерін кеңейтуге және жақын адамдармен эмоционалды байланыс формаларын тереңдетуге бағытталуы керек.

3.3. Аутизмді түзетуге эмоционалды-деңгейлік тәсіл

Аутизмде мағыналар жүйесі ең алдымен баланың психикалық дамуындағы ауытқуларға әкелетін қорғаныс механизмі ретінде қалыптасады. Қоршаған әлеммен қарым-қатынаста белсенді және конструктивті позицияны дамытуға көмектесу үшін, онсыз қалыпты даму мүмкін емес, біз эмоционалды-семантикалық тәсілді әзірледік.

Бұл әдіс семантикалық деп аталады, өйткені оның негізгі мақсаты баланың жеке аффективті тәжірибесін белсенді және сараланған әлеуметтік өзара әрекеттесудің дамуына негіз болатындай етіп жинақтау және құрылымдау. Сонымен қатар, бұл эмоционалды, өйткені көмектің негізгі құралы - оқиғалардың бірлескен тәжірибесі және олардың эмоционалды түсінігі. Теориялық тұрғыдан алғанда, бұл көзқарас орыс психологиясының дәстүрлі идеясына негізделген: нәресте мен ересек адамның бастапқыда пайда болған психикалық қауымдастығы - «бастапқы біз» (Л.С. Выготский бойынша) - кез келген баланың, соның ішінде аутизммен ауыратын баланың қалыпты дамуының бастапқы нүктесі. Эмоционалды қарым-қатынас орнатудағы қиындықтарға қарамастан, аутизмі бар балаларда оған қажеттілік бар және олардың психикалық даму ерекшеліктерін барабар түсінген маман бұл мәселені сәтті шеше алады[74].

Әдіс терапевт пен бала арасында эмоционалды байланыс орнатуды, қорқынышты, агрессивті реакцияларды, негативтілікті және стереотиптерді нақты әдістер арқылы жоюды, сондай-ақ қарым-қатынас пен әлеуметтену дағдыларын дамытуды қамтиды. Қолданылатын құралдардың тізімі қатаң бекітілмегенімен, баланың ең дамыған қабілеттеріне бағытталған ойын терапиясы, модификацияланған психодрама әдістері және эстетикалық терапия негізгі рөл атқарады. Директивалық тәсілдің кез келген элементтері алынып тасталады. Балаға тартымды іс-әрекеттерге мотивация жасау психиканың басқа аспектілерінің дамуына ықпал етеді деп болжанады. Фотосуреттерге немесе жазуларға негізделген визуалды кестелер көмекші құрал ретінде қызмет ете алады, бірақ олар терапияның орталық бөлігі болып саналмайды[77].

Мінез-құлықты ұйымдастыру және әлеуметтену осы әдіс шеңберіндегі басым міндеттер емес. Психиканың энергетикалық жағына басты назар

аударылып, оның құрылымдық-функционалдық дамуы мен онтогенезі мәселелері іс жүзінде қозғалмайды. Тәсіл мотивацияны қалпына келтіру автоматты түрде баланың одан әрі дамуына әкеледі деген идеяға негізделген. Бұл мағынада оны аутизмге қолданылатын психоаналитикалық концепцияны бейімдеу және жаңғырту түрі ретінде қарастыруға болады. Практикалық тұрғыдан алғанда, әдіс аутизмнің жеңіл түрлерінде салыстырмалы тиімділікті көрсетеді, әсіресе клиникалық көрініс айқын невротикалық белгілерді қамтитын жағдайларда. Дегенмен, аутизмнің неғұрлым ауыр түрлерінде емдік әсерге баяу қол жеткізіледі және азырақ көрінеді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Қазіргі тәжірибеде АСБ түзетудің қандай жүйелі тәсілдері қолданылады?
2. АСБ түзету тәсілін таңдағанда қандай факторларды ескеру қажет?
3. АСБ бар балаларды түзету мен тәрбиелеудің қандай тәсілдері негізгі болып саналады?
4. АСБ бар балалармен жұмыс істеудің қолданыстағы әдістері мен тәсілдерінің қандай тиімділігі дәлелденді?
5. ТҚҚ бар адамдарға көмек көрсетудің қандай тәсілдері ықтимал қауіпті болуы мүмкін?
6. Аутизмді түзетудің құрылымдық-деңгейлік тәсілі немен сипатталады?
7. Аутизмді түзетудің құрылымдық-эмоционалды-деңгейлік тәсілінің мәні неде?
8. «Аутизм спектрінің бұзылуын түзетудің балама тәсілдері» кестесін құрастыру.
9. Бақылау парағын толтырыңыз. (Қосымша В)

Реферат тақырыптары.

1. АСБ түзетудегі заманауи тәсілдер.
2. АСБ бойынша түзету-дамыту жұмыстарының теориялық негіздері.
3. Аутист балалардың эмоционалдық сферасы.
4. Аутизмдегі сөйлеу ерекшеліктері
5. Аутизмдегі миды ұйымдастыру ерекшеліктері.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ түзету жұмыстарының негізгі мақсаты қандай?
 - a) Аутизмді толық емдеу
 - b) Баланы әлеуметтік оқшаулау
 - c) Аутизммен ауыратын адамның максималды дербестігі
 - d) Тек дәрі-дәрмекпен емдеу
 - e) Баланы оқу процесінен шеттету
2. АСБ үшін дәрілік терапияның негізінде жатқан принцип қандай?
 - a) Аутизмді толық жою
 - b) Қатаң көрсетілімдерсіз дәрі-дәрмектерді тағайындау

- c) Тек нейрорепетиторларды қолдану
 - d) Оқуға және бейімделуге кедергі келтіретін симптомдарды азайту
 - e) Барлық дәрі-дәрмектерді тоқтату
3. АСБ психологиялық-педагогикалық түзетуде қандай әдістер негізгі болып саналады?
- a) Иппотерапия және дельфиндермен жүзу
 - b) Күнделікті және білім беру дағдыларын үйрету
 - c) Терапия және йогамен айналысу
 - d) Тек дәрілік көмек
 - e) Тек ноотропты заттарды қолдану
4. Көрсетілген әдістердің қайсысы көмекші болып табылады?
- a) Мінез-құлық терапиясы
 - b) ТЕАССН
 - c) Өмірлік дағдыларды үйрету
 - d) Арт-терапия, иппотерапия, ойын терапиясы
 - e) Сенсорлық интеграция
5. Түзету процесінің тиімділігін не төмендетуі мүмкін?
- a) Әдістерді жеке таңдау
 - b) Білікті мамандар
 - c) Аптасына сеанстардың жеткілікті саны
 - d) Дәрілерді тағайындау кезіндегі бақылаудың жеткіліксіздігі
 - e) Баланың жас ерекшеліктерін ескеру.
6. Түзету тәсілін таңдауға қандай фактор әсер етеді?
- a) Тек ата-ананың қалауы
 - b) Тек баланың жасы
 - c) Бірыңғай әдісті қолдану
 - d) Тек медициналық мамандардың болуы
 - e) Кемшіліктің құрылымы, жасы, әлеуметтік жағдайлары және ресурстары.
7. Түзетудің ұйымдастырушылық шарттарына қандай талаптар қойылады?
- a) Ешқандай алаңдаушылықтың болмауы
 - b) Түзетуге арналған шектеусіз бюджет
 - c) Кеңістіктің анық ұйымдастырылуы және материалдарға қол жетімділігі.
 - d) Тек үйде оқу
 - e) Баланы қоғамнан толық оқшаулау
8. Л.С. Выготский тұжырымдамасы қай әдіске негізделген?
- a) ТЕАССН әдісі
 - b) мінез-құлық терапиясы
 - c) құрылымдық деңгей әдісі
 - d) PECS әдісі
 - e) сөйлеу терапиясы әдісі

9. Эмоционалды-семантикалық тәсілдің негізгі мақсаты қандай?

- a) Эмоцияларды оқудан шеттету
- b) Тек дәрі-дәрмек қолдану
- c) Әлеуметтік байланыстарға тыйым салу
- d) Белсенді және сараланған әлеуметтік қарым-қатынастарды дамыту
- e) Баланың эмоционалдық қажеттіліктерін елемеу

10. Аффективті ұйымдастыру бұзылыстарын түзету жұмыстарының бірінші кезеңіне не кіреді?

- a) академиялық білімге толықтай ену
- b) эмоционалды байланыстарды елемеу
- c) эмоционалдық байланыс орнату және өзара әрекеттесу
- d) математикалық дағдыларды дамыту
- e) тек баланың ата-анасымен жұмыс істеу

«Эмоционалды дамуы бұзылған баланың мінез-құлқын бақылау картасының» өзгертілген нұсқасы К.С. Лебединская мен О.С. Никольская

Аффективті реттеудің бірінші деңгейіндегі дисфункциясы бар баланы бақылаудың негізгі нұсқаулары.

Өріс реактивтілігі деңгейі

Осы деңгейдегі гиподисфункциямен келесі психологиялық радикалдар пайда болады:

а) баланың басқа адамдармен қарым-қатынас және қарым-қатынас процесіндегі өзгерістердің қарқындылығына сезімталдығы:

- дауыстың күрт өзгеруіне сезімталдық;
- күтпеген жағдайларға шыдамайды (мысалы, бейтаныс адаммен) көз контактісі, сонымен қатар оған ұзақ уақыт көзбен байланыста болу қиын;
- жанасу сапасына сезімтал, шиеленісіп, біреу күтпеген жерден оны өзіне қарай қатты немесе кенет тартып, отырғызып, орнынан қозғалтса алыстайды;
- қарым-қатынас кезінде біреу кенеттен арақашықтықты өзгертсе (жақын отырса, тізелерін тигізсе) мазасызданып, шиеленісе түседі;
- іс-әрекеттің жылдам өзгеруі кезінде қатып қалады, капризді болады немесе жұмыс істеуден бас тартады;

б) баланың өмір сүру кеңістігін меңгеру процесінде қоршаған объектілердің орналасуының өзгеруіне сезімталдығы:

- бос, тым кең бөлмелерде болуды ұнатпайды;
- шағын, жабық кеңістіктерден қорқады;
- тәртіпті жақсы көреді, заттарды үстелдің үстіне қоюға көп уақыт жұмсайды, бәрін жіктеуге, топтарға бөлуге тырысады;

в) сенсорлық әсерлердің қарқындылығына шамадан тыс сезімталдық:

- тым қатты дыбыстарды, күшті жалынды, жарқыраған жарықты көруді, тіпті температураның шамалы өзгеруін ұнатпайды немесе қорқады;

г) мінез-құлық ерекшеліктері:

- жаңа тәжірибелерден қорқу;
- қорқады, жағдай өзгергенде шешім қабылдамайды, сенімсіз өз бетінше, жиі қайта сақтандыру;

- көңіл-күйдің төмендігі жиі байқалады, көңіл-күйдің кенеттен өзгеруі байқалады;

- жалғыз ойнағанды ұнатады.

Бірінші деңгейдегі гипердисфункциямен келесілер байқалады:

а) бала басқалармен әрекеттесу және қарым-қатынас кезінде қарқынды өзгерістер кезінде ыңғайсыздықты сезінбейді, ол келесі белгілерде көрінеді:

– басқа адамдармен кездейсоқ және жиі қарым-қатынас жасаудан жалықпайды, бейтаныс адамдар арасында, көп адамдар арасында ұзақ уақыт бола алады;

- бейтаныс адамдардың жанасуынан қорықпайды;
- байланыс кезіндегі қашықтықтың өзгеруіне сезімтал емес;
- жағымсыз эмоционалды бағалауға сезімтал емес;

б) бала сенсорлық әсерлердің сапасына сезімтал емес:

- суыққа, аштыққа, ауруға төзімді;
- тағамды таңдамау;
- айқын сенсорлық әдеттері жоқ;
- әсерлердің жиі өзгеруіне ұмтылады;

в) бала кеңістікті зерттеу кезінде қоршаған ортадағы заттардың қарқынды өзгерістеріне теріс әсер етпейді:

- биіктіктен қорықпайды, епті өрмелейді, биіктен төмен қарауды ұнатады;
- кең немесе тар кеңістікте қорқыныш сезінбейді;

г) мінез-құлықта келесі белгілер жиі көрінеді:

– өзін жаңа жерде табудан қорықпайды, жалғыз болғанды ұнатады, оның ішінде бейтаныс жерлерде;

- қаңғыбастыққа бейім;
- өз мүмкіндіктерін адекватты емес бағалайды, сын көтермейді;
- мінез-құлық ережелерін меңгеру қиынға соғады және оларды орындауға ұмтылмайды;
- үнемі көтеріңкі көңіл-күй көрсетеді.

Аффективті реттеудің екінші деңгейінің дисфункциясы бар баланы бақылаудың негізгі нұсқаулары.

Аффективті стереотиптердің деңгейі

Аффективті реттеудің екінші деңгейінің – аффективтік стереотиптер деңгейінің дисфункциясы әр түрлі жолмен көрінеді. Дәл осы деңгейде адамның жеке тұлғасының қалыптасуының негізі қаланады. Аффективті стереотиптер адам мінез-құлқының ең күрделі формаларының фондық тірегі болып табылады. Бұл стереотиптер мінез-құлықтың аффективті мәнін береді.

Екінші деңгейдегі гипофункциясы бар баланың мінез-құлық ерекшеліктері келесі радикалдарда көрінеді:

а) бала сенсорлық әсерлердің сапасына және өзінің соматикалық күйіне тым сезімтал:

- тұрақты тамақтану әдеті бар, тағамның сапасын талап етеді, жаңа немесе таныс емес тағамдарды қабылдамайды;
- әдеттегі киімімен қоштасуды ұнатпайды;
- температураның өзгеруін ұнатпайды, тамақты тек өзі үйренген температурада қабылдайды;
- бейтаныс ортада ұйықтай алмау;

– жиі өзін нашар сезінуіне шағымданады, болмашы ауырсынуды көтере алмайды;

– тез шаршайды, жиі шаршағанына шағымданады;

– өз денсаулығы үшін себепсіз қорқыныш жиі кездеседі;

– қараңғылықтан, жалғыздықтан, биіктерден, бейтаныс адамдардан және жағдайлардан қорқуды бастан кешіреді;

б) бала тұрақсыз, өзгермелі жағдайларда ыңғайсыздықты сезінеді:

– балабақшадағы, мектептегі тәртіпке үйрену қиын, тәртіптің өзгеруіне сезімтал;

– жаңа мұғалімге, жаңа ұжымға үйрену қиын;

– өзгерістерді, жаңа тәжірибелерді ұнатпайды, оларға ұмтылмайды;

– капризді, жұмыстан бас тартуы немесе қызметтің жаңа түріне ауысу кезінде агрессия танытуы мүмкін;

в) бала басқа адамдармен қарым-қатынаста және қарым-қатынаста қиындықтар мен ыңғайсыздықты бастан кешіреді:

- ынтымақтасуға бейім емес, әсіресе бұл оған әдеттен тыс жағдайларда орын алса;

– коммуникативті дағдылары төмен;

- өзін аяйтын адамдарға тым жақын;

– қорғаныстық, компенсаторлық реакцияларға бейімділік бар, оның қызметіне теріс баға берілген жағдайда, жазаланады, ол дірілдейді, саусағын сорады, заттармен дірілдейді және т.б.;

- жиі тұйық, үнсіз, жалғыз немесе өзі сияқты достары бар;

г) мінез-құлық ерекшеліктері:

– жиі көңіл-күйі төмен;

- ашуланшақ;

– қатал өзін-өзі бағалауы бар;

– ырғақты әсерлерге сезімтал, музыканы жақсы көреді.

Екінші деңгейдегі гиперфункциямен келесілер байқалады:

а) баланың әр түрлі сенсорлық әсерлерге ерекше қызығушылығы, өзінің физиологиялық қажеттіліктерін бағалаудағы қиындықтар:

- тұрақты тамақтану әдеті жоқ, барлық қоректік, мол, алуан түрлі, дәмді тағамды жақсы көреді, ашкөз;

– қарқынды, жарқын сенсорлық әсерлерге ұмтылады (отқа, жаңбырға және т.б. қарауды ұнатады);

– жағымсыз оқиғаларға құмар, мұңаймайды, еденнен тамақты алып жей алады;

- ауырудан қорықпайды, төзімді;

б) басқа адамдармен қарым-қатынас процесіндегі мәселелер:

- жақындарына, мұғалімдеріне аттракционды немесе жоспарланған әрекетті жүзеге асыруға рұқсат етілмеген жағдайда агрессивті;

- басқалардың қажеттіліктеріне сезімтал емес, егер олар өзінің қажеттіліктерін қанағаттандыруға қайшы келсе;

в) мінез-құлық ерекшеліктері:

– шыдамсыз, қатал;

– басқалардың қысымы кезінде стереотиптік аффективті реакцияларға бейім;

- егер ол өз жолына түскісі келсе, конформист бола алады.

Аффективті реттеудің үшінші деңгейінің дисфункциясы бар баланы бақылаудың негізгі нұсқаулары.

Аффективті кеңею деңгейі

Мінез-құлықтың аффективті ұйымдастырылуының үшінші деңгейі – аффективті кеңею деңгейі – адамның қоршаған ортамен эмоционалды байланысының келесі кезеңі. Аффективті реттеудің үшінші деңгейінің дисфункциясы келесі радикалдар түрінде берілген.

Үшінші деңгейдегі гиподисфункцияда мыналар байқалады:

а) бала проблемалық жағдайларды шешуде елеулі қиындықтарды бастан кешіреді:

– жаңа міндеттерге қызығушылық танытпау;

- тез тойып, мақсатын жоғалтады, алаңдатады, қиындық тудырса, белсенділікпен айналысудан бас тартады;

– іс-әрекетті ұдайы ұйымдастыруды, ол үшін қиын жағдайларда қызметті жалғастыруға ынталандыруды және бекітуді талап етеді; қиын жағдайда өз бетінше жұмысты жалғастырмайды;

– бейтаныс, жаңа, белгісіз жағдайлардан қорқуды бастан кешіреді;

– шешім қабылдай алмайды, таңдау жасай алмайды, қарсылықты жеңе алмайды;

– сәттілік, кедергілерді жеңу, тәуекел туралы қиялдарға бейім;

б) бала басқа адамдармен қарым-қатынаста және қарым-қатынаста қиналады:

– коммуникативті дағдылары төмен;

- ұсынатын, сын көтермейтін;

– басқа адамдар тарапынан назар аударуға, қолдауға, ынталандыруға шамадан тыс қажеттілікті сезінеді;

- өз тілегін орындауға мәжбүрлеу үшін басқа адамдардың эмпатия қабілетін пайдалана алады;

- теріс бағалауды қабылдауда өте сақтық танытады;

в) баланың бірқатар жеке қасиеттері бар:

– жағымсыз әсерлерді бағалауға шамадан тыс сезімталдықты бастан кешіреді;

- ұялшақ болуы мүмкін;

- өзіне деген сенімсіз және өзін-өзі бағалауы жеткіліксіз.

Осы деңгейдегі гиперфункция жағдайында:

а) бала өзара әрекеттесу мағынасын түсінуде қиналады:

– оңай қарым-қатынас жасайды, бірақ эмоционалды әрекеттестікке ұмтылмайды;

– тапсырмаларға қысқа мерзімді қызығушылық танытады;

- басқа адамның ауруын оңай жұқтырады;

– кез келген қолжетімді құралдармен, кейде тіпті жеткіліксіз құралдармен өзіне назар аударуға бейім;

- қызметке қарқынды эмоционалды баға беру кезінде, жазалау қаупі кезінде ғана талаптарға бағынады;

– жиі негативті көрсетеді;

– өзінің қызметін үнемі бағалауды (оның белгісіне немқұрайлы бола отырып), өзіне үнемі назар аударуды талап етеді;

– жиі басқалар арасында қақтығыс тудырады, одан ләззат алады;

б) баланың бірқатар жеке қасиеттері бар:

- өтірік айту мен қаңғыбастыққа бейім;

– қауіпті, тәуекелді әрекеттерге ұмтылады, биіктіктен, қараңғылықтан және т.б. қорқынышты сезінбейді;

– жағымсыз, жиі жағымсыз әсерлерге тартылады;

- қаракшы, арамза рөлінен ләззат алады.

Аффективті реттеудің төртінші деңгейінің дисфункциясы бар баланы бақылаудың негізгі нұсқаулары.

Эмоционалды бақылау деңгейі

Төртінші деңгейдің – эмоционалды бақылау деңгейінің дисфункциясы келесі белгілермен сипатталады.

Төртінші деңгейдегі гипофункция жағдайында:

а) бала қарым-қатынаста қиындықтарды және басқа адамдардың эмоционалдық бағалауына шамадан тыс тәуелділікті бастан кешіреді:

– байланыста белсенділіктің төмендігін көрсетеді;

– қарым-қатынас барысында көзқарасқа, дауысқа, тактильді жанасуға және қарым-қатынастағы қашықтыққа ерекше сезімталдық таныта отырып, қарым-қатынас процесінде эмоционалдық бағалау белгісін анықтауда қателіктер жібере алады;

– таныс әлеуметтік шеңберге ұмтылады;

– әсіресе жақын адамдармен қарым-қатынаста осал;

– оң бағалау мен назар аударудың тұрақты қажеттілігін сезінеді;

– өзінің мінез-құлқының дұрыстығына сенімсіз, бұл дұрыстығын басқалардан үнемі растауды қажет етеді;

- үнемі үлкендердің көмегіне жүгінеді, дербес емес;

– анасымен шектен тыс симбиотикалық қатынасы бар (көбінесе);

- мазасыздықты, қорқынышты сезінеді, іс-әрекетпен айналысудан бас тартады

жақын адамдардың эмоционалды қатысуының болмауы;

– өз қызметінде ол өз жұмысының нәтижелеріне емес, олардың сыртқы бағасына көбірек көңіл бөледі;

б) балада бірқатар жеке қасиеттер болады:

- болжамды, маңызды адамның пікірін жақтап өз пікірінен оңай бас тартады, басқа адамдардың аффективті қысымына жиі түседі;

- күдікті, басқалардың ұсыныстарына сенбейтін;

- өзі қабылдаған мінез-құлық нормаларына шектен тыс тәуелді;

– қалыптасқан қарым-қатынастардың бұзылуына жиі шыдамайды.

Төртінші деңгейдегі гиперфункция жағдайында:

а) бала адамдармен эмоционалды қарым-қатынасқа шамадан тыс қажеттілікті сезінеді:

- оңай байланысқа түседі, кездейсоқ адамдармен сөйлескенді ұнатады, олардың жағдайын оңай жұқтырады;

– қарым-қатынаста жақын арақашықтықты сақтауға мүмкіндік береді, адамдармен, тіпті өзі әрең танитын адамдармен араласудан шаршамайды;

– байланыс сапасына талаптанбау;

- басқалардың ықпалымен ол қиындықтарды оңай жеңеді, бірақ басқалардың ықпалында ол өзі қабылдаған шешімнен де оңай бас тарта алады;

- барлық басқа адамдардан таңдануға немесе эмпатияға үлкен мұқтаждық бар;

б) баланың жеке басының бірқатар ерекше қасиеттері бар:

- конформды;

- тәуелді, көбінесе қорқақ;

- басқалар әзірлеген ережелерді соқыр орындайды.

4. Дәріс. АСБ бар балаларға оперантты оқыту. Аутизмі бар балаларда сенсорлық интеграцияны дамыту

4.1. Оперативті оқытудың жалпы сипаттамасы

Оперантты оқыту – аутизммен ауыратын балада оң реакцияларды күшейту арқылы адекватты мінез-құлық жағдайларын қалыптастыруға негізделген бихевиоризм бағыттарының бірі. Оның негізін қалаушы 1960 жылдары Калифорнияда бұл әдісті енгізген Ивар Ловаас болып саналады. Әдістің бастапқы атауы – «Қолданбалы мінез-құлық талдауы» (Applied Behavior Analysis, АВА). Америка әдебиетінде «мінез-құлық терапиясы» термині, ал еуропалық дереккөздерде «операнттық терапия» термині кездеседі. Бұл жұмыста «оперантты оқыту» термині қолданылатын болады[85].

Оперантты оқытудағы орталық концепция «оперант» - табысқа жетуге бағытталған әрекет. Әдіс теориясы кез келген мінез-құлық салдары бар екенін айтады: егер олар балаға жағымды болса, мінез-құлық күшейтіледі; болмаса, ол жоғалады. Бұл қажетті жауаптар (мысалы, дұрыс жауаптар немесе барабар әлеуметтік әрекеттер) күшейтілгенде, бала оларды қайталайды, ал жағымсыз мінез-құлық түрлері (айқайлау, қол бұлғау, стереотиптер) уақыт өте келе күшейтілмей жойылады дегенді білдіреді.

Оперантты оқыту баланың сөйлеу әрекеті мен әлеуметтік қарым-қатынасынан күнделікті дағдылар мен академиялық білімге дейін дерлік кез келген дағдыны дамытуға мүмкіндік береді. Әдіс күрделі дағдыларды шағын, дәйекті қадамдарға бөлуге негізделген. Әрбір қадам бөлек пысықталады және бір тізбекке біріктіріледі, күшейтулер бірте-бірте азаяды: алдымен әрбір дұрыс жауап үшін марапат, содан кейін сәтті әрекеттер сериясы үшін беріледі. Бұл жағдайда жалпылау маңызды - алынған дағдыларды табиғи ортаға беру.

Бұл әдіс көзбен байланыс орнату, еліктеу, сөйлеуді түсіну және қолдану, заттарды жіктеу, сұрақтарға жауап беру, есімдіктерді қолдану, түстерді, пішіндерді, өлшемдерді және т.б. анықтауды қамтитын бағдарламалардың кең ауқымын қамтиды. Бағдарламалар жеке әзірленеді, олардың мазмұны баланың үлгеріміне байланысты реттеледі және барлық өзгерістер жазылады. Оперантты оқыту айтарлықтай уақытты қажет етеді – аптасына 20-дан 30 сағатқа дейін, сонымен қатар ата-аналардың қатысуын талап етеді, олар оқуға қатысып қана қоймай, сонымен қатар қалыптасқан дағдыларды күнделікті өмірде қолдануды қамтамасыз етуі керек.

Бұл әдіс АҚШ, Норвегия, Оңтүстік Корея, Ресей, Германия және бірқатар араб елдерінде кеңінен қолданылады. Зерттеулер көрсеткендей, аутизмі бар балалардың 90% -ы операциялық жаттығуларды қолданғаннан кейін жақсарғанын көрсетеді, тіпті бұзылыстың ауыр түрлері бар. Дегенмен, бұл тәсілде баланы үнемі басқарады, бұл жұмыстың бастапқы кезеңінде наразылық пен жағымсыз эмоцияларды тудыруы мүмкін. Оперантты оқыту, мысалы, ТЕАССН әдісі сияқты,

қоршаған ортаны балаға бейімдемейді, керісінше, оны әлеммен белсенді әрекеттесуге тартады, тіпті бұл бастапқыда оның еркінен тыс болса да. Бұл әдіс тұрақты тәжірибе мен ата-анадан толық міндеттемені талап етеді, бұл кейбір отбасылар үшін қиын болуы мүмкін.

Оперантты оқытудың негізгі стратегиялары дискретті сынақ, күшейту және жеңілдету болып табылады. Оқыту үш буынды схемаға (АВС) негізделген: ынталандыру (алдыңғы оқиға) - баланың реакциясы - салдары (бекіту немесе күшейтудің болмауы). Әрбір сынақта ересек адамның нұсқауы, баланың әрекетті орындауы (сұрақпен немесе онсыз) және кейінгі күшейту кіреді. Мысалы, еліктеуді үйреткенде мұғалім: «Мен жасағандай істе» деп, басын еңкейтіп, балаға қимылды қайталауға көмектеседі немесе тәуелсіз жауап күтеді. Сәтті болса, бала күшейтуді алады.

Әрбір жаңа дағды 10 сынақ сериясында жаттығады және егер бала оны уақыттың 80% орындаса, меңгерілген болып есептеледі. Содан кейін келесі дағды оқытыла бастайды. Дағдыларды жалпылау үшін оқыту жағдайлары өзгереді: әртүрлі жаттықтырушылар, материалдар мен орталар қолданылады. Егер бала оны 3-6 аптадан кейін тестілеуден кейін сақтап қалса, дағды түпкілікті меңгерілген болып саналады.

Оперантты оқыту - мұғалім нұсқаулардың дәл орындалуын қамтамасыз ететін жоғары құрылымды әдіс. Нұсқауларды беру тәсілі маңызды: оларды бермес бұрын ересек адам баланың назарын аударуы керек (мысалы, оның атын айту, көзбен байланыс орнату). Нұсқау түсінікті, қысқа және дәйекті сөз болуы керек, баланың реакциясы 5 секундтан аспауы керек[34].

Тиімді оқытуды қамтамасыз ету үшін экспрессивті интонациялар қолданылады, табысты көрсетудің көрнекі әдістері қолданылады және сынақтар сериясы қысқа үзілістермен кезектеседі. Әрбір эпизод ересек адамның көмегін қажет етсе де, сәтті аяқталуы маңызды.

Осылайша, оперантты оқыту аутизмі бар балаларда, оның ішінде бұзылыстың ауыр түрлерімен ауыратын балалардың негізгі құзыреттіліктерін дамытуға бағытталған жоғары ұйымдастырылған әдіс болып табылады. Бұл айтарлықтай уақыт ресурстарын және ата-аналардың белсенді қатысуын талап етеді, бірақ сонымен бірге күнделікті өмірге қажетті дағдыларды дамытуда жоғары тиімділікті көрсетеді.

Аутизмі бар балада белгілі бір мінез-құлықтардың бастапқы болмауы триггерлік ынталандырудың қажетті мінез-құлық реакциясын тудырмайтынын көрсетеді. Мысалы, аутизммен ауыратын бала сәлемдесуге, атын атап шақыруға немесе көзбен сөйлесуге жауап бермеуі мүмкін.

Қажетті мінез-құлықты қалыптастыру үшін баланы қажетті реакцияға бағыттайтын әрекет болып табылатын жедел әдіс қолданылады. Жаңа дағдыны қалыптастыру кезеңінде нұсқаудан кейін бірден көмек көрсетіледі. Анықтама нұсқау құралы ретінде әрекет етеді. Сонымен, оқытудың бастапқы кезеңінде

мінез-құлық реакциясы нұсқаулармен емес, мұғалімнің оқу жағдайына енгізген қосымша тұспалмен туындайды. Көмек көрсету дәрежесі төмендеген сайын және күшейту қолданылғанда, баланың реакциясы ересектердің нұсқауларына тәуелді болады[51].

Кеңестердің негізгі түрлерін қарастырайық[72]:

Физикалық белгі баланың қозғалысын тікелей бағыттауды немесе оның қолымен әрекетті орындауды қамтиды. Мысалы, «есікті аш» деген нұсқау берілгенде, ересек адам қолын бағыттау арқылы балаға осы әрекетті орындауға көмектеседі.

Ауызша шақыру күтілетін әрекетті нақты ауызша белгілеуден тұрады. Мысалы, «үстелді тазала» деген нұсқауды «салфетканы лақтыр», «ыдыстарды раковинаға апар», «нанды нан жәшігіне сал» сияқты тіркестермен егжей-тегжейлі көрсетуге болады.

Мінез-құлықты модельдеу ересек адамның қажетті әрекетін көрсетуді білдіреді. Бұл әдіс бала еліктеуге қабілетті болған жағдайда ғана тиімді. Мысалы, баланы сұрауға үйреткенде, үлкеннің өзі: «Бер» деп айт», мұндағы «айту» – ауызша шақыру, ал «беру» – үлгілеу.

Қимылдық шақыру адекватты жауапқа ықпал ететін қозғалыстарды қолдануды қамтиды, мысалы, меңзеу қимылы, затқа қол тигізу, басын изеу. Сонымен, «беруді» сұрағанда, сіз қосымша тиісті қимылды пайдалана аласыз - алақанды қысу және ашу.

Көрнекі белгі - бейнелер, диаграммалар, жазбаша нұсқаулар сияқты көрнекі құрал. Мысалы, егер балаға қызыл доп көрсету керек болса, ол басқа шарларға қарағанда оған жақынырақ қойылады.

Аутизммен ауыратын баланың нұсқауларды өз бетінше орындаудың орнына, нұсқауларды күтіп, көмекке үйреніп, оған тәуелді болып қалу қаупі бар. Зерттеушілер (И.А. Костин, С.С. Морозова) вербальды белгілерге тәуелділіктің тез дамидынын атап өтеді. Сондықтан сөйлеуге байланысты емес дағдыларды дамыту қажет болса, көмектің басқа түрлеріне артықшылық беріледі. Оперативті кондицияда шақыру мүмкіндігінше қысқа және бірте-бірте азайтылуы керек.

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар балада мотивацияның қалыптасуы көбінесе күшейткіштерді дұрыс таңдауға байланысты деп саналады. Бұл процесс баланың жеке ерекшеліктерін терең түсінуді ғана емес, сонымен қатар оқуға қолайлы жағдай жасау үшін мұқият, жүйелі жұмысты талап етеді.

АСБ бар балаларды оқытудағы күшейтудің рөлі

Күшейту («reinforcement») - бұл белгілі бір мінез-құлық реакциясымен сәйкес келетін және оны нығайтуға көмектесетін оқиға, оның болашақта қайталану ықтималдығын арттырады. Бұл аутизмі бар балалармен жұмыс істеуде белсенді қолданылатын оперантты оқытудың негізгі принциптерінің бірі. Күшейтуді қолданудың мысалы ретінде бала үстелде отырғанда ыңғайсыздықты

сезінетін жағдайды келтіруге болады. Осы әрекетке байланысты әрбір нұсқау оның

бойында айғайлау, наразылық білдіру немесе жылау түріндегі зорлық-зомбылық реакциясын тудырса, мұғалім біртіндеп дағдыландыру әдісін қолдана алады.

Ересек адам алгоритммен таныстырады: алдымен ол балаға: «Мен үшке дейін санаймын, сен тұра аласың», - дейді, содан кейін ол дұрыс позицияны алуға көмектеседі, «Бір, екі, үш» деп санайды және орнынан тұруға мүмкіндік береді. Бұл процесс бірнеше рет қайталанатын. Бала 3 секунд ішінде айтарлықтай ыңғайсыздықсыз отыруды үйренген кезде, үстелде болу ұзақтығы бірте-бірте 5, 10 секундқа және одан да көп уақытқа дейін артады. 30 секундтық белгіге жеткеннен кейін мұғалім сүйікті ойынды ойнау сияқты қарапайым әрекетті орындауды ұсына алады. Бұл әдіс балаға қажетсіз стресс пен қарсылықсыз жаңа жағдайға тегіс бейімделуге мүмкіндік береді[33].

Күшейткіш түрлері және олардың классификациясы

Күшейткіш ретінде қолданылатын ынталандырулар әртүрлі болуы мүмкін және оларды таңдау баланың жеке ерекшеліктерін ескере отырып жүзеге асырылады. Күшейтетін ынталандырулардың бірнеше топтарын бөлуге болады[32]:

1. *Тағамдық күшейткіштер*: балаңыздың сүйікті тағамдары, мысалы, печенье, кәмпіттер, жаңғақтар, мейіздер, шырындар және басқа да тәттілер. Дегенмен, мотивация ретінде тағамға сенбеу үшін оларды пайдалану жиілігін бақылау маңызды.

2. *Ойыншықтар мен заттық ынталандырулар*: әртүрлі тактильді және көрнекі тартымды заттар (шарлар, шындар, жіптер, ысқырықтар, сылдырмалар және т.б.). Аутизммен ауыратын бала үшін ойыншықтың өзі емес, оның белгілі бір қасиеттері (мысалы, айналу, қозғалыс, дыбыс) маңызды болуы мүмкін.

3. *Физикалық белсенділік*: батутта секіру, тербелу, қабырғаға өрмелеу немесе баланың моторикалық қажеттіліктерін қанағаттандыруға мүмкіндік беретін ынталандырудың басқа динамикалық түрлері.

4. *Сенсорлық күшейткіштер*: құшақтау, қытықтау, тербелу, айналдыру және құпиялылық сияқты ынталандырулар. Олар әсіресе сенсорлық бұзылыстары бар балалар үшін өте маңызды.

5. *Іс-әрекеті мен хоббиі*: мультфильм көру, музыка тыңдау, сурет салу, кітап парақтау. АСБ бар көптеген балалар үшін мұндай әрекеттер тек ойын-сауық емес, сонымен қатар өзін-өзі реттеудің маңызды элементі болып табылады.

6. *Ересектермен бірлескен ойындар* : рөлдік және саусақ ойындары, мысалы, «Ладушки», «Сорока», «Кеттік, кеттік» және басқалары, оларда серіктеспен өзара әрекеттесу балаға рахат әкеледі.

7. *Жетондар жүйесі*: бала стикерлерді, жұлдызшаларды, фишкаларды және басқа да символдық белгілерді алатын марапаттың жинақталған түрі, оларды

кейіннен маңыздырақ ынталандыруға айырбастауға болады. Бұл әдіс әсіресе кешіктірілген сыйақы туралы түсінік қалыптасқан оқытудың кейінгі кезеңдерінде тиімді.

8. *Әлеуметтік күшейткіштер*: үлкендердің мақұлдауы, күлімсіреу, мақтау, қол алысу. АСБ бар балалардың барлығы әлеуметтік сыйақыларды бірдей қабылдамайтынын ескеру қажет – кейбіреулер үшін олар маңызды болуы мүмкін, ал басқалары үшін, керісінше, мотивациялық әсер етпеуі мүмкін.

Күшейткіштерді таңдау және қолдану

Қажетті мінез-құлықты күшейту үшін қандай ынталандырулардың тиімді екенін анықтау үшін мұғалімдер мен ата-аналар баланы еркін ортада мұқият бақылауы керек. Кейбір қалауларды оның стереотиптік әрекеттерін талдау арқылы ашуға болады. Мысалы, қозғалыс стереотиптері бар балалар көбінесе тербелуден, секіруден және айналдырудан ләззат алады - мұндай әрекет түрлерін марапат ретінде пайдалануға болады.

Бақылаудан басқа, баланы жақсы білетін ата-аналармен және басқа маңызды ересектермен әңгімелесу маңызды. Осы деректер негізінде жеке күшейту рейтингі құрастырылады. Түзету жұмыстарының тиімділігін арттыру үшін күшейтетін ынталандырулар маңыздылығы бойынша жіктеледі: «ең күшті» күрделі немесе жаңа тапсырмаларды орындау, өзгерген ортадағы жұмыс және бейтаныс адамдармен әрекеттесу үшін қолданылады. Бұл тізімді жүйелі түрде қарап шығу керек, себебі баланың қалауы өзгеруі мүмкін[64].

Күшейткіштің негізгі принциптері

Күшейткіш жүйесін сәтті пайдалану үшін бірқатар принциптерді ұстану маңызды[15]:

- *Жеке көзқарас*: АСБ бар әр баланың өз қалауы бар және әмбебап күшейту жоқ. Бір баланы ынталандыратын нәрсе екіншісі үшін мүлдем тиімсіз болуы мүмкін.
- *Сәттілік принципі*: күшейту кездейсоқ емес, нұсқаулар орындалғаннан кейін ғана қамтамасыз етіледі.
- *Жедел жеткізу*: ынталандыру қажетті мінез-құлық пайда болғаннан кейін 0-3 секунд ішінде ұсынылуы керек.
- *Әртүрлі күшейткіштер*: Үйренуден аулақ болу үшін әр түрлі ынталандыру түрлерін кезектестіру қажет.
- *Жас ерекшеліктері*: жасөспірімдер тактильді және эмоционалды ынталандыруды бағалайтын сәбилерге қарағанда, басқа күшейткіштерден (мысалы, бейнелерді көру, мессенжерде сөйлесу) көбірек пайда көреді.
- *Әлеуметтік күшейтуге кезең-кезеңімен көшу*: түзеу жұмыстарының алғашқы кезеңдерінен бастап материалдық және физикалық ынталандыруды ауызша бекітумен біріктіру ұсынылады. Уақыт өте келе материалдық күшейтулер бірте-бірте жойылады, мадақтау мадақтаудың негізгі түріне айналады.

Осылайша, қадамдық әдісті, дәйекті күшейту жүйесін және ересек адамның құзыретті қолдауын қолдану АСБ бар балалардың оқу процесін тиімдірек етеді. Бұл стратегиялар түзету жұмыстарындағы қателерді азайтуға және балаңызға маңызды дағдыларды меңгеруге көмектеседі.

Аутизмге шалдыққан баланың ішкі әлемін көбіне кілті жоғалып кеткен асыл тастар сандықпен салыстырады. Дегенмен, егер сіз дұрыс әдістерді таңдасаңыз, мұндай балаларға сыртқы әсердің пассивті объектілері емес, өз өмірінің белсенді қатысушылары болуына көмектесе аласыз. Әрбір әдістің өзіндік артықшылықтары мен шектеулері бар екенін түсіну маңызды және эмоционалды-деңгейдегі, құрылымдық және оперантты оқыту элементтерін қамтитын интеграциялық тәсіл ғана максималды тиімділікке қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Түзету жұмысының табысты болуы мамандар мен жақын ересектерге, олардың шыдамдылығына, біліміне, балаға деген ілтипатпен қарауына байланысты. Стратегияларды қолдану ғана емес, сонымен қатар баланың жағдайын сезіне білу, әдістемені оның жеке ерекшеліктеріне бейімдеу және ұзақ, ауыр жұмысқа дайын болу маңызды.

4.2. Аутизмі бар балаларда сенсорлық интеграцияны дамыту

Аутизм синдромының даму механизмі сенсорлық ақпаратты өңдеу ерекшеліктерімен анықталады және дененің сыртқы және ішкі тітіркендіргіштерге парадоксальды реакцияларымен байланысты. Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар балаларда жоғары сезімталдық немесе анализаторлардың гипосезімталдығы әртүрлі көрініс береді: көру, есту, тері, қозғалтқыш, вестибулярлық, иіс сезу және дәм сезу. Бұл сенсорлық ерекшеліктер мінез-құлыққа, қоршаған ортаны қабылдауға, әлеуметтік жағдайларға бейімделуге айтарлықтай әсер етеді.

Аутизмдегі сенсорлық ерекшеліктер

Сенсорлық жоғары сезімталдық жеңіл жанасуды ауырсынуды тудыруы мүмкін, ал қарқынды қысым тыныштандырғыш ретінде сезіледі. Аутизммен ауыратын кейбір балалар ауырсынуды немесе суықты сезбейді, ащы тағамдарды, күшті иістерді ұнатады және жарақаттарға реакция бермейді. Басқалары, керісінше, киім маталарымен, тағамдық текстуралармен, температураның өзгеруінен немесе күшті иістермен байланыста қатты ыңғайсыздықты сезінеді.

Аутизмде адам ерік күшімен өзінің сенсорлық реакцияларын басқара алмайды. Олар көбінесе өздігінен және бақыланбайтын мінез-құлыққа әкеледі, бұл ынталандыруға мәжбүрлі реакция. Өздерінің бірегей сенсорлық тәжірибесін сипаттай алатын аутизмі бар адамдар күнделікті ынталандырулардан туындаған ыңғайсыздықты жиі хабарлайды[16]:

- «Мені көптеген дыбыстар мазалайды: қатты айғайлар, топтың шуы, көліктің шуы, есіктердің тарсылдауы, фломастер жазуы «Бұл дыбыстарды естімеу үшін мен құлағымды жабамын» (Т. Джоллифф).

- «Тағамның қандай екенін білмесем, жеу қиын болды. Мен оны аузыма салмас бұрын әрқашан саусақтарыммен сынап көрдім» (С. Бэррон).
- «Иттердің, мысықтардың, дезодоранттардың және қырынудан кейінгі иістердің күштілігі сонша, мен оларға мүлдем шыдай алмаймын» (Г. Гиллингем).
- «Мен бірнеше күн бойы жаңа киім киюім керек, оларға үйренуім керек. Бір аптадан бері киіп жүрген шалбарымды ауыстыру өте қиын» (Т. Грэндин).
- "Мен жарық шағылыстарына, металл беттерге, жарқыраған кез келген нәрсеге қарағанды ұнатамын. Мен сондай-ақ бірдей қабылдау әсерін жасау үшін шамдарды жылдам жыпылықтағанды немесе оларды қосып-өшіргенді ұнатамын" (Д. Вильямс).

Бұл сипаттамалар күнделікті өмірді айтарлықтай қиындатып, стрессті, алаңдаушылықты және бейімделмейтін мінез-құлықты тудыруы мүмкін.

Сенсорлық бұзылыстардағы әдеттен тыс мінез-құлық функциялары

Аутизмі бар баланың сенсорлық бұзылыстарымен байланысты әдеттен тыс мінез-құлық екі негізгі функцияны орындайды[77]:

1. *Сенсорлық қорғаныс* - жағымсыз немесе ауырсынуды болдырмауға бағытталған. Мысалы, есту анализаторының сезімталдығы жоғары бала құлағын жауып, тыныш жерге қашып кетеді немесе тіпті есту қабілетін уақытша өшіріп, естімейтіндей әсер қалдырады.

2. *Сенсорлық өзін-өзі ынталандыру* белгілі - бір анализаторлар жеткілікті сезімтал болмаған кезде пайда болады және сенсорлық сезімдерді күшейтуге бағытталған. Мысалы, моторикалық сезімталдығы төмен бала сенсорлық тітіркендіргіштердің жетіспеушілігін өтеу үшін шеңбер бойымен жүгіріп, тербеліп, секіреді немесе айналдырады.

Сонымен қатар, қабылдаудың кейбір арналарында жоғары сезімталдық пен басқаларында жоғары сезімталдықтың комбинациясы мүмкін. Мұндай жағдайларда баланың мінез-құлық өте әртүрлі болуы мүмкін: бір ынталандырудан аулақ болу екіншісін белсенді іздеумен біріктіріледі.

Сенсорлық ерекшеліктердің даму мен мінез-құлыққа әсері

Аутизмдегі сенсорлық бұзылулар бала өмірінің барлық аспектілеріне айтарлықтай әсер етеді. Олар тудыруы мүмкін:

- *Оқудағы және әлеуметтенудегі қиындықтар.* Бала топтық іс-әрекеттерден аулақ болуы мүмкін, шудың әсерінен күйзеліске ұшырауы немесе белгілі бір киімге немесе материалдардың текстурасына төзбеуі мүмкін.
- *Қозғалыс координациясының проблемалары.* Вестибулярлық бұзылулар ебедейсіздікте, жиі құлдырауда және қозғалыстарды үйлестіруде қиындықтарда көрінуі мүмкін.
- *Эмоционалды және мінез-құлық реакциялары .* Тітіркендіргіш сенсорлық ынталандырулар мазасыздықты, ашулануды, агрессияны немесе кетуді тудыруы мүмкін.

Әр түрлі балаларда сенсорлық ерекшеліктер әртүрлі түрде көрінетінін ескеру қажет. Бір бала белгілі бір дыбыстардан қорықса, екіншісі оларды қайталауға ынталы болады.

Сенсорлық бұзылыстарды түзету тәсілдері[75]

Аутизммен ауыратын балаларға қолдау көрсету үшін қажет:

1. *Ыңғайлы сенсорлық орта жасаңыз* - стресс тудыратын факторларды қарастырыңыз және олардың әсерін барынша азайтыңыз (мысалы, шу деңгейін төмендетіңіз, ыңғайлы киім таңдаңыз, күшті иістерден аулақ болыңыз).

2. *Жеке сенсорлық бағдарламаларды жасаңыз* - сенсорлық интеграция әдістерін қолданыңыз, алаңдаушылықты азайту үшін бейімделу стратегияларын енгізіңіз.

3. *Қарым-қатынастың баламалы түрлерін пайдаланыңыз* – балаңызға ым-ишара, карталар немесе басқа көмекші құралдар арқылы сенсорлық қажеттіліктерін білдіруге үйретіңіз.

4. *Бейімделу мінез-құлқының дамуын қолдау* - балаға қолайлы жағдайларда оларға үйренуге көмектесетін жаңа сенсорлық ынталандыруларды біртіндеп енгізіңіз.

Сенсорлық мәселелер аутизмнің маңызды аспектісі болып табылады, ол білім беруде, тәрбиелеуде және күнделікті өмірде ерекше тәсілдерді қажет етеді. Сенсорлық ақпаратты өңдеу механизмдерін білу ересектерге (ата-аналарға, мұғалімдерге, мамандарға) баланың мінез-құлқын жақсы түсінуге және оның бейімделуі мен дамуына ықпал ететін жағдайлар жасауға мүмкіндік береді.

Кесте 11. Аутизмдегі анализаторлардың сезімталдығының бұзылуы жағдайында мінез-құлық көріністері

Анализатордың атауы	Сенсорлық қорғаныс (тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдық)	Сенсорлық өзін-өзі ынталандыру (тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдық)
Көрнекі	жарқын жарықтан, көп адамдардан қорқады жиі жыпылықтайды көздің жанасуын болдырмайды көздерін жабады немесе қолдарымен бетін жабады бір нүктеге немесе объект арқылы қарап тұрады, көзқарасын бір объектіден екіншісіне ауыстыру қиынға соғады объектілердің ұсақ бөлшектеріне назар аударады объектілерге әдеттен тыс бұрыштан қарайды кітаптар мен суреттерге қызықпайды	көз алмаларына қысым жасайды қамтиды және жарықты өшіреді қайталанатын қозғалыстарды бақылайды (кітаптарды парақтау, есіктерді ашу және жабу, саусақтарды бет алдында жылжыту) объектілерді қатарға салады түсі немесе үлгісі қызықтырады

11-кестенің жалғасы

Аудио	<p>қолдарымен үнемі құлағын жауып тұрады басқаларды тітіркендірмейтін қатты, анық және күтпеген дыбыстар болған кезде мазасызданады (шаңқылдайды, жыпылықтайды)</p> <p>тұрмыстық шуды көтере алмайды (кір жуғыш машина, шаңсорғыш, фен)</p> <p>шудың көлемін ұлғайтады, фондық шу (теледидар, музыка, адамдар дауысы) болған кезде айтарлықтай бейхабар.</p> <p>эрең естілетін дыбыстарды естиді тыныш дыбыстарды, байсалды дауыс ырғағын жақсы көреді</p> <p>бақылаудан шығады, шулы жерлерде басы ауырады</p> <p>сырттағы дыбыстарды бөгеу үшін оның мұрнының астынан «гүбірлеу».</p>	<p>кейбір дыбыстарды танымайды есіктерді әдейі тарс жауып, заттарды қағады</p> <p>дыбыс шығаратын ойыншықтармен ойнайды</p> <p>айқайлайды, ыңырсыды, ызылдайды</p> <p>өзіне ұнаған дыбыстарды, сөздерді, сөз тіркестерін үнемі қайталайды</p> <p>шулы жерлерді, қатты дыбыстарды, жанды дауыс ырғағын жақсы көреді</p>
Тері	<p>кенеттен немесе кездейсоқ жанасу қаупіне байланысты басқа балалардың жанында болудан қорқады</p> <p>жабысқақ заттар мен текстураларға, таныс емес беттерге тимейді (саусақпен сурет салудан, пластилинмен мүсіндеуден, аппликация жасаудан бас тартады)</p> <p>белгілі бір матадан жасалған киімдерді, сондай-ақ бас киімдер мен қолғаптарды киюден бас тартады</p> <p>теріні ашқысы келмейді, жалаң аяқ жүрмейді жуудан, сусабынмен жуудан, тараудан және шашты кесуден аулақ болады</p>	<p>қарқынды, ұзақ құшақтарды іздейді</p> <p>тар жерлерде тұрып қалады қалың киім кигенді жөн көреді</p> <p>суыққа және ауырсынуға әлсіз жауап береді</p> <p>әдеттен тыс текстурасы бар объектілерге байланған өзін-өзі зақымдаумен айналысады (тырнау, шымшу, өз денесін тістеу, басын соғу, т.б.)</p>
Қозғалтқыш және вестибулярлық	<p>сақ және оның қимылдарына сенімсіз</p> <p>тепе-теңдікті жоғалтады</p> <p>жеткілікті күш қолданбау</p> <p>қажетсіз, айналмалы қозғалыстарды болдырмайды</p> <p>физикалық белсенділікті болдырмайды (жүгіру, велосипед тебу, би, доппен ойнау)</p>	<p>секіреді</p> <p>тербелу</p> <p>айналады</p> <p>қолдарын бұлғайды</p> <p>шеңберлерде мақсатсыз қозғалады</p> <p>заттармен және адамдармен жиі соқтығысады</p> <p>әдеттен тыс позыны қабылдайды және сақтайды</p>

Иіс және дәм сезу	<p>белгілі бір иістерден бас айналу, жүрек айнуы (парфюмерия, жұмыс істейтін электр құрылғылары, дәмдеуіштер, адам денесі); иістерге төзбеушілікке байланысты белгілі бір жерлерге бармайды (асхана, спорт залы, хайуанаттар бағы, қоғамдық дәретхана, үй жануарлары дүкені)</p> <p>басқалар байқамайтын иістерді сезеді</p> <p>жұмсақ тағамды жақсы көреді</p> <p>жаңа өнімдерден аулақ болады</p> <p>бірқатар тағамдардан бас тартады (тағамдағы қатты немесе жұмсақ текстуралардан, әртүрлі консистенциялы тағамдардың комбинацияларынан аулақ болады)</p> <p>тамақтану кезінде құсуға бейім</p>	<p>заттарды жалап, иіскеу арқылы зерттейді;</p> <p>қатты жағымсыз иісі бар заттарға бекітілген;</p> <p>ашы, тұзды, тәтті тағамдарды жақсы көреді;</p> <p>жеуге болмайтын заттарды кеміреді;</p>
-------------------	---	---

Мұғалімдер мен ата-аналар аутизммен ауыратын баланың көптеген адамдарға тән ынталандырулардан физикалық ыңғайсыздықты сезінетінін түсінбеуі мүмкін. Бұл оның мінез-құлқының дұрыс емес түсіндірілуіне әкеледі: бұл қиындық, тәрбиенің болмауы немесе тіпті ақыл-ой кемістігінің белгісі ретінде қабылдануы мүмкін. Дегенмен, мұндай мінез-құлық жиі маңызды функцияларды орындайды - ол балаға өзін бақылауда сезінуге, қауіпсіздікті қамтамасыз етуге және кейбір сенсорлық сезімдердің жетіспеушілігін өтеуге көмектеседі.

Сенсорлық мінез-құлық мәселелеріне тыйым салу аутизмі бар баланың проблемаларын нашарлатады. Бұл сенсорлық қорғаныстың жоғарылауына, өзін-өзі ынталандырудың неғұрлым айқын формаларының дамуына, тіпті жаңа, аз бейімделгіш және әлеуметтік қолайлы реакциялардың пайда болуына әкелуі мүмкін. Сый да, жазалар да аутизмдегі сенсорлық сезімталдықты қалыпқа келтіре алмайды, өйткені оның сипаттамалары табиғатта биологиялық болады.

Мұндай балаларға тиімді көмек көрсету үшін олардың жеке ерекшеліктері мен қажеттіліктерін ескеру қажет. Бұл мәселені шешу үшін қажет:

1. *Ыңғайлы сенсорлық ортаны ұйымдастыру* - стрессті тудыратын ынталандыруды азайту және қабылдау үшін қолайлы жағдайлар жасау.
2. *Жеке таңдалған сенсорлық ынталандыру* - бұл баланы сенсорлық әсердің әртүрлі түрлеріне бейімдеуге және өзін-өзі реттеу дағдыларын дамытуға бағытталған жүйелі тәсіл.

Аутизмі бар балаға сенсорлық ынталандыру

Сенсорлық ынталандыру - аутизмі бар балаға арнайы ұйымдастырылған өзара әрекеттесу кезінде оң сенсорлық тәжірибе жинақтауға мүмкіндік беретін

мақсатты процесс. Ол сенсорлық сезімталдықты теңестіруге бағытталған: жоғары сезімталдықты тегістеуге және жоғары сезімталдық жағдайында жеткіліксіз ынталандыруды толықтыруға[12].

Сенсорлық ынталандыру үдерісі баланың мінез-құлқын мұқият бақылауға, оның әртүрлі ынталандыруларға реакциясын талдауға және қолайлы сенсорлық әсерлер спектрін біртіндеп кеңейтуге негізделген (1 кестені қараңыз).

Сенсорлық сезімталдықтың жоғарылауы балалар үшін олардың қандай тітіркендіргіштерге салыстырмалы түрде қолайлы шыдайтынын анықтау және жұмсақ, бейімделген түрде жаңа сенсорлық ынталандыруларды біртіндеп енгізу маңызды. Мысалы:

- Егер бала қатты және күтпеген дыбыстарға, әсіресе сөйлеуге шыдамаса, тыныш ырғақты музыканы төмен дыбыспен тыңдаудан бастауға болады.
- Содан кейін құрылымы анық әндерді, балалар рифмаларын және кейінірек поэзия мәтіндерін тыңдауды ұсына аласыз.
- Ыңғайлы ортада сөйлеу дыбыстарына біртіндеп дағдылану сенсорлық шамадан тыс жүктемені азайтуға және сөйлеуді қабылдауды жақсартуға көмектеседі.

Сенсорлық сезімталдығы төмендеген балалар үшін стереотиптік өзін-өзі ынталандыратын әрекеттерді анағұрлым функционалды және әлеуметтік қолайлы әрекет түрлерімен ауыстыру жолдарын табу қажет. Мысалы:

- Егер сіздің балаңыз жиі жоғары және төмен секірсе, сіз оған батут жаттығуларын ұсына аласыз, бұл ұқсас вестибулярлық тәжірибені қамтамасыз етеді, бірақ ұйымдасқан түрде көмегі тиеді.
- Егер сіздің балаңыз қолдарын шапалақтаса, сіз оған пластилинмен модельдеу жасауды ұсына аласыз, бұл тактильді ынталандыруды қамтамасыз етеді, сонымен қатар моторика мен шығармашылықты дамытуға көмектеседі.

Сенсорлық ынталандыру принциптеріне біртіндеп, баланың жеке ерекшеліктеріне бейімделу, балаға процестен ләззат алуға мүмкіндік беретін қызықты және ынталандырушы әрекеттерді пайдалану жатады[64].

Бала дамуындағы сенсорлық ынталандырудың маңызы

Жүйелі және дұрыс ұйымдастырылған сенсорлық ынталандыру мыналарға ықпал етеді [46]:

- Сенсорлық шамадан тыс жүктемені азайту арқылы *мазасыздық деңгейін төмендету*.
- *Өзін-өзі реттеу дағдыларын дамыту* - бала қоршаған ортаға бейімделуді және өзінің сенсорлық реакцияларын басқаруды үйренеді.
- *Дүниемен өзара әрекеттесудің альтернативті стратегияларын қалыптастыру* – өзін-өзі ынталандырудың үйреншікті нысандары көбірек функционалды әрекеттермен ауыстырылады.
- *Өмір сүру сапасын жақсарту* – баланың күнделікті тапсырмаларды

орындауы жеңілдейді, өзін сенімдірек және жайлы сезінеді..

Осылайша, аутизмі бар балалардың сенсорлық ерекшеліктерін түсіну, сондай-ақ жеке сенсорлық ынталандыру стратегияларын жүзеге асыру олардың жан-жақты дамуына, әлеуметтенуіне және бейімделу дағдыларын жетілдіруге жағдай жасауға мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Оперантты оқытудың негізгі сипаттамалары қандай?
2. Оперантивті оқытуда фасилитация қалай қолданылады?
3. Оперантты оқытудағы күшейтудің маңызы қандай?
4. Аутизммен ауыратын балалардың сенсорлық интеграциясының дамуы қандай?
5. 1-кесте бойынша баланың мінез-құлқын талдаудың ерекшеліктері қандай?

Реферат тақырыптары.

1. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыста сенсорлық интеграция әдісін қолдану ерекшеліктері.
2. Балалық аутизмі бар балада құрдастарымен қарым-қатынасты дамыту құралы ретінде сенсорлық ойындар.
3. Аутизмдегі сенсорлық интеграциялық дисфункциялар.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балаларды оқыту контекстінде күшейту дегеніміз не?
 - a) Жағымсыз мінез-құлықты жазалау процесі
 - b) Ақпаратты есте сақтау әдісі
 - c) Мінез-құлықты күшейтуге көмектесетін оқиға
 - d) Ауызша мақұлдау түрі
 - e) Жағымсыз ынталандыруларды жою
2. Төмендегі күшейту әдістерінің қайсысы сенсорлық болып табылады?
 - a) Жетонмен марапаттау
 - b) Үлкендердің мақұлдау
 - c) Құшақтау, қытықтау, тербету
 - d) Ойыншықтар мен ынталандыру
 - e) Мультфильм көру
3. Күшейтудің қай принципі ынталандыруды дереу қамтамасыз ету қажеттілігін қамтиды?
 - a) Жеке тәсіл
 - b) Әртүрлі күшейткіштер
 - c) Табысқа тәуелділік принципі
 - d) Дереу қамтамасыз ету
 - e) Әлеуметтік күшейткіштерге біртіндеп көшу

4. Токен жүйесінде күшейткішның қандай түрі қолданылады?
- a) Тамақты күшейту
 - b) Дене белсенділігі
 - c) Күшейтудің жинақталған түрлері
 - d) Сенсорлық ынталандыру
 - e) Рөлдік ойындар
5. Төменде көрсетілген күшейту түрлерінің қайсысы жасөспірімдер үшін ең маңызды болып табылады?
- a) Тактильді стимулдар
 - b) Бейнелерді көру және мессенджерлік арқылы сөйлесу
 - c) Сүйіспеншілікке толы жанасулар
 - d) Ойыншықтар мен затты ынталандыру
 - e) Тәттілермен марапаттау
6. Қозғалыс стереотиптері бар бала үшін төменде көрсетілген ынталандырулардың қайсысы тиімді болуы мүмкін?
- a) Ауызша мақтау
 - b) Бірлескен рөлдік ойын
 - c) Батутта және әткеншекпен секіру
 - d) Стикерлерді тарату
 - e) Мультфильмге кіру
7. Белгілі бір күшейткіштерге дағдыланбауға не көмектеседі?
- a) Тек әлеуметтік күшейткіштерді қолдану
 - b) Әрқашан күшейткіштермен қамтамасыз ету
 - c) Әртүрлі күшейткіштерді
 - d) Сыйақы жүйесінен физикалық белсенділікті жою
 - e) Сенсорлық күшейткіштерді шектеу
8. Жаңа мінез-құлыққа біртіндеп дағдылану әдісі қалай аталады?
- a) Сенсорлық бейімделу
 - b) Біртіндеп дағдыландыру әдісі
 - c) Ауызша күшейтілген
 - d) Қарқынды түзету терапиясы
 - e) Ерекшелік жүйесі
9. Оқытудың кейінгі кезеңдерінде қандай күшейту түрі біртіндеп жойылады?
- a) Материалдық күшейткіштер
 - b) Әлеуметтік күшейткіштер
 - c) Ересек адаммен бірлескен ойындар
 - d) Сенсорлық стимулдар
 - e) Тамақты күшейткіштер
10. Неліктен күшейткіштерді таңдағанда баланың жасын ескеру маңызды?
- a) Азық-түлікті күшейтетін заттарды жою үшін
 - b) Мотивациялық ынталандыру жасына байланысты өзгертіндіктен

- с) Әлеуметтік дағдыларды тезірек дамытуға көмектесу үшін
- д) Сенсорлық ынталандыруды азайту үшін
- е) Физикалық күшейткіштерді жою

5. Дәріс. АСБ бар балаларды түзетудің негізгі және көмекші әдістері

5.1. АСБ түзетудің негізгі әдістері

Аутизмді түзетудің психологиялық-педагогикалық тәсілдері коммуникативті дағдыларды дамытуға, әлеуметтенуге, күнделікті, оқу және кәсіби дағдыларды меңгеруге бағытталған әртүрлі әдістерді қамтиды. Бұл әдістер даму ерекшеліктерінің орнын толтыруға, әлеуметтік ортаның талаптарына бейімделуге және баланы тиімді қолдау жүйесін құруға мүмкіндік береді. Ең танымал және дәлелденген тәсілдердің арасында эмоционалдық деңгейдегі тәсіл, қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА), сенсорлық интеграция, ТЕАССН бағдарламасы, негізгі жауап беру тренингі, Р.Л.А.У. жобасы және «Ойын уақыты» әдісі бар.

