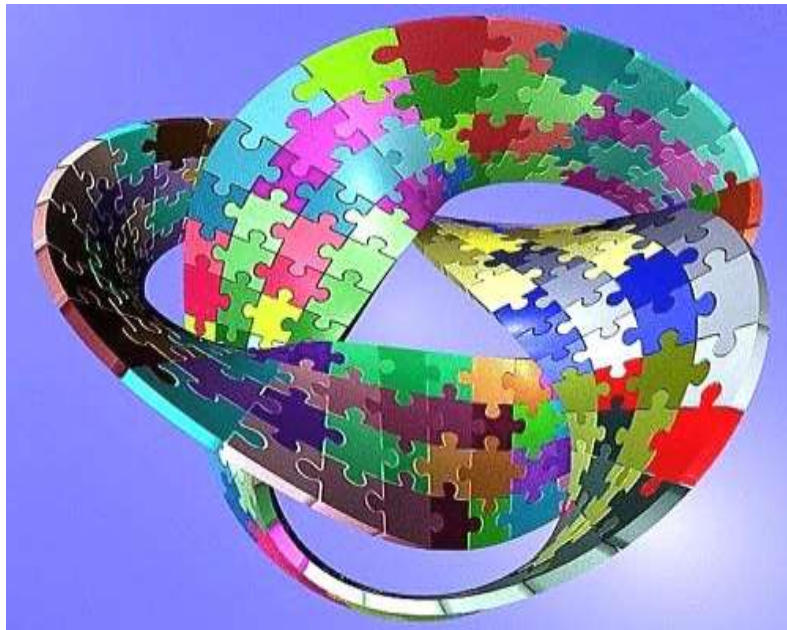


**Міністерство освіти і науки України
Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова**

Валентина ТАРАСУН

АУТОЛОГІЯ
ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА



Підручник

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*

Рецензенти:

Синьов В.М., дійсний член академії педагогічних наук України, доктор педагогічних наук, професор, декан факультету корекційної педагогіки та психології НПУ ім. М.С. Драгоманова

Бекетова Г.В., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної Академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика

Романенко О.В., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психології та педагогіки Національної академії внутрішніх справ

Шеремет М.К., доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри логопедії НПУ ім. М.П. Драгоманова

В. Тарасун. Аутологія: теорія і практика. Підручник. В Тарасун – К.: «Вадекс», 2018. – с.590.

У підручнику висвітлено досягнення науки, перспективи практики і проблеми аутології – розділу корекційної педагогіки і спеціальної психології, присвяченого вирішенню питань розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Розкрито сучасні медико-психолого-педагогічні і нейропсихологічні підходи до вивчення розладів аутичного спектру (РАС). Представлено загальноприйняті, традиційні, а також авторські методики діагностики особливостей розвитку дитини з аутизмом. Висвітлено систему інтенсифікації корекції розвитку дітей з РАС: різновиди підходів; дорожню карту аутологічної допомоги; методики корекції соціально-емоційного і комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС. Розкрито зміст, значення і методичну реалізацію сучасного нейропсихологічного напрямку аутологічної допомоги дітям з РАС.

Підручник адресується студентам, науковцям, а також корекційним педагогам, логопедам, спеціальним і клінічним психологам, які здійснюють навчання і соціалізацію дітей з РАС в умовах спеціальної та інклюзивної освіти.

Водночас є корисним у підготовці вчителя початкових класів загальноосвітньої школи до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти.

Підручник може допомогти батькам дітей з особливостями в розвитку конструктивно діяти з фахівцями у вирішенні спільних завдань розвитку і соціалізації дитини.

На обкладинці використано фрагмент композиції стрічки Мебіуса, яка сьогодні широко застосовується в науці й мистецтві для побудови нових гіпотез і теорій. Замкнена сама на собі спіраль може дати логічне пояснення перспективі знаходження людиною з аутизмом «свого місця» у загальній картині нейрорізноманітного суспільства.

ISBN 978-966-9725-41-7

© **В.В. Тарасун**

З М І С Т

ПЕРЕДМОВА.....	10
МОДУЛЬ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ АУТОЛОГІЇ.....	12
Тема 1. Аутологія: предмет, завдання, принципи, методи, актуальні проблеми, зв'язок з іншими галузями науки.	12
1.1. Аутологія: визначення, предмет, об'єкт, мета, завдання, актуальні проблеми.....	12
ТЕМА 2. Аутологія як міждисциплінарна галузь наукового знання і практики: внутрішньосистемні і міжсистемні зв'язки з іншими науками.....	46
2.1. Філософські та соціокультурні засади аутології: спеціальна освіта як особливий соціальний інститут; взаємозв'язок компонентів спеціальної освіти з основними напрямками філософії (філософією гармонійної цілісності і релятивісько-плюралістичною) та напрямками корекційної педагогіки (гуманітаризацією, фундаменталізацією, соціокультурною інтеграцією та адаптацією)	46
2.2. Нейропсихологічні основи аутології: структурна функціональна організація мозку; блок регуляції рівня активності мозку (енергетичний блок); блок прийому, переробки і збереження інформації; блок програмування, регуляції діяльності та її контролю; симптоматика основних порушень функціонування блоків мозку.....	57
2.3. Міжсистемні зв'язки аутології з патопсихологією як галуззю психологічної науки: патопсихологія як галузь психологічної науки; основні завдання патопсихології; відмінності між патопсихологією і психопатологією; особливості діагностичної діяльності патопсихолога при вирішенні питань, специфічних для дитячого віку; принципи підбору діагностичних патопсихологічних методик; значення патопсихологічного методу для вивчення розладів аутичного спектру.....	74
2.4. Взаємозв'язок аутології з психосоматикою – розділом клінічної психології: причини виникнення психосоматичних захворювань; диференційно-діагностичні критерії різних форм психосоматичних розладів у різних категорій дітей; врахування факторів ризику виникнення психосоматичних захворювань у дітей з РАС; діагностика стану сформованості соціально-емоційних форм поведінки дитини; особливості психосоматичної патології у дітей з особливостями в розвитку.....	82
2.5. Психодіагностика як практичний компонент професійної діяльності аутолога: загальний план діагностичного обстеження; методи, умови, організація діагностичного обстеження; види діагнозу, помилки діагностики; рівні психодіагностичного обстеження; методики оцінювання стану психофізичного розвитку дитини з РАС	

ТЕМА 3. Аутологія – розділ корекційної педагогіки і спеціальної психології. *Внесок українських вчених-дефектологів у світовий науковий простір дослідження проблеми РАС.....***101**

Висновки

Завдання і запитання

Література

МОДУЛЬ II. ПРИЧИНИ, МОЗКОВІ МЕХАНІЗМИ, КЛАСИФІКАЦІЇ РАС**112**

ТЕМА 4. Рівні розуміння розладів аутичного спектру. Фактори ризику і захисту..... **112**

4.1. Рівні пояснення виникнення розладів аутичного спектру.....**112**

А. Етіологічний (базальний) рівень пояснення аутизму

В. Нейробіологічний рівень – рівень мозкових структур і

С. Нейропсихологічний рівень пояснення аутизму (теорії регулятивної дисфункції, ослаблення центрального зв'язування, лімбічна теорія

Д. Симптоматичний рівень пояснення – рівень симптомів і поведінкових особливостей

4.2. Причини, мозкові механізми і класифікації РАС: генетичні зміни, соціальні умови, порушення нейропсихологічних систем як фундаментальні причини аутичного розладу**152**

Висновки

Завдання і запитання

Література

МОДУЛЬ III. ДІАГНОСТИКА СТАНУ ПСИХОФІЗИЧНОГО І СОЦІОЕМОЦІЙНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РАС**181**

Тема 5. Стадії аутологічного обстеження дитини з РАС.....**181**

5.1. Загальні підходи до діагностики стану психофізичного розвитку дітей з аутизмом: загальний план діагностичного обстеження дитини, вибір діагностичних критеріїв, труднощі організації діагностики.....**181**

5.2. Початкова стадія аутологічної діагностики: мета і форми обстеження, створення робочого образу (моделі) дитини, прийняття початкового рішення **186**

Тема 6. Збір діагностичної інформації: фаховий інструментарій та особливості оцінювання **197**

6.1. Стрижневі методи збору інформації: інтерв'ювання батьків, спостереження за дитиною, тестування **.197**

А. Специфіка інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом: загальні навички, спеціальні техніки, типові стадії і форми

В. Особливості застосування методу спостереження на етапі початкового обстеження дитини: аналіз психічного статусу (MSE), поведінкова оцінка

С. Психологічне тестування дитини з аутизмом: напрями, основні критерії, діагностичні методики, особливості застосування м

Д. Новітні техніки ранньої діагностики РАС у дітей.....

Висновки

Завдання і запитання

Література

Тема 7. Методика діагностики стану соціально-емоційного розвитку дітей з аутизмом: психолого-педагогічний підхід.....283

7.1. Особливості аутологічної діагностики стану соціально-емоційного розвитку дітей з РАС284

А. Тестова процедура вивчення стану сформованості міжособистісного (перцептивно-когнітивного) компоненту соціально-емоційної сфери: *діагностика стану сформованості здатності ідентифікувати емоції у різних проявах взаємодії; оцінного ставлення до ближнього і далекого оточення, до норм поведінки*

В. Тестова процедура визначення особливостей розвитку внутрішньоособистісного (афективно-регулятивного) компоненту соціоемоційної сфери: *діагностика стану розвитку здатності до наслідування як джерела соціальної інформації; визначення типів і спрямованості емоційних реакцій; вивчення характеру соціальних емоцій; особливостей оцінки дитиною власної поведінки*

Висновки

Завдання і запитання

Література

Тема 8. Особливості діагностичної діяльності аутолога.....332

8.1. Когнітивна професійна діяльність аутолога: *стадії обробки інформації, осмислення та інтерпретація результатів, формулювання висновку..... 333*

8.2. Урахування напрямів вирішення проблеми нейротипового розвитку і відхилення від норми. *Уміння співставити основні показники психофізичного розвитку і фази соціалізації дитини з РАС з нормативними показниками нейротипової дитини.....342*

8.3. Обізнаність з основними діагностичними і психокорекційними технологіями для дітей з РАС (короткий аналіз міжнародного досвіду)360

Висновки

Завдання і запитання

Література

МОДУЛЬ IV. СИСТЕМА ІНТЕНСИФІКАЦІЇ КОРЕКЦІЇ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....378

Тема 9. Інтенсифікація корекції розвитку дітей з РАС як психолого-педагогічна проблема..... 378

9.1. Різновиди підходів до здійснення аутологічної допомоги: *психоаналітичний і психодинамічний; поведінкової і когнітивно-поведінкової терапії (класичне і оперантне обумовлення; різновиди гуманістичної терапії).378*

9.2. Консультування з питань розвитку і корекційно-розвивальної допомоги дітям з РАС: *врахування факторів дитячих поведінкових порушень; вікової і статевий тенденції; рівнів розвитку; стійкості дитячих аутичних розладів..402*

9.3. Моделі сімейної терапії: *мета, концепції, принципи і техніки роботи: проблеми різного походження дітей і культури; етичні і правові питання розвитку; вимоги до спеціальних навичок аутолога та його підготовки до*

роботи з сім'єю дітей з РАС; основні принципи роботи з сім'єю дитини з РАС; різновиди підходів до здійснення сімейної терапії420

Висновки

Завдання і запитання

Література

Тема 10. Стратегії і тактики допомоги дітям з РАС.....439

А. Поради батькам, педагогам та іншим дорослим з близького і далекого оточення дитини та людям, особисто не зачеплених проблемою аутизму

В. Ознайомлення з методиками, базовими для більшості програм корекції розвитку дітей з аутизмом: поведінкова терапія для аутистів за програмою АВА; методи допоміжної альтернативної комунікації (Alternative Augmentative Communication – ААС); програма ТЕАССН тощо

С. Врахування факторів інтенсифікації корекційно-превентивної діяльності аутолога: знання стратегічних орієнтирів і ключових пріоритетів вирішення проблеми розвитку, навчання та соціалізації дітей з аутизмом; дотримання основних установок (готовностей) при плануванні і здійсненні аутологічної допомоги; правильний вибір оптимальних методів втручання і передбачення можливих побічних ефектів; врахування додаткових факторів підсилення корекційно-превентивної діяльності аутолога.

Висновки

Завдання і запитання

Література

Тема 11. Корекція розвитку соціальної та емоційної сфер дитини з РАС: рівні і методичне забезпечення послідовності і наступності в роботі аутолога.....489

11.1. Програма методичного забезпечення рівнів розвитку соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом489

Рівень 1 – Формування в дитини вміння виокремлювати себе з довкілля. Розпізнання емоційно виразних облич та емоційно забарвленого голосу. Емоційний супровід маніпуляцій з предметами довкілля

Рівень 2 – Формування здатності допускати іншу людину в свій простір. Прийняття іншої людини. Супровід цього процесу адекватно можливими емоціями – вибірковою терпимістю, відчуттям безпеки, зацікавленістю

Рівень 3 – Розвиток соціальної та емоційної взаємодії: усмішки, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; розуміння емоційного стану іншої особи; адекватне реагування на емоційно-словесну поведінку оточуючих

Рівень 4 – Становлення і розвиток здатності конструктивно та емоційно виразно впливати на навколишнє середовище. Привертати увагу до себе, до своєї діяльності, діяти спільно. Певною мірою достовірно відповідати на події, ситуації, на полярність емоцій

Рівень 5 – Розвиток здатності до соціальної поведінки. Уміння конструктивно керувати своїми діями та емоціями. Виявляти здатність до соціально-емоційної поведінки Підкорятися соціальним правилам, регулювати свої дії та емоції при вирішенні власних життєвих проблем. Керуватися в своїх

діях зразками прийнятної соціально-емоційної поведінки. Адекватно сприймати саму себе (емоційно рефлексувати)

Висновки

Завдання і запитання

Література

Тема 12. Корекція комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС: напрями і методичне забезпечення507

12.1. Програма методичного забезпечення рівнів корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС

Рівень 1 – Формування початкових форм потреби у спілкуванні: розвиток (за наслідуванням) доступних засобів емоційного спілкування; формування потреби привертати увагу дорослого до себе; вибірково зупиняти погляд; позначати себе певним звукосполученням; розвиток потреби у спільній грі

Рівень 2 – Розвиток імпресивного мовлення: формування альтернативних форм розуміння зверненого мовлення; стимулювання появи і розуміння призначення простих і складних невербальних комунікативних засобів; стимулювання здатності розуміти елементарні і складні стереотипи емоційної взаємодії; розвиток уміння вловлювати нюанси ситуації спілкування у спеціально створених побутових та ігрових обставинах; навчання умінню звертати увагу і розуміти нюанси і смислові відтінки мовлення

Рівень 3 – Формування різних форм довербальної комунікації: жестів для привертання уваги до себе, «ротової уваги» до іншої людини, погляду з орієнтацією на обличчя іншої людини, жестів, найнеобхідніших для спілкування; хапальних рухів, посмішки при маніпуляціях. Розвиток соціально-адаптивних реакцій, емоційних «діалогів», виразних засобів емоційного спілкування, перших контактів між дітьми, проявів елементарного і конструктивного впливу на оточення

Рівень 4 – Оволодіння лексико-граматичною будовою мовлення

А. Формування і розширення обсягу словникового запасу усного мовлення: накопичення універсального словника; формування уміння використовувати словосполучення, вживання присвійних особових займенників, оволодіння знаннями про категоризацію предметів (операції вибору і комбінування слів), збагачення активного і пасивного словника епітетами, метафорами, фразеологізмами

В. Формування граматичної системи усного мовлення: оволодіння уміннями створювати і використовувати речення різної структурної складності; продукувати програми послідовного лінійного розгортання речення; вживати в реченнях різні словосполучення з додаванням; орієнтуватися на одночасне сприйняття закінчень слів у реченні для правильного розуміння його змісту; відтворювати (імітувати) конкретне висловлювання (дію) дорослого, використовувати питальну інтонацію речення для ініціювання мовленнєвого контакту

Рівень 5 – Оволодіння доступними формами діалогічного і монологічного мовлення: підтримка і заохочення навіть недосконалих вербальних спроб дитини ініціювати контакт; користуватися засобами допоміжної альтернативної комунікації; привертати до себе увагу іншої людини; відновлювати невдалу спробу встановлення контакту; виголошувати прохання; створювати програму діалогу; за допомогою вибору слів з часовою категорією правильно позначати послідовність розгортання події, про яку розповідає;

коментувати події. Формування комунікативних навичок різної складності як безперервний процес навчання, інтегрований в кожний вид активності дитини

Висновки

Завдання і запитання

Література

МОДУЛЬ V. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД – СУЧАСНИЙ НАПРЯМ АУТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ528

Тема 13. Інтенсивні технології як спосіб корекції розвитку дітей з РАС.....528

13.1. Нейропсихологічна концепція корекції розвитку дітей з РАС.....528

13.2. Напрями і методики корекції розвитку дітей з РАС: нейропсихологічний підхід.....534

А. Розвиток функції програмування і контролю: здатності до переключення з однієї когнітивної установки на іншу, з одного ряду уявлень про емоційний стан людини на інший; уміння уявляти зміну міри властивості предмета; планувати власну діяльність, здійснювати контроль за нею; гальмувати неадекватні реакції

В. Формування функції послідовного і цілісного опрацювання інформації

▪ **Розвиток симультанних синтезів:** вміння розпізнавати контурно зображені предмети, накладені один на одного; впізнавати предмети на дотик; вміння вказувати предметом на предмет; подумки повертати запропоновану фотографію знайомої людини з наступним її впізнанням; сприймати і схоплювати зміст малюнка; встановлювати послідовність явищ на основі їхнього співставлення

▪ **Формування суцесивних синтезів:** здатності відтворювати послідовність рухів пальців руки за тактильним відчуттям; відтворювати символічні рухи за словесною інструкцією; виконувати серійні інструкції; складати оповідання за серією сюжетних малюнків

С. Корекція сприймання та уявлень (репрезентацій) про навколишній світ

▪ **Розвиток рухових репрезентацій:** формування навички розуміти і відтворювати жести, спрямовані на просту маніпуляцію поведінки іншого, розвиток спільної уваги; уміння концентрувати увагу на предметі (або звуці) та перемикаати її; розпізнавати голосові інтонації; здатності уявляти очікування та наміри інших людей (здатності до обману), передбачати поведінку іншої людини, розуміти її переживання; розвиток простої форми метарепрезентації (простої реальності), здатності до уявної метарепрезентації (уявної реальності)

▪ **Оволодіння способами лексичної репрезентації (представництва) емоцій в усному мовленні:** вміння здійснювати репрезентації емоцій людини засобами мовлення і невербалики

Висновки

Завдання і запитання

Література

ЗАКЛЮЧЕННЯ.....579

П Е Р Е Д М О В А

Аутологія – це міждисциплінарна галузь наукового знання і практичної діяльності, в якій перетинаються інтереси педагогів, медиків, психологів, нейронауковців і соціологів. Як психолого-педагогічна наука, що оперує педагогічними і психологічними поняттями та використовує психологічні методи дослідження, аутологія найбільш тісно взаємодіє з медичною теорією і практикою. Тому студент, який вивчає аутологію, має опанувати не тільки власне психолого-педагогічні знання, уміння і прийоми аналізу, але і, в певній мірі, познайомитися з поняттями, напрацьованими з цієї проблеми медичною наукою. Крім того, аутологія – це наукова дисципліна, що інтенсивно розвивається. Багато проблем, що нею розв’язуються, носять дискусійний характер і вимагають подальшого глибокого та багатостороннього аналізу. Створення підручника «Аутологія: теорія і практика» **обумовлено обставинами**, що відбуваються в сучасній системі освіти України:

- позитивною зміною ставлення суспільства до осіб з обмеженими можливостями здоров’я та їхніх прав;
- необхідністю подальшого удосконалення державної системи раннього виявлення та ранньої комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра (РАС);
- появою нових організаційних форм надання допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров’я та їхнім батькам;
- підсиленням тенденції зближення загальної та спеціальної освіти і необхідністю розробки змісту та форм спеціальної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку, що інтегрують в загальноосвітній простір.

Завданнями підручника передбачено:

- узагальнення теоретичних знань та основних напрямів практичного застосування принципів і методів психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС;
- ✓ розкриття змісту і значення раннього виявлення вад розвитку та раннього комплексного корекційно-превентивного впливу на процес формування комунікативно-пізнавальної діяльності цієї категорії дітей;
- ✓ ствердження необхідності комплексного (медико-психолого-педагогічного і нейропсихологічного) обстеження дитини з соціально-емоційними розладами;
- формування вмій і навичок спостерігати, планомірно обстежувати дітей

з аутизмом та встановлювати взаємозалежності стану розвитку і прояву особливостей психіки від ступеня і характеру розладу та часу виникнення первинного порушення;

- врахування особливостей організації педагогічної роботи, спрямованої на корекцію вторинних відхилень в розвитку дітей з РАС;

- ✓ аналіз і узагальнення організаційних форм допомоги батькам, які виховують дітей з особливостями соціально-емоційного розвитку.

Запропоновані навчальні матеріали мають на меті допомогти студентам систематизувати великий обсяг матеріалів з педагогіки, психології, нейропсихології і медицини, оволодіти основними поняттями і більш цілеспрямовано здійснювати самостійну роботу при читанні літератури за темами курсу. У зв'язку з тим, що деякі теми модулів аутології мають більш детально вивчатися в інших спеціальних курсах («Спеціальна психологія», «Психосоматика», медичні дисципліни), основну увагу в підручнику приділено тим розділам і темам, які в окремі курси не входять.

У підручнику «Аутологія: теорія і практика» розкрито сучасні психолого-педагогічні і нейропсихологічні основи розуміння аутизму. Схарактеризовано особливості діагностики психофізичного і соціально-емоційного розвитку аутичної дитини. Водночас запропоновано напрями та технології вивчення можливих причин їхнього порушення. Визначено перспективи процесу інтеграції профілактики і корекції розвитку дитини з аутизмом та розкрито потенційно можливі шляхи його реалізації. Визначено зміст, значення і особливості професійної діяльності аутолога.

Знання цих питань може слугувати орієнтиром і опорною схемою для подальшої більш поглибленої роботи студентів з вивчення курсу «Основи теорії і практики дитячої аутології». До кожної теми пропонуються питання для роздумів і самоперевірки, завдання для самостійної роботи, список рекомендованої літератури. Підручник включає в себе декілька модулів.

У Модулі I з урахуванням результатів досліджень в галузі медичної, загальної і спеціальної психолого-педагогічної науки та практики визначено предмет, об'єкт, мета, завдання та актуальні проблеми аутології; розкрито внутрішньосистемні і міжсистемні зв'язки аутології з іншими галузями науки і практики. Висвітлено внесок українських учених в галузі корекційної педагогіки та спеціальної психології у світовий науковий простір дослідження проблеми РАС.

У Модулі II представлено сучасні медико-психолого-педагогічні та нейропсихологічні підходи до вивчення природи аутизму; схарактеризовано етіологічний, нейробіологічний, нейропсихологічний і симптоматичний рівні пояснення розладів аутичного спектру; висвітлено причини і мозкові механізми РАС; визначено фактори ризику і захисту.

У Модулі III схарактеризовано особливості психодіагностики стану розвитку дітей з РАС: стадії аутологічного обстеження; провідні інструменти збору інформації та специфіку оцінювання отриманих результатів; новітні техніки для ранньої діагностики РАС у дітей; методики аутологічної діагностики стану психофізичного і соціально-емоційного розвитку дітей з аутизмом; специфіку професійної діяльності аутолога.

У Модулі IV представлено розроблену систему інтенсифікації корекції розвитку дітей з аутизмом: різновиди підходів до здійснення аутологічної допомоги; особливості консультування з питань розвитку дітей з РАС; моделі сімейної терапії.

Висвітлено етапи, напрями і зміст Дорожньої карти системної аутологічної допомоги дітям з РАС, в яку увійшли: поради батькам, педагогам та іншим дорослим з близького і далекого оточення дитини; методики, які є базовими для більшості програм корекції розвитку дітей з аутизмом; фактори забезпечення ефективного психолого-педагогічного планування аутологічної роботи; авторські методики аутологічного забезпечення корекції соціально-емоційного і мовленнєвого розвитку дитини з аутизмом.

У Модулі V висвітлено зміст і значення нейропсихологічного підходу як сучасного напрямку аутологічної допомоги. Запропоновано нейропсихологічну концепцію корекції розвитку дітей з РАС. Визначено напрями корекційно-розвивальної роботи з дітьми з аутизмом. Представлено методики корекції розвитку нейропсихологічних систем: програмування і контролю; послідовного і цілісного опрацювання інформації; сприйняття та уявлень (репрезентацій) про навколишній світ.

Зміст підручника покладено в основу навчальної дисципліни «Теорія і практика аутології» для вищих навчальних закладів і адресується студентам та аспірантам. Підручник призначається логопедам, вихователям, лікарям, психологам спеціальних установ для дітей з РАС, з мовленнєвими порушеннями, затримками психічного розвитку, а також іншим педагогам, що здійснюють корекційно-виховну роботу з дітьми, які мають особливості в психофізичному розвитку. Водночас може бути корисним членам родини, в якій виховується дитина з особливостями в розвитку, оскільки допоможе їм краще зорієнтуватися в специфіці роботи корекційного педагога і конструктивно взаємодіяти з ним при вирішенні спільних завдань розвитку, навчання і виховання дитини. Разом з тим, є корисним у підготовці вчителя початкових класів до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти.

М О Д У Л Ь І

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АУТОЛОГІЇ

Тема 1. Предмет, об'єкт, мета, завдання аутології. Актуальні проблеми сучасної аутології. Зв'язок аутології з іншими галузями науки

Аутологія як розділ корекційної педагогіки і спеціальної психології присвячена вирішенню питань розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Аутологія як психолого-педагогічна наука вивчає окремі та загальні закономірності порушення і відновлення пізнавальної діяльності при РАС. Аутологія як галузь професійної діяльності (наукової та практичної) корекційних педагогів і спеціальних психологів спрямована на вирішення широкого кола завдань, пов'язаних з корекцією розвитку, профілактикою і соціально-трудовою адаптацією цієї категорії осіб.

Аутологія – це наука про РАС, про методи їхнього попередження, виявлення та усунення засобами спеціального навчання і виховання. Аутологія вивчає причини, механізми, симптоматику, перебіг і структуру порушень комунікативно-пізнавальної діяльності дітей з аутизмом та розробляє систему корекції їхнього розвитку.

Предметом загальної аутології як науки є комунікативно-пізнавальна і емоційно-соціальна сфери осіб з розладами аутичного спектру та процес їхнього розвитку, навчання і виховання. Аутологія є *особливою методологією* психолого-педагогічного дослідження, яка заснована на методі спеціально організованого спостереження за дітьми з РАС переважно в природних умовах і наступному суб'єктивному аналізу-інтерпретації індивідуальних проявів їхньої психіки й особистості. *У більш широкому сенсі* аутологія може розумітися в якості ядра (підоснови) всього обсягу психолого-педагогічних, клініко-психологічних, нейропсихологічних, медичних тощо знань для вирішення найрізноманітніших питань і проблем, що виникають в аутологічній практиці.

Разом з тим, останнім часом висловлюється думка про необхідність підвищення професійної підготовки аутологів шляхом введення нового спеціалізованого розділу корекційної педагогіки і спеціальної психології – **дитячої аутології** – з включенням в якості структурних компонентів підспеціальностей, що відображають різні функції, умови і знання в

даній галузі. Відмінності між спеціальностями в дитячій аутології можна зобразити схематично: дефектологія > корекційна педагогіка і спеціальна психологія > аутологія > дитяча аутологія > підспеціальності (дитяча психологія, дошкільна педагогіка, клінічна дитяча психологія, дитяча нейропсихологія, педіатрична нейропсихологія, сімейна психологія). У студента має формуватися знання того, що перехресна природа цих дисциплін передбачає і дозволяє застосовувати необхідні знання з усіх зазначених дисциплін.

Предметом дитячої аутології є:

- розлади психіки та поведінки аутичного спектра;
- особистісні та поведінкові особливості дітей-аутистів;
- вплив психологічних і соціальних факторів на виникнення, розвиток і корекцію розладів аутичного спектру;
- особливості взаємин аутичних дітей і соціального мікросередовища, в якій вони знаходяться.

Аутологія відноситься до міждисциплінарної галузі наукового знання і практичної діяльності, в якій перетинаються інтереси педагогів, психологів і медиків. Якщо виходити з проблем, які вирішує ця дисципліна (взаємовплив психічного і соматичного у виникненні, перебігу та корекції розвитку і соціалізації), і практичних завдань, які перед нею ставляться (діагностика комунікативно-пізнавальних і соціально-емоційних порушень, розрізнення індивідуальних психологічних особливостей і психічних розладів, аналіз умов і факторів виникнення розладів, психопрофілактика, охорона і підтримка здоров'я), то вона є педагогічною наукою і певною мірою галуззю медичної науки. Однак, якщо виходити з теоретичних передумов і методів дослідження, – це наука, яка є галуззю загальної і спеціальної психології.

Об'єктом дитячої аутології є дитина, яка страждає РАС.

Аутичні порушення дитини вивчаються фізіологами, невропатологами, психологами, психіатрами та ін. При цьому кожен розглядає їх під певним кутом зору відповідно до цілей, завдань і засобів своєї науки. Дитяча аутологія розглядає РАС з позицій, перш за все, їхнього попередження і подолання засобами спеціально організованого навчання і виховання, тому її відносимо до **корекційної педагогіки і спеціальної психології**. Отже, дитяча аутологія – це наука, що знаходиться на стику між педагогікою, психологією, нейропсихологією та медициною і яка **вивчає:**

- психолого-педагогічні чинники, що впливають на розвиток аутичного розладу в дитини;
- вплив розладів аутичного спектра на комунікативно-пізнавальну і емоційно-соціальну сфери дитини;

- психолого-педагогічні прояви аутичного розладу в його динаміці;
- характер відносин дитини-аутиста з навколишнім мікро- і макросередовищем.

Дитяча аутологія забезпечує:

- розробку принципів і методів аутологічного дослідження;
- створення психолого-педагогічних і корекційно-превентивних методів впливу на комунікативно-пізнавальну і соціально-емоційну сферу дитини з аутизмом.

Основною метою дитячої аутології є розробка науково обґрунтованої системи розвитку, навчання, виховання та соціалізації дітей з аутичними порушеннями, а також попередження виникнення і розвитку у них вторинних, третинних тощо розладів. Вітчизняна дитяча аутологія створює сприятливі умови для розвитку особистості дитини з РАС. В основі успіхів вітчизняної аутології лежать результати численних сучасних досліджень вітчизняних і зарубіжних авторів, що свідчать про значні компенсаторні можливості дитячого мозку, що розвивається, та перспективи і резерви удосконалення шляхів і методів корекційно-превентивного і корекційно-розвивального впливу. Підкреслюючи надзвичайну пластичність центральної нервової системи та її необмежені компенсаторні можливості, І. Павлов писав: «Ніщо не залишається нерухомим, неподатливим, а завжди може бути досягнуто, змінитися на краще, аби тільки були здійснені відповідні умови».

Ґрунтуючись на визначенні дитячої аутології як науки, можна виділити наступні її **завдання**:

- вивчення онтогенезу комунікативно-пізнавальної і емоційно-соціальної діяльності при різних формах РАС;
- визначення поширеності, симптоматики і ступеня проявів аутичних розладів;
- виявлення динаміки спонтанного і спрямованого розвитку дітей з аутичними порушеннями, а також характеру впливу аутичних розладів на формування їхньої особистості, на психічний розвиток, на здійснення різних видів діяльності, поведінки;
- з'ясування етіології, механізмів, структури та симптоматики РАС;
- розробка методів психолого-педагогічної і нейропсихологічної діагностики аутичних розладів;
- систематизація РАС;
- розробка принципів, диференційованих методів і засобів корекції розвитку дітей-аутистів;
- удосконалення методів профілактики РАС;
- розробка питань організації аутологічної допомоги.

У зазначених завданнях дитячої аутології визначається як теоретична, так і практична її спрямованість. **Теоретичний її аспект** – це вивчення і

розробка науково обґрунтованих методів профілактики, виявлення і подолання РАС. **Практичний аспект** – профілактика, виявлення та максимально можливе подолання аутичних розладів. Для вирішення тісно пов'язаних теоретичних і практичних завдань дитячої аутології необхідно:

- використання міжпредметних зв'язків і залучення до співпраці багатьох фахівців, що вивчають РАС (психологів, нейропсихологів, нейрофізіологів, лінгвістів, педагогів, лікарів різних спеціальностей тощо);
- забезпечення взаємозв'язку теорії і практики, зв'язку наукових і практичних установ для більш швидкого впровадження в практику новітніх досягнень науки;
- здійснення принципу раннього виявлення та подолання аутичних порушень;
- поширення аутологічних знань серед населення для профілактики порушень РАС.