Эмоционалды-деңгейлік тәсілді В.В.Лебединский, К.С.Лебединская және О.С.Никольская жасаған және терапевт пен бала арасында тұрақты эмоционалдық байланыс орнатуға бағытталған. Ол қорқыныш, агрессия, негативтілік және мінез-құлықтың стереотиптік формалары сияқты көріністерді жоюға бағытталған. Бұл әдіс ойын терапиясы, психодрама және эстетикалық терапияны негізгі құралдар ретінде пайдалана отырып, қарым-қатынас дағдыларын және әлеуметтік өзара әрекеттесу дағдыларын дамытуға ықпал етеді. Негізгі идея - баланы ол үшін ең тартымды іс-әрекетке тарту барлық психикалық функциялардың даму процестерін бастайды. Әдіс директивалық әсер ету элементтерін жоққа шығарады, ал көрнекі кестелер сияқты көмекші құралдар негізгі құралдар емес, қосымша болып саналады. Дегенмен, тәжірибе көрсеткендей, бұл тәсіл аутизмнің жеңіл түрлерімен ауыратын балалармен жұмыс істегенде ең жақсы нәтиже береді, ал одан да ауыр бұзылуларда оның тиімділігі төмендейді, ал оң өзгерістер баяу және шектеулі түрде пайда болады.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА) мінез-құлық психологиясының принциптеріне негізделген және балалардың әлеуметтік және академиялық дағдыларын дамытуға бағытталған. Әдістің негізі қалаған мінез-құлықты марапаттау жүйесі болып табылады, ол оны бекітуге көмектеседі. Әдіс баланың мотивациясын дамытуды, сондай-ақ болжамды нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік беретін сыныптардың нақты құрылымын белсенді пайдаланады. Бұл тәсіл ең тиімді болып саналады, әсіресе түзету жұмыстары дамудың ерте сатысында басталса. Ол әртүрлі елдерде кең таралған және оқу орындарында, түзету орталықтарында және үйде белсенді түрде қолданылады.

Сенсорлық интеграция – мидың сенсорлық тітіркендіргіштерді қабылдау және өңдеу қабілетін дамытуға бағытталған әдіс. Аутизммен ауыратын балалар бұл процесте жиі қиындықтарға тап болады, бұл алаңдаушылықтың жоғарылауына, белгілі бір ынталандырудан аулақ болуға немесе керісінше сенсорлық іздеуге әкелуі мүмкін. Сенсорлық интеграция сенсорлық қабылдауды қалыпқа келтіруге көмектесетін әртүрлі жаттығуларды қамтиды. Мысалы, гамакта тербелу кеңістікті бағдарлауды дамытуға көмектеседі, музыкамен билеу есту қабылдауын жақсартуға көмектеседі, ал бұршақ толтырылған қораптармен ойнау тактильді сезімталдықты дамытады. Басқа тиімді әдістерге туннельдерде жорғалау, тербелетін заттармен жанасу, орындықта айналу және штангада теңгерімдеуді қамтиды. Бұл жаттығулар балаға өз денесін жақсы түсінуге, қоршаған ортаға бейімделуге және өзін-өзі реттеу стратегияларын дамытуға көмектеседі [69].

TEACCH бағдарламасы аутизмі бар балалардың әлеуметтік бейімделуін дамытуға бағытталған кешенді түзету әдісі болып табылады. Оның негізгі қағидалары – оқытуға жеке көзқарас, көрнекі кестелерді пайдалану және дербестік дағдыларын жүйелі түрде дамыту. Бағдарлама Солтүстік Каролина университетінде әзірленген және әртүрлі елдерде кеңінен қолданылады. Ол балаға кеңістікте және уақытта бағдарлауға, сондай-ақ танымдық және коммуникативті қабілеттерін дамытуға мүмкіндік беретін құрылымдық оқытуды қамтиды. Болжамды мінез-құлық үлгілеріне ықпал ететін және алаңдаушылықты азайтатын ортаны ұйымдастыру маңызды.

Негізгі әрекетті оқыту әдісі мотивация, өзін-өзі басқару, әлеуметтік бастама және көптеген белгілерге жауап беру сияқты негізгі мінез-құлық дағдыларын дамытуға бағытталған. Ол тілді, коммуникативті және танымдық қабілеттерді дамыту үшін қолданылады, сонымен қатар ата-аналардың түзету процесіне белсенді қатысуын көздейді. Бұл әдісті қолдану баланың оқу орындарына және әлеуметтік ортаға бейімделуін жақсартуға көмектеседі.

The P.L.A.Y. Project жобасы ата-аналар мен мамандарды аутизммен ауыратын балалармен қалай қарым-қатынас жасау керектігін үйретуге арналған ерте араласу бағдарламасы. Бағдарламаның негізгі мақсаты – балаға қоршаған әлеммен қарым-қатынас жасаудың жаңа тәсілдерін біртіндеп меңгеруге мүмкіндік беретін ойын арқылы қарым-қатынас дағдыларын дамыту. Бұл бағдарлама АҚШ-та, Канадада, Ұлыбританияда, Австралияда және басқа елдерде кең тарады, онда ол жас балалармен түзету жұмыстарын жүргізу үшін белсенді қолданылады.

«Ойын уақыты» әдісі баланың дамуының бірте-бірте алты кезеңінен өтетін тұжырымдамасына негізделген: қоршаған әлемге қызығушылық, байланыстылықты қалыптастыру, екі жақты қарым-қатынасты дамыту, өзін-өзі тану, символдық ойын және эмоционалды ойлау. Жұмыс барысында баланың дамуының тежелген немесе тоқтаған кезеңдері анықталып, оны жеңуге жағдай

жасалады. Бұл тәсіл балаға табысты әлеуметтік бейімделу үшін қажетті дамудың барлық деңгейлерін біртіндеп меңгеруге көмектеседі[51].

Осылайша, аутизмі бар балалармен түзету жұмысы баланың жеке қажеттіліктеріне бейімделген әртүрлі әдістерді қолдануды қамтитын кешенді тәсілді талап етеді. Оңтайлы стратегия әдістердің үйлесімін, дағдыларды дәйекті дамытуды, кәсіби және ата-аналардың қатысуын, оқу мен әлеуметтену үшін қолайлы ортаны құруды қамтиды. Түзету жұмыстарының тиімділігі таңдалған әдістердің жүйелік сипатына, жүйелілігіне және қолдану ұзақтығына байланысты.

5.2. АСБ түзетудің көмекші әдістері

Көмекші терапия әдістері аутизмді түзетудің негізгі тәсілдерін жүзеге асыру үшін қолайлы жағдайлар жасайды, олардың тиімділігін арттыруға және баланы өзара әрекеттесу процесіне бейімдеуге көмектеседі. Дегенмен, оң әсерге қарамастан, олар емдеудің тәуелсіз және жеткілікті әдістері ретінде әрекет ете алмайды. Көмекші әдістердің ішінде иппотерапияны, дельфиндермен жүзуді, холдинг терапиясын, эстетикалық терапия мен ойын терапиясының әртүрлі әдістерін, сондай-ақ массаж және гипнозды бөліп көрсетуге болады.

Холдинг-терапия әдісін 1980 жылдары американдық психиатр М.Уэлч ұсынған және бала мен отбасы арасындағы негізгі эмоционалдық сенімді қалпына келтіруге бағытталған. Әдістің негізгі принципі - баланы ата-ананың немесе терапевттің қолында ұстау, бұл әдісті жақтаушылардың пікірінше, күшті эмоционалдық байланыс орнатуға көмектеседі. Холдинг-терапия баланың қарсылық пен наразылықты бастан кешіруін, бірақ ақырында жақындықты қабылдап, басқаларға сене бастауын қамтиды. Әдістің негізгі идеясы - аутизм спектрі бұзылған балаларда көрінетін эмоционалдық «жақындау» және «алдын алу» жүйелері арасындағы теңгерімсіздікті жеңу. Дегенмен, бұл әдіс даулы болып қала береді, өйткені кейбір жағдайларда оны қолдану балада стрессті тудыруы және жағымсыз салдарға әкелуі мүмкін.

Массаж аутизмді емдеуде қолданылатын кең таралған қосымша терапия. Ол сенсорлық сезімдерді қалыпқа келтіру, бұлшықет кернеуін жеңілдету және жанасуға төзімділікті дамыту үшін қолданылады. Аутизммен ауыратын көптеген балалар тактильді ынталандыруға жоғары сезімталдықты сезінеді, бұл массажға бейімделу процесін ұзақ және біртіндеп жасайды. Кейбір жағдайларда алғашқы сеанстар бірнеше секундқа созылады, ал бірнеше айдан кейін ғана ұзақ процедуралармен ыңғайлы балаға қол жеткізуге болады. Дегенмен, үнемі қолданған кезде, массаж алаңдаушылықты азайтуға, тактильді байланысқа төзімділікті арттыруға және баланың жалпы әл-ауқатын жақсартуға көмектеседі.

Қарқынды терапия әдістерімен үйлесетін гипноз кеш аутизммен ауыратын балалармен жұмыс істеуде тиімді құрал бола алады. Ол транс күйіндегі баламен жақынырақ байланысуға мүмкіндік береді, бұл өзара әрекеттесу процесін жеңілдетеді. Гипноз жағдайында баланың мазасыздану деңгейі төмендейді,

вербальды және вербальды емес ынталандыруға бейімділік артады, бұл қарым-қатынасты жақсартуға көмектеседі. Сонымен қатар, көз тиюден аулақ болу, басқаларды елемеу және араласудан бас тарту сияқты дәстүрлі кедергілер ішінара жойылады. Дегенмен, туа біткен аутизмде гипнозды қолдану әлі де зерттелмеген және оның тиімділігі қосымша зерттеулерді қажет етеді.

Музыкалық терапия XX ғасырдың ортасынан бастап кеңінен қолданылып келе жатқан көмекші түзетудің ең танымал әдістерінің бірі болып табылады. Оның тиімділігі музыканың баланың эмоционалдық жағдайына, зейіні мен танымдық қызметіне оң әсер ету қабілетінде. Терапия кезінде балалардың коммуникативті дағдылары қалыптасады, өзара әрекеттесу мотивациясы артады, шығармашылық қабілеттер мен өзін-өзі көрсету қажеттілігі қалыптасады. Сонымен қатар, музыка есте сақтауды, шоғырлануды және жалпы сенсорлық интеграцияны жақсартуға көмектеседі. Сабақтар музыканы пассивті тыңдауды, аспаптарды, вокалды және би терапиясының элементтерін пайдаланып дыбыстарды белсенді шығаруды қамтуы мүмкін.

Үй жануарлары терапиясы немесе жануарлармен терапия баланың қарым-қатынас дағдыларын дамытуға және алаңдаушылық деңгейін төмендетуге бағытталған. Зерттеулер көрсеткендей, жануарлармен өзара әрекеттесу аутизмі бар балаларға агрессия деңгейін төмендетуге, эмоционалды жарылыстардың жиілігін азайтуға және олардың жалпы психоэмоционалдық жағдайын жақсартуға көмектеседі. Үй жануарларын емдеудің ең көп таралған бағыттары иттер мен жылқылармен сеанстар болып табылады, бірақ кейбір жағдайларда мысықтар мен дельфиндер қолданылады. Су ортасында дельфиндермен әрекеттесу зейінді дамытуға, коммуникация дағдыларын және сенсорлық интеграцияны жақсартуға көмектеседі. Дельфин терапиясы кең таралған тәжірибе болмаса да, оның тиімділігі аутизммен ауыратын балалардың ата-аналары мен мамандарының көптеген оң пікірлерімен расталады[38].

Осылайша, көмекші әдістер баланың эмоционалдық байланысын, сенсорлық бейімделуін, танымдық және коммуникативті қабілеттерін дамытуға көмектесетін аутизмді түзетуге кешенді көзқараста маңызды рөл атқарады. Олар емдеудің негізгі әдістерін алмастыра алмаса да, оларды негізгі терапиялық бағдарламалармен бірге қолдану баланың қоғамда табысты әлеуметтену және бейімделу мүмкіндігін айтарлықтай арттырады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ түзетуде қандай әдістер негізгі болып саналады?
2. АСБ түзетуде қандай көмекші әдістер қолданылады?
3. Педагог-психолог АСБ бар баламен жұмыс жасағанда қандай негізгі әдісті қолданады және неліктен?

Реферат тақырыптары.

1. Гипноз АСБ терапиясы ретінде
2. Аутизмге арналған иппотерапия.
3. Аутизмге дельфиндермен бірге жүзу.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Аутизмді түзетудің психологиялық-педагогикалық тәсілдерінің негізгі мақсаты қандай?
 - a) Баланы толық қалпына келтіру
 - b) Танымдық қабілеттерін арттыру
 - c) Қарым-қатынас және әлеуметтену дағдыларын қалыптастыру
 - d) Сенсорлық артық жүктемені жою
 - e) Шығармашылық қабілеттерін дамыту
2. Төмендегі әдістердің қайсысы мінез-құлық психологиясының принциптеріне негізделген?
 - a) ТЕАССН бағдарламасы
 - b) Қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА)
 - c) Сенсорлық интеграция
 - d) The P.L.A.Y. Project
 - e) «Ойнау уақыты» әдісі
3. Эмоционалды деңгейдегі тәсілді кім әзірледі?
 - a) М.Уэльч
 - b) В.В.Лебединский, К.С.Лебединская және О.С.Никольская
 - c) Э.Шоплер
 - d) С.Гринспен
 - e) И.Ловаас
4. Сенсорлық қабылдауды қалыпқа келтіруге бағытталған жаттығулар қай әдіске жатады?
 - a) АВА
 - b) ТЕАССН
 - c) Сенсорлық интеграцияланған
 - d) Холдинг терапиясы
 - e) The P.L.A.Y. Project
5. ТЕАССН бағдарламасын қай университет әзірледі?
 - a) Гарвард университеті
 - b) Оксфорд университеті
 - c) Солтүстік Каролина университеті
 - d) Мәскеу мемлекеттік университеті
 - e) Сорбонна
6. Қандай әдіс ата-аналар мен мамандарды аутизммен ауыратын балалармен өзара әрекеттесу әдістеріне үйретуге бағытталған?
 - a) The P.L.A.Y. Project

- b) Ойын уақыты әдісі
 - c) Сенсорлық интеграцияланған
 - d) ТЕАССН бағдарламасы
 - e) Қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА)
7. Қандай көмекші түзету әдісі бала мен ата-ана арасындағы эмоционалдық сенімді қалпына келтіруге бағытталған?
- a) Гипноз
 - b) Үй жануарларымен емдеу
 - c) Ұстап емдеу
 - d) Музыкалық терапия
 - e) Психодрама
8. Жануарлармен әрекеттесу арқылы баланың қарым-қатынас дағдыларын жақсартуға және алаңдаушылықты азайтуға қандай терапия көмектеседі?
- a) Үй жануарлары терапиясы
 - b) Ұстау терапиясы
 - c) Сенсорлық интеграция
 - d) Ойын уақыты
 - e) АВА
9. Қандай түзету әдісінде құрылымдық оқыту және көрнекі кестелер қолданылады?
- a) Сенсорлық интеграция
 - b) АВА
 - c) ТЕАССН бағдарламаланған
 - d) Музыкалық терапия
 - e) Холдинг-терапиясы
10. Көмекші әдістердің қайсысы музыканы, вокалды және би элементтерін пассивті тыңдауды қамтуы мүмкін?
- a) Үй жануарлары терапиясы
 - b) Сенсорлық интеграция
 - c) Ұстау терапиясы
 - d) Музыкалық терапия
 - e) АВА

6. Дәріс. Аутизмі бар балалардың коммуникативтік және әлеуметтік құзыреттіліктерін дамыту. АСД бар балалардың проблемалық мінез-құлқын түзету

6.1. Сөйлеудің даму кезеңдері.

Қазіргі әлемде қарым-қатынас жасау, келіссөздер жүргізу, басқаларды түсіну және өз ойыңызды дәл тұжырымдау қабілетінің маңыздылығын асыра бағалау қиын. Бұл дағдылар олардың нейротиптік қасиетіне қарамастан барлық адамдар үшін маңызды. Аутизм спектрі бұзылған адамдар үшін қарым-қатынас дағдыларын дамыту әлеуметтік бейімделудің негізгі міндеттерінің бірі болып табылады.

Аутизммен ауыратындарға көмек көрсету жүйесі олардың қоғамға кірігуіне ғана емес, әр баланың жеке ерекшеліктерін ескеруге бағытталуы керек. Оқыту және түзету жұмыстарын олардың мүмкіндіктері мен қажеттіліктеріне қарай құрылымдау маңызды. Түзету жұмысының маңызды аспектілерінің бірі сөйлеу дағдыларын дамыту болып табылады. Аутизм спектрі бұзылған балалардың сөйлеуін дамыту процесі уақытты, шыдамдылықты және ата-аналардан, мұғалімдерден және мамандардан үнемі қолдауды қажет етеді. Бұл процесті мәжбүрлеуге жол берілмейтінін түсіну маңызды және дереу нәтижелердің болмауы көңілсіздікке себеп болмауы керек.

Түзету жұмысы ми құрылымдарының бұзылмаған дамуына, сонымен қатар дерексіз сөздер мен ұғымдарды алмастыратын көрнекі бейнелерді пайдалануға негізделген. Бұл процесте көрнекі құралдар, соның ішінде суреттер, белгілер және көрнекі белгілер маңызды рөл атқарады. Сонымен қатар сөйлеуді дамытуға елеулі кедергі болуы мүмкін артикуляциялық апраксияны жеңу бойынша жұмыс жүргізілуде. Дегенмен, жүйелі жұмыстың өзі баланың өзіне айтылған сөзді немесе оқылған мәтінді бірден түсінуіне кепілдік бермейді.

Сөйлеуді дамытуда табысқа жету үшін бірнеше алдын ала кезеңдерден өту керек[28].

Бірінші кезең – бала мен мұғалім арасындағы алғашқы байланыс орнату. Сәтті өзара әрекеттесу үшін бала өзін қауіпсіз сезінуі, үлкенге сене білуі және онымен қарым-қатынас жасауға мүдделі болуы керек. Бұл кезеңде маман баланың назарын аударатын ынталандыруларды анықтайды және ынталандырудың жеке әдістерін әзірлейді. Алынған ақпарат негізінде балада сабаққа және жалпы оқу процесіне оң көзқарасты дамытуға көмектесетін марапаттау жүйесі құрылады.

Екінші кезең – бастауыш оқу дағдыларын қалыптастыру. Табысты оқу үшін шоғырлануға және жақсы әдеттерді қалыптастыруға ықпал ететін жұмыс кеңістігін ұйымдастыру маңызды. Көптеген жағдайларда сабақтар үстелде өткізіледі, бірақ егер бала ыңғайсыздықты сезінсе, онда бастапқы кезеңде оқытуды оған ыңғайлы басқа жерде, бірте-бірте ұйымдасқан кеңістікке көшіруге болады. Бұл үдерісте баланың оқу-тәрбие процесіне бейімделуіне көмектесетін, сонымен қатар оның мұғаліммен және қоршаған ортамен өзара әрекетін ұйымдастыратын тьютор маңызды рөл атқарады. Жұмыс кеңістігі пайдалы стереотиптерді дамытуға ықпал ететіндей етіп ұйымдастырылуы керек, мысалы, орындалған тапсырмалар әрқашан сол жақта және үлестірімелі материалдар оң жақта орналасады. Бірте-бірте бала өз жұмыс орнында тәртіпті өз бетінше

сақтауға үйренеді, бұл тәуелсіздікті дамыту жолындағы маңызды қадам болып табылады.

Дұрыс әрекеттерді ынталандыру үшін баланы одан әрі оқуға ынталандыратын оңды күшейту жүйесі қолданылады. Сонымен бірге көз жанасуына балама әзірлеу жұмыстары жүргізілуде. Көп жағдайда аутизм спектрі бұзылған балалар көзбен байланысудан аулақ болады, сондықтан мұғалім өзара әрекеттесудің басқа әдістерін қолдана алады, мысалы, баланың көзқарасын суретке немесе затқа бекіту. Сіз бірте-бірте «маған қараңыз» пәрменін енгізе аласыз, бірақ егер ол балаға ыңғайсыздықты немесе стрессті тудырмаса. Бұл кезеңде баланың ақпаратты жақсы қабылдауына көмектесетін «алу», «қою» немесе «беру» сияқты қысқа және анық командаларды қолдану ұсынылады.

Үшінші кезең «иә», «жоқ» сияқты меңзеу қимылдары мен келісім қимылдарын дамытуды қамтиды. Егер бала бұл ым-ишараны өз бетінше қолданбаса, онда олардың дамуы сабақ кезінде болуы керек. Жұмыс процесінде мұғалім балаға үнемі қарапайым сұрақтар қояды, ол басын изеп жауап бере алады. Біртіндеп балаға өз қалауы мен қажеттіліктерін білдіруге көмектесетін қосымша қимылдар енгізіледі. Қимылдарды қолдануды ынталандыру үшін олардың қарым-қатынас процесіндегі маңыздылығын атап өту маңызды. Мысалы, басқатырғыштармен немесе құрылыс жинағымен жұмыс істегенде, «жылжыту» немесе «бұрылу» пәрмендерін қолдануға болады, содан кейін бала тапсырманың дұрыс орындалғанын тексереді, мұны «тегіс» деген түсініктемемен сүйемелдейді.

Төртінші кезең – бірнеше түрлі бағыттарды қамтитын оқуға үйрету. Әдістердің бірі аналитикалық-синтетикалық оқу болып табылады, онда бала әріптерді зерттейді және оларды буындар мен сөздерге біріктіруді біртіндеп үйренеді. Тағы бір әдіс – буындық оқу, ол баланың еркін сөйлеуін және дыбыстың үйлесімділігін дамытуға көмектеседі. Аутизмі бар балалар үшін ең тиімдісі визуалды жадыға негізделген жаһандық оқу болып саналады. Бұл әдісті қолданғанда бала сөздерді графикалық бейнелеуді нақты объектімен байланыстыра отырып, толық есте сақтайды.

Оқу дағдыларын табысты дамыту үшін сөйлеу процестерін автоматтандыруға бағытталған жаттығулардың әртүрлі түрлері қолданылады. Осындай жаттығулардың бірі - баланың аты, оның туыстарының есімдері немесе таныс заттардың аттары сияқты таныс сөздер мен автоматтандырылған инграммаларды оқу. Сабақ барысында бала картадағы жазуды «танады» және оны сәйкес суретпен сәйкестендіреді. Тағы бір маңызды жаттығу - әртүрлі тақырыптық категориялардағы суреттермен бірге сөздерді оқу. Баланың оқуға деген ынтасын арттыру үшін тақырыптарды таңдауды оның қызығушылықтарымен сәйкестендірген дұрыс.

Оқу дағдыларын дамытудың тағы бір жолы - балаға оқылған мәтіннің мағынасын жақсы түсінуге көмектесетін жазбаша нұсқаулармен жұмыс. Мысалы, мұғалім етістік өзгеріссіз қалғанда зат есімдер өзгеретін сөйлемдер құра алады,

бұл балаға әртүрлі конструкциялардың мағынасын біртіндеп меңгеруге мүмкіндік береді. Сондай-ақ сәйкес сөйлемдер жасалған оқу суреттерінің қатарын пайдалануға болады. Жұмыс барысында сіз баланың сөздік қорын кеңейтуге көмектесетін түстерді, пішіндерді және өлшемдерді белгілейтін белгілерді пайдалана аласыз.

Оқу дағдыларын дамытумен қатар, артикуляцияны дамытуға көңіл бөлу керек. Осы мақсатта дыбыстардың дұрыс айтылуын дамытуға бағытталған түрлі логопедиялық жаттығулар қолданылады. Бастапқы кезеңде логопед балаға тактильді ынталандыруды қолдана отырып, дыбыстарды шығаруға көмектеседі, мысалы, диафрагма аймағын аздап басу немесе мұрынды қысу. Бірте-бірте бала дыбыстарды өз бетінше қайталай бастайды, бұл сөйлеу функциясын дамытудағы маңызды қадам болып табылады[55].

Осылайша, аутизм спектрі бұзылған балалардың сөйлеуін дамыту жүйелі көзқарасты, шыдамдылықты және жеке көзқарасты талап етеді. Оқыту баланың мүмкіндіктерін ескере отырып кезең-кезеңімен өтеді және негізгі коммуникациялық дағдыларды, ым-ишараны, көрнекі қабылдауды және артикуляцияны қамтиды. Сөйлеуді дамытудың кешенді тәсілі баланың қарым-қатынас дағдыларын біртіндеп жақсартуға мүмкіндік береді, оның табысты әлеуметтенуіне және қоғамға интеграциялануына ықпал етеді.

6.2. Аутизммен ауыратын балалардың коммуникативті дағдыларын дамыту.

Сөйлеудің қарым-қатынас құралы ретінде жан-жақты дамуы үшін баланың жан-жақты дамуы қажет, оның ішінде сөйлеу жаттығулары ғана емес, сонымен қатар пәндік дағдыларды қалыптастыру қажет. Бала естіген сөздерді механикалық түрде қайталап қана қоймай, басқалармен қарым-қатынас жасау процесінде сөйлеуді де қолдана алуы маңызды. Баланың өз бетінше пәндік іс-әрекеті мен оның білім алуына және әлеуметтенуіне қатысатын ересектердің белсенді сөйлеу әрекетінің үйлесуі ерекше маңызға ие.

Аутизм спектрі бұзылған балалар көбінесе стереотиптік әрекеттерге бейім болады, онда объектке қатысты әрекеттер ойыншықтармен немесе тұрмыстық заттармен монотонды манипуляцияларға дейін төмендейді. Сонымен қатар, олардың сөйлеу өнімі эхолалиямен, жағдайға сәйкес келетін немесе мүлдем контекстен тыс болуы мүмкін формулалық тіркестер мен сөз тіркестерін қайталаумен шектеледі. Кейде аутизммен ауыратын балаларда ырғақты ұйымдастырылған сөйлеуге қызығушылық артады, ол үнемі өлең айтуда немесе ән жолдарын қайталауда көрінеді. Дегенмен, сөйлеу әрекетінің мұндай формалары әрқашан тілді мағыналы қолданумен қатар жүрмейді, мақсатты түзету жұмыстарынсыз бала сөйлеуді толыққанды қарым-қатынас құралы ретінде пайдалануды үйренбеуі мүмкін.

Қарым-қатынасты дамытудағы маңызды қадамдардың бірі кездесу және қоштасу рәсімдерін қалыптас тыру болып табылады. Бала айналасындағы барлық адамдармен - мұғалімдермен, сыныптастармен, мектеп ұжымымен қарым-қатынаста амандасу және қоштасу сөйлеу формулаларын меңгеруі және үнемі қолдануы керек. Бұл сөйлеу дағдыларын дамытуға ғана емес, сонымен қатар баланың әлеуметтік нормаларға бейімделуіне көмектеседі. Бірте-бірте ол әртүрлі әлеуметтік жағдайларды ажыратуды және сәйкес сөздік қорын таңдауды үйренеді. Мысалы, ол «сәлем» және «қош бол» деген сөздерді қолданып, үлкендермен құрметпен сөйлесу керектігін үйренеді, ал бейресми жағдайда құрдастарымен «сәлем» немесе «қош бол» деп айта алады.

Егер бала сынып іс-әрекетіне ішінара қосылса, уақыт өте келе ол мерекелермен құттықтау, тілектер айту сияқты сөйлеу қарым-қатынасының күрделі түрлерін меңгере бастайды. Бір қарағанда, бұл сөз тіркестері елеусіз болып көрінеді, бірақ аутизммен ауыратын бала үшін олар күрделі қиындық тудырады. Мұндай сөйлеу формаларын меңгеру баланың әлеуметтік шекарасын кеңейтуге көмектеседі, оны қоршаған әлемді жақсы түсінуге және онымен белсенді қарым-қатынас жасауға үйретеді[37].

Сөйлеуді дамытудың тағы бір маңызды аспектісі - баламен оны қызықтыратын тақырыптарды талқылау. Аутизммен ауыратын балалар қарым-қатынаста таңдаулылық танытады және белгілі бір адамдарға - сыныптастарына, мұғалімдеріне немесе басқа маңызды тұлғаларға қызығушылық танытады. Мұндай жағдайларда ересектер балаға өз сұрағын тұжырымдауға көмектесіп, оны тиісті адамға бағыттау маңызды. Дегенмен, аутизммен ауыратын балалар қарым-қатынас кезінде жиі ұялшақтықты сезінеді, сондықтан ересектер оларға қорқыныш пен сенімсіздікті жеңуге көмектесу үшін қолдау көрсетуі керек.

Баланың ой-өрісін кеңейту оның сөйлеу, коммуникативті дағдыларын дамытуда да маңызды рөл атқарады. Аутизммен ауыратын балалардың қызығушылықтары жиі тар шеңберде болғандықтан, оларды бірте-бірте жаңа тақырыптармен таныстыру қажет, бірақ мұны оларға бұрыннан таныс және мағыналы нәрселер негізінде жасау керек. Бұл үдерістегі тиімді құрал – көркем әдебиетпен және оқу әдебиетімен жұмыс. Кітаптарды бірге оқып, сюжеттер мен кейіпкерлерді талқылау сөйлеуді түсінуді дамытуға, жаңа ұғымдарды қалыптастыруға және сөздік қорын кеңейтуге көмектеседі.

Аутизм спектрі бұзылған балалардың сөйлеу және қарым-қатынас дағдыларын дамыту бойынша жұмыс мұғалімдерден үлкен шыдамдылықты, мұқияттылықты және жеке көзқарасты талап етеді. Балаға сөйлеудің жаңа түрлерін үйретіп қана қоймай, оны шынайы өмірге кіріктіруге көмектесу, қарым-қатынас процесін мазмұнды және өнімді ету маңызды. Мамандар әр баланың ерекшеліктерін ескеріп, оның бастамасын қолдап, өзін сенімді әрі жайлы сезінетіндей жағдай жасауы керек. Бұл кешенді тәсіл сөйлеу дағдыларын

дамытып қана қоймайды, сонымен қатар баланың өмір сүру сапасын айтарлықтай жақсартады, оның сәтті әлеуметтенуіне ықпал етеді.

6.3. АСБ бар балалардың әлеуметтік құзыреттіліктерін дамыту

Зерттеушілер әлеуметтік және коммуникациялық дағдылардың жеткіліксіз дамуы аутизм спектрі бұзылған балалардың толық дамуына, бейімделуіне және әлеуметтенуіне кедергі келтіретін негізгі мәселелердің бірі деп санайды. Бұл қиындықтар қажеттіліктің, мотивацияның және қарым-қатынас жасау қабілетінің болмауынан туындайды, бұл сыртқы әлеммен өзара әрекеттесу дағдыларын дамытуға елеулі кедергі жасайды. Ғылыми әдебиеттерде АСБ бар балалардың коммуникативті дағдыларын дамыту олардың басқаларға деген аффективті қатынасын қалыптастыру және сөйлеу әрекетіне табиғи қажеттілікті тудыру негізінде құрылуы керек деп атап көрсетеді.

Аутизммен ауыратын балалардың әлеуметтік қарым-қатынасының бұзылуы өмірінің алғашқы айларында өзін көрсете бастайды. Л.Т.Журба мен Е.М.Мастюкованың зерттеулері көрсеткендей, ерте жастан әңгімелесушінің көзіне назар аударатын нейротиптік сәбилерге қарағанда, аутист балалар жиі көз тиюден аулақ болады. Олар ересек адамның бетіне қарап, жоғары қарауы немесе әңгімелесушінің «арқылы» болуы мүмкін. Ата-аналардың бақылауларына сәйкес, олардың алғашқы күлкісі стандартты уақытта пайда болуы мүмкін, бірақ ол адамға бағытталған емес. Сонымен қатар, өмірінің бірінші жылындағы аутист балалар көбінесе басқаларға немқұрайлы қарайды: олар ересектердің оларды көтеру әрекеттеріне аз жауап береді, кейде денелерін шиеленістіреді немесе тіпті физикалық байланыс пен сүйіспеншілікке қарсылық көрсетеді.

АСБ бар балалар есейген сайын олардың коммуникативті дағдылары айқынырақ болады. Мысалы, А.А.Нестерова және оның авторлары атап өткендей, ұйымдастырылған бірлескен ойындарда және ұжымдық әрекеттестіктің басқа формаларында олар басқалармен жалпы әрекеттесу кезеңінің 6% ғана байланысқа түседі. Бұл арнайы түзету жұмыстарын қажет ететін әлеуметтік байланыстарды орнатудың айқын қиындығын көрсетеді.

АСБ бар балалардың әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларының дамуы сөйлеудің дамуымен тікелей байланысты. Ата-аналар балаларында аутизм спектрінің бұзылуы бар деп күдіктеніп, сөйлеу дамуының кешігуіне байланысты мамандардың көмегіне жиі жүгінеді. Шынында да, ерте жаста аутизмі бар балаларда сөйлеудің кешігуі айтарлықтай маңызды: егер қалыпты типтік даму кезінде алғашқы сөздер 8-12 айда пайда болса, онда АСБ бар балаларда олар тек 38 айда пайда болуы мүмкін. Статистикаға сәйкес, аутизммен ауыратын адамдардың 25%-дан 50%-ға дейін функционалдық сөйлеу дағдыларын ешқашан меңгермейді, бұл баламалы қарым-қатынас құралдарын (ым-ишара, карталар, көмекші технологиялар) түзету жұмысының маңызды бөлігіне айналдырады. Сонымен қатар, тілдік нормаларды формальды түрде меңгерген балалар да қарым-

қатынаста қиындықтарға тап болады. Мысалы, олардың сөйлеуі орынсыз, эхолоалық немесе жағдайға сәйкес келмеуі мүмкін. АСБ бар кейбір балалар ерте сөйлей бастайды, бірақ олардың мәлімдемелері механикалық немесе таптаурын болып табылады, басқалармен өзара әрекеттесу үшін қызмет етпейді және мағыналы қарым-қатынасқа ықпал етпейді.

Білім беру ортасында АСБ бар балаларды оқыту үдерісінде ерекше көзқарасты талап етеді. Мұндай балалар оқу пәндерін – оқу, арифметика, жазуды өз қатарластарымен тең меңгергенімен, олардың мектеп бағдарламасына енуі тек білім берумен шектелмеуі керек. Жеке үйде оқыту негізгі академиялық дағдыларды да қамтамасыз ете алады, бірақ бұл әлеуметтік бейімделу үшін бірегей мүмкіндіктер беретін білім беру ортасы. Бұл қарым-қатынас дағдыларын, басқалармен өзара әрекеттесу дағдыларын дамытуға және аутизмге тән қиындықтарды жеңуге көмектеседі.

Оқу үдерісін ұйымдастыру кезінде баланың бастапқы даму деңгейін ескеру және бағдарламаны жеке бейімдеу маңызды. Қолда бар дағдыларды бағалау мұғалімдерге тіл, қарым-қатынас және әлеуметтік өзара әрекеттесу сияқты ерекше назар аударуды қажет ететін қабілеттерді мақсатты түрде дамытуға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, белгілі бір дағдылардың төмен деңгейі немесе олардың болмауы баланың оқу процесіне қатысуына кедергі болмайды. Керісінше, АСБ бар баланы мектеп ортасына оның жеке ерекшеліктерін ескере отырып, сауатты енгізу дамудағы кедергілерді жеңуге және өмірге қажетті құзыреттіліктерді қалыптастыруға көмектеседі[19].

Осылайша, аутизмі бар балалармен табысты жұмыс әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларды дамытуды, сөйлеу бұзылыстарын түзетуді және білім беру ортасын бейімдеуді біріктіретін кешенді тәсілді қамтуы керек. Мұғалімдер мен мамандар әр баланың жеке ерекшеліктерін ескеріп, әртүрлі оқыту және қолдау әдістерін қолданып, әлеуметтік интеграцияға ықпал ететін жағдай жасауы керек. Бұл әдіс балаға академиялық білімді меңгеруге көмектесіп қана қоймай, оны қоғамдағы дербес өмірге дайындауға мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балалардың сөйлеуінің даму кезеңдері қандай?
2. АСБ бар балаларда қандай коммуникативтік құзыреттер бұзылады?
3. АСБ бар балаларда әлеуметтік құзыреттіліктердің дамуында қандай ерекшеліктер байқалады?
4. Коммуникативтік және әлеуметтік құзыреттіліктерді дамыту үшін қандай жаттығуларды қолдануға болады?

Реферат тақырыптары.

1. АСБ ынтымақтастық дағдылары бар баланы оқыту.
2. Сенсомоторлы түзету-дамыту ортасын ұйымдастыру

3. «Л.Каннердің аутизм теориясын дамытуға қосқан үлесі»

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балалардың сөйлеу дағдыларын дамытудың негізгі міндеті қандай?
 - a) Есте сақтау қабілетін дамыту
 - b) Қимыл-қозғалыс дағдыларын жетілдіру
 - c) Әлеуметтік бейімделу
 - d) Интеллектіні арттыру
 - e) Шығармашылық қабілеттерін қалыптастыру
2. Сөйлеу дамуының бірінші кезеңінде қандай фактор ерекше маңызды?
 - a) Сөздерді есте сақтау
 - b) Артикуляцияны дамыту
 - c) Мұғаліммен байланыс орнату
 - d) Оқуды үйрену
 - e) Қарым-қатынастың баламалы әдістерін қолдану
3. Баланың оқу процесіне бейімделуіне не көмектеседі?
 - a) Күрделі сөйлеу құрылымдарын қолдану
 - b) Фонетикалық есту қабілетін дамыту
 - c) Тьютордың көмегі
 - d) Жазу дағдысы
 - e) Шет тілдерін үйрену
4. АСБ бар балалар дерексіз сөздерді түсінудегі қиындықтарды қалай өтей алады?
 - a) Ауызша түсіндіру
 - b) Мәтінді қайталау
 - c) Көрнекі бейнелер мен көрнекі белгілерді пайдалану
 - d) Көркем шығармаларды оқу
 - e) Бірғақтық дағдыларды дамыту
5. Балаға басқатырғыштармен және құрылыс жинақтарымен жұмыс істегенде тапсырманы дұрыс орындауды үйренуге не көмектеседі?
 - a) Оқу нұсқаулары
 - b) Электрондық көмекші құралдарды пайдалану
 - c) «Қозғал» немесе «бұрылу» сияқты пәрмендер
 - d) Мұғаліммен көз тию
 - e) Әрекеттер ретін есте сақтау
6. АСБ бар балалар үшін оқуды үйретудің ең тиімді әдісі қандай?
 - a) сатылай оқу
 - b) фонетикалық талдау
 - c) жатқа оқу
 - d) жалпы оқу

- е) Ассоциативті бейнелер әдісі
7. Сөйлеу дамуының үшінші кезеңінде бала қандай қимылды меңгереді?
- а) Меңзеу қимылы
 - б) Тоқтату ишарасы
 - с) Мұнда кел қимылы
 - д) Ишара беру
 - е) Жарайсың қимылы
8. АСБ бар балалардың сөйлеу процестерін автоматтандыруға жаттығулардың қандай түрі ықпал етеді?
- а) Ұсақ моториканы дамытуға арналған ойындар
 - б) Таныс сөздер мен автоматтандырылған инграммаларды оқу
 - с) Диктанттар
 - д) Аудиокітап тыңдау
 - е) Өлең жаттау
9. Түзету жұмыстары кезінде баланың жеке ерекшеліктерін ескеру неліктен маңызды?
- а) Мотивацияны арттыру
 - б) Оқытуды тездету
 - с) Әлсіз жақтарын анықтау
 - д) Оқу үлгерімін жақсарту
 - е) Оқыту жүйесін тиімді құру
10. Сөйлеуді дамыту бойынша түзету жұмысының маңызды элементі қандай?
- а) Мектеп бағдарламасына назар аудару
 - б) Көп сөздерді жаттау
 - с) Тұрақты көзбен байланыс
 - д) Позитивті күшейту жүйесі
 - е) Эхолалияны елемей

7.Дәріс. Пәндік-манипуляциялық әрекетті дамыту. Жалпы және ұсақ моториканы дамыту.

7.1. Пәндік-манипуляциялық әрекетті дамыту

Ерте балалық аутизмі бар баланың объектілік-манипуляциялық әрекетін толық дамыту үшін қабылдау, еліктеу қабілеті, дамыған жалпы және ұсақ моторикасы, сондай-ақ көз және қол қимылдарын үйлестіру сияқты бірнеше функционалдық салалардың тығыз байланысы қажет. Бұл компоненттердің барлығы баланың қоршаған әлеммен тиімді әрекеттесуіне қажетті дағдыларды қалыптастыруда шешуші рөл атқарады. Бұл салаларды жеткілікті түрде дамытпаса, бала жаңа іс-әрекет түрлерін, оның ішінде оқу-тәрбие процесіне,

күнделікті дағдыларға және әлеуметтік бейімделуге байланысты қиындықтарды бастан кешіруі мүмкін.

Аутизм спектрі бұзылған баланың дамуына әсер ететін маңызды факторлардың бірі - қабылдау процесі. Аутизммен ауыратын балалар көбінесе сенсорлық ақпаратты өңдеуде қиындықтарға тап болады, бұл олардың қоршаған әлем туралы қабылдауын бұрмалауы мүмкін. Мұндай бұзылулар есту, көру, тактильді немесе иіс сезу сияқты бір нақты анализаторға немесе бір уақытта бірнешеуіне әсер етуі мүмкін. Осыған байланысты бала әртүрлі көздерден келетін сенсорлық сигналдарды біріктіруде қиындықтарға тап болады, бұл оған қоршаған шындық туралы тұтас түсінік қалыптастыруға кедергі жасайды. Аутизммен ауыратын балада оның мінез-құлқы мен оқу қабілетіне әсер ететін шамадан тыс немесе нашар қабылдау болуы мүмкін. Кейбір балалар дыбыстарға, жарықтарға немесе жанасуға аса сезімтал болуы мүмкін, бұл белгілі бір тітіркендіргіштерден аулақ болуға әкеледі, ал басқалары сенсорлық ынталандыруды күшейтуге тырысуы мүмкін. Бұзушылықтар бала өмірінің әртүрлі аспектілерінде көрінуі мүмкін, оның білім беру және әлеуметтік ортаға бейімделуіне елеулі кедергілер тудырады. Аудиовизуалды ақпаратты өңдеудегі қиындықтар әсіресе күрделі, өйткені бұл сала танымдық белсенділікпен, сөйлеуді дамытумен және оқу процестерімен байланысты[42].

Объектілік-манипуляциялық әрекетті дамытуда еліктеу қабілеті маңызды рөл атқарады. Еліктеу – көптеген табиғи оқыту және тәрбие процестерінің негізінде жатқан негізгі механизм. Ол тілді меңгеруде, әлеуметтік дағдыларды меңгеруде және адекватты мінез-құлық репертуарын қалыптастыруда шешуші рөл атқарады. Еліктеу қабілеті болмаса, бала басқалардың мінез-құлық үлгілерін тиімді қабылдай алмайды, бұл оның коммуникативті және әлеуметтік қабілеттерін айтарлықтай шектейді. Дәл еліктеу арқылы балалар көптеген қажетті дағдыларды, соның ішінде күнделікті, оқу және ойын дағдыларын меңгереді. Дегенмен, ерте балалық аутизмі бар балалар жиі еліктеу дағдыларын дамытуда айтарлықтай қиындықтарға тап болады. Олардың кейбіреулері еліктеуді қалыпты құрдастарымен салыстырғанда үлкен кешігумен игереді, ал басқалары имитативтік мінез-құлықтың бұрмаланған немесе стереотиптік формаларын көрсетеді, жағдайға немесе контекстке қарамастан бірдей әрекеттерді қайталайды.

Еліктеу дағдыларын дамыту аутизм спектрі бұзылған балалармен түзету жұмыстарының негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Дамудың алғашқы кезеңдерінде еліктеуді үйрену ересектердің немесе басқа балалардың қимылдары мен әрекеттерін қарапайым және тікелей қайталаудан басталады. Бұл әрекеттердің балаға түсінікті және қызықты болуы маңызды, өйткені мотивация оқу процесінде маңызды рөл атқарады. Бірте-бірте күрделі танымдық процестер қалыптаса отырып, бала күрделі және мақсатты әрекеттерді жаңғыртуға қабілетті болады. Болашақта бұл оның мінез-құлық репертуарының кеңеюіне ғана емес,

сонымен бірге әлеуметтік ортаға неғұрлым табысты интеграциялануына, сонымен қатар коммуникативті дағдылар мен өзін-өзі реттеудің дамуына ықпал етеді.

Объектілік-манипуляциялық әрекеттің тағы бір маңызды құрамдас бөлігі – жалпы және ұсақ болып екіге бөлінетін қозғалыс дағдылары. Жалпы моторикаға үлкен дене қозғалысы, үйлестіру, тепе-теңдік және жалпы физикалық белсенділік кіреді. Ұсақ моторикасы, өз кезегінде, саусақтардың және қолдардың дәл қимылдарына жауап береді, бұл әсіресе сурет салуға, жазуға, түймелерді түймелеуге, ас құралдарын және басқа күнделікті жұмыстарды қолдануға байланысты әртүрлі әрекеттерді орындау кезінде маңызды. Аутизмі бар балаларда жалпы және ұсақ моториканы дамытуда қиындықтар жиі кездеседі, бұл өз бетінше күтім жасауда және оқу тапсырмаларын орындауда қиындықтарға әкелуі мүмкін.

Бұл бұзылуларды түзету үшін әртүрлі әдістер мен тәсілдер қолданылады. Атап айтқанда, ұсақ моториканы дамытуға арналған пластилинмен модельдеу, мозаикамен жұмыс, жіпке моншақтарды тігу, сурет салу және аппликациялау сияқты жаттығулар тиімді. Жалпы моториканы дамыту қозғалыстарды үйлестіруге, тепе-теңдік пен кеңістікті бағдарлауға арналған жаттығуларды қамтуы мүмкін, мысалы, спорттық жабдықтармен ойнау, доппен ойнау және би. Сонымен қатар, сенсорлық қабылдауды ынталандыру маңызды рөл атқарады, өйткені бұл аймақтағы бұзылулар моториканың қалыптасуына айтарлықтай кедергі келтіруі мүмкін. Түрлі ынталандыруларды қабылдауды үйлестіруге бағытталған сенсорлық интегративті жаттығулар аутизммен ауыратын балаларға ғарышта жақсы бағдарлауға және қоршаған ортаға бейімделуге көмектеседі[22].

Осылайша, аутизммен ауыратын баланың объектілік-манипуляциялық әрекетін тиімді дамыту үшін қабылдауды дамыту, еліктеу дағдыларын қалыптастыру, қозғалыс дағдыларын жаттықтыру және қозғалыстарды үйлестіруді қамтитын кешенді әдіс қажет. Осы құрамдастардың барлығын біріктіру арқылы ғана баланың сәтті бейімделуіне, оның коммуникативтік және танымдық қабілеттерінің дамуына, күнделікті өмірде дербестік деңгейінің жоғарылауына ықпал ететін жағдай жасай аламыз. Бұл бағыттағы жұмыс жүйелілікті, шыдамдылықты және әр баланың ерекшеліктерін ескеретін жеке таңдалған әдістерді қолдануды талап етеді.

7.2. Жалпы және ұсақ моториканы дамыту

Ерте балалық аутизммен ауыратын балаларда моторикалық бұзылулар жиі кездеседі, ол үйлестірілген қозғалыстардың болмауымен, сондай-ақ монотонды, жиі қайталанатын әрекеттердің пайда болуымен көрінеді. Бұл стереотиптік қозғалыстар саусақтардың кеңеюі мен бүгілуін, созылуын, сондай-ақ көздің жанында, көбінесе олардың сыртқы бұрыштарының жанында, әсіресе қозу сәтінде қолдың айналмалы қозғалыстарын қамтуы мүмкін. Мұндай қозғалтқыш сипаттамалары көбінесе балаға сыртқы ынталандырулармен күресуге көмектесетін өзін-өзі реттеу әдісі болып табылады.

Сонымен қатар, ЕБА бар балаларда бет әлпетінде айқын бұзылулар байқалады. Олар бет бұлшық еттерін әрең қолданады, олардың көзқарастары көбінесе өткен адамдарға немесе олар арқылы «арқылы» бағытталған, бұл әлеуметтік өзара әрекеттесуді қиындатады. Бұл сипаттамалар басқалармен қарым-қатынас орнатуда қиындықтарға әкелуі мүмкін, бұл әсіресе мұндай балалармен жұмыс істеу әдістерін таңдау кезінде ескеру қажет.

Аутист бала, кез келген басқалар сияқты, тұрақты физикалық белсенділікті қажет етеді, өйткені ол психофизикалық тонусты сақтауға және эмоционалдық стрессті жеңілдетуге көмектеседі. Зерттеулер көрсеткендей, баланың қозғалыс белсенділігі неғұрлым көп болса, оның сөйлеуі соғұрлым жақсы дамиды. Жалпы және сөйлеу моторикасының байланысын көптеген атақты ғалымдар зерттеп, дәлелдеген, соның ішінде И.П. Павлов, А.А. Леонтьев және А.Л.Лурия. Қозғалыс координациясының дамуы сөйлеу дағдыларын меңгерумен тікелей байланысты, бұл дене жаттығуларын түзету жұмысының маңызды құрамдас бөлігі етеді.

Қозғалыстың қалыптасуы сөйлеудің белсенді қатысуымен жүреді, өйткені дененің әртүрлі бөліктеріне арналған жаттығуларды дәл, динамикалық орындау дыбыстар мен сөздерді меңгеруге артикуляциялық аппаратты дайындайды. Ерекше маңызды фактор - саусақтардың жұқа қозғалыстарының дамуы. М.М. Кольцова жүргізген зерттеу саусақ қимылдары тарихи түрде сөйлеу қызметімен байланысты екенін растайды. Міне, сондықтан қол моторикасын дамыту мидың сөйлеу аймақтарын белсендіруге көмектеседі, бұл баланың толыққанды қарым-қатынас жүйесін қалыптастыру үшін маңызды.

Дегенмен, ЕБА бар балалар бұлшықет тонусын бақылауда қиындықтарға тап болады, бұл қол моторикасына да әсер етеді. Мысалы, бала еріксіз әрекеттерде таңғажайып ептілік көрсете алады: 2-3 жастағы балалар кітапты тез және мұқият парақтайды, ал үлкенірек балалар күрделі басқатырғыштарды немесе мозаикаларды оңай құрастырады. Бірақ сонымен бірге дәл сол балалар ересектердің өтініші бойынша қозғалыстарды орындауда елеулі қиындықтарға тап болады. Мысалы, баланы сурет салуға үйретпек болған кезде оның қолы ақсап, атонияға айналуы мүмкін немесе керісінше қарындашты қатты басып қағазды жыртып алуы мүмкін. Бұл түзету жұмыстарының арнайы әдістерін қажет ететін қозғалыстарды ерікті түрде басқарудағы қиындықтармен түсіндіріледі[62].

Ересек адам балаға әрекеттің моторлы стереотипін үйренуге көмектесуі керек. Тиімді әдістердің бірі баланың қолдарын манипуляциялауды, саусақ жаттығуларын орындау кезінде оның қолдарын қолдауды және бағыттауды қамтиды. Бұл тәсіл ең адекватты, өйткені зейіннің ерікті шоғырлануындағы қиындықтар жұмыстың бастапқы кезеңдерінде үлгі немесе еліктеу бойынша тапсырмаларды орындау мүмкін емес.

Жалпы және ұсақ моториканы дамыту қатар жүруі керек. Жаттығулар баланың жасы мен жеке мүмкіндіктерін ескере отырып таңдалады. Жалпы моториканы дамыту денені басқаруды үйренуді қамтиды, бұл объектілік

манипуляциялық әрекеттер үшін маңызды. Аутизммен ауыратын балаларда жиі кездесетін жалпы моториканың бұзылыстары арасында әлсіз бұлшықет күші, бұзылған тепе-теңдік, қозғалыстардың жылдамдығы мен күшін нашар бақылау, үйлестірудегі қиындықтар және қозғалыс процесіне бүкіл денені тарту болып табылады.

Бұл бұзылуларды түзету үшін қозғалыс дағдыларын жақсарту үшін қарқынды жаттығулар қолданылады. Мұндай жұмыс үшін ең тиімді жас кезеңі өмірдің алғашқы алты жылы болып табылады, бұл кезде қозғалыс дамуы ең қарқынды. Баланың белсенділік деңгейін ескеру маңызды, өйткені аутизммен ауыратын кейбір балалар оқу процесінде қолдануға болатын шамадан тыс қозғалғыштықты көрсетеді.

Ұсақ моториканы дамыту да түзету жұмысының маңызды міндеті болып табылады. Қол моторикасын жетілдіру моторлы сөйлеу аймақтарын белсендіруге және жазбаша сөйлеуді меңгеруге дайындалуға көмектеседі. Қолдың жұқа қимылдарын дамыту саусақтардың қимылын басқаруды, заттарды өз бетінше ұстауды, қол қимылдарын үйлестіруді және заттарды мақсатты түрде манипуляциялауды қамтиды.

Қол моторикасын дамыту әдістері ретінде дәстүрлі іс-әрекеттер қолданылады: саусақ жаттығулары, модельдеу, сурет салу, аппликация, қию, моншақтарды тігу, кесте тігу, құрастыру. Дегенмен, тапсырмаларды таңдағанда, баланың қазіргі жағдайын ескеру қажет. Мысалы, егер ол қобалжыса немесе кедергі болса, оған өткір заттарды (қайшы, инелер) бермеу керек, ал егер бала ауызша стереотиптерге бейім болса, пластилин мен бояуларды қолданбаған жөн[31].

Оқытудың тиімділігін арттыратын шарттарды сақтау маңызды. Біріншіден, орындалатын тапсырмаларға эмоционалды мән бере отырып, баланың мүдделерін ескеру қажет. Екіншіден, жаттығуларды орындамас бұрын, іс-әрекеттерді ауызша сипаттай отырып, көрсету маңызды. Бірте-бірте балаға ересектердің аз қолдауымен тапсырмаларды өз бетінше орындау ұсынылады.

Сондай-ақ баланың назарын тапсырмаға аудару үшін жаттығулар кезінде әңгіменің түсіндірмесін пайдалану ұсынылады. Эмоционалды ынталандырудың маңызы аз емес: баланың одан әрі сабаққа қатысуына ынталандыратын кішкентай жетістіктерін де атап өту керек. Іс-әрекеттер мен заттардың атауларын қайталау сөздік қорын молайтып, қарым-қатынас дағдыларын жетілдіруге көмектеседі.

Қимыл-қозғалыс дағдыларын және сөйлеуді дамытудың тиімді әдістерінің бірі - бала үшін өзіндік «театр» болып табылатын саусақ ойындары. Олар ептілікті дамытуға ықпал етіп қана қоймайды, сонымен қатар психоэмоционалды стрессті жеңілдетуге, қозғалыстарды үйлестіруге және сөйлеуді дамытуға көмектеседі. Баланы мұндай ойындарды ойнауға мәжбүрлеу емес, оны біртіндеп жаңа элементтерді енгізу арқылы қызықтыру маңызды.

Жапондық зерттеуші Н.Токухиро саусақ жаттығуларының кейбір түрлері баланың денсаулығына оң әсер ететінін анықтады. Осылайша, кішкентай саусақты жаттықтыру және массаж жасау жүрек жұмысын жақсартады, сақина саусақпен жұмыс істеу бауыр қызметін қалыпқа келтіреді, ал ортаңғы саусақты ынталандыру қан қысымын төмендетуге көмектеседі[11] .

Осылайша, саусақ ойындары және дене жаттығуларының басқа түрлері қозғалыс және сөйлеу дағдыларын дамытуға ғана емес, сонымен қатар баланың жалпы әл-ауқатын жақсартуға ықпал етеді. Оларды оқу процесінде жүйелі түрде қолдану ЕБА бар балаларға қоршаған әлемге бейімделуге көмектеседі, олардың дербестігін арттырады және коммуникативті дағдылардың табысты дамуына ықпал етеді.

7.3. Көз-қол координациясын дамыту

Аутизм спектрі бұзылған балалардың алдында тұрған маңызды мәселелердің бірі әртүрлі моторикалық және функционалдық дағдыларды үйлесімді жүйеге біріктіру болып табылады. Баланың ұсақ моторикасы жақсы дамыған болса да, оның қабылдау ерекшеліктеріне байланысты оның көз және қол қозғалысын үйлестіру қабілеті төмендеуі мүмкін.

Қабылдау, ұсақ моторика және қол-көз координациясының дамуы бір-бірімен тығыз байланысты. Дегенмен, бұл аутизммен ауыратын баланың барлық үш аспектідегі даму деңгейі бірдей болады дегенді білдірмейді. Коррекциялық дамудың жеке бағдарламасын құру үшін осы дағдылардың әрқайсысының қалыптасу дәрежесін талдау қажет. Әлеуметтік бейімделу процесінде көз және қол қимылдарының үйлесімділігін жақсарту маңызды рөл атқарады. Қолдың моторикалық дамуының бірінші кезеңі - ұстау рефлексінің қалыптасуы.

Қалыпты дамып келе жатқан балаларда ұстау қимылдары эволюциясының бірнеше кезеңдерін бөлуге болады[59]:

1. Шынтақ-алақан ұстамасы шамамен үш айда қалыптасады. Нәресте заттарды бас бармақпен және сұқ саусақпен ұстамайды, бірақ негізінен кішкентай, сақина және ортаңғы саусақтармен.

2. Радиалды-алақанды ұстау шамамен алты айда пайда болады: алақан бейтарап күйде, бала бүкіл алақанмен нысанды ұстайды, оның айналасында саусақтарын бүгеді.

3. Сегізінші айда бала төрт немесе бес саусақты пайдаланып заттарды ұстай бастаған саусақпен ұстау пайда болады.

4. Шымшу 11-12 айда дамиды. Бұл кезеңде бала үлкен және сұқ саусақтарымен кішкентай заттарды ұстай алады.

5. Бір жастан екі жасқа дейінгі балаларға тән қолмен ұстау нәрестенің қолының артын жоғары қарай бұрып, жоғарыдан затты алуынан көрінеді.

6. Айқас ұстағыш бала қасық немесе қаламды алақан мен бас бармақ төмен қаратып ұстауды үйренген кезде қалыптасады.

7. Саусақпен ұстау бала затты тек саусақтарымен ұстай бастағанда, алақанды түгел тартпай-ақ ұстай бастағанда пайда болады.

8. Бес жасында бас бармақ пен сұқ саусақтың бүгілуін қолдану арқылы ұстау дамиды: алдымен бала нысанды жоғары ұстайды, бірақ уақыт өте келе оны үш саусақты - бас бармақ, индекс және ортаны пайдаланып, оны негізге жақынырақ ұстай бастайды.

9. Бас бармақтың қарсы тұруы шамамен бес жаста мүмкін болады. Бұл бас бармақтың басқа саусақтардың ұштарына еркін тиіп, сақина қалыптастыруға және күрделі қозғалыстарды орындауға мүмкіндік беретінін білдіреді. Егер бұл дағды жеткілікті түрде дамымаса, бала шымшу арқылы заттарды ұстауда қиындықтарға тап болады. 6-7 жаста балалар екі қолдың әрекетін тиімді үйлестіре бастайды, мысалы, пышақ пен шанышқыны бір уақытта қолданады.

Осылайша, ұстау қозғалыстары кезең-кезеңімен дамиды және бұл кезеңдердің әрқайсысы белгілі бір кезеңде қалыптасады. Балалардың бұл дағдыларды меңгеру жылдамдығы әртүрлі болуы мүмкін: кейбіреулер оларды тезірек үйренеді, ал басқалары оларды баяу меңгереді. Ұстап алу қимылдарын қалыптастырудың жас нормаларын білу аутизмі бар балалардағы ауытқуларды дер кезінде байқап, тиісті түзету жұмыстарын ұйымдастыруға мүмкіндік береді.

7.4. Мимиканы, артикуляциялық аппаратты, тыныс алуды дамыту

Аутизм спектрі бұзылған балалар дауыссыз дыбыстардың бір немесе бірнеше тобын айту қиынға соғады. Осыған байланысты түзетудің бастапқы кезеңінде бет қимылдарын, сонымен қатар ерін мен тілдің моторикасын дамытуға ерекше көңіл бөлінеді. Ең алдымен, жаттығулар бет бұлшықеттерін нығайтуға бағытталған, өйткені мұндай балалар жиі тонусты және бет белсенділігін төмендетеді. Әрі қарай жұмыс ерін мен тілдің қимылдарын үйлестіруді дамытуға бағытталған. Осы мақсатта статикалық және динамикалық қозғалыстарды меңгеруге көмектесетін ойын түрінде ұсынылған артикуляциялық жаттығулар қолданылады.

Түзету жұмысының алғашқы кезеңдерінде баланың бет-әлпетіне тактильді жанасуға төзімділігін дамытуға ерекше көңіл бөлінеді. Процесс бастың алыс жерлеріне тиюден басталады, бірте-бірте ауыз аймағына қарай жылжиды. Жаттығулардың реттілігі белгілі бір баланың ерекшеліктерін ескере отырып, логопедтің қатысуымен жеке таңдалады.

Балалармен жұмыс жасауда ойын, ән, рифмдік мәтіндер арқылы ересек адамның қимыл-қозғалысына, мимикасына, сөйлеуіне еліктеуге баулу қажет. Алғашында бала әрекеттерді механикалық түрде көшірсе де, бұл жауап үлгісін игеруге көмектеседі. Мимиканы, ым-ишараны, сөйлеу үлгілерін меңгеру арқылы бала бірте-бірте өз ойын жеткізуге үйренеді және қарым-қатынаста сенімді болады.

Дамуында мидың гипоксиясы маңызды рөл атқаратын орталық жүйке жүйесінің ерте зақымдануы бар балалар үшін тыныс алуды қалыпқа келтіру жұмыстары ерекше маңызды. Шала туылған нәрестелер мен жиі респираторлық аурулармен ауыратын балаларға тыныс алу жаттығуларының жеке кешені қажет. Бұл процесс педиатрлармен және жаттығу терапиясы мамандарымен бірлесіп жүзеге асырылады[80].

Артикуляциялық гимнастика сабақтары бұзылыстың ауырлығына тікелей байланысты қарым-қатынас қажеттілігіндегі тапшылықты ішінара өтеуге мүмкіндік береді. Мұндай жаттығулар көбінесе жеке орындалады, бірақ шағын топтарда (2-3 адам) сабақтар да мүмкін, олардың құрамы балалардың жасы мен даму ерекшеліктерін ескере отырып анықталады. Сабақта «Көңілді тіл», «Ұшақ», «Қуыршақ жылап жатыр», «Айнаға қара» серияларынан жаттығулар қолданылады.

Сабақ барысында балаға келесі тапсырмаларды орындау ұсынылады [83]:

- жеңіл заттарға үрлеу (мақта шарлары, қағаз шлейфтері);
- сабын көпіршіктерін үрлеу және шарларды үрлеу;
- түтіктерді пайдаланып сабын көбігін жасау;
- шамдарды сөндіру;
- қауіпсіз эфир майларын немесе буларын деммен жұту;
- мұрын және ауыз үшін өлшенген ауа ағыны бар ингаляторларды

қолдану.

Сабақтарды өткізу кезінде жаттығуларды фольклор элементтерімен, диалогтармен және балаға атымен шақырумен біріктіру ұсынылады. Тактильді контактілер жұмсақ және көзге көрінбейтін болуы керек, ал қолданылатын заттар ыңғайлы болуы керек (мысалы, жұмсақ тарақ). Ересек адамның сөзінде достық атмосферасын құра отырып, кішірейтетін және нәзік сөздерді қолданған жөн.

Артикуляция мүшелерін жаттықтыру үшін тілді шығару, ерінді жалау немесе щектерді шығару сияқты қол жетімді жаттығулар таңдалады. Бет гимнастикасының негізгі мақсаты - бет бұлшықеттерін созу, бұл оларды мобильді етеді. Бұл жаттығулар сонымен қатар бет, мойын және иық аймағындағы артық кернеуді азайтуға көмектеседі, бұл сөйлеу бұлшықеттерінің гипертониясы бар балаларға тән. Оларды дауыс терапиясының алғашқы 3-5 минутында орындау ұсынылады.

Жаттығуларды орындамас бұрын, бала айна алдында ыңғайлы, босаңсыған күйде болуы керек. Сабақтарды отырған күйде де, тұрған күйде де өткізуге болады[45].

1. Қастарыңызды мүмкіндігінше жоғары көтеріңіз, содан кейін оларды мүмкіндігінше төмен түсіріңіз. Жылдамдықты біртіндеп арттыра отырып, бес рет қайталаңыз.
2. Аузыңызды мүмкіндігінше кең ашыңыз, позицияны 5-7 секунд ұстаңыз, содан кейін оны баяу жабыңыз. Бес рет қайталаңыз.

3. Шайнау қозғалыстарын ернізді жабық күйде орындаңыз: алдымен сағат тілімен 5 секунд, содан кейін сағат тіліне қарсы 5 секунд.

4. Көзіңізді ашыңыз, содан кейін басыңызды қозғамай кезекпен жоғары және төмен қараңыз. Бес рет қайталаңыз.

5. Басыңызды қозғалтпай, 3-4 секунд экстремалды қалыпта ұстай отырып, көзқарасыңызды оңға және солға жылжытыңыз. Бес рет қайталаңыз.

6. Басыңызды оңға бұрыңыз, көзіңізді нысанға бекітіңіз. Содан кейін басыңыздың орнын өзгертпей, айнаға қараңыз және көзіңізді бақылап, басыңызды баяу бастапқы қалпына келтіріңіз. Сол қадамдарды солға қарай қайталаңыз.

Көрсетілген жаттығулар балаларға бетті ұстауға адекватты реакцияны дамытуға, артикуляциялық аппараттың қозғалысын басқаруға, тыныс алуды жақсартуға және бет күтімінің негізгі дағдыларын меңгеруге көмектеседі.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

- 1 АСБ бар балаларда пәндік-манипуляциялық әрекет қалай дамиды?
2. Жалпы және ұсақ моториканы дамыту үшін қандай жаттығулар тиімді?
3. Қандай жаттығулар көз-қол координациясын дамытуға көмектеседі?
4. Қандай жаттығулар мимиканы, артикуляциялық аппаратты және тыныс алуды дамытуға көмектеседі?

Реферат тақырыптары.

1. ЕБА бар балалардың көрнекі әрекеттері.
2. Мінез-құлықты түзетудегі проактивті әдістер
3. Аутизм теориясының даму тарихы

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Аутизммен ауыратын баланың объектілік-манипуляциялық әрекетінің дамуының негізгі шарты қандай?
 - a) Логикалық ойлауды дамыту
 - b) Сөйлеу дағдыларын
 - c) Функционалдық салалардың өзара тығыз байланысы, оның ішінде қабылдау және қозғалыс дағдылары
 - d) Абстрактілі ойлау қабілеті
 - e) Әлеуметтік бейімделу
2. Аутизммен ауыратын баланың дамуына қандай фактор айтарлықтай әсер етеді?
 - a) Интеллект деңгейі
 - b) Қабылдау процесі
 - c) Көру есте сақтау қабілетін дамыту
 - d) Музыкаға деген сүйіспеншілік
 - e) Абстракциялау қабілеті

3. Аутизммен ауыратын балалардың қабылдауындағы негізгі қиындықтардың бірі қандай?

- a) Естуді өңдеудің кемшіліктері
- b) Сенсорлық сигналдарды біріктірудің қиындығы
- c) Түстерді қабылдау проблемалары
- d) Дауысты ажырата алмау
- e) Дыбыстарды есте сақтаудың нашарлығы

4. Аутизмі бар балаларда еліктеу қабілеті қандай рөл атқарады?

- a) қиялын дамыту
- b) дене координациясын жетілдіру
- c) әлеуметтік дағдылар мен тілді қалыптастыру
- d) математикалық операцияларды меңгеру
- e) музыкалық құлақты дамыту

5. Аутизммен ауыратын балалардың моторикасының дамуында қандай проблемалар жиі кездеседі?

- a) Сол қолдың басым болуы
- b) Бұлшықет тонусын бақылаудың қиындауы
- c) Саусақтардың шамадан тыс белсенділігі
- d) Аяқтың өздігінен қозғалуы
- e) Ұстап алу рефлексінің болмауы

6. Аутизммен ауыратын баланың ұсақ моторикасын қалай дамытуға болады?

- a) Үнемі дене жаттығулары
- b) Музыкалық аспаптарды үйрену
- c) Кеңістіктік ойлауды дамыту
- d) Модельдеу, сурет салу, аппликация жасау
- e) Кітапты дауыстап оқу

7. Көз-қол координациясын дамытудың маңызы қандай?

- a) Көру жадыны жақсартуға көмектеседі
- b) Әлеуметтік бейімделуге және пәндік әрекеттерді меңгеруге көмектеседі c)
- Sөйлеуді қабылдауды жақсартады
- d) Абстрактілі ойлауды дамытуды жеделдетеді
- e) Логикалық ойлау қабілетін дамытады

8. Балада қимыл-қозғалыс дамуының қай кезеңінде шымшу ұстамасы дамиды?

- a) 3 айда
- b) 6 айда
- c) 8 айда
- d) 11-12 айда
- e) 2 жаста

9. Аутизммен ауыратын балаға ерікті зейінді шоғырландыру қиын болған кезде оның моторикасын дамытуға қандай әдіс көмектеседі?

- a) Бейне оқу құралдары

- b) Жаттығулар кезінде ересектердің қолды қолдауы және бағыттауы
 - c) Зейінді дамытуға арналған ойындар
 - d) Көру қабілетін арттыру
 - e) Жаттығуларды өз бетінше орындау
10. Аутизмі бар балалармен түзету жұмыстарында саусақ ойындарының маңызы қандай?
- a) Музыкалық құлақты дамыту
 - b) Есте сақтау қабілетін жақсартуға
 - c) Сөйлеуді, моторикасын дамытуға және психоэмоционалды стрессті азайтуға көмектесу
 - d) Есту қабылдауын жақсарту
 - e) Санау дағдыларын дамыту

8. Дәріс. ЕБА бар баланың зейінін, есте сақтауын, сөйлеуін және ақыл-ой белсенділігін дамыту

8.1 АСБ бар балалардың зейінін дамыту.

Аутизм спектрі бұзылған балалардың психикалық процестерінің координациясының бұзылуы олардың ойлауын дамыту процесінде айқын көрінеді.

Мектепке дейінгі жаста ойын әрекеті интеллектуалдық дамудың ерекшеліктерін көрсететін белсенділіктің жетекші үлгісі болып табылады. ЕБА бар балалардың ойын әрекетін зерттеу, ойыншықтарды ойнауды бастамас бұрын зерттейтін, олардың функцияларын зерттейтін және күрделі әрекеттерді орындауға мүмкіндік беретін арнайы объектілерді ұнататын нейротиптік құрбыларынан айырмашылығы, аутизммен ауыратын балалар ойыншықтарды бағдарлау процесінде де, оларды пайдалануда да төмен белсенділік танытады. Олар көбінесе мамандандырылған емес ойыншықтарды (мысалы, текшелер немесе моншақтар) таңдайды, ал мамандандырылған ойыншықтардың арасында күрделі манипуляцияларды қажет етпейтін қарапайымды ұнатады. Мұндай ойыншықтар олар үшін эмоционалдық мәнге ие болады. Ойыншық ретінде тұрмыстық заттар жиі пайдаланылады: мата бөліктері, қағаз, шүмектер және басқа заттар. Құм немесе су сияқты құрылымсыз материалдар, сондай-ақ қарапайым физикалық әсерлер (судың дыбысы, жарықтың шағылыуы, есіктердің сықырлауы) назар аударады. Олардың ойындары көбірек манипуляцияларды, соның ішінде қажетсіздерді және объектілермен аз әрекетті қамтиды. Көбінесе ойыншықтарды тамақтандыруға, оларды төсекке қоюға немесе үй салуға байланысты сөйлеу әрекеттері басым болады. Спонтанды сюжетті ойындарда көбінесе ойыншықпен өзара әрекеттесу болмайды: ол жай ғана жақын жерде және бүкіл ойын вербалды мәлімдемелерге қысқарады. Дегенмен, ойында олар күрделі объектілік

әрекеттерді орындай алады, оның мақсаты қарапайым сенсорлық әсерлерді алу болып табылады[22].

Есте сақтау, зейін, ойлау сияқты танымдық процестерді дамыту мектеп жасына дейінгі балалардың психикалық дамуының құрамдас бөлігі болып табылады. Сөйлеу әрекетінің қалыптасуы басқа психикалық процестермен, соның ішінде сенсорлық, интеллектуалдық және эмоционалды-еріктікпен тығыз байланыста жүзеге асырылады.

Зейінді сақтау қабілеті қоршаған әлем мен баланың практикалық іс-әрекетін дамытуда маңызды рөл атқарады. Көбінесе жарқын эмоционалды реакция тудыратын заттар мен оқиғалар есте жақсы сақталады. Мектепке дейінгі жаста балалар алдымен зейінін саналы түрде заттар мен құбылыстарға бағыттай отырып, бақылауға үйренеді. Бұл процесте сөйлеу маңызды рөл атқарады, ұйымдастырушы элементке айналады. Ересектер баланың ауызша нұсқауларға негізделген нұсқауларды тыңдау, түсіну және орындау қабілетін дамытуы керек.

ЕБА бар баламен қарым-қатынас жасау кезінде оның бір объектіге зейінін қанша уақыт ұстай алатынын, қандай жағдайлар зейінін шоғырландыруды жеңілдететінін немесе керісінше оның назарын аударатынын бақылау маңызды. Кез келген әрекетте аутист баланың зейінін шоғырландыру қабілетін жаттықтыру және оның зейінін біртіндеп арттыру қажеттігін есте ұстаған жөн. Ересек адаммен бірлескен зейінді дамыту баланың еріксіз зейінін тартудан басталады. Мұны істеу үшін сіз эмоционалды түсініктемелермен бірге сенсорлық ынталандыруларды немесе автостимуляция элементтерін пайдалана аласыз (мысалы, балаға су шашып, жаңбыр деп атауға рұқсат етіңіз, төбені айналдырып, «тікұшақ ұшты» деңіз).

Баланың іс-әрекетіне эмоционалды түсініктеме беру оның іс-әрекетін білуге және оның назарын аударуға көмектеседі. Осылайша, сіз автостимуляцияны саналы деңгейге жеткізуге тырысуға болады. Мысалы, егер бала терезеге қарап отырса, ересек адам онымен терезенің сыртында не болып жатқанын талқылап, оның назарын белгілі бір нысандарға аударуға көмектеседі. Сол сияқты, сіз көрген нәрселер туралы эмоционалды түрде айта отырып, кітаптағы суреттерді пайдалана аласыз.

Ойын мен оқу процесінде баланың еріксіз зейінінің ерекшеліктерін ескеру және бір әрекетке бірлескен шоғырлануға ұмтылу маңызды. Егер сіз балаңызды жағымды сенсорлық тәжірибелермен және эмоционалды пікірлермен қызықтыра алсаңыз, оның қатысу ұзақтығын біртіндеп арттыруға болады. Мысалы, егер бала құрылыс жинағынан үй салып жатса, онда іс-әрекетті сюжеттік элементтермен толықтыруға болады: үйде ит өмір сүретінін айтыңыз, оған төсек, кесе және тамақ жасау керек. Бұл зейінді сақтауға және тапсырманы түсінуге көмектеседі.

Сюжетті құрастыру баланың зейінін ұзағырақ сақтауға көмектеседі, сонымен қатар оның бірлескен іс-әрекеттерге қатысуын ынталандырады. Кейінірек баланың өзі бастама көрсете бастайды немесе таныс ойынды

қайталауды сұрайды. Міне, осылайша адамның өз еркімен назар аудару және мінез-құлқын бақылау қабілеті біртіндеп қалыптасады[58].

Аутизммен ауыратын балалармен сабақтарды ұйымдастырған кезде, ең алдымен, олардың еріксіз зейін аймағындағы мүмкіндіктеріне назар аудару керек. Егер ересек адам басынан бастап ерікті зейінді қажет ететін тапсырмаларды орындауды талап етсе, бұл жағымсыздықты тудыруы мүмкін, өйткені мұндай тапсырмалар бала үшін қиын. Керісінше, еріксіз зейіннің ерекшеліктерін ескерсеңіз, баланы тиімді оқытып, оның өз еркімен зейінін шоғырландыру қабілетін біртіндеп дамытуға болады.

8.2. АСБ бар балаларда есте сақтау және қабылдауды дамыту.

Аутизммен ауыратын балалардың қабылдауы мен есте сақтау қабілетін дамыту ерекше назар аударуды және жүйелі көзқарасты қажет етеді. Бұл когнитивтік функцияларды қалыптастырудың негізгі алғышарттары оларда толығымен сақталған, алайда олардың психикасы мен эмоционалды-еріктік саласының ерекшеліктері белгілі бір шектеулер қояды. Кейбір жағдайларда мұндай балалар күрделі заттарды, бөлшектерді және әрекеттер тізбегін бірден есте сақтаудың ерекше қабілеттерін көрсетеді. Олар жадынан ұзақ өлеңдер айта алады, әңгімелерін немесе бір кездері естіген телебағдарламаларын келтіре алады, сондай-ақ көп жылдар бұрын болған оқиғаларды күтпеген жерден есіне алады, олар назар аудармаған сияқты.

Алайда, мұндай керемет қабілеттерге қарамастан, олар негізгі ақпаратты қабылдауда және есте сақтауда қиындықтарға тап болуы мүмкін. Мысалы, АСБ бар бала күнделікті өмірде бірнеше рет кездесе де, қарапайым затты атауда немесе суреттегі оны тануда қиындықтарға тап болуы мүмкін. Бұл олардың ойлау ерекшеліктеріне байланысты, олар ақпараттың жеке элементтері арасында логикалық байланыстарды орнатуға әрқашан мүмкіндік бермейді.

Мұндай баламен жұмыс істейтін мұғалім немесе ата-ана үшін осы ерекшеліктерді ескеріп, оқытуды ақпарат қолжетімді, эмоционалды маңызды формада ұсынылатындай етіп құру маңызды. Қарапайым фактілер, егер олар баланың мүдделер жүйесіне қосылмаса, көбіне байқалмай қалады. Дегенмен, егер жаңа ақпарат оны шынымен қызықтыратын нәрсеге қатысты болса, ол оңайырақ сіңеді. Мысалы, бала күрделі схемалар мен механизмдердің егжей-тегжейлерін оңай есте сақтайды, бірақ сонымен бірге тұрмыстық ережелердің не үшін қажет екенін, неге сәлемдесу немесе біреуге алғыс айту маңызды екенін түсінбейді.

Сипаттамаға сәйкес ұйымдастырылған ақпаратты есте сақтау оңайырақ екенін есте ұстаған жөн. Мысалы, нысандардың пішіні, түсі, өлшемі туралы ақпарат, әртүрлі жіктеу жүйелері, табиғат құбылыстары туралы құрылымдық мәліметтер олармен тез игеріледі. Бұл балалардың көпшілігі мұндай ақпаратқа қызығушылық танытып, оны өздеріне ыңғайлы формада жүйелейді. Дегенмен, олар әлеуметтік ұғымдарды меңгеруде, адамдар арасындағы эмоционалдық

қарым-қатынастарды түсінуде, белгілі бір ережелер мен нормаларды сақтау қажеттілігінде айтарлықтай қиындықтарға тап болады.

Балаға осы аспектілерді меңгеруге көмектесу үшін әртүрлі оқыту әдістерін қолдануға болады. Оның күнделікті өмірін, басқалармен қарым-қатынасын, өз эмоциясын көрсететін көрнекі әңгімелер жасау тиімді әдістердің бірі болып табылады. Мысалы, баланың достарымен қалай ойнағанын, туыстарымен қалай кездескенін, оның өмірінің белгілі бір сәтінде не болғанын көрсететін бірқатар суреттер салуға болады. Бұл әңгімелер баланың эмоционалды реакциясын тудыруы маңызды. Кейде оны басты кейіпкер ретінде емес, оның сүйікті кейіпкерін пайдаланған дұрыс - бұл ақпаратты жақсы түсінуге және есте сақтауға ықпал етеді[72].

Сондай-ақ заттар мен құбылыстардың қасиеттері туралы білімді жеткізіп қана қоймай, балаға оқиғалар арасындағы мағыналық байланысты, олардың реттілігін, себеп-салдарлық байланыстарды түсінуге көмектесу маңызды. Мысалы, сіз отбасылық дәстүрлер туралы айта аласыз, нәліктен белгілі бір оқиғалар жылдың белгілі бір уақытында болатынын түсіндіре аласыз, неге адамдар басқа емес, осылай әрекет етеді. Бұл балаға қоршаған әлемнің тұтас бейнесін қалыптастыруға және ондағы қарым-қатынастарды түсінуге көмектеседі.

Аутизммен ауыратын балаларда қабылдау мен есте сақтау қабілетін дамыту үшін арнайы бөлінген іс-әрекеттер қажет емес деп айтуға болады, бірақ бұл функциялардың ерікті зейіннің дамуымен қатар, біртіндеп қалыптасатынын ескеру қажет. Әрбір сабақ зейінді жаттықтыруды көздейтіні сияқты ақпаратты мағыналы қабылдау, есте сақтау және жаңғырту қабілеті де бірте-бірте дамиды.

Бұл мақсатқа жету үшін қолдануға болатын бірнеше тиімді әдістер бар. Біріншіден, материалдар мен тапсырмалар баланың қызығушылығына сәйкес таңдалуы керек. Егер ақпарат оның бойында эмоционалды реакция тудырса, ол тезірек сіңеді. Екіншіден, оқу-тәрбие процесіне сюжеттік негіз бере отырып, эмоционалды-семантикалық түсініктемелерді белсенді қолдану қажет. Мысалы, сіз қысқа әңгімелер, әңгімелер бар сабақтарды сүйемелдей аласыз және баланы өзара әрекеттесуге ынталандыратын ойын жағдайларын жасай аласыз. Үшіншіден, сабақ барысындағы әрекеттер тізбегі қатаң түрде реттелуі керек, өйткені АСБ бар балалар ақпаратты таныс, құрылымдық түрде ұсынғанда жақсы қабылдайды.

Сонымен қатар, аутист баланың қабылдауы мен есте сақтау қабілетінің дамуы сенсорлық тітіркендіргіштерді үнемі енгізбестен мүмкін емес екенін ескеру қажет. Мысалы, егер бала тактильді сезімдерді жақсы көретін болса, сіз әртүрлі текстурасы бар көлемді материалдарды пайдалана аласыз. Егер ол көрнекі бейнелерді жақсы қабылдаса, сіз түрлі-түсті диаграммаларды, карталарды және көрнекі құралдарды жасай аласыз. Дыбыс ақпараты да пайдалы болуы мүмкін, әсіресе ол интонациялық бояумен, ырғақты элементтермен (мысалы, өлеңдер мен әндер арқылы ақпаратты есте сақтау) сүйемелденсе көрініс табады[50].

Осылайша, аутизммен ауыратын балалардың ерікті қабылдауы мен есте сақтау қабілетін дамыту олардың қызығушылықтарын есепке алуды, эмоционалды маңызды ынталандыруларды қолдануды, нақты құрылымдалған сабақтарды және әртүрлі сенсорлық әдістерді қолдануды қамтитын кешенді тәсілді талап етеді. Бұл тәсіл ақпаратты меңгеру тиімділігін арттырып қана қоймайды, сонымен қатар баланың қоршаған әлемге жақсы бейімделуіне көмектеседі.

8.3. АСБ бар балалардың сөйлеу және ойлау белсенділігін дамыту

О.С. Никольская сөйлеу бұзылыстарының ауырлығына және олардың қайталама ауытқуларының ерекшеліктеріне байланысты аутизм спектрі бұзылған балалардың үш тобын анықтады[26].

Бірінші топқа сөйлеу дамуының ең ауыр бұзылыстары бар балалар жатады, олар үшін коммуникативті сөйлеу түбегейлі қолжетімсіз. Мұндай балалар жеке дыбыстарды шығара алады, бірақ бұл дауысты дыбыстар табиғаты бойынша таза әсерлі және басқалармен байланыс орнату мақсатына қызмет етпейді. Олардың сөйлеу әрекетінде аутоэхолалия (дыбыстар мен сөздердің жағдайға байланыссыз қайталануы) басым болады, бірақ сөйлеу дамуының бастапқы кезеңдерінде әдетте сөздік қордың байытылуына және сөйлеудің белгілі бір коммуникациялық контекстке бейімделуіне ықпал ететін эхолалия іс жүзінде жоқ немесе өте шектеулі. Бұл балалар жеке сөздерді айта алады, бірақ күшті эмоционалды қозумен жүретін жағдайларда ғана болады.

Екінші топқа сөйлеу дамуы аз бұзылған балалар жатады. Олардың алғашқы сөздері қалыпты уақыт шеңберінде пайда болуы мүмкін, ал 3-4 жаста қарапайым фразалық сөйлеу қалыптасады. Дегенмен, сөйлеуді одан әрі дамыту қиын: сөздік қор негізінен еркін сөйлесу үшін пайдаланылмайтын тұрақты сөйлеу клишелерінің жиынтығынан тұрады. Бұл балалардың сөйлеуінде тек аутоэхолияның болуы ғана емес, сонымен қатар басқалардан естілген жеке сөздер мен қарапайым сөз тіркестерінің қайталануы байқалады. Мұндай эхолалиялық сөйлеу олардың басқалармен өз бетінше қарым-қатынас жасау мүмкіндігін шектесе де, коммуникативті дағдыларды дамытуға бағытталған түзету жұмыстарын жүргізуге белгілі алғышарттар жасайды.

Үшінші топқа сөйлеуі жақсы дамыған балалар жатады: олардың сөздік қоры мол, фразалық сөйлеуді ерте игереді. Дегенмен, олар сөзді еркін қолдануда айтарлықтай қиындықтарға тап болады. Олар негізінен стереотиптік мәлімдемелермен әрекет етеді; олардың сөйлеуі автоматтандырылған, формулалық сөз тіркестерінің сипатына ие, бұл «фонографиялық» немесе «тотықұс тәрізді» әсер қалдырады. Ресми түрде жоғары дамыған сөйлеуіне қарамастан, олар үшін оны коммуникациялық жағдайға икемді түрде бейімдеу, сондай-ақ өз ойларын стихиялық түрде жеткізу қиын.

Сөйлеу бұзылыстарының ауырлығы оларды өтеу мүмкіндіктерін анықтайды. Түзету қиындығы аз тапсырма сөйлеуді түсінуді дамыту болса, оның ойын еркін жеткізуді талап ететін экспрессивтік компонентін дамыту әлдеқайда күрделі міндет. Мұндай балалармен түзету жұмыстары сыртқы тіректерді қолданғанда тиімдірек болады: дайын сөз тіркестерін оқу немесе жазу, сөйлеу материалын ырғақты ұйымдастыру, сөздерді тұрақты конструкцияларға топтастыру. Бұл әдістер балаға қарым-қатынаста сөйлеуді қолдану мүмкіндіктерін біртіндеп кеңейтуге мүмкіндік беретін сөйлеу әрекетінің дамуына ықпал етеді.

Кесте 12. Қалыпты дамып келе жатқан бала мен АСБ бар баланың сөйлеу дамуының салыстырмалы сипаттамасы

Жасы, айлары	Қалыпты дамып келе жатқан бала	Ерте балалық аутизммен ауыратын бала
1-3 ай	1 ай. Баланың сезімі оның жылауы арқылы көрінеді. 2-3 ай. Интонациялық реңктері бар ызылдау мен шуылға айналатын вокализация.	Орынсыз айқайлау, оранғанда, көтергенде, шомылғанда жылау. Қырылдаған дыбыс шығады, дыбыстар айғайға немесе айқайға көбірек ұқсайды және интонациялық бояу жоқ.
3-6 ай	3-4 ай. Күледі. Өртүрлі дауысты дыбыстарды пайдаланып дауыс береді. Бақырлау. 5-6 ай. Өз дыбыстарын қайталайды. Күлу, жылау, белсенді дауыс беру арқылы көңіл-күйді білдіреді. 6 ай. Дыбыстардың әртүрлі диапазонын шығарады. Белсенді шуылдау.	Салқындату кезеңінің кешігуі немесе болмауы. Оның атына жауап бермейді. Онтогенезде дірілдеу фазасы жоқ немесе нашар көрінеді. Бала үндеуден бастап бірден бірінші сөздерді айтуға көшеді. Сөздер көбінесе жағдайға сәйкес емес қолданылады.
7-11 ай	7 ай. Өз дыбыстарын біледі, әртүрлі интонацияларды қолданады.	Алғашқы сөздер (әрдайым сөздер емес <i>анам, әкем</i>) нормаға сәйкес сөйлеуді дамыту кезеңінде жиі пайда болады. Сонымен қатар, сөздерді басқаларға (жақындарға) қарамай қолдануға болады. Сөйлеудің жеке түрі байқалады: бірінші сөздер әдеттен тыс болуы мүмкін (<i>жапырақ, трактор</i>). Сөздердің жинақталуы сирек қолданылатын сөздердің қатарында жүреді. Сөйлеудің өзін-өзі ынталандыруы ересектермен байланыссыз байқалады.

12-кестенің жалғасы

<p>12 ай</p>	<p>8-9 ай. Дауыссыз және дауысты дыбыстардың тізбегін жасайды, мысалы, <i>ба-ба-ба, да-да</i> және ойнау кезінде дыбыстарды жаттықтырады. 9 ай. Айналадағы әлемнің барлық дыбыстарына еліктейді. 10 ай. Таныс затты сұрағанда, басын бұрып іздейді. 11 ай. Тыйым салуларға адекватты түрде әрекет етеді және қажет болған жағдайда өз қызметін тоқтатады. <i>Иә</i> сөзінің алдындағы <i>жоқ</i> сөзін түсінеді. 12 ай. Бала үшін кең мағыналық мағынасы бар жеке сөздер мен сөйлемдерді айтады (<i>ана менің тамақ жегім келеді, тамақтанғым келеді, ұйықтағым келеді, қыдырғым келеді</i> және т.б. білдіруі мүмкін). Қарапайым талаптарды орындайды: әкелу, қызмет көрсету және т.б.</p>	<p>Сөз балада жинақталмайды, басқаларға орын беріп, жоғалып кетеді. Көбінесе <i>ана, әке</i> сөздерінің пайда болуы кешіктіріледі. Кейде олар өмірдің екінші жылында көптеген басқа сөздерден кейін, ал кейде екі жылдан кейін пайда болады.</p>
<p>18 ай</p>	<p>Бұл кезеңде сөйлеудің дамуы біршама баяу жүреді. Сөздік 3-тен 50 сөзге дейін.</p>	<p>Фразалық сөйлеудің пайда болуы: оның коммуникативті емес фокусы тән; Алғашқы фразалар бала бірнеше рет қайталанатын эхолалия кешіктірілуі мүмкін (радио және теледидар бағдарламаларынан оқылады). Жаңа адамның пайда болуына аутистикалық реакциялар пайда болуы мүмкін: бала мазасызданады, қорқады, бетін қолдарымен жабады.</p>
<p>24 ай</p>	<p>2-3 сөзден тұратын сөз тіркестерімен сөйлейді. Тыңдайды, еліктейді, ересек адамның айтқанын қысқаша қайталайды. «Әкем қайда?» деген сияқты қарапайым сұрақтар қояды. Сөздің қолданылуы меңзеу қимылдарымен қатар жүреді.</p>	<p>Сөздік қоры 15 сөзден аз, сөздер пайда болып, жоғалып кетуі мүмкін, коммуникативті қимылдар дамымайды, бірнеше меңзеу қимылдары болуы мүмкін. Ересектердің сөйлеуіне реакцияның болмауы немесе әлсіздігі: өтінішке жауап бермейді, сөйлеушіге назар аудармайды. Көбінесе бала саңырау деп күдіктенеді. Дауысқа жауап бермеу басқа дыбыстық тітіркендіргіштерге жоғары сезімталдықпен (қағаздың сыбдырынан қорқу, судың құйылуының дыбысы) қосылуы мүмкін. Кейде сөзге реакция балаға сыбырлап айтылған жағдайларда болуы мүмкін.</p>

30 ай	2-5 сөзден тұратын сөйлемдермен сөйлейді, бірақ сөйлеу әлі дыбыста жеткілікті анық емес. Бұл жастағы баланың сөйлеу әрекетіндегі ең тән кемшілік - жұмсартылған сөйлеу. Көптеген балалар ысқырған дыбыстарды айтпайды, оларды ысқырықты дыбыстармен ауыстырады.	Бір буынды коммуникативті сөйлеудің ешкімге арналмаған ұзақ монологтармен тіркесімі бар.
36 ай	Әдетте үлкен сөздік қоры бар (шамамен 1000–1200 сөз). Сөздік қорының ең көп өсуі 2,5-3 жас аралығында болады. Көптеген грамматикалық формаларды адекватты түрде қолданады (көпше, өткен шақ, көсемше т.б.). Көбінесе ақпарат алу үшін емес, әңгімені жалғастыру үшін көп сұрақтар қояды.	Сөйлеуде эхолалия байқалады, жиі кешіктіріледі. Әлсіз артикуляция және айтылу проблемалары, түсініксіз интонация және сөйлеу ырғағы проблемалары болуы мүмкін. Сөздік стереотиптерге бейімділік байқалады. Кейде сөйлеу дамуының регрессиясы, мутизм байқалады.

Аутизммен ауыратын баланың сөйлеу дағдыларын табысты дамыту үшін мұғалім мәнерлі сөйлеудің болмауы немесе кешігуі жалпы қарым-қатынас проблемалары, өзара әрекеттестіктен алшақтау және баланың өз сезіміне, бейімділігіне және ішкі тәжірибесіне терең енуіне байланысты екенін ескеруі керек. Сөйлеуді дамыту процесінде басқа себептерден туындаған сөйлеу бұзылыстарын түзету үшін қолданылатын әдістерге ұқсайтын белгілі әдістер қолданылады (мысалы, сенсорлық немесе моторикалық алалия, дислалия).

Дегенмен, мұндай әдістер аутизмі бар балалардағы белгілі бір айтылым бұзылыстарын жоюға бағытталған мамандандырылған жұмысқа біріктірілген жағдайда ғана тиімді болады. Аутизмнің кез келген түрі үшін негізгі мақсат - сөйлеу әрекетінің қажеттілігін қалпына келтіру немесе дамыту. Баланың сөйлеуі басқаларға түсінікті болуы үшін дыбыстардың дұрыс айтылуына мән беру керек. Бұл процестің маңызды кезеңдерінің бірі - дыбыстық және артикуляциялық жағынан ұқсас дыбыстарды ажырату.

Мысалы, сөйлеу ағынындағы белгілі бір дауысты дыбысты ерекшелеу үшін жаттығуды қолдануға болады (а, о, и, і, у, е). Ересек адам берілген дыбысты қайта-қайта айтады, ал бала оны басқалардың арасында анықтауы керек (мысалы, қолдарын шапалақтау, белгілі бір қозғалысты орындау немесе сәйкес таңбаны көтеру). Содан кейін мұғалім анық және үзіліспен дыбыстар қатарын айтады: А-у-м-и-с-й-о-э-р-ш-ф-л-в-з-ж-х-й-а, т.б. Бұл жаттығу бала дауысты дыбыстарды сенімді түрде ажырата бастағанша қайталанатын.

Аутизмде сөйлеуді түсіну деңгейі мен оны жаңғырту қабілеті арасындағы алшақтық әсіресе байқалады. Бірақ бұл қасиет артикуляциялық қиындықтармен байланысты емес, сөйлеу бастамасының жетіспеушілігімен байланысты, оны дамыту қажет. Бұл тапсырманы орындау әдістері баланың аутизм классификациясындағы төрт санаттың біріне жататындығына байланысты.

Объективті негізден айырылған сөйлеудің дамуы кезінде екіншілік асинхронияның көріністері байқалады. Кәдімгі сөйлеуден басқа, автономды сөйлеу де бар, оның басымдыққа бейімділігі бар (әсіресе эмоционалды жағдайларда, мысалы, аутистикалық ойындарда). Автономды сөйлеуде аффективті-бейнелі дыбыстық компоненттердің басым болуы сөйлеу дағдысының жалпы дамуын тежеп қана қоймайды, сонымен қатар сөзді дыбыстық және мағыналық қабылдау арасындағы алшақтыққа әкеледі.

Аутизммен ауыратын балалардың сөйлеуін дамыту бойынша жұмыс мүмкіндігінше ерте басталуы керек және сөздерді айту қабілетін дамытуға ғана емес, сонымен қатар олардың мағынасын түсінбей механикалық есте сақтауына жол бермеуге бағытталған. Сеанстардың ұзақтығы 3 минуттан 9 минутқа дейін өзгереді, өйткені ұзақ әсер еткенде сөйлеу және эмоционалды реакциялар тежелуі мүмкін. Балада дыбыстардың айтылуын белгілі бір ынталандырулармен (мысалы, ойыншықтармен) байланыстыру әдетін қалыптастыра отырып, әрбір сабақты эмоционалды-вербалды өзара әрекеттесу элементтерімен бастау және аяқтау маңызды. Тактильді өзара әрекеттесу де маңызды: қарым-қатынас кезінде баланың қолына немесе кеудесіне жеңіл тию сөйлеу реакцияларын күшейтуге көмектеседі.

Күнделікті қарым-қатынас процесінде баланың бағдарлау реакциясын қолдау, оның назарын аударған заттар мен әрекеттерді сөздермен белгілеу, сонымен қатар вербалды емес (мысалы, меңзеу қимылы) және қысқа ауызша нұсқауларды («бер», «әкел», «көрсету» және т.б.) түсінуге және орындауға машықтандыру қажет.

Аутизмі бар балалар сөйлеудің лексикалық және грамматикалық аспектілерімен де айтарлықтай қиындықтарға тап болады. Олардың сөздік қоры шектеулі, негізінен күнделікті лексикамен бейнеленеді, ал сөйлеуі тұрақты аграмматизмдермен сипатталады. Осы саладағы түзету жұмыстары келесі бағыттарды қамтуы керек:

1. пәндік және етістік сөздік қорын кеңейту;
2. сөйлеудің грамматикалық құрылымын қалыптастыру, оның ішінде сызбаларды, карточкаларды, жазбаларды және сөз тіркестерінің дербес құрамын пайдалана отырып, сөйлемдер құруды үйрету;
3. ойын әдістері, суретпен жұмыс және арнайы жаттығулар (мысалы, зат есімдерді саны мен регистріне қарай өзгерту, сөйлемдегі сөздердің сәйкес келуі, етістік формаларын өзгерту, т.б.) арқылы сөзжасамдық және флексия дағдыларын дамыту. [78].

Сонымен қатар, аутизммен ауыратын балалардың үйлесімді сөйлеуі нашар дамыған. Олар сюжетті суреттер бойынша әңгіме құрастыруда және оқыған мәтіндерін қайталап айтуда қиналады. Осылайша, аутизмі бар балалардың сөйлеуін дамыту бойынша жұмыс олардың сөйлеу бастамасын белсендіруге

бағытталған фонетикалық, лексика-грамматикалық және коммуникативті түзетуді қамтитын кешенді тәсілді қажет етеді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. ЕБА бар баланың зейінін дамытуға қандай жаттығулар көмектеседі?
2. ЕБА бар баланың есте сақтау қабілетін жаттықтыру үшін қандай жаттығулар тиімді?
3. ЕБА бар баланың сөйлеуін, ойлауын дамыту үшін қандай жаттығуларды қолдануға болады?

Реферат тақырыптары .

1. Аутист баланың ата-аналарымен жұмыс.
2. АСБ синдромы бар балалардың ойын әрекетін зерттеу.
3. Аутист баланың бейімделу процесіндегі стереотиптердің рөлі.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Мектепке дейінгі жаста жетекші іс-әрекет қандай?
 - a) Тәрбиелік
 - b) Жұмыс
 - c) Ойындық
 - d) Коммуникативті
 - e) Көркемдік
2. Аутизмі бар балалар ойнаған кезде қандай қасиет көрсетеді?
 - a) Күрделі сюжетті ойындарды ұнатыңыз
 - b) Құрбыларымен рөлдік ойындарды ұнатыңыз
 - c) Қарапайым ойыншықтар мен арнайы емес заттарды таңдаңыз
 - d) Басқа балалармен қарым-қатынаста болыңыз
 - e) Ең алдымен компьютерлік ойындарды ойнаңыз
3. АСБ бар балалардың назарын қандай заттар жиі аударады?
 - a) Суреттері бар кітаптар
 - b) Құм, су, қарапайым физикалық әсерлер
 - c) Музыкалық аспаптар
 - d) Құрылыс жиынтықтары және басқатырғыштар
 - e) Спорттық құрал-жабдықтар
4. Аутизммен ауыратын балаға ересек адам назар аударуға қалай көмектесе алады?
 - a) Күрделі тапсырмаларды орындауды үнемі талап ету
 - b) Сенсорлық ынталандырулар мен эмоционалды пікірлерді қолдану
 - c) Оның тәуелсіз әрекеттерін шектеу
 - d) Тапсырмаларды тек құлақпен беру
 - e) Кез келген алаңдаушылықты жою

5. АСБ бар балаларда есте сақтау қалай дамиды?
- a) Ақпаратты есте сақтай алмайды
 - b) Олар тек эмоционалды маңызды оқиғаларды есте сақтайды
 - c) Ақпаратты тек көрнекі түрде есте сақтайды
 - d) Күрделі объектілерді бірден есте сақтай алады, бірақ негізгі ақпаратпен қиналады
 - e) Олардың есте сақтау қабілеті нейротиптік балалардағы сияқты дамиды.
6. Қандай әдістер АСБ бар балаларға ақпаратты жақсырақ қабылдауға көмектеседі?
- a) Көрнекі әңгімелер құру және эмоционалды түсініктемелерді қолдану b) Сенсорлық ынталандыруды жою
 - c) Ұзақ теориялық түсіндірулер
 - d) Көрнекі құралдарсыз ақпаратты қатаң тәртіппен қайталау
 - e) Қайталауды толығымен жою
7. АСБ бар балалар қандай ақпарат түрін оңай есте сақтайды?
- a) анық құрылымды (пішіні, түсі, өлшемі)
 - b) басқа адамдардың эмоционалды тәжірибелерімен байланысты
 - c) көркем мәтіндер
 - d) музыкалық әуендер
 - e) логикасыз сөйлесу сөзі
8. О.С. Никольскаяның классификациясы бойынша АСБ бар балалар тобының қайсысында ең ауыр сөйлеу бұзылыстары бар?
- a) Екінші топ
 - b) Бірінші топ
 - c) Үшінші топ
 - d) Үш топ бірдей
 - e) АСБ бар балаларда сөйлеу бұзылыстары жоқ.
9. О.С Никольская классификациясы бойынша үшінші топтағы балалардың сөйлеу ерекшелігі неде?
- a) Сөйлеудің мүлдем болмауы
 - b) Тек бір буынды сөздердің қолданылуы
 - c) Жақсы дамыған, бірақ таптаурын және автоматты сөйлеу
 - d) Сөйлеудің шамадан тыс эмоционалдылығы
 - e) Нормаға толық сәйкестік
10. АСБ бар балалардың сөйлеу әрекетін дамытудың қай әдісі тиімді?
- a) Эхолалияны толығымен алып тастау
 - b) Күрделі грамматикалық құрылымдарды зерттеу
 - c) Сыртқы тіректерді қолдану (сөз тіркестерін, ырғақтарды, шаблондық конструкцияларды жазу)
 - d) Кез келген сөйлеу жаттығуларын алып тастау
 - e) Тек көркем әдебиетті оқу

9. Дәріс. Өзіне-өзі қызмет көрсету жұмыстарының әртүрлі түрлерін қалыптастыру

9.1. Өзіне-өзі қызмет ету еңбегінің әртүрлі түрлерін қалыптастыру

Екінші кезеңде түзету-дамыту жұмыстарының негізгі ерекшеліктерін ескеру маңызды, мысалы:

- баланың мақсатты әрекеттерін жасағанда туындайтын қиындықтарды жеңу;
- мінез-құлықтың әлеуметтік нормаларын үйрету және оның қабілеттерін дамыту.

Екінші кезеңге көшу біріншінің міндеттерін сәтті шешкеннен кейін ғана мүмкін болады. Бұл кезеңдегі жұмыстың ерекшелігі сол, ЕБА бар баланың қызығуы тез жоғалады, шаршайды, іс-әрекет ұнаса да, көңілі тез аударылады. Бұған жол бермеу үшін алдын ала жоспарланған жоспарды ұстану, күнделікті тәртіпті сақтау, іс-әрекетті жиі өзгерту, сонымен қатар баланың мұғаліммен қарым-қатынасқа деген ұмтылысын ескеру маңызды.

Сабақтардың негізі ләззат пен жағымды сенсорлық сезім әкелетін іс-әрекеттер болып табылады, сондықтан мұғалім баланың қызығушылығына назар аударады. Бастапқы кезеңде оның стереотиптік қалауы қолданылады. Сабақтар бала өзін жайлы және қорғалған сезінетін жерлерде өткізіледі. Ол бекітілген объектілерді ескеру маңызды: олар өмірге келеді, «қарау», «көмек», «күлімсіреу». Үйдегі және көшедегі маршруттар, өзін-өзі күту дағдыларын үйренуге арналған таныс орындар да маңызды рөл атқарады: аяқ киімді ілгіштің, орындықтың немесе тумбочканың жанында кию ыңғайлы - бұл белгі өзгеріссіз қалады.

Барлық қажетті заттар баланың қолы жететін жерде болуы керек: кітаптарды белгілі бір сөреге, ойыншықтарды балаға бұл реттелу себебін түсіндіре отырып, белгілі бір тартпаға қойған дұрыс. Жаттығу кезінде ересек адам баланың артында орналасып, оған сақтықпен көмектесіп, әрекетті өз бетінше орындау елесін жасайды, ол міндетті түрде: «Сіз мұқиятсыз, сондықтан маған көмектесесіз».

Баланың дербестігі артқан сайын, мұғалім қолдарын нақты әрекеттерді орындауға бағыттай отырып, оның көмегін бірте-бірте азайтады: колготкиді тартыңыз, пиджактың ілмегін сезініңіз, найзағай немесе түймелерді іліңіз. Баланы үнемі, бірақ қалыпты түрде, іс-әрекеттердің сәтті аяқталуын және оң нәтижелерді атап өту керек. Күшейту тек ауызша ғана емес, сонымен бірге мақұлдау қимылымен де көрсетілуі мүмкін: басын шайқау, қолды немесе басын сипау. Мадақтаудың бала жаңа ғана игеріп жатқан әрекеттерінен бұрын болуы маңызды, бірақ сыртқы ауызша марапаттарға тәуелді болмас үшін оны қолдану шектен шықпауы керек. Уақыт өте келе бала тәуелсіз болады.

Аутист баланы оқытумен байланысты қиындықтар көбінесе психофизикалық тонусының ерекшеліктеріне байланысты - оның жетіспеушілігі

немесе біркелкі емес таралуы. Сондықтан, сабаққа, тіпті ойын түрінде болса да, қозғалысты дамыту элементтерін енгізу қажет. Кез келген бала сияқты, ол психофизикалық тонусты сақтауға және эмоционалды стрессті азайтуға көмектесетін тұрақты физикалық белсенділікті қажет етеді[60].

Тұрмыстық өзіне-өзі қызмет көрсету дағдыларын қалыптастырған кезде бала үшін іс-әрекетті орындау емес, оны өз бетінше орындауға үйрету басты міндет екенін есте ұстаған жөн. Бала күнделікті өмірге қаншалықты бейімделсе (жуынуды, киінуді, ұқыпты тамақтануды біледі), оның ойынға және пайдалы іс-әрекеттерге уақыты көбірек болады, ал ересек адам онымен қарым-қатынастың басқа формаларына мүмкіндік алады.

9.2. Тамақтану дағдылары мен біліктілігін қалыптастыру

Тапсырмалар:

Баланы оқыту:

- тағамды шайнау дағдылары;
- қасық, шанышқы және шыныаяқты тәуелсіз пайдалану;
- үстел басында өзін ұстау ережелері.

ЕБА бар балаларда, жоғарыда айтылғандай, иістерге реакция және аштық сезімі төмендеуі немесе мүлдем болмауы мүмкін. Дегенмен, өмірдің бірінші жылының соңында бала дәмі, иісі, түсі және консистенциясы бойынша ерекшеленетін әртүрлі тағамдармен таныс болады. Баланы осындай өнімдерге үйрету үшін диетаға жаңа тағамдар біртіндеп енгізіледі, мәзір күрделі, сұйық және жартылай сұйық тағамды шайнауды қажет ететін тығыз тағаммен ауыстырады. Бір жасында сіз оны екі қолыңызбен ұстап, қасық пен шыныаяқты қолдануға үйретуді бастай аласыз.

Қатаң белгіленген уақытта тамақтандыруды және әртүрлі тағамдарды қамтитын теңдестірілген диета жақсы тәбетті арттырады және ауруға төзімділікті арттырады. Тәбет тағамды көру, оның иісі және тамақ кезінде қоршаған орта арқылы ашылады. Бала үстелге неғұрлым ықыласпен отырса, соғұрлым белсенді ас қорыту шырыны мен сілекей бөлінеді. Күні бойы тағамды дұрыс бөлуді қамтамасыз ететін диета маңызды рөл атқарады. Егер бала бір мезгілде тамақтанса, оның денесінде шартты рефлекс қалыптасады - белгіленген сағатта асқазан асқазан сөлін бөле бастайды. Тамақтандыру кешіктірілсе, ас қорыту бездерінің жұмысы бұзылады, бұл тәбеттің төмендеуіне әкеледі. Тамақтану арасындағы үзілістер алдыңғы тағамды толығымен сіңіру және келесі тамақтандыру үшін қалыпты аштық сезімін қалыптастыру үшін қажет. Белгіленген уақыттан тыс тағам ұсынылмайды, ал тәттілер, жемістер мен жидектер қатаң белгіленген сағаттарда беріледі. Тамақтану кезінде асықпау маңызды. Бала шыдамдылықпен тамақтанады, оны тамақты мұқият шайнауға үйретеді, өйткені шайнау процесі сілекейдің белсенді секрециясына және тағамның жақсы сіңуіне ықпал етеді. ЕБА бар балалар жиі жаңа, бейтаныс тағамдардан бас тартады.

Аутизммен ауыратын баланы қалай тамақтандыру керектігін үйреткенде оның тілдік мүмкіндіктерінің шектеулі екенін ескерген жөн. Сондықтан нәрестеге одан не талап етілетінін түсінуге көмектесу үшін анық қимылдар мен демонстрациялық әрекеттер қолданылады. Оңай қозғыш балалар алаңдаушылыққа бейім, бұл олардың үстел басында зейінін шоғырландыруын қиындатады: олар шу шығарады, тамақты аяқтамай тұрып кетеді. Мұндай балалар тамақтану кезінде барынша тыныш ортамен қамтамасыз етіледі. Дегенмен, сіз олардың назарын әңгімелермен немесе ойындармен алаңдатпауыңыз керек, өйткені бұл толқудың жоғарылауына және қажетсіз әрекеттерге әкелуі мүмкін. Егер бала қасықты қалай пайдалану керектігін білмесе, оны тамақтандыруға мәжбүрлеуге болмайды. Тамақты өзі шайнап, жұтып қоятын уақытты күтіп, баяу және сабырлы түрде тамақтандыру жүзеге асырылады. Егер сіз тым тез тамақтасаңыз, бала тұншығып, тітіркенуі мүмкін, бұрыла бастайды немесе тіпті қасықтан қорқуы мүмкін, бұл кейінірек тамақтанудан тұрақты бас тартуға және невротикалық реакциялардың қалыптасуына әкелуі мүмкін[62].

Күнделікті режимді жүйелі сақтау, тамақтануды дұрыс ұйымдастыру, серуендеу, ойындар, шомылу және ұйқының кезектесуі ерте балалық аутизммен ауыратын баланы тамақтандыру кезінде туындайтын қиындықтарды азайтуға немесе толығымен жоюға көмектеседі.

Нәрестені қатты тағамды көбірек жеуге үйрету үшін алдымен бір жастан бастап нан шайнауға үйретеді. Ересек адамның іс-әрекетіне назар аудару үшін қимыл-қозғалыстар әсірелеп орындалады. Маңызды аспект - баланың сүйікті өнімдерін пайдалану, өйткені олармен үйрену оңайырақ. Тиімді әдістердің бірі жаттығуды бірнеше рет қайталау болып табылады: баланы үстелге отырғызады, ал оның алдына тамақтың кішкене бөліктерін қояды (мысалы, нан, пісірілген сәбіз, шұжық, оларды қолға алуға ыңғайлы етіп кесіңіз). Ересек адам процесті көрсетеді: бөлікті алып, оны аузына салады, оны дәмінен ләззат алатын мәнерлі мимикамен сүйемелдейді және ым-ишарамен баланы әрекетті қайталауға шақырады. Егер бала бастама көрсетпесе, оның қолын мұқият басқарады, көрсетілген мысалды жаңғыртуға көмектеседі.

9.3. Дастархан басында өзін ұстау мәдениетін қалыптастыру

Баланы тамақтандыру мәдениетіне үйрету

Бала өз бетінше тамақтану дағдыларын меңгерген кезде оны орындықпен аласа үстелге отырғызады. Тамақтану алдында үстел майлықпен жабылып, ортаға жаңа піскен гүлдерден тұратын ваза қойылып, тартымды және жайлы атмосфера жасайды. Үстелге кішкене тәрелке, оң жағына қасық, сол жағына шанышқы, қисық жағы жоғары қаратып қойылады. Кішкентай нан кесектері шанышқының жанында бөлек табаққа салынады. Егер мәзірде тоқаш, пирог немесе кретон болса, олар да осы табаққа салынады. Бүктелген майлық негізгі табақтың сол жағына қойылады. Қағаз майлықтарды пайдалану тамақтану процесін гигиеналық етеді.

Сорпаның терең тостағандары толтырылған. Бірінші курстан кейін олар жойылады, ал десерт алдында барлық ыдыс-аяқтар алынып тасталады, гүлдер мен жемістердің вазасы ғана қалады. Қалған үгінділер арнайы щеткамен мұқият сыпырылады. Тіпті ауыр аутизммен ауыратын бала әдемі тағамдардың эстетикалық тартымдылығын байқай алады.

Төрт-бес жастағы балалар бірте-бірте ортақ дастарханда тамақтануға көше алады. Егер бала ересектермен бірге үстелге отырса, оған тұрақты орын бөлінеді, ол өзгермейді. Осы жасқа қарай ол ұқыпты тамақтанып, қасық пен шанышқыны дұрыс пайдалана білуі керек, сонымен қатар үстел басында өзін-өзі ұстаудың негізгі ережелерін сақтауы керек:

- ас құралдарын дастарханға емес, тек тарелкаңызға қойыңыз;
- тостағанды табақшаға қойыңыз;
- майлықты тәрелкенің жанына ұқыпты бүктеңіз.

Егер бала дастархан жаюға қатысса, үстелде ұқыптылықты қалыптастыру айтарлықтай жеңілдетіледі. ЕБА бар балалар үйренген ережелерді сақтауда өздерінің жоғары педантизмімен ерекшеленеді, сондықтан оларға ең басынан бастап дұрыс үлгі көрсету маңызды. Ата-аналарға дастархан жаюға көмектесу балада басқаларға деген қамқорлық қарым-қатынасты дамытып қана қоймай, тәртіп пен тазалыққа деген сүйіспеншілікті қалыптастырады, өзіне-өзі қызмет көрсетудің маңызды дағдыларын қалыптастырады[75].

Үстелде тыйым салынған әрекеттер:

- қолыңызды үстел үстінде жылжытыңыз;
- табақтарды бір-бірінен жылжыту, ас құралдарымен ойнау;
- тағамды табаққа салу;
- үлкендердің рұқсатынсыз тамақ біткенге дейін үстелден тұру;
- үстелден шыққанда өзіңізбен бірге тамақ алыңыз.

Баланы оқытудың негізгі ережелері:

- ауызды жабық шайнау;
- тек үстелде тамақтаныңыз;
- шанышқыны, қасықты және майлықты дұрыс қолданыңыз;
- тамақ ішкеннен кейін, тұрыңыз, орындықты ақырын артқа итеріп, тамақ үшін рахмет айтыңыз;
- үстелді орнатуға және тазалауға қатысу.

Ересектер әрқашан балаларға дастарханды дұрыс ұстауды көрсетеді.

9.4. Мәдени-гигиеналық біліктілігі мен дағдыларын қалыптастыру

Аутизм спектрі бұзылған балалар мәдени және гигиеналық дағдыларды баяу және қиындықпен игереді. Түзету жұмысы бірнеше жаттығулар мен қатаң жүйелілікті қажет етеді. Процедурадан тұрақты бас тартуды тудыруы мүмкін жағымсыз сезімдерден аулақ болу маңызды. Мысалы, жуу кезінде баланың

қолайсыздықты сезінбеуі үшін жеңге немесе жағаның астына су ағып кетпеуін қамтамасыз ету керек.

Жеке гигиена құралдарына қойылатын талаптар

Жеке гигиена құралдары ыңғайлы, эстетикалық жағымды және балада жағымды эмоциялар тудыруы керек. Оларды қолданар алдында баланы әрбір затпен оның мақсатын түсіндіре отырып, жан-жақты таныстыру қажет[55].

- *Тіс щеткасы* – кішкентай, жұмсақ, балаларға арналған. Күнделікті ыстық суға (40–50 °С) 3–5 минут салып қойыңыз.

- *Тіс пастасы* - бала жағымсыз сезімдерді сезінбеуі үшін жағымды дәмі бар.

- *Шайғыш шыны* – жеке, пластик. Шаюға арналған су жылы болуы керек.

- *Тарақ* – жұмсақ тістері бар, бас терісін тырнатпайды. Тарақтың түсі тыныш және көзге көрінбейтін болуы керек.

- *Жуынатын шүберек* жұмсақ, кішкентай, баланың қолы оңай ұстайды.

- *Сабын* - балаларға арналған. Оны қолданар алдында балаңызбен бірге қаптаманы қарап, жуудың пайдасы мен жағымды сезімдері туралы сөйлескен пайдалы.

- *Орамал* жеке және кішкентай, сондықтан балаға қолдануға ыңғайлы. Түс баланың темпераментіне байланысты таңдалады: тыныштандыратын немесе ынталандыратын болу керек.

Айнамен танысу ерекше күтімді қажет етеді. Баланың тыныш күйде болуы маңызды. Сіз оған айна туралы әңгімені алдын ала оқып, оған оң көзқарас қалыптастыра аласыз.

Баланы жеке гигиена құралдарымен таныстыру оларды өз бетінше қолдана бастағанға дейін басталады. Бастапқыда ересек адам заттарды қалай пайдалану керектігін көрсетеді, содан кейін бала үлкендердің көмегімен әрекеттерді қайталайды, содан кейін ғана оларды өз бетінше меңгереді.

Мәдени-гигиеналық дағдыларды қалыптастыру

Тапсырмалар:

- өз бетінше жууды үйрету;
- душты пайдалануды үйрету;
- тістерді тазалауды үйрету;
- дәретханаға үйрету;
- ұқыптылық дағдыларын дамыту.

Практикалық жаттығулар[77]:

- *«Өзіңді жуу»*

Балаға қолын жуғаннан кейін көбіктің мөлшеріне назар аударуға үйретеді. Ересек адам балаға жуғыш шүберекті береді де, оны суға батырып алуын өтінеді де: *«Көбікті жу!»* - дейді осы әрекетті орындауға көмектесу. Бұл тапсырма шомылған сайын қайталанады. Көбікті шайып болғаннан кейін балаға жуғышты

сығып, қайта іліп қоюды үйретеді. Егде жастағы балалар басын, мойнын, иығын өздігінен жууға болады.

○ «Тіс тазалау»

Балалар тістерін тазалауды 3-4 жастан бастап үйрене бастайды. Алдымен баланы тіс щеткасымен, тіс пастасымен және айнамен таныстырады. Ол өзінің шағылысына қарап отырып, ересек адамның тістерін тазалап жатқанын көреді. Егер бала айнадан қорқатын болса, онда процесс онсыз көрсетіледі. Содан кейін ересек адам саусағына аздап пастаны сығып, баланың қызыл иегін ақырын уқалайды. Содан кейін бала щетканы қолына алады, ал оның артында тұрған ересек адам оның қозғалысын басқарады. Бірте-бірте көмек көрсету дәрежесі төмендейді, бала өз бетінше тіс бойымен тазалауды үйренеді.

Ересектердің жүйелі жаттығулары мен шыдамдылығы АСБ бар балаларға жеке гигиена дағдыларын меңгеруге көмектеседі, оларды сенімді және тәуелсіз етеді.

9.5. Өз-өзіне қызмет көрсету біліктілігі мен дағдыларын қалыптастыру

Балада еңбек және күнделікті дағдыны дамыту оның дербестігін дамытуға бағытталған маңызды міндет болып табылады. Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар балалар көбінесе нұсқауларды орындауда, әрекеттер ретін түсінуде және қозғалыстарды үйлестіруде қиындықтарға тап болады. Оқыту процесінде осы ерекшеліктерді ескеріп, арнайы әдістемелік әдістерді қолдану қажет.

Дағдыларды дамытудың бастапқы кезеңдерінде ересек адам барлық әрекеттерді өз бетінше орындайды, оларды түсініктемелермен сүйемелдейді, бұл балаға әрекеттердің ретін байқауға және есте сақтауға көмектеседі. Содан кейін бала бірдей әрекеттерді орындайды, бірақ қолдарын бағыттайтын және оның қозғалысын үйлестіруге көмектесетін ересек адамның қолдауымен жасау керек. Келесі кезеңде баланың ересек адамның дауыстық басшылығымен әрекеттерді өзі орындауы жатады. Қорытынды кезеңде бала үлгіге немесе ересек адамның нұсқауларына сүйене отырып, тапсырмаларды толығымен өз бетінше орындайды.

Әлеуметтік дағдыларды табысты дамыту үшін есте сақтауды, зейінді, ойлауды және басқа адамдардың қажеттіліктерін түсіну қабілетін дамытуға ықпал ететін ойын жаттығуларын пайдалану ұсынылады. Мысалы, «Сұрағанымды бер» ойынында үстелдің үстінде үш зат бар: тарақ, сүлгі және сабын. Ересек адам мимика мен ым-ишара арқылы балаға осы заттардың біреуі керек екенін көрсетеді, содан кейін одан: «Маған не керек?» деп сұрайды. Егер бала жауап бермесе, ересек адам қозғалысты қайталайды, содан кейін қажетті затты атайды және балаға оны беруге көмектеседі.

Күнделікті дағдыларды үйрету бірте-бірте және кезең-кезеңімен жүреді. Мысалы, шұлықты алып тастауды үйрету қарапайым жаттығудан басталады, онда шұлық бөтелкеге салынып, ішіне сыйақы қойылады. Бала сыйлық алу үшін бөтелкедегі шұлықты алып тастауды үйренуі керек. Бірнеше рет қайталаудан

кейін бала келесі кезеңге өтеді, онда оған өз аяғынан шұлықты алып тастау ұсынылады.

Шалбарды шешуді үйрену де кезең-кезеңімен өтеді. Алдымен бала бір аяқтың аяғын, содан кейін екеуін де төмен түсіруді үйренеді, содан кейін шалбарды тізеден, содан кейін жамбастың ортасынан, төменгі арқадан және ең соңында белден түсіруді меңгереді. Бала бұл әрекеттерді сенімді түрде орындаған кезде, оған кері процесті - шалбар киюді үйретеді.

Сыдырманы ашу дағдысы баланың назарын найзағай тіліне аудару арқылы қалыптасады. Ересек балаға саусақтарымен тілін алуға және құлыпты төмен сырғытуға көмектеседі. Бұл әрекетті меңгергеннен кейін балаға сыдырманың сыдырмасын ашуды үйретеді, бұл оған оңайырақ, өйткені ағызу дағдысы қалыптасқан.

Түймелерді бекітуді үйрену үлкен және тым тығыз емес түймелерден басталады. Ересек адам алдымен түйменің екі бөлігін бала оңай баса алатындай етіп туралайды. Әрі қарай, бала түйменің бөліктерін өз бетінше қосуға жаттығады. Әр кезеңде оның жетістіктері мақтау сөздермен және жағымды эмоциялармен бекітіледі.

Екі-үш жасында балаға куртка киюді үйрете бастайды. Бастапқыда ересек адам балаға бір қолын жеңге кіргізіп, екінші жеңін иыққа лақтыру арқылы көмектеседі. Содан кейін балаға екінші қолын өз бетінше жіппен өткізу ұсынылады. Уақыт өте келе ол пиджакты дұрыс ұстауды, өз бетінше дұрыс жеңді тауып, сырттан көмексіз киюді үйренеді.

Балаларды бес-алты жастан бастап аяқ киімге күтім жасауды үйретеді. Алдымен ол аяқ киімді құрғақ щеткамен, содан кейін дымқыл губкамен тазалайтын ересек адамның әрекетін бақылайды, содан кейін ол крем жағып, жылтыр етіп жылтыратады. Кейінірек бала жеке әрекеттерді орындай отырып, процеске араласады, содан кейін оның аяқ киіміне күтім жасау үшін толық жауапкершілікті алады[44].

Еңбекті және күнделікті дағдыларды табысты дамыту үшін жүйелі жаттығулар, оң күшейтуді қолдану, бірнеше рет қайталау және ересек адамның эмоционалды қолдауы қажет. Бұл тәсіл арқылы бала өзіне сенім артып, күнделікті тапсырмаларды өз бетінше орындауға үйренеді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балада өзіне-өзі қызмет көрсету жұмысының қандай түрлерін дамыту керек?
2. Қандай жаттығулар тамақтану әдеттерін дамытуға көмектеседі?
3. Қандай жаттығулар үстел басында өзін ұстау мәдениетін дамытуға көмектеседі?

Реферат тақырыптары.

1. Каннер және Аспергер синдромы.

2. Ретт синдромы

3. Эмоционалды-еріктік сфераның бұзылыстарын түзетудің деңгейлік тәсілі.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Түзету-дамыту жұмысының екінші кезеңіне өту үшін қандай шарт қажет?

- a) Бала үш жасқа толады
- b) Сөйлеуді дамытудағы барлық проблемаларды жою
- c) Бірінші кезеңнің міндеттерін сәтті шешу
- d) Ата-ананың баламен жұмыс істеуге дайындығы
- e) Медициналық тексеруден өту.

2. Мұғалім баланың сабаққа деген қызығушылығын жоғалтуын қалай болдырмауға болады?

- a) Тек жаңа әрекеттерді ұсыныңыз
- b) Әрекетті жиі өзгертіп, күнделікті тәртіпті сақтаңыз
- c) Бала байланған заттарды алып тастаңыз
- d) Мұғаліммен қарым-қатынасты шектеңіз
- e) Сенсорлық ынталандыруды қолданбаңыз

3. Неліктен ЕБА бар балалар үшін диетаны сақтау маңызды?

- a) Тамақ ішуге кететін уақытты қысқартуға
- b) Иістердің тәбетке әсерін жоюға
- c) Асқазан сөлінің бөлінуіне шартты рефлекссті қалыптастыруға
- d) Баланың тағамның белгілі бір дәміне үйренуіне
- e) Артық тамақтануды болдырмауға

4. Аутизммен ауыратын балаға қасықты қалай үйрету керек?

- a) Көмексіз өз бетінше тамақтандыруды ынталандырыңыз
- b) Тамақты тек сұйық күйде беріңіз
- c) Іс-әрекетті көрсетіңіз және баланың қолын бағыттаңыз
- d) Тек көрнекі нұсқауларды қолданыңыз
- e) Тамақ таңдауын бір консистенциямен шектеңіз

5. Неліктен баланы тамақтану кезінде әңгімеге алаңдату ұсынылмайды?

- a) тағамның қорытылуына кедергі келтіреді
- b) қозуды және қажетсіз мінез-құлықты тудыруы мүмкін
- c) тамақтан бас тартуға ықпал етеді
- d) тәбеттің төмендеуіне әкеледі
- e) зейінді төмендетеді

6. ЕБА бар балаларға үстел басында өзін ұстау ережелерін үйренуге не көмектеседі?

- a) Стресті азайту үшін барлық ережелерді жою
- b) Мысал бойынша дәйекті оқыту
- c) Тек ауызша нұсқауларды қолдану
- d) Ереженің сақталуын қамтамасыз ету

- e) Үстелді орнатуды толығымен жою
7. Баланы жаңа тағаммен қалай таныстыру керек?
- диетаға жаңа тағамдарды біртіндеп енгізу
 - барлық таныс тағамдарды алып тастау
 - тек жұмсақ және сұйық тағам беру
 - жаңа тағамдарды мәжбүрлеу
 - тәбетті арттыру үшін тек тәтті тағамдарды пайдалану
8. Дастархан жаюда баланың қатысуы қандай рөл атқарады?
- Баланы тамақ ішуден алшақтатады
 - Ұқыптылық пен тәртіпті сүйеге тәрбиелейді
 - Тамақ ішуге кететін уақытты көбейтуге көмектеседі
 - Тамаққа зейінін азайтады
 - Баланы әртүрлі ыдыстарды қолдануға үйретеді.
9. Баланы жеке гигиеналық заттармен таныстырудың ең жақсы жолы қандай?
- Баланы оларды бірден өз бетінше қолдануға мәжбүр етіңіз
 - Түсіндірмелерді жойып, тікелей жаттығуға көшіңіз
 - Тек мәтіндік нұсқауларды қолданыңыз
 - Оларды қолдануды көрсетіңіз және баланы біртіндеп тарту
 - Тек заттардың суреттерін көрсету
10. Неліктен жуу кезінде баланың жайлылығын ескеру маңызды?
- Жиренішті тудыратын жағымсыз сезімдерді болдырмау үшін
 - Баланы тезірек жууға үйрету
 - Баланың гигиеналық күтімге аз уақыт жұмсауы үшін
 - Үлкендердің көмегіне мұқтаждықты жою үшін
 - Жууды міндетті процедураға айналдыру

10. Дәріс. АСБ бала тәрбиелеп отырған отбасымен жұмыс.

10.1. Аутизммен ауыратын балалардың ата-аналарымен жүргізілетін психологиялық-педагогикалық жұмыстың мазмұны.

Аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарымен психологиялық-педагогикалық жұмысты жүзеге асырудың өзіндік ерекшеліктері бар және эмоционалдық күйзелісті азайтуға, өз мүмкіндіктерін оң қабылдауды және баланың әлеуетін түсінуді қалыптастыруға бағытталған. Негізгі міндеттердің бірі – диагностикаға сындарлы көзқарасты дамытуға, отбасы мүшелері арасындағы эмоционалдық байланысты нығайтуға және баланың дамуы үшін қолайлы жағдай жасауға ықпал ететін психологиялық қолдау көрсету.