Вирішення цих завдань визначає хід аутологічного впливу. **Основним напрямом аутологічного впливу** є корекція і профілактика порушень пізнавально-комунікативної і емоційно-соціальної сфери аутичної дитини. У процесі аутологічної роботи передбачається розвиток сенсорних функцій; загальної моторики, пізнавальної діяльності, насамперед мислення, мовлення, процесів пам'яті, уваги; формування особистості дитини з одночасною регуляцією і корекцією соціальних відносин; вплив на соціальне оточення.

Організація аутологічного процесу дозволяє усунути чи пом'якшити як комунікативно-пізнавальні, так і психологічні порушення, сприяючи досягненню головної мети психолого-педагогічного впливу – вихованню дитини з артизмом. Аутологічний вплив має бути спрямований як на зовнішні, так і на внутрішні фактори, що обумовлюють виникнення РАС.

❖ **Дослідження проблеми аутизму та їхнє значення для теорії і практики аутології.**

МКХ-10 класифікує аутизм як первазивний (загальний) розлад розвитку, що характеризується якісними порушеннями соціальної взаємодії, своєрідними і обмеженими формами комунікації, стереотипіями, повторюваним репертуаром поведінки та інтересів (ВООЗ, 1992). Ці якісні порушення є характерною рисою недостатнього функціонування в усіх сферах діяльності дитини. У DSM-IV також використовується дефініція первазивних розладів розвитку, хоча його підтипи відрізняються від таких МКХ-10 (American Psychiatric Association, 2000). Як МКХ-10, так і DSM-IV при діагностиці застосовують скринінг (від англ. відбір, сортування) поведінки,

вимагаючи для постановки діагнозу виконання низки діагностичних критеріїв, які періодично переглядаються, відповідно до результатів сучасних досліджень. Нині діюча класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям, десятого перегляду виявилася найбільш визнаною і тривало існуючою в незмінному вигляді протягом вже 27 років. Вона слугує, насамперед, статистичним інструментом в системі звітності і, крім того, в багатьох країнах використовується для забезпечення контролю у сфері охорони здоров'я.

Разом з тим, очікується, що незабаром буде прийнята DSM-5 і МКХ-11. У DSM – заплановано значне скорочення кількості класифікаційних рубрик та перегляд діагностичних критеріїв РСА, в той час як у відповідному розділі МКБ-11 істотних змін не планується.

У новій редакції DSM буде усунуто існуючий в DSM-IV поділ між аутизмом, розладом Аспергера, дитячим дезінтегративним розладом і первазивним розладом розвитку (PDD NOS). Планується використовувати єдину діагностичну категорію аутизму, що характеризується: стійким дефіцитом соціальної комунікації та соціальних взаємодій, поза наявності загальної затримки розвитку; обмеженими, повторюваними формами поведінки, інтересів, активності; формуванням порушень у ранньому дитинстві, які можуть не проявлятися, поки зростаючі соціальні вимоги не стануть вище обмежених можливостей дитини; порушеннями повсякденного функціонування.

Таким чином, з DSM-5 вилучать діагностичну категорію розлади Аспергера, тим самим забезпечивши *заміну концепції розладів на концепцію спектра*, підтримувану Laura Wing, і зараховуючи синдром Аспергера до підгрупи єдиного спектра аутичних розладів (Wing et al., 2011).

Ще однією інновацією нової систематики аутизму стане перегляд діагностичних критеріїв розладів. У DSM-5 замість оцінювання класичних симптомів аутизму в трьох субсферах вводиться угруповання з виділенням двох сфер порушень – дефіциту соціального спілкування і обмежених, повторюваних форм поведінки. Діагностичні критерії РСА в DSM-5 додатково передбачають виділення гіпер-/гіпоактивність сенсорного сприйняття і кваліфікацію незвичайних сенсорних інтересів в навколишньому світі. *Вводиться оцінка (раніше відсутня) тяжкості РСА* за такими діагностичними категоріями: «потребують підтримки», «потребують значної підтримки» і «потребують дуже значної підтримки».

Зміни, що вносяться до DSM-5, викликають жарку полеміку як в наукових колах, так і в суспільстві. Тим не менш, недавні дослідження, проведені в США, підтвердили обґрунтованість введення нових діагностичних критеріїв. В одному з досліджень було

продемонстровано, що використання спрощеного діагностичного алгоритму дозволяє знизити витрати на діагностику РСА і одночасно підвищити її надійність. Застосування спрощених діагностичних категорій дозволяє максимально ефективно використовувати доступні ресурси, знижуючи витрати на діагностику, підвищуючи її специфічність і вивільняючи додаткові ресурси для терапії (Frazier et al., 2012). В іншому випробуванні продемонстрована більша (порівняно з критеріями DSM-IV) надійність діагностичних критеріїв DSM-5, незалежно від статі і віку, специфічність при діагностиці як важких, так і функціональних форм аутизму (William et al., 2012).



▪ **Розлади аутичного спектру: історичний аспект.** Якщо звернутися до історії питання, то необхідно зазначити, що вперше про дітей з симптоматикою, що розуміється сьогодні як аутична, фахівці познайомилися з робіт Haslem (1809), de Sanctis (1908), Heller (1908). Однак тільки в 30-40-х рр. XX ст. в різних країнах з'явилися описи хворих дітей, психопатологічна картина яких вже термінологічно позначалася як аутична: С. Галацький (1935), Е.С. Гребельській (1934), С.С. Мнухін (1947), Н.І. Озерецкий (1924), Т.П. Симеон (1933), П.Є. Сухарева (1932), К. Asperger (1944), L. Bender (1941), С. Bredley (1942), G. Corberi (1931), M. Creak (1938), L. Despert (1938), L. Kanner (1943), J. Kasanin (1929), J. Lutz (1937), Н. Potter (1924) та ін. Стосовно терміну «autismus», то він запропонований (1910) швейцарським психіатром Е. Bleyler при характеристиці симптомів шизофренії. В основу цього неолатинізму, що означає «ненормальне самозамилування, «аутичне занурення пацієнта в світ власних фантазій, будь-який зовнішній вплив на який сприймається як нестерпна настирливість». Сучасне значення терміну «аутизм» вперше (1938) запропонував G. Asperger з Віденського Університетського госпіталю в своїй лекції з дитячої психології на німецькій мові, використавши термін Е. Bleyler «аутичні психопати». G. Asperger в 1944 р. опублікував свою кандидатську дисертацію, в якій детально описав групу дітей та підлітків з дефіцитом спілкування, соціальних навичок і обмеженими, повторюваними формами поведінки, тобто один з розладів аутичного спектра, згодом названий синдромом Аспергера (Asperger's syndrome). Робота G. Asperger, опублікована в розореній війною Німеччині, тривалий час залишалася маловідомою для широкої аудиторії. Проте згодом У. Фріт (W. Frit), провідний фахівець з психології розвитку, член Лондонського королівського товариства Британської академії медичних наук, опублікувала переклад статті англійською мовою. Отже, в силу об'єктивних причин лише згодом



(1981) Asperger's syndrome отримав широке визнання в якості самостійного діагнозу. Ідеї G. Asperger і L. Kanner отримали подальший розвиток у Великобританії в дослідженнях Л. Вінг (L. Wing). З її ім'ям пов'язують уявлення про аутизм як про спектр розладів з континуумом (від лат. неперервність) від легкого до важкого ступеня важкості клінічних проявів і розладів G. Asperger як частини цього континууму.

Щодо значення досліджень L. Kanner, американського психіатра австрійського походження, який працював в Госпіталі Дж. Хопкінса (Нью-Йорк, США), то саме він вніс в англійську мову сучасне значення



поняття «аутизм». У своїй класичній праці «Аутичні порушення афективного контакту» він описав дітей, які мали поведінкові порушення, подібні тим, що були описані G. Asperger при аутичній психопатії. При цьому невідомо, чи знав L. Kanner про більш раннє використання цього терміну G. Asperger. Описуючи різницю подібність рис поведінки 11 дітей, яких він обстежував, вчений вжив (1943) словосполучення «ранній дитячий аутизм» (РДА). Майже всі основні особливості (такі як, наприклад, відчуженість, наполягання на однаковості, постійності, специфічні порушення уваги), помічені L. Kanner і описані ним в першій статті на цю тему, і в наш час не тільки вважаються типовими проявами РАС, але є частиною діагностичних критеріїв аутизму в МКБ-10 і DSM-5. Разом з тим, необхідно зазначити, що, хоча з ім'ям L. Kanner пов'язують відкриття цього клінічного явища і використовують його ім'я для позначення дитячого аутизму, насправді йому лише випала честь сформулювати і затвердити в науці концепцію своєрідного порушення розвитку, названого аутизмом. Це видно з наведеного вище неповного списку авторів, які брали участь у відкритті синдрому та початковому розвитку концепції. Надалі уявлення про природу і сутність аутизму змінювалися неодноразово.

Утім про те, що слово «аутизм» було запозичене L. Kanner з термінології, що стосувалося іншого розладу, на довгі десятиліття внесло плутанину в його опис і призвело до розпливчастого використання понять на кшталт «дитяча шизофренія». Водночас у цьому зв'язку підкреслимо значення наукових здобутків Б. Рімланда (B. Rimland), застовника Американського товариства аутизму і одного із зачинателів сучасної інтерпретації причин цього порушення і підходів до його лікування. B. Rimland, ввівши (1946) поняття «порушення нейророзвитку», поклав початок формуванню сучасних уявлень про генез аутичних розладів. Основоположні уявлення про аутизм як порушення нейророзвитку були викладені автором у книзі «Дитячий



аутизм: синдром і його наслідки для нейрональної теорії поведінки». Причину аутизму і на сьогодні переважна більшість дослідників вбачає в порушеннях діяльності нейронів через генетичні аномалії розвитку або різноманітні ушкодження мозку в період вагітності, при пологах чи у постнатальний періоді розвитку дитини. В результаті зазначених причин не розвивається емпатія, наслідком чого і є розлади соціалізації, комунікації, поведінки та уяви, тобто симптоми аутизму.

У той же час захопленість психіатрії явищем материнської депривації призвела до помилкової оцінки аутизму як реакції малюка на «матір-холодильник», тобто причиною виникнення аутизму вважалося холодне ставлення батьків до дитини, відсутність належного за нею догляду і неправильне виховання.

Починаючи з середини 1960-х років, розуміння стабільного довічного характеру аутизму, демонстрація його відмінностей від розумової відсталості, шизофренії, інших розладів розвитку зміцнили розуміння того, що аутизм є окремим синдромом. Тоді ж була показана користь залучення батьків у програми активної терапії.

Заразом важливо зазначити, що терміном «аутизм» користуються також *при описі індивідуальних особливостей людей з типовим розвитком.* Це особи, які пов'язані з переважною орієнтацією на свою внутрішню картину світу і внутрішні критерії в оцінці подій. Така орієнтація супроводжується зниженням здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих, програванням їхніх ролей, неадекватним емоційним реагуванням на їхню поведінку. Проте, на думку В.Є. Кагана, *при нормальній психіці, на відміну від патологічної, зберігається можливість довільного управління такими аутистичними процесами.* Очевидно, що механізми їхнього протікання в нормі є іншими, ніж за умов патології. Існує явище так званої «аутичної проекції», що полягає в модифікації сприйнятих явищ дійсності відповідно до власних потреб людини. Незадоволена потреба дає себе знати також у сновидіннях і образах фантазії. Вперше аутична проекція була виявлена в експериментах за визначенням порогу впізнавання різних об'єктів (R. Levine та ін., 1942). Було доведено, що зображення їжі раніше впізнають голодні, а потім ситі люди, і цей ефект назвали «аутизм». Згодом з'ясувалося, що в таких осіб відбувається не тільки зниження порогу впізнавання, але й проектування власних потреб. А.Р. Лурія, аналізуючи фактори успішності зорового сприйняття предмета осіб з типовим розвитком, встановив (1975), що роль в помилковості сприйняття відіграє саме суб'єктивна установка, яка виникає в залежності від власної потреби людини.

Сучасними науковцями підкреслюється, що від аутизму в широкому сенсі слова слід відрізнити патологічний, котрий є ядром раннього дитячого аутизму (синдром Л. Каппег) і який найбільш чітко

проявляється у віці 3-5 років порушеннями соціального розвитку поза зв'язку з рівнем інтелектуального розвитку.

До симптоматики РДА Л. Каппег включив: відсутність або ослаблення прояву комплексу пошвавлення до людей і його наявність до неживих предметів; порушення мовлення (мутизм, ехолоалії); амбівалентність афекту з одночасним переживанням задоволення і страху; схильність до ритуалізації поведінки або стереотипних дій; відсутність контакту очей у спілкуванні з близькими; перверсії (з лат. *Perversio* – розворот, відхилення від норми) ігрових інтересів; труднощі в розпізнаванні небезпеки; підвищену агресивність та ін. У поведінці проявляються порушення адекватного емоційного зв'язку з іншими людьми, стереотипність поведінки, химерність пози, рухів, невиразність мовлення, надчутливість, страхи, наповненість внутрішнього світу фантазіями.

Дефіцитарні симптоми в осіб з аутизмом, на думку деяких науковців, парадоксальним чином можуть поєднуватися з надзвичайно гарним моторним розвитком, точністю пам'яті, високими досягненнями у розвитку деяких спеціальних інтересів (рахунок, танець, механічне конструювання тощо). Втім, думки про інтелектуальний розвиток дітей з аутизмом вже і в часи Л. Каппег були суперечливі.

❖ **Сучасні уявлення про аутизм і види допомоги особам з аутизмом.** Сучасні уявлення про аутизм зазнали істотних змін. На сьогоднішній день більшість фахівців в галузі психіатрії, нейропсихології, когнітивної неврології, нейрофізіології, нейробиології навчання і розвитку вважають, що розлади спектра аутизму (або РАС) обумовлені генетичними мутаціями за участю декількох генів, що детермінують порушення нейронального розвитку (DiCicco-Bloom E., Lord C., Zwaigenbaum L., Courchesne E., Dager S.R., Schmitz C., Schultz R.T., Crawley J.). Ще в середині 1970-х років було досить мало свідчень щодо генетичного походження аутизму, однак на сьогодні роль спадковості в розвитку цього розладу вважається однією з найвищих в ряду інших психічних порушень. У цьому зв'язку важливими є зусилля науковців отримати відповідь на питання: *аутизм – симптом хвороби чи варіант норми?* При цьому надзвичайно важливим є питання про те, як розглядають прояви симптомів аутизму в дітей і дорослих в першу чергу ті люди, які з ними пов'язані професійно.

Переважає їхня більшість вважає, що аутизм – це, звичайно, хвороба, а всі домисли про те, що аутизм – варіант норми, розглядають як розмови обивателя. Доводять, що РАС є такою ж хворобою, як і ті, з якими люди живуть все життя, – вчаться, одружуються, працюють –

наприклад, з тяжким хронічним захворюванням серця. Довгий час в Україні взагалі не був визнаний діагноз «аутизм», оскільки дітям встановлювали діагноз «дитяча шизофренія». І хоча ще з 80-х років дитячий аутизм був виділений в самостійний розлад і було доведено відсутність його зв'язку з шизофренією, до цих пір деякі психіатри розглядають проблему дитячого аутизму через призму шизофренічного процесу. Відповідно до недавнього часу діти могли потрапляти в психоневрологічні інтернати, де їх лікували нейрорепетитивними препаратами, після чого, як вважають спеціалісти, дітей з аутизмом вилікувати вже не можливо, хіба що трохи допомогти. Разом з тим, в Україні, Сербії та Хорватії, всупереч діагностичним критеріям МКХ-10 та клінічній практиці, що склалася в Європі, до недавнього часу при досягненні дітьми з РСА 18-річного віку діагноз аутизму переглядали і виставляли інший діагноз.

Найчастішими замінами діагнозу «аутизм» є: розумова відсталість (F70-79), шизофренія (F20), розлади особистості та поведінкові розлади внаслідок хвороби, пошкодження та дисфункції головного мозку (F07), шизоїдний розлад особистості (F60.1) (А. Дрьомова, 2011).

У країнах, що утворилися після розпаду СРСР, така практика зберігається і на сьогодні. Разом з тим, правомірним є і те, що, за даними літератури, стосовно пацієнтів, яким діагноз РАС виставлений у дитячому віці, існує велика ймовірність розвитку високого ступеня інвалідизації в дорослому віці. Заразом визнається, що існує також тенденція деякого покращення соціального функціонування невеликої кількості дорослих з аутизмом внаслідок зниження виразності симптомів аутизму в міру дорослішання людини. Проте, відповідно до опитувань National Autistic Society, *більш ніж 70% дорослих з аутизмом не можуть жити самостійно. З них 49% осіб живуть у сім'ї, створюючи величезне фінансове навантаження на старіючих батьків, а 32% – в інтернатних установах, які мало або взагалі не забезпечують умови для їхнього особистого життя.*

На даний час існує недостатня кількість опублікованих даних про вплив інтервенцій в дитячому віці на соціальне функціонування дорослих з РСА. Фігурує думка, що загальні програми навчання соціальним та професійним навичкам можуть бути не менш важливими, ніж окремі прогностичні фактори (IQ, ранній розвиток мовлення або тяжкість симптомів аутизму) в досягненні позитивних результатів дорослого життя. Проте нещодавні дослідження виявили, що навіть в економічно розвинутих країнах відносно невелика кількість молодих людей з аутизмом отримує соціальну підтримку та спеціальну терапію. Більшість фахівців в галузі охорони психічного здоров'я висловлює думку про те, що не знає, якої саме медико-соціальної допомоги

потребує швидко зростаюча популяція дорослих осіб з аутизмом і як цю допомогу організувати. За даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа», майже в усіх країнах Європейського регіону, за винятком Сербії та Хорватії, особи з РАС, діагностованими в дитячому віці, після досягнення повноліття продовжують спостерігатися у психіатрів та отримувати соціальну і медичну допомогу з діагнозом РАС.

Водночас багатьма видатними спеціалістами визнається, що *аутизм не має ніякого відношення, наприклад, до шизофренії*, оскільки логіка їхнього мислення і поведінки є різною. Шизофреніки відчувають тиск ззовні (голоси їм наказують, люди їх переслідують, прибульці посилають їм шкідливі промені, сусіди їм диктують і т.п.), аутист же відчуває тиск зсередини, всі його проблеми в ньому самому. В цьому полягає принципова різниця між шизофренією й аутизмом. Цю різницю прекрасно описав *Олівер Сакс* (O. Saks), американський лікар-нейропсихолог і письменник в романі-бестселері «Людина, яка прийняла дружину за капелюх, та інші історії з лікарської практики».

Прикладом розкриття особливостей світосприйняття аутистом може бути фільм *Б. Хлебнікова* «Божевільна допомога», героя якого лікують як медикаментозно, так і без медикаментів. У кінострічці є фрагмент, який показує, що логіка аутиста не марення як у шизофреніка, а просто – інша. Пацієнту пред'являють малюнки (ялинку, березу, жука, пальму; будинок, теремок, башту, озеро) і пропонують: «Подивись уважно на малюнки і вибери той, який відрізняється від інших». Відповідь: «Ялинка – зайва, бо жучок може з'їсти всі дерева, крім ялинки, вона колюча. Будинок – зайвий, бо він звичайний, а теремок, башта і озеро – вони з казки». Дотепно і блискуче показано, що логіка у відповіді є, але вона інша, не звична, оскільки герой вичленовує інші, не звичні ознаки і деталі. Або спогади дорослого аутиста М. Щирука: «Лікар вже зрозуміла, що я не розумово відсталий. І стала задавати питання: «Чим дівчинка відрізняється від ляльки? Чим літак відрізняється від пташки?». Я відповів, що коли дівчинка виросте, то стане жінкою, а лялька – ні. Птах, коли летить, махає крилами, а літак – ні». У довідці лікар написала: «Відповідає нестандартно». А правильну відповідь я дізнався набагато пізніше, треба було сказати: живий і неживий предмет».

Висловлюється ідея про те, що аутизм не стільки системне захворювання, скільки системний збій організму і має розглядатися як нове захворювання століття. При цьому підкреслюється, що аутисти – це люди з не викривленою картиною світу, які відчувають гостріше, глибше, більш тонко і які, можливо, знають більше. Вважається, що їхня проблема не в тому, що вони почувають і розуміють, а в тому, що вони не можуть з цим справитися в силу своєї правдивості і страху контактів, яких вони потребують, але не можуть здійснити.

Побоювання, страх, незахищеність – їхні головні риси, джерелом яких є почуття паніки, відчаю і страждань, з якими вони не можуть справитися. Визнається, що трагізм їхнього існування полягає в тому, що вони розуміють лише мову любові. Тому простою ввічливістю з ними обійтися не можливо, оскільки вони відчувають будь-яку фальш. Вважається, що *брехливість і удавання їм не доступні, проте їм доступна справжність*. На думку відомого кінорежисера А. Смирнової, організатора Центру проблем аутизму «Выход» (Росія), для людини з аутизмом світ повний смислів, в яких вона не орієнтується в основному через те, що для неї не існує смислів зі значною мірою звичною для людини ієрархією: говоримо про одне, думаємо про інше, робимо третє.

Разом з тим, абсолютно не обов'язково, щоб кожна дитина з аутизмом рахувала як Р. Беббіт з «Людини дощу», знімала кіно як В. Аллен, або грала на фортепіано як Є.Кисін тощо. Лише від 0,5% до 10% осіб з РАС демонструють незвичайні здібності, які поширюються від вузьких окремих навичок (наприклад, запам'ятовування незначних фактів) до надзвичайно рідкісних талантів, що спостерігаються при синдромі саванта, рідкісного стану, при якому особи з відхиленнями в розвитку (в тому числі аутичного спектра) мають «острів геніальності» – видатні здібності в одній або декількох галузях знань, що контрастують із загальною обмеженістю особистості.

На сьогодні, не зважаючи на значний вплив, який чинять батьківські організації і рух за дестигматизацію (створення безпечного середовища для реабілітації) дітей з РАС щодо сприйняття суспільством таких розладів, батьки все ще потрапляють в ситуації, коли поведінка їхніх дітей сприймається негативно, а багато лікарів і педагогів дотепер дотримуються поглядів, заснованих на давно застарілих дослідженнях.

Тільки навчити дитину нормативній соціальній поведінці або тим більше домогтися корекції її розвитку не зможуть ні дельфіни, ні особлива дієта. Якби, наприклад, дельфінотерапія була настільки ефективна, як про це заявляють лікарі, що займаються маркетингом цього бізнесу в Україні, то, як пише О. Доленко, все узбережжя океану вздовж США і Канади використовувалося б для таких цілей, оскільки дельфінів там предостатньо. Однак цього не відбувається і дельфінотерапія в цих країнах посідає своє скромне місце в різних програмах, націлених на отримання дітьми задоволення від спілкування з розумними і безпечними тваринами. Водночас США має досвід широкого застосування терапії спілкуванням з кошенятами, щенятами, птахами (особливо качками) і кінями. Багато дітей з розладами зі спектра аутизму добре реагують на таке втручання. Існують агентства, які організовують літні табори для дітей з аутизмом, в яких інтенсивно проводять терапію, використовуючи коней та інших тварин. Ризик таких інтервенцій низький, а користь очевидна: вони пропонують хороші

можливості для соціалізації дитини і батьків, сприяють розвитку сенсорних і соціальних навичок.

Стосовно безказеїнових і безглютенкових дієт, то вони характеризуються, на думку фахівців, незрівнянно меншим ризиком для дитини, ніж, наприклад, хелірування (очищення організму від важких металів). У різних країнах, в тому числі і в Україні, можна зустріти батьків, які є прихильниками такої дієтотерапії. Однак знайти дитину з аутизмом, батьки якої дотримувалися б суворої дієти тривалий час, досить складно. Дані про корисність такої дієти залишаються суперечливими. На сьогодні не існує наукових доказів того, що безказеїнові і безглютенкові дієти сприяють корекції розвитку дитини з аутизмом. Багато батьків вірять в силу альтернативного лікування, але це не спирається на науково доведені факти і не підтримується дипломованими фахівцями. Однак така харчова добавка, як мелатонін, що розглядалася спочатку як альтернативне лікування для порушень сну, на сьогодні стала стандартом клінічної практики для терапії інсомнії (безсоння) не тільки у дітей з розладами зі спектра аутизму, але і при порушеннях сну в рамках будь-яких захворювань психіки у дітей.

Інша альтернативна методика – лікування дітей з розладами зі спектра аутизму антигрибковими препаратами. Ідея полягає в тому, що порушення флори шлунково-кишкового тракту призводять до аутичних порушень. Проте багато клініцистів вважають, що при терапії антигрибковими препаратами ризик і серйозність побічних ефектів перевищують потенційно корисну дію. Звичайно ж, існують сім'ї, які стверджують, що таке антигрибкове лікування допомогло їхнім дітям. Проте рекомендувати батькам дітей з аутизмом, на нашу думку, дозволено тільки ті препарати, які підтвержені стандартами доказової медицини.

Поява інтернету дозволила аутистам (далеко не всім) формувати онлайн-спільноти та знаходити віддалену роботу, уникаючи тяжких проявів інтерпретації їхніх невербальних сигналів і емоційних взаємодій. Соціальні та культурні аспекти аутизму також зазнали змін: у той час як деяких аутистів об'єднує прагнення знайти метод зцілення, інші заявляють про те, що аутизм – просто один із багатьох стилів життя.

У цьому зв'язку показовими є думки, висловлені самими аутистами. Наведемо відповідний приклад: «Багато хто говорить, що займаються благодійністю. Будь ласка, благодійники, не треба на Новий рік дарувати цукерки дітям, яким не можна їх їсти. Не треба влаштовувати для дитини-аутиста свята, як для інших дітей. Новий рік з Дідом Морозом і Снігурочкою, свята з розфарбовуванням обличчя, з морозивом і чаєпиттями, все це добре іншим, але не аутисту. І клоунів не треба, я ненавиджу їх все своє життя. Велика частина благодійності

виливається в кошмар і відразу і після свят. Добре б зібрати всі гроші, витрачені на свята за 18 років, і побудувати зручні та затишні соціальні села для аутистів. Там добре і гуляти на повітрі, і працювати, не виїжджаючи за межі. І маленьким можна допомагати там же. Потрібен сад, город, кури, кішки, ставок з маленькими рибками, зручні будиночки, поні для малюків. І не важливо, що це далеко від міста і за парканом. Головне, що там – нам жити добре. Як зручно і легко подарувати цукерки, покликати клоуна і Діда Мороза. І як не зручно для нас, адже нам потрібно зовсім інше, дуже важливе – подарувати наше життя» (М. Щирук, 2012).

❖ **Розповсюдженість РАС.** Водночас визначено, що РАС є одним з найбільш поширених розладів розвитку в дітей. За даними різних досліджень, їх частота у світі становить в середньому від 1:150 до 1:500 дітей (для порівняння, це така ж частота, що й при ДЦП та синдромі Дауна). Причому для РДА частота становить 2–3:1000, для синдрому Аспергера – 3–7:1000, співвідношення хлопці:дівчата – 10:1. Звертає на себе увагу той факт, що високофункціональна форма розладу спектра аутизму – синдром Аспергера (який, на жаль, поки що в Україні переважно не діагностується або діагностується у більш пізньому віці) – зустрічається в середньому вдвічі частіше, ніж власне «класичний» аутизм. За даними американських учених, в країні спостерігається епідемія аутизму, оскільки встановлено, що, коли в 2006 році таких випадків визначалося 1:110, то в 2013 – 1:88. Нова статистика, опублікована американськими епідеміологами, викликала великий резонанс у багатьох країнах. Центр з контролю захворюваності і профілактики США (CDC) опублікував новий звіт, згідно якому ***в однієї дитини з 68 є розлад аутичного спектру (РАС)***. Це на 30% більше, ніж аналогічний рівень два роки тому, який становив 1 з 88. Нові дані засновані на проведеній CDC оцінці медичних та освітніх карт восьмирічних дітей з 11 американських штатів: Алабама, Вісконсін, Колорадо, Міссурі, Джорджія, Арканзас, Арізона, Меріленд, Північна Кароліна, Юта і Нью-Джерсі. Випадки аутизму в цих штатах варіювалися від низького рівня – одна дитина зі 175 дітей в Алабамі, до високого – одна з 45 дітей у Нью-Джерсі. Діти з аутизмом, як і раніше, здебільшого були чоловічої статі. Відповідно до нового звіту CDC, аутизм був у одного з 42 хлопчиків, що в 4,5 разів більше, ніж серед дівчаток (одна дівчинка зі 189). *Зростання кількості дітей з цим діагнозом припадає на дітей з інтелектуальними здібностями на середньому рівні або вище середнього.* У даному дослідженні майже у половини дітей з РАС інтелектуальний рівень був середнім або вище середнього (IQ вище 85). Десять років тому їх частка становила лише одну третину від загального числа дітей з аутизмом. Збільшенню цієї

цифри в тому числі сприяє, на думку вчених, велика поінформованість спеціалістів при виявленні та діагностиці дітей.

За даними МОЗ України, захворюваність РАС з 2006 року зросла в 2,5 рази; показник розповсюдженості аутизму стабільно підвищується на протязі останніх років: з 28,2% до 35,7 %. За даними в 2012 році захворюваність розладами F84.0-F84.9 зросла на 29 %.

В Українському науково-дослідному інституті соціальної, судової психіатрії та наркології протягом 2010-2011 рр. проведено ретроспективне дослідження вибірки з 400 дітей у віці 3-6 років з діагнозами РАС (F84.0-F84.9), встановленими на підставі діагностичних критеріїв DSM-IV. Діти з різних регіонів України з підозрою на РАС проходили комплексне психіатричне обстеження у різних напрямках (логопед, медико-педагогічне консультування, дитячий невролог і психіатр) в спеціалізованій поліклініці УНДІ ССПН. Із 400 включених у дослідження дітей РАС були діагностовані первинно. До 3-річного віку розлад було діагностовано лише у кожного четвертого, до 4-річного – у кожного другого з включених у дослідження дітей. До 6-річного віку діагнози РАС були виставлені в 95% випадків. Не більше, ніж у 1% дітей розлад вперше діагностовано у віці від 6 до 7 років. Таким чином, **встановлено, що більшість випадків РАС діагностується в Україні у віці 30-50 та 58-71 місяців.**

Протягом з 2008 по 2012 рр. офіційно зареєстровано зростання випадків РАС з 2,4 до 5,8 на 100 тис. дитячого населення. Протягом 2008 року з вперше встановленим діагнозом РАС на облік взято 198 дітей, у 2011 р – 342, в 2012 р – 465. Не менш, ніж на 20% зріс показник захворюваності і в 2013 р Під наглядом дитячих психіатрів України в 2012 перебувала 2791 дитина з РАС, в 2011 р – 2227. Зареєстрована МОЗ України поширеність розладів зросла за п'ять років з 13,8 до 35,0 на 100 тис. дитячого населення. Показник поширеності РАС стабільно підвищувався протягом шести останніх років: у 2007 р – 28,2%, в 2008 р – 32,0%, в 2009 р – 27,2%, в 2010 р – 35,7% , в 2011 р – 21,2%, в 2012 р – 25,3%, в 2013 р (попередні дані) – 26%. При цьому вважається, що реальний рівень діагностики РАС в Україні значно вищий. За даними Українського НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, в Києві в 2011-2012 рр. на офіційний облік було взято не більше 20% дітей, в яких дитячими психіатрами діагностовані РАС. Водночас відповідно до офіційних статистичних даних Міністерства охорони здоров'я України протягом останніх п'яти років зафіксовано щорічне підвищення рівня діагностики РАС на 25-30%. Такий стан вирішення проблеми не дозволить найближчим часом прискорити кардинальне вирішення проблеми своєчасної і тактової діагностики РАС.

Разом з тим з'ясовано, що більшість батьків уникають офіційної постановки діагнозу. Це обумовлено стигматизацією розладу, обмеженнями, які існують при влаштуванні дитини з РСА в установи дошкільної та шкільної освіти, відсутністю в клінічних класифікаціях розладів розвитку спеціальних проектів, спрямованих на задоволення особливих потреб дітей з аутизмом у сфері освіти.