Аутизммен ауыратын баланың әлеуметтенуінде отбасы маңызды рөл атқарады. Мұндай балалар үшін үй олардың дамуы мен бейімделуіне әсер ететін

маңызды психологиялық кеңістік болып табылады. Психология және клиникалық медицина саласындағы мамандардың зерттеулері аутизммен ауыратын баланың тууы ата-аналар мен барлық отбасы мүшелері үшін ауыр сынаққа айналатынын растайды. Мұндай балаларды тәрбиелеуге және оларға қамқорлық жасауға байланысты қиындықтар ата-аналарда аландаушылық, эмоционалдық сарқылу және тіпті депрессия деңгейін жоғарылатуы мүмкін.

Отбасындағы күйзелісті тудыратын факторларға баланың бұзылуының ауырлығы ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік қысым, әлеуметтік стереотиптер, аутизм туралы ақпараттың болмауы жатады. Ата-аналар шатасушылық пен дәрменсіздіктен баланың болашағы үшін қорқыныш пен болып жатқан оқиғаға өздерінің кінәлі болуына дейін көптеген күрделі эмоцияларды бастан кешіреді. Бұл тәжірибелер ұйқының бұзылуына, психосоматикалық ауруларға және отбасылық қарым-қатынастардың өзгеруіне әкелуі мүмкін.

Ата-аналармен жұмыс жасауда бейімделудің бірнеше негізгі кезеңдерін анықтауға болады, олардың әрқайсысы отбасының жеке ерекшеліктеріне, баладағы бұзылыстың ауырлығына және ата-аналардың қорғаныс механизмдеріне байланысты өз ұзақтығына ие.

Бірінші кезеңде ата-аналар үреймен, қорқынышпен және шатасушылықпен жүретін шок күйін бастан кешіреді. Олар қамқоршы ретінде өзін жеткіліксіз сезінуі мүмкін және аутизм туралы ақпаратқа қатты мұқтаж болуы мүмкін. О.С.Никольскийдің бақылауларына сәйкес, аутизммен ауыратын балалардың аналары баланың мінез-құлқының ерекшеліктеріне байланысты, мысалы, көзге түсуден аулақ болу немесе эмоционалды реакцияның болмауына байланысты өздерін «жаман» ана деп санайды. Бұл өзін-өзі қорлау механизмі ата-аналардың күйзелістерін күшейтуі мүмкін.

Екінші кезеңде ата-аналарда диагнозды теріске шығару және негативизм дамиды. Бұл мамандардың тексеруінен бас тарту, балама пікірлер іздеу, дәрігерлер мен мұғалімдердің ұсыныстарын елемеу арқылы көрінуі мүмкін. Кейбір отбасылар әртүрлі медициналық мекемелерге хабарласып, диагнозды өзгертуге тырысады, бұл «шеңберге бару» әсерін тудырады. Дегенмен, бұл жағдай уақытша, ата-аналар шындықты түсінген сайын келесі кезеңге өтеді.

Үшінші кезең эмоционалды құлдыраумен, үмітсіздікпен және депрессиямен сипатталады. Бұл кезеңде отбасының әлеуметтік оқшаулануы, жанұя ішілік байланыстардың әлсіреуі және ананың психологиялық жағдайының нашарлауы байқалуы мүмкін. Кейбір жағдайларда ер адам отбасын тастап кетуі мүмкін, бұл жағдайды нашарлатады. Бұл кезеңнің тереңдігі мен ұзақтығы ата-аналардың жеке ресурстарына, басқалардың қолдау деңгейіне және жағдайды қабылдауына байланысты.

Төртінші кезең отбасының дағдарыстан шығуымен және бала тәрбиесіне жаңа көзқарастың қалыптасуымен байланысты. Ата-аналар диагноздың шындығын түсініп, мамандармен белсенді түрде ынтымақтаса бастайды. Олар

отбасылық өмірді баланың ерекшеліктеріне қарай бейімдеуге, мұғалімдер мен психологтардың ұсыныстарын орындауға, сондай-ақ кәсіби қоғамдастықтан қолдау табуға тырысады. Бұл кезеңді әлеуметтік-психологиялық бейімделу кезеңі деп атауға болады, бұл кезде отбасы қолдау мен түсінуге негізделген жаңа өмір салтын қалыптастырады[84]

Ата-аналармен сәтті қарым-қатынас жасау үшін олардың эмоционалдық жағдайын ескеру және жеке қолдау көрсету қажет. Нақты ақпарат беру, ата-ана рөлі туралы оң көзқарасты қалыптастыру және ата-ананың тиімді стратегияларын жасауға көмектесу маңызды. Психологиялық-педагогикалық қолдауды, кеңес беруді және эмоционалдық қолдауды қамтитын кешенді тәсіл ата-ананың күйзелістерін азайтуға және баланың дамуы үшін оңтайлы жағдай жасауға көмектеседі.

10.2. Аутист баланың педагогтары мен ата-аналарының өзара әрекеттесу әдістері мен формалары

В.В. Лешин ерекше қажеттіліктері бар баланы тәрбиелеу процесіне теріс әсер ететін негізгі жағдайларды анықтады. Олардың ішінде ата-аналар мен балалар арасындағы қарым-қатынасты құрудағы икемділіктің жоқтығы, өзара әрекеттесудің оңтайлы нысандарын табуға ұмтылудың жоқтығы, сондай-ақ білім берудің ескірген дәстүрлі әдістеріне берілгендік. Сонымен қатар, елеулі проблемалардың бірі - ерекше қажеттіліктері бар балалардың психологиясы туралы білімнің жетіспеушілігі, бұл олардың әлеуметтену және даму процесін қиындатады.

Келіп жатқан қиындықтардың себептерін талдай отырып, сарапшылар мұндай балаларды тәрбиелеу көбінесе мақсаттар туралы нақты түсініксіз, баланың да, ата-ананың да мүмкіндіктерін бағаламай және ерекше қажеттіліктері бар балалармен жұмыс істеуде қажетті тәжірибесіз жүзеге асырылады деген қорытындыға келді. Осыған байланысты ата-аналарға психологиялық қолдау көрсету жан-жақты, ұзақ мерзімді болуы және әртүрлі мамандардың: мұғалімдердің, дефектологтардың, әлеуметтік қызметкерлердің және психологтардың қатысуын қамтуы керек. Дегенмен, бұл процесте жетекші рөл ата-аналарды қолдауға және отбасы ішіндегі қарым-қатынастарды түзетуге бағытталған нақты шараларды әзірлейтін психологқа жүктеледі.

Психологиялық қолдау көрсетудің тиімді әдістерінің бірі ата-аналарды тәжірибе алмасып, қолдау тауып, тәрбиенің жаңа жағдайларына бейімдей алатын мамандандырылған топтарға, мысалы, клубтарға немесе бірлестіктерге тарту болып табылады. Әкелерді тартуға ерекше көңіл бөлінеді, өйткені зерттеулер көрсеткендей, олар көбінесе аутизмді бар баланы тәрбиелеуге байланысты қиындықтарды конструктивті түрде шеше алады. Олардың белсенді қатысуы баланың даму процесіне ғана емес, жалпы отбасындағы эмоционалдық климатқа да оң әсер етеді.

Ата-аналармен жұмыс жасауда олардың бала психологиясы, олардың дамуы мен тәрбиесінің ерекшеліктері туралы білімдерін кеңейтуге бағытталған тақырыптық семинарлардың маңызы зор. Осындай кездесулер барысында ата-аналар өздерінің қиындықтарын талқылап, тәжірибе алмасып, жанжалды жағдайларды шешу жолдарын бірлесіп іздеуге мүмкіндік алады. Бұл жағдайда психологтың міндеті - пайдалы ақпарат беру ғана емес, сонымен қатар айыптауды немесе белгілі бір шешімдерді қабылдауды болдырмайтын талқылау үшін қауіпсіз атмосфераны құру.

Ата-аналарға арналған семинарлар бірнеше негізгі жұмыс әдістерін қамтиды. Біріншіден, бұл психологқа маңызды ақпаратты күрделі ғылыми терминдерсіз қолжетімді түрде жеткізуге мүмкіндік беретін дәріс форматы. Дәріс тақырыптары ата-аналардың қызығушылықтары мен қажеттіліктеріне сәйкес болуы керек, олардың ішінде: «Аутизмі бар балалардың психикалық дамуының ерекшеліктері», «Отбасындағы психологиялық климат және оның балаға әсері», «Аутист балаларды қоғамға интеграциялау мәселелері» және т.б. Мәселенің әртүрлі аспектілерін жан-жақты қамту үшін семинарлар өткізуге медицина, білім және құқық салаларының мамандарын тартуға болады.

Тағы бір тиімді формат – топтық пікірталас, оның мақсаты өмірлік жағдайларды бірлесіп талқылау және оңтайлы шешімдерді табу. Мұндай пікірталастардың екі түрі бар: тақырыптық, лекция материалын талқылауға байланысты және ата-аналардың өздері ұсынған нақты жағдайларды талдауға негізделген пікірталас. Мысалы, қоғамдық орындарда туындайтын жағдайларды талдауға болады: егер аутизммен ауыратын бала басқалардың назарын аударса, қалай дұрыс әрекет ету керек. Ата-аналар нақты өмірдегі ұқсас жағдайларға көбірек дайындалуға мүмкіндік беретін ықтимал әрекеттер жолдарын талқылайды.

Мұндай кездесулердің жиілігі мен ұзақтығы ата-аналардың мүмкіндіктері мен мотивациясына байланысты, бірақ тәжірибе оларды айына бір рет өткізу оңтайлы екенін көрсетеді. Семинарлар кезінде балалардың мұғалімдердің немесе әлеуметтік қызметкерлердің бақылауында болуы маңызды. Бұл ата-аналардың талқыланатын мәселелерге назарын аударуға және жұмысқа толық қатысуға мүмкіндік береді.

Ата-аналар жиналысын ұйымдастырған кезде тәрбиенің когнитивті және мінез-құлық аспектілеріне ғана емес, сонымен қатар отбасылық өзара әрекеттестіктің эмоционалдық компонентіне де назар аудару қажет. Эмоциялық қолдаудың маңыздылығын түсіну ата-ананың өзіне деген сенімін нығайтуға, олардың психоэмоционалдық жағдайын жақсартуға және аутизммен ауыратын баланың күрделі ішкі әлемін жақсы түсінуге көмектеседі.

Топтық жұмыстан басқа, мамандар ата-аналарға стрессті жеңуге, баланың диагнозын қабылдауға және жаңа өмір жағдайларына бейімделуге көмектесетін жеке консультациялар маңызды рөл атқарады. Консультациялар екі негізгі міндетті шешеді: біріншісі – баланың диагнозы туралы ақпаратты адекватты

қабылдау үшін жағдай жасау, түзету және дамыту бойынша ұзақ мерзімді жұмысқа дайындықты қалыптастыру; екіншісі - кінә сезімін жеңуге, алаңдаушылықты азайтуға және отбасындағы эмоционалдық фонды тұрақтандыруға көмектесу[87].

Отбасын қолдаудың тиімділігі көбінесе отбасының диагноздың қай сатысында тұрғанына байланысты. Кейбір ата-аналар үшін бастапқы қолдау мен ақпарат маңызды, ал басқалары үшін бұл олардың ресурстарын түсінуге және жаңа өмір жағдайларын қабылдауға көмектеседі. Сондықтан мамандардың жұмысы икемді, белгілі бір отбасының қажеттіліктеріне бағытталған және баланың дамуы үшін қолайлы жағдай жасауға бағытталған болуы керек.

10.3 Ата-аналармен жұмыс бағыттары.

Аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарымен жұмыс бірнеше негізгі бағыттарды қамтиды. Бірінші бағыт – отбасындағы тәрбие жағдайлары мен ата-ананың балаға деген көзқарасын зерттеу. Осы мақсатта жылына екі рет диагностика өткізіліп, сауалнамалар қолданылып, ата-аналармен әңгіме жүргізілуде. Бұл салада өзара іс-қимылдың ең тиімді түрі жеке қарым-қатынас, оның ішінде жеке кездесулер мен құпия әңгімелер болып табылады. Бұл болашақта ата-аналармен байланысты нығайтуға және серіктестік орнатуға көмектеседі. Мұғалімдердің өз оқушыларының отбасына бару тәжірибесі әсіресе тиімді, өйткені үйдегі жағдай ата-аналарды ашық сөйлесуге шақырады. Сенімді қарым-қатынас орнатудың маңызды шарты – педагогтардың балаға деген оң көзқарасы: ата-ана өз баласына деген мейірімді және ілтипатты қатынасты байқаса, олар өз қиындықтарымен бөлісуге және кеңес сұрауға дайын болады.

Екінші бағыт ата-аналарды диагностика нәтижелері, жеке білім беру бағыттары және баланың даму динамикасы туралы ақпараттандырумен байланысты. Ата-аналар баласының ерекшеліктерін түсіндіріп, оның дамуы үшін арнайы жағдайлар жасаудың маңыздылығына сендіруі керек. Осы мақсатта диагностиканың (бастапқы, аралық, қорытынды) нәтижелері бойынша жеке консультациялар, сондай-ақ бала әрекетінің әртүрлі түрлерін бірлесіп талдау сияқты әдістерді қолданған жөн. Мұғалімдер ата-аналарға баланың даму ерекшеліктері туралы ақпарат береді, олардың күшті жақтарына назар аударады, арнайы сыныптар мен қажетті мамандарды ұсынады, сонымен қатар үй жұмысын ұйымдастыру жолдарын ұсынады. Жеке консультациялар түзету жұмыстарының нәтижелерін талқылау алаңы ретінде де қызмет етеді. Педагогтар мен ата-аналардың бала туралы білімдерінің бірін-бірі толықтыруы білім беру мекемесінде де, отбасында да балаға арналған бірыңғай стратегияны жасауға мүмкіндік береді.

Аутизммен ауыратын баланың ата-аналары күнделікті өмірдегі, қоршаған ортадағы немесе киімдегі кез келген, тіпті болмашы өзгерістер баланың бойында стресс пен өзін-өзі агрессияға әкелуі мүмкін екенін есте ұстауы керек. Осы орайда

бала бойында қауіпсіздік пен сенімділік сезімін тудыратын отбасылық әдет-ғұрыптарды дамытудың пайдасы зор. Мысалы, серуендеу, шай ішу, бірге кітап оқу сияқты кешкі әдет-ғұрыптарды жүйелі түрде ұйымдастыру пайдалы. Ата-аналардың тәрбие және түзету-дамыту жұмысы саласында педагогикалық білім беруі маңызды міндет болып табылады. Бұл аспектіде өзара әрекеттестіктің инновациялық түрлері тиімді әдістерге айналады: ата-аналар клубтары, тренингтер, дөңгелек үстелдер, конференциялар, отбасылық мерекелер мен іс-шаралар. Бала мен оның ата-анасы ортақ білім беру ортасында өзара әрекеттесетін ата-ана мен бала тобы ерекше құндылық болып табылады. Мұндай іс-шаралар ата-аналарға мамандардан және басқа ата-аналардан қолдау алуға көмектеседі, оларға балалар мен ересектердің мінез-құлқының әртүрлі үлгілерін байқауға, жеке тәжірибелерімен бөлісуге және басқа отбасылардың көзқарастары туралы білуге мүмкіндік береді. Бұл формат АСБ бар балаларды тәрбиелеп отырған отбасылардың әлеуметтік интеграциясына ықпал етеді және олардың белсенді өзара әрекеттесу мүмкіндіктерін кеңейтеді.

Ата-аналармен жұмыс істеудің маңызды аспектісі «Ата-аналар клубы» ұйымдастыру болып табылады, оның негізгі мақсаты ата-аналардың педагогикалық құзыреттілігін арттыру, ерекше қажеттіліктері бар балаларды тәрбиелеу және оқыту әдістері туралы білімдерін кеңейту болып табылады. Сондай-ақ клуб түзеу жұмыстары аясында ата-аналар қауымдастығын біріктіру, алаңдаушылық деңгейін төмендету, өзара қолдау көрсету, ұжымдық шешімдерді әзірлеу және ортақ талаптарды келісу бағытында жұмыс істейді. Үйірме мәжілістерінде оқыту әдістемесі талқыланып, туындаған қиындықтар талданып, ата-аналарға баламен қарым-қатынас жасау әдістеріне машықтандыруға мүмкіндік беріледі. АСБ бар балаларды тәрбиелеуде табысты тәжірибесі бар ата-аналармен кездесулер өте пайдалы, өйткені олар алаңдаушылықты азайтуға, өзара әрекеттесу үшін жаңа перспективаларды ашуға және әрі қарай жұмыс істеуге шабыттандыруға көмектеседі. Сонымен қатар, нейротиптік балалардың ата-аналары арасында түсіндірме жұмыстарын жүргізу, олардың бойында ерекше қажеттіліктері бар құрбыларына толерантты көзқарасты қалыптастыру маңызды. Балалар жұмыстарының көрмелері және мерекелік іс-шаралар мен ертеңгіліктерге мүмкіндігі шектеулі балалардың қатысуымен нөмірлерді енгізу жұмыстың тиімді түрі бола алады.

Тағы бір маңызды бағыт – аутизммен ауыратын балаларды тәрбиелеп отырған отбасыларға психологиялық кеңес беру. И.Ю. Левченко мен В.В. Ткачеваның көзқарасына сәйкес кеңес берудің бірнеше кезеңдерін анықтайды. Бірінші кезеңде маман отбасымен танысып, сенімді қарым-қатынасты қалыптастырады. Ата-аналар күйзеліске ұшырауы мүмкін, сондықтан жылы атмосфераны құру маңызды. Екінші кезеңде отбасы мүшелерін толғандыратын мәселелер анықталады. Психолог ата-аналарға тек нақтылау сұрақтарын қойып сөйлеуге мүмкіндік беруі керек. Осыдан кейін әңгіме әр ата-анамен жеке

жалғасады, бұл маманға отбасы құрамы, баланың ауру тарихы туралы ақпаратты жинауға, ұсынылған құжаттарды және диагностика нәтижелерін зерттеуге мүмкіндік береді. Үшінші кезеңге баланың диагностикасы кіреді, оның барысында психолог оның тұлғалық ерекшеліктерін, жоғары психикалық функциялардың даму деңгейін, басқалармен қарым-қатынас сипатын бағалайды. Диагностиканың мақсаты - бұзылулардың сипаты мен дәрежесін анықтау, баланың жеке ерекшеліктерін анықтау және оның дамуының болжамын құру.

Төртінші кезең отбасы ішілік қарым-қатынастарды және ата-аналардың жеке ерекшеліктерін тереңірек түсінуге мүмкіндік беретін отбасындағы тәрбие үлгісін зерттеуге арналған. Ересектерге олардың диагностикаға қатысуы ерікті екенін түсіндіріп, алынған ақпараттың құпиялылығын қамтамасыз ету маңызды. Отбасылық қатынастардың ерекшеліктерін анықтау үшін «Менің отбасым» және Люшер сынағы сияқты әртүрлі әдістер қолданылады. Бесінші қадам анықталған проблемаларды тұжырымдау және оларды ата-аналарға түсіндіру, олардың шешу жолдарын іздеуге назар аударуды қамтиды. Алтыншы кезеңде маман ата-аналарға ықтимал қиындықтар мен ұзақ мерзімді перспективаларды түсіндіре отырып, баламен жұмыс істеудің нақты әдістері мен әдістерін ұсынады. Егер ата-аналар күмәнданса, бірлескен түзету сабақтарына қатысу ұсынылады. Жетінші және соңғы кезең нәтижелерді қорытындылауды және ата-аналардың проблемалар мен оларды шешу жолдары туралы түсінігін бекітуді қамтиды. Оларға алынған ақпаратты түсінуге мүмкіндік беру және қажет болған жағдайда оларды келесі консультацияға шақыру маңызды[88].

Осылайша, білім беру ортасында АСБ бар балалардың ата-аналарымен жұмыс кешенді тәсілді қажет етеді, оның ішінде кеңес беру, педагогикалық білім беру, топтық кездесулерді ұйымдастыру және біртұтас өзара әрекеттесу стратегиясын құру қажет. Мамандар мен ата-аналардың үйлестірілген қызметі баланың неғұрлым табысты әлеуметтенуіне және қолайлы білім беру ортасының қалыптасуына ықпал етеді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Аутизммен ауыратын балалардың ата-аналарымен жүргізілетін психологиялық-педагогикалық жұмыстың мазмұны қандай?
2. Педагогтардың аутист баланың ата-аналарымен жұмысында өзара әрекеттесудің қандай әдістері мен формалары қолданылады?
3. ТҚҚ бар балалардың ата-аналарымен жұмыстың қандай бағыттары неғұрлым өзекті болып табылады?
4. ТБҚ бар балаларды тәрбиелеу және ерекшеліктері туралы ата-аналар семинарын қалай дамытуға болады?

Реферат тақырыптары.

1. П.Шатток бойынша балалық аутизмнің патогенезінің кестесі

2. Кеңес Одағында және шетелде аутизм теориясының даму кезеңдері.
3. Н.А. Бернштейннің онтогенездегі қозғалыстарды құру теориясы

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Аутизммен ауыратын баланы тәрбиелеп отырған отбасындағы күйзеліске қандай факторлар әсер етеді?
 - a) Баладағы бұзылыстың ауырлығы
 - b) Тек аутизм туралы ақпараттың болмауы
 - c) Әлеуметтік қысым, стереотиптер, ақпараттың жетіспеушілігі және бұзылыстың ауырлығы
 - d) Тек әлеуметтік стереотип
 - e) Тек қаржылық қиындықтар
2. Бейімделудің бірінші кезеңінде ата-аналарда қандай жағдай жиі кездеседі?
 - a) Депрессия
 - b) Шок, үрей, қорқыныш және шатасушылық
 - c) Агрессия және тітіркену
 - d) Эйфория
 - e) Диагнозды толық қабылдау
3. Ата-аналық бейімделудің екінші кезеңі немен сипатталады?
 - a) Диагнозды қабылдау және қолдауды белсенді іздеу
 - b) Толық әлеуметтік оқшаулау
 - c) Диагноздан бас тарту, тексерулерден бас тарту және балама пікірлерді іздеу
 - d) Тәрбиеге жаңа көзқарасты қалыптастыру
 - e) Отбасы ішіндегі қарым-қатынасты жақсарту
4. Ата-аналардың бейімделуінің қай кезеңі ең үлкен әлеуметтік оқшауланумен және жанұя ішілік қатынастардың нашарлауымен бірге жүреді?
 - a) Бірінші кезең
 - b) Екінші кезең
 - c) Үшінші кезең
 - d) Төртінші кезең
 - e) Барлық кезеңдерде бірдей
5. Ата-ананың бейімделуінің төртінші кезеңінде не болады?
 - a) Ата-аналар диагнозды толығымен қабылдайды, бірақ белсенді қадамдар жасамайды
 - b) Ата-аналар диагнозды жоққа шығарып, балама пікір іздеуді жалғастыруда
 - c) Ата-аналар мамандардың көмегінен бас тартады
 - d) Ата-аналар диагнозды қабылдап, мамандармен белсенді ынтымақтаса бастайды
 - e) Ата-аналар толық эмоционалдық коллапсты бастан кешіреді.

6. Ата-аналарға психологиялық қолдау көрсетудің тиімді әдістерінің бірі қандай?
- a) Тек дәрілік терапия
 - b) Ата-аналарды мамандандырылған бірлестіктерге, клубтарға және топтарға тарту
 - c) Мәселені талқылаудан толық бас тарту
 - d) Ата-ана мен баланы бөлу
 - e) Баланың диагнозын елемей
7. Аутизмі бар баланы тәрбиелеу процесіне қандай мәселелер кері әсер етуі мүмкін?
- a) қарым-қатынас құрудағы шамадан тыс икемділік
 - b) ата-ананың баламен қарым-қатынастың кез келген түрінен бас тартуы
 - c) икемділіктің болмауы, ескірген әдістерге берілу және ерекше қажеттіліктері бар балалардың психологиясы туралы білімнің болмауы
 - d) тек қаржылық қиындықтар
 - e) мамандарды шамадан тыс тарту.
8. Ата-аналармен жұмыс жасауда психолог қандай рөл атқарады?
- a) Тек бақылау
 - b) Тек кеңес беру
 - c) Ата-аналарға қолдау көрсету және жанұя ішілік қарым-қатынасты түзету бойынша іс-шараларды әзірлейді
 - d) Баланың алғашқы диагнозына ғана қатысады
 - e) Ата-аналардың барлық ұсыныстарды орындауын бақылайды
9. Ата-аналарға арналған семинарлар қай форматта жиі өткізіледі?
- a) Тек жеке консультация түрінде
 - b) Дәріс, топтық талқылау және кейс-стади түрінде
 - c) Тек бейне көру түрінде
 - d) Кері байланыссыз онлайн форматта
 - e) Ата-аналармен тестілеу түрінде
10. Аутизмі бар балалары бар отбасылардың әлеуметтік интеграциясы үшін өзара әрекеттестіктің қай түрі әсіресе қолайлы?
- a) Жеке консультациялар
 - b) Дәріс сабақтары
 - c) Ата-аналарға мінез-құлықтың әртүрлі үлгілерін байқауға және тәжірибе алмасуға мүмкіндік беретін ата-аналар мен балалар топтары
 - d) Тақырыптық фильмдерді көру
 - e) Психологпен бір реттік кездесулер.

11. Дәріс. АСБ бар балаларға арналған жеке білім беру бағдарламасын әзірлеу

11.1. АСБ бар балаларға арналған жеке білім беру бағдарламасының құрылымы

Жеке бейімделген даму бағдарламасы – бұл белгілі бір баланың ерекшеліктерін ескере отырып, әртүрлі сала мамандары қалыптастыратын арнайы әзірленген іс-әрекеттер кешені. Бұл бағдарлама мүмкіндігі шектеулі балалардың дамуындағы қиындықтарды жеңуге бағытталған.

Жеке бағдарламаның мақсаттары, міндеттері және мазмұны аутизм спектрі бұзылған балалардың қоршаған әлемді нақты қабылдауымен анықталады. Маңызды міндет – баланың дамуына әсер ететін қолайсыз факторларды барынша азайтуға, сондай-ақ оның бірегей білім беру қажеттіліктерін қанағаттандыруға көмектесетін жағдайлар жасау. Ол үшін келесі ресурстар топтарын ескеру қажет [11]:

- *Пәндік-кеңістіктік* – бала тұратын ыңғайлы және құрылымдық ортаны қалыптастыру.
- *Ұйымдастырушылық-мағыналық* – оқу процесін ұйымдастыру тәсілдерін және ақпаратты ұсыну әдістерін әзірлеу.
- *Әлеуметтік-психологиялық* – қолайлы әлеуметтік өзара әрекеттесу үшін жағдай жасау.

Жеке бағдарламаның негізгі мақсаттарына білім беру, оқыту және өз бетінше өмір сүруге қажетті дағдыларды дамыту кіреді. Тиімді қарым-қатынас орнатуға, басқалармен қарым-қатынаста қиындықтарды жоюға, танымдық қабілеттерді дамытуға, аутистикалық бұзылулардың көріністерін азайтуға және жан-жақты тұлғалық өсу үшін мүмкіндіктер жасауға ерекше көңіл бөлінеді.

Бейімделген бағдарламаның мақсаттары мыналарды қамтиды [14]:

- аутистикалық бұзылулардың формаларын және эмоционалдық реттеу деңгейін анықтауға бағытталған уақтылы диагностика;
- қажетті түзету және дамыту ортасын қамтамасыз ету;
- мектеп жасына дейінгі балалармен ауыратын балалармен кешенді психологиялық-педагогикалық жұмысты ұйымдастыру;
- ата-аналарды тәрбиелеу, оқыту және баламен өзара әрекеттесу мәселелерінде консультациялық қолдау көрсету;
- түзеу қызметінің әртүрлі бағыттары бойынша әдістемелік материалдарды әзірлеу.

Жеке даму бағдарламасын құру кезінде үш негізгі бағыт анықталады: диагностикалық, коррекциялық-дамытушылық және консультативтік-ағартушылық.

Диагностикалық бағыт – бұл оқу орнының мамандарының қатысуын талап ететін күрделі процесс. Оның аясында баланың психологиялық, медициналық

және педагогикалық даму ерекшеліктерін егжей-тегжейлі зерттеу жүргізіледі. Оның білім беру қажеттіліктері, білім беру бағдарламаларын меңгеру деңгейі, жақын даму аймағы және резервтік мүмкіндіктері анықталады. Сондай-ақ баланың әлеуметтік жағдайы, отбасындағы тәрбие жағдайы және оның даму динамикасы талданады.

Түзету-дамыту бағыты бірінен соң бірі екі кезеңнен тұрады:

- Мамандар бағдарламаны меңгерудегі қиындықтарды бірлесіп талдап, баланың нақты қажеттіліктерін ескере отырып, жеке жоспарға өзгерістер енгізетін *белсенділік кезеңі*.

- Жұмыстың мазмұны мен әдістерін түзетуге мүмкіндік беретін қол жеткізілген нәтижелерді бағалау жүзеге асырылатын *рефлексиялық кезең*.

Кеңес беру және тәрбиелік бағыт балаға және оның ата-анасына жан-жақты қолдау көрсетуге бағытталған. Бұл кезеңде мамандар ата-аналарды оқу-тәрбие процесіне тартады және үйде тәрбие мен түзету жұмыстарын ұйымдастыру бойынша ұсыныстар береді. Тәрбие жұмысының әртүрлі формалары да жүзеге асырылады: дәрістер, семинарлар, жеке консультациялар және оқу үдерісі бойынша ұсыныстарды қамтитын әдістемелік материалдарды тарату[20].

11.2. Аутистикалық көріністерді түзетудің кешенді тәсілі.

Жеке даму бағдарламасын тиімді жүзеге асыру білім беру мекемесінің мамандары арасындағы үйлестірілген жұмысты және өзара әрекетті қажет етеді. Арнайы білім беру мұғалімі үйлестіру функцияларын орындайды, қолдау қызметі мамандарының жұмысын жоспарлайды, іс-шараларды ұйымдастыру процестерін бақылайды және аутизм спектрі бұзылған мектеп жасына дейінгі балаға арналған жеке бағдарламаны жүзеге асырудың тиімділігін бағалайды. Педагог-психолог диагностика жүргізеді, ата-аналар мен мұғалімдерге кеңес береді, ал логопед сөйлеудің дамуын түзету жұмыстарын жүргізеді және оқу процесінде арнайы әдістерді қолдану бойынша ұсыныстар береді. Мұғалім баланың әр түрлі салаларда дамуына ықпал етеді: танымдық, ойындық, өнімділік, еңбек және қарым-қатынас, сонымен қатар өзін-өзі күту дағдыларын дамытады. Білім беру мекемесінің медицина қызметкерлері, оның ішінде дәрігер мен медбике баланың денсаулығын бақылауды ұйымдастырады, мұғалімдерге ұсыныстар әзірлейді, тамақтануын бақылайды және медициналық тексеруден өткізеді.

Коррекциялық, дамытушылық және тәрбиелік аспектілерді, сондай-ақ мамандардың пәнаралық өзара іс-қимылын қамтитын кешенді тәсіл АСБ бар балалардың когнитивтік және психикалық функцияларын табысты дамыту мүмкіндіктерін айтарлықтай арттырады.

Дегенмен, аутизм спектрі бұзылған балалар санының артуы алаңдатады. Аутизм - бұл психикалық саланың әртүрлі салаларына әсер ететін кең таралған ауру: эмоционалдық, интеллектуалдық, сенсорлық және когнитивті. Мұндай балалар музыка, сурет, математика немесе шахмат сияқты белгілі бір қызмет

салаларында айтарлықтай табысқа жетуі мүмкін. Олардың сөйлеу дамуы біркелкі емес: кейбіреулерінде сөйлеу мүлдем жоқ, ал басқаларында табандылық, естілген күрделі сөз тіркестерін автоматты түрде қайталау, қарым-қатынас үшін сөйлеуді пайдалану қиындықтары бар. Сөйлеуді дамыту деңгейі жоғары балалар талқылауға қызығушылықтардың тар шеңберін көрсетуі мүмкін, сонымен қатар абстрактілі ұғымдарды түсінуде қиындықтар болуы мүмкін.

АСБ бар бала көбінесе қоғамдық оқиғалардан қашқақтаумен, отбасы мүшелерімен қарым-қатынаста эмоционалды алшақтықпен, жақындарының мүдделері мен қажеттіліктеріне немқұрайлылықпен, әлеуметтік дағдыларды жеткіліксіз меңгерумен сипатталады. Олар адамдар мен объектілер арасындағы қарым-қатынас туралы идеяларды қалыптастыруда қиындықтарға тап болады және жиі жаңа жағдайлардан қорқады. Мұндай балалардың ерекшеліктері психикалық функциялардың біркелкі дамуы, өз әрекеттерін білу және танымдық қызығушылықтардың шектелуі болып табылады. Осыған орай, әрбір баланың жеке даму ерекшеліктерін назардан тыс қалдырмай, олардың бойына жастайынан бірлескен іс-әрекетке деген құштарлықты ояту қажет.

Педагогикалық жұмыс тек оқу бағдарламасын жүзеге асырумен ғана шектелмейтіні анық, мұғалім де оқушыларға қолдау көрсетіп, олардың қолайлы әрі тиімді білім алуына жағдай жасауы керек. Бұл процестің негізгі міндеттеріне мыналар жатады:

- баланың дамуына қолайлы психологиялық ахуал туғызу;
- ерекше қажеттіліктері жоқ құрбыларына АСБ бар балаға қолдау көрсету қажеттілігін түсіндіру, оның топқа бейімделуіне көмектесу;
- толерантты ортаны қалыптастыру БББ арқылы ерекше қажеттіліктері бар баланы қорғауды қамтамасыз ету.

Мүмкіндігі шектеулі балалармен жұмыс оқу-тәрбие үрдісінің шеңберінен шығып, сыныптан тыс жұмыстарды да қамтитынын ескеру қажет. Олардың бос уақытын ұйымдастыру, үзілістер, серуендер, үйірмелер мен секциялардағы сабақтар кезінде құрдастарымен қарым-қатынас жасау егжей-тегжейлі әдістемелік тәсілдерді қажет етеді.

Барлық әдістемелік материалдар мұғалімге де, ата-анаға да оқу-тәрбие процесін және бос уақытын ұйымдастыруға көмектесетін баланың жеке ерекшеліктерін ескеруі керек. Мұғалімдер мен ата-аналар арасындағы қарым-қатынас келесі принциптерге негізделуі керек[56]:

- сенімді ынтымақтастық;
- тиімді өзара әрекеттесу үшін екі жақты кері байланысты қамтамасыз ету;
- отбасында және білім беру мекемесінде балаға қойылатын талаптардың сәйкестігі;
- белгілі бір баланың ерекшеліктерін ескере отырып, туындайтын мәселелерді бірлесіп шешу.

Инклюзивті білім беруді дамытудағы елеулі кедергілердің бірі – ата-аналардың инклюзивтілікке бағытталған білім беру мекемелерінің көзқарастарына қарсылығы[40]. Ерекше қажеттіліктері бар балалардың көптеген ата-аналары өз баласын мүмкіндігі шектеулі құрдастарымен бірге жалпы білім беретін мектепте оқыту керек деп санайды. Тең құқықтарды қамтамасыз етуге ұмтылу негізді болғанымен, инклюзивті білім беру білім беру процесінің тиімділігін қамтамасыз ету үшін белгілі бір шарттар мен мамандандырылған тәсілді қажет ететінін түсіну керек.

11.3. АСҚ бар балаға психологиялық-педагогикалық көмек көрсету және оның кезеңдері.

Психологиялық-педагогикалық қолдаудың кезеңдері

Психологиялық-педагогикалық қолдау процесі үш негізгі кезеңді қамтиды: дайындық, бейімделу және толық қамту кезеңі[23].

Дайындық кезеңінде оқу орнының мүмкіндіктеріне талдау жүргізіліп, бар кемшіліктер анықталады. Кафедра меңгерушісі профессорлық-оқытушылық құраммен инклюзивті білім беруді, оның ішінде аутизм спектрі бұзылған балаларды ұйымдастырудың маңыздылығын талқылайды. Бұл кезеңнің маңызды бөлігі ата-аналармен тәрбиелік және кеңес беру жұмыстары, сондай-ақ педагогтарды ерекше қажеттіліктері бар балалармен өзара әрекеттесу үшін ақпараттандыру және дайындауға бағытталған тренингтер мен семинарлар өткізу болып табылады.

Бейімделу кезеңі пәнаралық қолдау тобын құруды, әдістемелік кеңестерді, шеберлік сабақтарын және команданың өзара әрекеттесуі бойынша тренингтерді өткізуді қамтиды. Осы кезеңде мамандар баламен танысып, оның құжаттамасын талдап, оқу мен дамудағы жеке кедергілерді анықтауға мүмкіндік беретін психологиялық-педагогикалық диагностика жүргізеді. Алынған мәліметтер оқу процесінің негізін құрайды, сонымен қатар тез арада шешуді талап ететін тапсырмаларды құрайды. Қолдау тобы баланың даму динамикасын бақылайды және нәтижелерді құжаттайды. Бұл кезеңнің нәтижесі аутизм спектрі бұзылған нақты мектеп жасына дейінгі баланың қажеттіліктеріне бейімделген жеке білім беру бағдарламасын әзірлеу болып табылады.

Қорытынды кезеңде – толық қамту кезеңінде – мамандар оқу процесін әдістемелік қамтамасыз етуді, дидактикалық материалдарды әзірлеуді, оқу бағдарламаларын бейімдеуді және инновациялық жұмыс технологияларын сынақтан өткізуді жалғастырады. Олар ыңғайлы оқу үшін жағдай жасайды, оқу үдерісін дараландыруды қамтамасыз етеді және қажетті білім беру бағыттарын қалыптастырады.

Білім беру ұйымдарында АСБ бар балаларды оқыту формалары

Қазіргі білім беру ұйымдарында аутизмі бар балаларды оқытудың жағдайы әртүрлі. Оларды оқу процесіне енгізудің үш негізгі формасын бөліп көрсетуге болады[42]:

- жеке форматта оқыту (үйде немесе мекеме қабырғасында);
- бала оқшаулау элементтері бар топта немесе сыныпта (ол жеке тапсырмаларды орындайды, ал кейбір сабақтарда ол басқа бөлмеге ауыстырылады);
- баланың нақты білім беру мақсаттарынсыз және оның дамуын жүйелі бақылаусыз оқу процесіне қатысуы.

Аталған үлгілер аутизммен ауыратын балаларды толыққанды біліммен қамтамасыз етпейді және инклюзия принциптерін бұзады. Білім беру жүйесінде мұндай балаларды білім беру ортасына қосудың жеткілікті дамыған тетіктері жоқ, бұл оқушылардың өздеріне де, олардың ата-аналары мен мұғалімдеріне де кері әсерін тигізеді.

Білім беру ортасының пәндік-кеңістіктік ұйымдастырылуы

АСБ бар балалар үшін жақсы ұйымдастырылған кеңістіктің маңызы зор. Тым үлкен және ашық кеңістіктерде олар бағдарсыз болады, бұл алаңдаушылық пен проблемалық мінез-құлыққа әкелуі мүмкін. Қоршаған ортаны өзгерту баланың стресс деңгейін төмендетуге және бейімделуге ықпал етеді.

Сәтті әдістің бір мысалы ретінде визуалды элементтерді пайдаланып кеңістікті құрылымдауға негізделген Э.Шоплердің бағдарламасы болып табылады. Бұл бағдарлама жиһаз, кілем төсеу, маңдайшалар мен фотосуреттер сияқты жарқын маркерлер арқылы тағайындалған әртүрлі әрекеттер үшін бөлек аймақтарды құруды қамтиды. Ұйымдастырудың бұл түрі балаларға қоршаған ортада жақсы бағдарлауға көмектеседі, алаңдаушылықты азайтады және тәртіп пен тәуелсіздікке ықпал етеді.

Балаға келесі әрекеттерді орындауға мүмкіндік беретін көрнекі кестелер мен іс-қимыл жоспарларын пайдалану маңызды рөл атқарады:

- білім беру ортасына тезірек бейімделу;
- уақытты тиімдірек ұйымдастыру;
- мұғалімнің талаптарын түсінуге байланысты алаңдаушылықты барынша азайту;
- әрекеттер арасында ауысуды үйрену;
- әрекеттерді өзгерту кезінде кеңістікте шарлау оңайырақ.

Ыңғайлы көрнекі түрде ұсынылған дұрыс жазылған сабақ кестесі оқу процесін ұйымдастыруға және балада дербестікті дамытуға көмектеседі. Балалар бейімделген сайын олардың оқу ортасындағы құрылым деңгейі бірте-бірте төмендеуі мүмкін.

Көрнекі қолдаудың маңыздылығы

Барлық оқу материалдары мен ақпарат аутизммен ауыратын балаларға түсінікті форматта ұсынылуы керек. Әлеуметтік даму және мінез-құлық

ережелерін үйрену де көрнекі нұсқауларды қолдану арқылы жүзеге асырылуы керек.

Осылайша, АСБ бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсетудің тиімділігі көбінесе пәнаралық ұжымның тығыз жұмысына, білім беру кеңістігін сауатты құрылымдауға және баланың білім беру ортасына ыңғайлы бейімделуін жеңілдететін арнайы әдістерді қолдануға байланысты.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балаға арналған жеке білім беру бағдарламасының мақсаты мен міндеттері қандай?
2. Жеке даму бағдарламасы қандай бағыттарды қамтиды?
3. Аутистикалық көріністерді түзетудің кешенді тәсілінің мәні неде?
4. АСБ бар балаға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсетудің қандай кезеңдері бар?
5. АСБ бар балаға арналған жеке білім беру бағдарламасын әзірлеу (Қосымша Г)

Реферат тақырыптары.

1. Аутизм спектрі бұзылған балалармен түзету жұмысындағы арт-терапия.
2. Мінез-құлық терапия әдісі «Қолданбалы мінез-құлық талдауы» (АВА)
3. «Аутизмі және дамуында ауытқулары бар балаларды оқыту және тәрбиелеу» бағдарламасы (TEACCH).

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балаларға арналған жеке бағдарламаны әзірлеу кезінде қандай ресурс топтарын ескеру қажет?
 - a) Генетикалық, физиологиялық, эмоционалдық
 - b) Пәндік-кеңістіктік, ұйымдастырушылық-семантикалық, әлеуметтік-психологиялық
 - c) Физикалық, психосоматикалық, когнитивтік
 - d) Сенсорлық, коммуникативті, бихевиоральды
 - e) Әлеуметтік, педагогикалық, логопедиялық.
2. АСБ бар балаға арналған жеке бағдарламаның негізгі мақсаты қандай?
 - a) Топтағы баланы барынша әлеуметтендіру
 - b) Өз бетінше өмір сүруге қажетті дағдыларды дамыту
 - c) Аутизм көріністерін толық түзету
 - d) Жалпы білім беру стандарттарына сәйкес білім беру
 - e) Сенсорлық бұзылыстарды толығымен жою
3. Жеке даму бағдарламасының құрылымына қай сала кірмейді?
 - a) Диагностикалық
 - b) Түзету-дамыту
 - c) Дене шынықтыру және денсаулық сақтау

- d) Кеңес беру және тәрбиелеу
 - e) Жоғарыда аталғандардың барлығы қамтылған
4. АСБ бар балалармен жұмыс істеуде қандай маман үйлестіру қызметін атқарады?
- a) Арнайы білім беру мұғалімі
 - b) Педагог психолог
 - c) Логопед
 - d) Тьютор
 - e) Медицина қызметкері
5. Пәнаралық ұжымды құру психологиялық-педагогикалық қамтамасыз етудің қай кезеңіне жатады?
- a) Бейімделу
 - b) Дайындық
 - c) Толық қосу кезеңі
 - d) Диагностикалық
 - e) Қорытынды
6. Төменде көрсетілген факторлардың қайсысы АСБ бар балаларға тән емес?
- a) Қызығушылықтың тар шеңбері
 - b) Жаңа жағдайларға тез бейімделу
 - c) Эмоционалды алшақтау
 - d) Психикалық функциялардың біркелкі дамуы
 - e) Әлеуметтік қарым-қатынастағы қиындықтар
7. Э.Шоплердің АСБ бар балаларға арналған бағдарламасының ерекшелігі неде?
- a) Сенсорлық бөлмелерді пайдалану
 - b) Оқыту үшін ойын әдістерін қолдану
 - c) Көрнекі элементтермен кеңістікті құрылымдау
 - d) Арт-терапияны пайдалану
 - e) Жеке білім беру бағыттарын құру
8. АСБ бар балаларды оқытудың қай моделі инклюзия принциптеріне сәйкес келмейді?
- a) Жекеленген оқыту форматы
 - b) Баланы бөлек сыныптарға бөлу
 - c) Бағдарламаға бейімделген инклюзивті оқыту
 - d) Жеке білім беру қажеттіліктерін ескере отырып оқыту
 - e) Баланы мамандардың қолдауы
9. АСБ бар балалармен жұмыс істегенде мұғалімдердің негізгі міндеті қандай?
- a) Аутизм көріністерін толығымен жою
 - b) Баланы жалпы қабылданған әлеуметтік нормаларға үйрету
 - c) Біңғайлы және тиімді оқу үшін жағдай жасау

- d) Білім беру стандарттарының толық сақталуын қамтамасыз ету
 - e) Баланың кез келген тәуелсіздігін жою
10. АСБ бар балалардың оқу процесін ұйымдастыруда қандай талап маңызды?
- a) Күрделі мәтіндік нұсқауларды пайдалану
 - b) Көрнекі қолдауды толығымен алып тастау
 - c) Құрылымдық және болжамды ортаны құру
 - d) Тек дәстүрлі оқыту әдістерін қолдану
 - e) Оқу материалдарын бейімдеуден бас тарту

3. Оқушының ерекше білім беру қажеттіліктері... Аты-жөні... сыныбы Бірінші (екінші) жартыжылдық

Арнайы білім беру қажеттіліктері	Арнайы білім беру қажеттіліктерін қанағаттандыруға арналған арнайы білім беру шарттары <i>(қаралып отырған жағдайға қатысты тармақтар ғана белгіленеді, қажетті деректер енгізіледі)</i>
1. Оқу жоспарын өзгерту <i>(қажетінше астын сызу)</i>	1. Міндетті емес. 2. Міндетті.
2. Пәндер бойынша оқу жоспарындағы өзгерістер <i>(қажетінше астын сызу)</i>	1. Міндетті емес. 2. Міндетті: а) Мемлекеттік стандартқа бейімделген немесе қысқартылған; б) арнайы/жеке бағдарламалар.
3. Оқыту әдістері	1) ... 2) ...
4. Оқыту нәтижелерін бағалау әдістері <i>(оқушылардың жетістіктері)</i>	1) бақылау тапсырмаларының санын қысқарту; 2) тапсырма бойынша нұсқауларды жеңілдету, нұсқауларды бірнеше бөліктерге бөлу; 3) жұмысты аяқтау уақытын ұлғайту; 4) тапсырманы орындаудың ауызша/жазбаша түріне артықшылық беру; 5) иллюстрациялық және басқа да көмекші материалдарды (жаднамалар, алгоритмдер, жоспарлар) пайдалану; 6) мұғалімнің көмегі (ол нақты қалай көрінеді); 7) дараланған мазмұндағы бақылау тапсырмалары; 8) Басқалар: ...
5. Оқулықтарды, оқу-әдістемелік құралдарды таңдау, жеке оқу-әдістемелік кешендерді дайындау	1) Оқулықтар: ... 2) Жұмыс дәптері: ... 3) Арнайы дидактикалық материалдар: ...
6. Оқу орнының бейімделуі және оқу ортасының бейімделуі	1) Бірінші үстел; 2) Біреуі партада; 3) Мұғалімнің көмекшісінің қасында және т.б.; 4) Сабақтың бір бөлігі партада тұрып өтеді; 5) Сабақтың бір бөлігі ресурстық кабинетте жұмыс істейді; 6) Басқалар: ...
7. Техникалық құралдардың қажеттілігі	Оқушыға қандай техникалық құрал-жабдықтар қажет және сыныпта қандай жабдық бар <i>(мысалы: планшет, компьютер, дыбысты күшейтетін жабдық және т.б.) көрсетіңіз.</i>
8. Арнайы тьютордың көмегі	Жартыжылдықтың негізгі мақсаттары мен міндеттері. Арнайы оқытушымен аптасына сабақ өткізу жиілігі, сабақ ұзақтығы, сабақ формасы <i>(жеке, топтық)</i> .
9. Логопедтің көмегі	Жартыжылдықтың негізгі мақсаты мен міндеттері. Аптасына логопедпен сабақтардың жиілігі, сабақтардың ұзақтығы, сабақ түрі <i>(жеке, топтық)</i> .
10. Оқытушы көмекшісінің көмегі	Оқытушының көмекшісінің оқушыға көмек көрсету функциялары мен көлемі. Қажет болған жағдайда бұл көмекті өзгерту ерекшеліктері.

Арнайы білім беру қажеттіліктері	Арнайы білім беру қажеттіліктерін қанағаттандыруға арналған арнайы білім беру шарттары <i>(қаралып отырған жағдайға қатысты тармақтар ғана белгіленеді, қажетті деректер енгізіледі)</i>
11. Психологиялық көмек	Жартыжылдықтың негізгі мақсаттары мен міндеттері. Аптасына сабақтардың жиілігі, сабақтардың ұзақтығы, психологпен сабақ формасы <i>(жеке, топтық, топтық)</i> .
12. Әлеуметтік-педагогикалық көмек	Жартыжылдықтың негізгі мақсаттары мен міндеттерін көрсетіңіз.

4. Мұғалімге арналған ұсыныстар

Оқушының сабаққа белсенді қатысуына не көмектеседі <i>(оқыту әдістері мен тәсілдері, жұмыс орнын бейімдеу, қарым-қатынас әдістері, тапсырмаларды орындау және бағалау, т.б.)</i>	Не қиындықтар тудырады
...	...

5. Ата-аналарға арналған ұсыныстар

Мүмкін болатын іс-әрекеттер <i>(денсаулыққа, күнделікті тәртіпке, тұрмыстық қызметтің түрлеріне, отбасында бос уақытты өткізуге, үй тапсырмасын дайындауға, қосымша білім беру сабақтарына қатысуға және т.б.)</i>	Нәтижелерге қол жеткізілді
...	...

6. Жеке оқу жоспары А.Ж. оқушы ... сынып бірінші жартыжылдықта (тоқсанда) ... оқушы жылдар

Оқу жоспарындағы пәндердің тізімі	Жалпы бағдарлама	Мемлекеттік білім стандарты негізінде қысқартылған/бейімделген бағдарлама	Жеке бағдарлама (Мемлекеттік білім беру стандартына бағытталмаған)
...

Ескерту:

Оқу жоспарының әрбір пәні бойынша білім алушыға оның мүмкіндіктеріне сәйкес таңдалған оқу жоспарының түрі (+) белгісімен белгіленеді.

1. Психологпен жеке және топтық сессиялар бағдарламасы

А.Ж. оқушы 20..-20.. оқу жылының 1 тоқсанына

Жеке топ, топша, сыныптар (тобының құрамы)	Жұмыс бағыттары. Міндеттері – күтілетін нәтижелер	Жетістік белгісі	Ескерту (нәтижеге қол жеткізбеу себептері)
--	---	------------------	--

4-модуль бойынша қорытынды.

Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балалармен түзету-дамыту жұмысы – әр баланың жеке ерекшеліктерін ескеруді және жүйелі көзқарасты қажет ететін күрделі, көп қырлы және кезеңді процесс. Осы модульдің мазмұнын меңгеру маманға аутизмі бар балаларға психологиялық-педагогикалық көмекті ұйымдастырудың заманауи теориялық-әдістемелік негіздері мен практикалық тәсілдері туралы жан-жақты түсінік қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Жұмыстың негізгі бағыттарының бірі сенсорлық интеграция дағдыларын дамыту және сенсорлық шамадан тыс жүктемені азайту болып табылады, өйткені АСБ бар балалар сенсорлық ақпаратты өңдеуде жиі қиындықтарға тап болады. Оперативті оқыту және позитивті күшейту принциптерін қолдану қалаулы мінез-құлықты қалыптастырудың және әрекет етудің деструктивті формаларын жоюдың тиімді стратегиясын жасауға мүмкіндік береді. Бұл жағдайда маман баланың даму деңгейін, оның қызығушылықтарын, мотивациялық саласын, қарым-қатынас ерекшеліктерін және эмоционалдық реакциясын ескеруі керек.

Қарым-қатынас дағдыларын түзету және дамыту ерекше назар аударуды қажет етеді. Көрнекі тіректердің, күшейтетін және альтернативті коммуникацияның (ААС), модельдеу және рөлдік ойындардың көмегімен балалар өз тілектерін білдіруге, ересектермен және құрдастарымен байланыс орнатуға, әлеуметтік нормалар мен контексттерді түсінуге үйренеді. Әлеуметтік әңгімелер, сценарий бойынша тренингтер, эмоциялармен жұмыс істеу - мұның бәрі әлеуметтік өзара әрекеттесу дағдыларын дамытуға көмектеседі.

Түзету-дамыту жұмыстарында пәндік-манипуляциялық іс-әрекеттің, қозғалыс функцияларының және танымдық процестердің (есте сақтау, зейін, ойлау, сөйлеу) дамуы да маңызды орын алады. Бұл дағдыларды жүйелі және кезең-кезеңімен меңгеру баланың күнделікті өмірде және оқу іс-әрекетінде дербестігін арттыруға негіз жасайды.

Табысты түзету тәжірибесінің ажырамас бөлігі отбасымен жұмыс болып табылады. Ата-аналармен ынтымақтастық, оларды хабардар ету, кеңес беру және оларды түзету іс-шараларына қосу баланың дамуы үшін бірыңғай кеңістік құруға мүмкіндік береді және мамандар мен отбасы арасындағы күш-жігердің үздіксіздігін қамтамасыз етеді. Маманның ата-аналармен қарым-қатынасты ұқыпты және кәсіби түрде құру қабілеті олардың АСБ бар баланы тәрбиелеудегі құзыреттілігі мен сенімділігін арттыруға көмектеседі.

Жұмыстың маңызды нәтижесі диагностикалық деректер негізінде құрастырылған және түзету-дамыту қызметін жоспарлаудың икемді, динамикалық құралы болып табылатын жеке білім беру бағдарламасын (ЖБББ) әзірлеу болып табылады. ЖБББ баланың ерекше қажеттіліктерін, даму қарқынын, күшті және әлсіз жақтарын ескеруге және араласудың басым бағыттарын анықтауға мүмкіндік береді.

Осылайша, психологтың мінез-құлық әдісін қолданатын түзету-дамыту жұмысы кең ауқымды міндеттерді қамтиды: негізгі дағдыларды қалыптастырудан баланы әлеуметтендіру және қоғамға кіріктіру. Бұл жұмыстың тиімділігі маманның кәсіби дайындық деңгейімен, оның мінез-құлықты талдау қабілетімен, қолданылатын әдістердің икемділігімен және баланың жеке басына деген құрметпен қарауымен анықталады. Қолдау көрсетудің барлық қатысушылары арасындағы тығыз өзара әрекеттесу жағдайында ғана аутизм спектрі бұзылған баланың дамуында тұрақты оң өзгерістерге қол жеткізуге болады.

5. Модуль. MINOR Білім беру ұйымдарында аутизм спектрі бұзылған (АСБ) балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету»

Аннотация

Модуль білім беру ортасында, оның ішінде инклюзивті оқыту жағдайында АСБ бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету жүйесін сипаттайды. Мамандардың жұмыс бағыттары, балаларды оқу-тәрбие және әлеуметтік-мәдени контекстке қосу мәселелері, педагогтар мен ата-аналарды қолдау, сонымен қатар жан-жақты көмек көрсетудің ұйымдастырушылық аспектілері ашылды.

Күтілетін оқу нәтижелері

Модульді оқығаннан кейін студент білуі керек:

- АСБ бар балаларды инклюзивті оқыту ерекшеліктерін сипаттаңыз.*
- Ғылыми негізделген тәжірибелерді қолдану және қоршаған орта ресурстарын пайдалану.*
- Кешенді қолдау бағдарламасын әзірлеу және енгізу.*
- Үздіксіз білім беру жағдайында диагностика жүргізу.*
- АСБ бар баланың білім беру ортасына бейімделу процесінде мұғалімдер мен ата-аналарды қолдау.*

1. Дәріс. Инклюзивті білім беру жағдайындағы АСБ бар балалардың психологиялық-педагогикалық сипаттамасы.

1.1. АСБ бар балаларға білім беру іс-әрекетін ұйымдастыру.

Аутизм спектрі бұзылған балаларға арналған білім беру процесі айтарлықтай ресурстарды, соның ішінде кадрлық, қаржылық және материалдық-техникалық ресурстарды қажет етеді. Қазіргі уақытта білім беру ұйымдарында мұндай ресурстардың жетіспеушілігін ерекше білім беру қажеттіліктері бар балаларға көрсетілетін көмек көлемін азайту арқылы өтеу үрдісі байқалады. Көбінесе АСБ бар балалардың ата-аналары мен мамандары арасындағы әрекеттерде үйлестірудің болмауы, кейде тіпті ашық қарама-қайшылықтар байқалады.

Аутизмі бар балаларды оқытуды ұйымдастырудың бірнеше мүмкін үлгілері бар. Соның бірі – тьютордың сүйемелдеуінсіз кәдімгі сыныпқа толықтай қосу. Тағы бір нұсқа - сол форматта оқыту, бірақ репетитордың үнемі қолдауымен болады. Кейбір жағдайларда ішінара қосу қолданылады, онда бала өз сабақтарының бір бөлігін жалпы білім беретін сыныпта, ал қалғанын арнайы ортада өткізеді. Сондай-ақ дамуында әртүрлі ауытқулары бар оқушыларға арналған мамандандырылған сыныптарда немесе тек аутизммен ауыратын

балаларға арналған арнайы сыныптарда оқуға болады. Сонымен қатар, мұндай балалар үшін жеке оқу орындары бар, сонымен қатар үйде немесе жеке оқу жоспары бойынша, оның ішінде қашықтықтан технологияларды қолдану арқылы оқу мүмкіндігі бар.

АСБ бар балаға білім беру жолын таңдау – жоғары жауапкершілікпен қатар жүретін күрделі міндет. Білім беру нысанын таңдау бойынша негізгі шешімді ата-аналар қабылдайды, бірақ білім беру мекемесі психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссияның ұсыныстарына сәйкес келетін арнайы жағдайлар жасауға міндетті. Басты қиындықтардың бірі – баланың мектеп табалдырығын аттаған кездегі қазіргі даму деңгейін және оның мүмкіндіктерін дәл анықтау.

Егер білім беру процесін ұйымдастыру АСБ бар баланың қажеттіліктерін қанағаттандырмаса, күрделі мәселелер туындауы мүмкін. Оқушы құрбыларынан оқшауланып, сыныптастарымен араласпай-ақ жеке тапсырмалармен шектелуі мүмкін. Кейбір жағдайларда бұл бүкіл оқу процесіне әсер етіп, сыныптағы тәртіпті бұзуы мүмкін, ал мұғалімдер қарама-қайшылықты болдырмай, бұған жол береді немесе баланы үнемі сабақтан шығаруға мәжбүр болады. Бірқатар жағдайларда мінез-құлықтың деструктивті түрлері байқалады, оның ішінде сыныптан немесе мектептен қашу, басқаларға агрессивті әрекеттер көрінеді. Кейде ересектердің қатаң талаптары салдарынан балада тұрақты қорқыныш пайда болады, сонымен қатар энурез, кекештену немесе мутизм сияқты қайталама мәселелер де дамуы мүмкін.

АСБ бар баланы оқу процесіне тиімді қосу үшін бірқатар факторларды ескеру қажет. Солардың бірі – Т.Питерстің ұсынған «кері интеграция» принципі, оған сәйкес баланың жеке ерекшеліктеріне бейімделген ең қолайлы жағдай оқытудың бастапқы кезеңінде жасалады. Білім беру бағыты оқушының мүмкіндіктерін динамикалық бағалауды ескере отырып құрылуы керек. Білім беруді ұйымдастыру арнайы білім беру қажеттіліктерінің барлық аспектілерін, сондай-ақ мамандар мен ата-аналардың үйлестірілген жұмысын ескеруі керек. [70].

Аутизмі бар баланың білім беру ортасына қосылу мүмкіндігін бағалау кезінде сыртқы әлеммен өзара әрекеттесу және аффективті реттеудегі қиындықтардың ауырлық деңгейін ескеру маңызды (О.С.Никольскаяның классификациясына сәйкес). Сондай-ақ баланың когнитивті дамуын оның біркелкі еместігін, сондай-ақ ұжымда табысты жұмыс істеуі үшін қажетті дағдылар мен дағдылардың даму деңгейін ескере отырып талдау қажет. Маңызды критерий баланың осы аймақтардағы проксимальды даму аймағын анықтау болып табылады.

Аутизммен ауыратын балаға білім беру бағытын құру бірнеше кезеңнен тұрады. Бастапқы кезең диагностикадан, міндеттер қоюдан және оқу процесін ұйымдастырудың оңтайлы түрін таңдаудан тұрады. Содан кейін жеке оқыту басталады, содан кейін бала бірте-бірте шағын топтарға (бір немесе екі мұғалімнің

қатысуымен 2-3 оқушы) енгізіледі. Келесі кезең оқушылар саны шектеулі мамандандырылған сыныпта, сондай-ақ жалпы білім беретін мектепке ішінара немесе толық қосу арқылы жүзеге асырылуы мүмкін топтық оқыту форматы болады.

Мектепте инклюзивті білім беру ортасын құру бірқатар шарттарды орындауды талап етеді. Мұғалімдер әрбір оқушыны ерекшеліктеріне қарамастан сөзсіз қабылдауы керек. Білім беру мекемесінде оның барлық қатысушыларының, соның ішінде әкімшілік және техникалық қызметкерлердің арасында толеранттылық мәдениетін дамыту маңызды. Оқу мақсаттары оқушының жақын даму аймағына сәйкес анықталуы керек. Ерекше қажеттіліктері бар баланы мектеп іс-әрекетіне қосуды қамтамасыз ету, сонымен қатар оның отбасын оқу-тәрбие процесіне белсенді тарту маңызды.

Мектептің инклюзивтік бағыттағы жұмысының күтілетін нәтижелері баланың оқу-тәрбие процесіне, мұғалімдерге және сыныптастарына деген оң көзқарасы, білім беру бағдарламасын табысты меңгеруі (оның бейімделуін ескере отырып), сонымен қатар әлеуметтік бейімделу дағдыларын дамыту болып табылады.

Әкімшілік пен педагогикалық ұжымның инклюзивті ортаны құру жөніндегі қызметі бірнеше негізгі бағыттарды қамтиды. Оқушыларды психологиялық-педагогикалық қолдау үдерісін реттейтін нормативтік құжаттарды әзірлеу қажет. Білім беру үдерісіне барлық қатысушылардың функцияларын нақты анықтау, мектептердегі инклюзивті тәжірибенің қазіргі жағдайына талдау жүргізу және педагогтардың кәсіби дайындығын қамтамасыз ету маңызды. Сонымен қатар, ата-аналар қауымдастығымен жұмысты ұйымдастыру, одақтастар мен әлеуметтік серіктес ұйымдарды тарту қажет.

Нормативтік-құқықтық базаны құру білім беру мекемесінің жергілікті актілеріне, оның ішінде Мектеп жарғысына және оның даму жоспарына өзгерістер енгізуді көздейді. Сондай-ақ оқушыларды қолдау және оның нәтижелерін тіркеу процесін реттейтін ішкі құжаттарды әзірлеу қажет.

Білім беру процесіне қатысушылар арасында функцияларды бөлу инклюзивті білім беруді ұйымдастырудың маңызды аспектісі болып табылады. Мектеп директоры психологиялық-педагогикалық қолдау қызметін құруға жауапты, оның қызметі туралы ережені бекітеді және мамандардың өзара әрекеттесу құрылымын анықтайды. Директордың оқу ісі жөніндегі орынбасары қолдау үдерісін қадағалайды, оқытушылар мен мамандардың өзара іс-қимылын үйлестіреді, оқушыларды қолдаудың жеке бағдарламаларын әзірлеуге қатысады. Директордың тәрбие ісі жөніндегі орынбасары мектепте толерантты ортаны қалыптастыруға және барлық оқушылардың мүмкіндіктерін ескере отырып, сыныптан тыс жұмыстарды ұйымдастыруға жауапты [76].

Педагогикалық қызметке ерекше білім беру қажеттіліктері бар оқушыларды анықтау, олардың қиындықтарын талдау, оқу материалын бейімдеу және жеке

білім беру бағдарламаларын әзірлеуге қатысу кіреді. Мұғалімдер оқыту және оқушылардың жетістіктерін бағалау процесінде сараланған тәсілді қамтамасыз етуі керек, сонымен қатар психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің мамандарымен белсенді әрекеттесу керек.