Кількісне зростання випадків РАС багато в чому *обумовлене змінами в діагностичних процедурах, правилах видачі направлень, доступності відповідних служб і в рівні обізнаності населення про проблему аутизму*, хоча не усувається можливість появи якихось додаткових факторів зовнішнього середовища. Наявні свідчення не виключають подальшого зростання реальної поширеності розладу, що спонукає приділяти більше уваги мінливим зовнішнім факторам, не акцентуючись переважно на генетичних механізмах.

Відомо, що виявлення дітей з аутизмом практично не відрізняється в країнах з невисоким рівнем життя, а кількість таких дітей щорічно збільшується на 10-17%. Очевидно, що в Україні, де досі не створена система ранньої діагностики та професійної допомоги при аутизмі і відсутня реальна статистика, кількість таких дітей не менша. Наприклад, у Запоріжжі, за даними О. Доленко, за останні 10 років кількість випадків виявлення РАС серед дітей дошкільного віку зросла в 15 разів. Цю обставину не можна пояснити тільки поліпшенням рівня діагностики, оскільки діагностичні критерії аутизму у дітей (на відміну від етіопатогенетичних подань) за останні роки практично не зазнали змін. Діти, не виявлені в ранньому віці, позбавлені шансу на повноцінний розвиток і освіту в дошкільному віці. Надалі супровід аутичної дитини зажадає серйозних матеріальних, медичних та соціальних ресурсів держави. Як приклад, зазначимо, що витрати на спеціалізоване забезпечення специфічних потреб осіб з аутизмом у Великобританії перевищують витрати на лікування астми та цукрового діабету. В Україні лєвова частка матеріальних і психологічних витрат і раніше і сьогодні покладається на сім'ю.

Як зазначалося, РАС зустрічаються частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток, причому число нових випадків значно коливається при обліку когнітивних показників. Так, за приблизними даними, аутизм у поєднанні з розумовою відсталістю у хлопчиків зустрічається лише в два рази частіше, ніж у дівчаток (2:1), а без розумової відсталості – в п'ять з половиною разів частіше (5,5:1). Розвиток аутизму асоційований також з декількома пре- і перинатальними факторами ризику. У Міжнародному огляді 2007 року вказуються такі фактори, як підвищений вік матері або батька, місце пологів за межами країн Європи та Північної Америки, низька вага при народженні, коротка вагітність, гіпоксія при пологах. Більшість професіоналів дотримуються

думки про те, що расова або етнічна приналежність і соціоекономічні умови не впливають на розвиток аутизму. *Тяжкість проявів РАС у дітей визначається вираженістю порушень соціально-адаптованої поведінки і когнітивного функціонування, які можуть варіюватися в широкому діапазоні.* Однак навіть високофункціональні аутисти на протязі всього життя зберігають дефіцит соціальної компетентності і, як правило, не можуть існувати повністю самостійно.

Висловлюється думка, що відмінності в статистичних даних в різних регіонах світу пояснюються відмінностями в якості діагностики РСА, насамперед випадків з тяжкими і функціональними формами розладів та зі станом обізнаності населення. Відомий ряд епідеміологічних досліджень РРС в Європі та Північній Америці, але немає жодного аналогічного дослідження в Африці, на південь від Сахари (Вакаре, Муніг, 2011), як, втім, і в Україні. Існують дані про значне збільшення в останні роки числа діагностованих випадків РСА в Україні (Марценковський, 2012), про значну поширеність розладів серед дітей, народжених у Швеції матерями з Уганди і Сомалі (Gillberg et al., 1995; BarnevickOlsson et al., 2008).

У МКБ 10 РАС представлені в розділі загальних розладів розвитку і включають вісім нозологічних форм: дитячий аутизм, атиповий аутизм, синдром Аспергера, синдром Ретта та ін. Слід зазначити, що назва розділу, на думку фахівців, неповністю відображає сутність порушень при аутизмі. Крім того, лікарі і педагоги нерідко стикаються з проблемою діагностичної диференціації того чи іншого порушення зі спектра аутичних розладів, оскільки до цих пір немає чіткого клінічного розмежування між деякими його варіантами. *У цьому зв'язку у новій версії класифікації DSM5 планується замінити назву цієї групи порушень (РАС) терміном «аутичні розлади розвитку (АРР)».* При цьому доводиться, що значущим для клінічної і педагогічної практики є *поділ аутичних розладів на високофункціональний аутизм і аутизм у поєднанні з розумовою відсталістю.*

❖ **Види профілактики РАС і допомоги дітям з аутизмом.** Надії фахівців різних спеціальностей, які вивчають РАС, на сьогодні покладаються на розробку переважно методів ефективної *профілактики РАС* (Gordon, 1983, 1997, Institute of Medicine, 1994Nietzel, Speltz, McCauly & Bernstein, 1998, О. Доленко, 2010, І. Марценковський, 2013, К. Островська, 2013, В.Тарасун, 2004). Профілактика як комплекс різного роду засобів спрямовується на запобігання розвитку або загострення перебігу аутичного розладу шляхом усунення чи ослаблення фактора ризику. Помилкове виділення фактора ризику і непродумані профілактичні стратегії замість зниження ризику порушення можуть призвести до погіршення стану здоров'я дитини. У

цьому зв'язку загострена увага до попередження впливу несприятливих факторів на організм матері і батька під час зачаття, а також на плід. Водночас постнатальні шкідливі фактори стали об'єктами досліджень з точки зору їх впливу на ризик виникнення в дитини РАС і тяжкість їхнього перебігу. Обговорюється зв'язок з підвищеним ризиком розвитку РАС ряду пренатальних факторів: прийому вальпроєвої кислоти, талідоміду, зловживання алкоголем, перенесеної краснухи, а також деяких перинатальних шкідливих факторів: низької ваги при народженні (<2500 г), низької оцінки за шкалою Апгар на 5-й хвилині (<6 або <7), гестаційного віку при народженні <37 тижнів, кесаревого розтину, вроджених вад розвитку. Молодим людям також треба знати, що ризик виникнення РСА статистично значимо зростає зі збільшенням віку як батька, так і матері дитини на кожні 10 років. Пізній вік батька підвищує ризик розвитку РСА у їхніх дітей більше, ніж такий же вік матерів. Цей факт, очевидно, можна пояснити тим, що у чоловіків старше 35 років щільність генетичних мутацій вища, ніж у жінок аналогічного віку. Таким чином, отримані дані дозволяють віднести охорону здоров'я батьків в період зачаття дитини до стратегій первинної профілактики РСА. Важливою є пропаганда здорового способу життя, охорона репродуктивного здоров'я не тільки матері, але й батька майбутньої дитини.

У відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології, проведено дослідження, за результатами якого встановлено, що більшість батьків, діти яких мають ознаки первазивних порушень розвитку, звертаються за спеціалізованою допомогою відносно пізно.

Профілактика передбачає обов'язкове вчасне діагностування РАС, особливо ускладнене іншими порушеннями, наприклад порушенням розвитку координації (DCD), а також адекватну допомогу таким дітям. Це пов'язано з тим, що з віком у них можуть розвинутися серйозні вторинні ускладнення, загалом не властиві первинній природі цього розладу: клоунізм, втрата мотивації до будь-якої рухової активності, ожиріння, пасивна поведінка, депресія тощо. Така коморбідність¹ часто ускладнює шлях діагностики та, відповідно, відтерміновує кваліфіковану допомогу дитині

Прикладом позитивної профілактики, спрямованої на запобігання розвитку або загострення перебігу аутичного розладу зі значними застереженнями деякі вчені і практики (як вже зазначалося) називають

¹ Коморбідність (з лат. - разом + morbus - хвороба) - наявність додаткової клінічної картини, яка вже існує або може з'явитися самостійно, окрім поточного захворювання, і завжди відрізняється від нього.

безглютеніві і безказеїнові дієти, які, проте, вважаються ефективними для дітей переважно дошкільного віку. Інші вчені і практики зразком профілактики, спрямованої на досягнення максимально можливого соціального функціонування, вважають стратегію інклюзивного навчання, а в число неуспішних стратегій відносять, як вже також зазначалося, дельфінотерапію як метод психотерапії з доведеною в ході контрольованих досліджень неефективністю.

Нова статистика викликає сильне занепокоєння стосовно доступу до будь-якого виду допомоги, в тому числі і профілактичної, оскільки аутизм – це довічний розлад, а потреба в спеціальних послугах у зв'язку з аутизмом з'являється в момент діагнозу. За цими цифрами стоять реальні люди, реальна сім'я, якій доводиться приймати наслідки діагнозу для всього життя їхньої дитини. У цьому зв'язку *необхідна національна стратегія по аутизму, оскільки проблема зачіпає кожен регіон*. Зрештою не так уже й важливо, якими є точні цифри. Важливо те, що тепер відомо, що це зовсім не рідкісний розлад, і що важливо забезпечити кожній людині з аутизмом необхідну допомогу і якість життя.

У цьому зв'язку особливого значення надається *соціальним факторам, таким як ментальність суспільства, наявність у громаді ресурсів, системи профілактичних і психолого-педагогічних послуг*. Саме ці фактори визначають те, чому одним батькам легше вдається сприйняти і прийняти свою дитину як не повносправну, а для інших це завдання є надзвичайно важким. У вирішенні цього питання важливими є соціальні чинники – зокрема сприйняття дитини найближчим соціальним оточенням, наявність чи відсутність соціальної підтримки, домінуючі в суспільстві погляди щодо не повносправних осіб та інші фактори.

Життєвий шлях дітей з аутичними розладами значною мірою визначається наявними у суспільстві можливостями щодо ресурсів допомоги – доступністю програм раннього втручання, доступу до якісної освіти, наявністю спеціалізованої освіти, реабілітаційних послуг тощо.

І тоді батькам дитини буде значно легше прийняти «подорож» не до теплої Італії, а до холодної Голландії. Маємо на увазі метафору з відомого листа матері хлопця з синдромом Дауна. У цьому листі мама порівнює народження своєї дитини з ситуацією, якби ви сіли у літак, щоб летіти в Італію. Ви вибрали цю теплу квітучу країну, мрієте про неї, а літак натомість приземлився у холодній зимовій Голландії. Мати хлопчика намагається пояснити, що Голландія – не гірша країна, а просто інша, і є можливість прожити в ній щасливе життя, хоча воно буде не таким, як мріялося...

Сучасні батьки не просто чекають на допомогу, але й прагнуть зрозуміти проблему дитини і шляхи її вирішення. Саме тому є дуже важливою «психічна і аутологічна освіта», тобто допомога батькам у розумінні значення дотримання вимог профілактики, розуміння своєї дитини, симптомів її порушень, шляхів лікування і розвитку. Адже правильне розуміння ситуації є передумовою подальших ефективних кроків.

Безумовно, батькам також важливо, щоб аутолог був порядною людиною, якій можна довіряти, яка поводить етично, емпатійно і є високо компетентним професіоналом. Вагоме завдання – щоб від самого початку батьки дитини за допомогою фахівців отримали відповідне розуміння її індивідуальних особливостей і наявних тих чи інших порушень психічного розвитку. Відповідно, щоб могли зрозуміти, якої специфічної допомоги потребує їхня дитина, як розставити «акценти» у терапевтичному батьківстві. Водночас, щоб реалізувати сімейно-центрований, партнерський підхід, необхідно змінити парадигму стосунків: навчитися слухати, поважати, розуміти батьків. Вдало з цього приводу висловився литовський дитячий психіатр Д.Пурас: «Немає поганих батьків, є лише батьки, які мають труднощі, але не мають належної допомоги... Найважливіші ліки для кожної дитини – це любов та віра у неї її батьків».

Важливим є весь спектр втручань, орієнтованих на підтримку родини: навчання батьків, тренінги батьківської компетентності, поведінкового керівництва, супровід батьків, консультування, індивідуальна та сімейна психотерапія, сімейний відеотренінг спілкування, терапія, орієнтована на прихильність, соціальна допомога або втручання тощо.

Виконання цих завдань ускладнюється ще й обставиною, висловленою таким експертом, як д-р Г. Голштейн (H.Goldshte, директор досліджень Центра Сім'ї «Schoenbaum», США) та іншими на Міжнародній Конференції з аутизму у Філадельфії (2012.). Експерт висловив стурбованість тим, що на сьогодні описується не той самий аутизм, який діагностувався 20 років тому, коли цифри вперше почали зростати. «Двадцять років тому ми розглядали аутизм тільки з інтелектуальною інвалідністю. *Ми ніколи не враховували дітей з нормальним інтелектом, лікарі не думали, що у високофункціональних дітей теж міг бути аутизм.* Ми також спостерігаємо збільшення діагнозів серед дівчаток старше восьми років». На конференції «Аутизм. Вибір маршруту» (Бізнес-школа, Сколково, Росія, 2014) задекларована необхідність створення в країнах світу національної стратегії, яка об'єднає вчених, політиків, педагогів, осіб з аутизмом і

членів їхніх сімей для пошуку оптимальних рішень профілактики аутизму і допомоги людям з аутизмом.

В Україні в останні роки медиками, корекційними педагогами і спеціальними психологами плідно досліджується проблема освіти, розвитку і соціалізації дітей з розладами аутичного спектра (О. Доленко, 2010, І. Марценковський, 2013, К. Островська, 2013, О. Романчук, 2009, В.Синьов, А. Хворова, А. Чуприков, 2011, В.Тарасун, 2002, 2014, Д.Шульженко, 2011 та ін.). Мета цих досліджень – знайти найбільш ефективний і доведений метод психолого-педагогічного втручання, що забезпечує розвиток навичок соціальної взаємодії та комунікації, які є надзвичайно важливими для дітей з аутизмом. Враховується, що в той час, як у більшості дітей з нейротиповим розвитком формування соціальних навичок відбувається автоматично, для дітей з аутизмом для досягнення цієї мети потрібні специфічні стратегії і технології. Звідси визнається, що особливо навчання навичкам спілкування з іншими дітьми є необхідним компонентом як програми раннього втручання і корекції розвитку, так і програми запобігання формуванню в дитини з аутизмом вторинних і третинних порушень.

На сьогодні успішно розробляються декілька підходів до навчання соціальним навичкам дітей з РАС:

- втручання за допомогою однолітків. Цей вид втручання включає навчання ровесників, з якими спілкується аутична дитина. В процесі навчання одноліток з типовим розвитком вчиться звертатися до аутичної дитини, включати її в гру, реагувати відповідним чином на її запитання, заохочувати її і включати в групу товаришів;
- навчання соціальним навичкам за допомогою дорослих, яке включає розвиток навичок соціальної взаємодії, але без участі однолітків. Дорослий може використовувати різні техніки для рольових ігор (наприклад, «Соціальні історії» або відео-моделінг (video modeling – виховання у дитини впевненості в собі та в своїх вчинках);
- комбіноване втручання, зміст якого передбачає використання тренінгів, які проводяться дорослими з подальшим включенням дитини з аутизмом в середовище заздалегідь підготовлених однолітків;
- само-моніторинг (self monitoring), за допомогою якого аутична дитина вчиться оцінювати власні дії самостійно, а також може на основі відеозаписів власної соціальної взаємодії коригувати власні дії;
- комплексна програма втручання, метою якої є розвиток всіх основних навичок, а не тільки навичок соціалізації.

Важливою умовою для успішного впровадження інклюзивної моделі навчання є консолідація зусиль всіх інститутів, які в Україні опікуються долею дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі і дітей з аутизмом. За останні роки **прийнято і схвалено ряд**

програм і постанов, спрямованих на поліпшення забезпечення прав на освіту дітей з особливими освітніми потребами. Серед них постанова КМУ від 13 квітня 2011 № 629 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року», постанова КМУ від 15 серпня 2011 № 872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах». Інститутом корекційної педагогіки та психології НПУ ім. М. Драгоманова та Інститутом спеціальної педагогіки НАПН України розроблено програми корекції розвитку дітей з аутизмом дошкільного віку.

Проте в Україні проблема інклюзивного навчання дітей з аутизмом потребує значного практичного вирішення. Це пов'язано, перш за все, з тим, що яким би обізнаним в корекційній педагогіці не був педагог, він фізично не в змозі забезпечити безпечне оточення одночасно для всіх дітей групи чи класу. При цьому зазначимо, що, як правило, саме ті батьки, які не в змозі самі керувати поведінкою своєї дитини, виявляються найбільшими прихильниками відвідування нею дитячого садка чи школи.

<p>У розвинутих країнах для вирішення питання інклюзивного навчання існує інститут помічників педагогів, тьюторство, волонтерство тощо. Вважається неприпустимою ситуація, коли одна дитина становить небезпеку для іншої. І тому інклюзія особливої дитини в загальну групу є довгим і поступовим процесом.</p>
--

В Україні на сьогодні прогресивна ідея інклюзивного навчання впроваджується переважно формально, як правило, з метою виконання завдання по наближенню до європейських освітніх стандартів. Окрім того, в державі поки що відсутня одна з головних умов успішного впровадження інклюзивного навчання – *наявність вже сформованого толерантного суспільства*, в якому допомога слабшому і беззахисному є обов'язковим елементом культури.

У процесі навчання дітей з РАС застосовуються *різноманітні стратегії і методи інклюзії*, які дозволяють побудувати цей процес на основі індивідуальних здібностей і можливостей кожної дитини та з урахуванням дефіциту її розвитку і характерних рис розладу. У кінцевому результаті такий підхід сприятиме підвищенню ефективності процесу включення дітей з аутизмом у загальну систему освіти. Першорядними факторами успішної інклюзії дітей є розуміння фахівцями суті даного порушення розвитку і правильний вибір педагогічних методів для їхнього навчання.

При цьому необхідно враховувати, що аутичні риси дитини, труднощі у встановленні контакту з однолітками, специфічні

міжособистісні відносини, ігнорування інтересів однолітків або надмірно нав'язлива поведінка часто стають причиною соціальної відстороненості як з боку однокласників, так і вчителів. Неадекватна поведінка, навіть в легкій формі (вигукування в класі, розгойдування на стільці), може заважати учителю проводити урок, не кажучи вже про більш серйозні форми проблематичної поведінки, таких як агресія або аутоагресія. Крім того, властиві дітям з аутизмом серйозні проблеми з прагматикою (правильним використанням мовлення), семантикою (обмеженістю словникового запасу) і морфологією (труднощами синтаксису і граматики), розлади просодики та інтонації, вади в сенсорному сприйнятті і обробці сенсорних стимулів – всі ці порушення можуть стати причиною тривоги, привести до криків, істерики, агресії і самоагресії (Aune et al., 2010).

Інклюзивне середовище навчання – це те середовище, в якому сенсорні, мовленнєві та ін. особливості дітей з РАС можуть не знайти підтримки. Велика кількість учнів у класах і малий простір можуть підсилити в них бажання уникнути тілесних контактів, а випадковий дотик однокласника, може сприйнятися як напад і викликати у них агресивну реакцію.

Багато аутичних дітей надзвичайно чутливі до шуму і гучних звуків. Крики інших учнів на перерві, шум у класі можуть стати причиною відповідних криків або викликати самостимулюючу поведінку, яка допомагає дитині з РАС відволіктися і заспокоїтися. Гучний голос вчителя чи плач іншої дитини в класі можуть спровокувати відповідну емоційну реакцію і аутичний учень почне плакати, кричати, або, в гіршому випадку, розкидати предмети, штовхатися тощо. Також можна зустріти дітей, які відмовляються виконувати різні художні завдання, через відразу до клею, фарб. Дитина намагатиметься всіма силами уникати таких завдань, тікаючи з уроку або реагуючи цілеспрямованою агресивністю (Aune et al., 2010).

Складнощі розуміння і розшифровки сигналів, що мають місце в оточуючому середовищі (вербальні інструкції і візуальні ознаки, особливо в плані розуміння соціальних правил поведінки, мімічної реакції оточуючих тощо), можуть стати причиною того, що дитина з РАС поводитиметься неадекватно чи взагалі не реагуватиме на звернене до неї мовлення. Доведено, що **використання стратегій заохочень і підказок (вербальних, візуальних, моделювання потрібної дії тощо) допомагає дитині не тільки вчасно і адекватно відреагувати, але й у майбутньому навчитися правильно реагувати на пред'явлені стимули**. Водночас необхідно усвідомлювати, що вживання стратегій підказок і заохочень вимагає від педагога певного досвіду і сформованого уміння правильно застосовувати їх в роботі з дітьми з

РАС. У західних європейських країнах і США у цій роботі педагогу надає підтримку спеціаліст, який, крім того, залучає інших дітей у процес допомоги дітям з РАС, здійснюючи, таким чином, інклюзію за допомогою однолітків. Для цього тьютор² повинен володіти певною харизмою, а також навичками застосування поведінкових стратегій не тільки в роботі з дитиною з аутизмом, але і з її однолітками (Schepis et al., 2001).

Інклюзивна освіта – далеко не єдиний метод навчання при аутизмі, а всього лише один з варіантів, який може бути ланкою в системі поетапної адаптації дитини. Інклюзія передбачає, перш за все, серйозну підготовку фахівців, що знають і використовують різні техніки поведінкової терапії в інклюзивній групі. Тому простий дозвіл на відвідування загальноосвітньої групи або класу – це не є інклюзивним навчанням. Як не є індивідуальним і так зване надомне навчання дітей з аутизмом педагогами, які фахово не підготовлені до роботи з такою категорією дітей.

Має бути чітка, вивірена *освітня система, в якій кожна конкретна дитина з аутизмом зможе знаходитися в тому середовищі, де вона відчуватиме себе в безпеці*. Для дитини з важкою формою аутизму звичайне соціальне оточення може виявитися занадто травматичним. Тому, можливо, кращим варіантом для неї може стати індивідуальне навчання або спеціалізована установа, за умови, що з дитиною працюватимуть професіонали. Якщо ж родина дитини з аутизмом не в змозі забезпечити їй належний догляд в силу життєвих обставин, то держава, орієнтуючись на європейські стандарти життєзабезпечення, зобов'язана надати їй належну опіку і навчання. Діти з легкими формами аутичних розладів мають бути інтегровані в загальноосвітнє середовище також за умови забезпечення професійного та послідовного процесу інклюзії і впевненості батьків в тому, що таке рішення приймається на користь їхньої дитини.

Можливо, що далеко не кожна дитина з аутизмом здатна відвідувати загальноосвітню установу, але це лише означає, що для неї необхідним є створення спеціальних умов, що максимально сприятимуть її розвитку. Особливого значення така робота має для запобігання нагнітання обстановки в колективі навколо аутичної дитини. Своєчасне втручання дорослих на первинних етапах може

² Тьютор (англ. Tutor - наставник) - особлива педагогічна посада. Тьютор забезпечує розробку індивідуальних освітніх програм та супроводжує процес індивідуалізації та індивідуальної освіти, а також сприяє впровадженню систем додаткової освіти. Тьюторство затребуване в сферах досить складного змісту, де немає однозначних методів навчання, де розуміння вимагає персональних, особистих зусиль. Основним інструментом досягнення результату учителя є використання методик викладання, в той час як тьютор спирається на постійну рефлексію досвіду самоосвіти. Тобто, – на особистісні структури (цінності, інтереси, мотиви), мислення, механізми сприйняття, прийняття рішень, емоційне реагування, поведінкові шаблони і т. д.

підтримати дитину і сформувати у неї бажання взаємодіяти з іншими дітьми. Створення для учня групи підтримки з найбільшого числа дітей сприятиме попередженню формуванню реальної ситуації цькування і знущань у колективі. Дружнє оточення батьків, педагогів і психолога може попередити можливі стресові і проблематичні ситуації в підлітковому віці. Особливості кожної дитини з аутизмом, можливості середовища, куди вона буде включена, професіоналізм і мотивація педагогів є складним механізмом факторів, для налагодженої роботи якого необхідний вибір цілей і стратегій інклюзії на індивідуальній основі.

Приєднання України до товариства країн, які впроваджують систему інклюзивної освіти, мало б прискорити процес інтеграції дітей з РАС в освітнє середовище. Проте просування ідеї інклюзивної освіти і впровадження її в практику в нашій країні йде повільно. Так, не виконуються розпорядження Міністерства освіти і науки України, які гарантують супровід дітей асистентами вчителя зі спеціальною підготовкою, не забезпечується складання індивідуальних програм для навчання дітей з урахуванням їхніх можливостей, не ліквідується дефіцит методично підготовлених педагогічних кадрів. Особливо відзначається вкрай низький рівень підготовки психологічних кадрів як дошкільних установ, так і практикуючих психологів загальноосвітніх шкіл, що не дозволяє їм адекватно діагностувати психологічні проблеми дітей з РАС і своєчасно надавати їм необхідну допомогу.

З урахуванням зазначеного надзвичайно важливим є *створення Європейської хартії аутистів* (1992), в якій акцентується необхідність виділення прав аутистів окремо та необхідність їх захисту і закономірність введення хартії в дію у кожній державі відповідним законодавством. В хартії враховані положення Декларації ООН (1971, 1975), а також включені пункти, за якими передається право аутистів на: самостійне життя і розвиток відповідно їхнім можливостям; точну діагностику і клінічну оцінку, доступну і неупереджену; одержання відповідної освіти; участь (особисто або їхніх законних представників) у прийнятті будь-якого рішення, яке може певним чином вплинути на їхнє майбутнє; повноцінну участь в оздоровчих і спортивних заходах; юридичну допомогу, а також на збереження всіх їхніх законних прав; захист від загрози бути не обґрунтовано вміщеними у психіатричну лікарню або в будь-який інший заклад закритого типу; доступ до їхніх особистих справ, що містить дані медичного, психологічного, психіатричного та освітнього характеру; створення сім'ї, без примусу до цього й експлуатації та ін.

З метою привернути увагу широкої громадськості щодо проблеми аутизму Генеральна Асамблея ООН заснувала Всесвітній день (2 квітня) поширення інформації щодо проблеми аутизму (резолюція Генеральної

Асамблеї ООН, прийнята 18 грудня 2007 року № A/RES/62/139 – World Autism Awareness Day).

Асамблея висловила глибоку стурбованість великою чисельністю дітей, які страждають аутизмом, у всіх регіонах світу. Відзначила проблеми, пов'язані із здійсненням урядами, неурядовими організаціями і приватним сектором відповідних програм медичної допомоги, навчання, професійної підготовки і терапії, що тягне серйозні наслідки для дітей, їхніх родин і суспільства в цілому. У своїй резолюції Асамблея закликала всі країни світу, відповідні організації системи ООН та інші міжнародні організації, а також громадянське суспільство належним чином відзначати Всесвітній день поширення інформації про проблему аутизму з тим, щоб підвищувати рівень інформованості населення про аутизм. У резолюції зазначається, що аутизм як постійне порушення розвитку внаслідок неврологічного розладу характеризується вадами здатності до соціального спілкування, проблемами вербальної і невербальної комунікації, обмеженими і повторюваними типами поведінки (за матеріалами <http://file.liga.net/holiday/101.html>).

❖ **Види допомоги особам з РАС: світовий досвід.** У світі відбувається розвиток видів допомоги особам з РАС. Першою країною, в якій почали надавати спеціалізовану допомогу аутичним особам (з 1920 року) – це Данія. З урядових структур їм безпосередньо допомагають Міністерство освіти і Міністерство соціального захисту. З установ, які займаються з аутичними дітьми, найвідомішим є науково-методичний Центр аутизму (ЦА). Його діяльність контролює Рада Національної асоціації з проблем аутизму.

У багатьох країнах Західної Європи і США системі допомоги особам з аутизмом уже понад 60 років. На початку 1970-х у США організовано Інформаційно-довідкову службу з проблем аутизму. З 80-х років діє положення про обов'язкове навчання аутичних дітей.

В Ізраїлі в будь-якій поліклініці можна отримати направлення для перевірки на наявність аутизму дитині від півроку і старшій. Крім того, фахівці Центру перевірки аутизму періодично читають лекції лікарям з цієї теми і просять поширювати інформацію серед населення.

У Нідерландах є установи, куди можуть направляти аутичних дітей: дошкільні центри догляду за дітьми в денний час, медичні денні центри, психіатричні денні стаціонари, спеціальні дошкільні установи. Для надання допомоги дітям дошкільного віку вдень, коли батьки працюють, можна відправити їх до будь-якої з таких установ.

У Польщі основним центром для аутичних осіб є фундація «Синапсис», заснована в 1989 році, до штату якої входять 100 психіатрів, тренерів, терапевтів, психологів. На основі фундації

функціонують Центр для аутичних дітей, дитячий садок для 18 малюків, майстерня, де працюють 24 дорослих аутисти.

В Америці, як і в більшості цивілізованих країн, діє принцип «гроші за дитиною», тобто кошти на неї перераховуються до школи, яка оплачує всі її потреби. І якщо фахівці навчального закладу не можуть справитися з дитиною з аутизмом, її тимчасово направляють у корекційні (державні або приватні) центри, де фахівці з аутизму інтенсивно навчають її один-два місяці. При цьому всі послуги, які отримує дитина, сплачує школа. Після того дитина повертається до свого навчального закладу і може продуктивніше навчатися і соціалізуватися. Важливим є те, що в класі, де є хоч один такий учень, водночас працюють двоє вчителів – регулярної і спеціальної освіти (так зване колаборативне навчання), а в кожній дитини з аутизмом (за законом) є свій персональний спеціально підготовлений асистент. За потреби у класі може бути медсестра і психолог, які проводять обстеження дитини і які показують динаміку її розвитку. Водночас додатково з нею працює ресурсний педагог, котрий «підтягує» її з певних предметів. З родиною працює шкільний консультант. У школі учневі безкоштовно надають послуги фахівці корекційного напрямку, якщо вони визначені для неї за індивідуальною освітньою програмою як необхідні. Це ерготерапевт – медик, який надає допомогу такій дитині у повсякденному житті, розвиває і підтримує її навички, необхідні при виконанні дій, важливих і значимих для її здоров'я і благополуччя; фізичний терапевт, фахівець з корекції поведінки; тренер з виконання домашніх завдань тощо.

❖ **Основні проблеми сучасної аутології.** Узагальнюючи викладене, зазначимо, що про феномен «аутизму» на сьогодні опубліковано монографії, статті, навчально-розвивальні програми, збірки методик. Однак проблема діагностики, визначення системи специфічної аутологічної роботи і шляхів профілактики потребує подальшого вивчення. З урахуванням зазначеного нами визначено і сформульовано декілька основних проблем аутології, які, загалом, значною мірою стосуються не тільки аутистів, але й інших категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку. До таких проблем ми відносимо групу проблем емпіричного рівня, теоретичного рівня, проблеми систематизації і комунікації, профілактики тощо.

Проблемою емпіричного рівня досліджень проблеми аутизму є недостатньо витримане співвідношення у таких роботах емпіричного та теоретичного рівнів. Причиною цього, на нашу думку, стало те, що на сьогодні, по-перше, в галузі спеціальної педагогіки і психології дана проблема лише в останнє десятиліття стає предметом

спеціальних досліджень, а, по-друге, набагато більше уваги при цьому приділяється модифікації й адаптації тих практичних методів визначення у дошкільників особливостей їхнього психофізичного розвитку, що застосовуються в масових і спеціалізованих дитсадках. Як результат – при проведенні відповідного емпіричного обстеження аутологи, добираючи діагностичні методики, користуються (у кращому випадку) методологіями різних авторів, у гіршому – керуються рівнем здорового глузду, хоча кожне визначення рівня психічного розвитку аутиста, має свої методологічні нюанси, в тому числі і в практичній частині. Тому важливою в галузі спеціальної педагогіки і психології є необхідність визначити загальні принципи вивчення стану сформованості психофізичного, зокрема соціоемоційного, розвитку дітей, які, незважаючи на відмінності у виборі діагностичного матеріалу, точно спрямовували б аутологів на достатньо однозначне розв'язання означеної проблеми.

В якості окремого аспекту цієї проблеми можна виділити ту обставину, що в спеціальній психолого-педагогічній науці (в результаті порушення балансу і зв'язку між теоретичним і практичним рівнями) деякі теорії продовжують своє існування без достатньої опори на факти, а практики іноді повністю ігнорують теорію. При цьому одним з важливих завдань, породжених розмаїттям у підходах стосовно розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом є комплексна проблема діагностики, без вирішення якої отримані результати не будуть достатньо об'єктивними, однозначними, надійними і валідними, а результати практичної роботи, яку проводить аутолог, можуть завжди викликати сумнів.

Проблеми теоретичного рівня також є комплексними, серед яких однією з актуальних є претензії розроблених теорій на індивідуальність, всеохоплюваність або навіть на унікальність. При цьому важливою має бути розробка (формулювання) меж застосування тієї чи іншої теорії і визначення того, де конкретну теорію в роботі з дітьми з аутизмом застосовувати доцільно, а де вона може викликати утруднення.

Не менш важливою є проблема наукової термінології, нерозв'язання якої призводить до того, що при використанні одних і тих же термінів у науковців і практиків часто виникає ілюзія розуміння, у той час як смисл термінів спотворюється, що, зрозуміло, потребує вирішення комунікативних проблем вже всередині цього напряму спеціальної психолого-педагогічної науки.

Проблеми систематизації і комунікації. Різноманітність підходів до визначення поняття «аутизм», «розлади аутичного спектра», їхніх структурних компонентів тощо призводить до утруднень комунікації учасників вирішення цієї проблеми, які (утруднення), насамперед, спричиняють різнобій у відборі методик при

практичному визначенні специфіки психофізичного розвитку цієї категорії дітей. Тобто, необхідна подальша робота, спрямована на чітку систематизацію знань про феномен «аутизм» з метою їхньої інтеграції і представлення у відповідній моделі напрямів психофізичного, зокрема соціально-емоційного, розвитку. Розробка такої загальної моделі дозволить як вченому, так і практику, базуючись на виділених в ній структурних компонентах, більш цілеспрямовано, об'єктивно і надійно розробляти і застосовувати відповідні методики і визначати напрями превентивного та корекційно-розвивального навчання. Разом з тим, така модель дасть можливість для проведення порівняльного аналізу з метою визначення спільних і відмінних ознак, характерних для різних напрямів вирішення цієї проблеми.

Крім того, систематизація знань з різних галузей спеціальної психології, спеціальної педагогіки і клінічної психології про аутизм обмежить використання напрацювань із суміжних дисциплін, що на сьогодні є певним гальмом у розробці оригінальних досліджень цієї проблеми.

Проблема неузгодженості позицій учасників у вирішенні питання визначення співвідношення загального і особливого в дітей з аутизмом. Ця неузгодженість полягає в тому, що спеціалістами частіше вивчаються і виділяються ознаки, якими діти різняться, і менше досліджені інтегративні характеристики, що дозволяють охарактеризувати психологічну єдність, що належить дитинству. Окрім того, це не дозволяє у повній мірі передбачити нові підходи до розв'язання проблеми наступності різних ланок сучасної системи спеціальних освітніх закладів, діяльність яких спрямована на надання психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. Знаходження більш чіткого співвідношення спільного (загального) і відмінного (особливого) слугуватиме основою для системної психолого-педагогічної роботи, спрямованої на розвиток необхідних психолого-медико-педагогічних передумов становлення особистості дитини з аутизмом.

Проблема відсутності єдиної концепції розвитку, навчання і соціалізації дитини з розладами аутичного спектру, яка б охоплювала визначення цього багатокомпонентного утворення, виділення його структури, а також розуміння сутності прикладних аспектів опрацювання цього феномену: діагностики, профілактики, формування, розвитку, корекції і консультування. Важливим є формулювання передбачення того, чи може у такої дитини бути сформованою (і на якому рівні) соціально-емоційна сфера? Чи мова може йти лише про формування в неї орієнтовного ставлення, побудованого на основі одержаних інтроєктів – опрацьованих і проаналізованих ставлень до інших людей – батьків, старших братів і сестер, вихователів, а також героїв книг і фільмів. Змістова складність

цієї проблеми полягає і в тому, що в багатьох дітей з аутизмом не є можливим об'єктивно визначити стан сформованості їхнього уявлення про різні явища оточуючого середовища, наприклад, про школу.

Розробка в майбутньому єдиної загальної концепції розвитку, навчання і соціалізації дитини з розладами аутичного спектру сприятиме тому, що аутист матиме якості, визначені як необхідні і достатні для етапу входження в соціальний простір, які потім, можливо, розвиватимуться й удосконалюватимуться. Крім того, наявність єдиних концептуальних підходів актуалізують формулювання мети і змісту підготовки дітей з аутизмом до інтегрованого дошкільного і шкільного навчання з урахуванням сучасних підходів до мети і змісту неперервної освіти на перших її ланках.

Проблема психодіагностики, психічного розвитку. Не зважаючи на те, що в спеціальній і клінічній психології діагностичний аспект психічного розвитку дитини з аутизмом є достатньо розробленим в теорії і практиці, для багатьох аутологів аспект їхнього соціально-емоційного розвитку багато в чому залишається не визначеним. Це пов'язано, перш за все, з переконанням про те, що аутизм є складною багатокомпонентною структурою, внаслідок чого не має і не може бути єдиної методики, що її вимірює. Крім того, спеціаліст має право самостійно визначати склад діагностичної батареї, з чим, однак, не всі справляються професійно. Причинами цього, по-перше, є те, що у відповідних джерелах діагностичні методики лише згадуються, а в інших – подано їхній короткий опис без необхідних методичних пояснень і стимульного матеріалу; по-друге, хоча методики і представлені, але ті, за допомогою яких вивчаються лише окремі сторони аутичного розладу. Як наслідок, частіше в своєму розпорядженні аутолог, вихователь і психолог мають деяку сукупність психодіагностичних методик, кожна з яких спрямована на вивчення певної сторони психічного, зокрема соціально-емоційного, розвитку дитини. Крім того, переважна більшість діагностичних методик спрямовується на визначення рівня актуального, а не найближчого розвитку дитини, в зоні якого повинні здійснюватися розвиток і навчання, якщо вони претендують на одержання корекційно-розвивального ефекту. За відсутності діагностичних методик, що визначають зону найближчого розвитку, виникає парадокс: спеціаліст виявляє рівень актуального розвитку в той час, як перед ним ставиться вимога за результатами діагностики запропонувати напрями неперервної розвивальної роботи з дітьми.

Водночас згідно із запропонованим клінічним протоколом і методичними рекомендаціями, діагностика і реабілітація таких дітей повинна здійснюватися в рамках сучасних програм. Однак реалізація таких програм повинна передбачати наявність психологів і

дефектологів, які володіють технікою нейропсихологічної діагностики, біхевіоральної терапії, нейробиології навчання і розвитку, а також ліцензованих фахівців в галузі спеціальної педагогіки (сенсорної інтеграції, музичної терапії, логопедії). Проте на сьогодні ні система освіти, ні охорони здоров'я, ні соціального захисту не мають таких фахівців в державних установах в необхідній кількості. Деяких назв спеціальностей навіть немає в переліку затверджених педагогічних професій. Не зважаючи на все більшу кількість факультетів психології, соціальної роботи і корекційної педагогіки в різних ВУЗ, до цих пір відсутня єдина система підготовки фахівців у даній сфері діяльності, не визначений їхній професійний статус в установах різного підпорядкування.

Проблема розвитку дитини з аутизмом та корекції несформованих або недостатньо сформованих в неї психічних структур, процесів і функцій. Розв'язання цієї проблеми дає можливість правильно визначити змістову і технологічну сутність компонентів аутичного розладу стосовно кожної конкретної дитини. Своєю чергою, це дасть змогу визначити, який напрям є важливим в роботі з конкретною дитиною: чи розвивати її функції, сформовані не повною мірою, чи, спираючись на її системоутворюючий компонент (наприклад, особистісний), зосередити зусилля на його подальшому становленні, тим самим створюючи можливість для саморозвитку інших характеристик пізнавальної діяльності? Здійснити ж орієнтування на зону найближчого розвитку дитини аутологу на сьогодні, на нашу думку, достатньо важко, оскільки в існуючих освітніх програмах не акцентується увага на її (зоні) і недостатньо чітко представлені шляхи врахування психофізіологічних особливостей дошкільників з аутичними розладами.

При цьому, однак, необхідно враховувати існуючу розбіжність між реальними умовами процесу навчання і виховання дітей з аутизмом в Україні та ідеальним баченням його здійснення. Працювати індивідуально з кожною дитиною, враховуючи її унікальний варіант розвитку, із застосуванням різних підходів (індивідуального, диференційованого, інклюзивного) поки що майже не можливо, зважаючи на реальне співвідношення кількості спеціалістів-аутологів в освітніх закладах. У цьому зв'язку можливим є покладання певної частини роботи на інших суб'єктів освітнього процесу: вихователів і батьків, які, однак, як правило, до такої роботи є не підготовленими. Отже, розробка системи їхнього консультування для підготовки до такої роботи сприятиме вирішенню зазначених проблем аутології.

Проблема профілактики. Новітні електронні наукові журнали на зразок Treatment and Prevention («Лікування та профілактика») продовжують обговорювати питання про необхідність

інтеграції лікування, психолого-педагогічного втручання і наукових досліджень (зокрема в галузі психіатрії, педагогіки і психології) з метою удосконалення саме профілактики виникнення і розвитку аутичних порушень. Ключовими процесами, головними для профілактичних програм, є фактори ризику та захисту. На забезпечення ефективності процесу застосування профілактичних програм суттєво впливає адекватне розуміння аутологом усіх головних безпосередніх, каузальних патологічних механізмів розвитку психічних розладів, психологічних порушень, емоційних і поведінкових проблем дитини. Проте на сьогодні виявлено лише дуже небагато фактичних причин формування патологічних механізмів аутизму, хоча клінічні і психолого-педагогічні дисципліни здійснюють адекватну роботу з ідентифікації і модифікації факторів ризику (середовищних, біологічних, психологічних, інтерактивних), що призводять до підвищеної ймовірності розвитку серйозного порушення. Аутологу важливо враховувати, що на більшість дітей протягом життя спільно діють багато чинників і ризику, і захисту. У цьому зв'язку фахівцю необхідно бути добре ознайомленим з рядом висунутих основних моделей взаємодії факторів ризику і захисту (захисною, компенсаторною і викликаючою), а також з видами профілактичних програм (універсальними (первинними) і селективними). При цьому професіоналам-аутологам, які орієнтовані на профілактику, необхідно чітко усвідомлювати, що вони можуть ув'язнути в багаточисельній аутологічній інформації, якщо спробують надавати профілактичні послуги, не знаючи відповідної наукової літератури і не маючи досвіду споживання подібної інформації.

Отже, сформулюємо **короткі висновки** стосовно визначення РАС і їхнього розповсюдження.

- **Термін «autismus»** запропонований (1910) швейцарським психіатром *E. Bleuler* при характеристиці симптомів шизофренії. Сучасне значення терміна «аутизм» вперше (1938) запропонував *G. Asperger* з Віденського Університетського госпіталю в своїй лекції з дитячої психології на німецькій мові. Проте цей, один з розладів аутичного спектра (згодом названий синдромом Аспергера), в силу ряду причин лише у 1981 отримав широке визнання в якості самостійного діагнозу. *L. Kanner*, який працював в Госпіталі Дж. Хопкінса, вніс в англійську мову сучасне значення поняття «аутизм».
- **Аутизм – це первазивний (pervasive developmental disorders, PDD) розлад розвитку**, для якого характерні значні відхилення в соціальних взаємодіях і комунікації, а також вузькість інтересів і явно повторювальна поведінка.
- **Аутологія** - це наука про розлади аутичного спектра, про методи їхнього попередження, виявлення та усунення засобами спеціального навчання і виховання. Аутологія вивчає причини, механізми, симптоматику, перебіг розладу комунікативно-пізнавальної діяльності, систему корекції розвитку.

Аутизм – це симптом хвороби чи варіант норми?

- Починаючи з середини 1960-х років, розуміння стабільного довічного характеру аутизму, демонстрація його відмінностей від розумової відсталості, шизофренії, інших розладів розвитку зміцнили розуміння того, що аутизм є окремим синдромом.
- При цьому важливими і на сьогодні зусилля науковців спрямовуються на отримання відповіді на питання: аутизм – симптом хвороби чи варіант норми?
- Довгий час в Україні взагалі не був визнаний діагноз «аутизм», оскільки дітям встановлювали діагноз «дитяча шизофренія». На сьогодні доведено, що логіка мислення в аутиста – інша, ніж у шизофреніка.

Аутизм – це довічний нейро-поведінковий розлад чи ні?

- Сьогодні описується не той самий аутизм, який діагностувався 20 років тому, коли цифри вперше почали зростати. «Двадцять років тому ми розглядали тільки аутизм з інтелектуальною інвалідністю. Ми ніколи не враховували дітей з нормальним інтелектом, лікарі не думали, що у високофункціональних дітей теж міг бути аутизм. Ми також спостерігаємо збільшення діагнозів серед дівчаток старше восьми років» (Г. Гоштейн).
- Нова статистика викликає сильне занепокоєння щодо доступу до допомоги, оскільки аутизм – це довічний розлад, а потреба в спеціальних послугах у зв'язку з аутизмом з'являється в момент діагнозу. За цими цифрами стоять реальні люди, реальна сім'я, якій доводиться приймати наслідки діагнозу для всього життя їхньої дитини. У цьому зв'язку необхідна національна стратегія з аутизму, оскільки проблема зачіпає кожен регіон. Важливо те, що тепер відомо, що це не рідкісний розлад (як про нього писали 20 років тому), і що важливо забезпечити кожній людині з аутизмом необхідну допомогу і якість життя.

Розповсюдженість аутизму

- За різними даними визначено, що РАС є одними з найбільш поширених розладів розвитку в дітей. За даними різних досліджень, їх **частота у світі становить в середньому від 1 : 150 до 1 : 500 дітей** (для порівняння, це така ж частота, що й при ДЦП та синдромі Дауна).
- Зокрема для РДА частота становить 2–3 : 1000, для синдрому Аспергера – 3–7 : 1000, співвідношення хлопці : дівчата – 10 : 1.
- Звертає на себе увагу той факт, що високофункціональна форма розладу спектра аутизму – синдром Аспергера (який, на жаль, в Україні переважно не діагностується або діагностується у більш пізньому віці) – зустрічається в середньому **вдвічі частіше**, ніж власне «класичний» аутизм. За даними американських учених, в країні

спостерігається **епідемія аутизму**, оскільки встановлено, що, коли в 2006 році таких випадків визначалося 1:110, то в 2013 – 1:88. Нова статистика, опублікована американськими епідеміологами, викликала великий резонанс у багатьох країнах. Центр з контролю захворюваності і профілактики США (CDC) опублікував новий звіт, згідно якому **в однієї дитини з 68 є розлад аутичного спектра (РАС)**. Це на 30% більше, ніж аналогічний рівень декілька років тому, який становив 1 з 88. Водночас за статистикою Південної Кореї – кожна 35 людина має РАС.

Запитання і завдання

1. У яких навчальних дисциплінах вивчається частина розділів аутології?
2. Дайте визначення аутології :
 - як розділу корекційної педагогіки і спеціальної психології;
 - як психолого-педагогічної науки;
 - як галузі професійної діяльності корекційних педагогів і спеціальних психологів.
3. Яка структура аутології?
4. Дайте визначення мети, предмета і об'єкта дитячої аутології. Окресліть основні завдання дитячої аутології
5. Які теоретичні та практичні завдання вирішує аутологія?
7. Аутизм – це симптом хвороби чи варіант норми?
8. Аутизм – це довічний нейро-поведінковий розлад чи ні?
9. Охарактеризуйте особливості розповсюдження аутизму.
10. Форми профілактики РАС
11. Охарактеризуйте основні проблеми аутології.

Література

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма (пер. с англ. Д.В. Ермолаева – М.:Теревинф, 2002. – 216 с.
2. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Сост. Л.М. Шипицына.— С-Пб.: Дидактика плюс, 2001.
4. Марценковський, І. А. Соціальна та медична допомога хворим на аутизм у дорослому віці / І. А. Марценковський. - Здоров'я України. Темат. номер: Неврологія. Психіатрія. Психотерапія: мед. газета. – Київ.: 2013, №3, С.42–43.
5. Синьов В.М., Чуприков А.П., М., Шульженко Д.І., Хворова Г.М. Захист прав осіб з аутизмом // Хворова Г.М. / Другий Всеукраїнський конгрес з медичного права, біоетики та соціальної політики з міжнародною участю. 14–15 квітня 2011 р., м. Київ. Збірник тез доповідей.
6. Тарасун В.В. Аутологія. Монографія. – К.: "МП Леся", 2014. – с. 5-27, с. 510-560.
7. Шульженко Д.І. Аутизм – не вирок. – Львів: Кальварія, 2010. – 224 с.

ТЕМА 2. АУТОЛОГІЯ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ГАЛУЗЬ НАУКОВОГО ЗНАННЯ І ПРАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: внутрішньосистемні і міжсистемні зв'язки аутології

Дитяча аутологія тісно пов'язана з багатьма науками. Для того, щоб успішно здійснювати корекцією і профілактику РАС, всебічно впливати на особистість, необхідно знати їхню симптоматику, етіологію, механізми, співвідношення мовленнєвих і немовленнєвих симптомів, особливості пізнавально-комунікативної і емоційно-соціальної сфери в структурі аутичних порушень дитини.

Розрізняють **внутрішньосистемні і міжсистемні зв'язки аутології з іншими науками**. До *внутрішньосистемних* відносяться зв'язки аутології з філософією освіти, загальною і спеціальною психолого-педагогічними науками, методиками навчання, психопатологією, нейропсихологією і нейробіологією навчання і розвитку. До *міжсистемних зв'язків* відносяться взаємозв'язки з медичними (неврологією, патопсихологією, психосоматикою, педіатрією) і лінгвістичними науками.

2.1. Філософські та соціокультурні засади дитячої аутології

Розробники світоглядно-методологічних проблем освіти, вважають, що філософія сучасної освіти – це проміжна ланка між філософією і теорією педагогіки. Філософія освіти виникла з метою вирішення тих складних проблем, що з'явилися на стику філософії з педагогічною діяльністю, і покликана відіграти роль світоглядних засад реформування сучасної освіти.

У доповідях Міжнародного інституту планування освіти (Institut International de Planification de l'Education, наукова установа ЮНЕСКО, 1956) і на Міжнародних тематичних конференціях у різних країнах визнається, що система освіти в цілому вступила в період кризового стану, яка характеризується двома головними ознаками. Перша – загострення глобальних (передусім екологічних) проблем – свідчить про певну неспроможність існуючої системи освіти виховати у людей новий тип світогляду. Друга – це нездатність цієї системи задовольнити особисті інтереси все більшої кількості людей, внаслідок чого у світі зростає кількість неписьменних і погіршується функціональна підготовка випускників шкіл та вищих навчальних закладів для майбутньої роботи в нових умовах.

Спеціальною освітою на сьогодні накопичено значний матеріал, який має світоглядний потенціал, що забезпечує помітний вплив на установки суспільної свідомості, зокрема на ставлення до осіб з РАС. Спеціальна освіта є особливим соціальним інститутом і його розвиток

зумовлений цивілізаційними трансформаціями. Це пояснюється тим, що в довготривалій перспективі деякі соціальні показники виявляються залежними від якості педагогічної роботи, зокрема статус людини з РАС у світі соціальних стосунків значною мірою визначається характером і рівнем її освіченості. Філософія стосовно спеціальної освіти, і зокрема аутології, виступає, по-перше, як *світоглядний фундамент*, що включає систему найбільш загальних уявлень про людину та її соціоприродне буття, які детермінують еволюцію педагогічних явищ. По-друге – як *методологічна основа*, що передбачає застосування універсальних принципів і способів при вивченні процесів навчання різних категорій дітей з особливостями психофізичного розвитку (В.Бондар, Л. Виготський, Є. Ульєнкова, І. Єременко, І. Кант, В. Ліньков, В. Лубовський, Ф. Мещеряков, Л.Руденко, В.Синьов, Є.Синьова, В.Тарасун, Л.Фомічова, А.Шевцов, М.Шеремет, М. Ярмаченко).

Серед основних світоглядних аспектів (онтологічного, гносеологічного, аксіологічного, філософсько-антропологічного, історико-філософського тощо) *корекційна педагогіка та спеціальна психологія особливого значення надають соціально-філософському підходу, який уможлиблює розгляд різноманітних аутологічних явищ в соціокультурному контексті*. Актуальність соціально-філософського напрямку пов'язана також з тим, які проблеми розвитку, що відхиляється від норми, в умовах соціально-екологічних катаклізмів стають глобальними, загальнозначущими, а їхнє вирішення сприяє оздоровленню суспільства, тим самим забезпечуючи його виживання. Ключові проблеми аутології настільки складні, що не можуть бути вирішеними засобами тільки цієї науки. Тому в основу філософського напрямку розв'язання цих проблем покладено міждисциплінарний підхід, що забезпечує аналіз, інтерпретацію та інтеграцію знань з різних галузей конкретних наук. Рівночасно спеціальна педагогіка і психологія, своєю чергою, також дають важливий матеріал для обґрунтування і конкретизації філософських уявлень.

На сьогодні система спеціальної освіти дітей з РАС переживає новий етап розвитку, який потребує зміни парадигми, яка б сприяла наближенню спеціальної освіти до вимог сучасної цивілізації з метою повнішого задоволення їхніх соціокультурних потреб. *З цією метою компоненти спеціальної освіти дітей з РАС пов'язуються з такими основними напрямками філософії, як релятивісько-плюралістична філософія* (від лат. *Relativus* – відносний + від лат. *pluralis* — множинний) *та філософія гармонійної цілісності*. Рівночасно розвиваються такі напрями корекційної педагогіки, як гуманітаризація, фундаменталізація і соціокультурна інтеграція та адаптація.

❖ Представники **релятивісько-плюралістичного напрямку** базуються на положенні про те, що у вирішенні глобальних проблем як у філософії, так і в системі освіти на сьогодні існує два, багато в чому протилежних, підходи: *науковий (тобто сциєнтично-технократичний) і гуманістичний*. Представники наукового підходу вважають, що успіхи сучасної НТР настільки значні, що, завдяки їм, в принципі можна вирішувати всі найважливіші проблеми людства. Суть справи при цьому вбачається тільки у виборі пріоритетів розвитку техніки (розробка екологічно чистих підприємств, безвідходних технологій, підготовка відповідних кадрів тощо). Представники гуманістичного напрямку, навпаки, вбачають основну причину сучасного кризового стану суспільства саме у пануванні сциєнтично-технократичних цінностей. Тому вихід з цієї кризи пов'язують з докорінною зміною світоглядної системи цінностей людства.

Подібна суперечність має прояви і в педагогічній діяльності, оскільки на протязі тривалого часу сциєнтично-технократичні цінності були в основному пануючими і підпорядковували собі загальнолюдські моральні та естетичні цінності – добро, любов, гармонію, красу, духовність людини. У цьому зв'язку на сьогодні науковці і практичні працівники виходить з тієї ідеї, що гуманітаризація освіти є одним з найголовніших завдань в національній концепції реформування освіти. Ця ідея призвела до нового бачення основного завдання освіти. Раніше таке завдання вбачалося у передачі молодшому поколінню знань і вмінь, набутих людством. На сьогодні в теорії і філософії освіти розвивається *концепція про необхідність безперервної освіти та її випереджаючого характеру щодо розвитку суспільства*. Тобто, йдеться про важливість постійного підвищення кваліфікації, про потребу максимального доведення навчання особи до засвоєння нею останніх досягнень сучасної теорії і практики певної спеціальності. Головна риса випереджаючого, превентивного характеру освіти вбачається у підготовці такої особистості, яка зможе вирішувати будь-які проблеми в тому числі й ті, що виникатимуть у майбутньому і які суспільству сьогодні не відомі. Стосовно людини з обмеженими можливостями *гуманістична інтерпретація цілей спеціальної освіти* полягає в тому, щоб зробити життя такої людини повноцінним і достойним. Як наслідок, в основу гуманістичного підходу покладається ідея цінності людської життєдіяльності і забезпечення набуття освіти особами з особливостями психофізичного розвитку на протязі всього життя.

❖ Представники **другого – гармонійно-цілісного напрямку філософії** – вбачають розвиток педагогіки в досягненні її гармонійної цілісності, спрямованої на досягнення єдності між людьми з метою вирішення глобальних проблем. Вважається, що в минулому до цього

напряму належало більшість філософських вчень, починаючи від ідей Платона. Усіх їх об'єднує віра в можливість пізнання закономірностей розвитку світу і людини у ньому та надія на основі причинно-наслідкових зв'язків досягти гармонії у суспільства та взаємовідносинах людини з навколишнім світом. На основі філософських систем цього напряму в минулому відбувалося становлення та розвиток більшості педагогічних теорій. В основу реалізації ідеї досягнення єдності (чи згоди) між основними типами мислення і світогляду освіта покладає принцип тотожності протилежностей у нескінченному (М. Казанський). Суть цього принципу полягає в тому, що внаслідок певних операцій з двома поняттями, що стосуються різних об'єктів, можна виявити таку *тенденцію у зміні цих понять, яка веде до зменшення різниці між ними, інакше кажучи вони стають тотожними.*

Опрацювання цього підходу, на переконання науковців, спрямовується на вирішення проблеми світу з різними і протилежними (часто суттєвими) проявами цієї єдності. Філософська ідея всеєдності відіграватиме суттєву методологічну роль у розробці гармонійно-цілісного напряму сучасної спеціальної освіти, основним завданням якого стане формування гармонійно цілісної особистості дитини з обмеженою життєдіяльністю. У такої дитини розвиватиметься переконання того, що людина і навколишній світ становлять гармонійну єдність, тобто єдність усього світу з унікальністю кожної особистості і що таку ж гармонійну єдність становлять різні (часом антагоністичні) релігії, світогляди і філософії. Саме на принципі єдиного неподільного світу Я.А.Коменський будував свою *пансофію*³ як *теорію загального виховання.*

Основною ідеєю і наукового, і гуманістичного підходів релятивісько-плюралістичного напряму філософії освіти є наголос на унікальності кожної особистості та її здібностей, на декларації пріоритету плюралістичності в організації системи освіти й індивідуальних методах навчання й виховання. Такий підхід, в першу чергу, суттєво сприятиме зміні точки зору батьків на дитину з аутичним розладом, зменшить силу горя і розчарування від того, що у них є така дитина, прийняти свою дитину такою, як вона є, і любити її, не залежно від того, які зміни (позитивні чи негативні) в ній відбуваються.

Представники релятивісько-плюралістичного напряму філософії піддають критиці класичну педагогіку за абсолютизацію значення суспільних вимог, що призводить до недооцінки ролі індивідуально-

³ Пансофія – концепція «загальної мудрості» великого чеського мислителя і педагога Я.А.Коменського, що стала філософським підґрунтям його системи універсальної освіти.

особистісних інтересів дітей, тобто за авторитарність і дорослоцентричність педагогічної діяльності (спільність програм, загальні для всіх закладів вимоги, пріоритетність ролі дорослого у взаємодії з дитиною тощо). Тому релятивісько-плюралістичний напрям філософії базується на прямо протилежному висхідному принципі – пріоритеті цінностей особистості над загальними (державними).

▪ Важливий внесок в релятивісько-плюралістичний напрям філософії зробила нова наука **синергетика** (або теорія хаосу, нестабільності), оскільки на її основі здійснюється з'ясування унікальності суспільних явищ, починаючи від окремої людини і закінчуючи тим чи іншим типом культури.

Закономірності синергетики обґрунтовано розкривають обмеженість тих педагогічних вчень, які виходять, перш за все, з постійних методів педагогічної діяльності і недооцінюють значення їхньої зміни, їхньої різноманітності.

З цього приводу ще Л.С.Виготський зазначав, що «на переломних моментах розвитку дитина стає важковиховуваною внаслідок того, що зміна педагогічної системи, яка застосовується до дитини, не встигає за швидкими змінами її особистості». На сучасному етапі розвитку освіти вирішувати цю проблему рекомендують за допомогою застосування філософії нестабільності І.Пригожина, лауреата Нобелівської премії. Ця філософія передбачає (в педагогічному плані) відповідну зміну педагогічної системи та урахування унікальності процесу розвитку кожної дитини на переломних етапах її онтогенезу.

Застосування методології філософії нестабільності до педагогічної діяльності дає можливість глибше зрозуміти унікальність кожного суб'єкта освіти і врахувати **неможливість точного передбачення конкретних результатів педагогічної діяльності**, особливо на переломних етапах онтогенетичного (а також дизонтогенетичного) розвитку дитини.

Крім того, на сьогодні на розвиток філософії спеціальної освіти впливають і інші ідеї синергетики. Зокрема необхідно врахувати, що:

▪ складноорганізованим *соціоприродним системам не можна нав'язувати шляхи їхнього розвитку*. Отже, треба знати, як сприяти розкриттю власних тенденцій розвитку аутичної дитини, як виводити її на ці шляхи розвитку;

▪ дані синергетики свідчать: *будь-яка складноорганізована система має, як правило, не поодинокий (окремий), а безліч власних, відповідних її природі шляхів розвитку*;

▪ синергетика демонструє – *хаос (зокрема не організована поведінка аутичної дитини) може виступати механізмом її самоорганізації*;

▪ ідея синергетики про боротьбу протилежностей має вестись на основі такої діалогової взаємодії між ними, яка не допускає її зростання до антагонізму. Це *допоможе у вирішенні інтеграційних та інклюзивних процесів шляхом зближення протилежних точок зору щодо спільного навчання і виховання дітей з особливостями в розвитку та нейротипових однолітків*, а також сприятиме збільшенню знань про субстанціональну єдність обох сторін діалогу і знаходженню діалогової згоди.

Разом з тим, на сьогодні вченими вважається важливим **здійснення синтезу гармонійно-цілісного і релятивісько-плюралістичного підходів**, який дав би можливість краще, ефективніше вирішувати основні проблеми спеціальної освіти і тим самим вирішувати і важливу проблему людства – досягнення можливого рівня самостійності осіб з РАС в умовах пріоритету інтересів особи та їхній інтеграції в суспільство.

❖ Водночас спеціальна освіта враховує й **інші філософські підходи**.

▪ Розвиток такого напрямку спеціальної освіти, як *фундаменталізація освіти* передбачає філософський підхід до вирішення питання про *відмінності норми і відхилення від норми в людському розвитку*. Це пояснюється тим, що в світоглядному плані проблема розпізнання патології не має простого й однозначного вирішення, оскільки в масовій свідомості має широке розповсюдження точка зору, по-перше, про нормальність всіх людей і, по-друге, про загальну аномальність. Передумовою диференціації норми й аномалії виступає філософський аналіз цих явищ, що дозволяє встановити загальні параметри їхнього розрізнення. У традиційній же теорії корекційної педагогіки і спеціальної психології основна увага поки що звернена не на загальні параметри розрізнення, а на якісні особливості дизонтогенезу. Проте в останні роки виросла кількість дітей з легкими порушеннями, які відчують певні труднощі в навчанні. Саме це актуалізує дослідження *проблеми диференціації норми й аномалії*. Необхідним є також визначення стану взаємозв'язку норм індивідуального рівня поведінки і норм соціокультурного життя. Результатом встановлення такого взаємозв'язку є адаптація, пристосування дитини з особливими освітніми потребами до різноманітних норм, вироблених у процесі розвитку суспільства і які для дитини стали (чи не стали) нормами індивідуальної поведінки в соціумі.

У спеціальній освіті *інклюзія та інтеграція* виявляються у різноманітних формах спільного навчання і виховання дітей з недоліками розвитку та їхніх здорових однолітків. Проте на сучасному

етапі інтеграція в узагальненому вигляді є суперечливим процесом, оскільки, відповідаючи бажанням батьків дітей з ОПФР, не завжди відповідає інтересам інших учнів і їхніх батьків. Крім того, проблема інтеграції у спеціальній освіті не вичерпується включенням дитини з особливими потребами в колективи здорових дітей, оскільки інтеграційні процеси повинні знаходити своє глибоке втілення у змісті спеціальної освіти, її методах і системі в яких навчаються, виховуються і соціалізуються діти з недоліками розвитку. У цьому зв'язку зауважимо, що *труднощі становлення і розвитку інтеграційно-інклюзивного процесу у нашій країні лежать не тільки в економічній площині, а часто – в негативному ставленні певного кола науково-педагогічних працівників до цього процесу*, хоч зараз цей процес інтенсивно розвивається у більшості країн світу. Особливо важко погодити суперечливі інтереси окремих особистостей і суспільних груп.

«Найважливіший недолік сучасного людства є невміння слухати і розуміти не своє і терпимо ставитися до чужого і, навпаки, – уміння з дивовижною впертістю повернути чуже у вороже» (М.Кесада, президент Міжнародної федерації філософських товариств).

У даному разі при здійсненні інтеграційних процесів необхідно спрямувати зусилля учасників цього процесу на досягнення такої єдності різних поглядів на спеціальну освіту, яка не відкидає сутності жодного з них.

«Жодна система не містить у собі істину, також як і жодна інша не є цілком помилковою» (П.Сорокін, засновник сучасної соціології).