1.2. ППҚ қызметі

Психолог, логопед, арнайы және әлеуметтік педагогтар, тьютор, көмекші мұғалім кіретін білім беру ұйымының психологиялық-педагогикалық қолдау қызметі мынадай функцияларды орындайды[22]:

- оқушылардың қиыншылықтарының сипаты мен себептерін анықтау үшін оларға тереңдетілген психологиялық-педагогикалық сараптама жүргізеді;
- алынған нәтижелерді белгіленген құжаттамаға тіркейді;
- диагностика негізінде оқушылардың жеке білім беру қажеттіліктерін анықтайды;
- психологиялық-педагогикалық қолдаудың дербестендірілген бағдарламаларын әзірлейді;
- оқушыларға жеке және топтық сабақтар ұйымдастырады;
- мұғалімдерге, ата-аналарға және мектеп әкімшілігіне кеңестер береді;
- іске асырылатын қолдау бағдарламаларының тиімділігін бақылайды;
- әлеуметтік серіктестермен ынтымақтасады.

Мектептің педагогикалық кеңесінің отырыстарына психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің мамандары қатысады. Олардың болуы оқушылардың оқу және мінез-құлық қиындықтарының себептерін егжей-тегжейлі тексеруге, сондай-ақ оларды жеңу стратегияларын талқылауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, әдістемелік бірлестіктердің отырыстарында мамандар мұғалімдерге оқытудың арнайы әдістері мен тәсілдері, сондай-ақ ерекше білім беру қажеттіліктері бар оқушылармен жұмыс істеудің сараланған және жеке тәсілдер технологиялары туралы ақпарат береді.

Психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің жұмысы бірқатар негізгі принциптерге негізделген [17]:

а) оқушының медициналық және әлеуметтік-психологиялық деректерін зерттеуді, сондай-ақ оны әртүрлі мамандардың тексеруін қоса алғанда, кешенді пәнаралық тәсілді қолдану;

б) қиындықтардың тетіктерін және оқу процесіне әсер ететін негізгі және қосалқы факторлар арасындағы байланысты анықтауға бағытталған жүйелі және тұтас талдау;

в) жаңа сұраныстарды уақтылы анықтауға және қолдауды түзетуге мүмкіндік беретін оқушылардың білім беру қажеттіліктеріндегі өзгерістерді динамикалық бақылау;

г) ұжымдық өзара әрекеттестік:

- оқудағы қиындықтар мен ерекше білім беру қажеттіліктерін диагностикалаудың бірыңғай тәсілі мен келісілген талаптарын сақтау;
- ортақ құндылықтарға, оның ішінде баланың жеке басына құрметпен қарауды және ол туралы ақпараттың құпиялылығын қамтамасыз етуді;
- білім беру процесінің барлық қатысушыларының: мұғалімдердің, мамандардың, ата-аналардың және оқушының өзінің тығыз ынтымақтастығы;
- қолдау қызметінің мамандары арасында міндеттерді бөлу.

Мектеп әкімшілігі психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің мамандарымен бірлесе отырып, келесі мақсаттарды көздей отырып, білім беру мекемесіндегі ағымдағы жағдайға жүйелі түрде талдау жүргізеді:

- сауалнамалар және жеке әңгімелесу арқылы ерекше білім беру қажеттіліктері бар балалармен жұмыс істеуге педагогикалық ұжымның дайындық деңгейін зерттеу;
- ерекше білім беру қажеттіліктері әлі анықталмаған оқуда қиындықтары бар оқушыларды анықтау.

Мұғалімдердің біліктілігін арттыруды мектеп әкімшілігі ұйымдастырады және олардың инклюзивті білім беру саласындағы құзыреттілігін арттыруға бағытталған. Ол инклюзивті тәсілдің принциптері мен құндылықтарын, балалардағы оқудағы қиындықтардың себептері мен көріністерін, бейімделген оқыту әдістерін, жеке тәсіл технологияларын, сондай-ақ жеке және қысқартылған білім беру бағдарламаларын әзірлеу әдістерін зерттеуді қамтиды. Бұл процесс біліктілікті арттыру курстары, семинарларға, дөңгелек үстелдерге, кәсіби конкурстар мен конференцияларға қатысу арқылы жүзеге асырылады.

Толерантты білім кеңістігін қалыптастыру мұғалімдермен, оқушылармен және ата-аналармен жүйелі жұмысты талап етеді. Осы мақсатта өзара әрекеттестіктің әртүрлі формалары қолданылады: әңгімелесу, семинарлар, дидактикалық ойындар, элеуметтік бейнематериалдарды қарау және талқылау, фильмдерді, мақалаларды және әдеби шығармаларды талдау.

1.3 Аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету алгоритмі

Соңғы жылдары аутизм спектрі бұзылған және басқа да психикалық бұзылыстары бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсетуді ұйымдастыру мәселесі өзекті бола бастады. Мұндай оқушылардың едәуір бөлігі аффективтік және интеллектуалдық бұзылулардың ауырлығын төмендетуге, элеуметтік өзара әрекеттесу дағдыларын жақсартуға, зейінді дамытуға, мінез-құлық ерекшеліктерін түзетуге, қозғалыс дағдыларын жақсартуға және басқа да қиындықтарды жоюға бағытталған ұзақ мерзімді түзету және дамыту жұмыстарын қажет етеді.

Осыған байланысты аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсетудің нақты алгоритмін құру қажеттілігі туындады,

бұл оқушылардың осы санатына көмек көрсету процесін жүйелеуге және оңтайландыруға мүмкіндік береді.

Алгоритм келесі кезеңдерден тұрады[25]:

Кесте 13. АСБ бар балаларға арналған ППҚ алгоритмі

Кезеңдер	Жұмыстың құрылымы	Ата-аналар
<i>I кезең- Диагностикалық</i>	-АСБ бар баланың мүмкіндіктерін, оның даму деңгейін анықтау.	- анамнестикалық мәліметтерді жинау (әңгімелесу, сенсомоторлық даму бойынша сауалнама толтыру), ата-аналармен өзара түсіністік пен тығыз байланыс орнату.
<i>II кезең- ұйымдастырушылық</i>	Бейімделген білім беру бағдарламасы, оқу жоспарын құрастыру. - Бақылаудың анықтамасы өлшеу материалдары.	- Бағдарламаны үйлестіру және нақтылау.
<i>III кезең- Практикалық Түзету жұмыстары: Бейімделу кезеңі</i>	Бала 2 апта ішінде ата-анасының сүйемелдеуімен мектеппен, мамандармен, ұстаздармен танысып, өзі сабаққа баратын жолдан өтеді.	Ата-ана бейімделу кезеңіне белсене қатысады, баламен бірге жүреді, үй жағдайында кестені көрнекі түрде (мектептің, сыныптардың фотосуреттері) бекітеді. Ата-аналарға аутист баланы тәрбиелеу әдістерін үйрету және оның тәртібін ұйымдастыру.
<i>Іске қосу (шығару техникасы)</i>	Егер бейімделу кезеңінен кейін баламен байланыс орнату мүмкін болмаса, ол әлі де жағымсыз эмоцияларға ие болса немесе қорқынышпен әрекет етсе, онда бейімделу кезеңі ұзарады.	

<i>Қалыптастырушы</i>	Баламен қарым-қатынас сөйлеуді тежеу қимылдар, әндер, өлеңдер көмегімен, тоник ойыны кезінде; ұсақ моторикасын дамыту. - балада мақсатты мінез-құлық, диалогтік сөйлеуді дамыту, оны сөздер мен клишелерді өздігінен жаңғыртуға үйрету; жағымды қызығушылықты қалыптастыру. когнитивтік функцияларды дамыту; қоршаған әлем туралы түсініктерін, сөздік қорын кеңейту	
<i>Түзетуші</i>	- сөйлеу бұзылыстарын түзету. мінез-құлықтың жағымсыз формаларын жеңу: агрессия, негативизм, жетектерді тежеу (авостимуляция);	
<i>IV кезең - Финал</i>	Қорытындылау. Терең диагностика. Динамика. - Алдағы уақытқа мақсат қою	
<i>V кезең- әлеуметтену</i>	- Әлеуметтік өзара әрекеттестіктің дамуы. - Баланың қоғамда әлеуметтенуі, құрдастарымен интеграциясы. - Әлеуметтік ортаға бейімделу және өзін-өзі жүзеге асыру.	

1.4. Түзету жұмыстарының кезеңдері.

Аутизм спектрі бұзылған балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету кезеңдері

○ *Бейімделу кезеңі*

Аутизм спектрі бұзылған баланың бейімделу процесінің алғашқы қадамы қарым-қатынас орнату, оның мүмкіндіктерін, ерекшеліктері мен қызығушылықтарын зерттеу және оның мінез-құлқын ұйымдастыру бойынша жұмыс болып табылады. Бұл кезеңнің негізгі міндеттерінің бірі келесі кезеңдерде жалғасатын мақсатты мінез-құлықтың қалыптасуына ықпал ететін қауіпсіз және жайлы ортаны құру

болып табылады. Бұл кезең бала тыныштықпен жаңа жерге (орталық, балабақша, мектеп және т.б.) кірген кезде аяқталады.

2. *Белсендендіру кезеңі (сөйлеу әрекетін дамыту)*

Бұл кезеңнің негізгі мақсаты баланың ақыл-ой әрекетін ынталандыру, оның әрекеттестік пен қарым-қатынасқа деген қызығушылығын арттыру. Мыналарды қамтиды:

- тоникалық ойын кезінде ым-ишара, ән мен өлең арқылы сөйлеу әрекетін белсендіру;
- сөйлеу механизмдерін бастауға көмектесетін ұсақ моториканы дамыту.

Сөйлеудің сәтті дамуының маңызды шарты - баланың қарым-қатынасқа деген қызығушылығы мен қарым-қатынас дағдыларын дамыту. Бұл кезең бірнеше кезекті кезеңдерден тұрады[33]:

Сөйлеуге дейінгі кезең – мұғаліммен байланыс пен қарым-қатынас орнату, серіктестік орнату.

Сөйлеу әрекетін дамыту - сөйлеуді бастау үшін жеке сабақтар.

Өнімді әрекет – өзара әрекеттесу үшін сенсорлық ойынды пайдалану.

Аутизммен ауыратын бала біреуден бірдеңе сұрауда және бір уақытта дұрыс сөзді немесе сөз тіркесін айтуда қиындықтарға тап болуы мүмкін. Баламалы қарым-қатынас құралдары бұл мәселелерді кезең-кезеңімен шешуге көмектеседі: біріншіден, бала вербальды емес сұрау салуды үйренеді, содан кейін еліктеу ойыны арқылы сөйлеу өрнектерін меңгереді. Сенсорлық ойындар алаңдаушылықты азайтуға және бала мен ересек арасындағы сенімді қарым-қатынас орнатуға көмектеседі.

3. *Қалыптастыру кезеңі* Бұл кезең мақсатты мінез-құлықты дамытуға, сөйлеуді және нұсқауларды түсінуге, сонымен қатар диалогтік сөйлеуді және оқуды меңгеруге бағытталған. Бұл жерде баланың сөздер мен сөз тіркестерін өздігінен қайта жасау қабілеті қалыптасады, қоршаған әлемге деген қызығушылық қалыптасады.

Оқытудағы негізгі тәсілдер[24]:

- ауызша нұсқаулардың орнына іс-әрекеттерді көрсету;
- «қол ұстасып» әдісі – балаға іс-әрекетті орындауға көмектесу;
- модельден қозғалыстар мен әрекеттерді көшіру.

Маман арнайы жаттығулардың көмегімен сөйлеу функционалдық жүйесін дамыту бойынша жұмыс істейді. Танымдық белсенділікті арттыру үшін бірлескен ойын әрекеттері, сондай-ақ дыбыстық және моторикалық белсенділікті дамытуға ықпал ететін еліктеу жаттығулары қолданылады.

Бұл кезеңде қызметтің негізгі түрлері қалыптасады:

- мұғаліммен бірлескен әрекеттер;
- параллельді және сабақтас еліктеу әрекеттері;
- іс-әрекеттерді көрсету және үлгі арқылы жаңғырту;

- көмекші шақыруларды пайдалана отырып, өз әрекеттеріңізді жоспарлау және бақылау.

Жұмыс бірнеше бағытта жүргізіледі:

- еліктеуді дамыту (қимылдар мен дыбыстар);
- сенсорлық әсерлерді жақсарту;
- қоршаған әлем туралы түсініктерін кеңейту;
- ым-ишара мен пиктограмманы вербалды емес қарым-қатынас құралы ретінде меңгеру;
- оқу және буынды біріктіру дағдыларын дамыту;
- өз қызметін жоспарлау және бақылау дағдыларын дамыту.

4. *Түзету кезеңі* Бұл кезеңде мінез-құлықтың жағымсыз формаларын түзету жүргізіледі, оған мыналар жатады [19]:

- агрессивті көріністер;
- аутоагрессия (бас ұру, тістеу, тырнау және т.б.);
- стереотиптік қозғалыстар және автостимуляция (тербеліс, саусақпен, қол сору және т.б.);
- мінез-құлықтың жағымсыз формалары (нұсқауларды елемеу, наразылық реакциялары).

Қорытынды кезеңде баланың даму динамикасы диагностикаланады, қол жеткізілген нәтижелер бағаланады және одан әрі жұмыстың мақсаттары белгіленеді.

Әлеуметтену процесі көбіне қоршаған қоғамға және оның АСБ бар баланы білім беру және әлеуметтік ортаға қосуға дайындығына байланысты. Сәтті бейімделудің негізгі факторлары:

- отбасыларды, білім беру мекемелерін және әлеуметтік ұйымдарды қолдау;
- мәдени, демалыс және спорттық іс-шараларға қатысу;
- баланы инклюзивті ортаға біртіндеп қосу (шағын топтардан қоғамға толық интеграцияға дейін).

Аутизм белгілерінің кең ауқымын ескере отырып, баланың жеке қажеттіліктеріне және оның дамуы үшін қолайлы жағдайлар жасауға бағытталған әлеуметтенуге кешенді көзқарас қажет.

1.5. Психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің мамандары оқушыға қолдау көрсету.

Психологиялық-педагогикалық сүйемелдеу қызметінің әрбір маманы өзінің жеке даму жұмысы негізгі мақсатқа жетуге бағытталғанын түсіну маңызды – оқушының сыныпта құрдастар арасында оқуына және өз мүмкіндіктеріне сәйкес оқу бағдарламасын меңгеруіне көмектесу. Дамыту жұмыстарының әдістерін қолдана отырып, мамандар білім беру бағдарламасын, оның ішінде қысқартылған

(бейімделген) немесе жеке тұлғаны меңгеру үшін ақыл-ой, сөйлеу, әлеуметтік-коммуникативтік және тұлғалық дамудың жеткілікті деңгейін қамтамасыз етеді.

Психологтың, логопедтің немесе арнайы педагогтың жеке даму бағдарламаларын жасау кезінде психологиялық-педагогикалық жұмыстың жалпы принциптерінен басқа (жас және жеке ерекшеліктерін ескере отырып, белсенділікке негізделген тәсіл және т.б.) келесі принциптерді ұстану қажет[20]:

1. *Жұмыстың негізгі бағыты оқудағы қиындықтарды жеңуге бағытталған.* Логопед оқу пәндерін меңгеруге кедергі келтіретін сөйлеу дамуының бұзылуын жояды. Психолог жазуға, оқуға, санауға және басқа мектеп дағдыларына қажетті психикалық функцияларды дамытады. Арнайы мұғалім мектеп бағдарламасын игерудегі олқылықтарды толтырады, оқушыны күрделі материалды оқуға дайындап, оқу дағдыларын қалыптастырады.

2. *Жеке назар және жеке көзқарас.* Балаға қажеттіліктері, мотивтері және даму ресурстары бар белсенді тұлға ретінде қарау маңызды. Мамандар оқушының қызығушылығы мен хоббиіне сүйене отырып, тек қиындықтарды ғана емес, сонымен қатар оның күшті жақтарын да ескереді. Бағдарлама қол жетімді болуы керек, проксимальды даму аймағын және қиындықтардың себептерін ескеруі керек.

3. *Әлеуметтік-коммуникативтік бағыттылық.* Оқушы қалыптасып жатқан дағдыларды күнделікті өмірде – сабақта, қарым-қатынаста және әлеуметтік ортада қолдана алатын жағдайларды жасау маңызды.

4. *Тәсілдердің үздіксіздігі мен бірлігі.* Мамандар мен мұғалімдер оқудағы қиындықтарды тиімді жеңу үшін әдістердің айырмашылығына қарамастан өз әрекеттерін үйлестіру керек.

5. *Ата-аналарды тарту.* Ата-аналардың пікірін ескеру, серіктестік қарым-қатынасты дамыту, бағдарлама жасау кезінде олардың өтініштерін ескеру және оларды үйде мамандардың ұсыныстарын орындауға тарту маңызды.

Жеке бағдарламаны әзірлеу оқушының ерекшеліктерін ескере отырып, әдістер мен әдістерді таңдауды қамтиды. Әрбір маман жұмыс бағыттарын өз бетінше анықтайды және баламен өзара әрекеттесу тиімділігін арттыру үшін заманауи инновациялық психологиялық-педагогикалық технологияларды (арнайы және балама әдістерді қоса) пайдаланады. Ұсынылған әдістемелік көздер әдебиеттер тізімінде берілген.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балалардың білім беру іс-әрекетін ұйымдастыру.
2. Мектеп ортасын дайындау
3. Психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің жұмысы.
4. Мектептің ППҚ құжаттамасын оқып шығыңыз. Негізгі құжаттардың атауларын жазып алыңыз. Олардың мақсатын біліңіз.
5. АСБ бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету алгоритмі.

6. Түзеу жұмыстарының кезеңдері.
7. Психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің мамандарының оқушыға қолдау көрсетуі
8. 1 балаға мінездеме толтырыңыз. (Қосымша Д)

Реферат тақырыптары.

1. АСБ бар балалардың оқу іс-әрекетін ұйымдастыру ерекшеліктері қандай?
2. АСБ бар балаға мектеп жағдайын дайындауға қандай талаптар қойылады?
3. Психологиялық-педагогикалық қолдау қызметі (ППҚК) қандай функцияларды орындайды?
4. ППҚК құрамына қандай негізгі құжаттар кіреді және олардың мақсаты қандай?
5. АСБ бар балаларды психологиялық-педагогикалық қолдау алгоритмі қандай?
6. АСБ бар балалармен түзету жұмысының негізгі кезеңдері қандай?
7. ППҚК мамандары оқушыларға қалай қолдау көрсетеді?

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Білім беру мекемесінің психологиялық-педагогикалық қолдау қызметіне қандай мамандар кіреді?
 - a) Психолог, логопед, спорт жаттықтырушысы
 - b) Логопед, психолог, невропатолог
 - c) Психолог, логопед, арнайы және әлеуметтік педагог, тьютор, педагог-көмекші
 - d) Психолог, дефектолог, мектеп инспекторы
 - e) Тьютор, логопед, педиатр
2. Психологиялық-педагогикалық қолдау қызметінің негізгі міндеттерінің бірі қандай?
 - a) Ата-аналарды түзету білім беру әдістеріне үйрету
 - b) Оқушыларды тереңдетілген психологиялық-педагогикалық тексеруден өткізу
 - c) Мектепте бос уақытын ұйымдастыру
 - d) Жаппай психологиялық тренинг өткізу
 - e) Оқушылардың физикалық жағдайын бақылау.
3. Жолсерік қызметінің принциптерінің бірі қандай?
 - a) Әріптестерімен қарым-қатынассыз әр маманның жеке жұмысы
 - b) Балаларды оқытуда тек медициналық көзқарас
 - c) Барлық мамандардың, ата-аналар мен мұғалімдердің ұжымдық жұмысы
 - d) Тек дарынды балалармен жұмыс
 - e) Мұғалімдердің жұмысын және олардың оқыту әдістерін бақылау
4. АСБ бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету алгоритмінің бірінші кезеңі қандай?
 - a) Түзеткіш
 - b) Қалыптастырушы
 - c) Бейімделетін

- d) Белсендендіруші
 - e) Басқару
5. Белсендіру кезеңінің негізгі мақсаты қандай?
- a) Агрессивті мінез-құлықты түзету
 - b) Баланың ақыл-ой әрекетін ынталандыру және сөйлеу дағдыларын дамыту
 - c) Баланың оқу үлгерімін бағалау
 - d) Өз бетінше білім алу дағдыларын қалыптастыру
 - e) Сыныпқа әлеуметтік ықпалдасу.
6. АСБ бар балалардың сөйлеу функционалдық жүйесін дамыту үшін қандай әдіс қолданылады?
- a) Танымдық қабілеттерін тексеру
 - b) Кеңістікті қабылдауды дамыту
 - c) Қол ұстасып оқу әдісі
 - d) Ұжымдық оқу әдісі
 - e) Оқытуда цифрлық технологияларды қолдану
7. Қалыптастыру кезеңіне қандай тапсырма жатпайды?
- a) Қимылдар мен дыбыстарға еліктеуді дамыту
 - b) Сенсорлық әсерді күшейту
 - c) Қимылдар мен пиктограммаларды меңгерту
 - d) Агрессивті мінез-құлықты түзету
 - e) Өз әрекетін жоспарлау және бақылау дағдыларын дамыту
8. Коррекциялық кезеңде қандай мінез-құлық формалары түзетіледі?
- a) Тамақтанудан бас тарту және қорқынышты түс көру
 - b) Агрессия, аутоагрессия, стереотиптік қозғалыстар
 - c) Дене белсенділігінің жеткіліксіздігі
 - d) Мектепке барудан бас тарту
 - e) Белгілі бір пәндерден жақсы үлгермеу
9. Қандай фактор АСБ бар балалардың сәтті бейімделуінің кілті емес?
- a) Отбасын және оқу орындарын қолдау
 - b) Баланы әлеуметтік ортадан толық шеттету
 - c) Мәдени және бос уақытты өткізуге қатысу
 - d) Баланы инклюзивті ортаға біртіндеп қосу
 - e) Әлеуметтенуге кешенді көзқарас.
10. Толерантты білім кеңістігін құру үшін қандай әдіс қолданылмайды?
- a) Пікірталастар мен семинарлар өткізу
 - b) Әлеуметтік бейнероликтерді көру және талқылау
 - c) Ерекше қажеттіліктері бар оқушылардың мінез-құлқын қатаң бақылау
 - d) Әдеби шығармалар мен фильмдерді талдау
 - e) Дидактикалық ойындар

Оқушылардың мінездемесі (бірінші/екінші жартыжылдық, жылдың соңы) *(оқушымен жұмыс істейтін әрбір мұғалім және әрбір ППҚ маманы толтырады)*

Бағыты	Күшті жақтары/ағымдағы деңгей	Қиындықтар
Оқу	(бағдарламаға сәйкес бар дағдыларды сипаттайды, олардың қай сыныпқа және тоқсанға сәйкес келетінін көрсетеді)	
Хат	Қолданыстағы дағдылар бағдарламаға сәйкес сипатталады, олардың қай сыныпқа және тоқсанға сәйкес келетіні көрсетіледі	
Математика	Қолданыстағы дағдылар бағдарламаға сәйкес сипатталады, олардың қай сыныпқа және тоқсанға сәйкес келетіні көрсетіледі	
Басқа пәндер (соның ішінде музыка және дене шынықтыру)	Қолданыстағы дағдылар бағдарламаға сәйкес сипатталады, олардың қай сыныпқа және тоқсанға сәйкес келетіні көрсетіледі	
Тәрбиелік іс-әрекет: ынталандыру, өзін-өзі ұйымдастыру, оқу қызметін жоспарлау, жүзеге асыру және бақылау.		
Тиімділік және белсенділік қарқыны		
Сөйлеу: өзіндік және түсіну		
Қабылдау, зейін, есте сақтау, ойлау		
Эмоциялар мен мінез-құлық (сыныпта және сабақтан тыс)		
Мұғаліммен және сыныптастармен қарым-қатынас және өзара әрекеттесу		
Қозғалыс дағдылары (ұсақ моторика, жалпы моторика)		

Д-қосымшаның жалғасы

Өзін-өзі күту дағдылары. Әлеуметтік және күнделікті бағдар		
Сүйікті іс-әрекеттер, хоббилер, әдеттер		
Оқудағы қиындықтардың мүмкін себептері		
Бақыланатын фактілерді жалпылау	Оқушы оқуда табысты болуы керек ресурстар	Оқыту процесінде ескерілетін шектеулер
Оқу процесін ұйымдастыру бойынша ұсыныстар (мүмкіндігінше нақты)		

2. Дәріс. Аутизм спектрі бұзылған балаларға арналған ғылыми негізделген тәжірибелер

2.1. АСБ саласындағы зерттеулер.

Аутизм спектрінің бұзылуының (АСБ) таралуының жылдам өсуі ата-аналар мен мамандардың күшті насихатымен бірге араласу саласындағы зерттеулер мен әзірлемелердің айтарлықтай өсуіне әкелді. Осылайша, Америка Құрама Штаттарында (HRSA, 2006, 2011, 2014) АСБ зерттеуге бөлінген 1,4 миллиард долларға жуық жалпы бюджеттің ішінен қаржыландырудың айтарлықтай бөлігі арнайы түзету әдістерін зерттеуге бағытталды (IACC, 2017).

АСБ үшін қазіргі араласулар ғылыми дәлелденген және расталған тәсілдерден ата-аналар әзірлеген әдістерге және дәлелге негізделмеген псевдоғылыми және вактік тәжірибелерге дейінгі ауқымды қамтиды. АСБ бар адамдардан және олардың отбасыларынан сұраныстың артуы, осы диагнозы бар адамдарға қолдау көрсету шығындарын білетін қызмет провайдерлерінің кешенді жүйелі жауаптары араласудың тиімділігін дәлелді бағалауға сұранысты тудырды. Қаржылық инвестициялар ашықтық пен есептілікті талап ететіндіктен, терапиялық әдістердің негізділігі мәселесі ғылыми ортада өзекті мәселеге айналды.

Дамыған реттеу жүйесі бар елдерде интервенциялар мамандандырылған ұйымдардың қатаң лицензиясы мен сертификатталуына жатады, бұл мамандардан әдістерді тек дәлелдер негізінде таңдауды талап етеді. Бұл көзқарас 1960 жылдары Ұлыбританияда дәлелді медицина тұжырымдамасының бөлігі ретінде пайда болды. Дәлелдерге негізделген түзету әдістері бойынша аналитикалық шолуларды тарататын Кокрановтің ынтымақтастығы дәл осы қағидағтар негізінде құрылды.

Дәлелді медицина тұжырымдамасының әсері араласуға қатысты басқа салаларға тарады. Осылайша, 1990 жылдары Америка психологиялық қауымдастығының 12-бөлімі, Клиникалық психология қоғамы араласулардың жіктелу жүйесін жасап, оларды «тиімді» және «тиімді болуы ықтимал» деп бөлді. Бұл әдісті ғылыми негізді деп санау үшін қажетті критерийлерді нақты анықтаудың алғашқы ресми жағдайы болды[79].

Кейіннен ұқсас критерийлерді дарынды балалар жөніндегі кеңес, АҚШ ұлттық мектеп психологиясы қауымдастығы және американдық сөйлеу тілі-есту қауымдастығы сияқты басқа кәсіби қоғамдар қабылдады. Сонымен қатар, әртүрлі елдердің ғалымдары жасаған интервенциялардың басқа классификациялары бар. Кейбір терминологиялық айырмашылықтар сақталғанымен, көп жағдайда «ғылыми негізделген» терминдері синоним ретінде қолданылады.

Бұл өзгерістер клиникалық психологияның әртүрлі салаларындағы кәсіби стандарттарға, соның ішінде АСБ диагностикасы мен емдеуіне әсер етті. XX ғасырдың соңына дейін зерттеу топтары мен практиктер белгілі бір

араласулардың тиімділігін анықтау үшін негізінен сипаттамалық әдістерді қолданды. Бұл әдіс негізді болды, себебі ол қолданыстағы әдістерді салыстырмалы талдауға мүмкіндік берді. Дегенмен, сол жылдары жүйелі шолулар зерттеулерді таңдаудың қатаң критерийлеріне сәйкес келмеді, ақпаратты санаттарға бөлудің нақты стандарттары болмады және әсерді бағалаудың статистикалық әдістерін қолданбады. Дегенмен, анекдоттық дәлелдер мен сарапшылардың жеке пікірлерін сенімді ғылыми деректер деп санауға болмайды[75].

АСБ үшін дәлелді араласулар саласы соңғы үш онжылдықта ерекше қарқынды дамыды. Зерттеушілер қазір араласудың тиімділігін бағалау үшін стандартталған құралдарға ие және мета-талдаулар мен жүйелі шолулар үнемі жарияланады. Экономикалық және әлеуметтік талаптар осы саладағы дамуды жалғастыратындықтан, тәсілдердің тиімділігін талдау үшін қолданылатын эмпирикалық деректердің сапасына маңызды мән беріледі.

Бұл түрлендірулер АСБ зерттеулеріндегі стандарттарды өзгертуге әкелді. Cochrane Collaboration аясында рандомизацияланған бақыланатын сынақтарға (КШЗ) негізделген әдістемелерге басымдық берілді. Алғашқы шолулар психологиялық және мінез-құлық араласуларының жалғыз КШЗ анықтай алмағанымен, он жылдан кейін алғашқы бес зерттеу пайда болды, ал бес жылдан кейін олардың саны елуге дейін өсті. Мемлекеттік және жеке ұйымдардың қаржыландыруы зерттеулердің артуына ықпал етуді жалғастыруда.

Сонымен қатар, басқа әдістемелік тәсілдер де танылды. Мысалы, Cochrane Collaboration бұрын АСБ зерттеу саласындағы маңыздылығына қарамастан, жеке жағдайлық зерттеулерді (ЖЖЗ) талдаудан алып тастады. Дегенмен, бүгінгі күні ЖЖЗ АСБ бар балаларға арналған араласулар бойынша зерттеу базасына елеулі үлес қосатын жарамды ғылыми құрал болып саналады. Осыған байланысты қазіргі заманғы жүйелі шолулар КШЗ-ден де, ЖЖЗ-ден де эмпирикалық деректерді есепке ала бастады.

Бүгінгі таңда ғылыми қауымдастық жүргізілген зерттеулер туралы есеп беруді қоса алғанда, ашықтық стандарттарына сәйкес келетін интервенциялар туралы жарияланымдарды күтеді. Бұл стандарттарға КШЗ үшін есеп беру сынақтарының біріктірілген стандарттары (CONSORT) және квазиэксперименттерге арналған рандомизацияланбаған зерттеулердің ашық есептері (TREND) кіреді[64].

Осы саладағы ғылым мен тәжірибенің белсенді дамуына қарамастан, мамандар әлі күнге дейін АСБ емдеудің әмбебап құралын таба алмады. Дегенмен, бұл диагнозы бар адамдар үшін араласудың көптеген нұсқалары бар. Қол жетімді араласулардың ауқымын жыл сайын жарияланған эмпирикалық зерттеулердің санымен (жүздеген мақалалар) және жүйелі шолулар мен мета-талдаулардың өсіп келе жатқан санымен өлшеуге болады. Дегенмен, барлық қолданыстағы әдістерді шынымен тиімді деп атауға болмайтынын ескеру қажет.

2.2. АСБ үшін араласу.

Жалпы, аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар адамдарға арналған араласуды екі негізгі санатқа бөлуге болады.

1. Күрделі модельдер. Бұл араласулар бір тәсілге біріктірілген әдістердің жиынтығын білдіреді және АСБ кезінде байқалған негізгі тапшылықтарды кешенді түрде шешуге бағытталған. 2010 жылы Америка Құрама Штаттарында әрқайсысының белгілі бір сипаттамалары бар 30 жан-жақты кешенді модель анықталды: нақты теориялық негіз, стандартталған практикалық процедуралар, жоғары қарқындылық (сабақтар аптасына көп сағатты алады), іске асырудың ұзақ кезеңі (бір жылдан немесе одан көп) және коммуникацияны, мінез-құлық аспектілерін және әлеуметтік дағдыларды дамытуды қамтитын күтілетін нәтижелердің кең ауқымы. Бұл модельдердің кейбіріне Ловаас әдісі, ерте Денвер үлгісі, «Сөздерден артық» (More Than Words), қолдау дағдыларын үйрету (PRT), TEACCH жүйесі және т.б. [70].

2. Мақсатты араласулар. Бұл араласудың түрі нақты дағдыларды дамытуға немесе нақты мақсаттарға жетуге арналған. Оларды пайдалану қатаң мақсатты, күрделі үлгілермен салыстырғанда айқын құрылымға ие және ұзақтығы қысқа - оқыту қойылған мақсаттарға қол жеткізілген кезде аяқталады. Көбінесе мақсатты араласулар АСБ бар адамдарға арналған кешенді бағдарламалар мен білім беру стратегиялары аясында дербес модульдер ретінде пайдаланылады. Мысалы, әріптестік оқыту мақсатты араласудың бір түрі болып табылады.

Қолданыстағы араласулар туралы ақпаратты ұйымдастыру және олардың объективті бағалауын жүргізу үшін дәлелді араласу стандарттарына сәйкес келетін аналитикалық шолулар жасалады. Тақырып бойынша кеңінен келтірілген жүйелі шолулардың бірі ол кезде ғылыми негізделген деп санауға болатын әдіс жоқ деген қорытындыға келді. Он жылдан кейін тағы бір ірі шолу бірнеше перспективалы емдеуді алдын ала анықтады: біреуі бекітілген деп саналды, ешқайсысы «мүмкін тиімді» деп бағаланбады және үшеуі «ықтимал тиімді» деп бағаланды. Соңғы шолулардың бірінде белгіленген әдістердің саны екіге дейін өсті, үш әдіс «мүмкін тиімді» санатына және бесеуі «мүмкін тиімді» санатына қосылды [73].

2.3 Қолданбалы мінез-құлық талдауының принциптеріне негізделген жеке араласу.

2008 жылы белгіленген мәртебеге қол жеткізудің жалғыз араласуы мінез-құлықты қолданбалы талдау принциптеріне негізделген жекелендірілген, кешенді араласу болды (МҚҚТ). 2015 жылға қарай тізім белгіленген әдістерге МҚҚТ мен әлеуметтік-прагматикалық даму үлгілері (ӨПД) біріктіретін мұғалімнің бағытталған араласуын қамту үшін кеңейтілді. Бұл екі тәсілдің ұқсастықтары да, айтарлықтай айырмашылықтары да бар.

МҚҚТ негізіндегі әдістер қалаған мінез-құлықты күшейту, алынған дағдыларды әртүрлі жағдайларға беруді ынталандыру және қажетсіз реакциялардың жиілігін азайту арқылы жаңа дағдыларды дамытуға бағытталған. Өз кезегінде, ӘПД баланы бірлескен іс-әрекетке тартуға бағытталған және басқа қарым-қатынас пен әлеуметтік мәселелердің негізгі себебі ретінде әлеуметтік өзара әрекеттесудегі қиындықтарды қарастырады. Екі әдіс те баланың даму деңгейіне бейімделген және қарым-қатынас пен әлеуметтену саласындағы кемшіліктерді түзетуге бағытталған. Дегенмен, МҚҚТ әдістері негізгі және қосымша даму ерекшеліктерінің кең ауқымын қамтиды, ал ӘПД ең алдымен әлеуметтік өзара әрекеттесудегі кемшіліктерге назар аударады.

МҚҚТ әдістері дискретті сынақтарды (ДТТ) пайдалануды қамтиды - басы мен соңы бекітілген нақты құрылымды оқыту сегменттері. Керісінше, ӘПД үнемі ескертулер мен әрекеттермен алмасуды қамтитын үздіксіз әлеуметтік өзара әрекеттестікке негізделген. Айырмашылықтар күшейту принциптеріне де қатысты: ӘПД бұл баланың сөйлеуі мен мінез-құлқына еліктеу, сондай-ақ қарым-қатынасты дамытудың мүмкін нұсқаларын модельдеу арқылы жүзеге асырылады, ал АВА баланың қалауына негізделген күшейтуді қолданады (мысалы, мақтау немесе сүйікті заттарды пайдалану).

Сондай-ақ МҚҚТ және ӘПД элементтерін біріктіретін біріктірілген модельдер бар. Мысалы, сабақты нақты құрылымдалған мінез-құлық әдістемесінен бастауға болады, содан кейін ӘПД принциптеріне сәйкес келетін өзара әрекеттестіктің ойын формасына өтуге болады, немесе, керісінше, табиғи ойын кезінде МҚҚТ элементтерін қолдануға болады. Қазіргі заманғы жоғары сапалы рандомизацияланған бақыланатын сынақтар екі әдісті біріктіретін интеграцияланған тәсілдің тиімділігін растайды.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы дәйекті түрде дәлелге негізделген араласулардың барлық беделді шолуларында бірінші орын алады және АСБ бар адамдармен жұмыс істеудің негізгі әдісі болып саналады. 1980 жылдардан бері жүргізілген көптеген зерттеулердің талдауы МҚҚТ негізіндегі әдістер АСБ бар балаларда проблемалық мінез-құлықты түзетуге және жаңа дағдыларды дамытуға көмектесетінін дәйекті түрде көрсетті. 2014 жылы Денсаулық сақтау саласындағы зерттеулер мен сапа агенттігі РСТ және когорттық зерттеулердің жүйелі шолуын жариялады, ол АВА негізіндегі ерте қарқынды мінез-құлық араласуы (ЕҚМА) уақыт өте келе когнитивтік функцияны, тіл қабілетін және бейімделу дағдыларын айтарлықтай жақсартуға әкелетінін растады. Әртүрлі әдістердің салыстырмалы зерттеулері мінсіз жүргізілмеген жағдайда да, нәтижелер МҚҚТ АСБ емдеудің ең тиімді стратегиясы болып қала беретінін көрсетті.

Кешенді талдау жеткілікті ғылыми негіздемесі жоқ және оларды қолдануға ұсынбайтын әдістерді анықтауға мүмкіндік береді. Мұндай әдістерге аудиторлық интеграциялық терапия, DIR/Floortime моделі, әлеуметтік коммуникация әдістері (SCERTS), сенсорлық интегративті терапия, сенсорлық терапия, музыкалық

терапия, сондай-ақ гормондық (кортикотропин және секретин) және витаминдік терапия сияқты биологиялық тәсілдер, арнайы диеталар және басқа әдістер жатады. Жеңілдетілген қарым-қатынас, ұстап тұру терапиясы және психоанализ сияқты кейбір араласулар тиімсіз ғана емес, сонымен бірге ықтимал зиянды болып табылады, сондықтан оларды қолдануға қатаң тыйым салынады [88].

2.4. ҚМТ интервенцияларының тиімділігі.

Қолданбалы мінез-құлық талдауының (ҚМТ) тиімділігі және оның аутизм спектрі бұзылыстары (АСБ) бар балалар үшін бірінші қатардағы араласу ретіндегі мәртебесі әдіс пайда болған Америка Құрама Штаттарында да, Канада, Ұлыбритания, Нидерланды, Израиль, Швеция, Норвегия, Австралия, Жапония және Қытайды қоса, бірқатар басқа елдерде де жүргізілген зерттеулермен расталды.

Эмпирикалық түрде қолдау көрсетілетін араласулар көптеген сарапшылар тиімді бағдарламалардың негізгі элементтері деп санайтын бірқатар ортақ сипаттамалармен бөліседі. Бұл элементтер АСБ бар балаларға көрсетілетін қызметтердің қатарына қосылуы керек. Интервенцияны тиімді деп санау үшін ол келесі критерийлерге сай болуы керек [78]:

1. *Жекешелендіру* – бағдарлама баланың ерекшеліктерін, қызығушылықтарын және оқу стилін ескеруі керек. Сүйікті әрекеттер мен таңдаулы ынталандыруларды күшейту жүйесіне енгізу араласудың қатысуын және тиімділігін арттырады.

2. *Жүйелілік және жоспарлау* – мақсаттар мен оқыту әдістері баланың жеке ерекшеліктерін ескере отырып таңдалуы керек, ал араласу процесінің өзі тұрақты бақылауды және мүмкін түзетулерді талап етеді.

3. *Құрылымдық орта* – кеңістікті ұйымдастыру және көрнекі кестелер сияқты қолдау құралдарын пайдалану АСБ бар балаларға өзгермелі әрекеттерді шарлауға және реттелген ортада тапсырмаларды орындауға көмектеседі.

4. *АСБ ерекшеліктеріне сәйкестік* – бағдарлама әлеуметтік өзара әрекеттесу ерекшеліктерін және осы бұзылысы бар балаларға тән шектеулі, қайталанатын мінез-құлық үлгілерін ескеруі керек.

5. *Мінез-құлықты түзетуге функционалдық көзқарас* – мінез-құлық функцияларын талдау жағымсыз реакциялардың себептерін анықтауға және тиісті араласу стратегияларын таңдауға мүмкіндік береді.

6. *Отбасын қамту* – үйде де, сауықтыру сабақтары өтетін жерлерде де біртұтас ортаны құру үшін ата-аналардың және басқа отбасы мүшелерінің қатысуы қажет.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ саласындағы қазіргі заманғы зерттеулер қандай салаларды қамтиды?
2. АСБ үшін қандай араласу түрлері қолданылады?

3. Қолданбалы мінез-құлық талдауының (ҚМТ) принциптеріне негізделген жеке араласу қалай ерекшеленеді?
4. АСБ бар балалар үшін ҚМТ интервенциялары қаншалықты тиімді?
5. АСБ бар студенттердің қалаусыз мінез-құлық үлгілерін түзетуге арналған бағдарламалардың нұсқаларын зерттеңіз және белгілі бір дағдыны дамыту үшін өз бағдарламаңызды жасаңыз (мысалы, көз контактісін дамыту, түсіну нұсқауларын үйрету және т.б.)

Реферат тақырыптары.

1. АВА – аутизм спектрі бұзылған оқушыпен өзара әрекеттесу парадигмасы.
2. Қолданбалы мінез-құлық талдауындағы дискретті оқыту моделі (Р. Шрамм)
3. Қолданбалы мінез-құлық талдауындағы «Кеңестер».

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ интервенциялары бойынша зерттеулердің артуына қандай фактор әсер етті?
 - a) Интернет-технологияларды дамыту
 - b) Салауатты өмір салтын насихаттау
 - c) Ата-аналар мен мамандардың белсенді үгіт-насихаты
 - d) Аутизм мәселесіне қоғамның қызығушылығының төмендеуі
 - e) Ғылыми зерттеулерді қаржыландырудың қысқаруы
2. Реттеу жүйесі дамыған елдердегі интервенцияларды лицензиялаудың негізінде қандай тұжырымдама жатыр?
 - a) Гуманистік психология
 - b) Дәлелді медицина
 - c) Когнитивті даму теориясы
 - d) Психоаналитикалық концепция
 - e) Әлеуметтік конструкция
3. Ғылыми негізделген түзету әдістерін жүйелеу бастамасының артында қай ұйым тұр?
 - a) Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ)
 - b) Американдық медициналық қауымдастық
 - c) Кокран ынтымақтастығы
 - d) Еуропалық мінез-құлық психологиясы қауымдастығы
 - e) Халықаралық зерттеу этикасы комитеті
4. АСБ интервенцияларының екі негізгі категориясы қандай?
 - a) Топтық және жеке
 - b) Ұзақ мерзімді және қысқа мерзімді
 - c) Біріктірілген модельдер және мақсатты араласулар
 - d) Психологиялық және медициналық
 - e) Ғылыми және эмпирикалық

5. Қандай әдіс АСБ түзетудің негізгі әдісі болып табылады және көптеген зерттеулермен расталған?
- a) Сенсорлық интеграция әдісі
 - b) Гипнотерапия
 - c) Қолданбалы мінез-құлық талдауы (ҚМТ)
 - d) Ароматерапия
 - e) Холдинг терапиясы
6. Қандай оқыту әдісі басы мен соңы бекітілген нақты құрылымдалған сынақтарға негізделген?
- a) Сенсорлық интегративті терапия
 - b) Дискретті тестілеу (ДТТ)
 - c) Мотивациялық сұхбат
 - d) Арт-терапиялық әдістер
 - e) Мультимодальдық тәсіл
7. Қандай араласу әдісі ҚМТ принциптерін әлеуметтік-прагматикалық даму үлгілерімен біріктіреді (ӘПД)?
- a) Когнитивті мінез-құлық терапиясы
 - b) Мұғалімнің жетекшілігімен араласу
 - c) Музыкалық терапия
 - d) Сыныптағы интеграциялық терапия
 - e) Орналастыру уақыты бағдарламасы
8. Қандай критерий тиімді АСБ араласу бағдарламаларының негізгі элементі емес?
- a) Жекешелендіру
 - b) Отбасын қамту
 - c) Әмбебап көзқарас
 - d) Құрылымдық орта
 - e) Мінез-құлықтың функционалдық талдауы
9. Рандомизацияланбаған зерттеулерді бағалау үшін қандай есеп беру жүйесі қолданылады?
- a) GRADE
 - b) TREND
 - c) PRISMA
 - d) CONSORT
 - e) NIH нұсқаулары
10. Ғылыми дәлелдемелердің болмауына байланысты қандай әдістерді қолдану ұсынылмайды?
- a) Денвердің ерте моделі
 - b) Холдинг терапиясы және жеңілдетілген коммуникация
 - c) ТЕАССН бағдарламаланған
 - d) Қолдау дағдыларын үйрету (PRT)

е) әріптестерге негізделген мақсатты араласу

3. Дәріс. Аутизм спектрі бұзылған балаларды оқытуға және тәрбиелеуге арналған қоршаған орта ресурстары

3.1. Адаптивті білім беру ортасы.

Бейімделетін білім беру ортасы – бұл білім алушылардың ерекше білім беру қажеттіліктерін қанағаттандыруды қамтамасыз ететін жағдайлар жүйесі (сәулеттік қолжетімділік, жеке білім беру бағыты, қолдау, технологиялар, оқыту әдістері мен құралдары) және қарым-қатынастар (инклюзивті мәдениет).

Әлеуметтік-педагогикалық жүйе ретінде бейімделген білім беру ортасы өзгермелі сыртқы жағдайларға сәйкес келуге, оқушылардың жеке ерекшеліктеріне бейімделуге және әлеуметтік-мәдени ортаның өзгерістеріне жауап беруге ұмтылады.

Бейімделетін білім беру ортасының негізгі белгілері[55] :

- *Қауіпсіздік* – ыңғайлы және қауіпсіз оқу жағдайларын қамтамасыз ету.
- *Қол жетімділік* – оқу мен қозғалыстағы кедергілерді жою.
- *Білім беру қажеттіліктерін есепке алу* – бұзылған аналитикалық жүйелерді дамытуға жағдай жасау, әлеуетті когнитивтік қабілеттер мен көпсенсорлық қабылдауды пайдалану.

Бейімделу мектебі, Э.Ямбург концепциясы бойынша, әрбір бала жеке ерекшеліктеріне қарамастан табысқа жете алатын кеңістік. Қазіргі білім беру тәсілдерінде білім беруді ізгілендіру, балалардың дене және психикалық денсаулығын сақтау және нығайту, оларды жан-жақты дамыту басымдыққа ие болып отыр.

Әлеуметтік интеграцияның маңызы

Әлеуметтік интеграция ерекше психофизикалық дамуды қажет ететін балалардың өмірлік құзыреттіліктерін табысты дамытудың негізгі факторы ретінде танылады. Мұндай балаларды құрбыларымен белсенді қарым-қатынасқа тарту олардың шынайы өмірге барынша жақындауына және қажетті әлеуметтік дағдыларды дамытуға мүмкіндік береді.

Білім беру ортасы даму факторы ретінде

Білім беру ортасы – тұлғаның мәдени және әлеуметтік дамуына ықпал ететін ұйымдасқан кеңістік. Оған мыналар кіреді:

- *Әлеуметтік аспектілер* – білім беру процесіне қатысушылардың өзара әрекеттесу жүйесі.
- *Пәндік орта* – балалардың іс-әрекетінің белгілі бір түрлерін дамытуды қамтамасыз ететін материалдар мен құралдар жиынтығы.

Инклюзивті білім беру жағдайында қоршаған ортаны бейімдеуге ерекше көңіл бөлінеді. Бұған мыналар кіреді:

- *Субъектілік-кеңістіктік бейімделу* – қауіпсіз және ыңғайлы қозғалысты қамтамасыз ету.

- *Әлеуметтік бейімделу* – ерекше білім беру қажеттіліктері бар балаларға толерантты көзқарасты қалыптастыру.

Білім беру ортасын талдау оның функцияларын ескере отырып жүзеге асырылады:

- *Дамушы орта* – баланың өзін-өзі анықтауына және өзін-өзі жүзеге асыруына ықпал етеді.

- *Бейімделу ортасы* – жас ерекшеліктері мен жеке қажеттіліктерін ескереді.

- *Кедергісіз орта* – психофизикалық бұзылулардың салдарын азайтады. *Мұғалімдер мен мамандардың міндеттері*

Инклюзивті білім беру саласында жұмыс істейтін мамандар кедергісіз, бейімділік, дамытушылық және тұлғаға бағытталған элементтерді біріктіретін білім беру ортасын құруы керек. Бұл орта келесі функцияларды орындайды:

- тәрбиелік;
- дамушы;
- тәрбиелік;
- ұйымдастырушылық;
- коммуникативті.

Бейімделу ортасының негізгі мақсаты – баланың дербестігін қолдау, оның физиологиялық, әлеуметтік және эмоционалдық қажеттіліктерін қанағаттандыру, қарым-қатынас пен әлеуметтену дағдыларын дамыту[43].

Толерантты білім беру ортасы және баланың өзін-өзі дамытуы

Мектеп – балалар үшін табиғи орта, сондықтан олардың жан-жақты дамуына әсер ететін толерантты білім кеңістігін құру маңызды бағытқа айналады. Пәндік-дамыту ортасын құру баланың дербес әрекетін ұйымдастыруға және оны мұғалімнің бақылауымен өзін-өзі дамытуға бағыттауға мүмкіндік береді.

Бейімделетін білім беру ортасының негізгі мақсаты әр балаға[66]:

- өзіндік өмірлік іс-әрекетінің субъектісі;
- практикалық іс-әрекет субъектісі;
- коммуникация субъектісі;
- өзіндік сананың субъектісі.

3.2. Бейімделетін білім беру ортасын құру принциптері

Мамандандырылған топтарда бейімделген білім беру ортасын құру және ұйымдастыру кезінде мұғалімдер мен мамандар бірқатар негізгі принциптерді ескеруі керек[14]:

1. *Қауіпсіздікті қамтамасыз ету.* Маңызды аспект - психофизикалық кемістігі бар балаларда алаңдаушылық пен сенімсіздік сезімін барынша азайтуға көмектесетін пәндік және кеңістіктік ортаны арнайы ұйымдастыру. Ыңғайлы ортаны құру қолда бар қорғаныс механизмдері мен нақты белгіленген ережелерді пайдалана отырып, олардың еркін бағдарлануына, қозғалуына және қажетті әрекеттерді орындауына ықпал етеді.

2. *Мәдени қанықтылық.* Білім беру кеңістігінде баланың әртүрлі ақпарат тасымалдаушыларымен байланысын қамтамасыз ететін, оның когнитивті дамуына ықпал ететін элементтер үнемі болуы керек. Бұл бізді қоршаған әлем туралы білімдерін кеңейтуге, танымдық белсенділікті белсендіруге, зейін мен мағыналы әрекетке қатысу қабілетін дамытуға көмектеседі.

3. *Мультисенсорлық қабылдауға қолжетімділік.* Оқу кеңістігі бала әртүрлі сенсорлық арналар арқылы ақпаратты қабылдай алатындай етіп ұйымдастырылуы керек. Бұл жеке объектілерді қабылдауға да, олардың арасындағы қарым-қатынастарды білуге де қатысты, бұл білімді тереңірек игеруге ықпал етеді.

4. *Логикалық құрылымдау.* Білім беру ортасындағы қарым-қатынастар белгілі бір ережелер жүйесіне сәйкес ұйымдастырылуы керек. Осы ережелерді білу және сақтау ерекше психофизикалық даму қажеттіліктері бар балалардың өмірлік әрекеттерінің тиімділігін айтарлықтай арттырады, олар үшін болжамды және қолайлы жағдайлар жасайды.

5. *Әлеуметтік өзара әрекеттесу жүйесіне қосу.* Білім беру ортасы баланың басқалармен ынтымақтастық және өзара әрекеттесу дағдыларын дамытуға ықпал етуі керек. Әлеуметтік процестерге ену үшін жағдай жасау қоғамда коммуникативті дағдылар мен бейімделу дағдыларын дамытуға ықпал етеді.

6. *Кедергілерді жеңу арқылы дамыту.* Оқу кеңістігі бала өз бетінше немесе қолдау арқылы жеңе алатын арнайы ұйымдастырылған қиындықтар жүйесін қамтуы керек. Бұл тәсіл тұлғаның өсуін ынталандырады, өзіне деген сенімділік пен туындаған қиындықтарды жеңу қабілетін дамытады.

7. *Сенсорлық жүйелерді дамытуға және қолдауға және когнитивті әлеуетті пайдалануға назар аударыңыз.* Білім беру ортасы баланың жеке қажеттіліктеріне сәйкес қалдық көру, есту және қозғалыс қабілеттерін жүйелі түрде қолдануға ынталандыруы керек. Мамандардың ұсыныстарын ескеру, сондай-ақ ағымдағы және жақын арада даму саласындағы ілгерілеуге ықпал ететін іс-шараларды ұйымдастыру маңызды.

3.3. Аутизм спектрі бұзылған балаларға білім беру ортасын ұйымдастыру.

Аутизм спектрі бұзылған балаларды оқыту кеңістік ерекше түрде ұйымдастырылған және уақыт шеңберлері көрнекі түрде бейнеленетін арнайы

бейімделген білім беру ортасын құруды талап етеді. Бұл орта аутизммен ауыратын баланың сенсорлық ерекшеліктерін ескере отырып, оған қолайлы жағдайлар жасайды.

Тиімді бейімделген білім беру ортасын құру үшін мұғалімдерге[54]:

- *Кеңістіктегі аймақтарды анық белгілеңіз.* Осы мақсатта мамандандырылған бөлімдер, жиһаздар, еден жабындары немесе арнайы белгілер қолданылады. Физикалық демаркация балаға кеңістіктің шекарасын түсінуге көмектеседі. Мысалы, жұмыс аймағын бөлім, таспа немесе анық сызық арқылы бөлуге болады, бұл әр оқушыға өзінің жеке аймағының қай жерде екенін анық түсінуге мүмкіндік береді. Сонымен қатар, баланың орнын көрсету үшін тақтайшаны пайдалануға болады.

- *Тітіркендіргіш факторлардың деңгейін төмендетіңіз.* Оқу ортасында алаңдататын ынталандыруларды жеке жұмыс үстелдерін пайдалану арқылы азайту керек. Үстелге қойылған шағын экрандар визуалды ынталандырудан қосымша қорғауды қамтамасыз етеді, бұл сонымен қатар аутизмі бар балалардағы алаңдаушылықты азайтуға көмектеседі.

- *Жұмыс кеңістігіңізді ұтымды ұйымдастырыңыз.* Балаңызға түс кодтары, диаграммалар, сандар және белгілер сияқты көрнекі элементтерді пайдалану арқылы тәртіпті үйрету маңызды. Жұмыс беті әрбір аксессуардың орны нақты белгіленгендей етіп белгіленеді: оқулық, дәптер, қалам, сызғыш. Кейбір жағдайларда объектілердің контурлық сызықтарды пайдаланылады немесе ыңғайлы болу үшін олар бөлек контейнерлерге орналастырылады.

- *Оқу материалдарын белгілеңіз.* Оқу құралдары сигналдық анықтамалық белгілермен белгіленуі керек. Мысалы, математика бойынша дәптер мен оқулықтар қызғылт сары түспен, ал орыс тілінде жазылғандар жасыл түспен белгіленген. Бұл әдіс балаға материалды жылдам шарлауға және сырттан көмексіз оқу іс-әрекетін ұйымдастыруға көмектеседі.

- *Әр түрлі қызмет түрлері үшін аймақтарды жасаңыз.* Білім беру мекемесінің үй-жайлары қызмет түріне қарай аймақтарға бөлінуі керек: оқу, ойын, асхана, санитарлық-гигиеналық және т.б. Сынып ішінде сонымен қатар өзіндік жұмыс орны, мұғаліммен жеке сабақтар, топтық ойын алаңы сияқты аймақтар бар. Маңызды элемент - релаксация аймағы - бала жалғыз бола алатын, стрессті азайтатын және сенсорлық шамадан тыс жүктемені қалпына келтіретін «жеке бұрыш». Бұл аймақта оқушының жеке заттарын, сондай-ақ оның демалуына көмектесетін ұсақ тактильді заттарды (доптар, киім түйреуіштер, жіптер) сақтауға болады. Балаға мұғалімнің рұқсатымен ол осы аймаққа ауыса алатынын немесе эмоционалды шиеленісті сезінсе, тыныштандыратын затты ала алатынын түсіндіру керек.

- *Оқиғалар тізбегін визуализациялау.* Аутизмі бар балаларға уақыт процестерінің визуалды бейнелері қажет. Әртүрлі оқиғалар арасындағы себеп-салдар байланыстарын тануға көмектесу үшін оқу кеңістігінде көрнекі белгілерді

пайдалану керек. Маңызды құрал – балаға іс-әрекеттер ретін түсінуге, бір әрекеттен екіншісіне өтуге және оның мектеп күнін бағдарлауға көмектесетін көрнекі кесте.

Осылайша, бейімделген білім беру ортасын құру аутизммен ауыратын баланың мінез-құлқындағы қиындықтарды азайтуға көмектеседі, оның әлеуметтік нормаларға жақсы бейімделуіне, күнделікті тәртіпті сақтауға және күнделікті өмірде кездесетін сыртқы ынталандыруларға төтеп беруге көмектеседі.

3.4. Қоршаған орта ресурстарының классификациясы.

С.Е.Гайдукевич экологиялық ресурстарды бірнеше топқа жіктейді[36]:

1. Әлеуметтік-психологиялық ресурстар.

Бұл категория білім беру процесіне қатысушылардың өзара қарым-қатынас жүйесін, оның ішінде олардың қарым-қатынасын, мотивтерін, стилі мен қарым-қатынас сипатын қамтиды. АСБ бар баланың білім беру мекемесінде табысты білім алуы көп жағдайда педагогикалық ұжымның қосу идеясын қолдауына байланысты. Сондай-ақ ерекше қажеттіліктері бар балалармен жұмыс істеуге мұғалімдердің арнайы дайындығы маңызды фактор болып табылады.

2. Ұйымдастырушылық-мағыналық ресурстар

Бұл топқа мыналар кіреді:

- инклюзивті білім беруді реттейтін нормативтік құжаттар;
- педагогикалық іс-әрекеттің тиімді әдістері мен тәсілдері.

Соңғы жылдары Беларусь Республикасында ресурстық сыныптар – оқуда қиындықтары бар балаларға жеке көмек көрсетуге арналған мектептерде арнайы жабдықталған үй-жайлар пайда бола бастады. Ресурс класы бірнеше маңызды функцияларды орындайды:

1. АСБ бар балаға құрдастар тобында оқуға бейімделуге көмектеседі;
2. білім алушының жеке ерекшеліктерін ескере отырып, білім беру кеңістігінің біртіндеп кеңеюін қамтамасыз етеді;
3. ыңғайлы ортада жеке тақырыптар мен дағдыларды жаттықтыруға мүмкіндік береді;
4. түзету және дамытушылық қолдау көрсетеді.

Осылайша, ресурстық сынып моделі оқытуға инклюзивті және жеке көзқарас элементтерін біріктіреді. Оның жұмысына мыналар кіреді:

- білім беру бағдарламаларын АСБ бар баланың қажеттіліктеріне бейімдеу;
- академиялық жүктемені реттеу;
- жеке қолдау (репетиторлық).

3. Кеңістіктік ресурстар.

Кеңістікті ұйымдастыру функционалдық аймақтарды анықтау арқылы білім беру ортасын құрылымдауға бағытталған. Оқу орнының негізгі аймақтарына мыналар жатады:

- оқу кабинеттері;
- жатын бөлмелері;
- санитарлық-гигиеналық үй-жайлар;
- киім ауыстыратын бөлмелер;
- асхана;
- медициналық орталық;
- спорт және музыка залдары.

Сонымен қатар, мамандандырылған үй-жайларды ұйымдастыруға болады:

- *сенсорлық бөлмелер;*
- жұмсақ беттермен, төсеніштермен және құрғақ бассейнмен жабдықталған *релаксация аймақтары;*
- *белсендіру аймақтары,* оның ішінде оптикалық эффектілері бар жабдық, сенсорлық панельдер;
- гимнастикалық шарлар мен массаж элементтері бар *жалпы сауықтыру шараларына арналған алаңдар;*
- эмоционалдық стрессті жеңілдетуге арналған *жалғыздық орындары.*

Көрнекі белгілер навигацияның жеңілдігін жақсарту үшін пайдаланылады, ал арнайы қызыл сигнал белгілері ықтимал қауіптер туралы ескертуге көмектеседі.

4. *Пәндік ресурстар.*

Білім беру кеңістігін ұйымдастыру келесі аспектілерді қамтиды:

- табиғи жарықтандыруды қамтамасыз ету;
- жарық ағынын реттеу үшін жалюзи мен перделерді пайдалану;
- алаңдатуды азайту үшін жұмыс станцияларын терезелерден алыс орналастыру;
- қабырғаларды бейтарап тондармен безендіру (бежевый, крем);
- мамандандырылған жиһазды пайдалану (сенсорлық жастықтары бар орындықтар, фитболдар).

Байланыс мүмкіндігі шектеулі балалар үшін PECS карталары, көрнекі белгілер және тіректер сияқты балама байланыс құралдары қолданылады. Уақытты құрылымдау маңызды және оған құм сағаттары, «Бірінші – Содан кейін» диаграммалары, таңбалауыш жүйелері, кестелер және әрекет алгоритмдері арқылы қол жеткізуге болады.

5. *Оқу жабдықтары.*

Жаттығудың ыңғайлылығы мен тиімділігін арттыру үшін мыналар қолданылады:

- кітап және дәптер стендтері;
 - көлбеу жазу тақталары;
 - Жазу құралдарын ұстауды жеңілдету үшін саусақ тірегі.
6. *Техникалық құрал-жабдықтар.*

Заманауи технологияларды пайдалану білім беру ортасының қолжетімділігін арттыруға және АСБ бар балалардың неғұрлым өнімді оқуына жағдай жасауға көмектеседі.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ саласындағы зерттеулерден қандай жаңа тұжырымдар пайда болады?
2. АСБ үшін қандай араласу түрлері маңызды болып саналады?
3. ҚМТ көмегімен жеке араласудың негізі қандай?
4. ҚМТ негізіндегі араласулардың тиімділігін қандай дәлелдер растайды?
5. Мінез-құлыққа араласу бағдарламасы қандай компоненттерден тұруы керек (мысалы, көзбен байланыс орнату немесе нұсқауларды түсіну)?
6. Адаптивті білім беру ортасы дегеніміз не?
7. Бейімделетін білім беру ортасын құрудың негізінде қандай қағидаттар жатыр?
8. Аутизм спектрі бұзылған балалар үшін оқу ортасы қалай ұйымдастырылады?
9. Қоршаған орта ресурстарының қандай түрлерін анықтауға болады және олардың классификациясы қандай?
10. Қолданбалы мінез-құлық талдауына сәйкес оның ерекше білім беру қажеттіліктерін ескере отырып, АСБ бар оқушыға арналған арнайы білім беру шарттарының пакетін әзірлеу.

Реферат тақырыптары.