▪ В основу концепції соціальної реабілітації людини з обмеженими можливостями покладено ідею про соціальну корисність людини, що сформувалася (ідея) в нашій країні під впливом *філософії цінностей* (В. Штерн, А. Мессер, Г. Риккерт). У цьому контексті цінність спеціальної освіти розглядається як залучення до суспільно корисної виробничої праці через корекцію і компенсацію порушення з тим, щоб індивід не був для суспільства тягарем. Суспільство коригувало, підлаштовувало під свої правила і закони людину з обмеженими можливостями, хоча зустрічного процесу, спрямованого на пристосування суспільства до особливих потреб таких осіб, не було. Багаторічний пріоритет в нашій країні інтересів суспільства над інтересами особистості, фактично узаконував статус соціальної малоцінності стосовно людей з обмеженими освітніми можливостями. Це сприяло виробленню *патерналістичної позиції суспільства і держави* (обмежувально-покровительської) стосовно цієї категорії

населення. В значній мірі закритий інтернатний тип освітніх закладів не достатньо сприяє досягненню особами з психофізичними вадами можливого для них рівня набуття соціальної адаптованості, обмежує їхні можливості у досягненні конкурентоздатних на ринку праці і престижних у суспільстві професій. На сьогодні є слабким правовий захист таких осіб, низькою якістю життя (мізерність пенсій і неможливість одержати достатньо оплачувану роботу). Все це стає причиною *стійкої маргіналізації* людей з особливостями психофізичного розвитку, тобто вимушеному звуженню можливості брати участь у соціальному житті: у виборі, прийнятті і реалізації доступних соціальних ролей, в одержанні необхідної соціальної і культурної інформації. Патерналізм не тільки знижує їхню соціальну активність, але й формує у них утриманські установки, що, своєю чергою, підсилює їхню маргіналізацію.

Смисловим *центром нового погляду в нашій країні на соціальну реабілітацію людини з обмеженими можливостями* в контексті «Загальної декларації прав людини» (1948) стає ідея досягнення її максимально можливої самостійності і незалежності – концепція незалежного способу життя в умовах пріоритету інтересів особи над інтересами суспільства.

Цей пріоритет досягається через гарантоване дотримання прав і свобод кожного, незалежно від того, чи може ця людина приносити користь суспільству, чи ні, може брати участь у суспільно-корисній праці чи ні. *Сучасна концепція соціальної реабілітації людини з недоліками у фізичній, інтелектуальній або психічній сфері передбачає, що повинна мінятися не тільки людина з обмеженими можливостями, а й суспільство.* При цьому люди з обмеженими можливостями повинні бути інтегрованими у суспільство на їхніх власних умовах, а не пристосовані до правил світу здорових людей (В.М.Астахов, В.І.Бондар, А.А.Колупаєва, О.І.Лебединська, В.М. Синьов, Б.Ю.Шапіро).

Отже, у відповідності зі стандартними правилами забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Генеральна Асамблея ООН, 1993) найбільш перспективним способом вирішення соціокультурних проблем осіб з обмеженими можливостями є їхня інтеграція у суспільство. *В якості базової ідеї сучасного процесу соціокультурної інтеграції, інклюзії, реабілітації та адаптації осіб з особливостями в розвитку прийнято ідею незалежного способу життя.* Спеціальна педагогіка і психологія, визначаючи найближчі і кінцеві цілі і завдання спеціальної освіти, її зміст, організацію, методи та прийоми, вивчає якісну своєрідність проблем соціалізації, соціокультурного включення стосовно кожної категорії дітей з особливими освітніми потребами і

формує необхідні базові навички як у сфері життєзабезпечення і самообслуговування, так і у сфері соціалізації, комунікації та рекреації.

Як відмічають соціологи і психологи, *соціалізація* передбачає забезпечення процесу засвоєння людиною з обмеженими можливостями життєдіяльності знань і навичок суспільного життя, вироблення загальноприйнятих норм поведінки, засвоєння ціннісних орієнтацій, прийнятих у суспільстві, що дозволяє їй брати участь у різних ситуаціях суспільної взаємодії.

Процес соціалізації цієї категорії осіб ускладнюється як об'єктивними причинами (наявність комунікативних обмежень і бар'єрів, обмеження мобільності, а також обмеження у спілкуванні людей з особливостями в психофізичному розвитку з більшістю соціуму, або їхнє повне неприйняття), так і тією обставиною, що фізичні або психічні порушення стають ядром особистісних переживань, що негативно впливає на розвиток навичок їхнього соціального спілкування.

Спеціальні психологія і педагогіка, організовуючи процес спеціальної освіти, передбачають розвиток в осіб з відхиленнями в розвитку навичок спілкування в стандартних соціокультурних ситуаціях, оволодіння ними стандартними схемами соціальної поведінки і соціальної взаємодії, навичками само і взаємодопомоги у складних соціальних умовах.

Спеціальна педагогіка також передбачає врахування у структурі соціалізації формування в таких осіб *вміння організувати своє дозвілля, свій відпочинок, свій вільний час – рекреацію*. Для осіб з обмеженими можливостями існує ряд об'єктивних обмежень участі в різних загальнодоступних формах дозвілля, що, проте, не означає повну їхню ізоляцію від участі у рекреаційних заходах. Спеціальні форми рекреаційної діяльності, хоча для осіб з особливостями психофізичного розвитку є вимушено сегрегаційними, проте сприяють розвитку соціальних навичок в рамках своєї субкультури, привчають до активного проведення дозвілля, продовжують процес корекції і компенсації відхилень в розвитку засобами культури, мистецтва, спорту, ремесел.

▪ Для сучасних філософської і соціокультурної наук *однією з найважливіших стає проблема взаємодії двох форм навчання і виховання*: офіційної системи освіти (державні заклади і т.п.) і неофіційної (родинне виховання, спілкування між будь-якими окремими особистостями чи їхніми групами, вплив мас-медіа). Це пов'язано з думкою американського соціолога Д.Белла про те, що провідною нацією буде та, яка створить найбільш ефективну мережу шкіл, коледжів, а також неофіційну систему освіти. У кінцевому результаті це сприятиме докорінній реформі системи освіти в країні і максимальному

розвитку потенціалу молодих співвітчизників. Саме тому *на сьогодні актуальною є розробка напрямів нової парадигми спеціальної освіти та соціокультурних засад спеціальної освіти.*

Вітчизняна система спеціальної освіти *поступово і широко освоює нову концепцію соціальної реабілітації людини з обмеженими можливостями*, центром якої є сама людина, її особливі освітні та інші спеціальні потреби, її права та інтереси.

На відміну від культури корисності, де урізається час, що відводиться на дитинство, старість немає цінності, а освіті відводиться роль підготовки людини до виконання корисних службових функцій, *в культурі, заснованій на стосунках достоїнства, провідною цінністю є цінність особистості людини, а діти, люди похилого віку і люди з відхиленням у розвитку знаходяться під охороною держави і суспільного милосердя* (Генеральна Асамблея ООН, Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів).

Стосовно педагогічного процесу спеціального закладу, *то втілення цієї ідеї полягає у вирішенні суперечності між суспільним «треба», яке висувається даною офіційною системою освіти, та «хочу» і «можу» дитини з особливостями в розвитку.* Розкриття цієї суперечливості, особливостей її загострення в сучасних умовах, удосконалення шляхів для її вирішення сприятимуть знаходженню діалектичних підходів гармонійного поєднання суспільних інтересів і цінностей (загальнолюдських, державних тощо) та індивідуальних інтересів, цінностей і можливостей осіб з особливими потребами.

Висновки

Головні ознаки кризового стану сучасної системи освіти:

- загострення глобальних (передусім екологічних) проблем, що свідчить про певну неспроможність існуючої системи освіти виховати у людей новий тип світогляду;
- нездатність цієї системи задовольнити особисті інтереси все більшої кількості людей. Як наслідок – зростає кількість неписьменних і погіршується підготовка випускників шкіл та вищих навчальних закладів для майбутньої роботи в нових умовах.

Основні напрями і підходи філософії освіти:

1. Основні напрями:

- плюралістично-релятивіський (від лат. *relativus* - відносний + від лат. *pluralis* - множинний);
- гармонійно-цілісний;

- поєднання релятивісько-плюралістичного і гармонійно-цілісного напрямів освіти;

2. Основні підходи плюралістично-релятивіського спрямування аутології:

- науковий [або сциєнтично –технократичний (від лат. sciencia — наука)];

- гуманітарний;

- врахування закономірностей синергетики (або теорії хаосу, нестабільності) для розкриття обмеженості тих педагогічних вчень, що обстоюють постійність методів педагогічної діяльності і недооцінюють значення їхньої зміни, їхньої різноманітності;

- застосування філософії нестабільності І.Пригожина до педагогічної діяльності.

3. Основні підходи гармонійно-цілісного спрямування аутології:

- розвиток гармонійної цілісності теорії і практики аутології для досягнення єдності між аутичними дітьми і оточуючим їх середовищем з метою вирішення глобальних проблем їхнього виховання, навчання і соціалізації;

- досягнення максимально можливої гармонійної єдності, тобто єдності усього світу з унікальністю кожної дитини, а також гармонійної єдності різних (часом антагоністичних) релігій, світоглядів і філософії.

Запитання і завдання:

1. Назвіть головні ознаки кризового стану сучасної системи освіти.
2. Назвіть основні світоглядні аспекти аутології.
3. У чому полягає відмінність наукового (тобто, сциєнтично-технократичного) і гуманістичного напрямів релятивісько-плюралістичного підходу в системі освіти дітей з РАС?
4. У чому полягає значення гармонійно-цілісного напрямку філософії освіти?
5. Розкрийте значення застосування філософії нестабільності І.Пригожина до педагогічної діяльності.
6. Розкрийте значення для аутології ідеї синергетики [теорія самоорганізації; (від грец. *synergein* - працювати разом)] про боротьбу протилежностей на основі діалогової взаємодії між ними без її зростання до антагонізму.
7. У чому полягає фундаменталізація спеціальної освіти?

Завдання для самостійної роботи:

1. Чому в довготривалій перспективі соціальні показники виявляються залежними від якості педагогічної роботи?
2. У чому полягає зміна парадигми системи спеціальної освіти дітей з розладами аутичного спектра?

Література:

1. Андрущенко В. Вища освіта у пост_Болонському просторі: спроба прогностичного аналізу // Філософія освіти. – 2005 - № 2 – С.6-19.
2. Шевченко В.С. Філософія освіти: проблеми самовизначення // Філософія освіти. 2005. - № 1. – С.18-29.
3. Лутай В.С. Філософія сучасної освіти: Навч. посібник Вид-во: Центр "Магістр-S" Творчої спілки вчителів України, 1996 г. – 256 С.
4. Тарасун В.В., Хворова Г.М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів /За наук. ред. Тарасун В.В. - К.: Наук, світ, 2004-100 с.

2.2. Нейробіологічні і нейропсихологічні основи аутології

Дидактика, зрозуміло, не виводиться на пряму з нейропсихології чи нейробіології. Проте узагальнення матеріалів міждисциплінарної дискусії можуть значною мірою вплинути на уявлення педагогів про те, як потрібно навчати. «Так само як тренеру необхідно добре розбиратися в роботі м'язів, так і знання й уявлення про роботу мозку потрібні педагогу» (проф. психіатрії М. Шпітцер). На думку вченого, педагог, який знайомий з ідеями нейропсихології і нейробіології швидше зможе зрозуміти, який тип навчання є ефективним для конкретної дитини.

Значення нейропсихологічної науки для аутології визначається тим, що на основі її даних може розроблятися ефективна система:

- діагностики,
- корекційно-розвивального навчання і виховання,
- корекційно-превентивного навчання і виховання,
- соціальної адаптації,
- професійної консультації і професійної орієнтації.

Успіх нейропсихологічних досліджень забезпечений, перш за все, тим, що їх теоретичною основою стало вчення про вищі психічні функції людини (Л.С.Виготський, О.Р.Лурія, А.Н.Леонтьєв, Е.Г.Симерницька, І.Філімонов, Є.Д.Хомська та ін.). Відповідно цьому вченню, вищі психічні функції людини розглядаються як складні системи, що мають особливі якості:

- прижиттєве соціально зумовлене формування,
- опосередкованість, довільність, пластичність, динамічність.

Тому теоретичним підґрунтям нейропсихологічних досліджень є загальнопсихологічні уявлення про змінність, пластичність вищих психічних функцій, їх динамічність у часі і в способах організації. При цьому особливе значення має висунуте Л.С.Виготським положення про те, що *на різних етапах розвитку дитини недорозвинення чи ураження різних ділянок мозку мають неоднаковий системний ефект*. Кажучи про особливості розвитку і розпаду вищих психічних функцій, Л.С.

Виготський розвиває одне з своїх провідних положень про те, що при локальних ураженнях центральних зон мозку, крім специфічного ураження, виникає ще розлад відносно неспецифічних функцій. Ці функції безпосередньо не пов'язані із зонами ураження і характер зміни цих неспецифічних функцій різний у дітей і дорослих. Якісно неоднаковий характер ці неспецифічні порушення мають і при ураженні різних зон мозку.

Ці важливі положення Л. С. Виготського надалі покладено в основу багатьох наукових робіт, виконаних з позицій системного диференційованого вивчення патології мовленнєвих та інших вищих психічних функцій у дітей і дорослих з органічними ураженнями мозку. Наприклад, первинне недорозвинення фонематичного сприйняття закономірно зумовлює (за Р.Є.Левіною) синдром «акустичної алалії» з усією його клініко-психологічною симптоматикою в імпресивному й експресивному мовленні. Водночас первинне недорозвинення фонематичного сприйняття спричиняє недостатність тих форм пізнавальної діяльності, де необхідна участь слухомовленнєвого сприйняття (сприйняття тексту на слух і його розуміння, слухомовленнєва пам'ять, уявлення, увага).

У подальших дослідженнях сформульовано загальну концепцію системної будови вищих психічних функцій (О.Р.Лурія). Результатом цих досліджень стала теорія динамічної локалізації вищих психічних функцій. Згідно цієї теорії весь мозок людини складається з трьох основних функціональних блоків, які беруть участь у здійсненні будь-якої діяльності і привносять свій вклад в їхню реалізацію (див. табл.1.1.).

Таблиця 1.1.

**Структурна функціональна організація мозку
в процесі здійснення психічної діяльності**

Функціонал. блоки	Види психічної діяльності
I блок – регуляція тонусу (енергетични й блок)	Підтримка загального активного тонусу мозкової кори, необхідного для того, щоб успішно протікали процеси: а) одержання й переробки інформації, формування програм і контролю за їхнім виконанням; б) інтелектуальної діяльності; в) емоційної сфери; г) утримування слідів інформації
II блок – прийому, переробки і зберігання інформації	Швидкий доступ до інформації, що надходить від модально-специфічних подразників (зорового, слухового і тактильного). Подрібнення слухової, зорової, шкіряної інформації на велику кількість ознак, що її складають, тобто забезпечення спеціалізації (сукцесивності) імпульсів Здійснення функції об'єднання (інформації), тобто здійснення складної переробки інформації, що надходить

	від аналізатора; об'єднання інформації, що надходить в кору від різних аналізаторів, тобто синтез суцесивних подразнень, що надходять до мозку, у симультанні просторові схеми
III блок – програмування регуляції і контролю	Забезпечення: а) створення і підтримки потрібного наміру; б) вироблення і збереження відповідних йому програм дій; г) гальмування імпульсів, невідповідних програмі; д) регулювання діяльності, що підпорядкована цій програмі; ж) здійснення цих дій у потрібних актах; з) порівняння дії, що протікає, з висхідним наміром; и) плавного переключення розумових дій: і) створення інтелектуальних кінетичних «мелодій»

Для того, щоб забезпечити аутологічний вплив на дитину-аутиста педагогу необхідно знати, перш за все, природу функціональної організації людського мозку, який є складною ієрархічно побудованою системою. Ця система відрізняється тим, що над апаратами стовбуру мозку і корою мозку надбудовуються великі півкулі. Ці півкулі у людини набувають особливо могутнього розвитку, є надзвичайно складним апаратом і забезпечують:

- аналіз і синтез подразників, що поступають із зовнішнього середовища;
- засвоєння і переробку одержаної інформації;
- замикання нових зв'язків;
- вироблення програм складної діяльності;
- регуляцію протікання вищих форм поведінки.

Для аутолога і психолога важливим є знання основних принципів функціональної організації головного мозку. Головний мозок людини завжди працює як єдине ціле, забезпечуючи прийом і переробку інформації, створення програм власних дій і контроль за їхнім успішним виконанням. Проте він є також і складним високодиференційованим апаратом, що складається з цілого ряду частин. Порушення або недорозвинення нормального функціонування кожного з трьох блоків впливає на роботу головного мозку в цілому.

❖ **Блок забезпечення підтримки тону кори (енергетичний блок мозку)**

Для того, щоб дитина могла нормально здійснювати прийом, переробку і збереження інформації, а також створювати і нормально виконувати складні програми поведінки, спостерігати за успішністю дій, що виконуються, необхідна постійна підтримка оптимального тону кори. Тільки такий тонус може забезпечити успішний вибір суттєвих сигналів, збереження їхніх слідів, вироблення потрібних програм поведінки і постійний контроль за їхнім виконанням.

Фізіологічна характеристика такого оптимального тону кори була в свій час дана І.П.Павловим, який довів, що процеси, які протікають в нормальній корі, підкоряються «закону сили». За цим законом сильний (або найбільш значимий) подразник викликає сильну реакцію і залишає найбільш стійкий слід. У той же час слабкий (або менш значимий) подразник викликає слабкішу реакцію, слід якої легше гаситься або легше гальмується. Якщо тонус кори знижується (наприклад, у сонливому стані або під час сну), то за таких умов організована свідомо діяльність стає неможливою, а вибірково організована плинність думки замінюється безконтрольними випадковими (побічними) асоціаціями.

До складу першого блоку мозку, мозку-блоку, що забезпечує загальний тонус або стан неспання мозку, входять (як основні) такі утворення:

- гіпоталамус;
- зоровий бугор і його ядра;
- система сітководних волокон (ретиккулярна формація);
- гіпокамп;
- перегородки;
- мамілярні тіла (суттєву роль у функції перелічених утворень відіграють верхні відділи стовбура мозку);
- лімбічна кора, що розташована на внутрішніх (міндалевидних) відділах великих півкуль і тісно пов'язана з апаратами верхнього стовбура.

Вся ця система одержала назву «гіпокампове коло», або «коло Пейпеца». *ух збудження в ньому є однією з найважливіших умов збереження необхідного тону мозкової кори для забезпечення нормального емоційного стану і створення умов для міцного утримування слідів, що виникли.* Весь комплексний апарат відіграє важливу роль для нормальної роботи мозкової кори дитини і має в основному **два джерела** для підтримки постійного тону кори:

➤ З одного боку, для збереження стану неспання кори потрібен **постійний потік інформації із зовнішнього світу**. Відомо, який ефект викликає «голод інформації», що виникає у людини після довгого перебування в ізольованій, темній і звуконепроникливій камері. У цих випадках у людини легко починають виникати галюцинації, що компенсують цю недостачу постійного притоку зовнішніх подразнень. *Тому для збереження оптимального тону вирішальне значення має збереженість апаратів верхнього стовбура і зорового бугра.* Адже саме вони є першою інстанцією прийому подразників, що надходять із зовні і саме вони забезпечують підтримання стану неспання кори головного мозку.

➤ Якщо першим джерелом є приток подразнень з периферії, то другим, не менш важливим джерелом для підтримки мозку у стані неспання є **імпульси, що йдуть від внутрішніх обмінних процесів організму**, які складають основу для б і о л о

гічних потягів. Відомо, що стан організму регулюється апаратами верхнього стовбура і гіпоталамуса (наприклад, рівень цукру в крові, який є показником стану голоду чи насичення, рівень кисню в крові, який, опускаючись нижче потрібного рівня, є показником «кисневого голодування»). Імпульси ж від таких утворень, як гіпоталамус і зоровий бугор *передаються через ретикулярну формуцію* і складають друге джерело для підтримки тону кори в стані неспанья. Ураження чи недостатня зрілість цих апаратів у людини може суттєво змінити тонус кори.

Відомо також, що регулювання таких процесів, як статеві рефлексії, рефлексії агресії і т. п. забезпечується спеціальними апаратами, що входять до складу *лімбічної кори, яка вважається особливо важливою при розгляді РАС*. Древня лімбічна система довгий час розглядалася лише як суттєва частина «нюхового мозку», оскільки вона особливо розвинута у тварин, в яких вона відіграє провідну роль у поведінці. Проте доведено, що лімбічна система бере суттєву участь в регуляції протікання вегетативних і афективних процесів, які відіграють значну роль у збереженні слідів пам'яті. також Лімбічна кора бере активну участь в роботі енергетичного блоку, пов'язуючи кору великих півкуль з тілом і викликаючи фізичні ознаки емоцій (зашаріння щік, посмішку радості тощо). Виробляючи емоції, лімбічна система тим самим підсилює або послабляє імунну систему. Емоції ж безпосередньо впливають на якість навчання дитини і тому дуже важливо пізнавальні процеси дітей підкріплювати позитивними емоціями.

Встановлено, що лімбічна система складається з п'яти основних структур:

- **таламуса**, який працює як розподільна станція для усіх відчуттів, що поступають у мозок. Він також **передає рухові імпульси** від кори головного мозку по спинному мозку на мускулатуру. Крім того, таламус розпізнає відчуття болю, температури, легкого дотику і тиску, а також бере участь в емоційних процесах і роботі пам'яті;

- **гіпоталамус** контролює роботу гіпофізу, нормальну температуру тіла, вживання їжі, стан сну і неспанья, а також – емоційні процеси і роботу пам'яті.

- **мигдалевидне тіло** пов'язане із зонами мозку, що відповідають за обробку пізнавальної і чуттєвої інформації, а також із зонами, що забезпечують **комбінування емоцій**. Мигдалевидне тіло контролює реакції страху і тривоги, що викликані внутрішніми сигналами;

▪ гіпокамп використовує сенсорну інформацію (що поступає з таламуса) та емоційну (що поступає з гіпоталамуса) для формування короткочасної пам'яті. Короткочасна пам'ять, активізуючи нервові сітки гіпокампа, може перейти у «довготривале сховище» і стати довготривалою пам'яттю для всього мозку;

▪ базальний ганглії керує нервовими імпульсами між мозочком і передньою долею мозку, тим самим допомагаючи людині контролювати рухи тіла. Він також сприяє контролю за тонкою моторикою м'язів обличчя, очей, що відображають емоційний стан, і координує мисленнєві процеси, що беруть участь у плануванні послідовності і злагодженості майбутніх дій у часі.

Отже, *лімбічна система забезпечує обробку всієї емоційної і пізнавальної інформації*. Якщо пізнавальні процеси протікають на фоні позитивних емоцій, то утворюються біологічні речовини (гама-аміномасленева кислота, ацетилхолін, інтерферон, інтерлейкіни), що активізують мислення і роблять процес запам'ятовування ефективнішим. Якщо ж процес навчання побудовано на негативних емоціях, то звільняються адреналін і кортизол, які знижують здатність до навчання і запам'ятовування.

Біля чотирьох років в гіпоталамусі і мигдалевидному тілі дитини генеруються примітивні емоції: лють, жах, агресія. З розвитком нервових зв'язків з'являються складні емоції, що мають соціальний компонент: злість, смуток, радість, сум. При подальшому розвитку нервових сіток розвиваються такі тонкі почуття, як любов, альтруїзм, співпереживання, щастя. Розвиток лімбічної системи дозволяє дитині встановлювати соціальні зв'язки.

Надалі нервові сітки об'єднують сенсорні (зорові, слухові, нюхові, смакові, кінестетичні) і моторні схеми з емоціями, утворюючи пам'ять. Нервові схеми постійно модифікуються і доповнюються у безкінечне число комбінацій. Ці схеми пов'язані з мозковими центрами, де відбувається обробка інформації (наприклад, потилична доля мозку відповідає за зорову інформацію, вискова – за слухову). Необхідно пам'ятати, що 90% основних нервових схем формуються у перші п'ять років життя дитини і є основним шаблоном нервових сіток, які потім можуть весь час добудовуватися. Саме цей шаблон є матеріальною основою індивідуального мислення, пам'яті, здібностей, поведінки. Нервові схеми кожної людини є специфічні, унікальні і не повторюють одна одну, що дозволяє говорити про те, що для кожної дитини необхідно розробляти свою індивідуальну програму навчання і розвитку.

Формування лімбічної системи є також передумовою для розвитку уяви, яку А.Ейнштейн вважав «важливішою ніж знання, оскільки знання говорить про все, що є, а уява – про все, що буде». На переконання К.Ханнафорда, уява розвивається на базі синтезу моторно-сенсорних схем, емоцій і пам'яті.

➤ До двох джерел, що підтримують тонус кори, згодом було приєднано третє, найбільш складне. Це так звана **ретиккулярна формація**, яка є головним мозковим утворенням, що забезпечує тонус, і має як вхідні, так і висхідні волокна. За допомогою вхідних волокон здійснюється збудження кори імпульсами, що надходять з утворень верхніх відділів стовбура мозку. За допомогою висхідних волокон здійснюється той вплив, який вищі відділи мозку (зокрема, його кора) здійснюють на відділи мозкового стовбуру, що лежать нижче. Тому апарат висхідних волокон відіграє суттєву роль у *забезпеченні тонусу для всіх тих програм поведінки*, які виникають у корі в результаті одержаної інформації, а також тих вищих форм замислів і потреб, які формуються у дитини за участі мовлення, тобто в результаті її свідомої діяльності.

Оскільки вхідні і висхідні волокна є саморегулюючим утворенням мозку, то ретиккулярна формація є головним мозковим утворенням, що забезпечує мозку тонус і неспання. На цьому ж етапі вперше заявляють про себе *глибинні нейробіологічні передумови формування майбутнього стилю психічної і навчальної діяльності дитини*.

Таким чином, перший блок мозку, до складу якого входять: апарати верхнього стовбуру, лімбічної системи (стародавньої кори) і ретиккулярної формації забезпечують загальний тонус (неспання) кори і можливість довгий час зберігати сліди збудження. Робота цього блоку не пов'язана спеціально з іншими органами відчуттів і забезпечує загальний тонус кори.

Отже, аутологу важливо знати і враховувати в своїй роботі те, що загальне значення ретиккулярно-лімбічної системи полягає у забезпеченні:

- діяльнісного стану кори головного мозку;
- сталості внутрішнього середовища організму дитини;
- діяльності найбільш загальних функцій організму (терморегуляції, реакції травлення, болю, статевої і захисної функції).

Водночас, зважаючи на результати наукових досліджень, аутологу необхідно враховувати диференційоване значення ретиккулярно-лімбічної системи для процесу навчання дитини з РАС (див. табл. 1.2.).

**Диференційоване значення ретикулярно-лімбічної системи
для процесу навчання дитини**

Ретикулярна формація:	Лімбічна система:
<ul style="list-style-type: none"> • підсилює всі зв'язки підкірки для формування <i>мнестичних процесів</i>; • підсилює процес <i>видобування інформації</i> (думок, відчуттів, емоцій), яка зберігається клітинами; • сприяє <i>неусвідомленому протіканню інтелектуальної діяльності</i>, тобто автоматизованій навички, що є універсальною особливістю людської психіки. Як це не парадоксально, але на рівні проміжної форми мови інтелектуальна діяльність учня (сформовані інтелектуальні навички письма, математики) здійснюється неусвідомлено (тобто, в навчальній діяльності без застосування правил). 	<ul style="list-style-type: none"> • працює як швидкодіючий процесор, що <i>опрацьовує чуттєві враження</i>: сортує та аналізує дані, які поступають від усіх органів чуття. Потім «скидає» результати у відповідні ділянки кори головного мозку. Далі знову здійснює збір даних для подальшого, більш глибокого аналізу; • сприяє <i>неусвідомленому введенню даних</i>, які нею при необхідності <i>миттєво опрацьовуються</i> (приблизно у 80 тис. разів швидше, ніж корою); • забезпечує <i>швидкий цикл зворотного зв'язку</i>, що багаторазово повторюється на протязі якихось часток секунди; • може вихопити (в будь-який момент) один певний образ та <i>ініціювати аварійну альтернативу</i>. В екстремальних ситуаціях реагує як янгол-охоронець, оскільки <i>хапається за будь-який засіб</i>, що може забезпечити виживання організму; • Здатна <i>викликати кидок раціонального інтелекту</i>, не консультуючись з корою головного мозку.

Методика підсилення енергетичного потенціалу організму розглядається нами як один з шляхів формування базису кірково-підкіркових взаємодій у дитини з РАС. Методика включає:

- систему дихальних вправ,
- комплекс завдань для масажу та самомасажу,
- завдання для оптимізації і стабілізації тонуусу тіла

❖ Блок прийому, переробки і збереження інформації

Якщо перший блок забезпечує тонуус кори, але сам не бере участі ні в прийомі і переробці інформації, ні у виробленні програм поведінки, то другий блок безпосередньо пов'язаний з роботою по забезпеченню аналізу і синтезу сигналів, що поступають із зовнішнього середовища. Іншими словами цей блок пов'язаний з прийомом, переробкою і збереженням інформації, яку одержує дитина з

аутизмом. Другий блок є системою центральних апаратів, які приймають зорову (потилична доля), слухову (скронева) і тактильну (тім'яна) інформацію, потім перероблюють («кодують») її і зберігають у пам'яті сліди одержаного досвіду. У найбільш складних відділах кори окремі ознаки зорової, слухової і тактильної видів інформації об'єднуються, синтезуються у складніші структури. Об'єднання обох півкуль мозку досягається за допомогою так званого мозолистого тіла (могутній пучок транскортикальних волокон). Повністю сформоване мозолисте тіло здатне передати 4 млрд. сигналів за секунду через 200 млн. нервових клітин. Коли мозолисте тіло травмується, то значна частина великих півкуль втрачає зв'язок один з одним і обидві півкулі починають працювати ізольовано.

Інтеграція інформації і швидкий доступ до неї *стимулюють розвиток операційного мислення і формування логіки*. У дівчаток в мозолистому тілі нервових волокон більше, ніж у хлопчиків, що забезпечує їм високі компенсаторні механізми.

Принцип ієрархічної будови зони кори, що входить до складу другого блоку, є одним з найважливіших принципів будови кори головного мозку. Як показали результати досліджень, інформація, що надходить від зорового, слухового або шкіряного аналізаторів до первинних (проекційних) зон кори, подрібнюється там на величезне число ознак, що її складають. У вторинних (проективно-асоціативних) зонах кори тонкої спеціалізації і подрібнення імпульсів не відбувається, а вони (вторинні зони) несуть уже узагальнені імпульси. Ці зони реагують не на окремі ознаки, а частіше за все на цілий комплекс зорових, слухових і тактильних подразників, тобто на модально-специфічні подразники.

Отже, первинні зони кори мають функції виділення тих чи інших модально-специфічних (зорових, слухових, тактильних) ознак, тобто вони здійснюють функцію подрібнення (аналізу) інформації, що надходить до них. Вторинні ж зони цих відділів кори несуть функцію об'єднання (синтезу), тобто здійснюють складну переробку інформації, що надходить з аналізатора.

Вади других кіркових зон другого блоку не призводять до явищ випадання чутливості того чи іншого аналізатора, але *викликають загальну дезінтеграцію в роботі* того чи іншого аналізатора. Проявами такої дезінтеграції можуть бути порушення складних форм зорового, слухового або тактильного сприймання (агнозія).

Первинні і вторинні зони кори не вичерпують кіркових апаратів другого блоку. Для забезпечення найбільш комплексної роботи цього блоку існують третинні зони кори. Ці зони виникають і дозрівають на найпізніших етапах філогенетичних сходів і значною мірою є специфічно людськими новоутвореннями. Все це показує, що ці зони («зони перекриття») є наймолодшими і найбільш пізно вступають в

роботу мозкової кори. Основна їх функція полягає в об'єднанні інформації, що надходить в кору головного мозку від різних аналізаторів. Оскільки третинні зони розташовані на межі тім'яної, потиличної і скроневої долей мозку, то їх недорозвинення чи ураження не призводить до випадіння зорової, слухової чи тактильної чутливості. Проте виникають вади при переробці отриманої інформації, і, перш за все, в об'єднанні послідовних (сукцесивних) подразнень, що надходять до мозку, в одночасні (симультанні) просторові схеми. Розрізняючи зором предмети, букви, цифри, звуки, діти починають відчувати утруднення при орієнтації у просторі, не можуть швидко відрізнити ліву і праву сторони, розібратися у положенні стрілок на годиннику, у співвідношенні елементів букв і т.д. Може виявитися, що вони не здатні виконати арифметичні операції, що вимагають орієнтації у розрядній будові числа, у швидкому виконанні додавання і віднімання і починають відчувати труднощі у розумінні складних граматичних структур та при здійсненні логічних операцій, що включають складні відношення. Значення і специфіка забезпечення ними різних видів діяльності на перцептивному, мнестичному та інтелектуальному рівнях висвітлена в таблицях 1.3. і 1.4.