1. АВА – аутизм спектрі бұзылған оқушымен өзара әрекеттесу парадигмасы.
2. Қолданбалы мінез-құлық талдауындағы дискретті оқыту моделі (Р. Шрамм)
3. Қолданбалы мінез-құлық талдауындағы «Кеңестер».
4. Операнттық тәсіл, ТЕАССН бағдарламасы.
5. АСБ бар балалармен жұмыс жүргізуде холдинг-терапиясын жүргізу.
6. АСБ бар баламен жұмыс істеудегі вербалды-мінез-құлық тәсілі.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Бейімделетін білім беру ортасы дегеніміз не?
 - a) Оқу материалдарының жиынтығы
 - b) Қашықтықтан оқыту бағдарламасы
 - c) Ерекше білім беру қажеттіліктерін қанағаттандыруды қамтамасыз ететін жағдайлар мен қатынастар жүйесі
 - d) Жеке оқыту әдісі
 - e) Ерекше қажеттіліктері бар балаларға арналған білім беру мекемесі
2. Бейімделетін білім беру ортасының негізгі сипаттамасы – оқудың қолайлы жағдайын қамтамасыз ету?
 - a) Қол жетімділік
 - b) Қауіпсіздік
 - c) Инклюзивтілік

- d) Көпсенсорлық қабылдау
 - e) Гуманизация
3. Бейімделген мектептегі қазіргі білім беру тәсілдерінің басымдылығы қандай?
- a) Қатаң тәртіп
 - b) Білім беруді ізгілендіру және баланы жан-жақты дамыту
 - c) Оқу үлгерімін барынша арттыру
 - d) Оқытудың дәстүрлі әдістерін қолдану
 - e) Цифрлық технологияларды пайдалану
4. Ерекше қажеттіліктері бар балалардың өмірлік құзыреттілігін табысты дамытудың негізгі факторы ретінде қандай тұжырымдама танылады?
- a) өзін-өзі дамыту
 - b) әлеуметтік интеграция
 - c) қашықтан оқыту
 - d) жеке қолдау
 - e) сенсорлық бейімделу
5. Білім беру ортасының қандай аспектісі ерекше білім беру қажеттіліктері бар балаларға толерантты көзқарасты қалыптастыруға ықпал етеді?
- a) Пәндік-кеңістіктік бейімделу
 - b) Әлеуметтік бейімделу
 - c) Дамушы орта
 - d) Логикалық құрылым
 - e) Ұйымдастыру технологиялары
6. Бейімделетін білім беру ортасының негізгі мақсаты қандай?
- a) Барлық оқушыларға бірдей жағдай жасау
 - b) Баланың дербестігін қолдау және коммуникативті дағдыларын дамыту
 - c) Білімнің жоғары деңгейін қамтамасыз ету
 - d) Оқу тәртібін бақылауды күшейту
 - e) Дене белсенділігін барынша азайту
7. Бейімделетін білім беру ортасын құрудың қандай принципі арнайы ұйымдастырылған қиындықтар жүйесін қамтиды?
- a) Логикалық құрылымдау
 - b) Мәдени қанықтыру
 - c) Кедергілерді жеңу арқылы даму
 - d) Әлеуметтік өзара әрекеттестік жүйесіне қосу
 - e) Кедергісіз
8. Аутизммен ауыратын балаларға мектеп күнін жақсы бағдарлауға қандай әдіс көмектеседі?
- a) Оқу материалдарын түспен кодтау
 - b) Көрнекі кесте
 - c) Сенсорлық аймақтарды пайдалану

- d) Тұрақты үзіліс
 - e) Мұғаліммен жеке сабақтар
9. Бейімделетін білім беру ортасының ұйымдастырушылық және мағыналық ресурстары қандай?
- a) Әлеуметтік дағдылар
 - b) Кеңістіктік бейімделу
 - c) Педагогикалық іс-әрекеттің нормативтік-құқықтық құжаттары және әдістері
 - d) Сенсорлық ынталандыруды қолдану
 - e) Сынып бөлмелерін ашық түстермен безендіру
10. Аутизммен ауыратын балалардың оқу ортасында мазасыздануын азайтуға қандай элемент көмектеседі?
- a) Релаксация аймағы («жеке бұрыш»)
 - b) Топтық іс-шаралар
 - c) Қатты музыканы пайдалану
 - d) Аймақтарды бөлмей ашық кеңістік
 - e) Тактильді заттарды максималды түрде алып тастау

4. Дәріс. АСБ бар оқушыны білім беру үдерісіне қосу.

4.1 Мектепке бейімдеу.

АСБ бар балаларды мектеп жағдайына бейімдеу барысында *мұғалімнің басты міндеті – біртіндеп, сабырлы болу.* Оңтайлы стратегия – баланы оқу үрдісіне бірте-бірте қосу, күніне бір-екі сабақтан бастап, оқу жүктемесін біртіндеп арттыру. Бұл процесс жеке көзқарасты талап етеді, өйткені әр бала өз қарқынымен бейімделеді.

Орта мектептегі білім берудің бастапқы кезеңдерінде бала үшін алаңдаушылық тудырмайтын және оқу іс-әрекетіне табысты енуіне ықпал ететін *қолайлы және қауіпсіз жағдай жасау маңызды.* Бұл, әсіресе, оқуда қиындықтары бар оқушыларға арналған сыныптарда оқитын балаларға қатысты. Мұндай жағдайларда оларға *бөлек бөлмені* тағайындау ұсынылады, ол бала үшін *қауіпсіздік аймағына* айналады. Мұнда ол өзін сенімді және болжамды сезіне алады, бұл әсіресе жаңа кеңістіктерді қабылдауда қиындықтар бар балалармен жұмыс істеу кезінде маңызды.

Мұндай жағдайларда білім берудің бастапқы кезеңінде әрбір пән жеке кабинетте (орыс тілі, математика, биология және т.б.) оқытылатын орта мектептерге *тән кабинеттік жүйені қолданбау керек.* Ең дұрысы осы сыныпқа пән мұғалімдерінің өзі сабақ өткізуге келсе қолайлы болады. Бұл қоршаған ортаның жиі өзгеруіне және мектеп айналасында қозғалуға байланысты стрессті азайтуға көмектеседі.

Сабақтар басталмас бұрын АСБ бар балаларды мектептің негізгі учаскелерімен: сыныппен, дәретханамен, асханамен (егер олар басынан бастап қатысуға дайын болса) таныстыру үшін *экскурсия өткізу қажет*. Біртіндеп олар тұратын аумақты кеңейтуге болады: оған *спорт залы, киім ауыстыратын бөлме, кітапхана, акт залы қосылады*. Келесі қадам мамандандырылған кабинеттерге бару болуы мүмкін (биология, география және т.б.). Мектеп кеңістігін игерудің бұл кезең-кезеңімен өтуі АСБ бар балалардың бейімделуіне, дербестігі мен әлеуметтенуінің дамуына ықпал етеді.

Оқушының тұрғылықты жерін кеңейту туралы шешімді сынып жетекшісінің, тьютордың және басқа мамандардың бақылаулары негізінде *педагогикалық кеңес қабылдайды*. *Бейімделудің қатаң мерзімдері жоқ*, өйткені әр бала өз қарқынымен үйренеді.

АСБ бар бала *инклюзивті сыныпта оқитын болса*, ол мектеп ортасына толығымен кіріктірілгенше ересектердің бақылауын қажет етеді. Бұл жағдайда баланың жеке ерекшеліктерін ескеру қажет: кейбір жағдайларда қолдау тек алғашқы апталарда қажет, ал басқаларында ұзақ уақыт қажет. Баланың топтық сабақтарға ішінара қатысуы мәселесі оның жеке білім беру бағдарламасын ескере отырып, *консультацияда қаралуы керек*.

Топтық сабақтардың саны *баланың жағдайына байланысты өзгеруі мүмкін*. Егер сіз өзіңізді нашар сезінсеңіз немесе мазасыздансаңыз, жұмыс жүктемесін уақытша азайту тұрақты эмоционалды фонды сақтауға көмектеседі. АСБ бар балалардың жағдайы маусымдық факторларға байланысты болуы мүмкін екенін *ескеру қажет*: күзде және көктемде күн белсенділігінің өзгеруі және магниттік дауылдар кезінде кейбір оқушылардың жағдайы нашарлауы мүмкін.

Мұғалімдер мен мамандар баланың жағдайының динамикасын мұқият қадағалап, оның өзгерістеріне сезімтал жауап беруі керек.

АСБ бар балаға арналған сынып кеңістігін ұйымдастыру екі негізгі аймаққа бөлу ұсынылады [29]:

1. *Оқу аймағы* – сабақтарды өткізуге арналған.
2. *Еркін аймақ* - демалуға, белсенділікті өзгертуге және стрессті азайтуға арналған.

Еркін аймақ

Еркін аймақ келесідей жабдықталуы керек:

- ынтымақтастық пен өзара әрекеттесу үшін ортақ үстел;
- оқу ойындары, басқатырғыштар және үстел ойындары бар шкаф;
- бейімделген және көркем әдебиеті бар шағын кітапхана;
- отыруға және демалуға арналған кілем немесе жұмсақ кілемшелер.

Бұл аймақ балаларға формальды емес жағдайда оқумен айналысуға мүмкіндік береді, бұл әсіресе сабақ бойы партада қалпын сақтау қиынға соғатын оқушылар үшін маңызды. *Балалар дене қалпын өзгерте алады*, бұл шаршауды азайтады, зейінді арттырады және оқуға қолайлы жағдай жасайды.

Еркін аймақта келесі әрекеттерді орындауға болады:

- әдебиеттерді оқу;
- танымдық ойындар;
- шығармашылық белсенділік;
- оқу тапсырмаларын орындағаннан кейін релаксация.

Еркін аймақты пайдалану ережелерін қамтамасыз ету маңызды. Мысалы, мұғаліммен бұрын келісілген тапсырманы орындағаннан кейін ғана демалуға болады. Бұл оқушылардың іс-әрекеттер реттілігін түсінуге көмектеседі және оқу тапсырмаларын орындауға ынталандырады[33].

Оқу аймағы

Оқу аймағындағы жиһаз балалардың жеке қажеттіліктерін қанағаттандыруы керек:

- *парта*лар мен *орындықтар* оқушылардың бойына қарай таңдалуы керек;
- Арқаға және көру қабілетіне жүктемені азайту үшін еңкейту бұрышы реттелетін үстелдерді қолданған жөн;
- немесе *жаттығу шарлары бар арнайы орындықтар* кейбір балаларға сабақта жақсы зейін қоюға көмектесуі мүмкін.

Оқу процесін ұйымдастыру

АСБ бар балаларды табысты оқыту үшін олардың ерекшеліктеріне бейімделген *көрнекі материалдар* қажет. Сабақта мыналарды қолданған жөн:

- компьютер, мультимедиялық проектор, экран, магнитофон;
- балаларға ақпаратты өздеріне ыңғайлы формада қабылдауға көмектесетін диаграммалар, алгоритмдер, кестелер.

Материалды түсінуді жеңілдету үшін әр сабақта *көрнекі құралдарды көрсетуге болатындай етіп жасалуы керек.*

Күнтізбе және тәртіп ережелері

Міндетті элементі оқу-тәрбие процесінің болып табылады *анық сабақ кестесі*, ал ол *көрнекті жерде* орналасуы тиіс. Балаларды кестені сақтауға үйрету керек, өйткені бұл алаңдаушылықты азайтады және тәуелсіздікке ықпал етеді.

Сыныпта *оқу процесінің барлық қатысушылары ұстануы тиіс нақты мінез-құлық ережелерін* әзірлеу және енгізу маңызды. Мысалы, ережелерде сыныпта айқайлауға болмайды деп жазылса, бұл *оқушыларға да, мұғалімдерге де қатысты.*

Пиктограммаларды қолдану

Оқу процесін ұйымдастырудың тиімді құралы *пиктограммалар* – іс-әрекеттің әртүрлі түрлерінің схемалық кескіндері бар шағын карталар болып табылады. Олар АСБ бар балаларға әрекеттер тізбегін жақсырақ басқаруға және қарым-қатынасты жеңілдетуге көмектеседі[76] .

Оқушылардың үлгерімін бағалау

АСБ бар оқушылардың жеке ерекшеліктерін ескере отырып, *бағалау жүйесі бейімделіп*, кез келген, тіпті ең елеусіз жетістіктерді атап көрсетуге бағытталған

болуы керек. «Баға» және «бағалау» ұғымдарының аражігін ажыратып, бұл айырмашылықты ата-аналарға түсіндіру маңызды.

Көбінесе төмен бағалармен проблемалар баланың өз тәжірибесімен емес, ата-ананың жоғары үмітімен байланысты. Сондықтан тьюторлерге тәрбие жұмысын жүргізу, отбасыларға баланың оқудағы жетістігіне қатысты шынайы үміттерді қалыптастыруға көмектесу маңызды.

АСБ бар балаларды оқыту үшін қолайлы жағдайлар жасау кешенді тәсілді қажет етеді: оқу процесін бейімдеу, ыңғайлы кеңістікті ұйымдастыру, нақты ережелер мен кестені енгізу, көрнекі белгілерді және арнайы білім беру құралдарын пайдалану. Мұғалімдердің жеке көзқарасы, шыдамдылығы мен ілтипатты қарым-қатынасы мұндай балалардың мектепке сәтті бейімделуіне және оқу мен әлеуметтенуде оң нәтижелерге жетуіне көмектеседі.

4.2. АСБ бар баланың оқу-тәрбие процесінде іс-әрекетін дұрыс күшейту.

Аутизм спектрінің бұзылуы бар балаға оның әрекеттерін күшті және үнемі күшейту қажет. Бекіту қалаған мінез-құлықты бекітуге, алаңдаушылық деңгейін төмендетуге және оқу үдерісі мен әлеуметтік ортаға оң көзқарасты қалыптастыруға көмектеседі. Күшейткішнің тиімділігі баланың жеке ерекшеліктеріне, оның қалауы мен қажеттіліктеріне байланысты.

Белгілі бір бала үшін күшейтудің қай түрлері қолайлы екенін анықтау үшін мұғалім оқушыдан тізімнен ең қолайлы нұсқаларды таңдауды сұрауы немесе осы мәселені ата-аналармен талқылауы керек. Әртүрлі балалар үшін күшейтудің әртүрлі түрлері тиімді болуы мүмкін. Кейбір балалар крекер, алма немесе кәмпит сынды азық-түлік сыйлықтарын ұнатады, ал басқалары оларға мүлдем немқұрайлы қарайды және сыйлықтың басқа түрлерін қажет етеді.

Марапаттаудың тиімді әдістерінің бірі токен немесе ұпай жүйесін пайдалануды қамтиды. Балалар оларды жақсы мінез-құлық, тапсырманы сәтті орындағаны немесе басқа да жағымды әрекеттер үшін ала алады. Жинақталған белгілерді қосымша бос уақыт, шағын сыйлықтар немесе оқу аптасының соңында бүкіл сыныпқа пиццаға тапсырыс беру сияқты ортақ әрекет сияқты белгілі бір сыйақыларға айырбастауға болады.

Бұл жүйенің тиімділігінде марапаттау жиілігі басты рөл атқаратынын есте ұстаған жөн. Қажетті мінез-құлықты нығайтудың бастапқы кезеңдерінде сыйақылар қысқа аралықпен қамтамасыз етілуі керек. Жүйені меңгергеннен кейін марапаттар арасындағы аралықтарды біртіндеп арттыруға болады. Дегенмен, жаза мен сыйақы арасындағы тепе-теңдікті сақтау қажет. Оңтайлы арақатынас - әрбір айыппұл үшін үш-бес сыйлық алу.

Оқу процесін ұйымдастырған кезде баланың іс-әрекетіне қанағаттанбаушылықты дұрыс білдіру маңызды. Баланың жеке басын оған қанағаттанбаушылықты білдіру арқылы бағалауға жол берілмейді, өйткені бұл өзін-өзі бағалаудың төмендеуіне және алаңдаушылықтың дамуына әкелуі мүмкін.

Балаға қандай қателіктер жібергенін және оларды қалай түзетуге болатынын түсінуге көмектесетін әрекеттің нәтижелерін ғана бағалау керек. Айыптау баланың сезіміне емес, оның іс-әрекетіне ғана қатысты болуы керек. Мұғалім тым жиі қанағаттанбаушылықты білдірсе, бұл қабылдамау сезімін тудыруы мүмкін және баланың оқу процесіне қатысқысы келмеуі мүмкін. Сондықтан оның айналасында достық атмосфераны құру, оның табысына шынайы қызығушылық таныту және оқуға деген мотивацияны сақтау маңызды.

Оқытудың бастапқы кезеңінде АСБ бар балаға өз қарқынымен жұмыс істеуге мүмкіндік беру керек. Жұмыс көлемі бірте-бірте өсіп, оқушының жеке мүмкіндіктеріне сәйкес болуы керек. Тапсырмаларды аз орындау балаға олармен сәтті күресуге мүмкіндік береді, бұл оның өзіне деген сенімділігін арттырады және оқу процесінің толық қатысушысы ретінде сезінуге көмектеседі. Оқу қарқынын даралау мектептегі баланың психологиялық жайлылығының маңызды шарты болып табылады.

Балалар тапсырманы өз қарқынымен орындауы маңызды, бірақ оқу процесі барлығына бір уақытта аяқталады. Бұл белгілі бір уақытта жұмысты бастау және аяқтау дағдыларын дамытуға көмектеседі, бұл әлеуметтік бейімделу мен тәртіпке ықпал етеді [50].

Топтық жұмыс элементтерін біртіндеп енгізуге болады. Бастапқы кезеңде ол өзара әрекеттесудің негізгі формасы болмауы керек, бірақ уақыт өте келе тапсырмаларды ұжымдық орындау әлеуметтенудің тиімді құралына айналуы мүмкін. Жұмыстың бәсекелестік форматынан аулақ болу маңызды, өйткені ол өзара кінәлауға және ынтымақтастық атмосферасының бұзылуына әкелуі мүмкін. Топтық жұмыс қолдау және мақсатқа бірлесіп жету принциптеріне негізделуі керек.

Әрекеттерді үнемі өзгертіп отыру АСБ бар балаларға стресс деңгейін төмендетуге және зейінін жақсартуға көмектеседі. Осы мақсатта оқытудың әртүрлі әдістерін қолдануға болады. Мысалы, балаларға сабақ кезінде позицияларын өзгертуге, еденде тұрып жұмыс істеуге немесе отыруға, бір аяқпен тұру немесе жеке бұлшықет топтарын кернеу сияқты дене жаттығуларын орындауға рұқсат етіледі. Мұғалім қолды баланың иығына қою сияқты тактильді контактін қолдана алады, сонымен қатар балаға қолындағы кішкентай затты айналдыру сияқты ыңғайлы фокустау әдістерін қолдануға мүмкіндік береді.

АСБ бар көптеген балалар өздерінің әрекеттерінің ретін дауыстап айтуы керек. Оларды басқаларға кедергі жасамау үшін мұны тыныш істеуге үйрету маңызды, бірақ сонымен бірге мұндай әрекеттерге тыйым салмау керек, өйткені сыртқы айтылу жаңа және күрделі материалды жақсы меңгеруге ықпал етеді.

Мұғалім баланың танымдық әрекетке деген табиғи қажеттілігін ескеруі керек. Оқуға деген қызығушылықты зорлау емес, қызықты және қолжетімді тапсырмаларды ұсына отырып, оны қолдау маңызды. Егер бала қиын немесе қызықсыз тапсырмаларды орындауда қиындықтарға тап болса, оларды қалыпты

түрде ұсыну керек, өйткені тұрақты күйзеліс алаңдаушылықтың жоғарылауына, әл-ауқаттың нашарлауына және мотивацияның төмендеуіне әкелуі мүмкін [60].

Педагогтың негізгі міндеті – АСБ бар баланың білім беру бағдарламасын сәтті орындауын қамтамасыз ету ғана емес, сонымен қатар оның мектеп жағдайында өзін жайлы сезінуін қамтамасыз ету. Оқушының басқалармен қарым-қатынасқа бейімделуіне және қарым-қатынас дағдыларын дамытуға жағдай жасау маңызды. Достық атмосфера, мұғалімдердің сезімтал қарым-қатынасы және оқу процесін дұрыс ұйымдастыру балаға бейімделу қиындықтарын жеңуге және оқуда және әлеуметтік салада табысқа жетуге көмектеседі.

4.3. Тьютордың жұмысы.

Аутист баланың инклюзивті ортада жұмыс істеудің бір деңгейінен екіншісіне сәтті өтуі үшін педагогикалық ұжымның үйлесімді жұмысы қажет. Бұл процесте баламен бірге жүретін және оның бейімделуі мен дамуында негізгі тұлға ретінде әрекет ететін тьютор ерекше маңызды рөл атқарады.

Аутизм спектрі бұзылған балаларды әдетте дамып келе жатқан құрдастар ортасында оқыту күрделі процесс болып табылады, өйткені мұндай балалардың сөйлеу дамуында қиындықтар болуы мүмкін, әлеуметтік мотивациясы төмен, сонымен қатар әртүрлі сенсорлық ынталандыруларға жоғары немесе жоғары сезімталдық болуы мүмкін. Ересек адамның көмегінсіз құрдастарымен байланыс орнату олар үшін қиын, ал кейде мүмкін емес. Осыған байланысты репетиторлық қолдау тек маңызды ғана емес, сонымен қатар табысты қосудың қажетті элементіне айналады.

Тьютордың қызметі балаға оқу процесінде жай ғана қолдау көрсетумен шектелмейді. Ол білім беру әрекетінің барлық қатысушылары: бала, оның ата-анасы, мұғалім және құрдастар арасындағы байланыстырушы рөл атқарады. Тьютордың негізгі міндеті – инклюзивті ортада оның құрылымын түбегейлі өзгертпей және түзеу ортасына айналдырмай, баланың табысты дамуына жағдай жасау. Ол бір жағынан баланың әлеуметтік нормаларға, мектеп тәртібіне және білім беру ортасына тән сенсорлық стимулдарға бейімделуге көмектесе, екінші жағынан ересектер мен балаларды аутист баламен қарым-қатынас жасауға және оны оқу-тәрбие процесінің тең құқылы қатысушысы ретінде қабылдауға үйретеді.

Халықаралық тәжірибеде репетиторлардың біліктілігіне қатаң талаптар қойылмаған. Кейбір елдерде бұл рөлді педагогика немесе психология бойынша ең аз білімі бар немесе тіпті арнайы дайындығы жоқ мамандар атқаруы мүмкін. Дегенмен, тьюторларды дайындау процесі бірқатар міндетті кезеңдерді қамтиды: әдістемелік материалдарды зерделеу, ауызша нұсқаулар алу, жеке қолдау көрсету, тренингтерге және рөлдік ойындарға қатысу, сонымен қатар тәлімгерлермен тұрақты кері байланыс.

Тренингтің негізгі мақсаты – тьюторға баланың жеке ерекшеліктеріне сәйкес келетін инклюзия стратегияларын таңдауға және қолдануға үйрету.

Мысалы, егер бала ақпаратты көрнекі түрде жақсы қабылдаса, көмекші көрнекі материалдарды пайдалану қажет. Оқуға мотивация төмен болған жағдайда сыртқы марапаттау жүйесі тиімді құралға айналады. Егер бала әлеуметтік қарым-қатынаста бастамашылық көрсетпесе, тьютор қоршаған ортаны осы бастаманы ынталандыратын және күшейтетіндей етіп ұйымдастырады[73].

Тьютор баламен тікелей жұмыс істеумен қатар, өзара әрекеттесу процесіне өз құрдастарын белсенді түрде тартуы керек. Құрбылары арқылы инклюзия аутист баланың әлеуметтенуінің маңызды кезеңі болып табылады. Бұл тапсырманы сәтті орындау үшін тьютор мінез-құлықты түзету әдістерін меңгеріп қана қоймай, сонымен бірге балалармен сенімді қарым-қатынас орнатуға көмектесетін эмпатия, шыдамдылық және харизма сияқты жеке қасиеттерге ие болуы керек.

Құрдастарды оқу үдерісіне қосудың тиімді әдістерінің бірі – тьютор балаларды бірте-бірте өзінің араласуын азайта отырып, өзара әрекеттесуге үйрету. Мысалы, егер сыныпқа тақтадан сөйлемді көшіру тапсырмасы берілсе, тьютор алдымен АСБ бар балаға нұсқау беріп, сосын құрбысына оны орындауға үйрете алады. Нәтижесінде ересек адамның орнына сыныптасы көмек көрсетеді: «Андрей, сөйлемді тақтадан қайта жазып көрейік. «Мен мұны қалай істейтінімді бақылаңыз.» Дегенмен, өзара әрекеттестіктің мұндай деңгейіне жету үшін тьютор бірте-бірте құрбысына аутист балаға қалай қарау керектігін үйретуі керек, оның назарын аударып, жауапқа қол жеткізу керек.

Бастапқы кезеңде мұндай әрекеттесуді жұппен ұйымдастырған дұрыс. Тьютор екі балаға да бірдей тапсырма бере алады, бір-біріне жүгінуге және нұсқауларды кезекпен орындауға үйретеді. АСБ бар бала үшін де, оның құрдасы үшін де марапаттау жүйесін пайдалану маңызды. Мақтау, стикерлер, жетондар немесе басқа ынталандыруларды күшейту ретінде пайдалануға болады. Тьютор бірте-бірте сұраулар санын азайтып, артқа шегініп, балалардың өз бетінше өзара әрекеттесуіне мүмкіндік беруі керек[72].

Осылайша, инклюзия процесіндегі тьютордың рөлі қарапайым қолдаудан әлдеқайда асып түседі. Бұл білім беру процесіне барлық қатысушылардың өзара әрекетін үйлестіретін, баланың бейімделуіне көмектесетін, айналасындағылар оның ерекшеліктерін түсінетін және қабылдайтын маман. Тьютордың дұрыс ұйымдастырылған жұмысы АСБ бар баланың академиялық дамуына ғана емес, оның табысты әлеуметтенуіне де ықпал етеді, бұл инклюзивті білім берудің негізгі мақсаттарының бірі болып табылады.

4.4. Әлеуметтік дағдыларды оқытудың әдістері, тәсілдері және стратегиялары.

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) бар балаларға әлеуметтік дағдыларды үйрету үшін әртүрлі әдістер қолданылады. Олардың ішінде ойын әдістерін (еліктеу, дөңгелек би, белсенді, рөлдік, үстел үсті және т.б.), модельдеу (ересектердің коммуникативтік мінез-құлқын бақылау және еліктеу), бейне

модельдеу (бейне жазбаларды пайдалана отырып оқыту), әлеуметтік әңгімелер (жағдайларды және оларда күтілетін оқиғаларды сипаттау), сондай-ақ таңбалау жүйесін (оларды ынталандыру үшін баланың әрекетін бағалау) атап өтуге болады.

Әлеуметтік дағдыларды қалыптастыру іс-әрекеттің әртүрлі түрлері процесінде жүзеге асады: пәндік, ойындық, конструктивті, көрнекі және тәрбиелік. Жұмыста шағын топ, топша және топтық формалар қолданылады. Құрылымдық сабақтардан күнделікті мектеп өміріне дағдыларды көшіруге ерекше назар аударылады. Оқытуды мүмкіндігі шектеулі балалар тобында да, ерекше қажеттіліктері жоқ құрдастарымен топтарда да жүргізуге болады.

Оқыту стратегиялары

Оқыту стратегиясын таңдау жұмыстың форматына байланысты. Сабақтарды кемтар балалар тобында өткізген кезде нақты әлеуметтік дағдыларды мақсатты дамыту стратегиясы қолданылады. Оқыту процесі ересек адам ұйымдастырған құрылымдық ойындар мен жаттығуларды қамтиды. Уақыт өте келе ересек адамның рөлі төмендейді және балаларға тәуелсіз өзара әрекеттесу үшін көбірек мүмкіндіктер беріледі.

АСБ бар балаларды әдетте дамып келе жатқан құрдастар тобында оқыту кезінде қол жетімді деңгейде ұжымдық іс-әрекетке фрагменттелген қосу стратегиясы қолданылады. Бұл процесс баланың жағдайдың құрылымын түсінуінен басталады, содан кейін дағдылану, құрдастарымен қызығушылықты дамыту және, ең соңында, өзара әрекеттесудегі тәуелсіз әрекеттер. Өзара әрекеттестік бастапқы кезеңде құрылымдалып, кейін бірте-бірте еркін болуы маңызды.

АСБ бар бала мектепке барғанда, ол жаңа адамдармен кездеседі - балалар да, ересектер де. Сыныпта бұрыннан таныс құрдастар болғаны маңызды. Егер жоқ болса, мамандардың (тьютор, психолог, мұғалім) міндеті оның сынып тобына қосылуын жеңілдету болып табылады. Ерекше қажеттіліктері жоқ, өз бетінше танысып, қарым-қатынас жасайтын балалардан айырмашылығы, ересектер көбінесе АСБ бар баламен қарым-қатынасты бастайды. Кейде бүкіл сынып баланың ерекшеліктерін түсіндіруі керек, оған не қиын болуы мүмкін екенін және оған қалай көмектесуге болатынын айту керек[37].

Сыныптағы атмосфера көп жағдайда мұғалімге байланысты. Егер мұғалім ерекше қажеттіліктері бар балаға құрметпен қарайтын болса, оны сабаққа, бірлескен іс-әрекетке қатыстырса, топта достық, қолдаушы қарым-қатынас қалыптасады. Бұл АСБ бар баланың сабақта сәтті бейімделуінің және оны құрдастарымен қабылдауының негізгі факторы.

Қарым-қатынас және әлеуметтік дағдыларды қалыптастыру

АСБ бар балалармен жұмыс істейтін мамандар олардың қарым-қатынас және әлеуметтену дағдыларын үздіксіз дамыту қажеттілігін ескеруі керек. Бұл бағыт тәрбие және мектептен тыс жұмыстардың барлық аспектілеріне енуі керек.

Мысалы, үзіліс тек демалу үшін ғана емес, сонымен қатар балалар арасындағы қарым-қатынасты жаттықтыру үшін де қолданыла алады.

Жұптық жұмысты, шағын топтық жұмысты, рөлдік ойындарды ұйымдастыру, сыныптағы және мектептегі кезекшілік қарым-қатынас дағдыларын дамытуға үлкен ықпал етеді. Мұғалім баланың осы процестерге қатысуына мақсатты түрде көмектесуі керек, мысалы:

- "Саған қарындаш керек пе? Васяға барып, одан қосалқы қарындаш сұра. Мұны қалай істеу керек екені есіңізде ме, әлде көмек керек пе?"
- «Наташа кітапхананың қайда екенін ұмытып кетіпті, оған кім көмектесе алады? Айтыңызшы, қалай барып, сонда апарасыз».
- «Швед үстеліне барамыз, өзіңіз қалаған нәрсені сатып алып көріңіз, мен кассирге не айтуым керек?»

Бір жағдайда бір дағдыны меңгергеннен кейін оны басқа шарттарға көшіруге тырысу маңызды. Мысалы, егер бала мектеп асханасында тоқаш сатып алуды үйренсе, ата-аналарға онымен дүкенде жаттығу жасауды ұсынған жөн. Ол мектеп дәретханасын пайдалануды меңгергеннен кейін, экскурсия немесе театрға бару кезінде бұл дағдыны нығайту пайдалы.

Осылайша, АСБ бар балаларды әлеуметтік дағдыларға үйрету жан-жақты болуы, әртүрлі әдістер мен әдістерді қамтуы, баланы топқа біртіндеп қосу қажеттілігін ескеру, сондай-ақ алынған дағдыларды шынайы өмірге ауыстыруды қамтамасыз ету керек.

4.5. Құрдастарымен әлеуметтік қарым-қатынас

Инклюзивті білім берудің негізгі мақсаттарының бірі аутизм спектрі бұзылған балаларда әлеуметтену және әлеуметтік өзара әрекеттесу дағдыларын дамыту болып табылады. Аутист балалар мен олардың құрдастары арасындағы қарым-қатынастарды жағымсыз көзқарастардан, соның ішінде қорлау мен агрессиядан бастап, достық қабылдау мен тығыз байланыстарға дейінгі спектр ретінде қарастыруға болады.

Бұл спектр тек АСБ бар балаларға ғана емес, барлық оқушыларға тән. Бұл салаға қосудың негізгі мақсаты аутизмі бар балаға бүкіл топпен емес, бір немесе бірнеше құрбыларымен өзара әрекеттесумен шектелсе де, оң қарым-қатынас орнатуға көмектесетін қажетті әлеуметтік дағдыларды үйрету болып табылады. Егер айқын әлеуметтену тапшылығы болса, АСБ бар баланың сыныпта орталық немесе көшбасшылық позицияны иеленуі екіталай, бірақ ол басқалармен сындарлы қарым-қатынас жасауға үйрене алады.



Сурет 2. Қатынастардың спектрі

Инклюзивті орта - мұндай дағдыларды дамыту үшін оңтайлы және жиі мүмкін болатын жалғыз орта.

Инклюзивте дамыған негізгі әлеуметтік дағдылар

1. *Әлеуметтік өмір сүру дағдылары.* Қақтығыстар, құрдастар тарапынан қорлау немесе қорқыту жағдайында АСБ бар бала әлеуметтік мәселелерді түсініп, шеше білуі керек. Дегенмен, аутизмі бар балалар жиі әлеуметтік жағдайларды тану және тиісті жауап беру стратегияларын таңдауда қиындықтарға тап болады. Бұл жағдайда әлеуметтік әңгімелер, дайындық, қалаған мінез-құлықты модельдеу және кері байланысты қамтамасыз ету тиімді оқыту әдістері болуы мүмкін. Бұл тәсілдер балаға жағдайды дұрыс бағалауға және оның қадір-қасиетін қорғауға көмектеседі.

2. *Топқа қосылу және құрбыларының назарын аудару дағдылары.* Бұл дағдыларды дамыту әлеуметтік оқшаулануды және басқалардан бас тартуды жеңуге көмектеседі. Бұл мақсатқа жету үшін АСБ бар баланың күшті жақтарын дамыту және құрдастарының мүдделерімен ортақ тіл табу маңызды. Натуралистік оқытуға, негізгі әлеуметтік дағдыларды үйретуге және бастаманы күшейтуге негізделген тәсілдер табысты өзара әрекеттесуді дамытуға көмектеседі. Өзін-өзі басқару және өзін-өзі бақылау стратегиялары да пайдалы.

3. *Құрбыларымен өзара әрекеттесу және ынтымақтастық дағдылары.* Аутизммен ауыратын баланың құрдастарымен сәтті қарым-қатынас жасауы үшін оны нұсқауларды орындауға, көмек сұрауға, сұрақтарға жауап беруге, бірлескен іс-шараларға қатысуға үйрету маңызды. Бұл процесте ересектер бірте-бірте бақылау деңгейін төмендетіп, кейбір жауапкершілікті құрбыларына беруі керек. Тиімді стратегияларға кешіктірілген марапаттаулар, ұсыныстарды бірте-бірте азайту және құрдастар арасындағы медиация арқылы баланы топқа қосу кіреді.

4. *Достық қарым-қатынасты дамыту және эмоционалды қолдау алу.* Егер АСБ бар бала достық қарым-қатынасты дамытса, олар оның әлеуметтік бейімделуінің маңызды факторына айналуы мүмкін. Қосымша қолдау дәстүрлі инклюзияның шегінен шығатын әртүрлі емдеу әдістерімен қамтамасыз етілуі мүмкін. Мысалы, қарым-қатынасты дамыту әдісі достық пен эмоционалды қолдау дағдыларын дамытуға көмектеседі. Әлеуметтік сананы дамытуға, басқа адамның көзқарасын түсінуге және тұлға аралық әрекеттестіктің басқа да маңызды аспектілеріне бағытталған мінез-құлық әдістері мен арнайы жаттығуларды да қолдануға болады[44].

Осылайша, инклюзивті орта АСБ бар баланың әлеуметтену дағдыларын біртіндеп дамытуға жағдай жасайды, оның басқалармен сәтті бейімделуіне және өзара әрекеттесуге мүмкіндік береді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

- 1 АСБ бар баланы мектепке бейімдеу ерекшеліктері қандай?
2. АСБ бар бала үшін сынып кеңістігін қалай тиімді ұйымдастыруға болады?
3. Білім беру процесінде баланың іс-әрекетіне арналған күшейтуді дұрыс таңдау неліктен маңызды?
4. АСБ бар баланы қолдау кезінде тәрбиешінің негізгі міндеттері қандай?
5. АСБ бар баламен сабақты ұйымдастыруға қандай талаптар қойылады?
6. АСБ бар балаға әлеуметтік дағдыларды үйретудің қандай әдістері мен тәсілдері тиімді?
7. Әлеуметтік дағдыларды дамытуда қандай оқыту стратегиялары қолданылады?
8. АСБ бар балада құрдастарымен әлеуметтік қарым-қатынас қалай дамиды?
9. Қандай жаттығулар АСБ бар баланың әлеуметтік дағдыларын дамытуға көмектеседі?
10. Құрбыларымен әлеуметтік өзара әрекеттесу бойынша тренингті дамыту.

Реферат тақырыптары.

1. Аутизмнің нейробиологиялық теориясы.
2. Аутизмнің генетикалық теориясы.
3. Аутизмнің пайда болуының теориялары: зат алмасу теориясы.
4. АСБ бар балалардың сөйлеу дамуының ерекшеліктері.
5. АСБ бар мектеп жасына дейінгі балалардың ойын әрекетін қалыптастыру ерекшеліктері.
6. АСБ бар мектеп жасына дейінгі балалардың пәндік әрекетінің қалыптасу ерекшеліктері
7. АСБ бар балаларда өнімді іс-әрекет түрлерін қалыптастыру ерекшеліктері.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балаларды мектеп ортасына бейімдеуде мұғалімнің негізгі міндеті қандай?
 - a) Оқу процесіне жеделдете қосу
 - b) Балаға түсетін жүктемені азайту
 - c) Біртіндеп және шыдамдылық таныту
 - d) Топтық сабақтарды толығымен алып тастау
 - e) Бейімделудің қатаң мерзімдерін қолдану
2. АСБ бар баланы оқу процесіне қосудың қандай стратегиясы оңтайлы болып саналады?
 - a) Толық оқу жүктемесіне бірден қосу
 - b) Күніне сабақ санын біртіндеп көбейту
 - c) Сабақты күніне бір сабақпен шектеу
 - d) Жазбаша тапсырмаларды алып тастау
 - e) Сабақтарды тек жеке форматта өткізу
3. Неліктен бастапқы кезеңде АСБ бар балаларға бөлек бөлме бөлу ұсынылады?
 - a) Құрбыларымен байланысын болдырмау үшін
 - b) Үйде жеке оқыту үшін
 - c) Қауіпсіздік және болжамды аймақ құру
 - d) Мұғалімдерге жүктемені азайту
 - e) Пән мұғалімдерімен байланысты жою
4. АСБ бар балаларға оқу кеңістігін ұйымдастырудың қандай ерекшелігі ұсынылады?
 - a) Сынып қатаң түрде ресімделуі керек
 - b) Оқу және бос аймақтарға бөлу
 - c) Барлық көрнекі тіректерді алып тастау
 - d) Оқушыларды олардың қажеттіліктерін ескермей орналастыру
 - e) Сенсорлық жастықтар мен фитболдардан бас тарту
5. Сыныптың еркін аймағына қандай элементтерді қосуға болады?
 - a) Тек үстелдер мен орындықтар
 - b) Балалардың назарын аудармау үшін ең аз заттар
 - c) Ортақ үстел, ойындар бар шкаф, шағын кітапхана, кілем немесе жұмсақ төсеніш
 - d) Жеке оқуға арналған компьютерлік станциялар
 - e) Демалыс алаңы мүлде жоқ.
6. Неліктен кеңсе жүйесі АСБ бар балалар үшін қажет емес болуы мүмкін?
 - a) Күрделі оқу бағдарламаларына байланысты
 - b) Қоршаған ортаның жиі өзгеруі күйзеліс тудырады
 - c) Мұғалімдердің тапшылығына байланысты
 - d) Балалар жаңа кеңістікте зейінін шоғырландыра алмайды
 - e) Ата-ананың үнемі бақылауын қажет етеді.

7. Наградалар мен жазалардың қандай арақатынасы оңтайлы болып саналады?
- a) 1:1
 - b) 1:2
 - c) 2:1
 - d) 5:5
 - e) бір жаза үшін 3-5 сыйақы
8. АСБ бар балалардың оқу процесінде пиктограммалар қандай рөл атқарады?
- a) Олар тек математика сабағында қолданылады
 - b) Іс-әрекеттер ретін өзгертуге көмектеседі
 - c) Ауызша нұсқауларды толығымен ауыстырады
 - d) АСБ бар балалар үшін тиімсіз
 - e) Тек арнайы сабақтарда қолданылады.
9. Бейімделген бағалау жүйесінің негізгі мақсаты қандай?
- a) Кез келген, тіпті болмашы жетістіктерді атап өту
 - b) Балаларға қойылатын талаптарды барынша азайту
 - c) Басқа оқушылармен салыстыруды жою
 - d) Тек жоғары баға қою
 - e) Бағалау процесін жою
10. Неліктен АСБ бар балалардың оқу жүктемесін жоспарлау кезінде маусымдық факторларды ескеру маңызды?
- a) Экскурсияларды көбірек ұйымдастыруға
 - b) Күн белсенділігінің өзгеруі балалардың денсаулығына әсер етуі мүмкін
 - c) Балалар қыста жақсы оқиды
 - d) Жазда жүктемені барынша азайту керек
 - e) Бұл мұғалімдерге демалыстарды жоспарлауға мүмкіндік береді.

5. ДӘРІС Аутизм спектрі бұзылған балаларға кешенді қолдау көрсету: негізгі теориялық негіздері және ұйымдастырушылық аспектілері.

5.1. Қолдау көрсетудің теориялық негіздері.

Соңғы онжылдықтарда кешенді қолдауды түсінудің әртүрлі тәсілдері пайда болды. Аутизм спектрі бұзылған балаларды оқыту, тәрбиелеу, дамыту, түзету және әлеуметтендіру саласында қолдауды әдіс, процесс және қолдау қызметін қамтитын білім беру технологиясы ретінде қарастырған жөн[27].

Қолдау әдісі даму субъектісіне (балаға, білім беру жүйесіне) өмірлік таңдау жағдайында оңтайлы шешім қабылдауға мүмкіндік беретін жағдайлар жасауға

бағытталған. Мұндай жағдайлар прогрессивті немесе регрессивті даму бағытын анықтаумен байланысты.

Қолдау процесі – субъектінің саналы шешім қабылдауға және олардың орындалуына жауапкершілік алуға бағытталған әрекеттер тізбегі.

Қолдау қызметі қолдау әдісі мен процесін жүзеге асыруды қамтамасыз ететін әртүрлі профилдегі мамандардың өзара әрекетін қамтиды.

Қолдау көрсетудің әдістемелік негізі

Негізгі қолдау функциялары:

- проблеманы диагностикалау;
- ықтимал шешімдер туралы ақпарат жинау;
- шешім қабылдау сатысында кеңес беру;
- мәселені шешу жоспарын әзірлеу және жүзеге асыру.

Қолдау көрсетудің негізгі принциптері:

- кеңес беру сипаты;
- еріп жүретін тұлғаның мүдделерінің басымдығы;
- үздіксіздік;
- көп салалылық;
- автономияға бағытталған.

Қолдау бір реттік араласулармен шектеліп қалмай, жүйелі өзара әрекеттесуді білдіретін үздіксіздік принципі ерекше маңызды. Бұл әсіресе АСБ бар балалармен жұмыс істегенде өте маңызды, өйткені олардың әлеуметтенуі мен дамуы ұзақ мерзімді және бейімделгіш қолдауды қажет етеді.

Білім берудегі қолдау

Қолдау көрсетудің әртүрлі интерпретацияларының арасындағы айырмашылық шартты болып табылады, өйткені ол бірнеше әдістемелік тәсілдерді біріктіруге негізделген: гуманистік, дамытушылық, жеке-дифференциалды, субъективті және антропологиялық.

Білім беру ортасында қолдау үш деңгейді қамтиды:

1. Балаға және оның дамуына қолдау көрсету
2. Ата-аналармен бірге жүру
3. Мұғалімдерді қолдау

Сонымен қатар, білім беру бағдарламасы, білім беру процесі және білім беру жүйесі қолдауға алынуы мүмкін.

Баланың дамуын қолдаудың әдістемелік негізі

Баланы қолдаудың негізі *табыс педагогикасы болып табылады* – бұл әр баланың жеке мүмкіндіктері шеңберінде прогреске жетуге бағытталған тұжырымдама. Бұл әсіресе психологиялық қорғанысқа, психикалық даму ерекшеліктеріне және сыртқы факторларға байланысты әлеуеті жасырын қалуы мүмкін АСБ бар балалармен жұмыс істегенде өте маңызды.

Қолдау көрсетудің негізгі міндеттерінің бірі - аутизмнің табиғатын терең түсіну. Тәжірибеден өтпеген мұғалімдер, құрдастар және ата-аналар жиі АСБ бар

баланың мінез-құлқын дұрыс түсіндірмейді, бұл қақтығыстарға әкелуі мүмкін. Мұндай қиындықтардың негізгі себептері:

- қабылдаудың таңдамалылығы;
- дерексіз ұғымдарды меңгерудегі қиындықтар;
- әлеуметтік белгілерді дұрыс түсінбеу;
- өз қалауын білдіру және әрекеттерді түсіндіру қиындықтары.

Осыған байланысты сүйемелдеу тек нұсқауларды орындауды талап етпей, баланың қажеттіліктерін ескеруі керек. Бала өзін жайлы сезінетін және оның мүмкіндіктерін аша алатындай жағдай жасау маңызды.

5.2. АСБ бар балаларды кешенді қолдаудың негізгі принциптері

Жұмыстың бастапқы кезеңінде мұғалімдер баланың бейімделуін талап етпей, оның жеке мүмкіндіктеріне назар аударуы керек. Білім беру ортасында және мүмкіндігінше ата-ана үйінде жылы психологиялық климат құру баланың ішкі әлемі мен сыртқы орта арасындағы кедергілерді азайтуға көмектеседі.

Аутизмнің психологиялық ерекшеліктерін және АСБ жеке көріністерін түсіну негізінде кешенді қолдаудың негізгі принциптері қалыптасады[65]:

1. Баланы жаңа жағдайларға бейімдеуге қосымша күш салу.
2. Баланың мүмкіндіктерін ескере отырып, оқу және тәрбие процесіне икемді интеграциялау.
3. Бала іс-әрекетінің барлық түрлеріне енгізілген жан-жақты көмек.
4. Дәрігерлер мен психологтардың ұсыныстарын ескере отырып, мамандардың үйлестірілген өзара әрекеттесуі.
5. Тәрбиелік, түзету және емдік шаралардың үйлесімі .
6. Динамикалық диагностика негізінде оқыту деңгейлері арасында икемді ауысуға мүмкіндік беретін бейімделген білім беру бағдарламаларын әзірлеу .
7. Қолдау және оңалту процесіне белсенді қатысуы.
8. Білім беру ортасында тұрақты және қолайлы психологиялық климатты сақтау.

Бұл қағидаттар АСБ бар балаларды қолдауға кешенді көзқарасты қамтамасыз етеді, олардың сәтті бейімделуі, оқуы және әлеуметтенуі үшін жағдай жасауға көмектеседі.

5.3. Қолдау функциялары

Қазіргі білім беру барған сайын құрылымдалуда, сондықтан қолдау оқытудың, тәрбиелеудің, дамытудың, түзетудің және әлеуметтенудің негізгі процестерін алмастырмай, оларды толықтырып, үйлестіру және бағыттау керек. Осы тұрғыда *төрт негізгі қолдау функциясы бөлінеді [42]:*

1. *Эксперттік функция* – оқу процесін талдау мен бағалауға бағытталған:
 - Баланың соматикалық және психологиялық жағдайын бағалау.

- Тәрбиелік және түзетушілік әсерлердің динамикасын талдау.
- Бейімделген бағдарламалар мен жеке маршруттар бойынша ұсыныстар әзірлеу.
- Білім беру бағдарламалары мен қоршаған ортаның тиімділігін бақылау.
- Білім берудің келесі деңгейіне өту кезінде баланың бейімделу мүмкіндігін бағалау.

2. *Жобалау функциясы* оқу процесін болжау және жоспарлаумен байланысты:

- Баланың даму динамикасын және тәрбиелік әсерлерін жоспарлау.
- Бейімделген білім беру бағдарламасын құрастыру.
- Балаларды қолдау жоспарларын және жеке маршруттарды әзірлеу.
- Білім беру ортасының жағдайларын жобалау.

3. *Қолдау функциясы* – білім беру процесінің барлық қатысушылары үшін қолайлы жағдай жасауға бағытталған:

- Баланың дамуын қолдау.
- Ата-аналарға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету.
- Мұғалімдерге психологиялық қолдау көрсету.
- Жағымды әлеуметтік-психологиялық климатты қалыптастыру.
- Ақпараттық-ағартушылық іс-шаралар.

4. *Профилактикалық функция* – дезадаптацияның және дағдарыстық жағдайлардың алдын алу:

- Тәуекел факторларын анықтау және азайту.
- Дау-дамайлар мен келіспеушіліктердің алдын алу.
- Мұғалімдердің кәсіби шаршауының алдын алу.

Екі бағытта жүзеге асырылады:

- *Ұйымдастыру-әдістемелік* – әдістерді, стратегияларды және нормативтік құжаттарды әзірлеу.

- *Маңызды және тиімді* – балаларға, ата-аналарға және мұғалімдерге практикалық қолдау.

Қолдау көрсетудің кешенді тәсілі балалардың білім беру ортасына сәтті бейімделуін, дамуын және әлеуметтенуін қамтамасыз етеді.

5.4. Жан-жақты қолдау көрсету бағыттары.

Аутизм спектрі бұзылған балаларға кешенді қолдау көрсетудің ұйымдастырушылық-әдістемелік аспектілері

Қолдау көрсету мамандарының қызметін ұйымдастыру және нормативтік-құқықтық база. Аутизм спектрі бұзылыстары бар балаларды қолдауға тартылатын мамандар қызметінің негізгі ұйымдастырушылық-әдістемелік аспектілері білім беру ұйымының жергілікті актілерімен бекітіледі. Бұл құжаттар мамандар жұмысының құрылымын, мақсаттарын, міндеттерін және

механизмдерін анықтайды, педагогтар, психологтар, медицина қызметкерлері және ата-аналар арасындағы өзара әрекеттесу нысандарын реттейді, сондай-ақ қолдаудың тиімділігін бақылау тәртібін тіркейді.

Мамандардың қызметін ұйымдастырудың орталық нысандарының бірі психологиялық-медициналық-педагогикалық консультация (ПМПК) болып табылады. Бұл әр түрлі профильдегі мамандарды (педагогтар, психологтар, дефектологтар, логопедтер, дәрігерлер, әлеуметтік қызметкерлер және т.б.) біріктіретін алқалы орган, оның мақсаты әрбір нақты баланы оның жеке ерекшеліктерін, қиындықтары мен қажеттіліктерін ескере отырып, қолдаудың бірыңғай стратегиясын әзірлеу болып табылады.

ПМПК қызметінің маңызды элементтері:

- *Таңдалған стратегияны баланың ата-анасымен (заңды өкілдерімен) келісу.* Ата-аналар жоспарланған іс-шаралар туралы хабардар етіп қана қоймай, қолдау көрсету процесіне белсенді қатысуы керек.

- *Әзірленген стратегияны жүзеге асыру тиімділігін бақылау.* Мамандар баланың даму динамикасын бақылайды, қолданылатын әдістердің сәттілігін талдайды және қажет болған жағдайда оқу және түзету-дамыту жұмыстарына түзетулер енгізеді.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияның (ПМПК) негізгі міндеттері[18]:

1. Әртүрлі саладағы мамандардың мәліметтері негізінде баланың ерекшеліктерін жан-жақты зерттеу , бірінші кезекте түзетуді қажет ететін негізгі проблемаларды анықтау.

2. Оқу үрдісін ұйымдастырудың оңтайлы шарттары мен формаларын қамтитын жеке білім беру маршрутын (ЖБМ) қалыптастыру және бекіту.

3. Баланың жеке қажеттіліктерін ескере отырып бейімделген білім беру бағдарламалары мен қолдау схемаларын әзірлеу, сондай-ақ оларды ата-аналармен келісу.

4. Баланы оқытудың әртүрлі кезеңдерінде қолдау көрсетуде алқалы және үздіксіз тәсілді қамтамасыз ету. Бұл мамандардың жұмысындағы бытыраңқылық пен сәйкессіздікті болдырмауға мүмкіндік береді.

5. Білім беру процесінің барлық қатысушылары (ата-аналар, мұғалімдер, құрдастар, мамандар) арасындағы өзара әрекеттестіктің конфликттік аспектілерін анықтау, талдау және алдын алу.

6. Ата-аналарды қолдау қызметінің қызметіне тарту, олардың құзыреттілігін дамыту және баламен жұмыс процесіне тарту.

7. Мамандардың кәсіби біліктілігін арттыру, қызметтің әртүрлі салаларының өкілдері арасында білім алмасу (педагогикалық, психологиялық, медициналық, әлеуметтік).

Баланы қолдаудың жеке картасы

Бала туралы ақпарат негізінде жеке қолдау картасы жасалады, онда мыналар жазылады:

- Баланың қазіргі қажеттіліктеріне негізделген қолдаудың негізгі мақсаттары мен міндеттері.
- Тәрбиелік, түзету және дамытушылық іс-шараларды жүзеге асыруға жауапты мамандардың тізімі.
- Баламен және оның отбасымен жүйелі жұмысты қамтамасыз ететін қолдаудың кезеңдері мен формалары.
- Қолданылатын әдістер мен стратегиялардың тиімділігін бағалау критерийлері.

Қолдау схемасы жұмысты ұйымдастыру құралы ретінде

Тірек сызба түрінде ұсынылуы мүмкін. Ол педагогикалық және психологиялық-педагогикалық іс-әрекеттердің логикасын, жүйелілігін қамтамасыз ететін мамандардың, ата-аналардың және баланың өзі арасындағы өзара әрекеттестіктің негізгі кезеңдерін көрсетеді.

Тиімді қолдауды ұйымдастыру принциптері

- Жеке тәсіл – әр баланың ерекшеліктерін, оның күшті және әлсіз жақтарын ескеру.
- Қолдау үздіксіздігі – жұмыс үзіліссіз жүргізіліп, бөлшектеніп кетпеуі керек.
- Кешенділік – тәрбие, түзету, медициналық, әлеуметтік және психологиялық шаралардың жиынтығы.
- Мамандардың күш-жігерін біріктіру – пәнаралық өзара әрекеттесу АСБ бар балаларға табысты көмек көрсетудің кілті болып табылады.
- Отбасының белсенді араласуы - ата-ана бақылаушыдан тыс қалмауы керек; олардың қолдау процесіне қатысуы оның тиімділігін арттырады.

Осылайша, АСБ бар балаларды қолдаудың ұйымдастырушылық-әдістемелік жүйесі баланың дамуы, білім алуы және әлеуметтенуі үшін оңтайлы жағдайлар жасауға бағытталған икемді, көп компонентті және келісілген құрылым болып табылады .

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балаларды қолдаудың теориялық негізі неде?
2. АСБ бар балаларға жан-жақты қолдау көрсетудің негізінде қандай принциптер жатыр?
3. Қолдау жүйесі қандай функцияларды орындайды?
4. АСБ бар балаға жан-жақты қолдау көрсету қандай салаларды қамтиды?
5. Аутизммен ауыратын балаларды қолдауға неліктен әртүрлі сала мамандарын тарту қажет?

Реферат тақырыптары.

1. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істеудегі экологиялық көзқарас.
2. Бастауыш мектепте қолданылатын АСБ бар балалардың мінез-құлқы мен тәрбиесін ұйымдастыру
3. Қолданбалы мінез-құлық талдауының технологиялары мен АСБ бар балаларды оқыту үдерісіндегі белсенділікке негізделген тәсілдің ұқсастықтары, айырмашылықтары және байланыс нүктелері.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Қолдау білім беру технологиясы ретінде нені қамтиды?
 - a) Тек техникалық қызмет көрсету әдісі
 - b) Тек техникалық қызмет көрсету процесі
 - c) Тек техникалық қызмет көрсету қызметі
 - d) Техникалық қызмет көрсету әдісі, процесі және қызметі
 - e) Техникалық қызмет көрсету әдісі және тек процесс
2. Қолдау көрсетудің қандай принципі оның бір реттік араласудан гөрі жүйелік өзара әрекеттесуіне мән береді?
 - a) көп салалылық
 - b) сабақтастық
 - c) автономияға бағыттылық
 - d) еріп жүретін тұлғаның мүдделерінің басымдығы
 - e) кеңестік сипатта
3. Білім беру ортасындағы қолдаудың үш деңгейі қандай?
 - a) Балалар, мұғалімдер, мектеп әкімшілігі
 - b) Мұғалімдер, психологтар, медицина қызметкерлері
 - c) Бала, ата-аналар, мұғалімдер
 - d) Бағдарламалар, әдістер, диагностика
 - e) АСБ бар балалар, мүмкіндігі шектеулі балалар, қалыпты балалар
4. Баланы қолдаудың негізгі тұжырымдамасы қандай?
 - a) Жеке даму бағдарламасы
 - b) Динамикалық бейімделу әдісі
 - c) Табыстылық педагогикасы
 - d) Еліктеу арқылы оқыту теориясы
 - e) Кешенді бақылау әдісі
5. Қандай фактор АСБ бар балаларда қиындық тудырмайды?
 - a) Таңдамалы қабылдау
 - b) Тілек білдірудің қиындығы
 - c) Әлеуметтенуге жоғары мотивация
 - d) Абстрактілі ұғымдарды меңгерудің қиындығы
 - e) Әлеуметтік белгілерді дұрыс түсінбеу

6. АСБ бар балаларды жан-жақты қолдау принциптерінің қайсысы ата-аналардың белсенді қатысуын көздейді?
- a) Білім беру процесіне икемді кіріктіру
 - b) Баланы бейімдеуге қосымша күш салу
 - c) Ата-ананың қолдау процесіне белсенді қатысуы
 - d) Қолайлы климатты сақтау
 - e) Іс-әрекеттің барлық түрлеріне жан-жақты көмек көрсету
7. Қандай қолдау функциясы оқу процесін болжаумен байланысты?
- a) Дизайн
 - b) Сарапшы
 - c) Қолдау көрсететін
 - d) Профилактикалық
 - e) Диагностикалық
8. АСБ бар балалардың жеке ерекшеліктерін ескере отырып, оларға қолдау көрсету стратегиясын қай орган әзірлейді?
- a) Педагогикалық кеңес
 - b) Мектеп әкімшілігі
 - c) Ата-аналар кеңесі
 - d) Психологиялық, медициналық-педагогикалық консультация (ПМПК)
 - e) Білім министрлігі
9. Баланы қолдаудың жеке картасына не жазылады?
- a) Тек мамандар тізімі
 - b) Тек білім беру мақсатында
 - c) Тек медициналық көрсеткіштердің тізімі
 - d) Мақсаттар, мамандар, қолдау көрсету кезеңдері мен нысандары, тиімділік критерийлері
 - e) Тек түзету шаралары
10. Қолдау ұйымдастырудың қандай принципі білім беру, медициналық, психологиялық және әлеуметтік қызметтердің үйлесімін білдіреді?
- a) Жеке тәсіл
 - b) Кешенділік
 - c) Мамандардың күш-жігерін біріктіру
 - d) Отбасының белсенді қатысуы
 - e) Сабақтастық

6. ДӘРІС АСБ бар балаларға жан-жақты қолдау көрсету кезеңдерінде әлеуметтік-коммуникативтік дағдыларды қалыптастыру, бала мен ересектер және құрдастар арасындағы қарым-қатынасты дамыту бойынша педагог-психологтың жұмыс бағыттары.

6.1. АСБ бар балалардың әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларын дамытудағы педагог-психологтың функциялары.

Психолог – АСБ бар баланың ерекше білім беру және әлеуметтік қажеттіліктері туралы білімі бар негізгі маман. Оның қызметі баланың өзімен жұмыс істеуге ғана емес, сонымен қатар мұғалімнің, тьютордың, логопедтің жұмысын консультациялауға және үйлестіруге, сондай-ақ баланың отбасымен өзара әрекеттесуге бағытталған.

Жалпы білім беретін мектептерде АСБ бар балалар әлеуметтік және эмоционалды бейімделуде айтарлықтай қиындықтарды бастан кешіреді. Бұл әлеуметтік нормаларды түсінбеумен, қарым-қатынас орнатудағы қиындықтармен, эмоционалды реттеумен және құрдастарымен өзара әрекеттесумен байланысты. Сондықтан оларға әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларды, эмоционалды интеллект пен мектеп ортасына бейімделуге бағытталған нақты психологиялық қолдау қажет.

Психолог жұмысының негізгі бағыттары өзара әрекеттестік шекарасын қалыптастыру, оқу-тәрбие процесін ұйымдастыруға көмектесу, коммуникативті дағдыларды дамыту, ата-аналармен және мұғалімдермен жұмыс, сондай-ақ АСБ бар баланың құрдастарына қолдау көрсету болып табылады. Баланы жеке шекараны түсінуге, қарым-қатынаста қашықтықты реттей білуге, әлеуметтік нормалар мен ережелерді сақтауға үйрету маңызды міндет болып табылады. Психолог сонымен қатар балаға оқуға көмектеседі, әсіресе тьютордың қолдауы болмаған жағдайда, оның мектеп ортасына бейімделуіне және дербестік дағдыларын дамытуға көмектеседі.

Баланың өзі және айналасындағы адамдар туралы түсініктерін дамытуға, сондай-ақ оны басқа адамдардың эмоцияларын, ниеттерін және көзқарастарын түсінуге үйретуге ерекше көңіл бөлінеді. Бұл әлеуметтік құзыреттілікті дамытуға және эмпатияны қалыптастыруға ықпал етеді. Жоспарлау дағдыларын, әрекеттер реттілігін және мінез-құлық икемділігін дамытуды қамтитын балада бағдарламалау және бақылау функцияларын дамыту маңызды міндет болып табылады.

Психолог жұмысында ата-аналармен жұмыс маңызды орын алады. Ата-ана баланың психологиялық ерекшеліктері туралы хабардар етіп, онымен қарым-қатынас жасаудың тиімді жолдарын үйрету керек. Топтық кездесулер мен жеке консультацияларды ұйымдастыру олардың құзыреттілік деңгейін арттыруға және баланың отбасы мен мектепте жақсы бейімделуіне жағдай жасауға мүмкіндік береді.

Психолог сонымен қатар баланың құрдастарымен қарым-қатынас жасайды, қарым-қатынас және өзара әрекеттесу дағдыларын дамыту бойынша сабақтар жүргізеді және сыныпта қабылдау және қолдау атмосферасын құруға көмектеседі. Бұл өте маңызды, өйткені құрдастар ортасында АСБ бар бала ең үлкен қиындықтарға тап болады. Оны ұжымға қосу топтық жұмыстың арнайы әдістерін,

интерактивті ойындарды, әлеуметтік оқиғаларды, рөлдік ситуацияларды қолдануды талап етеді.

АСБ бар балада коммуникативті дағдыларды дамыту жүйелі тәсілді қажет ететін күрделі процесс. Алдымен ол мұғаліммен және сыныптастарымен қарым-қатынастың қарапайым және қайталанатын үлгілерін игереді, кейін бірте-бірте қарым-қатынас сценарийлерін кеңейтеді, қоршаған ортадағы өзгерістерді қабылдауға және оларға бейімделуге үйренеді. Ересектер бала үшін ең болжамды және түсінікті, сондықтан олармен байланыс орнату оңайырақ. Кұрдастарымен қарым-қатынас жасау икемділікті талап етеді, бұл АСБ бар бала үшін белгілі бір қиындықтарды тудырады[65].

АСБ бар баланың табысты әлеуметтенуі үшін жағдай жасау психологиялық, педагогикалық және әлеуметтік қолдауды қамтитын кешенді тәсілмен ғана мүмкін болады. Психологтың жұмысы қарым-қатынас пен мінез-құлық дағдыларын кезең-кезеңмен дамытуға, жайлы білім беру ортасын құруға және оқу-тәрбие процесінің барлық қатысушыларының өзара әрекеттесу жүйесін құруға бағытталған.

6.2. АСБ бар бала мен құрдастар арасындағы қарым-қатынасты ұйымдастыру.

Аутизм спектрінің бұзылуы (АСБ) бар балалар үшін тіпті құрдастарымен қарапайым қарым-қатынастар ересектерге қарағанда әлдеқайда қиын. Бұл әлеуметтік когнитивтік ақпаратты өңдеудің ерекшеліктеріне, басқа адамдардың ниетін түсіндірудегі және вербалды емес белгілерді түсінудегі қиындықтарға байланысты. АСБ бар баланың ерекшеліктерін ескеріп, мінез-құлқын бейімдей алатын ересектерден айырмашылығы, құрдастар жиі болжауға болмайды, бұл балада алаңдаушылық пен ыңғайсыздықты тудырады.

Қарым-қатынастың өзі уақыт өте келе табиғи процеске айналмайды және интуитивті түрде реттелмейді, сондықтан оны оқу және сабақтан тыс өзара әрекеттестік құрылымына біріктіре отырып, жасанды түрде ұйымдастыру керек. Ең жақсы жағдайда, бақылаусыз басқа балалармен қарым-қатынас бейберекет қозғалыс және жүгіру деңгейінде қалады, бұл тек шамадан тыс қозуды арттырады және тәртіпсіздікке әкелуі мүмкін. Бұған жол бермеу үшін басқалармен қарым-қатынастың көлемін өлшеп, белгілі сценарийлер аясында қарым-қатынас жағдайларын нақты құрылымдау керек: сабақтар, үзілістер, асханаға бару, серуендеу.

Бейімделудің бастапқы кезеңінде балада сыныптастарымен қарым-қатынасқа байланысты тұрақты жағымсыз эмоционалдық реакциялардың қалыптасуын болдырмау өте маңызды. Осы кезеңдегі қақтығыс жағдайлары алаңдаушылық сезімін күшейтіп, оқшаулануға деген ұмтылысты арттыруы мүмкін. Сондықтан қарым-қатынас үшін қауіпсіз жағдайлар жасау, өзара

әрекеттесудің нақты ережелерін енгізу және мұғалімдер мен қолдау мамандары тарапынан қолдау көрсету қажет.

Психолог жұмысының негізгі бағыттарының бірі баланың өзін және басқа адамдар туралы түсінігін дамыту болып табылады. Психикалық модель деп аталатынды қалыптастыру АСБ бар балаға басқалардың өз ойлары, сезімдері, тілектері мен ниеттері оның өзінен өзгеше болуы мүмкін екенін түсінуге мүмкіндік береді. Бұл түсінік қарым-қатынас дағдыларын және эмпатия қабілетін одан әрі дамытудың негізі болып табылады.