Таблиця 1.3.

Значення сукцесивно-симультанних синтезів для розвитку і навчання дитини
<ul style="list-style-type: none"> • За результатами нейропсихологічних досліджень встановлено, що всі види людської діяльності, незважаючи на їхні відмінності за змістом, мають одну і ту ж будову, яка включає одні і ті ж функціональні частини. Крім того, виявлено, що між окремими видами діяльності існують чітко визначені залежності, знаючи які, можна за одними елементами діяльності будувати інші. • Тому процес формування інтелектуальної, математичної, мовленнєвої, читацької, графічної, моторної та ін. видів діяльності розглядається як такий, що може забезпечуватися в значній мірі спільними групами дій та операцій. Це так звані базові інваріантні дії й операції, які є одними і тими ж у різній формі у різних видах діяльності (інтелектуальній, математичній, мовленнєвій, читацькій, графічній, моторній та ін.). • У результаті сформульовано важливе положення про те, що в зовнішній і у внутрішній діяльності існують два уніфіковані плани діяльності – план, в якому представлена послідовність (сукцесивність) актів та план об'єднання(симультанність) окремих подразників в одночасні групи.

Таблиця 1.4.

Рівні	Види синтетичної діяльності	
	Симультанний	сукцесивний
1	Перцептивний	
	<p>Розвиток просторового гнозису як основи диференціації елементів за формою, розташуванням у просторі, величиною</p> <p>Впізнання реалістичних і схематичних предметних зображень</p> <p>Формування конструктивного праксису (просторово-орієнтовних рухів)</p> <p>Забезпечення функціонування акустичної сфери (розрізнення ритму, акордів, визначення місця звуку в просторі)</p> <p>Розташування сюжетних малюнків у потрібній послідовності</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Оволодіння послідовністю звукового складу слова • Створення серійної послідовності складів, звуків, ліній • Оволодіння послідовністю ритмічних та тональних мелодій • Оволодіння здатністю виконувати довільні дії і рухи • Формування динамічних схем і денерваційних процесів, що забезпечують плавний перебіг рухової, мовленнєвої і мисленнєвої діяльності
II	Мнестичний	
	<ul style="list-style-type: none"> • Запам'ятовування будь-якого висловлювання (слова, речення, оповідання, інструкції) • Відтворення ряду слів, речень в запропонованій послідовності • Запам'ятовування схем міркувань, принципів, підходів до виконання як простого, так і складного завдання • Утримання внутрішньої схематизації як основи здійснення просторових і логіко-граматичних відношень 	<ul style="list-style-type: none"> • Отримання диференційованих ознак слухових комплексів • Запам'ятовування окремих елементів інструкції • Утримання частин висловлювання для точного їхнього відтворення • Збереження вироблених програм дій, здатність їх змінювати, пристосовуючи до ситуації, і утримувати в межах заданої схеми
III	Мовленнєво-мисленнєвий	
	<p>Вибір потрібної одиниці з артикуляційно-фонетичних і лексико-семантичних кодів мови</p> <p>Одночасне квазіпросторове оживлення «сітки значень» слів</p> <p>Розуміння речення з урахуванням значення слів, їхньої послідовності та граматичного зв'язку</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Становлення серійної організації діяльності (рухової, мовленнєвої, рахункової) • Перетворення вихідної схеми в розгорнутий, організований в часі послідовний ряд • Створення внутрішнього

<p>Створення смислових схем мовленнєвого висловлювання, граматичної структури речення, моторного програмування синтагм</p> <p>Формування уявлень про кількісний склад</p> <p>Започаткування створення адекватного образу світу</p>	<p>задуму, вибудовування схеми висловлювання, схеми розв'язання задач</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перехід від зовнішнього егоцентричного (автономного) мовлення до внутрішнього
--	---

Усе зазначене дало можливість розглядати *сукцесивно-симультанний аналіз і синтез як універсальні операційні одиниці* (за термінологією Ж.Піаже), інтенсивний розвиток яких *забезпечуватиме одночасну підготовку дітей до формування в них таких основних інтелектуальних навичок*, як письмо, читання, математика.

Достатній рівень сформованості сукцесивно-симультанних синтезів, своєю чергою, сприятиме формуванню двох груп операцій, що лежать в основі лінгвістичної та математичної діяльності:

➤ група операцій, що забезпечує *складання внутрішніх схем різного ступеня конкретності*. Внаслідок цього створюється внутрішній задум, будуються схеми висловлювання й обчислення, визначається послідовність звуків, розрядність чисел та їхня серійність. Ця група операцій створює основу наступної мовленнєвої та рахункової діяльності і є комбінуванням елементів у послідовний комплекс. Сформованість операцій комбінування забезпечується достатньою зрілістю саме *сукцесивної аналітико-синтетичної діяльності*;

➤ група операцій, що забезпечує *вибирання елементів* (звука, числа, дії тощо) для мовленнєвої або обчислювальної діяльності. Сформованість цих операцій забезпечується достатнім рівнем розвитку *симультанних операційних одиниць*.

Отже, опанування будь-якою системою відносин (граматичною системою мовлення, системою арифметичних понять) потребує: а) розміщення елементів у симультанну (одночасну) схему; б) синтезування їх у послідовні в часі ряди; в) їхнього об'єднання.

Узагальнюючи, зазначимо.

Достатня зрілість симультанного виду аналізу і синтезу позитивно впливає на процес формування в дітей **«внутрішньої геометрії»** (внутрішньої схематизації), без якої не можливе здійснення логіко-граматичних відношень, що лежать в основі спеціальних здібностей, які забезпечують якісне засвоєння лінгвістичних і математичних знань.

Достатній рівень розвитку сукцесивних синтезів визначає ефективність процесу формування динамічних схем і денерваційних процесів, без яких не можливе формування **«кінетичних мелодій»**, що забезпечують плавний перебіг мовленнєвої та інтелектуальної діяльності.

❖ Блок програмування, регуляції діяльності та її контролю

Третій блок головного мозку людини здійснює програмування, регуляцію і контроль активної діяльності. В нього входять апарати, розташовані в передніх відділах великих півкуль. Провідне місце в третьому блоці займають відділи великого мозку. Свідома діяльність дитини починається з одержання і переробки інформації і закінчується формуванням намірів, виробленням відповідної програми дій у зовнішніх (рухових) або внутрішніх (розумових) актах. Для цього потрібен спеціальний апарат, який міг би: створювати й утримувати потрібні наміри; виробляти відповідні їм програми дій; здійснювати ці дії у потрібних актах; постійно стежити за діями, що протікають, порівнюючи ефект дії з висхідними намірами.

Таким спеціальним апаратом, де здійснюються всі ці функції є передні відділи мозку і лобні доли. І саме в корі передніх відділів мозку ефективний прошарок клітин (через аксони) відносить сформовані імпульси на периферію. Ці імпульси доводяться, наприклад, до руки і тим самим викликають відповідні рухи, програми яких були підготовлені всією корою мозку і, зокрема, лобною долею.

Передні відділи мозку мають найтісніші зв'язки з ретикулярною формацією, особливо з її вхідними і висхідними волокнами, що виробляють імпульси, сформовані в лобних долях кори. Тим самим вони регулюють загальний стан активності організму, змінюючи його відповідно до тих намірів, що формуються в корі. Передні відділи мозку (як і задні відділи) мають ієрархічну будову: до них підходять імпульси, підготовлені у вищих відділах кори, а вони вже спрямовують ці імпульси до периферії, викликаючи відповідні рухи.

Первинною (проекційною) зоною передніх відділів кори головного мозку є передня центральна звиліна, або моторна зона кори (4-е поле Бродмана). У центральній звиліні знаходяться гігантські піраміди клітин, які дають початок довгим аксонам. Аксони, перейшовши в стовбурі мозку на протилежну сторону тіла, несуть рухові імпульси. Ці імпульси, в кінцевому результаті, надходять до певних м'язових груп (м'язів верхніх або нижніх кінцівок, до м'язів шиї, голови, обличчя). Недорозвинення чи ураження передньої центральної звиліни та її провідних шляхів утруднює формування її сомато-топічної організації. Своєю чергою, ці топічні мозкові ураження чи недорозвинення призводять до: не сформованості (порушення) верхніх відділів цієї зони мозку або її провідних шляхів, що може стати причиною парезу або паралічу м'язів протилежної ноги; незрілості (порушення) середніх відділів, що призводить до парезу чи паралічу м'язів протилежної руки; ураження нижніх відділів, внаслідок якого може бути параліч чи парез м'язів протилежної сторони обличчя.

Над первинною руховою зоною мозкової кори надбудована премоторна зона (6-е поле Бродмана). Ця зона готує пуск рухових

імпульсів і створює ту «кінетичну мелодію», що запускає в рух «клавіші» рухової зони кори. Значення премоторної зони кори (або екстрапірамідного рухового поля) полягає в тому, що вона створює умови для систематичної роботи рухового апарату і, зокрема, для плавного переключення імпульсів з одних ланок руху на інші, забезпечуючи тим самим виконання складних рухових і інтелектуальних мелодій. Особливе значення премоторна зона кори має для створення рухових навичок, в яких одна рухова ланка повинна плавно змінюватися іншою. При недостатній зрілості або ураженні цієї зони не формується або втрачається денерваційна дія плавного переключення з однієї ланки руху на іншу або, кажучи інакше, не формується або порушується «кінетична мелодія» (рухові навички).

При ураженні 8-го поля Бродмана (передній руховий центр, що забезпечує плавні активні рухи очей) рефлексорні рухи очей, що спостерігають за предметом, зберігаються, однак порушуються швидкі, плавні й активні рухи очей.

На відміну від двох попередніх зон (енергетичної і премоторної) третинні відділи лобної кори, або кора префронтальної зони (9, 10, 11, 46-е поле Бродмана) дозрівають в останню чергу онтогенеза і займають за часом дозрівання одне з останніх місць. Оскільки префронтальні зони кори пов'язані як з усіма останніми зонами мозку, так і з відділами ретикулярної формації, то це дає лобним зонам мозку також і можливість постійно підтримувати тонус кори.

Таким чином, значення лобних відділів мозкової кори для організації поведінки є дуже важливим, хоча довгий час воно не піддавалося чіткому науковому визначенню. Це пов'язано з тим, що ураження лобних зон мозку не призводило до будь-яких порушень елементарних рухів, не викликало ні парезів, паралічів, ні розладів чутливості, ні порушень мовлення. Останнє давало підставу деяким авторам розцінювати лобну зону кори головного мозку як «німу зону». Тому вважалося, що вона не має ніяких спеціальних функцій. Справа суттєво змінилася тоді, коли дослідники стали підходити до мозку як до складної саморегулюючої системи. Ця система створює складні програми поведінки, регулює протікання рухових актів і здійснює контроль за ними. Як показали дослідження, при кожній інтелектуальній нарузі (чеканні сигналу, складному підрахунку і т.п.) у лобних зонах мозку виникають особливі повільні хвилі, що розповсюджуються на інші відділи кори (так звані «хвилі чекання»). Коли ж чекання сигналу припиняється, ці хвилі зникають. Напружена інтелектуальна робота, що вимагає підвищеного тону кори, викликає в лобних долях підвищене число синхронно збуджених, спільно діючих пунктів. Ці синхронно працюючі пункти зберігаються на протязі всього часу складної інтелектуальної роботи і зникають після її припинення. Підтримуючи

тонус кори мозку, необхідний для здійснення поставленого завдання, її лобні відділи відіграють вирішальну роль у створенні намірів і формуванні програми дії, яка здійснює ці наміри.

Двостороннє недорозвинення чи ураження лобних долей мозку може призвести до того, що *дитина не зможе або утруднюватиметься*:

- міцно утримувати наміри;
- зберігати складні програми дій;
- гальмувати імпульси, невідповідні програмі;
- регулювати діяльність, що підпорядкована цій програмі.

У результаті цього дитина:

- не зможе стійко концентрувати свою увагу на поставленому перед нею завданні;
- легко відволікається від його виконання;
- потрібні дії замінює або простими відповідями на несуттєві подразники, або інертним повтором стереотипів, які продовжують репродукуватися нею не залежно від поставленого завдання і заважають його адекватному виконанню.

Природно, що організована інтелектуальна діяльність, яка спрямовується поставленим завданням, при незрілості чи ураженні лобних долей мозку суттєво порушується. Особливо важливим є той факт, що лобні доли мозку відіграють суттєву роль у проведенні постійного контролю за процесом будь-якої діяльності. У результаті це дозволяє дитині вибудовувати власні програми поведінки, ставити перед собою мету, контролювати її виконання, рефлексувати (здійснювати самоаналіз), довільно регулювати свої емоції, мовлення. Тому, третій блок *організовує активну, свідому психічну діяльність*: дитина формує плани і програми своїх дій, слідує за їхнім виконанням, порівнює ефект своїх дій з висхідними намірами і коригує допущені помилки.

Симптоматика можливих порушень функціонування блоків мозку представлена в узагальненому вигляді в таблиці (див. табл. 1.5.).

Таблиця 1.5.

Основна симптоматика порушень функціонування блоків мозку
<ul style="list-style-type: none">• У дітей з <i>недорозвиненням функцій I блоку мозку (енергетичним)</i> можуть бути виявлені: мозаїчність сприйняття і порушення порядку відтворення слухомовленнєвих і зорових еталонів, дефекти соматичного гнозису і гнозису обличчя, вади розрізнення кольорів і диференціації емоцій. До феномену асоматогнозису (не сприйняття власного тіла) можна віднести дезорієнтацію у схемі власного тіла.

• *Дітям з ураженням чи недорозвиненням функцій II блоку мозку* характерні: недостатня сформованість координації рухів рук, недорозвинення фонематичних процесів і функцій, дисграфічні помилки. При читанні дитина ковтає закінчення, погано інтонує текст, проте розуміє і добре зберігає зміст прочитаного. Труднощі звукорозрізнення і розуміння мовлення, що сприймається на слух. Прийом перцептивного поля може відбуватися справа наліво; операція віднімання – з нижнього числа віднімання верхнього або від числа, розміщеного справа, – лівого і т.п. У результаті – навчальна та поведінкова дезадаптація.

• *Дитина з недорозвиненням чи незрілістю функцій III блоку мозку* легко відволікається, важко зосереджується, швидко стомлюється, в'яла і байдужа, хоча час від часу може витримувати достатньо високий темп роботи і показувати хороші результати. Мовлення не стає організатором її діяльності. Як наслідок – дещо знижені показники розвитку інших пізнавальних процесів. При цьому важливо вміло задіяти (за наявності) достатньо зрілий II блок дитини, тобто її здатність подрібнювати задану програму виконання завдання на послідовні підпрограми. Уповільнений процес засвоєння знань і труднощі автоматизації будь-якої навички.

Запитання і завдання

- 1. Дайте визначення нейропсихології як галузі психології.*
- 2. Назвіть основне з вирішуваних завдань нейропсихології.*
- 3. Схарактеризуйте структурну функціональну організацію мозку в процесі здійснення психічної діяльності.*
- 4. Назвіть структурні компоненти блоку забезпечення підтримки тону кори головного мозку.*
- 5. Схарактеризуйте блок програмування, регуляції та контролю діяльності дитини.*
- 6. Коротко розкрийте симптоматику порушень функціонування блоків мозку дитини.*

Завдання для самостійної роботи

- 1. Оцініть значення ретикулярно-лімбічної системи для процесу навчання дитини з розладами аутичного спектра.*
- 2. Схарактеризуйте значення сукцесивно-симультанних синтезів для розвитку і навчання дитини з аутизмом.*

Література

- 1. Вассерман Л.И. и др.. Методы нейропсихологической диагностики. – СПб., 1997.*
- 2. Логопатопсихология: учебное пособие для студентов / под ред. Лалаевой Р.И., Шаховской С.Н: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС; Москва, 2011.*
- 3. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. – М., 1963.*
- 4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М., 2002.*
- 5. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування (нейропсихологічний супровід). Монографія. – К.: Вид. НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2008.*

2.3. Міжсистемні зв'язки аутології з патопсихологією як галуззю психологічної науки

Патопсихологія є галуззю психологічної науки. Її дані мають теоретичне і практичне значення для загальної та спеціальної психології і корекційної педагогіки зокрема для аутології Патопсихологія спрямована на вивчення структури порушень психічної діяльності, закономірностей її розладів в зіставленні з нормою. Вивченням порушень розвитку психіки (психічного дизонтогенезу), *займається також психологія аномального розвитку*, методологічну основу якої становить теорія вищих психічних функцій (Л.С. Виготський).

Патопсихологію необхідно розрізняти з психопатологією – розділом психіатрії, що вивчає симптоми і синдроми психічних розладів клінічним методом і оперує, головним чином, клінічними поняттями.

У цьому зв'язку треба зазначити, що аутолог, досліджуючи закономірності психічної діяльності дитини з аутизмом і використовуючи для цього психологічні методи (в першу чергу спостереження), не має права на постановку клінічного діагнозу і не може приймати рішення про характер медичної допомоги. Це є повністю прерогативою *дитячого психіатра – висококваліфікованого спеціаліста, який є скоріше координатором, під контролем якого працюють різні спеціалісти – сімейні лікарі, педіатри, психотерапевти, невропатологи, психологи і корекційні педагоги*. Проте необхідно враховувати, що в роботі з дітьми з РАС аутолог є одним з головних помічників дитячого психіатра; при цьому він у своїй діяльності доповнює діяльність лікаря і, певною мірою, полегшує її.

Основними завданнями патопсихології є:

- отримання даних для діагностики;
- дослідження динаміки психічних порушень у зв'язку з проведеною корекцією розвитку;
- участь у реабілітаційній роботі;
- дослідження недостатньо вивчених видів РАС;
- ще одним важливим завданням аутолога є участь в діагностичній психолого-медико-педагогічній роботі. В її рамках дитячий психіатр дає синдромально-нозологічну характеристику наявного відхилення в розвитку, а *психолог і аутолог – структурно-динамічний аналіз особистості дитини*. Це особливо важливо у випадку не різко виражених форм аутичних розладів. При цьому визначається рівень пізнавальної діяльності дитини та характер властивих їй індивідуально-особистісних особливостей.

Діагностична діяльність патопсихолога набуває значну роль при вирішенні питань, специфічних для дитячого віку. Це, в першу чергу, стосується *вирішення питання про можливості отримання освіти аутичною дитиною в умовах масової або спеціальної (корекційної) школи. У цьому випадку патопсихологічна діагностика, спрямована на виявлення структури і ступеня вираженості інтелектуальної вади, є складовою частиною комплексного медико-психолого-педагогічного обстеження. Патопсихологічна частина дослідження дозволяє отримати більш системні й об'єктивні характеристики актуального і потенційного розвитку дитини, що знижує ступінь діагностичних помилок і прийнятих на їхній основі педагогічних рішень.*

На сьогодні участь патопсихолога особливого значення набуває також у *медико-психолого-педагогічному супроводі дитини з аутизмом. Надання такої допомоги передбачає не тільки проведення активної і підтримуючої терапії, але й здійснення заходів, що в подальшому забезпечують покращення її соціального статусу. Від правильно побудованих реабілітаційних заходів залежить також профілактика їхньої інвалідизації.*

Медико-психолого-педагогічний супровід дитини з аутизмом будується з урахуванням не тільки порушених, але й збережених сторін психіки і особистості дитини, а також її індивідуальних особливостей. При цьому наголос робиться на виявленні особистісних властивостей дитини. Саме тому особистість вивчається як в медико-психологічному, так і в соціально-психологічному аспектах. Крім особистісних властивостей самої дитини патопсихолог, психолог і аутолог мають вивчити «соціальний клімат», в якому перебуває дитина, виявити наявні у неї навчальні установки. Відповідно до отриманих даних *розробляються психологічні та аутологічні рекомендації.*

Окрім того, важливо враховувати, що в своїй роботі фахівці можуть стикатися з проявами установчої поведінки аутиста, варіантами якої є агравація (навмисне перебільшення симптомів) і дисимуляція (применшення, приховування симптоматики з певною метою). У цих випадках особливим чином побудована процедура патопсихологічного обстеження може виявити справжній характер цілей поведінки дитини.

Участь у психокорекції, як і проведення заходів по корекції розвитку аутичної дитини має проводитися психологом і аутологом під керівництвом і за участі дитячого психіатра. При цьому зазначимо, що *останнім часом намітилася тенденція активного включення психологів і аутологів у проведення психотерапії. Проте питання про право і можливості їхньої участі у психотерапії ще недостатньо регламентоване нормативними документами.*

Безперечно, аутологи і клінічні психологи повинні володіти теоретичними та практичними основами психотерапії в широкому сенсі слова, тобто як процесу цілеспрямованого психолого-педагогічного впливу на психіку дитини. Але це можливо лише в тому випадку, коли психотерапія використовується як засіб зміни особистісних установок дитини-аутиста, яка не страждає психічними захворюваннями (особистісно-орієнтована психотерапія). У випадку, коли психотерапія використовується, наприклад, як метод лікування хвороби (клініко-орієнтована психотерапія), *психолог і аутолог не має професійного права брати на себе функції психотерапевта.*

Тому патопсихолог, психолог і аутолог повинні виконувати свої власні завдання психодіагностичного та соціально-психологічного характеру і тим самим допомагати організовувати психолого-педагогічний і психотерапевтичний процес. Зазначимо, що на сьогодні теорію психотерапії і реабілітації розробляє також такий *розділ клінічної психології, як психолого-педагогічні основи психотерапії та реабілітації.* У цьому розділі реабілітація розглядається як системна діяльність, спрямована на відновлення особистісного і соціального статусу дитини.

Хоча всі ці завдання по-своєму важливі для надання клініцисту практичної допомоги, найбільш часто патопсихологу доводиться вирішувати першу з них. Отримання додаткових даних про стан комунікативно-пізнавальної і соціально-емоційної сфер дитини з аутизмом та її особистості в цілому є одним з найважливіших завдань практичної аутології. Дані експериментально-психологічного дослідження (які відносять до розряду параклінічних) є допоміжними. Поряд і в зіставленні з даними клінічного спостереження і в ряді випадків з результатами лабораторних досліджень (наприклад, аналізу крові, спинномозкової рідини, томографії та ін.) ці дані допомагають лікареві при вирішенні питання про уточнення діагнозу дитини. *Дані патопсихологічного дослідження, не маючи єдиної підстави для постановки клінічного діагнозу, разом з тим дозволяють виявити багато ознак аутичних порушень, визначити їхню структуру та взаємозв'язок.*

Найчастіше задача уточнення діагнозу ставиться перед патопсихологом у двох найбільш складних для клінічної діагностики ситуаціях:

- у випадку постановки диференційного діагнозу;
- у ситуації, коли необхідно виявити ознаки аутичного розладу на ранніх етапах його розвитку (або, навпаки, у віддалений період).

У цьому зв'язку зазначимо, що багато аутичних розладів мають подібну клінічну симптоматику; при цьому природа цих розладів може

бути недостатньо ясна. У цьому випадку дані клінічного спостереження та бесіди, а також лабораторні дослідження **не можуть** повною мірою стати підставою для постановки нозологічного діагнозу. Зокрема, така проблема спостерігається:

- при необхідності відмежування в дитини з аутизмом легких форм розумової відсталості від затримок психічного розвитку церебрально-органічного генезу. Це пояснюється тим, що на перший план в обох випадках виходить невідповідність рівня розумового розвитку дитини віковим нормам;

- у ситуації труднощів здійснення диференційної діагностики між психопатією і психопатоподібними змінами особистості дитини при шизофренії, нейроінфекції. У цих випадках виявлення в ході патопсихологічного експериментального дослідження специфічних порушень пізнавальної діяльності та особистості, типових для аутичного розладу і не характерних для інших, значно полегшує вирішення клініко-діагностичної і психолого-педагогічної задачі;

- у разі ранньої діагностики аутичних розладів, коли аутологічна симптоматика ще не до кінця сформувалася, буває досить важко визначити характер порушення. Наприклад, в картині розладу, яке на початкових стадіях протікає за аутологічним типом, патопсихолог при спеціальному дослідженні може виявити характерні для шизофренії розлади мислення та емоційності. Це полегшує ранню діагностику і дає можливість своєчасно почати адекватне лікування і корекцію розвитку дитини;

- при потребі в уточненні структури аутологічного дефекту видається важливою і при значній давності розладу, коли у лікаря немає необхідної інформації про аутологічну симптоматику, в якій маніфестував себе спотворений розвиток дитини. І в цьому випадку виявлення в патопсихологічному та аутологічному дослідженнях специфічних для аутизму особистісних змін або особливостей мислення, характерних змін пам'яті, порушень рухливості нервових процесів, ознак вираженої виснаженості значно полегшують лікарю завдання щодо постановки клінічного діагнозу.

Водночас у зв'язку з проведеною терапією важливим є також *визначення динаміки аутологічних порушень*. Це пояснюється тим, що в ході лікування психопатологічна симптоматика зазнає значних змін. Проте спеціаліст при аналізі динаміки розладу орієнтується, в першу чергу, на поведінку дитини і тому не завжди вдається однозначно визначити характер змін, що стоять за цією поведінкою. Наприклад, більш доросла аутична дитина, особливо високофункціональна, з продуктивною симптоматикою, щоб уникнути подальшого неприємного для неї лікування або прискорити термін виписки з відділення чи термін відвідування реабілітаційних занять, може поводити себе певною мірою

соціально прийнятним способом. При цьому самі розлади можуть у неї зберегтися, а її поведінка в такому випадку носить установчий характер. Тому в процесі лікування саме *багаторазове здійснення патопсихологічного дослідження, спрямованого на аналіз всіх компонентів психічної діяльності*, може бути об'єктивним показником впливу аутологічної допомоги на перебіг розладу. Системні зміни психіки, які виявляються в ході такої *динамічної діагностики*, також характеризують особливості структури несформованого при цьому аутичного порушення. Тут можна виділити два фактори, важливі для визначення подальшої аутологічної тактики: *перший* – роль виявленої структури психічного розладу в побудові подальших корекційно-розвивальних заходів; *другий* – врахування прогностичного значення виявленого стану психічної діяльності дитини для її лікування, розвитку, навчання і соціалізації.

У цьому зв'язку винятково важливе значення набуває *знання патопсихологом і аутологом патопсихологічного методу для вивчення розладів аутичного спектру*, зокрема (як приклад) дослідження особливостей мислення аутичної дитини. За допомогою методів патопсихологічних досліджень вдається розкрити ті механізми порушення мислення, які відповідають виділеним симптомам і синдромам розладів цієї психічної функції при аутизмі. При цьому висхідні позиції розуміння процесу мислення можуть різнитися: від уявлення про мислення як про вроджену здатність, що лише зазнає змін в процесі онтогенезу, до розуміння процесу мислення як рефлексивно обумовленої діяльності.

Кваліфікація і систематизація розладів мислення (як і інших вищих функцій) в патопсихології проводиться із застосуванням більш загальних (в порівнянні з клінічною практикою) підходів до розрізнення тих чи інших класів розладів. Однією з найбільш широко відомою і застосовуваною у патопсихологічній практиці є систематика (впорядкованість) розладів мислення Б. В. Зейгарник (1958, 1962, 1976). Відповідно цій систематиці, різняться такі види порушення мислення:

- *порушення операційної сторони* (процесу узагальнення і відволікання), тобто недостатність або спотворення процесу узагальнення;
- *порушення динаміки розумової діяльності* (логічного ладу мислення) – лабільність мислення («стрибки ідей»), інертність («в'язкість») мислення, непослідовність суджень;
- *порушення мотиваційного компонента мислення*: різноплановість мислення, резонерство;
- *порушення критичності мислення*.

Завдання для пред'явлення дитині підбирається з метою актуалізувати певні розумові операції, які вона зазвичай використовує в

своїй життєдіяльності. Аналіз результатів обстеження, проведеного за допомогою патопсихологічних методик, дозволяє оцінити як характер патологічних змін в перебігу психічних процесів, їхній зміст, структуру, так і ступінь вираженості виявлених змін. Патопсихолог використовує ряд психологічних методик для дослідження інтелекту, що відрізняються своєю вимірною і психометричною спрямованістю (наприклад, тести Біне - Симона, Векслера, Равена та ін.). Їхнє основне завдання – дати кількісну характеристику змін інтелектуальної діяльності дитини. Показанням до їхнього застосування слугує необхідність точного ранжування рівня протікання інтелектуальної діяльності дитини з аутизмом в порівнянні з групою дітей цієї ж нозологічної приналежності і розподілу їх на підгрупи. Деякі дослідники надавали великого значення і якісному аналізу даних, одержаних за допомогою психометричних тестів. Проте, користуючись ними, патопсихолог позбавлений можливості змінювати тактику дослідження залежно від отриманих результатів. Крім того, за допомогою більшості методик вивчають відносно широкий діапазон проявів психічної діяльності дитини. Тому лише з певними застереженнями можна виділити групу методик, спрямованих на дослідження рівня та перебігу розумових процесів в дитини з аутизмом.

З іншого боку, існують експериментально-психологічні методики, які мають загальну спрямованість. Такі особливості мислення, як зісковзування, різноплановість, спотворення узагальнення виявляються завдяки використанню методик класифікації, виключення та ін. Емоційне зниження в аутичній дитини розкривається за допомогою таких методик, як проба на запам'ятовування, піктограми, при дослідженні рівня домагань та із застосуванням картинок, що відрізняються сюжетною незавершеністю і глибоким емоційним підтекстом.

З урахуванням зазначеного психопатологи і аутологи в своїй практичній роботі мають дотримуватися двох принципів підбору діагностичних методик:

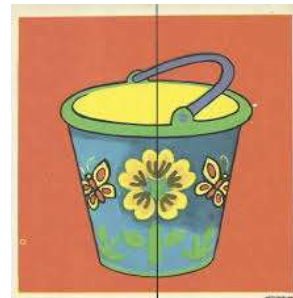
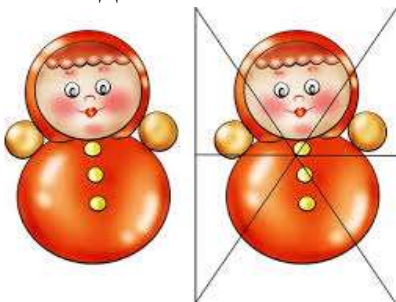
- поєднання різноманітних методик, що дозволяє якомога повніше і різнобічно виявити й обстежити зміни у психічній діяльності дитини;
- поєднання близьких за спрямованістю методик, що дозволяє судити про достовірність і надійність результатів.

Разом з тим, дані, отримані в патопсихологічному (як і в аутологічному) обстеженні дитини за допомогою однієї методики, завжди слід підтверджувати результатами, отриманими з використанням інших методик. *Патопсихологічне обстеження значно доповнює психологічний статус аутичної дитини і до певної міри об'єктивує*

його. Однак не слід забувати про те, що воно все ж є допоміжним. Вирішальне значення в діагностиці аутизму належить клініко-психопатологічному методу. Звичайно, проведення цілісного аутологічного обстеження вимагає від аутолога і тих спеціальних знань, які знаходяться у сфері компетенції патопсихолога. Тому аутолог має знати основні методики патопсихологічного дослідження і вміти інтерпретувати одержані дані в нозологічному аспекті.

Як правило, в патопсихологічній діагностиці використовується батарея завдань, спрямованих **на визначення особливостей сформованості в аутичної дитини вміння:**

➤ *складати розрізні картинки зі зростаючою кількістю частин (3 і більше); осмислення (переказ) сюжету прослуханого оповідання і визначення стану розвитку пам'яті.*



➤ *розуміти зміст сюжетних картин (репродукцій) різної складності, виконаних в реалістичній манері. При використанні гумористичних малюнків (що є особливо актуальним при аутизмі) отримані результати дозволяють скласти судження про деякі особливості розуміння аутистом гумору, уміння відгукнутися на жарт, про тенденції співвіднести ситуацію гумористичного малюнка зі своїм життєвим досвідом.*



Використовуються для обстеження також картинки, що відрізняються сюжетною невизначеністю, незавершеністю, але мають глибокий емоційний підтекст. У такому варіанті методика наближається до проєктивних тестів ТАТ і дозволяє судити про стан афективно-особистісної сфери дитини, її вміння виділити емоційний підтекст і про особистісні реакції на нього;

➤ *встановлювати послідовність подій.* Це завдання застосовується для обстеження стану сформованості здатності до зіставлення, тобто до порівняльної оцінки декількох даних та їхніх

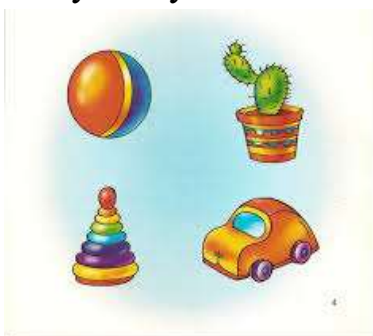


взаємовідносин. Аутист встановлює відмінності в окремих елементах малюнків і, керуючись ними, визначає послідовність розташування сюжетних малюнків, встановлює зв'язок подій, відображених на них. Труднощі у встановленні розвитку сюжету за серією малюнків свідчать про недостатність рівня розвитку процесу

узагальнення і відволікання. Особливий характер це приймає при РАС – діти, як правило, окремо правильно описують кожен малюнок, але зіставити їх не завжди спроможні і можуть приходити до безглузких висновків про події, що розвиваються на цих малюнках. Для таких дітей характерною є некритичність мислення, їхні помилкові міркування слабо коригуються.

➤ класифікувати набір карток із зображеннями живих і не живих предметів; знаходження зайвого малюнка. Методика застосовується для дослідження рівня та характеру протікання процесу узагальнення і відволікання, послідовності суджень. Це одна з найбільш діагностично значущих методик для виявлення особливостей мислення. У процесі обстеження визначається ставлення дитини до ситуації обстеження і характеру завдання, ступінь її впевненості або невпевненості у правильності рішення, ставлення до помилок – сама їх помічає або після підказки, виправляє допущені помилки або відстоює їх.

Виділяють два основні етапи класифікації дитиною пред'явлених картинок: утворення таких груп, як одяг, меблі, шкільне приладдя, знаряддя праці, вимірювальні прилади, люди; утворення більш великих груп – рослини, тварини і предмети неживої природи. Зображення можуть бути замінені написами – словесний і предметний варіант



методики класифікації. Набір карток повинен передбачати можливість різних ступенів узагальнення. Важливо мати на увазі, що непродумано виготовлені набори карток можуть зумовлювати виконання завдання по конкретно-ситуаційному типу або провокувати зісковзування з виконання пред'явленого завдання.

За даними наукових досліджень, в аутичних дітей зі зниженим інтелектом труднощі класифікації відзначаються вже на першому етапі і зростають на другому. Вони проводять класифікацію за конкретно-ситуативними, несуттєвими ознаками, утворюють нерідко безліч дрібних груп і не в змозі узагальнити їх.

Завдання і запитання

1. *Схарактеризуйте патопсихологію як галузь психологічної науки.*
2. *Визначте основні завдання патопсихології.*
3. *Поясніть, у чому полягає відмінність між патопсихологією і психопатологією.*
4. *Визначте особливості діагностичної діяльності патопсихолога при вирішенні питань, специфічних для дитячого віку.*
5. *Якими принципами підбору діагностичних патопсихологічних методик має керуватися фахівець?*
6. *Яке значення має патопсихологічний метод для вивчення розладів аутичного спектра?*

Література:

1. Балабанова Л. М. Вопросы определения нормы и отклонений // судебная патопсихология. – Донецк: Сталкер, 1998. — 432 с.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология – М.: Изд-во МГУ, 1976 - с.238 ...
3. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии, - М.: Эксмо-пресс, 1999. – 303 с.

2.4. Взаємозв'язок аутології з психосоматикою – розділом клінічної психології

Одним з основних симптомів РАС є порушення емоційної сфери дитини. Тому не менш важливим для аутолога в роботі з дітьми з РАС, які мають діагностовані психосоматичні захворювання або підозру стосовно такого захворювання, є володіння основами знань в галузі психосоматики. Психосоматика – це порівняно новий розділ клінічної психології, що вивчає природу, методи лікування та попередження психосоматичних розладів, тобто таких захворювань, у виникненні і розвитку яких значиму роль відіграють психологічні фактори. Сам термін «психосоматика» походить від двох грецьких слів: «психея» – душа і «сома» – тіло. На сьогодні є актуальним розгляд питань психічного та соматичного здоров'я в єдності їхнього взаємовпливу, тобто в єдності психосоматики. В Україні психосоматична медицина як науковий напрям стала активно розвиватися на початку 90-х років ХХ століття. Це стосується, в основному, лікарів і вчених, що працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології.

Проблема співвідношення первинного і вторинного порушення є складною, оскільки на загальний емоційний і фізичний стан дитини, особливо дитини з РАС, впливає зовнішнє середовище та її емоційне ставлення до нього. Проте на сьогодні до кінця не досліджено, що є первинним, а що є вторинним. Наприклад, – чи особливості емоційного стану дитини залежать від виразкової хвороби, чи виразкова хвороба залежить від психологічних проблем дитини.

Особливості психосоматичної патології полягають в наступному:

- існує лише в людини;
- психіка виступає як значущий компонент порушень життєдіяльності дитини з РАС;
- має нестереотипну відповідь на дію факторів, що її спричиняють;
- відрізняється відсутністю генетично детермінованих уніфікованих захисних пристосувальних механізмів.

❖ Симптоматика психосоматичних захворювань

- *Конверсійні (замінні) симптоми* проявляються порушеннями довільної моторики і органів чуття. При цьому первинний невротичний конфлікт одержує вторинну соматичну відповідь. Проте симптом *має символічний характер* і його демонстрація може розумітися як спроба дитини розв'язати існуючий конфлікт. Приклади: істеричні паралічі і парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.

- *Функціональні синдроми* у так званих «проблемних хворих», в яких скарги стосуються і серцево-судинної системи, і шлунково-кишкового тракту, і рухового апарату, і органів дихання тощо. Це так звані *органні неврози*, коли емоційна напруга супроводжується тілесними проявами, але без виявлення будь-яких органічних змін.

Психосоматичні захворювання

- Отже, якщо медичне обстеження не може виявити фізичну або органічну

причину захворювання, або якщо захворювання є результатом таких емоційних станів, як гнів, тривога, депресія, почуття провини, тоді хвороба може бути класифікована як психосоматична.

- Психосоматичні захворювання – це захворювання, в розвитку яких провідну роль відіграють психологічні фактори, у тому числі й психологічний стрес.

- Традиційно до психосоматичної патології (тобто, до захворювань, причини яких криються в психіці) відносять: гіпертонічну хворобу, виразку шлунку і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, цукровий діабет, ревматоїдний артрит, бронхіальну астму. Ці захворювання мають прогредієнтний перебіг – з наростанням позитивних і негативних симптомів.

Безперервний перебіг, нападopodobний перебіг і нападopodobно-прогредієнтний перебіг, що супроводжуються низкою різноманітних психологічних і соматичних порушень, з часом поглиблюються та порушують якість життя дитини.

Сьогодні навіть традиційна медицина визнає, що 75% всіх захворювань є психосоматичними, тобто мають емоційні, ментальні або соціально-емоційні причини

▪ **До психосоматичних захворювань належать:**

▪ *класичні захворювання внутрішніх органів:* артеріальна гіпертензія, бронхіальна астма, виразкова хвороба, неспецифічний виразковий коліт, ревматоїдний артрит, нейродерміт, з деякими обмеженнями – ішемічна хвороба серця та цукровий діабет;

▪ *захворювання з мінімальним органічним ураженням структурних елементів організму:* дискінезія жовчовивідних шляхів, функціональний розлад шлунку, синдром подразненого товстого кишковика, психогенні запори і поноси, дисфагія, нейроциркуляторна астенія, кардіоспазм, невроз сечового міхура, синдром неспокійних ніг, гіпервентиляційний синдром та деякі інші. Психіатри називають такі захворювання вісцеровегетоневрозами, органними неврозами;

▪ *традиційно психіатричні захворювання і синдроми:* нервова анорексія, булімія, дисморфофобія, іпохондрія, конверсійні розлади, соматоформні болючі розлади, соматизовані особистісні розлади, синдром соматоформної вегетативної дисфункції, соматоформна депресія, нозогенні особистісні розлади, ятрогенні особистісні розлади, порушення «прихильності» (комплајнс»), зміна умов життя при різних захворюваннях, сексуальні дисфункції;

▪ *ряд ендокринних* (гіпертиреоз, діабет, дисфункції яєчників і т.п.) та *імунологічних захворювань*.

▪ *психосоматози*, в основі яких – тілесна реакція на конфліктне переживання. Це так звані *істинні психосоматичні захворювання*, пов'язані з органічними змінами: бронхіальна астма, виразковий коліт, гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки; останнім часом – рак та інфекційні захворювання).

При цьому аутологу важливо знати, які саме психосоматичні захворювання є найбільш поширеними серед дітей з ОПФР.

• У більшості хворих дітей початок психосоматичних захворювань припадає на ранній шкільний вік (7-10 років), а для формування хронічної патології, зазвичай, потрібен час у 2-4 роки. Ризик хронізації захворювання значно зростає в пре- та пубертатний період. Гетерохронність становлення процесів регуляції різноманітних фізіологічних функцій обумовлює, так звані, критичні періоди розвитку дитячого організму. Саме ці *критичні періоди є основою підвищеної чутливості дитини до впливів середовища і розвитку десинхронозу* – одного з перших неспецифічних проявів багатьох патологічних станів. (Десинхроноз – стан дитини, при якому порушується синхронізація біологічного годинника).

• У структурі психосоматичної патології *найбільш значущими нозологіями в дітей як без ППФР, так і з ними виявилась бронхіальна*

астма та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Проте у дітей без ППФР розповсюдженість бронхіальної астми значно перевищила розповсюдженість виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, яка, за висловом фахівців, є «королєвою психосоматики». **У дітей з порушеннями ПФР, навпаки, виявляється статистично достовірне превалювання виразкової хвороби над бронхіальною астмою** (Г.Мозгова).

- Чим далі «розведені» між собою першопричини (первинний дефект біологічного походження) та вторинний симптом (порушення в розвитку соціально-емоційної сфери), тим більше можливостей відкривається для корекції та компенсації вторинних симптомів за допомогою раціональної системи навчання та виховання дитини з РАС.

Сучасний стан представлення диференційно-діагностичних критеріїв різних форм психосоматичних розладів представлено в таблицях (див. табл. 1.6., табл.1.7, 1.8.).

Таблиця 1.6.

**Диференційно-діагностичні критерії
різних форм психосоматичних розладів**

Форми Критерії	Психосоматичні розлади	Функціональні психосоматичні розлади	Соматоформні розлади	Психосоматичні захворювання
Скарги на соматичний стан	Скарги на поодинокі симптоми	Скарги на одну або декілька зі сторін однієї системи	Повторювальні, багаточис., клінічно значущі скарги	Симптоми чітко відповід. нозологічн. формі захворював.
Локалізація розладу	У межах однієї функції органу	У рамках одного органу/системи	У межах, як мінімум, в чотирьох точках або функціях	Залежить від нозологічної форми захворювання
Характер порушень функцій	Відсутній	Функціональний, зворотний	Функціональний зворотний	Органічний, не зворотний
Час від виникн. стресора до появи симптом	Декілька хвилин, днів	Від декількох днів до декількох тижнів	Від декількох днів до 2-3 місяців	Декілька місяців, років

затвоює.				
Тривалість розладу	Декілька хвилин, днів	Перевищує шість місяців	Перевищує шість місяців	Хронічний перебіг (все життя)

Таблиця 1.7.

Психоаналітичне трактування причин психосоматичних захворювань

<p>Психоаналітичне трактування причин психосоматичних захворювань:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>виразки шлунку в дитини:</i> недоотримання дитиною любові і турботи → комплекс неповноцінності → агресивне протистояння и бажанні турботи → регресивне заміщення бажання турботи на бажання бути ситою → шлунок виділяє сік в очікування їжі → гіперсекреція шлункового соку → зміна кислотного середовища шлунку та його стінки → поява перших симптомів «неврозу шлунку» (печія, відрижка, відчуття болю) → сигнал про ерозію стінок шлунку → виразка шлунку. • <i>хвороб серцево-судинної системи дитини (функціональної гіпертонії, ангіни, мігрені, ревматоїдного артриту):</i> діти старанні, цілеспрямовані, честолюбні, з довгостроковими цілями, із завищеним рівнем домагань, невмінням розслабитися → переважання активного стану нервової системи, яка тримає організм в режимі загальної мобілізації → підвищена серцева діяльність → підвищений кров'яний тиск + перевантаження психіки → формування коронарної симптоматики: аритмія, міокардит, ендокардит, дистонія). • <i>соматичної симптоматики як захисту від життєвих конфліктів (втеча в невроз):</i> психологічна або соціальна проблема (відвели в дитсадок) → не сприйняття дитиною дитсадку → відчуття беззахисності → бажання бути вдома → хвороба як заклик про допомогу → хронізація хвороби.
--

Таблиця 1.8.

Диференційовані ознаки виразкової хвороби шлунка і виразкової хвороби ДПК у дітей

Виразкова хвороба шлунка	Виразкова хвороба ДПК
Біль: ниючий; у верхній половині живота, за грудиною; зразу після їди; зрідка – нічні болі.	Біль: нічні, інтенсивні болі; у верхньому правому квадраті живота; іррадіюють у спину, хребет.

Диспептичний синдром: нудота; відрижка; печія; гіркота в роті; зниження апетиту до анорексії; метеоризм.

Диспептичний синдром: печія; гіркота в роті; нудота.

Пальпаторно: локальна болючість в епігастрії; нечасто – в пілороду оденальної зони; ознаки локальної напруги м'язів.

Пальпаторно: завжди має місце локальна напруга м'язів; болі в епігастрії (сонячному сплетінні); позитивний симптом Менделя.

Особлива увага аутолога має звертатися **на наявність/відсутність факторів ризику виникнення психосоматичних захворювань**. Ці фактори можуть визначатися за даними, представленими психопатологом, і отриманими ним під час проведеного інтерв'ювання батьків та інших членів з близького оточення дитини (див. табл.1.9.).

Таблиця 1.9.

Фактори ризику виникнення психосоматичних захворювань:	
<ul style="list-style-type: none"> • Конфлікти в родині (між батьками) • Конфлікти в родині (між дітьми і батьками) • Дитина – одна в родині • Смерть батьків • Неповна родина • Незадовільний соціальний статус батьків • Наявність в родині хронічних соматичних захворювань • Наявність в родині вроджених вад • Незадовільне харчування в родині • Захворювання у матері під час вагітності 	<ul style="list-style-type: none"> • Патологія в пологах • Перинатальне ураження ЦНС дитини • Часті ГРВІ в анамнезі дитини • Травми голови та хребта в анамнезі дитини • Алекситимія (нездатність дитини назвати пережиті власні емоції або емоції інших людей) • Метеочутливість • Погана успішність в школі • Конфлікти в школі • Аварії та катастрофи в анамнезі

❖ Методи діагностики причин психосоматичних захворювань

Отже, якщо в дитини з РАС діагностовано психосоматичне захворювання, то аутологу важливо також ознайомитися з документацією, представлену психопатологом і отриману ним на всіх етапах діагностичної процедури. Ці матеріали допоможуть аутологу уточнити програму корекції розвитку конкретної дитини з аутизмом. З цією метою педагог має більш детально ознайомитися з матеріалами діагностичного вивчення на:

▪ **початковому етапі** із застосуванням методів спостереження за дитиною з РАС та інтерв'ювання її батьків. Це забезпечить виявлення загальних особливостей розвитку дитини і попереднє формулювання гіпотези щодо можливих причин психосоматичного захворювання;

▪ **на етапі уточнення виявлених симптомів** у процесі діагностики особливостей: а) психофізичного розвитку дитини із

застосуванням групи поширених психолого-педагогічних технік; б) соціоемоційного розвитку дитини за допомогою спеціально розробленого чи підібраного комплексу діагностичних завдань;

▪ **на заключному етапі** в ході вивчення й уточнення причин психосоматичного захворювання та прогнозування тенденцій особистісного розвитку дитини.

Таким чином, якщо захворювання є результатом таких емоційних станів, як гнів, тривога, депресія, почуття провини, тоді хвороба кваліфікується як психосоматична. Базуючись на цьому положенні, аутолог спрямовує свою роботу на визначення, перш за все, особливостей стану соціально-емоційної сфери дитини. З цією метою використовуємо **три основні методи, широко представлені в спеціальній літературі і в інтернет-мережі: інтерв'ювання батьків дитини чи її опікунів; спостереження за дитиною під час різних видів її діяльності; діагностичне тестування.**

Водночас при складанні програми аутологічної допомоги дітям з РАС педагог має орієнтуватися в специфіці здійснення поетапної медико-психолого-педагогічної допомоги дітям з психосоматичними захворюваннями (див. табл.) і профілактичними заходами, спрямованими на запобігання їхнього виникнення (див. табл.1.10).

Таблиця 1.10.

Етапи медико-психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС і психосоматичними захворюваннями

1. Діагностичний етап:		
<ul style="list-style-type: none"> • інтерв'ювання батьків та інших членів родини; • діагностичне спостереження; • тестування. 		
II. Рання медико-психолого-педагогічна допомога		
Медичні заходи	Психологічні заходи	
<ul style="list-style-type: none"> • Фармакотерапія загострення психосо • матичного захворювання • Психофармакотерапія загострення психосоматичного захворювання 	<ul style="list-style-type: none"> • Індивідуальна психолого-педагогічна допомога 	
III. Пізня медико-психолого-педагогічна допомога		
Медичні заходи	Психологічні заходи	Педагогічні заходи
<ul style="list-style-type: none"> • Медичні засоби, спрямовані на попередження рецидиву захворювання 	<ul style="list-style-type: none"> • Групова психологічна терапія • Психотерапія найближчого оточення 	<ul style="list-style-type: none"> Індивідуальна та групова виховна робота, валеологічна освіта

Коротко розкриємо зміст II і III етапів медико-психологічної педагогічної допомоги дітям з РАС і психосоматичними захворюваннями.

❖ **Медичний блок.** Психофармакотерапія при психосоматичних порушеннях.

✓ **Психофармакологічні препарати** – анксиолітики, антидепресанти, ноотропи і нейролептики, швидше знижують рівень тривоги; підвищують психологічний захист; сприяють ослабленню емоційно обумовлених спотворень сприйняття оцінки оточення і власних реакцій; покращують продуктивність взаємодії лікаря і дитини. Психотропні засоби опосередковано стабілізують фізичні функції дитини.

Методика психофармакотерапії для дітей молодшого віку полягає у застосуванні *монотерапії* з використанням *седативних препаратів (малими дозами)* і *засобів рослинного походження* (женьшень, елеутерокок, родіола рожева) та *вітамінних комплексів*, які мають заспокійливу і адаптивну дію.

Поряд з медикаментозним лікуванням при психосоматичних розладах використовуються *фізичні та курортні фактори*, спрямовані на усунення нейровегетативних і нейросоматичних дисфункцій.

Водночас для зменшення невротичних розладів і покращення психоемоційного стану використовують *методи і засоби не медикаментозного лікування*: різноманітні природні фактори (клімат, повітря, сонце, вода); методи фізіотерапії (гальванотерапія, електросон, електропунктура, аероіонотерапія), гідротерапія (циркулярний і висхідний душ, душ Шарко, шотландський душ, підводний душ-масаж; місцеві, контрастні, кисневі і скипидарні ванни); фітотерапія, вібромасажна релаксація, голкорексфлексотерапія, рухові методики, масаж).

❖ **Психологічний блок.** Індивідуальна психологічно-педагогічна допомога.

Водночас весь процес лікування ушкоджених органів і систем *має супроводжуватися курсом психотерапії*, спрямованим на корекцію особистості дитини, її реакцій на навколишній світ, на урегулювання відносин у родині і т.п. Емоційний стрес і пов'язані з ним психосоматичні розлади є сферою, в якій психотерапія визнається *основним або навіть єдиним методом лікувального впливу*.

Головними завданнями психотерапії в аутологічній роботі є:

а. усунення («переробка») в дитини неадекватно сформованих патологічних умовних рефлексів на соціальні ситуації, образу, тривогу, страх чи агресію;

в. вироблення свідомої здатності дитини шляхом навчання (поведінкового тренінгу) адекватно реагувати на ситуації тривоги, страху, агресії.

Психолого-педагогічними умовами, на яких базуються психотерапевтичні заходи, є:

- підвищення стійкості організму дитини до стресів, посилення захисних сил організму і дотримання режиму;
- загальне заспокоєння дитини (боротьба з невротизацією);
- корекція її афективних розладів, укріплення віри в благополучний результат допомоги, яка їй надається;
- побудова оптимальної (з погляду терапії) внутрішньої картини хвороби; корекція дитячих страхів.

При цьому перевага надається різним видам невербальної психотерапії (тілесно-орієнтовній терапії, гештальт-терапії, трансівній терапії і т.п.), яка здійснюється шляхом інтенсифікації енергетичного потенціалу дитини як базису кірково-підкіркових взаємодій. Дана методика включає: систему дихальних вправ, комплекс завдань для масажу та самомасажу, завдання для оптимізації і стабілізації тону тіла.

Корекції дитячих страхів. Метою корекційної програми є: активізація, оптимізація і нормалізація процесів уяви, пов'язаних зі страхом, для опанування і підкорення страху. Завдання програми:

- забезпечення символічного контакту дитини з об'єктом страху і реагування на нього через програвання та ідентифікацію зі страхом;
- зняття «боязні страху» через усвідомлення його соціальної прийнятності та корисності;
- «оволодіння» страхом через перебудову взаємодії з об'єктом страху.

Структура програми: п'ять основних занять, що проводяться щотижня протягом 2 місяців. На кожне заняття відводиться від 1 до 2 годин. Приклади корекційно-превентивних завдань, спрямованих на запобігання або пом'якшення вже існуючих дитячих страхів: «Боятися можна», «Веселий страх», «Реальний страх», «Страх у сновидіннях», «Нестрашний страх».

Корекція дитячої агресивності. Важливо пам'ятати: агресія – це не тільки деструктивна поведінка дитини, але й сила, яка може слугувати джерелом енергії для конструктивних цілей, якщо вміло нею управляти. Рекомендації щодо здійснення корекції дитячої агресивності:

- дорослим контролювати власні агресивні імпульси, щоб діти шляхом спостереження навчалися правильним прийомам соціальної взаємодії;

- не придушувати прояви агресії дитини. Вчити її висловлювати свої ворожі почуття соціально прийнятним способом (словом, в малюнку, ліпленні, за допомогою іграшок, у спорті);
- якщо дитина вередує, злиться, кричить, кидається на вас з кулаками – обійміть її, притисніть до себе. Поступово вона заспокоїться;
- у дитини має бути своя територія, своя певна сторона життя, вхід на яку дорослим дозволений тільки з її згоди. Не шпигуйте за нею;
- пояснюйте кінцеву неефективність агресивної поведінки: наприклад, «Якщо забереш в іншої дитини іграшку, то згодом з тобою ніхто не захоче гратися». Якщо дитина ударила іншу, спочатку підніміть скривджену дитину і скажіть: «Максим не хотів образити тебе». Обійміть її, поцілуйте. І Максим зрозуміє, що агресивність не в його інтересах;
- встановлюйте соціальні правила поведінки в доступній для дитини формі: «Ми нікого не б'ємо, і нас ніхто не б'є»; «У нас існує правило: якщо тобі потрібна іграшка, а нею грається інша дитина і не дає її тобі, то почекай»;
- хваліть дитину за старанність. Але не варто говорити: «Гарний хлопчик. Хороша дівчинка». Діти часто не звертають на це увагу. Краще поясніть: «Ти мене порадував, коли поділився іграшкою зі своїм молодшим братом, замість того, щоб битися з ним»;
- розмовляйте з дитиною про її вчинки без свідків (класу, родичів, інших дітей). У бесіді використовуйте менше емоційних слів (соромно, тощо);
- використовуйте метод казкотерапії: обговорення поведінки головних героїв, малювання за мотивами казки, програвання епізодів казки за допомогою іграшок або ляльок, продовження казки, введення нових героїв, зміна характерів героїв, розповідь казки від імені героя;
- надавайте дитині можливість отримати емоційну розрядку в грі, спорті і т.д. Використовуйте спеціальну «сердиту подушку» для зняття стресу. Якщо дитина відчуває роздратування, вона може побити цю подушку.

В аутологічній роботі фахівцю важливо також бути обізнаним з тим комплексом заходів, що сприяють попередженню виникнення і розвитку психосоматичних захворювань (див. табл.1.11.)

Таблиця 1.11.

Комплекс корекційно-превентивних заходів щодо виникнення психосоматичних захворювань				
Фрактали (структурні одиниці)	Вид профілак.	Блоки профілактичних заходів		
		Медичний	Психологічний	Соціально-педагогічний
Психосоматична сім'я	Первинна	Включ. дитини за спадков. схильністю до групи	Включення дитини в групу	Виявлення і корекція дисгар

		ризик; раннє профілювання	ризик	моніторингу соціально-емоційних порушень
Латентний психосоматичний розлад		Виявлення дітей, схильних до патологічних реакцій	Підвищення стійкості дитини до стресів	Корекція сімейних стосунків; соціалізація особистості дитини
Функціональний розлад		Діагностика порушень при профоглядах; медикамент. і немедикамент. вплив	Корекція соматоморфних реакцій, психотерапія	Гармонізація значущих соціальних стосунків
Розгорнута клінічна картина захворювання	Вторинна	Постановка клініч. діагнозу. Призначення мед. терапії. Профілактика ускладнень	Корекція соматоморфних порушень. Психотерапія. Психофармако терапія	Адаптація до захворювання, корекція міжособистісних проблем
Розгорнута клінічна картина захворювання		Контроль за соматич. станом. Профілактика ускладнень	Корекція психосомат. порушень. Психотерапія. Психофармако терапія	Професійна і сімейна адаптація
Соматоневрологічні ускладнення	Третинна	Лікування соматич. і неврологіч. ускладнень	Психологічна реабілітація	Психологічна реабілітація

Висновки

•
<p>Психосоматичні захворювання – це захворювання, в розвитку яких провідну роль відіграють психологічні фактори, у тому числі психологічний стрес.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Психосоматика вивчає вплив психологічних факторів на виникнення й перебіг соматичних, тобто тілесних, захворювань. • Психосоматика як галузь психології досліджує поведінкові реакції, пов'язані із захворюваннями, і психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції. • Психосоматика у рамках корекційної педагогіки і спеціальної психології шукає способи зміни деструктивних для дитини з особливостями в розвитку способів емоційного реагування і поведінки.

Етапи корекції розвитку дітей з РАС і психосоматичною патологією

1. Діагностичний етап

II. Рання медико-психолого-педагогічна допомога:

Медичні заходи: Фармакотерапія і психофармакотерапія загострення психосоматичного захворювання.

Психологічні заходи: Індивідуальна психолого-педагогічна допомога.

III. Пізня медико-психолого-педагогічна допомога

Медичні заходи, спрямовані на попередження рецидиву захворювання.

Психологічні заходи: психологічна терапія; психотерапія найближчого оточення (батьків).

Педагогічні заходи: Індивідуальна та групова роз'яснювально-виховна робота; валеологічна освіта.

Види профілактики психосоматичних розладів:

▪ **Первинна профілактика,** спрямована на **запобігання виникнення** цих захворювань у здорових дітей.

▪ **Вторинна профілактика** досягається методами **запобігання рецидивів** захворювання.

▪ **Третинна профілактика** спрямована на **запобігання переходу** психосоматичних розладів у психосоматичну патологію.

Запитання і завдання

1. У яких випадках можливо припустити наявність в дитини з РАС психосоматичного захворювання?
2. Що досліджує психосоматика як галузь психології?
3. Що досліджує психосоматика у рамках корекційної педагогіки і спеціальної психології?
4. Що досліджує психосоматика як соціальна наука?
5. Які психосоматичні захворювання розповсюдженні у дітей з ОПФР?

Завдання для самостійної роботи

1. Наведіть приклади первинної, вторинної і третинної профілактики психосоматичних захворювань?

Література

1. Сидоров П. И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: руководство для врачей /Под ред. П.И.Сидорова. М.: Медпресс-информ, 2006. 568 с
2. Исаев. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей
3. Мозгова Г.П., Бекетова Г.В. Медико–психологическая коррекция психосоматической патологии у детей и подростков - научно обоснована необходимость медикаментозной (метаболической) и психологической коррекции.
4. Мозгова Г. П., Андрущенко Т.В. Психосоматика: психологія і практика. Видавництво НПУ імені М.П.Драгоманова.2013. – 175 С.

2.5. Психодіагностика як практичний компонент професійної діяльності аутолога⁴

Дитяча аутологія тісно пов'язана із загальною та спеціальною педагогікою і психологією, зокрема психодіагностикою. Аутологу важливо знати закономірності психічного розвитку дитини, володіти методами психолого-педагогічного обстеження аутичних дітей різного віку. Застосовуючи ці методи, аутолог може диференціювати різні види РАС і відмежовувати їх від порушень, пов'язаних з інтелектуальною недостатністю, іншими емоційними і поведінковими розладами. Знання психодіагностики допомагає аутологу бачити не тільки сам аутичний розлад, а, перш за все, бачити дитину, правильно розуміти взаємозв'язок її аутичних порушень з особливостями психічного розвитку в цілому. Це знання допоможе йому встановлювати контакт з дітьми різного віку, вибирати адекватні психолого-педагогічні методи обстеження сприйняття, пам'яті, уваги, інтелекту, емоційно-вольової сфери, а також проводити більш ефективну аутологічну роботу.

Діагностика психофізичного розвитку дитини як категорія психолого-педагогічної науки – це розділ спеціальної психолого-педагогічної науки, що вивчає методи дослідження дитини з обмеженими можливостями здоров'я з метою розпізнання порушення, не сформованості або відхилення в її психофізичному розвитку. Термін «діагностика» означає також весь процес вивчення дитини і роздумів аутолога/психолога для встановлення РАС. Діагностика стану психофізичного розвитку дитини як категорія спеціальної психолого-педагогічної науки включає такі напрями:

1) *психолого-педагогічна діагностична техніка*, що вивчає методи дослідження дитини; 2) *семіологія*, що визначає діагностичне значення і механізм симптомів порушення; 3) *методи діагнозу*, що вивчають особливості розвитку вищих психічних функцій дітей з аутизмом для правильного розпізнавання порушення.

В якості *першочергового завдання діагностики визначено знаходження багаторівневих причин відхилень або недостатності в емоційно-пізнавальній поведінці дитини з метою визначення відповідної педагогічної типології цього асинхронного розвитку та його корекції шляхом взаємодії психолого-медико-педагогічного характеру. На сьогодні розвиток психологічної діагностики став однією з головних передумов теоретичних і прикладних досліджень в галузі спеціальної освіти. Виражена практична спрямованість діагностування дітей стосується переважно виявлення вад, їхньої оцінки, визначення причин порушень та їхніх механізмів.*

⁴ Повний виклад підходів, основних критеріїв, стадій, видів, методів, форм, фахового інструментарію збору діагностичної інформації та її оцінювання, класичних і новітніх технік діагностики РАС див. у Модулі III цього підручника.

Головною проблемою на сьогодні залишається визначення змісту і основних напрямів роботи педагогів і психологів спеціальних освітніх закладів, формулювання тих завдань, які може вирішувати спеціаліст, а які знаходяться поза його компетенцією.

Діагноз має бути вираженим в термінах прийнятої класифікації психофізичних і поведінкових порушень, а його зміст повинен відповідати сучасному науковому рівню. Тобто, діагноз має бути правильним не тільки формально, але й за сутністю. У широкому смислі **методологія діагнозу** трактується як розробка різних способів і прийомів опитування, безпосереднього та інструментального обстеження, заповнення відповідної картки, запам'ятовування назв порушень і відповідних їм симптомів тощо.

Загальний план діагностичного обстеження дитини з РАС:

- облік основних скарг батьків;
- вивчення історії життя дитини та її порушення при методичному розпитуванні або збиранні анамнезу;
- вивчення *морфологічного статусу* дитини (індивідуальні особливості будови тіла дитини і морфології її органів);
- обстеження *функціональних особливостей* дитини за системами і в цілому (тобто, фізіологія конкретної дитини – вроджені та набуті індивідуальні особливості функцій і різних систем, а також патологічні відхилення функцій);
- вивчення *особливостей нервової системи і загальної реактивності* дитини для визначення типологічних особливостей вищої нервової діяльності дитини, що складає завдання спеціальних методик;
- детальніше обстеження для уточнення місця ураження, з'ясування сутності патологічного процесу, причини й умов порушення;
- діагноз порушення як нозологічної одиниці.