Бала қайталанатын және құрылымдық жағдайларда (сабақ, үзіліс, асханаға бару, серуендеу) негізгі коммуникациялық дағдыларды меңгергеннен кейін оның қарым-қатынас дағдыларының ауқымын біртіндеп кеңейтуге болады. Демалыстарға, экскурсияларға, жобалық іс-шараларға қатысу сияқты өзара әрекеттестіктің аз реттелетін түрлеріне көшу мұқият дайындықты және қарым-қатынас шарттарын біртіндеп күрделендіріп отыруды талап етеді. Баланың жеке ерекшеліктері мен әлеуметтік дағдыларының даму деңгейін ескере отырып, оны топқа қосу сценарийлерін алдын ала әзірлеу маңызды[33].

Баланың ойдағыдай бейімделуінде психологтың ата-анамен жұмысы да үлкен рөл атқарады. Көбінесе ата-аналар эмоционалды күйзеліспен, күйзеліспен және баланың мінез-құлқының ерекшеліктері алдында дәрменсіздік сезімімен кездеседі. Отбасына психологиялық қолдау аутизмнің ерекшеліктері туралы ақпаратты және тиімді өзара әрекеттесу стратегияларын, медициналық, нейропсихологиялық, логопедиялық және басқа да түзетушілік қолдау түрлері сондай-ақ мектептен тыс қосымша көмектің мүмкіндіктерін талқылауды қамтиды.

Психолог өз жұмысында эмоционалды реттеуді, әлеуметтік дағдыларды, қарым-қатынас құзыреттілігін және мінез-құлық икемділігін дамытуға бағытталған әртүрлі психокоррекциялық технологияларды пайдаланады. Оларға әлеуметтік жағдайларды модельдеу әдістері, сенсорлық интеграция әдістері, арт-терапиялық тәсілдер, ойын әдістері және когнитивті мінез-құлық терапиясы кіруі мүмкін.

АСБ бар балаға жан-жақты қолдау көрсету білім беру процесінің барлық қатысушылары – мұғалімдер, ата-аналар, психологтар және медицина мамандарының өзара әрекетін талап етеді. Тек жүйелі көзқарас баланың сәтті әлеуметтенуі үшін жағдай жасауға, стресстік жағдайларды азайтуға және оның қарым-қатынас пен өзара әрекеттесу саласындағы мүмкіндіктерін біртіндеп кеңейтуге мүмкіндік береді.

6.3. Мектепке дейінгі білім беру кезеңінде аутизмі бар балалардың әлеуметтік-коммуникативтік функцияларын қалыптастыру.

Әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларды дамытудың идеалды деңгейі баланың өз жасына сәйкес ауызша қарым-қатынас жасау қабілетінің толық болуын болжайды. Бұл оның өзара әрекеттесу қажеттілігін сезінетінін,

қарым-қатынастың мақсаттары мен жағдайына бағдарланғанын, серіктеспен байланыс орната алатынын, пікір, идеялар мен фактілер алмаса алатынын, әңгімелесушінің жауабын қабылдай алатынын және бағалай алатынын, сондай-ақ жағдайға байланысты қарым-қатынас параметрлерін реттей алатынын білдіреді.

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) бар балалар мектеп жасында қарым-қатынастың мұндай даму деңгейіне өте сирек жететіні анық. Әсіресе маңызды қиындықтар серіктеспен икемді өзара әрекеттесу, қарым-қатынастағы бастама және диалогты сақтау қабілетінде туындайды. Бұл ерекшеліктер баланың негізгі коммуникативті дағдыларын дамытуға бағытталған топта оқуға арнайы дайындықты талап етеді.

Сыныптағы оқыту үшін қажетті сөйлеу және әлеуметтік коммуникация дамуының ең төменгі деңгейі мыналарды қамтиды:

- басқа балалармен бір бөлмеде болу туралы айқын теріс көзқарастың болмауы,
- фронтальды (немесе кем дегенде жеке) нұсқауларды құлақ арқылы қабылдау мүмкіндігі.

АСБ бар баланың мектепке барған кезде оның ауызша сөйлеуді меңгеруі өте маңызды, өйткені санақ бойынша білім беру ауызша-логикалық ойлаудың дамуын болжайды, бұл сөйлеу негізінсіз (ауызша немесе жазбаша) мүмкін емес. Алайда, іс жүзінде аутизммен ауыратын балалардың барлығы да осы жасқа дейін сөйлеуді дамытудың жеткілікті деңгейін дамыта алмайды.

Сонымен бірге, мектепке дейінгі білім беру саласындағы ресми нормативтік құжаттар балалардың, оның ішінде ерекше қажеттіліктері бар балалардың міндетті соңғы даму деңгейлерін белгілеуге тыйым салады. Бұл әсіресе мектептегі оқуға дайындықтың пропедевтикалық кезеңінде ескеру қажет. АСБ бар балалардың спецификалық ерекшеліктерін ескере отырып, олардың оқуға дайындығын, оның ішінде қарым-қатынас және сөйлеу дағдылары саласында бағалаудың қатаң критерийлерін қоюға жол берілмейді.

Пропедевтикалық кезеңдегі негізгі жұмыс бағыттары

Мектепте білім беруге дайындық кезінде келесі міндеттерге ерекше көңіл бөлінеді[77]:

- қарым-қатынас қажеттілігін дамыту, әлеуметтік өзара әрекеттестік мотивациясын қалыптастыру;
- ауызша сөйлеуге, ал қажет болған жағдайда баламалы және қосымша байланыс құралдарына (ым-ишара тілі, PECS карталары, қарым-қатынас үшін гаджеттерді пайдалану және т.б.) баса назар аудара отырып, балаға қолжетімді қарым-қатынас түрлерін дамыту;
- оқу процесінде фронтальды нұсқауларды түсінуге және орындауға үйрету;
- сабақ барысында да, сыныптан тыс жұмыстарда да мұғалімдермен және сыныптастарымен байланыс орнату және сақтау қабілетін дамыту;

- мектептегі мінез-құлық ережелерін сақтау, оның ішінде күнделікті тәртіпті, тәрбиелік өзара әрекеттесу ережелерін және топтағы мінез-құлыққа қойылатын талаптарды сақтау дағдыларын дамыту.

Бұл аспектілер АСБ бар баланы оқу үдерісіне сәтті қосу үшін негіз болып табылады. Оларды меңгермей, ол оқуда, әлеуметтенуде және басқалармен қарым-қатынаста айтарлықтай қиындықтарға тап болуы мүмкін. Сондықтан бұл кезеңде психологиялық-педагогикалық қолдау баланың мектеп ортасына бейімделуі мен дамуы үшін жағдай жасауда шешуші рөл атқарады.

6.4. Аутизм спектрі бұзылған балалармен ересектердің өзара әрекеттесуі

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) бар балалармен әрекеттесу процесінде ересектердің - ата-аналардың да, мамандардың да рөлі баланың типтік дамуындағы ересектердің рөлінен айтарлықтай ерекшеленеді. Бұл аутизмнің ерекшеліктеріне, атап айтқанда, қарым-қатынас пен әлеуметтік өзара әрекеттесу саласындағы сапалық бұзылуларға байланысты. Балаға тиімді қолдау көрсету үшін ересектер оның дамуының, мінез-құлқының, танымдық белсенділігінің және оқуының негізгі ерекшеліктерін ескеруі керек.

Аутизммен ауыратын балалар ересектерден келетін ақпаратты оның модальділігіне байланысты әртүрлі қабылдайды. Көрнекі ақпарат ең оңай түсінікті болып табылады, бұл пиктограммалар, PECS карталары, диаграммалар және кестелер сияқты көрнекі құралдарды пайдалануды қажет етеді. Нұсқауларды, оқу және ойын материалдарын визуализациялау, күнделікті және оқу әрекеттерін орындау кезінде көрнекі қолдау көрсету маңызды.

Ауызша сөйлеу баланың түсіну деңгейіне сәйкес болуы керек, қысқа, құрылымды және қолжетімді болуы керек. Ересектер сөйлеуінің күрделілігін бақылауы керек, метафоралардан, күрделі грамматикалық конструкциялардан және абстрактілі өрнектерден аулақ болуы керек.

Сонымен қатар, жұмыстың маңызды аспектісі - бала өзін табатын кеңістік пен уақытты құрылымдау. Айқын кесте, көрнекі белгілер және қоршаған ортадағы болжамдылық балаға өзін бағдарланған сезінуге және алаңдаушылықты азайтуға көмектеседі. Бұл жағдайда баланың даму динамикасын ескеру қажет және қажет болған жағдайда оның кеңістігін ұйымдастыруға өзгерістер енгізу керек.

АСБ бар балалар әрқашан өз қажеттіліктерін жеткізе алмайды және кейде бұл үшін орынсыз мінез-құлықтарды, соның ішінде проблемалық мінез-құлықтарды пайдаланады. Мұндай жағдайларда ересектер мүлде:

- айқын жағымсыз эмоционалдық реакцияларды көрсету (ашу, айғайлау, тітіркену);

- Балаға қалаған нәрсені беру арқылы қажеттіліктерді білдірудің орынсыз тәсілдерін марапаттаңыз, әйтпесе бұл проблемалық мінез-құлықты күшейтеді.

Аутизммен ауыратын балалар басқалардың ниеті мен әрекеттерін түсіну қиын болғандықтан, қоршаған ортаны мүмкіндігінше болжамды ету маңызды. Мұны ересектермен қарым-қатынаста жүзеге асыру оңай, бірақ құрдастарымен байланыста қиынырақ. Сондықтан қоршаған кеңістікті ұйымдастырып қана қоймай, баланы не болып жатқанын түсінуге, басқа адамдардың әрекеттерін бағалауға және адекватты әлеуметтік реакцияларды қалыптастыруға үйрету керек.

Өзара әрекеттестіктің маңызды элементі баланың жеке ерекшеліктерін, оның ішінде оның қызығушылықтарын, қобалжу триггерлерін, стереотиптік мінез-құлық формаларын және зейінді ауыстыру тәсілдерін білу болып табылады. Осы аспектілерді түсіну ересектерге баланың мүмкін болатын реакцияларын болжауға, стресс деңгейін төмендетуге және оның коммуникативті және бейімделу дағдыларын дамытуға қолайлы жағдай жасауға мүмкіндік береді.

Білім беру ұйымында да, отбасында да баланың өзіне деген сенімділігін нығайтуға, коммуникативті ниеттерін және басқаларға сенімін дамытуға көмектесетін теңдестірілген, достық атмосфераны құру қажет.

Педагогикалық ұжымның АСБ бар балалардың отбасыларымен өзара әрекеттесуі

Баланың ерекше қажеттіліктері бар-жоғына қарамастан, оның дамуындағы отбасының рөлі маңызды. Бұл аутизм спектрі бұзылған балаларға толығымен қатысты. Аутизмді түзетудің барлық дерлік заманауи тәсілдері, психоаналитикалық әдістерді қоспағанда, отбасы мен мамандардың тығыз ынтымақтастығы қажеттілігін атап көрсетеді.

Мектепке дейінгі білім беру ұйымының педагогикалық ұжымы (бұдан әрі – Ұйым) мен АСБ бар баланың отбасы арасындағы өзара іс-қимылдың мақсаты баланың барынша мүмкін болатын ілгерілеуін қамтамасыз ету, оның бейімделуі және әлеуметтік дербестігін дамыту үшін жағдай жасау болып табылады.

«Бала – отбасы – білім беру ұйымы» өзара әрекеттесуінде келесі принциптер сақталады:

- АСБ бар баланың мүдделеріне басымдық беріледі;
- бала күтіміне қатысты негізгі шешімдерді ата-ана қабылдайды;
- Ұйым баланың нақты қажеттіліктерін қанағаттандыратын бейімделген білім беру бағдарламасын әзірлейді және енгізеді.

Мұғалімдер мен ата-аналар арасындағы тиімді ынтымақтастыққа қол жеткізу үшін сенім мен ашықтыққа негізделген сындарлы диалог құру маңызды. Ата-аналар өз баласымен жұмыс істеу бағдарламаларын, оқу орнында болу жағдайларын, сабақ барысын және даму перспективаларын білуі керек .

Ата-аналардың АСБ диагностикасы мен түзету мәселелерінде құзыреттілігін арттыруға ерекше назар аударылады. Ақпарат беру ғана емес, сонымен қатар ата-аналарға әртүрлі көздердің, соның ішінде Интернет пен әдебиеттегі материалдардың сенімділігін түсінуге көмектесу маңызды. Ата-аналар баласына қандай әдістердің дұрыс екенін және неліктен дұрыс екенін

түсінуі керек, сондай-ақ «ғажайып емдеудің» мүмкін еместігін және жүйелі жұмыс қажет екенін мойындауы керек. Бұл ретте мамандар баланың әрбір жетістігін атап өтіп, отбасының ынтасын қолдауы керек.

Өзара әрекеттесу формалары болуы мүмкін:

- жеке консультациялар;
- топтық сабақтар мен дөңгелек үстелдер;
- лекциялар мен семинарлар;
- сабақтарды көрсету (мысалы, талқылаудан кейін бейне жазбаларда).

Кәсіби мамандар аутизммен ауыратын балалардың отбасылары кездесетін психологиялық аспектілерді де ескеруі керек. Аутизм диагнозы көбінесе ата-аналар үшін ауыр стресске айналады, эмоционалдық реакциялардың кең ауқымын тудырады - бас тарту мен өзін-өзі кінәлаудан бастап апатия мен изоляцияға дейін. Бұл тәжірибелер ата-ананың өз баласына, мамандарға, түзету шараларына және жалпы баланың болашағына деген көзқарасына әсер етуі мүмкін [48].

Әрбір отбасының диагнозды қабылдау және жаңа жағдайларға бейімделу үшін жеке жолы бар. АСБ бар балалармен жұмыс істейтін педагогтар мен психологтар осы жағдайларды ескеріп, әрбір балаға және оның ата-анасына туындаған қиындықтарды жеңуге көмектесе отырып, жеке көзқарас табуы керек.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. Педагог-психолог АСБ бар балаларда әлеуметтік және коммуникациялық дағдыларды дамытуда қандай функцияларды орындайды?
2. АСБ бар баланың құрдастарымен қарым-қатынасы қалай ұйымдастырылады?
3. Аутизммен ауыратын мектеп жасына дейінгі балалардың әлеуметтік-коммуникативтік функцияларының қалыптасуына қандай ерекшеліктер тән?
4. АСБ бар ересектер мен балалар арасындағы қарым-қатынастың ерекшеліктері қандай?
5. АСБ-мен ауыратын балаларды тәрбиелеп отырған отбасылардың өзара әрекеттесу ерекшеліктері қандай?

Реферат тақырыптары.

1. Аутизмнің пайда болуының теориялары: зат алмасу теориясы.
2. Аутизмнің биологиялық теориясы.
3. Аутизм статистикасы.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балалармен жұмыс жасайтын негізгі маман кім?
 - a) Логопед
 - b) Тьютор
 - c) Психолог
 - d) Мұғалім

- е) Әлеуметтік қызметкер
2. Жалпы білім беретін мектептерде АСБ бар балалардың басты қиындықтары қандай?
- а) Оқу үлгеріміндегі проблемалар
 - б) Әлеуметтік және эмоционалды бейімделудегі қиындықтар
 - с) Оқуға мотивацияның болмауы
 - д) Отбасының қолдауының болмауы
 - е) Гипербелсенділік
3. Психологтың АСБ бар балалармен жұмысының бір саласы қандай?
- а) Жазу және оқу дағдыларын дамыту
 - б) Баланы диагностикаға дайындау
 - с) Қарым-қатынас шекарасын қалыптастыру
 - д) Сабаққа қатысуды бақылау
 - е) Дәрілік терапияны тағайындау
4. Неліктен АСБ бар бала үшін құрдастарымен қарым-қатынас ересектерге қарағанда қиынырақ?
- а) Ересектер балалармен қарым-қатынас жасауға қызығушылық танытпайды
 - б) АСБ бар балаларға құрдастарымен қарым-қатынас қажет емес
 - с) Құрдастар мінез-құлқында болжамдылығы төмен
 - д) Ересектер баланың қарым-қатынаста икемді болуын талап етпейді
 - е) АСБ бар балалар көбінесе қарым-қатынастан қашқақтайды
5. Психологтар АСБ бар балаларды қолдау үшін қандай әдісті қолданбайды?
- а) Арт-терапия
 - б) Әлеуметтік әңгімелер
 - с) Гипноз
 - д) Сенсорлық интеграция
 - е) Когнитивті мінез-құлық терапиясы
6. Психолог АСБ бар балалардың ата-аналарымен жұмыс істеуде қандай рөл атқарады?
- а) Оқыту дағдыларын бағалайды
 - б) Оларды өзара әрекеттесудің тиімді әдістеріне ақпараттандырады және үйретеді
 - с) Үй тапсырмасын орындауын бақылайды
 - д) Бала тәрбиесінде ата-ананы алмастырады
 - е) Медициналық тексеруден өткізеді
7. АСБ бар балалардың әлеуметтік құзыреттілігін дамытуға не ықпал етеді?
- а) Оқу жүктемесінің артуы
 - б) Құрбыларымен қарым-қатынас жасаудан бас тарту
 - с) Логикалық ойлауды дамыту
 - д) Басқа адамдардың эмоциялары мен ниеттерін түсінуге үйрету
 - е) Үлкендердің үнемі бақылауы

8. АСБ бар балада коммуникативті дағдыларды дамытуда қандай жағдай маңызды?

- a) Құрбыларымен қарым-қатынасты жою
- b) Стрестік жағдайлардың толық болмауы
- c) Қарым-қатынас жағдайларының бірте-бірте күрделенуі
- d) Тек жеке сабақтарды пайдалану
- e) Мұғалімдермен байланыстарды шектеу

9. Білім беру ұйымының АСБ бар баланың отбасымен өзара әрекеттесуіне қандай принцип қолданылмайды?

- a) Баланы ата-ананың сүйемелдеуіне қатысты шешім қабылдау
- b) Бейімделген білім беру бағдарламасын әзірлеу
- c) Ата-ананы оқу үдерісінен шеттету
- d) АСБ бар баланың мүдделерінің басымдығы
- e) Ата-аналармен диалогта ашықтық пен сенім

10. Неліктен АСБ бар балалар үшін ақпаратты визуализациялау маңызды?

- a) Мәтінді есте сақтауды жеңілдету үшін
- b) Мұғалімнің жүктемесін азайту үшін
- c) АСБ бар балалар ауызша сөйлеу тілін түсінбейтіндіктен
- d) Көрнекі ақпарат ауызшаға қарағанда оңай қабылданады
- e) Оқу процесін жылдамдату үшін

7. Дәріс. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балалардың үздіксіз білім алуын кешенді қолдау процесіндегі диагностика

7.1. АСБ бар балалардың үздіксіз білім алуын кешенді қолдаудың диагностикасын ұйымдастыру.

Диагностиканың сапасы мен уақытылылығы көбінесе аутизм спектрі бұзылған балаларды оқыту, тәрбиелеу және дамытудың табыстылығын, сондай-ақ түзету жұмыстарының тиімділігін анықтайды. Осыған байланысты диагностиканы ұйымдастыруға мынадай міндетті талаптар қойылады[88]:

- Ерте диагноз. Баланың даму ерекшеліктерін анықтау оның білім беру ұйымында болған алғашқы күндерінен басталуы керек. Даму ерекшеліктері неғұрлым ертерек диагностикаланса, соғұрлым жеке білім беру бағытын тезірек жасауға және қажетті түзету әдістерін таңдауға болады.

- Интеграцияланған тәсіл. Диагностикаға әртүрлі сала мамандары (психологтар, дефектологтар, логопедтер, дәрігерлер мен мұғалімдер), сондай-ақ ата-аналар қатысуы керек. Баланың дамуының толық бейнесін алу үшін әртүрлі бағалау әдістерін қолдану маңызды: клиникалық-психологиялық, психологиялық-педагогикалық, мінез-құлық және медициналық.

- Динамикалық диагностика. Диагностикалық жұмыс бір реттік емес, бүкіл оқу процесінде жүргізілуі керек. Баланың онтогенетикалық дамуының жеке қарқынын, бейімделу деңгейін және түзету жұмыстарының нәтижелерін ескере отырып, медициналық, клиникалық-психологиялық және психологиялық-педагогикалық аспектілерде диагнозды жүйелі түрде нақтылау маңызды.

Динамикалық диагностика мүмкіндік береді:

- тәрбиелік және түзету жұмыстарының тиімділігін бағалау,
- баланы қолдау тактикасына уақтылы өзгерістер енгізу,
- қолданылатын әдістер мен құралдарды реттеу,
- баланың ағымдағы қажеттіліктеріне байланысты бейімделген білім беру бағдарламасының (АЕР) немесе жеке білім беру бағытының (ІЕР) мазмұнын нақтылау.

Осылайша, жүйелік диагностика оқу-түзету процесінің құрамдас бөлігі болып табылады және АСБ бар балалармен жұмыстың максималды тиімділігін қамтамасыз етеді.

7.2. Диагностикалық зерттеу кезеңдері.

Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балаларды диагностикалау білім беру мекемесінің ерекшеліктерін және баламен жұмыс формасын (арнайы сынып, ресурстық сынып, инклюзивті білім беру) ескере отырып, кезең-кезеңімен жүзеге асырылады [87]

1-кезең – индикативті Баланың ағымдағы мәселелері анықталады, олардың пайда болу себептері туралы гипотезалар қалыптасады, диагностикалық әдістер, бейімделу және түзету тәсілдері анықталады, бейімделген білім беру бағдарламасына (БББ) әдістемелік нұсқаулар әзірленеді. Өмірбаяндық әдіс (құжаттарды зерттеу, ата-аналармен әңгімелесу), бақылау және баламен әңгімелесу қолданылады. Нәтижесінде баланың дамуы, бейімделуі, эмоционалдық-еріктік, танымдық және мінез-құлық ерекшеліктері туралы алғашқы мәліметтер жүйеленеді.

2 кезең – терең диагностика және проксимальды даму аймағын анықтау. Психикалық процестердің даму деңгейі, эмоционалды-еріктік сферасы, мотивациялық дайындық, білім, білік, дағдылары бағаланады. Отбасылық жағдайлар мен ата-ана тәрбиесінің стильдері зерттеледі. Келесі әдістер қолданылады: анықтау педагогикалық эксперименті, логопедиялық тексеру, психологиялық тестілеу, нейропсихологиялық тексеру, медициналық әдістер (ЭЭГ, КТ, бас миының ультрадыбыстық зерттеуі). Нәтижесінде сараптамалық қорытындылар қалыптасады, БББ және жеке білім беру маршруты (ББМ) әзірленеді.

3-кезең – динамикалық диагностика Диагностика нақтыланады, оқу бағдарламасы мен оқу материалы түзетіледі, түзету бағдарламасы қарастырылады, оңтайлы оқу формасы таңдалады. Қалыптастырушы педагогикалық эксперимент

қолданылады және бұрын қолданылған әдістер бейімделеді. Нәтиже – баланы тәрбиелеуге, дамытуға және әлеуметтендіруге жеке көзқарасты оңтайландыру.

4-кезең – кейінгі зерттеу Баланың келесі білім деңгейіне өту кезіндегі бейімделуі бағаланады. Әлеуметтік және академиялық даму, жетістіктер және қолдау қажеттіліктері туралы ақпаратты жинауды қамтитын кейінгі зерттеу қолданылады. Талдау бейімделу дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді: бала сәтті бейімделді, еңсерілмейтін қиындықтарды бастан кешіреді немесе мамандардың тұрақты қолдауын қажет етеді.

Кезеңдік әдіс АСБ бар балаларға жан-жақты қолдау көрсетуді және олардың білім беру ортасына сәтті интеграциясын қамтамасыз етеді.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балалардың үздіксіз білім алуын кешенді қолдау диагностикасы қалай ұйымдастырылған?
2. АСБ бар балаларды қолдау кезінде диагностикалық тексеру қандай кезеңдерді қамтиды?
3. Алғашқы екі кезеңге сәйкес диагностиканы қалай жүргізуге болады?

Реферат тақырыптары.

1. АСБ бар баланың жеке басының даму ерекшеліктері және эмоционалды-еріктік сферасы.
2. Аутизммен ауыратын баланың іс-әрекетінің негізгі түрлерінің қалыптасуы мен дамуының психологиялық сипаттамасы: ойын, еңбек, оқу әрекеті.
3. Аутизм спектрінің бұзылуымен ауыратын баланың сөйлеу дамуының онтогенезі.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балалардың диагностикасын ұйымдастырудың негізгі талабы қандай?
 - a) Тек егде жастағы диагностика
 - b) Бір реттік диагностика
 - c) Тек медициналық әдістерді қолдану
 - d) Ерте диагностика
 - e) Диагностиканы тек арнайы психологтар
2. Балалардағы АСБ диагностикасының кешенді тәсілі нені білдіреді?
 - a) Тек психологиялық тесттерді қолдану
 - b) Әртүрлі профильдегі мамандарды және әртүрлі бағалау әдістерін қолдану
 - c) Жылына бір рет диагностика жүргізу
 - d) Тек сөйлеу және когнитивтік функцияларды бағалау
 - e) Ата-ананың пікірін елемеу
3. Динамикалық диагностика не үшін қажет?
 - a) Мектепке барар алдында бір рет диагностика жүргізу

- b) Баланың ата-анасымен жұмыс жасамау
 - c) Түзету жұмыстарының тиімділігін бағалау және оқу бағытын дер кезінде түзету
 - d) Диагностиканы тек дағдарыс кезінде жүргізу
 - e) Баламен жұмыс істейтін мамандардың санын азайту
4. Индикативті кезеңде қандай диагностикалық әдіс қолданылады?
- a) Өмірбаяндық әдіс және бақылау
 - b) Қалыптастырушы педагогикалық эксперимент
 - c) Нейропсихологиялық тексеру
 - d) Кейінгі зерттеу
 - e) Электроэнцефалография (ЭЭГ)
5. Диагностиканың екінші кезеңінің негізгі мақсаты қандай?
- a) Барлық балалар үшін ортақ білім беру бағытын жасау
 - b) Баланың жақын даму аймағын анықтау және оның психикалық процестерін талдау
 - c) Тек отбасы жағдайын бағалау
 - d) Құжаттаманы зерделеу және ата-аналармен әңгімелесу
 - e) Білім берудің жаңа деңгейіне көшу кезіндегі бейімделу қиындықтарын анықтау
6. Диагностиканың екінші кезеңінде қандай әдістер қолданылады?
- a) Тек баланы бақылау
 - b) Ата-аналармен және мұғалімдермен әңгімелесу
 - c) Психологиялық тестілеу, логопедиялық тексеру, медициналық әдістер
 - d) Тек клиникалық әдістер
 - e) Тек қана педагогикалық эксперимент
7. Диагностиканың үшінші кезеңінің негізгі мақсаты қандай?
- a) Алғашқы сараптама қорытындысын жасау
 - b) Баланың проблемаларын бастапқы анықтау
 - c) Сөйлеу бұзылыстарын тек диагностикалау
 - d) Білім беру бағдарламасын түзету және диагнозды нақтылау
 - e) Балаға педагогикалық қолдау көрсетуден бас тарту
8. Диагностиканың төртінші кезеңінде не бағаланады?
- a) Баланың тек танымдық қабілеті
 - b) Баланың қобалжу деңгейі
 - c) Дәрі-дәрмектің көмегіне мұқтаждық
 - d) Баланың келесі білім деңгейіне көшу кезіндегі бейімделуі
 - e) Тек мектеп бағдарламасы бойынша білім деңгейі
9. Динамикалық диагностикада қандай әдіс ҚОЛДАНЫЛМАЙДЫ?
- a) Қалыптастырушы педагогикалық эксперимент
 - b) Баланың бейімделуін талдау
 - c) Артық бақылаусыз бір реттік тестілеу

- d) Жеке білім беру бағытын түзету
 - e) Бұрын қолданылған әдістерді бейімдеу арқылы қолдану
10. Диагностикаға кезеңдік тәсілдің негізгі мақсаты қандай?
- a) АСБ бар барлық балалар үшін бірыңғай білім беру бағытын құруда
 - b) Диагностикадағы медициналық араласуды жоюда
 - c) Тек сөйлеу бұзылыстарын диагностикалауда
 - d) Тек мектепке дейінгі жастағы диагностиканы жүргізуде
 - e) АСБ бар балаларға жан-жақты қолдау көрсетуде және олардың білім беру ортасына табысты интеграциясында

8. Дәріс. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін мұғалімдерге қолдау көрсету

8.1. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін мұғалімдердің қиындықтары

Педагогтар психологиясындағы заманауи зерттеулер мүгедек балалармен (соның ішінде АСБ бар балалармен) жұмыс істеу кәсіби күйзеліс пен шаршаудың негізгі факторы екенін растамайды. Керісінше, мұғалімнің өзі эмоционалды шаршау қаупін арттыратын мамандықтардың бірі болып табылады. Сондықтан АСБ бар балалармен жұмыс істейтін мұғалімдерді қолдау, әдетте, мұғалімдерді қолдаудың жалпы әдістеріне сәйкес келеді, бірақ ерекшеліктерді ескере отырып:

- Кәсіби дамудың бастапқы кезеңінде АСБ бар балаларды оқыту саласындағы практикалық құзыреттіліктің жеткіліксіздігі;
- аутизм көріністерінің полиморфизмі, бұл жұмыс әдістерін таңдауды қиындатады;
- олардың психикалық жай-күйінің тұрақсыздығына байланысты балалармен ұзақ мерзімді қарым-қатынаста қиындықтар;
- түзету мүмкіндіктеріне қатысты үміт артқан ата-аналармен өзара әрекеттесу қиындықтары.

О.С. Литовченко мұғалімдерді қолдауды диагностика, кеңес беру және құзыреттілігін арттыру арқылы білім беру үдерісіндегі проблемаларды шешуге және алдын алуға көмектесу деп анықтайды. Шетел әдебиетінде психологиялық кеңес беру, тәлімгерлік және кәсіби дайындықты қамтитын «қолдау» термині жиі қолданылады.

Педагогтарды қолдаудың әзірленген жүйесі олардың шығармашылық әлеуетін ашуға және кәсіби және тұлғалық дамуына бағытталған. Қолдау көрсетудің негізгі міндеттері:

1. кәсіби қызметте психологиялық жайлылықты қамтамасыз ету;
2. педагогикада өзін-өзі жүзеге асыруға жағдай жасау;

3. кәсіби өсуді ынталандыру;
4. кәсіби күйзеліс пен эмоционалды күйіп кетудің алдын алу және түзету;
5. кәсіби деформацияны алдын алу.

Мұғалімдерге жан-жақты қолдау көрсету олардың күйзеліске төзімділігін арттырады, жұмысқа қанағаттанушылықты арттырады және АСБ бар балалармен өзара әрекеттесу тиімділігін арттырады[71] .

8.2. АСБ-мен жұмыс істейтін мұғалімдердің жұмысын және кәсіби және тұлғалық дамуын қамтамасыз ету үшін жағдайларды ұйымдастыру.

Мұғалімдерге қолдау көрсету шарттарын ұйымдастыру алгоритмі

Педагогтардың еңбек жағдайлары мен кәсіби және тұлғалық дамуын ұйымдастыру алгоритмі қазіргі заманғы мүмкіндіктер мен білім беру ұйымдарының дамуының тарихи жағдайын ескереді. Ол үш кезеңді қамтиды[35]:

I. Еңбек жағдайын және кәсіби біліктілігін арттыруды жоспарлау

1. Педагогтардың еңбек жағдайлары мен кәсіби өсуін білім беру ұйымының құндылығы ретінде тану және осы ұстанымды оқу орнының бағдарламасында бекіту.
2. Еңбек жағдайын жасау және кәсіби дамуды стратегиялық мақсат ретінде анықтау.
3. Педагогтарды қолдауды басқарудың әдістемелік тәсілін таңдау, оқу орнының даму бағдарламасындағы міндеттер мен іске асыру тетіктерін құжаттау.
4. Жылға, айға іс-шараларды кезең-кезеңімен жоспарлау және мерзімдері мен жауапты тұлғаларды көрсете отырып, жедел жоспарларда көрініс табады.
5. Мекеме бюджетінің жобасында орта мерзімді перспективада ресурстық қамтамасыз етуді жоспарлау.

II. Еңбек жағдайын ұйымдастыру және біліктілігін арттыру

1. Мұғалімдерді қолдау бойынша іс-шараларды жүзеге асыру үшін ресурстық базаны қамтамасыз ету.
2. Инновациялық қызметті жүзеге асыру және жобаларды басқару үшін жағдай жасау.
3. Мұғалімнің мақсаты мен жеке ерекшеліктеріне байланысты басқару әдістерін таңдау және қолдану: әкімшілік, экономикалық, психологиялық, тәрбиелік.
4. Мұғалімдерді ынталандыру механизмдерін әзірлеу.
5. Дәрістер, семинарлар, консультациялар мен тренингтер арқылы коммуникативті мәдениетті дамыту, әріптестерінің жеке ерекшеліктерін түсіну, кәсіби күйзеліс пен эмоционалдық шаршаудың алдын алу бойынша педагог-психологтың жұмысын ұйымдастыру.
6. Кері байланыс негізінде басқару шешімдерін түзету.

III. Біліктілікті арттыру шарттарының орындалуын бақылау

1. Іс-шараларды орындаудың уақытылылығы, тиімділігі және сапасы туралы кері байланыс деректерінің басқарушылық есебі.

2.Еңбек жағдайын жасау және біліктілігін арттыру бойынша басқару шешімдерінің орындалуын бақылау.

3.Педагогтардың еңбек жағдайын ұйымдастыруды ескере отырып, оқу-тәрбие процесінің тиімділігін стратегиялық талдау.

4.Мұғалімдердің кәсіби даму динамикасын бағалау және жоспарланған іс-шараларға түзетулер енгізу.

Мұғалімдерді қолдаудың кешенді тәсілі олардың кәсіби дамуына, жұмысқа қанағаттануының артуына және оқу үдерісінің тиімділігіне ықпал етеді [31].

8.3. Педагогтардың жұмысын және кәсіби және тұлғалық дамуын қолдау жағдайларын ұйымдастыру алгоритмін жүзеге асыру бойынша ұсыныстар.

Ұсынылған педагогтардың жұмысы мен біліктілігін арттыруға жағдай жасауды ұйымдастыру алгоритмі шеңберінде келесі ұсыныстар жүзеге асырылады.

Мұғалімдерге оқу орнының білім беру бағдарламасы мен даму стратегиясын әзірлеуге және жетілдіруге, сондай-ақ бүкіл білім беру құрылымы деңгейіндегі ұйымдастырушылық жобаларға қатысу мүмкіндігін беру олардың басқару процесіндегі маңыздылығын сезінуге ықпал етеді. Бұл ұйымның даму перспективалары мен осы үдерістегі өзіңіздің рөліңіз туралы көзқарасты қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Педагогтарды оқу орнының қызметін жылдық және айлық жоспарлау процесіне қосу оларға қойылған стратегиялық міндеттерді нақтылауға және оларды іске асыруға, оның ішінде кәсіби өсу жағдайында қатысуын анықтауға мүмкіндік береді.

Біліктілікті арттыруға ықпал ететін іс-шаралар (семинарлар, конференциялар, тренингтер) туралы уақтылы ақпараттандыру, сондай-ақ мұндай бастамаларға тұрақты қатысуды қамтамасыз ету мұғалімдерге жаңа білім мен құзыреттіліктерді меңгеруге көмектеседі.

Педагогтарды білім беру жобаларын әзірлеу және жүзеге асыру процесіне тарту осы бастамалардың мазмұны мен мақсаттарын түсіндіруді ғана емес, сонымен қатар әрбір қатысушының рөлдерін нақты анықтауды талап етеді. Оңтайлы шешім мұғалімдерге жеке қалаулары, бейімділіктері мен кәсіби мүмкіндіктері негізінде өз рөлін дербес анықтауға мүмкіндік беру болып табылады.

Басқару шешімдерін қабылдаудың топтық формаларын дамыту мұғалімдердің мекемені басқару процестеріне қатысуын арттырады. Бұл жағдайда әкімшіліктің өкілеттіктерді беруі ерекше мәнге ие болады, ол тек тапсырмаларды ғана емес, сонымен қатар олардың орындалуына жауапкершілікті де беруді көздейді.

Мотивация мен ынталандырудың қосымша шаралары әрбір мұғалімнің жеке ерекшеліктерін және оның кәсіби қызметінің ерекшеліктерін ескере отырып, жеке таңдалады.

Материалдық ынталандыру коэффициенттеріне әсер ететін параметрлерді нақты реттеу және әкімшілік пен мұғалімдер арасында тиімді келісім-шарттар жасау ынталандыру жүйесінің ашықтығы мен әділдігін қамтамасыз етеді.

Әрбір мұғалімнің оқу орнының даму құндылықтарын шынайы қабылдауына, тұлғаның өзін-өзі дамытуына және кәсіби өзін-өзі жүзеге асыруына негізделген ұйымдық мәдениетті қалыптастыру қолайлы жұмыс атмосферасын құруға және ұжымның тиімді кәсіби өсуіне ықпал етеді [32].

8.4. Педагогтардың еңбегі мен кәсіби және тұлғалық дамуын қолдау моделінің блоктары:

Педагогтардың еңбегі мен кәсіби дамуын қолдаудың қолданбалы моделінің негізгі компоненттеріне екі блок кіреді:

- ұйымдастырушылық-педагогикалық;
- психологиялық-педагогикалық.

Педагог тұлғасына әсер ететін ұйымдастырушылық-педагогикалық блок ең алдымен кәсіби іс-әрекетке байланысты сыртқы факторларға бағытталған. Ол білім беру мекемесінің қызмет етуінің ұйымдастырушылық аспектілерін талдау кезінде үлкен дәрежеде әмбебап сипатта болады.

Психологиялық-педагогикалық блок мұғалімнің жеке тұлғасын дамытуға бағытталған және жүзеге асырылатын іс-әрекеттердің психологиялық бағытын қарастырады.

Мұғалімдердің кәсіби өсуін қолдаудың ұйымдастырушылық-педагогикалық блогына қатысты негізгі процестерге мыналар жатады:

1. персоналды іріктеу және бөлу;
2. педагог кадрларды даярлау және олардың біліктілігін арттыру;
3. ынталандыру шараларын қоса алғанда, қолдау көрсету;
4. педагогикалық кадрларды бағалау жүйесі.

Бұл тұрғыда кәсіби дамуды қолдаудың ұйымдастырушылық-педагогикалық құрамдас бөлігі ерекше маңызға ие, оның басты мақсаты кәсіби өзін-өзі жүзеге асыруға және педагогтың әлеуетін дамытуға жағдай жасау болып табылады.

8.5. Мұғалімдерді қолдаудың негізгі процестері

Мұғалімдерге психологиялық қолдау көрсету жүйесінде қолданылатын технологиялық тәсілдер процесстік тәсілдің принциптеріне негізделген. Осы қолдау аясында келесі негізгі бағыттар атап өтілді:

- бастапқы және динамикалық диагностика;
- ақпаратпен қамтамасыз ету;
- консультациялық қолдау;

- оқыту және дамыту;
- оқу процесін психологиялық қамтамасыз ету.

Біріншілік және динамикалық диагностика

Бұл процестің негізгі мақсаты психологиялық қолдаудың қажеттілігі мен басым бағыттарын анықтайтын маңызды психологиялық параметрлерді анықтау, сонымен қатар педагогтармен жұмыс істеудің енгізілген әдістерінің әсерінен олардың өзгеруін бақылау.

Диагностикалық әдістер: бақылау, әңгімелесу, тестілеу.

Диагностикалық іс-әрекеттің мазмұны белгілі бір білім беру мекемесінің психологиялық қызметінің мүмкіндіктеріне және педагогикалық ұжымның немесе оның жекелеген өкілдерінің психологиялық ерекшеліктерін терең талдау қажеттілігіне байланысты өзгереді.

Ақпарат беру

Ақпараттық қолдау мұғалімдерді аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істеу ерекшеліктерімен, кәсіби өзара әрекеттесу үлгілерімен, кәсіби өсудің психологиялық аспектілерімен, кәсіби дағдарыстардың ерекшеліктерімен, эмоционалды күйзеліс пен жалпы күйзеліс жағдайларының көріністері мен механизмдерімен, сондай-ақ психологиялық салауаттылықты сақтау үшін психологиялық қолдау көрсету мүмкіндіктерімен таныстыруға бағытталған.

Ұйымдастыру форматтары: лекциялар, семинарлар, дөңгелек үстелдер.

Консультациялық қолдау

Кеңес берудің негізгі мақсаты – мұғалімдерге кәсіби қызметінде де, одан тыс уақытта да туындайтын өзекті психологиялық мәселелерді шешуге көмектесу.

Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істеу кезінде консультациялардың маңызды бөлігі оқушылармен өзара әрекеттесу үшін психологиялық негізделген стратегияларды бірлесіп іздеуге бағытталған, оның ішінде мінез-құлықтың деструктивті формаларын жеңу, байланыс орнату, өнімді өзара әрекеттесу және ата-аналармен бірлесіп жұмыс істеу.

Кеңес берудің негізгі міндеттеріне мыналар жатады: психологиялық күйзеліс деңгейін төмендету, кәсіби және тұлғалық даму перспективаларын құру, өзін-өзі реттеу және стресске қарсы тұру дағдыларын жетілдіру, уақытты басқару әдістерін меңгеру.

Қолданылатын әдіс: директивті емес кеңес беру.

Оқыту және дамыту

Мұғалімдерге психологиялық қолдау көрсету аясындағы тәрбиелік іс-шаралар мыналарға бағытталған:

- аутизм спектрі бұзылған балалардың психологиясы туралы білімдерін тереңдету;
- АСБ бар балалармен және олардың ата-аналарымен психологиялық-педагогикалық өзара әрекеттесу дағдыларын дамыту және жетілдіру;

- білім беру үдерісіне қатысушылармен (әріптестермен, әкімшілікпен, оқушылармен және олардың ата-аналарымен) өзара әрекеттесудегі құзыреттілік деңгейін арттыру;
- өзін-өзі дамыту және өзін-өзі реттеу мәселелері бойынша психологиялық сауаттылықты дамыту;
- кәсіби ортаға бейімделу ресурстарын арттыру.

Ұйымдастыру форматтары: тренингтер, лекциялар, семинарлар, шеберлік сабақтары, жеке және топтық кеңестер[27].

Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін мұғалімдерге қолдау көрсету бойынша ұсынылған әдістемелік нұсқаулар әмбебап болғанымен, нақты технологиялық шешімдер білім беру мекемесінің ерекшеліктеріне байланысты әртүрлі болуы мүмкін. Олардың сипаттамалары басқару құрылымымен, персонал құрамымен, бірінші кезектегі міндеттермен, мамандардың кәсіби дайындық деңгейімен және басқа факторлармен анықталады.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балалармен жұмыс істегенде мұғалімдер қандай қиындықтарға жиі кездеседі?
2. АСБ-мен жұмыс істейтін мұғалімдердің жұмысын және кәсіби дамуын қолдау үшін жағдайды қалай ұйымдастыруға болады?
3. Мұғалімдерге қолдау көрсету жағдайын ұйымдастыру алгоритміне қатысты қандай ұсыныстар берілген?
4. АСБ-мен жұмыс істейтін мұғалімдердің жұмысы мен дамуын қолдау моделі қандай блоктарды қамтиды?
5. Мұғалімдерді қолдау жүйесін құрайтын негізгі процестер қандай?
6. Мұғалімдерге арналған семинар/шебер-класс/дәріс әзірлеу «АСБ балалармен жұмыс істеу ерекшеліктері» тақырыбына.

Реферат тақырыптары.

1. Қазақстан Республикасында аутизм саласындағы арнайы білім беруді дамыту.
2. Әлемдегі аутизмді түзетудің заманауи тенденциялары.
3. Қазақстан Республикасының арнайы және инклюзивті білім берудің нормативтік-құқықтық базасы. Аутизммен ауыратын балалардың құқықтарын жүзеге асыру.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. Стресс пен күйзеліске қатысты педагогтар психологиясындағы заманауи зерттеулердің негізгі қорытындысы қандай?
 - a) АСБ бар балалармен жұмыс істеу стресстің негізгі факторы болып табылады
 - b) АСБ бар балалармен жұмыс шаршауды төмендетеді
 - c) Оқыту әрекеті эмоционалды шаршау қаупін арттырады

- d) АСБ бар балалармен жұмыс істеу арнайы қолдау әдістерін қажет етпейді
- e) Тәжірибелі мұғалімдер күйзелісті бастан кешірмейді.

2. Төмендегі факторлардың қайсысы мұғалімдердің АСБ бар балалармен жұмысының ерекшеліктеріне жатпайды?

- a) Бастапқы кезеңде практикалық құзіреттіліктің жеткіліксіздігі
- b) Жұмыс жүктемесін өтейтін жоғары жалақы
- c) Аутизм көріністерінің полиморфизмі
- d) Балалармен ұзақ мерзімді қарым-қатынастағы қиындықтар
- e) Ата-аналармен қарым-қатынастағы қиындықтар

3. О.С. Литовченко бойынша мұғалімдердің қолдауы қалай анықталады?

- a) Мұғалімдерді басқару іс-әрекетіне тарту процесі ретінде
- b) Оқу-тәрбие процесіндегі мәселелерді шешуге және алдын алуға көмектесу ретінде
- c) Мұғалімнің қызметін қатаң бақылау әдісі ретінде
- d) Мұғалімнің кәсіби деңгейін бағалау әдісі ретінде
- e) Материалдық ынталандыру құралы ретінде.

4. Мұғалімдерді қолдау жүйесінің негізгі міндеттері қандай?

- a) Жаңа білім беру стандарттарын әзірлеу
- b) Білім беру мекемесінің материалдық базасын жақсарту
- c) Педагог жұмысына нормативтік талаптарды қалыптастыру
- d) Психологиялық жайлылықты, өзін-өзі жүзеге асыруды қамтамасыз ету, күйзеліске және шаршауды болдырмау
- e) Әкімшілік бақылаудан толық бас тарту.

5. Мұғалімдерге қолдау көрсету шарттарын ұйымдастыру алгоритмі қандай кезеңдерді қамтиды?

- a) Жоспарлау, ұйымдастыру, бақылау
- b) Диагностика, оқыту, сертификаттау
- c) Оқыту бағдарламаларын жасау, мониторинг, есеп беру
- d) Жұмыс топтарын құру, отырыстар өткізу, сауалнамаларды талдау
- e) Тәлімгерлерді таңдау, жауапкершілікті бөлу, қорытынды тестілеу

6. Мұғалімнің еңбек жағдайын басқару кешеніне қандай әдіс КІРМЕЙДІ?

- a) Әкімшілік әдістер
- b) Экономикалық әдістер
- c) Медициналық реабилитация
- d) Психологиялық әдістер
- e) Тәрбие әдістері

7. Педагогтарды қамту мекеме қызметін жоспарлау процесінде қандай рөл атқарады?

- a) Мұғалімдерге жүктемені азайтуға мүмкіндік береді
- b) Шешім қабылдау кезінде басқару қажеттілігін жояды
- c) Барлық мұғалімдердің кәсіби шыңдалуын қамтамасыз етеді

- d) Білім беру үдерісіндегі олардың рөлінің маңыздылығын түсінуге ықпал етеді
 - e) Әкімшілік шешімдер үшін мұғалімдерді жауапты етеді.
8. Қандай элемент ұйымдық-педагогикалық қамтамасыз ету блогына жатпайды?
- a) Мұғалімдерге психологиялық кеңес беру
 - b) Персоналды іріктеу және бөлу
 - c) Оқыту және біліктілігін арттыру
 - d) Мотивация және ынталандыру шаралары
 - e) Педагогикалық қызметкерлерді бағалау жүйесі
9. Мұғалімдерге консультациялық қолдау көрсетудің негізгі мақсаты қандай?
- a) Кәсіби қызметін бақылау
 - b) Ағымдағы психологиялық мәселелерді шешуге көмек көрсету
 - c) Басқару дағдыларына үйрету
 - d) Педагогикалық қызметтің жаңа стандарттарын енгізу
 - e) Білім беру бағдарламаларының тиімділігін бағалау
10. Психологиялық қолдау шеңберінде мұғалімдердің біліктілігін арттыруды ұйымдастырудың қандай форматтары қолданылады?
- a) Материалдарды өз бетінше оқу
 - b) Кәсіби стандарттар бойынша күнделікті тексерулер
 - c) Тренингтер, лекциялар, семинарлар, шеберлік сабақтары, кеңестер
 - d) Тек қана онлайн курстар
 - e) Әкімшілікпен бір реттік түсіндірме әңгімелесу

9. Дәріс Аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарына үздіксіз білім беру жағдайында қолдау көрсету.

9.1 АСБ бар балалардың ата-аналарында кездесетін қиындықтар

Аутизм спектрі бұзылған баланы тиімді түзету жұмысы және табысты бейімделуі оның отбасымен жүйелі жұмыссыз мүмкін емес. Баланың дамуындағы қиындықтар мен мінез-құлық ерекшеліктері барлық отбасы мүшелерінің бейімделуіне әкелетін маңызды стресс факторына айналады. Жаңа өмірлік жағдайға бейімделу процесінде отбасылық қарым-қатынас құрылымы жиі өзгереді: ерлі-зайыптылар арасындағы қақтығыстар күшейеді, әлеуметтік оқшаулану деңгейі жоғарылайды, ата-аналардың психоэмоционалдық ресурстары таусылады. Стресстің жоғары деңгейіне қарамастан, ата-ана өз функцияларын орындауды жалғастыруы, баламен түзету жұмыстарының мақсаттары, міндеттері және негізгі кезеңдері туралы хабардар болуы маңызды.

Мамандардың басты мақсаты – аутизм спектрі бұзылған балада қажетті дағдыларды қалыптастыру ғана емес, сонымен қатар оларды әртүрлі өмірлік

жағдайларда: отбасында, мектепте, қоғамдық орындарда қолдану үшін жағдай жасау. Бұл тәсіл баланың өзінің бейімделуін жеңілдетіп қана қоймайды, сонымен қатар оның ата-анасындағы стресс деңгейін төмендетуге көмектеседі, одан әрі түзету және дамыту әрекеттеріне негіз жасайды. Ата-аналармен жұмыстың түпкілікті нәтижесі - оның барлық мүшелері одан әрі өсу мен даму мүмкіндігін алатын тәуелсіз, бейімделген отбасы қызметін қалыптастыру[36].

Ерекше қажеттіліктері бар баланы тәрбиелеп отырған отбасында болып жатқан өзгерістерді талдау кезінде бірнеше негізгі аспектілерді анықтауға болады: баланың ерекше қажеттіліктеріне бейімделу процесі, ата-ана мен бала қарым-қатынасының динамикасы, ата-аналар мен кәсіби мамандар арасындағы өзара әрекеттестік сипаты.

9.2 Ата-аналардың АСБ бар баланы қабылдау дағдарысы

Мүмкіндігі шектеулі балалардың, оның ішінде аутизм спектрі бұзылған балалардың ата-аналарының басты ерекшелігі ерекше баланың туылуына байланысты дағдарысты бастан кешіру болып табылады. Бас тарту, айыптау және қабылдау кезеңдерінен өтетін бұл дағдарыс ұзақтығымен, эмоционалдық тұрақсыздығымен және тұрақты күйзеліспен сипатталады. Ол маңызды өмірлік мақсаттар мен перспективаларды қайта қараумен, сондай-ақ жаңа шындыққа бейімделудегі қиындықтармен бірге жүреді. Кейбір жағдайларда отбасындағы жанжалдар тіпті оның ыдырауына, әлеуметтік байланыстардың әлсіреуіне дейін, оның ішінде жақын адамдардан және отбасынан тыс ортадан алшақтау мүмкін. Сонымен қатар, ата-ананың балаға деген бейімсіз немесе деструктивті қарым-қатынас үлгілері қалыптасуы мүмкін.

Дағдарыс фонында ата-аналар бірте-бірте диагнозды нақтылау, қолдау көздерін, жоғары сапалы оңалту көмегін көрсетуге қабілетті құзыретті мамандар мен мамандандырылған мекемелерді табу қажеттілігін сезіне бастайды. Ақпаратты жинау процесінде оның айтарлықтай бөлігі бұрмаланған, толық емес немесе нақты жағдайды көрсетпейтін болып шығады, бұл түзету жұмыстарының әртүрлі әдістеріне қатысты өрескел үміттердің қалыптасуына әкеледі. Аутизммен ауыратын балалардың ата-аналары көбінесе ерекше күшті қарама-қайшы сезімдер мен үміттерді бастан кешіреді. Бұл аутизммен ауыратын адамдарға өмір бойы – балалық шақтан кәрілікке дейін көмек көрсетудің кешенді жүйесі қазіргі уақытта іс жүзінде жоқ екеніне байланысты.

Ата-аналар білім беру мекемелерін «ғажайыпты күту» феноменімен байланыстыратын жоғары сұранысқа ие белгіленген жұмыс үлгілерімен қабылдайды. Бұл үміттерге аутизммен ауыратын адамдардың «ерекше» қабілеттеріне баса назар аударатын бұқаралық ақпарат құралдары мен танымал әдебиеттер айтарлықтай әсер етеді, бірақ олардың толық тәуелсіздікке қол жеткізуі, кәсіби орындалу және отбасылық өмір өте сирек кездесетін құбылыс екендігі сирек кездеседі. Бұл сондай-ақ баланың интеллектуалдық қиындықтарын

жоққа шығаруға және оның сипаттамаларын тек аутизм диагнозымен түсіндіруге мүмкіндік береді.

Ата-аналардың аутист балалармен жұмыс істеуге арналған шетелдік бағдарламалармен танысуы қосымша әсер етеді. Бұл үлгілердің кейбірі жекелеген елдерде мемлекеттік деңгейде жүзеге асырылды, ал ата-аналар заңнаманың шектеулері мен білім беру жүйесінің ресурстарын елемей, оларды отандық тәжірибеге оңай бейімдеуге болады деп қателесуі мүмкін. Бұған қоса, олар көбінесе алыпсатарлық және мамандандырылған көмектің тиімділігіне қатысты жоғары күтулерді тудыратын коммерциялық ақпараттың үлкен көлемімен бетпе-бет келеді [57].

Осы факторлардың үйлесімі ата-аналарда невротикалық сезімнің жоғарылауына, агрессивті мінез-құлық үлгілерінің дамуына және баланың жағдайы туралы қажетсіз ақпаратты блоктау үрдісіне әкеледі. Осының барлығы білім беру ұйымдарында аутизммен ауыратын балаларға көмек көрсету жүйесінің негізгі міндеттерінің бірі ретінде ата-аналарға жан-жақты қолдау көрсету қажеттілігін көрсетеді.

9.3 Баласы бар отбасындағы ата-ана мен бала қарым-қатынасы

А.Е.Личко жасөспірімдердегі акцентуацияларды зерттей отырып, бала дамуының жеке ерекшеліктеріне қарамастан көптеген заманауи отбасыларда кездесетін дұрыс емес тәрбиенің тән түрлерін анықтайды. Оның пікірінше, мұндай ата-аналық стильдер тұлғаның психопатиялық қасиеттерінің пайда болуына ықпал етіп, бар бұзылуларды күшейтіп, дамудың қосымша қиындықтарын тудыруы мүмкін.

Қарастырылған нашар тәрбие берудің түрлеріне мыналар жатады[22]:

1. Ата-аналардың жеткіліксіз назарында, бақылауында және қамқорлығында көрсетілген гипопротекция. Кейде бақылау сыртқы түрде болады, бірақ шын мәнінде ол тек формалды. Көбінесе бұл стиль баланы эмоционалды қабылдамаумен біріктіріледі.
2. Шамадан тыс қамқорлық пен бақылау баланың дербестік дағдыларын және шешім қабылдау қабілетін дамытуға кедергі болатын үстемдік асыра қорғау.
3. Баланы отбасылық өмірдің орталығына айналдыратын шектен тыс қорғау. Бұл жағдайда ол тәуелсіз өмірге тәуелділік пен дайындықсыздықты тудыратын кез келген қиындықтар мен жауапкершіліктерден қорғалған.
4. Баланы «ауру культі» жағдайында тәрбиелеу, онда бүкіл отбасы баланың проблемаларына назар аударады, бұл эгоцентризм мен өзін-өзі бағалаудың жеткіліксіздігіне ықпал етеді.
5. Эмоционалды қабылдамау, бұл кезде бала өзін қажетсіз деп санайды және ата-анасына кедергі келтіреді. Кейде ата-аналар мұны ерекше қамқорлықпен өтейді, бірақ шынайы эмоционалды жылулық жетіспейді.

6. Моральдық жауапкершілікті жоғарылату, ата-ана баласына шамадан тыс үміт артып, оның жетістігін өзінің орындалмаған армандарымен байланыстыру.
7. Әртүрлі мүшелері үйлесімсіз тәсілдер ұстанатын отбасыларда орын алатын, ересектер арасындағы бәсекелестік пен қақтығысқа әкелетін сәйкес келмейтін ата-аналық стиль.

Осы ата-аналық үлгілердің көпшілігі аутизм спектрі бұзылған балаларды тәрбиелеп отырған отбасылар арасында кең таралған.

Баланың дамуындағы ауытқулар бірте-бірте анықталатын отбасыларда перфекционистік тәрбие стилі дамуы мүмкін. Бұл жағдайда екпін жетістікке жетуге ауысады, бұл бақылауды, қатандықты және тұрақты айыптауды арттырады. Нәтижесінде жоғары талаптарға сай келмейтін бала өз отбасында да шеттетіледі. Дегенмен, проблеманы болдырмаудың дәл сол үрдісі қарама-қарсы стратегияға әкелуі мүмкін: ата-аналар баланы кез келген қиындықтардан қорғай бастайды, оның дамуына кедергі келтіретін жағдайлар жасайды. Кейбір жағдайларда теріс реакциядан қорқып, ересектер баланы ынталандыруға және ондағы бастаманы оятуға мүлдем әрекет жасамайды.

АСБ бар балаларды тәрбиелеп отырған отбасылардың ерекшеліктерін талдау кезінде тәуелділік феноменін ескеру қажет. Бұл басқа адамға шамадан тыс эмоционалдық, әлеуметтік немесе тіпті физикалық тәуелділікті қамтитын патологиялық симбиотикалық қосылудың бір түрі.

Тәуелді қарым-қатынастағы мінез-құлық стратегияларының бірі – толық бақылау. Дамуында кемістігі бар балаларды тәрбиелеп отырған отбасыларда ересектер көбінесе бала өмірінің барлық аспектілеріне жауапкершілікпен қарайды, оның өз бетінше шешім қабылдауына мүмкіндік бермейді. Кейде бұл бақылау тым қатал болады, бұл отбасы мүшелеріне өзін-өзі бағалау сезімін береді. Алайда, тәрбиенің бұл стилі ата-ананың үмітін ақтамаса, баланың жеке даралығының кез келген көріністерін айыптайды.

Тәуелді қарым-қатынас стратегиясының екінші нұсқасы баланы сыртқы әлемнен үнемі қорғауды көздейтін шектен тыс қорғаныс болып табылады. Ата-аналар қоғам оның ерекшеліктерін қабылдамайды деп есептеп, оның басқалармен байланысын шектей алады. Кейде шектен тыс қорғаныс күнделікті жұмыстан, оқу және әлеуметтік жауапкершіліктен оқшауланып, баланың өмірге бейімделуіне кедергі келтіреді.

Зерттеулер көрсеткендей, АСБ бар балаларды тәрбиелеп отырған отбасылар эмоционалды қақтығыстардың жиілігін бастан кешіреді. Бұл проблемалардың көздері әртүрлі болуы мүмкін, бірақ көп жағдайда олар отбасындағы мінез-құлықтың деструктивті үлгілерінің пайда болуына ықпал етеді. Баладағы бұзылыс түрі мен жанұя ішілік өзара әрекеттесу ерекшеліктерінің арасындағы байланысты себеп-салдарлық жолмен түсіндіру қиын, өйткені ол күрделірек. Осы себепті мәселенің жауапкершілігін тек ата-анаға арту дұрыс емес. Олардың көпшілігі

жағдайға қарамастан, өз баласының әл-ауқатын қамтамасыз етуге және оның табысты дамуы үшін барлық мүмкін жағдайларды жасауға тырысады.

9.4. АСБ бар балалардың ата-аналарына қолдау көрсету кезеңдері

Ата-аналарды сүйемелдеу кезінде оның мазмұнын анықтайтын бірнеше негізгі кезеңдерді анықтауға болады.

1. Алдын ала бейімделу кезеңі. Баланы оқу орнына қабылдауға дейінгі қысқа, бірақ өте психологиялық маңызды уақыт кезеңін қамтиды. Бұл ата-аналардың өзара әрекеттесуге дайындығына әсер ететін және олардың алдағы процеске деген үміттерін анықтайтын бастапқы қабылдаудың қалыптасу кезеңі. Кейбір ата-аналар ашық көздерден ақпаратты алдын ала зерттейді, саналы түрде мекеме таңдайды, оған барады, маңызды сұрақтар қояды және ықтимал перспективалар туралы түсінік қалыптастырады. Қалғандары психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссияның жолдамасын алғаннан кейін ғана мекемемен танысады. Бастапқы жағдайға қарамастан, ата-аналар арасында мекеме жұмысының принциптері, қолданылатын әдістер мен оның мүмкіндіктері туралы алдын ала, бірақ сонымен бірге жеткілікті толық және логикалық түсінікті құру маңызды. Оларды оқу процесін ұйымдастырудың негізгі аспектілерімен таныстыру, сондай-ақ қысқа, орта және ұзақ мерзімді перспективадағы күтулер туралы бастапқы түсінікті қалыптастыру қажет. Оқиғалардың одан әрі дамуын болжаудың қиындығын атап өту керек, бірақ сонымен бірге мекеме қызметкерлері баланың жеке мүмкіндіктерін ескере отырып, оның әлеуетін ашу және максималды нәтижелерге қол жеткізу үшін қолдан келгеннің бәрін жасайтынына сенімділік туғызу керек. Білім беру, тәрбиелеу, түзету және әлеуметтендірумен байланысты мәселелерді шешудің тиімділігі көбінесе ата-аналардың сындарлы ынтымақтастыққа мотивациялық дайындығының деңгейіне байланысты.

2. Бейімделу кезеңі. Бұл кезеңнің негізгі мақсаты ата-аналардың білім беру мекемесінің құрылымы, мамандардың қызметі, білім беру бағдарламалары, қоршаған ортаның мүмкіндіктері, күнделікті режимі, тамақтануы және басқа да маңызды аспектілері туралы түсініктерін қалыптастыру және кезең-кезеңімен тереңдету болып табылады. Бұл кезеңде бірінші ата-аналар жиналысы мен алғашқы психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес маңызды рөл атқарады. Оқу жылының басында өткізілетін жалпы ата-аналар жиналысы үлкен маңызға ие, өйткені ол ата-аналарға ұқсас өмірлік жағдайлармен біріктірілген қоғамдастыққа қатыстылық сезімін береді. Маңызды мәселе - мекемемен өзара әрекеттесу тәжірибесі бар ата-аналардың болуы, өйткені олардың пікірлері мен кеңестері мамандардың ұсыныстарынан гөрі жаңадан келгендер үшін сенімдірек. Кездесуде мекеме басшылығымен, ұстаздармен, мекеме әкімшілігі мен қалалық білім беру органдарының өкілдерімен өзара әрекеттесу әдістерімен танысу жалғасуда. Білім берудің жаңа мүмкіндіктері мен материалдық-техникалық ресурстары ұсынылып, қалалық және мемлекеттік деңгейдегі білім беру

саясатымен байланысты мекеме дамуының стратегиялық бағыттары талқыланды. Жалпы жиналыстан кейін мұғалімдерге нақты сұрақтарға жауап беруге, ақпаратты нақтылауға, ата-аналар арасындағы бейресми қарым-қатынасқа жағдай жасауға мүмкіндік беретін сыныптық (немесе топтық) жиналыстарды өткізген жөн. Бірінші психологиялық-медициналық-педагогикалық консультация ата-аналарды баламен жұмыстың жеке бағдарламасымен, оқыту, тәрбиелеу және түзету мақсаттарымен, сондай-ақ қолдау жоспарымен таныстыруға бағытталған. Маңызды аспект – ата-аналар мен мамандар арасындағы өзара түсіністікке қол жеткізу. Осы мақсатта проблемаларды шешудің әртүрлі нұсқаларын талқылау және негізгі ұстанымдарды келісу үшін жағдайлар жасалады. Әдетте, консультация екі бөлімнен тұрады: жабық кәсіби талдау және барлық қатысушылардың бағдарламалық құжаттарға қол қоюымен аяқталатын ашық талқылау. Кейбір жағдайларда бейімделу кезеңінде ата-аналар мен балалардың білім беру мекемесінде бірге тұруы ұйымдастырылады, әсіресе баланың бейімделуінде қиындықтар туындаса көрінеді. Бұл тәжірибе ата-ана мен бала арасында күшті симбиотикалық қарым-қатынас болған кезде кеңінен қолданылады, бұл көбінесе аутизмнің кейбір түрлерінде кездеседі. Болашақта оқу-тәрбие үрдісінде ашықтық қағидатын сақтау ата-аналарға балалармен жұмыс істеу әдістерін жақсы түсінуге мүмкіндік береді, сонымен қатар олардың ақпараттандырылуы мен білім алуына ықпал етеді. Бұл кезеңнің ең маңызды элементі ата-аналарға аутизм спектрінің бұзылыстары, олардың клиникалық және психологиялық сипаттамалары, сондай-ақ түзету мен тәрбиелеудің нақты мүмкіндіктері туралы ақпарат беру болып табылады. Осы мақсатта бейімделген білім беру бағдарламалары, инклюзивті білім беру және балаларды әлеуметтендірудің мектептен тыс түрлері бойынша таныстыру семинарлары ұйымдастырылады. Мұндай іс-шаралардың онтайлы уақыты - кешкі уақытта, ата-аналар ақпарат алып қана қоймай, мамандарға сұрақтар қоя алады.

3. Тұрақты қолдау көрсету кезеңі.

Бұл кезеңнің негізгі мақсаттары:

1. ата-аналар мен мамандардың тұрақты өзара әрекеттесуін ұйымдастыру;
2. оқу процесінің сапасын қамтамасыз ету. Тиімділіктің негізгі факторы ата-аналардың мамандардың ұсыныстарын оқу үдерісінде ғана емес, сонымен қатар үйде, демалыс және мереке күндерінде орындауға жоғары мотивациясы болып табылады. Мотивацияның осы деңгейіне жету үшін аутистикалық көріністерді түзетуге, нәтижелерге қол жеткізудің уақыт шеңберіне және алынған дағдылардың тұрақтылығына қатысты шынайы үміттерді дамыту қажет. Жұмыстың ең маңызды бағыттары:

3. ата-аналарды тәрбиелеу және оқыту;
4. жеке психологиялық қолдау. Ата-аналарға арналған тәрбиелік іс-шаралар әртүрлі нысандарда жүзеге асырылады: ата-аналар жиналысы, семинарлар, ашық сабақтар. Бұл кезеңде семинарлар мамандар жұмысының нақты

аспектілерін, оқу процесінде қолданылатын әдістерді, сондай-ақ үйде оқыту және баланы күнделікті өмірде қолдау бойынша ұсыныстарды қамтитын тар бағытқа ие болады. Ата-аналарға стресс, стереотиптік мінез-құлық, агрессия, қорқыныш жағдайында баламен қарым-қатынас жасау дағдыларын үйрету маңызды. Ата-аналарға жеке қолдау көрсету баланың мінез-құлқына, эмоционалдық реакцияларына және дамуына қатысты мәселелер бойынша консультацияларды қамтиды. Сұраныс бойынша мамандар ата-аналардың өздеріне де психологиялық қолдау көрсетеді.

4. Аяқтау алдындағы кезең. Бұл кезең әсіресе маңызды, өйткені ата-аналар баласын жаңа білім беру мекемесіне ауыстырар алдында алаңдаушылықты бастан кешіреді. Олар қоршаған ортаның өзгеруінен, мұғалімдердің көзқарасынан және жаңа әлеуметтік байланыстардан қорқады. Қолдау көрсетудің негізгі мақсаты – кеңес беру, ақпарат және әкімшілік өкілдерімен әңгімелесу арқылы алаңдаушылықты азайту. Заманауи технологиялар мекемелер арасында ақпарат алмасуды орнатуға мүмкіндік береді, бұл мұғалімдерді ерекше балалармен жұмыс істеуге дайындауға көмектеседі, сонымен қатар білім беру бағдарламалары мен қолдауында сабақтастықты тудырады. Ата-аналарды қосымша білім алу шарттары туралы ақпараттандыру олардың өзгерістерге бейімделуіне және баланың өміріндегі жаңа кезеңге психологиялық дайындалуына көмектеседі.

9.5. Ата-аналар мен мамандардың өзара әрекеттесуі

Қоғамда кәсіби артықшылығымен сипатталатын дәрігерлер сияқты мамандардың тұрақты бейнесі қалыптасқан. Бұл артықшылық тәлімгерлік пен бақылау элементтерін қамтиды: сарапшы клиент үшін ең жақсы шешімнің қайсысы екенін өз бетінше анықтайды және емдеу аясында қажетті ақпаратты ғана береді. Бұл бейнені норма ретінде қабылдайтын ата-аналар дәрігерлерге құрметпен, кейде тіпті қорқынышпен қарап, олардың ұсыныстарын қарсылықсыз орындауы мүмкін.

Дегенмен, тұтынушы рөлі барған сайын маңызды бола бастаған қазіргі жағдайда мамандардың ықпалы әлсірейді. Тұтынушыға бағытталған тәсіл дәрігерлер мен пациенттер арасындағы ресми және тұлғалық емес қарым-қатынастарға әкеледі, бұл өз кезегінде сенім деңгейін төмендетеді. Бір қызығы, ата-аналар мұғалімдерді басқа мамандарға қарағанда жақсы көреді. Дегенмен, мұғалімдермен қарым-қатынас ата-аналардың мектептегі жағымсыз естеліктерімен бұлыңғыр болуы мүмкін. Сонымен қатар, мұғалім баламен өткізетін уақыттың айтарлықтай көлеміне байланысты ата-аналар оны тәрбиелеу, баланы құрметтеу және назар аудару мәселелерінде бәсекелес ретінде қабылдауы мүмкін. Егер мұғалімнің құндылықтары ата-ананың құндылықтарына қайшы келсе, бұл реніш тудыруы мүмкін.

Баласының проблемаларына тап болған кезде, ата-аналар жиі алаңдаушылық пен дәрменсіздік сезімін сезінеді. Олар ерекше қажеттіліктері бар

баланы тәрбиелеуге дайын емес деп санайды және кәсіби мамандарға толығымен сенеді. Дегенмен, уақыт өте келе, әсіресе мамандар жеткілікті нұсқаулар немесе ақпарат бермесе, ата-аналар өздерінің беделіне күмән келтіре бастайды. Осылайша, кәсіби мәртебе туа біткен емес, ол білім мен практикалық қызмет арқылы растауды талап етеді.

Ерекше қажеттіліктері бар балалармен жұмыс істейтін мамандар өз мамандығын саналы түрде таңдағанын атап өткен жөн. Күнделікті жағдайды шешуге тура келетін ата-аналардан айырмашылығы, мамандар бұл саламен өз еркімен айналысады – ғылыми қызығушылық, көмекке ұмтылу, қаржылық факторлар немесе басқа себептермен бола алады. Тәулік бойы балаларының мәселелерімен айналысуға мәжбүр болған ата-аналар өздерінің проблемаларын тек жұмыс әрекеттерінің бөлігі ретінде кездестіретіндерге тітіркенуі мүмкін.

Мамандардың кәсіби қызметі барған сайын мамандандырылған болып келе жатқанын да ескерген жөн. Ата-аналар мұғалімдерден білім саласында сауатты болуын күтеді, бірақ олардан медицина саласында білімі болуын талап етпейді. Бұл ретте мұғалімдердің, дәрігерлердің, психологтардың, логопедтердің және басқа да мамандардың құзыреттілік салалары нақты белгіленген. Дегенмен, ата-аналар бұл айырмашылықтарды әрдайым біле бермейді және дұрыс маманды таңдауда қиындықтар туындауы мүмкін. Сонымен қатар, олар үшін баланы белгілі бір диагноздың иесі ретінде ғана емес, сонымен қатар әртүрлі әлеуметтік рөлдерге ие жеке тұлға - ұлы, немересі, оқушы ретінде көру маңызды. Ата-аналар, әдетте, дәрігер баланың оқу үлгеріміне қызығушылық танытқанда және мұғалім баласының медициналық мәселелерін түсінген кезде бағалайды.

Кейбір мамандар ерекше қажеттіліктері бар балаларға және олардың отбасыларына біржақты көзқараста болуы мүмкін. Олар мұндай балалармен жұмыс істеуден әрқашан жағымды эмоцияларды сезінбейді және оларды бейсаналық түрде стигматизациялауы мүмкін.

Стигматизация бірнеше аспектілерді қамтиды:

- Қоғам мұндай адамдарға ерекше орын беріп, оларды ең алдымен өз түрімен араласуға шақырады.
- Оларды көпшілік төменгі дәрежедегі адамдар ретінде қабылдайды.
- Олардың оқшаулануы олардың әл-ауқатына аландаушылықпен ақталады.
- Олар жеке қасиеттерімен емес, белгілі бір топқа мүшелігімен бағаланады.

Стигматизацияға бейім көптеген мамандардың кәсіби ортада да, жеке өмірінде де ерекше қажеттіліктері бар балалармен қарым-қатынас жасау тәжірибесі болмаған. Мұндай отбасылармен жұмыс істегенде олар сенімсіздік пен үмітсіздікті сезінуі мүмкін. Зерттеулер көрсеткендей, кәсіпқойлар кейде отбасының жағдайын ата-ананың өзінен гөрі пессимистік түрде қабылдайды немесе олардың бала тәрбиесімен тиімді күресу қабілетін жете бағаламайды.

Кейде мамандар ерекше қажеттіліктері бар балаларды интернатқа отбасының көтере алмайтындығынан емес, олардың мұндай балаларға деген теріс көзқарасына байланысты орналастыруды ұсынады. Мұндай жағдайларда кәсіпқойлар жағдайды өздерінің қабылдауын ескермей-ақ ата-аналарға өз сенімдерін көрсете алады.

Баланың бұзылу түрі олардың қалай емделетініне де әсер етеді. Мысалы, кейбір мамандар физикалық кемістікке қарағанда ақыл-ой кемістігіне бейтарап көзқараспен қарайды. Кейбір бұзылулар басқаларға қарағанда көбірек стигманы тудырады: кәсіпқойлар ақыл-ойы бұзылған балалардың ата-аналарына психикалық бұзылыстары бар балалардың ата-аналарына қарағанда оң көзқараспен қарайды.

Ерекше қажеттіліктері бар балалары бар отбасылар көбінесе бастапқыда дисфункциялық және араласуды қажет ететін адамдар ретінде қабылданады. Кәсіпқойлар олардың рөлін асыра қорғау, шамадан тыс индульгенция немесе агрессивті мінез-құлық сияқты отбасылық қателіктерді түзету деп санайды. Ата-аналар жеңе алмаса, бұл көбінесе баланы қабылдай алмауынан немесе өздерінің психологиялық проблемаларынан болады. Кейбір жағдайларда мұндай түсініктемелер негізді, бірақ тұтастай алғанда олар ерекше қажеттіліктері бар балалардың ата-аналары кездесетін қиындықтарды жеткілікті түрде түсінуге мүмкіндік бермейді.

Ата-аналардың өз құқықтары туралы хабардарлығын арттыру және оларды қорғау дағдыларын дамыту ата-аналар мен мамандар арасында серіктестік орнату жолындағы маңызды қадамдар болып табылады. Мұндай қарым-қатынаста ата-ананың баласын дамытудағы мүмкіндіктеріне назар аударылады. Заманауи сарапшылар ерекше қажеттіліктері бар балаларды тәрбиелейтін отбасылардың ішкі ресурстары айтарлықтай екенін түсінеді. Олар қиындықтарды жеңу процесінің жеке және әлеуметтік факторлармен байланысын зерттейді.

Көптеген кәсіпқойлар ата-аналармен жұмыс істегенде олардың моральдық және практикалық ықпалы зор екенін мойындайды. Бұл ата-аналарды мамандардың манипуляциясына осал етеді. Тәрбиедегі елеулі бұзушылықтар туралы айтатын болсақ, ең қиын жағдайлардан басқа, мамандар қысым мен қорқытудан аулақ болғаны маңызды. Маман мен ата-ана арасында келіспеушіліктер туындаған жағдайда, маман ата-ананы баланың болашағына деген көзқарасын қайта қарауға көмектесе отырып, нанымды түрде сендіруге құқылы[56].

Осылайша, маман өзінің кәсіби функциясын орындап қана қоймай, сонымен қатар ата-ананың көзқарасын ескеруі керек. Ол олардың күтулерін, қажеттіліктерін түсінуі және баланы оқшау емес, отбасы мен қоғамның контекстінде қарастыратын әлеуметтік-жүйелік көзқарасты қабылдауы керек. Маманның ата-ананың эмоционалдық жағдайына құрметпен қарауы, олардың

қорғаныс механизмдерін ескеруі және олардың жұмысын стандартты ұсыныстарды шығаруға дейін төмендетпеу маңызды.

Өзін-өзі бақылауға арналған сұрақтар

1. АСБ бар балалардың ата-аналары қандай қиындықтарға кезігеді?
2. Диагнозды қабылдау дағдарысы АСБ бар баланың ата-аналарында қалай көрінеді?
3. АСБ бар балалардың ата-аналарын қолдау қандай кезеңдерді қамтиды?
4. Ата-аналар мен мамандардың өзара әрекеттестігінің формалары мен мазмұны қандай?
5. «Менің балам», «АСБ бар баланың даму стратегиясын таңдау», «АСБ бар баламен бірінші сыныптар: мотивацияны табу» тақырыптарында АСБ бар балалардың ата-аналарына арналған семинар/дәріс әзірлеңіз.

Реферат тақырыптары.

1. Мектеп жасына дейінгі балалардың АСБ бар ата-аналарымен өзара әрекеттесуді ұйымдастыру
2. Ерте балалық аутизмі бар балалары бар отбасыларға психологиялық қолдау көрсету
3. АСБ бар баланың дамуындағы ата-ананың рөлі.

Өзін-өзі тексеру тесті

1. АСБ бар балалардың ата-аналарымен жұмыс жасауда мамандардың негізгі мақсаты қандай?
 - a) Баланың интеллектуалдық қабілетін дамыту
 - b) Ата-ананың әлеуметтік белсенділік деңгейін арттыру
 - c) Алған дағдыларын әртүрлі өмірлік жағдайларда қолдануға жағдай жасау
 - d) Баланың күнделікті тәртібін сақтауын қадағалау
 - e) Баланың барлық мінез-құлық проблемаларын жою.
2. АСБ бар баланы қабылдау дағдарысының қай кезеңі әдетте бірінші болып келеді?
 - a) Мамандардан қолдау сұрау
 - b) Бас тарту
 - c) Қабылдау
 - d) Кінәліні табу
 - e) Әлеуметтік бейімделу
3. Аутизммен ауыратын адамдарға арналған кешенді қолдау жүйесінің болмауы ата-аналарға қандай әсер етеді?
 - a) Баланы өз бетінше оқытуға деген құлшынысын арттырады
 - b) Мазасыздықты азайтады
 - c) Түзету әдістеріне үлкен үміт артуға ықпал етеді

- d) Отбасының өзара әрекеттесу сапасын жақсартады
e) Эмоциялық күйзеліс деңгейін төмендетеді
4. Қандай ата-аналық стиль ата-ана тарапынан жеткіліксіз назар мен бақылаумен сипатталады?
- a) үстемдікпен шектен тыс қорғау
b) тым көп қорғау
c) гипопротекциялық
d) эмоционалды қабылдамау
e) моральдық жауапкершілікті арттыруға тәрбиелеу
5. АСБ балаларын тәрбиелеп отырған отбасылардағы тәуелділік немен сипатталады?
- a) Бақылаудың толық болмауы
b) Толық бақылау немесе шектен тыс қорғау
c) Тек бала қабылдаған барлық шешімдер
d) Баланың өміріне қатысудан толық бас тарту
e) Ата-ана мен бала арасындағы жауапкершілікті тең бөлу
6. Баланы білім беру ұйымына қабылдау алдында ата-ананың қолдауының қай кезеңі болады?
- a) Бейімделу кезеңі
b) Тұрақты қолдау кезеңі
c) Шығарылым алдындағы кезең
d) Алдын ала бейімделу кезеңі.
e) Кризис кезеңі
7. Ата-аналарда «ғажайыпты күтудің» қалыптасуына қандай фактор әсер етеді?
- a) Басқа ата-аналармен қарым-қатынас тәжірибесі \
- b) Баланың үлгерімін жеке бақылау
c) Бұқаралық ақпарат құралдарындағы танымал материалдар мен әдебиеттер
d) Ата-аналардың білім деңгейінің жоғарылауы
e) Мамандардың кері байланысы
8. Ата-ананың орындалмаған армандарына сүйене отырып, балаға шамадан тыс үміт артуды ата-ананың қандай стилі қамтиды?
- a) Қарама-қайшы ата-ананың стилі
b) Гипопротекция
c) Моральдық жауапкершілікті жоғарылататын ата-ана
d) Еріксіз гиперпротекция
e) Ауру культі
9. Неліктен АСБ бар балалардың ата-аналары білім беру мекемелерін жоғары талап етуші деп қабылдауы мүмкін?
- a) Мұғалімдермен қарым-қатынас жасаудың жағымсыз тәжірибесіне байланысты
b) «Ғажайыпты күту» құбылысына байланысты

- c) Қосымша қаржылық салымдарды алу қажеттілігіне байланысты
- d) Мамандардың жұмысын бақылауға ұмтылуына байланысты
- e) Инклюзивті білім беру әдістеріне сенімсіздікпен байланысты.

10. Ата-аналар мен мамандар арасындағы қазіргі қарым-қатынастардағы басты мәселе, олардың беделінің төмендеуі қандай?

- a) Өзара әрекеттестіктің формальдылығы және тұлғалық еместігі
- b) Мамандардың біліктілігінің жеткіліксіздігі
- c) Ақпараттық қамтамасыз етудің толық болмауы
- d) Ата-ананың оқу процесіне қатысуға ықылассыздығы
- e) Жеке бастың жанжалда.

5-модуль бойынша қорытынды.

Білім беру ұйымындағы аутизм спектрі бұзылған балаларды психологиялық-педагогикалық қолдау – мұндай балалардың дамуына, білім алуына және әлеуметтенуіне ықпал ететін жағдайлар жасауға бағытталған көп деңгейлі шаралар жүйесі. Модуль мазмұнын меңгеру маманға білім беру, психологиялық және әлеуметтік компоненттерді ескере отырып, қолдау стратегиясын құруға мүмкіндік береді.

Тиімді қолдаудың негізгі аспектілерінің бірі АСД бар балалардың нақты білім беру қажеттіліктерін түсіну болып табылады. Көбінесе мұндай балаларға бейімделген білім беру бағдарламалары, ақпаратты беру қарқыны мен стилін өзгерту, көрнекі құралдарды пайдалану, нақты сабақ құрылымы мен күнделікті режим қажет. Психолог баланың күшті және әлсіз жақтарын, оның мінез-құлық ерекшеліктерін, қарым-қатынас деңгейін және когнитивті дамуын ескере отырып, жеке қолдау маршрутын әзірлеуге және жүзеге асыруға белсенді қатысуы керек.

Қоршаған ортаны ұйымдастыру маңызды рөл атқарады. Білім беру кеңістігі қауіпсіз, болжамды, сенсорлық шамадан тыс жүктемені азайтатын және шоғырлануға ықпал ететіндей ұйымдастырылуы керек. Мамандар, оның ішінде мұғалімдер, репетиторлар, логопедтер және психологтар бірлесе отырып, баланы оқу және әлеуметтік-мәдени үдеріске қосу жоспарын жасайды, бұл пәнаралық өзара әрекеттестіктің жоғары деңгейін талап етеді.

Мұғалімдерді қолдау ерекше назар аударуды қажет етеді. ASD бар балалармен жұмыс эмоционалды және кәсіби қиын болуы мүмкін, әсіресе арнайы дайындық болмаған кезде. Психолог мұғалімдерге АСД ерекшеліктері бойынша тренингтер өткізуі, мінез-құлықты басқару стратегияларын ұсынуы және оқу процесінде қиындықтар туындаған кезде қолдау көрсетуі керек. Үнемі бақылау, әдістемелік семинарлар, кейс консультациялары мұғалімдерге өздерін сенімді сезінуге және мұндай балалармен тиімді қарым-қатынас жасауға мүмкіндік береді.

Ата-аналар қолдау процесінің толық қатысушылары болып табылады. Психологиялық қолдау, кеңес беру, баланың білім алу жолын бірлесіп талқылау, түзету-дамыту іс-әрекетіне қатысу үй мен мектеп арасындағы сабақтастық сақталатын біртұтас білім беру кеңістігін қалыптастыруға көмектеседі. Отбасы мен білім беру ұйымы арасында серіктестік орнату баламен жұмыстың тиімділігін айтарлықтай арттырады. Қолдау процесінде диагностиканың маңыздылығын да ескеру қажет. Баланың даму динамикасын, бейімделу деңгейін, оқудағы жетістігін және эмоционалдық жағдайын үнемі бақылау қолдау бағдарламасына уақтылы өзгерістер енгізуге және мүмкін болатын қиындықтардың алдын алуға мүмкіндік береді.

Осылайша, білім беру ортасында ТҚА бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету жүйелі, дараланған және жеке өсуге, әлеуметтік бейімделуге және әрбір баланың әлеуетін жүзеге асыруға бағытталған болуы керек. Білім беру процесінің барлық қатысушылары – бала, отбасы, педагогтар және көмекші мамандар арасындағы нақты құрылымдалған өзара әрекеттесу жағдайында ғана аутизм спектрі бұзылған баланың өмірінде нақты оң өзгерістерге қол жеткізуге болады.

Оқу кейстері

1-МОДУЛЬ. Мінез-құлықтық терапия негіздері

Кейс 1. «Өтініш айтылғанда еденге жата қалады» — операнттық шарттану
Аутизм спектрі бұзылыстары (АСБ) бар 5 жастағы бала ересек адам «Ойыншықтарды жина» деген сайын еденге жата қалады. Бұл мінез-құлық тұрақты, ата-ана оны «тыныштандыру» үшін байқамай планшет береді.
Сұрақ: Қолдаулар жүйесін қалай қайта құруға болады және қандай әдістерді қолданған дұрыс — өшу (угасание), дифференциалды қолдау немесе сұраныс жасауға үйрету?

Кейс 2. «Феннен қорқу» — классикалық шарттану және десенсибилизация
4 жастағы бала феннің дыбысынан қорқып, ванна бөлмесінен қашады, жылайды, құлағын жабады.

Сұрақ: Жүйелі десенсибилизация жоспарын құрыңыз және ықтимал қауіп факторларын көрсетіңіз.

Кейс 3. «Еліктеу жоқ» — модельдеу стратегиясы

АСБ бар 6 жастағы қыз ересектердің қимылдары мен дыбыстарын қайталамайды. Тікелей өтініштерге жауап ретінде қашқақтайды.

Сұрақ: Алғашқы сессияларда модельдеу және видеомодельдеудің қандай элементтері тиімді?

Кейс 4. «Жеңін тістейді» — өзін-өзі бақылау және мінез-құлықты алмастыру
7 жастағы бала күн ішінде бірнеше рет жеңін тістейді. Ата-анасы мұны «әдет» деп санайды.

Сұрақ: Қандай өзін-өзі бақылау тәсілдерін және қандай алмастырушы әрекеттерді енгізуге болады?

Кейс 5. «Тәттіге тыйым салғанда агрессия» — оң/теріс қолдау

8 жастағы балаға тәтті берілмегенде ата-анасын ұрады. Ата-ана жанжалдан қашу үшін тәттіні қайта береді.

Сұрақ: Салдарлар жүйесін қалай қайта құру керек?

2-МОДУЛЬ. АСБ бар балалардың психофизиологиясы және дамуы

Кейс 6. «Атына жауап бермейді» — сенсорлық және нейрофизиологиялық негіздер

3,5 жастағы балаға аты бірнеше рет айтылса да жауап жоқ, бірақ музыка мен шуға реакция бар.

Сұрақ: Қандай гипотезалар (сенсорлық, когнитивтік, коммуникативтік) ұсынылады? Қандай тексеру әдістері қажет?

Кейс 7. «Аурудан кейін сөйлеу регрессі»

2,8 жастағы бала ауруханадан кейін бұрын қолданған сөздерін қолданбай қалды. Анасы: «Сөнгендей болды» дейді.

Сұрақ: Қай даму теориялары бұл құбылысты түсіндіре алады?

Кейс 8. «Шашына тигізуге төзбейді» — сенсорлық профиль

5 жастағы бала шашын тарағанда айқайлап, қашады.

Сұрақ: Қай сенсорлық жүйелерде бұзылыс бар? Қалай тексеруге болады?

Кейс 9. «Гипервизуалды сканерлеу»

12 жастағы жасөспірім ұсақ бөлшектерге қарай береді, әңгімелесушінің бетіне қарамайды.

Сұрақ: Бұл мінез-құлықты орталық когеренттік және айна нейрондары теориясымен байланыстырыңыз.

Кейс 10. «Музыкаға жауап жоқ»

4 жастағы бала дыбыстарға жауап бермейді, бірақ вибрацияға жауап береді.

Сұрақ: Сенсорлық гипосезімталдық пен есту жүйесінің патологиясын қалай ажыратуға болады?

3-МОДУЛЬ. АСБ бар балаларды психодиагностикалау

Кейс 11. «Анасы диагнозды бірден талап етеді»

3 жастағы баланың анасы алғашқы қабылдауда: «Бірден айтыңыз — аутизм бар ма, жоқ па?» дейді.

Сұрақ: Диагностиканың қандай кезеңдерін және қандай этикалық шектеулерді түсіндіру қажет?

Кейс 12. «Диагностикалық жағдайға төзімсіздік»

6 жастағы балаға зейінге арналған әдістеме ұсынылғанда, папканы жауып, қашып, үстелдің астына тығылады.

Сұрақ: Диагностикалық ортаны қалай бейімдеуге болады? АСБ жағдайында қандай әдістер қолдануға рұқсат етіледі?

Кейс 13. «Балабақшадағы скрининг»

Педагог «күдікті» белгілері бар балалардың тізімін беріп, «бәрін тексеріп шығуды» сұрайды.

Сұрақ: Ерте скрининг қалай жүргізіледі? Қандай этикалық және құпиялылық мәселелері туындайды?

Кейс 14. «Ұқсас симптомдар: АСБ ма, әлде сөйлеу дамуының кешеуілдеуі ме?»

3 жастағы бала сөйлемейді, ым-ишараны жиі қолданады. Анасы: «Бұл міндетті түрде аутизм» дейді.

Сұрақ: Қандай дифференциалды диагностикалық критерийлер ескеріледі?

Кейс 15. «ПМПК-да байланысқа түспейді»

ПМПК жағдайында бала байланысқа түспейді, бірлескен зейін жоқ, нұсқауларды орындамайды.

Сұрақ: Бақылауға және АВА-терапиясын талдауға сүйене отырып диагностиканы қалай дұрыс ұйымдастыруға болады?

4-МОДУЛЬ. Түзету-дамыту жұмысы

Кейс 16. «Үстелде 30 секундтан артық отырмайды» — сенсорлық интеграция және операнттық оқыту

4 жастағы бала сабақ кезінде үнемі орнынан тұрып кетеді.
Сұрақ: Қандай сенсорлық дайындық элементтері және қандай қолдау кестесі тиімді?

Кейс 17. «Қолымен стереотипті қозғалыстар»

13 жастағы жасөспірім қолын үнемі бұлғап отырады. Мұғалімдер бұл сыныпқа кедергі келтіреді дейді.

Сұрақ: Функционалдық талдау және алмастырушы мінез-құлықты қалай қолдануға болады?

Кейс 18. «Өтулердегі қиындықтар» — эмоционалды-деңгейлік тәсіл

Кез келген ауысу (үйден мектепке, сыныптан асханаға) кезінде истерика болады.

Сұрақ: Қандай эмоционалдық реттелу деңгейлері қатысады? Қандай әдістер тиімді?

Кейс 19. «Қатты тағам жемейді» — сенсорлық және моторлық факторлар

5 жастағы бала тек пюре қабылдайды, қатты тағамда құсу рефлексі пайда болады.

Сұрақ: Жұмысты кезең-кезеңімен қалай ұйымдастыру керек? Қандай әдістер қауіпті?

Кейс 20. «Отбасы ұсыныстарды орындамайды»

Ата-аналар: «Сіз мамансыз, өзіңіз жұмыс істей беріңіз» дейді.

Сұрақ: Шекараны сақтай отырып, ата-анамен жұмысты қалай ұйымдастыруға болады?

5-МОДУЛЬ. АСБ бар балаларды психологиялық-педагогикалық қолдау

Кейс 21. «Инклюзивті сынып»

7 жастағы бала сыныпта құрдастарынан қашқақтайды.

Тапсырма: Білім беру үдерісіне енгізу және әлеуметтік бейімдеу жоспарын құру.

Кейс 22. «Мұғалімдер дайын емес»

Педагогтар АСБ бар баламен қалай жұмыс істеуді білмейді.

Тапсырма: Педагогтарды қолдау және оқу үдерісіне бейімдеу бойынша ұсыныстар әзірлеу.

Кейс 23. «Сынып ресурстары»

Мектепте сенсорлық бұрыш және арнайы құралдар бар.

Тапсырма: Оларды тиімді қолдану жолдарын анықтау.

Кейс 24. «Әлеуметтік оқшаулану»

9 жастағы бала үзілісте жалғыз отырады.

Тапсырма: Әлеуметтік-коммуникативтік дағдыларды дамыту әдістерін таңдау.

Кейс 25. «Кешенді сүйемелдеу»

Бала бірнеше маманнан көмек алады.

Тапсырма: Мамандар жұмысын үйлестіру жоспарын құру.

Кейс 26. «Ата-аналар мен педагогтар арасындағы конфликт»

Ата-аналар мұғалімдерді сынайды.

Тапсырма: Ата-аналарды қолдау стратегиясын әзірлеу.

Кейс 27. «Педагогтың мотивациясының төмендігі»

Мұғалім: «Мағынасы жоқ» дейді.
Тапсырма: Педагог мотивациясын арттыру әдістерін ұсыну.
Кейс 28. «Үздіксіз сүйемелдеу»
Бала әр ортада жаңа талаптарға тап болады.
Тапсырма: Үздіксіз қолдауды қамтамасыз ету жолдарын анықтау.
Кейс 29. «Оқу материалдарына қолжетімділік»
Бала оқулықтарды түсінуде қиындық көреді.
Тапсырма: Бейімделген материалдар ұсыну.
Кейс 30. «Мамандар арасындағы үйлесімсіздік»
Мамандар бөлек жұмыс істейді.
Тапсырма: Ұжымдық жұмыс жоспарын құру.

Қорытынды

«Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету: психодиагностикадан түзету жұмысына дейін» оқу құралы қазіргі білім беру кеңістігі жағдайында аутизм спектрі бұзылған балаларды (АСБ) қолдаудың теориялық негіздері мен практикалық тәсілдерін студенттер тұтас түсінуді дамытуға бағытталған кешенді әдістемелік басылым болып табылады. Нұсқаулық осы тақырыптың негізгі аспектілерін жүйелі түрде қамтиды – АСБ клиникалық және мінез-құлық көріністерін талдаудан бастап, пәнаралық өзара әрекеттесу кезінде мамандар жүзеге асыратын нақты диагностикалық, түзету және білім беру стратегияларына дейін.

Нұсқаулық бес модульді қамтиды, олардың әрқайсысы АСБ бар балалармен жұмыстың маңызды бағыттарын дәйекті түрде ашады:

1. бұзылулардың проблемалары мен этиологиясымен таныстыру;
2. диагностика, оның ішінде психологиялық-педагогикалық және клиникалық тексеру;
3. мінез-құлықты түзету әдістері және қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА);
4. жеке білім беру маршруттарын әзірлеу;
5. білім беру ұйымында баланы сүйемелдеу және отбасымен өзара әрекеттесу.

Материал қолжетімді және логикалық түрде ұсынылған, бұл оны теориялық мазмұнды меңгеру процесінде де, практикалық сабақтарда немесе курстық және қорытынды біліктілік жұмыстарын орындау кезінде де пайдалануға мүмкіндік береді. Оқу-құралы болашақ педагог-психологтардың, логопедтердің, дефектологтардың, әлеуметтік қызметкерлердің, сондай-ақ қосымша және инклюзивті білім беру жүйесінің мамандарының кәсіби құзыреттіліктерін дамытуға бағытталған. Бұл студенттерге диагностика, түзету-дамыту іс-шараларын жоспарлау және жүзеге асыру дағдыларын меңгеруге, сондай-ақ АСБ бар баланы оқытудың және әлеуметтенудің жеке траекториясын құруға көмектеседі.

Оқу-құралдың мазмұндық бөлігінде клиникалық және даму психологиясы, нейропсихология, логопедия, педагогика, психиатрия, арнайы педагогика және әлеуметтік жұмыспен тығыз пәнаралық байланыс бар. Бұл оны әртүрлі білім беру бағдарламаларында, соның ішінде тиісті оқыту профильдерінде пайдалануға мүмкіндік береді. Сонымен қатар, оқу құралы ерекше білім беру қажеттіліктері бар балаларды дамыту және тәрбиелеу мәселелерін түсінуге жүйелі көзқарасты қалыптастыруға ықпал етеді.

Нұсқаулықта АСБ бар балаларды қолдаудың қазіргі әлемдік тенденциялары берілгенін атап өткен жөн: қолданбалы мінез-құлықты талдау әдістерін қолдану, визуалды қолдау, балама коммуникация жүйелері (PECS, AAC), сондай-ақ

сенсорлық және когнитивтік әдістерді біріктіру. Авторлар білім беру және психология саласындағы кәсіби қызметтің қазіргі заманғы стандарттарына сәйкес келетін баламен жұмыс істеуге этикалық-бағдарланған және гуманистік көзқарасқа назар аударады.

Пәнді одан әрі оқу бойынша ұсыныстарға мыналар жатады:

— ата-аналармен және мұғалімдермен жұмыс кезінде бақылау және сұхбат жүргізу әдістерін меңгеру;

— адаптивті мінез-құлық пен эмоционалдық реттеуді қалыптастыру тәсілдерін зерттеу;

— АСБ бар балаларды қолдауда цифрлық технологиялар мен мобильді қосымшаларды қолдану;

— жанұяға кеңес беру және психотәрбиелеу саласындағы құзыреттерді дамыту;

— АСБ тақырыбы бойынша ғылыми жобаларға қатысу;

— жағдайларды талдау және жеке бағдарламаларды әзірлеу бойынша жобалық тапсырмаларды орындау.

Оқу-құрал сонымен қатар білім беру ұйымдарының мамандары алдында тұрған практикалық мәселелерді шешуге бағытталған. Бұл инклюзивті қолдаудың бір бөлігі ретінде жеке білім беру бағыттарын құруда, түзету-дамыту іс-шараларын жоспарлауда, психологиялық-педагогикалық кеңесті ұйымдастыруда, ата-аналарға кеңес беруде және есеп құжаттамасын дайындауда пайдалы болуы мүмкін. Осылайша, оқу-құралы АСБ бар балаларды психологиялық-педагогикалық қолдау саласындағы заманауи ғылыми-тәжірибелік деректерді жинақтап қана қоймайды, сонымен қатар білім беру жүйесінде жұмыс істейтін мамандардың кәсіби іс-әрекетіне әдістемелік нұсқаулық қызметін атқарады. Ол кадрларды даярлау сапасын арттыруға, ғылыми-зерттеу және жобалық қызметті дамытуға, студенттердің рефлексия, кәсіби маңызды шешімдер қабылдау және ерекше білім беру қажеттіліктері бар балалармен жұмыс істеуге тұрақты мотивациясын дамытуға ықпал етеді.

Оқу басылымы оны білім беру тәжірибесінде, әдістемелік жұмыста одан әрі пайдалану үшін кең перспективалар ашады, сондай-ақ АСБ бар балаларды инклюзивті оқытуға және қолдауға бағытталған жаңа оқу-әдістемелік өнімдерді құруға негіз болады.

ГЛОССАРИЙ

ABA (Applied Behavior Analysis) – қолданбалы мінез-құлық талдауы, оперантты кондиция принциптерін пайдалана отырып, әлеуметтік маңызды мінез-құлықты өзгертуге бағытталған ғылыми негізделген тәсіл.

Аутизм спектрінің бұзылуы - әлеуметтік қарым-қатынастағы қиындықтармен, шектеулі қызығушылықтармен және қайталанатын мінез-құлықпен сипатталатын нейродаму бұзылыстары тобының жалпы термині.

Базальды эмоционалды реттеу – сыртқы және ішкі тітіркендіргіштерге жауап ретінде эмоционалдық күйлерді басқару мүмкіндігін қамтамасыз ететін биологиялық және психологиялық механизмдер жүйесі.

Кеңістік-уақытша сипаттамаларды қабылдау – адамның кеңістікте және уақытта бағдарлау қабілеті, ол АСБ бар балаларда жиі бұзылады, бұл олардың күнделікті әрекеттері мен мінез-құлқына әсер етеді.

Гирификация - мидың конвульсияларының пайда болу процесі; атипті гирификация нейродаму бұзылыстарын, соның ішінде аутизмді көрсетуі мүмкін.

Дифференциалды диагностика - бұл АСБ-ны басқа бұзылулардан (мысалы, ақыл-ойдың дамуы тежелуі, СДВГ, балалық шизофрения) ажырату үшін кешенді бағалау.

Айна нейрондары еліктеумен, эмпатиямен және басқалардың ниеттерін түсінумен айналысатын нейрофизиологиялық құрылымдар; олардың дисфункциясы АСБ нейробиологиялық механизмдерінің бірі болып саналады.

Жеке білім беру бағдарламасы (ЖБББ) – мүмкіндігі шектеулі баланы оның мүмкіндіктері мен ерекшеліктеріне бейімделген оқытудың мақсаттарын, мазмұнын, әдістері мен нысандарын белгілейтін құжат.

Танымдық процестер - бұл дүниені тануды қамтамасыз ететін психикалық процестер: зейін, қабылдау, есте сақтау, ойлау, сөйлеу. АСБ бар балаларда олар жиі біркелкі емес дамиды.

Түзету-дамыту жұмысы – АСБ бар балаларда даму бұзылыстарын жеңуге немесе төмендетуге және жаңа дағдыларды қалыптастыруға бағытталған мақсатты әрекеттер жүйесі.

Өзін-өзі бақылау әдістері – бұл берілген стратегиялар арқылы баланың мінез-құлқын өз бетінше реттеуге үйретуге бағытталған мінез-құлық әдістері.

Жаза – жағымсыз салдарларға байланысты жағымсыз мінез-құлықтың қайталану ықтималдығын төмендетуді көздейтін және этикалық нормаларды қатаң сақтай отырып қолданылатын әсер ету әдісі.

Позитивті күшейту - оның пайда болу жиілігін арттыру үшін қажетті мінез-құлықтан кейін бірден оң ынталандыруды енгізу.

Қолданбалы мінез-құлық талдауы (АВА) - бейімделуді жақсарту үшін мінез-құлықты жүйелі түрде өзгерту үшін ғылыми әдістерді қолданатын мінез-құлық терапиясы.

АСБ (аутизм спектрінің бұзылыстары) - жалпы белгілермен біріктірілген психикалық даму бұзылыстарының тобы: әлеуметтік қарым-қатынастағы тапшылық және қайталанатын мінез-құлық.

Сенсорлық интеграция – бұл орталық жүйке жүйесінің сенсорлық ақпаратты өңдеу процесі. Бұл процестегі бұзылулар АСБ бар балаларға тән және сенсорлық тітіркендіргіштерге гипер немесе гипореактивтілік ретінде көрінеді.

Скрининг - бұл мүмкін болатын бұзылуларды, соның ішінде жас балалардағы АСБ белгілерін ерте анықтау үшін жаппай тексеру әдісі.

Әлеуметтік оқыту – бақылау, еліктеу және басқалармен қарым-қатынас жасау арқылы мінез-құлықты меңгеру; АСБ бар балаларда бұл қабілет төмендеуі мүмкін.

Құрылымдық-деңгейлік тәсіл - бұл психикалық функциялардың даму иерархиясын және олардың деңгейлік ұйымдастырылуын түсінуге негізделген түзету жұмыстарының тұжырымдамасы.

Десенсибилизация әдістемесі – адамды күйзеліске ұшырататын ынталандыруға бірте-бірте дағдыландыру арқылы мазасыздық немесе фобтық реакцияны біртіндеп төмендетуге бағытталған мінез-құлық терапиясының әдісі.

Томатис-терапиясы – арнайы өңделген дыбыстар арқылы есту жүйесін ынталандыруға негізделген түзету әдісі; қарым-қатынасы бұзылған және сенсорлық ыдырауы бар балаларда қолданылады.

Функционалды байланыс – бұл ақпаратты тұтас қабылдауды және біріктіруді қамтамасыз ететін мидың әртүрлі бөліктері арасындағы белсенділікті үйлестіру.

Эмоционалды-деңгейлі терапия – эмоционалдық жауаптарды дамытуға, эмоционалды байланыс орнатуға және регрессияны жеңуге бағытталған психологиялық түзету әдісі.

Мидың атипті белсендірілуі - нейробейнелеу көмегімен анықталған нормаға тән емес ми қызметінің аймақтары немесе режимдері; АСБ бар бірқатар балаларға тән, әсіресе әлеуметтік немесе коммуникативті тапсырмаларды орындау кезінде.

Аутизмнің биомаркерлері - бұл биологиялық көрсеткіштер (мысалы, генетикалық, метаболикалық, нейрофизиологиялық), олар АСБ диагностикасы немесе болжамы үшін объективті критерийлер бола алады.

Гендік-қоршаған орта архитектурасы - бұл тұқым қуалаушылықтың да, өмір сүру жағдайлары мен тәрбиенің де маңыздылығын атап, АСБ дамуындағы генетикалық және экологиялық факторлардың өзара әрекеті.

Когнитивті қайта құрылымдау - бейімделмеген нанымдар мен ойлау үлгілерін өзгертуге бағытталған когнитивті мінез-құлық терапиясының әдісі.

АСБ клиникалық сипаттамасы – мінез-құлық ерекшеліктерін, эмоцияларды және нейропсихиатриялық реакцияларды қамтитын медициналық және психиатриялық тәжірибе тұрғысынан аутизм көріністерінің сипаттамасы.

Мінез-құлықты модельдеу – балада қалаған мінез-құлықты көрсету, содан

кейін оның қайталануын күшейту арқылы оқыту әдісі.

Оперативті оқыту – АВА терапиясының негізінде жатқан ынталандырулар мен салдарлар жүйесі арқылы мінез-құлықты қалыптастыру әдісі.

Праксис (практикалық функциялар) – оқыту нәтижесінде қалыптасқан күрделі қозғалыс әрекеттері; ASD бар балалар көбінесе бұл аймақтарда, әсіресе еліктеу және мақсатты әрекеттерде бұзылыстарды көрсетеді.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық комиссия (ПМПК) баланы кешенді диагностикалауды жүзеге асыратын және оны оқыту мен түзету көмегін көрсету шарттарын айқындайтын пәнаралық орган болып табылады.

Психодиагностика – диагноз қою, болжау және түзету жұмыстарын жоспарлау мақсатында психикалық процестерді, күйлер мен тұлғаның қасиеттерін бағалаумен байланысты психология саласы.

АСБ психофизиологиясы – аутизм спектрі бұзылған балалардағы психикалық процестер мен физиологиялық механизмдер арасындағы байланысты зерттейтін ғылым саласы.

Сенсорлық-перцептивті профиль – балада сенсорлық ақпаратты қабылдау мен өңдеудің жеке ерекшеліктерінің сипаттамасы; көбінесе гипер- немесе гипосезімталдық аймақтарын қамтиды.

Әлеуметтік коммуникация – бұл адамдардың сөйлеу, мимика, ым-ишара және басқа да құралдарды қолданатын өзара әрекеттесу процесі; АСБ бар балаларда бұл салада жиі бұзылулар бар.

Қоршаған орта ресурстары - бұл АСБ бар балалардың табысты оқуына және әлеуметтенуіне қолдау көрсететін білім беру, физикалық және әлеуметтік ортаның элементтері (мысалы, сенсорлық бөлмелер, көрнекі кестелер, құрылымдық кеңістік).

Аверсионды кондиция - бұл қажетсіз мінез-құлық жағымсыз ынталандырумен бірге жүретін даулы әдіс; этикалық шектеулерге байланысты қазіргі тәжірибеде сирек қолданылады.

Өшіру - бұл оның азаюына немесе жойылуына әкелетін қажетсіз мінез-құлықты күшейтуді тоқтатуға негізделген мінез-құлық терапиясы әдісі.

Өзін-өзі күту дағдыларын қалыптастыру – АСБ бар балаға негізгі өмірлік дағдыларды үйрету бойынша жүйелі жұмыс: тамақтану, дәретхана, киіну, гигиена және т.б. АСБ эпидемиологиясы – аутизм спектрі бұзылыстарының таралуын, жиілігін, қауіп факторларын және динамикасын зерттейтін ғылым бөлімі.

Психодиагностикадағы этикалық стандарттар - бұл емтихандарды өткізуді, құпиялылықты, ақпараттандырылған келісімді және баланың жеке басын құрметтеуді реттейтін кәсіби ережелер жиынтығы.

Эмоционалды-семантикалық түсініктеме - бұл эмоционалдық жауап пен түсінуді қалыптастыру үшін ересек адамның баланың эмоционалдық күйін сөзбен жеткізу әдісі, АСБ бар балаларды емдеуде белсенді қолданылады.

Пайдаланылган әдебиеттер тізімі

1. Алпысбаева М.Б. Курс лекций по дисциплине «Специальная психология и диагностика детей с особыми образовательными потребностями» / М-во науки и высшего образования РК, Северо-Казахстанский ун-т им. М. Козыбаева. — Петропавловск: [б. и.], 2023. — 97 с.
2. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра: вводный курс: учебное пособие. — М.: Практика, 2018. — 280 с.
3. Андрущенко Т.Ю., Карабекова Н.В. Коррекционные и развивающие игры для детей 6–10 лет: учеб. пособие. — М.: Академия, 2004. — 91 с.
4. Ахметзянова А.И., Дадакина В.Ю., Кротова И.В. и др. Расстройства аутистического спектра: современные подходы к психолого-педагогическому сопровождению: учеб.-метод. пособие. — Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2020. — 911 с.
5. Елисеева И.Г., Ерсарина А.К. Психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательной школе: метод. рекомендации. — Алматы: ННП ЦКП, 2019. — 96 с.
6. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития. — М.: Полиграф Сервис, 2010.
7. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
8. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. — М., 1985.
9. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития. — М.: Когито-Центр, 2000. — 350 с.
10. Горячева Т.Г. Расстройства аутистического спектра у детей: метод сенсорной коррекции: учеб.-метод. пособие. — М.: Генезис, 2019. — 167 с.
11. Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В. Детский аутизм: диагностика и коррекция: учеб. пособие. — СПб.: Дидактика Плюс, 2004. — 80 с.
12. Беткер Л.М. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра: учеб.-метод. пособие. — Ханты-Мансийск: РИО ИРО, 2013. — 82 с.
13. Беттельхейм Б. Пустая крепость: детский аутизм и рождение Я. — М.: Академический проект; Фонд «Мир», 2013. — 480 с.
14. Борисова Е.М. Современные тенденции развития психодиагностики // Психологическая наука и образование. — 1997. — № 2. — С. 11–19.
15. Бреслав Г.М. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности: учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2006. — 137 с.
16. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2006. — 351 с.

17. Frigaux A., Evrard R., Lighezzolo-Alnot J. ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: interests, limits and openings // *L'Encephale*. — 2019. — Vol. 45, № 5. — P. 441–448. — DOI: 10.1016/j.encep.2019.07.002.
18. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер, 2008. — 528 с.
19. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб.: Питер, 1997. — 336 с.
20. Ворошнина О.Р. Клинико-психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в условиях общего (инклюзивного и специального) образования: учебник. — Пермь: Пермский гос. гуманитарно-педагогический ун-т, 2015. — 204 с.
21. Глухов В.П. Специальная педагогика и специальная психология. Практикум: учеб. пособие. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2018. — 313 с.
22. Лапп Е.А. Психолого-педагогические основы формирования связной письменной речи младших школьников с ЗПР: теория и практика. — Саратов: Вузовское образование, 2013. — 258 с.
23. Гох А.Ф. Теория и практика инклюзивного образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра: учеб. пособие. — Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2016. — 108 с.
24. Аксенова Л.И. Специальная педагогика: учеб. пособие. — 11-е изд., перераб. и доп. — М.: Академия, 2013. — 382 с.
25. Александров А.А. Интегративная психотерапия. — СПб.: Питер, 2009. — 352 с.
26. Александров А.А. Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы // *Психотерапия*. — 2003. — № 1. — С. 8–12.
27. Стребелева Е.А., Белякова Ю.Ю., Браткова М.В. и др. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: пособие. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2017. — 128 с.
28. Александров А.А. Проблемы интегративной психотерапии // *Психология и психотерапия*. — СПб., 2002. — С. 17–23.
29. Кошлякова Е.В. Основные методы диагностики аутизма у детей дошкольного возраста // *Молодой ученый*. — 2020. — № 48 (338). — С. 120–122. — URL: <https://moluch.ru/archive/338/75766/> (дата обращения: 05.11.2023).
30. Гуревич П.С. Психология: учебник. — М.: Юнити-Дана, 2015. — 319 с.
31. Детский аутизм: хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. — СПб.:, 2001.
32. Альтхерр П. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учеб. пособие. — М.: Академия, 2004. — 155 с.
33. Довбня С., Морозова Т., Залогина А., Монова И. Дети с расстройствами

- аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью. — М.: Альпина ПРО, 2022. — 168 с.
34. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. — London: NICE, 2021. — URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>
35. World Health Organization. Autism spectrum disorders & other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. — Geneva: WHO, 2013. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506618>
36. Доусон Дж., Бернер К. Поведенческие вмешательства для детей и подростков с расстройствами аутистического спектра // *Current Opinion in Pediatrics*. — 2011. — Vol. 23, № 6. — P. 616–620.
37. Ерсарина А.К., Джангельдинова З.Б., Айтжанова Р.К. Специальная развивающая программа для детей с аутизмом. — Алматы: ННП ЦКП, 2020. — 169 с.
38. Колесникова Г.И. Специальная психология и специальная педагогика: учеб. пособие. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2018. — 252 с.
39. Журавлев А.Л., Соснин В.А., Китова Д.А., Нестик Т.А., Юревич А.В. Массовое сознание и поведение: тенденции социально-психологических исследований. — М.: Ин-т психологии РАН, 2017. — 424 с.
40. Залевский Г.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учеб. пособие. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2022. — 194 с.
41. Francés L., Quintero J., Fernández A. et al. Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: a systematic review // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. — 2022. — Vol. 16, № 1. — Article 27. — DOI: 10.1186/s13034-022-00462-1.
42. Крэйн У. Секреты формирования личности. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. — 512 с.
43. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2006. — 398 с.
44. Кузнецова М.В. Методические рекомендации по организации психолого-педагогического сопровождения психического развития детей-сирот раннего возраста в условиях Дома ребенка. — Курск: КИНПО (ПК и ПП) СОО, 2009. — 63 с.
45. Захаренко А.С., Рокицкая Ю.А., Шепель Т.А. и др. Образование и социализация детей с расстройствами аутистического спектра в условиях школы-интерната для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. — Ч.: ЧГПУ, 2016. — 130 с.
46. Рудик О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком. — М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2015. — 189 с.
47. Скиннер Б. Оперантное поведение // *История зарубежной психологии: тексты*. — М., 1986. — С. 60–82.

- 48.Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н. Непрерывное образование и комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра: учеб.-метод. пособие. — СПб., 2019. — 79 с.
- 49.Игнатова Е.С. Психодиагностика: учеб. пособие. — Пермь: Пермский гос. нац. исслед. ун-т, 2018. — 94 с.
- 50.Инклюзивное образование: настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ: метод. пособие / под ред. М.С. Старовойтовой. — М.: ВЛАДОС, 2014. — 168 с.
- 51.Келли А.Д. Теория личности. — СПб.: Речь, 2000. — 249 с.
- 52.Костина Л.М. Интегративная игровая психологическая коррекция: монография. — СПб.: Речь, 2006. — 135 с.
- 53.Кустова Т.В., Таранушенко Т.Е. Аутизм у детей: учеб.-метод. пособие. — Красноярск: КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 118 с.
- 54.Максимова Е.В. Уровни общения: причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна. — М.: Диалог-МИФИ, 2015. — 288 с.
- 55.Селиверстов В.И. Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика. Введение в специальность. Ч. 2: методическое приложение. — М.: ВЛАДОС, 2010. — 318 с.
- 56.Защиринская О.В. Нарушения поведения и развития у детей: книга для родителей и специалистов. — СПб.: КАРО, 2011. — 176 с.
- 57.Коэн М.Дж., Герхардт П.Ф. Визуальная поддержка. Система действенных методов для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. — 27 с.
- 58.Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
- 59.Jansen D., Petry K., Ceulemans E. et al. Functioning and participation problems of students with ASD in higher education: which reasonable accommodations are effective? // *European Journal of Special Needs Education*. — 2016. — Vol. 32, № 1. — P. 71–88. — DOI: 10.1080/08856257.2016.1254962.
- 60.Sharma S., Hucker A., Matthews T. et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis // *BMC Psychology*. — 2021. — Vol. 9. — Article 151. — DOI: 10.1186/s40359-021-00658-8.
- 61.Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И. Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра // *Аутизм и нарушения развития*. — 2017. — № 15 (2). — С. 19–31.
- 62.Натарова Н.К.А., Семке А.В., Гуткевич Е.В. Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты). — Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. — 192 с.
- 63.Старовойтова М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с

- расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей. — М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. — 144 с.
64. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. — М.: Теревинф, 2008.
65. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб.-метод. комплекс. — 3-е изд., стереотип. — М.: Флинта; МПСИ, 2010. — 220 с.
66. Павалаки И.Ф., Болгарова М.А., Степина О.С. и др. Коррекционно-развивающая работа при тяжелых расстройствах аутистического спектра: учеб.-метод. пособие. — Сургут: Сургутский гос. пед. ун-т, 2014. — 192 с.
67. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. — СПб.: Питер, 2003. — 544 с.
68. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования. — М., 2000. — 607 с.
69. Плаксунова Э.В. Исследование физического развития и двигательных способностей учащихся с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. — 2014. — № 1 (42). — С. 26–32.
70. Подольская О.А. Основы специальной педагогики и психологии: учеб. пособие. — Елец: Елецкий гос. ун-т им. И.А. Бунина, 2013. — 212 с.
71. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: учеб. пособие. — М.: Академия, 2002. — 192 с.
72. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития: модель анализа и её использование в практической деятельности. — М.: Генезис, 2011.
73. Кузнецова М.В. Методические рекомендации по организации ранней логопедической помощи детям с задержкой коммуникативно-речевого развития. — Курск: Курский гос. пед. ун-т, 2013. — 13 с.
74. Скворцов И.А. Детский аутизм в неврологии. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2023. — 592 с.
75. Соколова Е.Е. Тринадцать диалогов о психологии. — М.: Смысл, 1995. — 653 с.
76. Козловская Г.Ю. Развитие навыков речи и коммуникации у детей и подростков с аутистическими расстройствами: учеб. пособие (практикум). — Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный ун-т, 2019. — 111 с.
77. Bell S., Devecchi C., McGuckin C., Shevlin M. Making the transition to post-secondary education: opportunities and challenges experienced by students with ASD in the Republic of Ireland // European Journal of Special Needs Education. — 2016. — Vol. 32, No. 1. — P. 54–70. — DOI: 10.1080/08856257.2016.1254972.
78. Шипицына Л.М., Вартамян И.А. Анатомия, физиология и патология органов

- слуха, речи и зрения: учебник. — М.: Академия, 2008. — 432 с.
- 79.Ташева А.И., Воронцов Д.В., Гриднева С.В. Консультативная психология: базовые методические проблемы. — Ростов н/Д: Изд-во Южного федерального ун-та, 2016. — 342 с.
- 80.Каган В.Е. Аутизм у детей. — 2-е изд., доп. — М.: Смысл, 2020. — 384 с.
- 81.Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. — М.: Теревинф, 2005. — 224 с.
- 82.Манелис Н.Г., Волгина Н.Н., Никитина Ю.В. и др. Организация работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра: метод. пособие. — М.: ФРЦ МГППУ, 2017. — 94 с.
- 83.Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей: метод. пособие. — М.: Тенериф, 2017. — 130 с.
- 84.Хаустов А.В. Формирование навыков речевой коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра. — М.: ЦПМССДиП, 2010. — 87 с.
- 85.Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учеб. пособие. — М.: Академия, 2002. — 368 с.
- 86.Стребелева Е.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога. — М.: Парадигма, 2014. — 72 с.
- 87.Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СПб.: Питер, 2000. — 464 с.
- 88.Тюлюпергенева Р.Ж. Специальная психология: учеб.-метод. пособие. — Усть-Каменогорск: Берел, 2016. — 164 с.
- 89.Шевчук Е.П. Основы методики коррекционно-развивающей работы. — Брест: Брест. гос. ун-т им. А.С. Пушкина, 2019. — 373 с.
- 90.Шилова Т.А. Психодиагностика и коррекция детей с отклонениями в поведении: практ. пособие. — М.: Айрис-пресс, 2004. — 173 с.
- 91.Джангельдинова З.Б., Баймуханова М.Е. Психолого-педагогическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с детским аутизмом: метод. рекомендации. — Алматы, 2015. — 86 с.
- 92.Jasim S., Perry A. Repetitive and restricted behaviors and interests in autism spectrum disorder: relation to individual characteristics and mental health problems // BMC Psychiatry. — 2023. — Vol. 23, No. 1. — Article e356. — DOI: 10.1186/s12888-023-04766-0.
- 93.Mitra S., Lakshmi D., Govindaraj V. Data analysis and machine learning in AI-assisted special education for students with exceptional needs // AI-assisted special education for students with exceptional needs / ed. A. Kumar, A. Nayyar, R.K. Sachan, R. Jain. — Hershey: IGI Global, 2023. — P. 67–109. — DOI: 10.4018/979-8-3693-0378-8.ch004.
- 94.Oumaima D., Mohamed L., Hamid H., Mohamed H. Application of artificial intelligence in virtual reality // Trends in Sustainable Computing and Machine

- Intelligence: Proceedings of ICTSM 2024. — 2024. — P. 67–85. — DOI: 10.1007/978-981-99-9436-6_6.
- 95.Rezaei A.R. Applications of immersive technologies in education: a systematic literature review // *Advances in Online Education*. — 2024. — Vol. 2, No. 3. — P. 232–251. — DOI: 10.69554/RTYW5177.
- 96.Sharma A., Babu V. Enhancing social interaction skills for autism spectrum disorder (ASD) individuals in the metaverse // *14th International Conference on Information and Communication Technology Convergence*. — 2023. — P. 193–198. — DOI: 10.1109/ICTC58733.2023.10392788.
- 97.Mosher M.A., Carreon A.C., Craig S.L., Ruhter L.C. Immersive technology to teach social skills to students with autism spectrum disorder: a literature review // *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. — 2022. — Vol. 9, No. 3. — P. 334–350. — DOI: 10.1007/s40489-021-00259-6.
- 98.Rane N.L., Choudhary S.P., Rane J. Education 4.0 and 5.0: integrating artificial intelligence (AI) for personalized and adaptive learning // *Journal of Artificial Intelligence and Robotics*. — 2024. — Vol. 1, No. 1. — P. 29–43. — DOI: 10.61577/jaiar.2024.100006.

Өзін-өзі тексеруге арналған жауаптар

Модуль 1. Аутизм спектрі бұзылған балалармен жұмыс істейтін психолог тәжірибесіндегі мінез-құлық психотерапиясының негіздері.

1. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	b
2	e
3	d
4	b
5	a
6	c

2. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	b
4	d
5	d
6	a
7	c
8	d
9	d
10	b

3. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	d
3	b
4	c
5	b
6	b
7	b
8	b
9	c
10	b

4. Дәріс

Сұрақ нөмірі/Номер вопроса	Дұрыс жауап/Правильный ответ
1	b
2	b
3	c
4	e

5	b
6	c
7	c
8	c
9	c
10	b

5.Дәріс

Сурақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	c
3	b
4	c
5	d
6	c
7	c
8	b
9	b
10	b

Модуль 2. Аутизм спектрі бұзылған балалардың психофизиологиялық және жас ерекшеліктері (АСБ)/ . Психофизиологические и возрастные особенности детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

1. Дәріс

Сурақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	c
3	b
4	c
5	a
6	a
7	c
8	d
9	a
10	d

2.Дәріс

Сурақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	c
3	c
4	d
5	c
6	d
7	b

8	d
---	---

3. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	b
2	d
3	c
4	c
5	b
6	c
7	a
8	e
9	b
10	a

4. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	c
3	b
4	d
5	c
6	c
7	c
8	c
9	b
10	c

5. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	e
2	e
3	e
4	e
5	c
6	c

6. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	a
2	a
3	c
4	c
5	e
6	b
7	d

8	b
9	b
10	b
11	a
12	d

7. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	d
3	d
4	d
5	d
6	d
7	d
8	d
9	d
10	d

8. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	d
4	a
5	e
6	c
7	b
8	d
9	a
10	e

9. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	d
4	c
5	d
6	b
7	c
8	c
9	c
10	b

10. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	b
5	c
6	c
7	c
8	b
9	a
10	c

11. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	b
3	c
4	a
5	c
6	d
7	c
8	c
9	d
10	a

*Модуль 3. АСБ бар балалармен психодиагностикалық жұмыс/
Психодиганостическая работа с детьми с РАС*

1. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	c
6	b
7	c
8	c
9	c
10	a

2. Дәріс/Лекция

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	d

3	c
4	c
5	d
6	b
7	c
8	c
9	c
10	e

3. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	d
3	b
4	a
5	d
6	a
7	c
8	c
9	c
10	c

4. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	c
3	b
4	c
5	c
6	d
7	e
8	c
9	b
10	c

5. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	c
3	a
4	b
5	c
6	a
7	c
8	a
9	b

10	b
----	---

6.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	b
2	c
3	a
4	c
5	b
6	c
7	a
8	a
9	c
10	b

7.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	d
7	d
8	c
9	b
10	d

8.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	d
3	d
4	b
5	b
6	c
7	e
8	c
9	a
10	c

9.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c

4	d
5	d
6	a
7	d
8	b
9	d
10	d

Модуль 4. Аутизм спектрі бұзылған балалармен мінез-құлық психологының түзету және дамыту жұмысы

1.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	b
7	a
8	b
9	d
10	e

2.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	d
5	d
6	c
7	a
8	c
9	b
10	c

3.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	d
3	b
4	d
5	d
6	e
7	c

8	c
9	d
10	c

4.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	c
3	d
4	c
5	b
6	c
7	c
8	b
9	a
10	b

5.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	b
4	c
5	c
6	a
7	c
8	a
9	c
10	d

6.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	c
3	c
4	c
5	c
6	d
7	a
8	b
9	e
10	d

7. Дәріс/Лекция

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c

2	b
3	b
4	c
5	b
6	d
7	b
8	d
9	b
10	c

8. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	c
3	b
4	b
5	d
6	a
7	a
8	b
9	c
10	c

9. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	b
7	a
8	b
9	d
10	a

10. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	d
6	b
7	c
8	c

9	b
10	c

11.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	b
2	b
3	c
4	a
5	a
6	b
7	c
8	b
9	c
10	c

Модуль 5. Білім беру ұйымдарындағы аутизм спектрі бұзылған (АСБ) балаларға психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету.

1.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	c
7	d
8	b
9	b
10	c

2.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	c
6	b
7	b
8	c
9	b
10	b

3. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	b
4	b
5	b
6	b
7	c
8	b
9	c
10	a

4. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	b
5	c
6	b
7	e
8	b
9	a
10	b

5. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	b
3	c
4	c
5	c
6	c
7	a
8	d
9	d
10	b

6. Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	c

6	b
7	d
8	c
9	c
10	d

7.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	d
2	b
3	c
4	a
5	b
6	c
7	d
8	d
9	c
10	e

8.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	b
4	d
5	a
6	c
7	d
8	a
9	b
10	c

9.Дәріс

Сұрақ нөмірі	Дұрыс жауап
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	d
7	c
8	c
9	b
10	a

Көкшетау университеті Ш. Уәлиханов атындағы басылымы

Лепешев Дмитрий Владимирович
Доскенова Динара Айтбаевна
Оразбаева Кульдархан Оналбековна

АУТИЗМ СПЕКТРІ БҰЗЫЛҒАН БАЛАЛАРҒА ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ-
ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ҚОЛДАУ КӨРСЕТУ: ПСИХОДИАГНОСТИКАДАН
КОРРЕКЦИЯЛЫҚ ЖҰМЫСҚА ДЕЙІН
ОП «Психология», ОП «Психология ІР», ОП «Педагогика және психология»
білім беру бағдарламаларының студенттеріне арналған оқу құралы

Ш. Уәлиханов атындағы Көкшетау университетінің редакциялық-баспа бөлімі
Көкшетау қ., Темірбеков көшесі, 30а

Баспаға қол қойылған күні __. __. 2025 ж.
Формат 60×84 1/16

Баспа қағазы №1
Есептік-баспа табақ саны __, шартты баспа табақ – 9,6. Тапсырыс №. __