Діагностика завжди є динамічною, вона не є закінченою, застиглою формулою, а змінюється завжди з розвитком порушення в дитини (*процесуально-орієнтований підхід*). Корекційно-розвивальна робота, а також ускладнення, що можуть виникнути, обумовлюють зміни стану дитини, відповідно до яких змінюється діагностична і прогностична оцінка. Діагностичне вивчення стану дитини не припиняється на протязі всього періоду спостереження і корекційно-розвивальної роботи (*діагностика протікання порушення*), забезпечуючи, таким чином, перевірку початкового діагнозу. Діагностичний висновок, що охоплює весь час корекційної роботи, подається у вигляді *епікризу*.

Методи діагностики особливостей психофізичного розвитку дитини з РАС

Основні методи: опитування батьків; огляд дитини; застосування

(обов'язково і неодноразово) спеціальних діагностичних методик безпосередньо до кожної дитини; використання методів нейропсихологічної діагностики для здійснення диференціальної діагностики шляхом виявлення слабо структурованих або прихованих порушень вищих психічних функцій; застосування тестів, які слугують переважно цілям відбору; прийняття рішення про необхідність застосування додаткових методів, для уточнення діагнозу.

Додаткові методи є не менш важливими для діагнозу, ніж основні, а інколи мають вирішальне значення як для висновку про локалізацію, так і для визначення сутності патологічного процесу.

Разом з тим, на сьогодні є очевидною необхідність доопрацювання й уточнення нормативних даних, інструкцій і шкал оцінювання, введення нових проб і завдань, модифікацій і створення додаткових стимульних матеріалів. Також потребують додаткового аналізу питання власне технології прийняття топіко-діагностичного рішення, тобто відповідності результатів, одержаних за допомогою різних проб і завдань (які є багатозначними), особливостям порушення тієї чи іншої функціональної системи.

Стосовно застосування в роботі з дітьми аутистами спеціально розроблених *тестів*, то в цьому випадку важливою є думка Ж.Піаже, який, критично проаналізувавши методи, якими користувалися вчені і практики для виявлення механізмів розумової діяльності, піввіку назад довів, що тести можуть слугувати переважно цілям відбору, але дають недостатнє уявлення про внутрішню сутність явища. Аутолог, хоч не повністю відповідає за діагноз, має особисто розпитати батьків дитини і, по можливості, обережно поставитися до відомостей, одержаних від інших осіб та критично оцінити думку інших спеціалістів.

Оформлення діагнозу. Короткий психолого-педагогічний висновок про стан морфологічних систем дитини раннього віку та вищих психічних функцій не повинен обмежуватися простим позначенням нозологічної одиниці, тим більше симптоматичним діагнозом. При оформленні діагнозу обов'язково вимагається:

- виділити основне порушення;
- вказати ускладнення основного порушення;
- відмітити супутні вади;
- в заключному епікрізі представити діагноз і ув'язати з ним дані індивідуальної характеристики дитини.

Види діагнозу. Визначення виду діагностичного умовиводу є базисом, на якому будуються поняття, що складають те чи інше медико-психолого-педагогічне судження (діагноз).

Розрізняють наступні види діагнозу:

За методом побудови:

▪прямий, або за аналогією (тобто, знаходження доказів більшої чи меншої схожості явищ, що спостерігаються, з симптомами конкретного порушення);

▪ диференційований і, як частина його, шлях виключення. Тобто, знаходження не тільки схожості, але й відмінності між конкретним випадком і всіма останніми випадками з виключенням передбачень, що не витримали цієї перевірки. Диференціальна діагностика завжди відіграє в міркуваннях аутолога значну роль; її логіка така, що на підставі факту, який спостерігається, висувається ряд передбачень (гіпотез) про можливі порушення);

▪ синтетичний, або повний;

▪ шляхом спостереження;

▪ за корекційним ефектом.

▪ *За часом виявлення порушення* розрізняють діагноз:

▪ ранній, пізній, ретроспективний, попередній.

Обставини нерідко змушують аутолога і психолога обмежитись *попереднім діагнозом*. У широкому сенсі всякий діагноз є попереднім, оскільки він не буває вичерпним і змінюється (хоча б незначно) при зміні стану дитини. У вузькому сенсі попереднім називають такий діагноз, за яким достовірність розпізнання основного, вирішального патологічного процесу є ще сумнівним для спеціаліста (частіше всього внаслідок недостатності даних).

Важливим видом діагнозу є *ранній діагноз*, який являє собою особливу проблему сучасної спеціальної психології і спеціальної педагогіки. Вирішення її, як правило, іде двома шляхами: знаходження методів діагностики для того періоду, коли вже є можливим раннє психолого-медико-педагогічне втручання. Важчим, але необхідним є другий шлях, що полягає в *знаходженні методів розпізнання уже перших проявів порушення і можливостей визначення симптомів цього процесу вже на його початку*. Проблема раннього діагнозу також пов'язана безпосередньо з проблемою схильності дитини до того чи іншого порушення.

Помилки діагностики – це добросовісний, але хибний погляд на природу порушення у конкретної дитини. По-суті, помилковим діагноз можна вважати в тому випадку, якщо при конкретних обставинах правильна діагностика могла бути здійснена.

Групи причин діагностичних помилок:

- недостатність спеціальних знань фахівцем; грубе невігластво аутолога, що може бути обґрунтованим для судження про його кваліфікацію і професійну придатність;
- вади обстеження, зокрема недостатньо повне обстеження дитини;

- неправильний умовивід;
- помилки в ранніх періодах розвитку порушення і в його термінальній стадії, коли тяжкість стану дитини не дозволяє у повній мірі застосувати необхідні методи обстеження;
- не врахування того, що при опитуванні батьки іноді приховують деякі факти, забувають, які хвороби діти перенесли, або називають їх помилково.

На сьогодні в галузі спеціальної освіти вимоги до строгої логічної правильності діагностичних висновків постійно зростають. При цьому закони логіки використовуються не тільки для побудови правильного висновку, але й для доказу його достовірності і виявлення допущених помилок в мисленні педагога чи психолога. Все це вказує на те, що *сучасна психолого-медико-педагогічна діагностика РАС має спиратися не тільки на технологію й організацію, але й на досконалу наукову методологію*. Досягненню цього сприяє як застосування нових тонких методів обстеження, так і, що є більш важливим, раціональне психолого-педагогічне мислення. Адже діагностична помилка – це може бути не тільки результатом недостатньої кваліфікації, скільки наслідком незнання і порушення спеціалістом елементарних вимог законів логіки.

❖ **Основні характеристики діагностичних методик як інструменту психодіагностичного обстеження дитини з РАС, які має знати і на які аутолог має опиратися в роботі.**

Валідність – комплексна характеристика діагностичної методики, яка вказує на те, що саме конкретний тест досліджує і наскільки добре він це робить. Валідність включає інформацію про:

- групи психофізіологічних властивостей дитини, стосовно яких можуть бути зроблені висновки;
- ступінь обґрунтованості висновків на основі конкретних тестових оцінок або інших форм оцінювання;
- ступінь узгодженості результатів методики з іншими відомостями, отриманими з різних джерел (теоретичні очікування, спостереження, експериментальні оцінки, результати інших методик, їхня достовірність);
- ступінь обґрунтованості висновків про конкретні умови використання тесту і судження про обґрунтованість прогнозу розвитку;
- інформацію стосовно ступеня однорідності завдань (субтестів), включених до тесту, та їхня узгодженість під час кількісної оцінки результатів тесту в цілому.

- *Надійність* – це характеристика діагностичної методики, яка відображає:
 - ступінь точності психодіагностичних вимірювань;
 - стійкість результатів методики до дій сторонніх випадкових факторів.

Розподіл оцінок, одержаних дітьми під час виконання діагностичної методики, в ідеальному випадку співпадає з нормальним розподілом. Кожна дитина займає певне місце за оцінками виконання завдань методики і теоретично це місце для кожної дитини є постійним. У цьому випадку повторне виконання завдань тими ж дітьми повинно давати розподіл місць на шкалі оцінок, ідентичне першому. Тільки в такому випадку діагностична методика як вимірювальний інструмент є точною та максимально надійною.

Стандартизація (тобто, зведення до єдиних нормативних процедур і оцінок) діагностичної процедури є найважливішим засобом підвищення надійності психодіагностичних методик. Для суттєвого зменшення дисперсії помилки та підвищення надійності методики необхідна сувора регламентація процедури обстеження, яка включає:

- умови роботи дитини;
- характер інструкції;
- часові обмеження;
- способи та особливості контакту з дитиною;
- порядок пред'явлення елементів методики;
- отримання первинних оцінок тощо.

У процесі психодіагностики дітей з РАС застосовують різноманітні тести, які підрозділяють:

- *за особливостями тестових завдань* – на тести вербальні і тести практичні;
- *за формою процедури обстеження* – на тести групові та тести індивідуальні;
- *за спрямованістю* – на тести інтелекту і тести особистості;
- *в залежності від наявності чи відсутності часових обмежень* – на тести швидкості і тести результативності.

Ця класифікація достатньо враховує (поряд зі специфікою діагностичного підходу) рівень стандартизації тесту, за винятком проєктивних методик, що характеризуються як недостатньо стандартизовані.

Загальні вимоги до обстеження дитини з РАС. Існують загальні вимоги до обстеження психічних функцій дітей, які пред'являються і до обстеження дітей з аутизмом:

- забезпечення адекватних способів спілкування дитини з дорослим шляхом ігрового контакту;

- врахування рівня зацікавленості дитини – складніші завдання необхідно підбирати так, щоб у відповідь не вимагалися від дитини нові форми реакцій;
- урахування структури порушення;
- форми і характер реакцій дитини у відповідь не повинні впливати на загальну оцінку рівня її розумового розвитку.

Так, наприклад, аутичним дітям з мовленнєвими порушеннями необхідно давати переважно завдання за допомогою показу, не вимагаючи від них мовленнєвої відповіді. При обстеженні дітей з РАС з підвищеною нервовою збудливістю, негативізмом, агресивною або імпульсивною поведінкою вступ з ними в контакт може виявитися неможливим. У цих випадках використовується метод спостереження за поведінкою та грою дитини за спеціально підібраним для неї ігровим матеріалом. При обстеженні дітей з раннім ураженням мозку непродуктивність в ігровій діяльності і при виконанні спеціальних завдань може бути зумовлена підвищеною психічною виснаженістю і пов'язаним з нею низьким рівнем мотивації. Відповіді таких дітей можуть відрізнятися значною нерівномірністю, що потребує ретельного дозування часу для обстеження і стимуляції до виконання завдання. Водночас, при обстеженні дитини з аутизмом особливо раннього віку необхідна присутність її матері. Сформулюємо короткі висновки.

Психолого-педагогічна діагностика як галузь психологічної науки розробляє методи розпізнавання і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості дитини з РАС.

Об'єкт психолого-педагогічної діагностики – *психічний розвиток дітей з РАС*.

Предмет психолого-педагогічної діагностики дітей з аутизмом – *виявлення вікових та індивідуальних особливостей їхнього розвитку*.

Мета – *оцінювання стану (і процесу) психічного розвитку дитини з аутизмом для подальшої корекції виявлених відхилень*.

Завдання психолого-педагогічної діагностики:

- раннє виявлення відхилення в розвитку;
- визначення причин та характеру первинних порушень розвитку дитини з аутизмом, а також визначення ступеня прояву порушення;
- виявлення індивідуально-психологічних особливостей розвитку дитини;
- визначення напрямів корекційно-педагогічного впливу, умов виховання і шляхів психолого-педагогічної допомоги батькам дитини;
- обґрунтування психолого-педагогічного прогнозу.

В аутологічному обстеженні дитини з аутизмом, як правило, виділяють основні рівні і основні етапи.

Основні етапи аутологічного обстеження дитини з РАС:

- збір даних (бесіда з батьками, інформація про стан дитини, отримана з інших установ, вивчення медичної картки дитини та інших даних, результати психолого-педагогічного обстеження);
- обробка та інтерпретація отриманих даних;
- складання висновку, визначення шляхів корекційної допомоги та подальшої траєкторії корекційно-розвивального маршруту дитини.

Сформульований висновок аутологічного обстеження нерозривно пов'язаний з прогнозом і може встановлюватися на різних рівнях.

Основні рівні аутологічного обстеження дитини з РАС:

Перший рівень – симптоматичний або емпіричний. На цьому рівні висновок обмежується констатацією особливостей розвитку та симптомів. Приклад психологічного висновку: порушення опосередкованого запам'ятовування, порушення спілкування тощо.

Другий рівень – етіологічний, що враховує не тільки наявність характерних відхилень, але й причини їхнього виникнення. Приклад психологічного висновку: підвищений рівень тривожності тощо.

Вищий рівень – типологічний, що полягає у визначенні місця та значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя дитини (обдарованість, нормальний психічний розвиток, асинхронний розвиток, затримка психічного розвитку, розумова відсталість тощо). Приклад психологічного висновку: порушення соціального розвитку, порушення спілкування тощо.

У системі аутологічного вивчення дитини можна виділити (за Л.С. Виготським) три **головні принципи**:

- правильний розподіл отриманих фактів та їхнє тлумачення;
- максимальна соціалізація методів дослідження конкретних функцій (на відміну від сумарних методів, які прагнуть досліджувати все);
- динамічне типологічне тлумачення отриманих при дослідженні даних.

У кінцевому результаті одержані матеріали обстеження дають можливість зробити *висновок про взаємодію пізнавальної системи дитини із середовищем як про таку, що постійно удосконалюється і розвивається, а також про стан сформованості її біологічних, соціальних і афективно-мотиваційних факторів.*

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що:

- проблема діагностики стану психічного розвитку дитини з аутизмом продиктована потребою у правильному виборі і застосуванні існуючих та розробці нових діагностико-розвивальних

засобів практичного впливу;

- вибір засобів і застосування впливу залежить від теоретичних переконань, знань і умінь фахівця, який працює з дитиною-аутистом;

- об'єкт діагностування – не просто пізнавальна діяльність дитини з РАС, а цілісна психофізична структура, розвиток якої описується (безвідносно до етапу дозрівання дитини):

- біологічним фактором, неврологічним механізмом;

- особливостями інтелектуального життя дитини, яке не є її чисто розумовим спілкуванням з предметами і людьми, а невіддільне від мотиваційного, емоційного;

- аналітичними даними діагностики з урахуванням того, що в процесі проведення діагностування, поведінка дитини регулюється іншою людиною.

Запитання і завдання

1. Дайте визначення психолого-педагогічної діагностики як галузі психологічної науки.
2. Розкрийте об'єкт, предмет і завдання психолого-педагогічної діагностики.
3. Схарактеризуйте основні етапи і основні рівні аутологічного обстеження.
4. Від чого залежить правильний вибір засобів аутологічного обстеження?
5. Схарактеризуйте основні методи діагностики особливостей психофізичного розвитку дітей з аутизмом.
6. Які види діагнозу застосовують в аутологічній практиці?
7. Який діагноз може вважатися помилковим і чому?

Завдання для самостійної роботи

1. Складіть загальний план діагностичного обстеження стану сформованості комунікативно-пізнавальної діяльності дитини з аутизмом

Література

1. Любин А.В. Дифференциальная психология на пересечении европейских, российских и американских традиций. – М., 1999
2. Максименко С.Д. Психология в соціальній і педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури. Навчальний посібник для вищої школи. – К.: Наукова думка. – 1998. – 216 с.
3. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. Пособие по практической психологии. – М.: ЛИНКА-ПРЕСС, 1997. – 176 с.
4. Тарасун В.В. Трансверсальні здібності: сутність, види, значення // Діагностика і корекція індивідуального розвитку учнів в процесі навчання. Вип. 2. – К., 2003.

Тема 3. Аутологія – розділ вітчизняної корекційної педагогіки і спеціальної психології. *Внесок українських вчених-дефектологів в*

світовий науковий простір дослідження проблеми розладів аутичного спектру.

Значний внесок в становлення і розвиток вітчизняної аутології здійснили українські вчені – корекційні педагоги і спеціальні психологи, які на протязі останнього десятиліття захистили докторські і кандидатські дисертаційні дослідження, спрямовані на розв'язання важливих проблем корекції, розвитку, навчання і соціалізації дітей з РАС. Перші публікації вітчизняних корекційних педагогів з проблеми аутизму з'явилися на початку XXI ст. – Рождественська М.В., Конопляста С.Ю.; Тарасун В.В., 2002; Тарасун В.В., Хворова Г.М., 2004. Відбулися перші захисти кандидатських і докторських дисертаційних робіт з даної проблематики: Хворова Г.М., 2010 (наук. керів. – акад. В. М. Синьов), Шульженко Д.І., 2010 (наук. конс.– акад. В. М. Синьов), Скрипник Т.В., 2010 (наук. конс. – проф. М. Ю. Максимова), Островська К.О., 2012 (наук. конс.– акад. В. М. Синьов), Базима Н.В, 2013 (наук. керів. проф. Шеремет М.К.), Логвінова І.П. (наук. Керів. – проф. Сак Т.В.) та інші.

У першій вітчизняній психолого-педагогічній Концепції розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом (**проф.Тарасун В.В., доц.Хворова Г.М., 2004**) висвітлено погляди на природу аутизму; розкрито зміст його теоретичних концептуальних моделей; охарактеризовано особливості прояву клінічної картини і психологічної структури асинхронного типу затримки розвитку; узагальнено вітчизняний і зарубіжний досвід психолого-педагогічної корекції цього виду дизонтогенезу. Обґрунтовано теоретико-методологічні засади (правові, філософські, соціокультурні, нейропсихологічні) та соціально-економічні передумови вирішення цієї проблеми. Представлено комплексну психолого-педагогічну модель допомоги дітям з аутизмом. Запропоновано авторський підхід до вирішення проблеми навчання, розвитку і соціалізації дітей з аутизмом.

Стратегічною лінією концепції визначена консолідація проблем дошкільної і шкільної освіти дітей з аутизмом та сімейного їх виховання на основі уявлень про: наближення спеціальної освіти і виховання до вимог сучасної цивілізації з метою повнішого задоволення освітніх і соціокультурних потреб осіб з аутизмом на протязі всього життя; унікальність кожної аутичної дитини, що диктує неможливість точного передбачення конкретних результатів педагогічної діяльності, особливо на переломних етапах її дизонтогенетичного розвитку; важливість врахування в педагогічній діяльності і в сім'ї суперечливості між потребами і вимогами суспільства («треба») та потребами і можливостями аутичної дитини («хочу» і «можу»); мозкову організацію когнітивних процесів і емоцій; про загальні закономірності

спотвореного розвитку; соціалізацію (її складові і фази становлення) як процес і результат взаємодії особистості і суспільства; про сімейне виховання як одного з механізмів розвитку, навчання і соціалізації дитини та про становлення сім'ї в якості психічної спільності. Така консолідація дозволяє надати проблемі освіти, розвитку і соціалізації аутичної дитини комплексну форму.

У 2014 році Тарасун В.В. опубліковано монографію «Аутологія», в якій висвітлено в єдності досягнення науки, перспективи практики і проблеми *аутології як розділу корекційної педагогіки і спеціальної психології, присвяченого вирішенню питань розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом*. У монографії розкрито сучасні психолого-педагогічні і нейропсихологічні основи розуміння РАС. Створено концепцію нейропсихологічної діагностики стану сформованості соціоемоційного розвитку дитини з РАС і визначено можливі причини його порушення. Розроблено концептуальні підходи до визначення перспектив інтеграції процесу профілактики і корекції розвитку дитини з аутизмом та запропоновано шляхи її реалізації. Охарактеризовано особливості когнітивної діяльності аутолога.

Значна увага в роботі приділена визначенню шляхів інтеграції процесу профілактики і корекції розвитку дитини з РАС.

Першочергове значення для інтеграції процесу профілактики і корекції розвитку дитини з РАС автором надається впровадженню *пріоритетних етапів превентивно-корекційної діяльності аутолога*.

I етап (підготовчий) спрямовується на попередження формування дезадаптивного процесу завдяки стимулюванню енергетичних механізмів організму дитини. II етап – на запобігання розвитку прогресуючого дезадаптивного процесу за допомогою опосередкованого витиснення в пам'яті дитини страхів, пов'язаних з соціумом. III етап – профілактика можливого погіршення соціально-емоційного прогнозу шляхом розвитку в дитини здатності до зміни програми дій відповідно до ситуаційних вимог. IV етап – попередження труднощів формування потреби в соціоемоційній взаємодії дитини-аутиста з дорослими і ровесниками.

На переконання автора, **превентивно-розвивальна аутологія** як методологія персоніфікованого управління станом корекції розвитку аутиста сприятиме знаходженню психофізичних резервів його організму і соціоемоційних потенцій для забезпечення якості життя дитини.

Автором запропоновано обговорення особливих заходів, пов'язаних з наданням педагогічних, психологічних і психіатричних послуг не тільки дітям з РАС, але й їхнім сім'ям. При цьому уточнені професійні ролі педагогів і психологів, зокрема уточнено, яка освіта необхідна для підготовки майбутніх аутологів до цих ролей, а також для

узгодженого спільного надання послуг. У цьому зв'язку піднімається питання стосовно каузації (породження, створення) **сімейної аутології** як повноправного розділу корекційної педагогіки. З урахуванням того, що сімейна терапія взагалі, а аутологічна тільки в проекті є абсолютно новими дисциплінами в дефектології (в порівнянні, наприклад, з різними видами індивідуальної і групової допомоги дитині-аутисту), в цих сферах багато чого ще тільки належить зробити.

Важливість досліджень **проф. Шульженко Д.І.** значною мірою обумовлена тим, що в умовах сьогодення спостерігається, визначена автором, низка суперечностей між: потребою суспільства в ефективно діючій системі корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми з аутизмом та відсутністю цілісної теорії її організації відповідного технологічного та нормативно-правового забезпечення; необхідністю проведення ранньої превентивної корекції розвитку дітей з аутизмом та недостатньо розробленою системою виявлення, діагностики аутичного порушення на його початковому етапі; забезпечення якості психокорекційних послуг та використання корекційних систем, передбачених для інших нозологій; важливістю інституалізації в роботі з такими дітьми та відсутністю спеціальних навчальних закладів для них; необхідністю підготовки фахівців до роботи з дітьми, їхніми родинами та не розробленістю забезпечення такої підготовки.

Крім того, як зазначає автор, хоча держава бере на себе зобов'язання забезпечити якісною спеціальною освітою всі категорії дітей-інвалідів відповідно до міжнародних та державних документів, соціальний попит з боку батьків аутичних дітей на систематичну й якісну педагогічну допомогу не відповідає реаліям життя. Такий стан речей на сьогодні автор пояснює відсутністю продуктивної пропозиції з боку психолого-педагогічної науки та практики реабілітаційних закладів, позицією органів опіки, батьків, некритичної абсолютизації запозичених зі світової практики окремих реабілітаційних методів та технологій без їхнього необхідного наукового аналізу та фахово компетентного застосування тощо. Тому корекційно-виховна робота з аутичними дітьми, на переконання науковця, має базуватися на таких психологічних основах, як: визначення типології різновидів аутистичних порушень; вивчення потреб, мотивів, почуттів, реакцій, думок, намірів пов'язаних з особливостями соціокультурної адаптації та самореалізації осіб з РАС; врахування відповідних потреб та проблем родин тощо.

У наукових працях Д.І.Шульженко обґрунтовує, що багатофакторність первинного аутистичного діагнозу доцільно розглядати за сучасною теорією коморбідності, що визначає комбінацію аутистичних порушень, таких як відгородженість від оточуючого

середовища, відчуженість від дитячих видів діяльності, негативізмом, відмовою від спілкування з ознаками інших нозологій.

Науковцем підтверджено, що порушення психічного розвитку в аутичних дошкільників мають складну психологічну структуру, яка характеризується парціальністю пізнавальних процесів, невідповідністю мовлення і мислення, підвищеною сенсорною та кінестетичною чутливістю (гіперестезією), амбіфлекторністю (подвійною будовою) системи психічного; заміщенням одного виду діяльності на інший. Діагностико-прогностичне вивчення автором особливостей психічного розвитку аутичних дітей дошкільного та шкільного віку зумовило розробку трьох видів класифікацій за клінічними показниками, рівнем розвитку мовленнєвої функції та особливостями спрямованості дитини на найближче оточуюче середовище. На основі розроблених класифікацій визначено критерії ефективності корекційного впливу фахівця відповідно до прогностичних можливостей дитини: об'єктивні, суб'єктивні, виконавчі, результативні.

У дослідженні теоретично обґрунтована та експериментально перевірена система комплексної безперервної індивідуально-корекційної роботи з аутичними дітьми, яка складається з трьох підсистем: спеціальні дошкільні, шкільні та освітньо-реабілітаційні заклади, установи соціальної інфраструктури для дітей та підлітків з аутистичними та інтелектуальними, мовленнєвими порушеннями, загальноосвітні дошкільні та шкільні заклади з інклюзивною формою навчання, родини аутичних дітей. Автором доводиться, що психолого-педагогічна робота з аутичними дітьми в корекційному просторі – це особливий різновид педагогічної діяльності, який потребує формування у студента, майбутнього фахівця, спеціальних знань, умінь, технологічних навичок, вольових зусиль, оптимізму, комунікації та креативності у створенні відповідних технологій добору оптимальних прийомів позитивного впливу на дитину.

Наукові праці **проф. Островської К.О.** спрямовані на психологічне обґрунтування основ формування соціальних компетенцій дітей з РАС. Використовуючи дискримінантний аналіз до експериментальних результатів, отриманих за методиками CARS і нейропсихологічного методу Лурії, автор встановила найбільш суттєві параметри, які спостерігаються при діагностиці аутизму. Визначено, що для адекватної диференціації дітей зі спектром аутистических порушень необхідні високі значення таких показників як критичність, загальне враження, емоційна реакція, адаптація до змін, рівень активності, соціальна взаємодія, вербальна і невербальна комунікація і низькі значення таких показників, як тест на предметний гнозис, коректурна проба, використання предметів, наслідування, адекватність, рівень інтелектуального розвитку і тривожність.

Островська К.О. є директором «Львівського центру підтримки осіб із загальними розладами розвитку», створеного на базі благодійного фонду (БФ) «Відкрите серце» (з 2005, м Львів). Благодійний фонд «Відкрите серце» як недержавна, неприбуткова організація вирізняється тим, що свою головну мету вбачає у допомозі особам із загальними розладами розвитку і сім'ям, в яких вони проживають, зокрема, у сприянні надання їм освітньої, медичної, психолого-реабілітаційної, правової допомоги, а також у підтримці в реалізації та захисті їхніх прав та свобод. Узагальнення досвіду роботи Островська К.О. представила в дисертаційному дослідженні «Психологічні основи формування соціальних компетенцій дітей з аутистичними розладами» (2013), в якій науковець вивела науково-обґрунтовану та експериментально перевірену систему діагностики і формування соціальних компетенцій аутичних дітей. Так, використання запропонованого комплексу діагностичних методик дозволило автору отримати дані про психологічні особливості дітей дошкільного та шкільного віку, які належать до різних нозологічних груп, проте мають спільні труднощі соціальної інтеграції. Упровадження цих даних в практику роботи фахівців дає змогу не лише здійснювати диференціацію між різними групами дітей (нейротиповий розвиток, аутизм, розумова відсталість, алалія), але й констатувати окремі індивідуальні відмінності між дітьми в кожній із зазначених груп, що характеризують оволодіння соціальними компетенціями.

Науковцем встановлено можливі прояви аутизму в дітей, які пов'язані з діяльнісним, емоційним та когнітивним компонентами їхніх соціальних компетенцій. Автором доведена залежність рівня сформованості соціальних компетенцій від ступеня прояву аутизму та інтелектуального розвитку дитини. Показано, що на етапі соціальної адаптації дітей з глибоким ступенем аутизму необхідно працювати з комунікацією, емоційними реакціями та попередженням агресивної поведінки щодо дітей та вихователів. Формування соціальних компетенцій у дітей з легким або помірним ступенем аутизму передбачає ефективний розвиток у них загальнокультурної, ціннісно-сислової, пізнавальної, комунікативної та особистісної компетенцій, що сприяє розвитку у них самостійності, уміння робити вибір, формує самопізнання.

Завдяки підтримці Національної академії педагогічних наук України й Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України в **Інституті спеціальної педагогіки була створена лабораторія корекції розвитку дітей з аутизмом**, яка здійснювала наукове і навчально-методичне забезпечення процесів навчання і розвитку дітей з аутизмом. Колективом авторів лабораторії (Скрипник Т.В., Тарасун В.В., Куценко, Т.О., Риндер І.Д) та практичних працівників (Дуброва І.М.,

Лощених В.П., Душка А.Л., Недозим І.В.) розроблена Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». Програма розроблена з урахуванням сучасних тенденцій щодо інклюзивної освіти дітей з особливими потребами, а також – новітніх підходів до навчання та розвитку дітей з РАС. Комплексна програма складається з розділів, які охоплюють освітні лінії: «Дитина в соціумі», «Мовлення дитини», «Дитина в сенсорно-пізнавальному просторі», «Дитина у світі культури», «Гра дитини», «Здоров'я та фізичний розвиток (як частина освітньої лінії «Особистість дитини»)), а також розділ «Розвиток соціально-побутових навичок», який є надзвичайно актуальним в контексті системного впливу на формування дітей, які мають РАС. Зміст Комплексної програми узгоджено з програмою виховання і навчання дітей від двох до семи років «Дитина» та «Базовим компонентом дошкільної освіти (нова редакція)». Особливу увагу приділено умовам продуктивного навчання та розвитку дітей з аутизмом, а також методам, формам та способам подання для них навчального матеріалу, зважаючи на унікальність їхньої психічної організації.

У Програмі визначені умови успішної педагогічної роботи з дітьми з РАС. Доводиться, що, перш за все, для дитини, яка перебуває у стресовому стані, характерному для аутичних дітей, має бути створено комфортне середовище, яке б пом'якшувало її патологічні прояви, а також сприяло появі у неї фундаментальних станів – почуття безпеки та довіри. Створення такого середовища вирішує питання підготовки дитини до навчального процесу, тобто є пропедевтичним періодом для неї, головна ціль якого – адаптація до соціального оточення. Зважаючи на те, що, як відомо, у дитини з аутизмом нема мотивації робити те, що від неї очікують інші люди, для налагодження контакту з нею на перших порах варто підхоплювати її дії і поступово перетворювати місце інтересу дитини у розвивальну для неї ситуацію.

Тільки після досвіду перебування дитини з аутизмом у комфортному середовищі, варто створювати так зване розвивальне середовище, спрямоване на те, щоб максимально активізувати (мобілізувати) дитину, дати їй можливість відреагувати на ситуацію, ставити перед нею і допомагати виконувати навчально-розвивальні завдання.

У Програмі визначено головні підходи до побудови корекційно-розвивального та навчального процесів для дошкільників з аутизмом:

В 2013 р. в рамках проекту за підтримки Фонду сприяння демократії Посольства США в Україні проф. Скрипник Т.В. підготовлено навчально-методичний посібник, в якому представлено розроблені стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС.

У посібнику висвітлено підходи до надання різнопланової психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом з огляду на дієвий науково доведений (передусім зарубіжний) досвід. Актуальним постає питання впровадження організаційно-освітньої системи (структурної організації, координаційних механізмів та освітнього середовища), здатної інтегрувати і точно скеровувати професійні зусилля й творчий потенціал психолого-педагогічної спільноти. Цій системній роботі, на думку автора, має передувати діяльність у напрямі стандартизації: визначення сукупності основних вимог, які пред'являють до обсягу, якості, порядку та умов здійснення кваліфікованої психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС.

У науково-методичному посібнику представлені шість стандартів: стандарт базових принципів психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС; стандарт психолого-педагогічної діагностики їхнього розвитку; системи ранньої допомоги; корекційно-розвивальної роботи; психолого-педагогічного супроводу дитини з аутизмом в закладі освіти; кадрового забезпечення психолого-педагогічної роботи з цією категорією дітей.

Дисертаційне дослідження доц. **Базими Н.В.**, 2013 присвячене пошуку шляхів інтенсифікації процесу соціалізації дитини дошкільного віку з РАС у мікросоціальній групі та у суспільстві засобами формування у них достатнього рівня мовленнєвої активності. Науковцем вперше комплексно досліджено прояви мовленнєвої активності у дітей старшого дошкільного віку з РАС; конкретизовано особливості їхньої мовленнєвої активності; розроблено, науково обґрунтовано та апробовано корекційно-розвивальну методику формування у них мовленнєвої активності з урахуванням виявлених диференційованих психологічних механізмів недорозвинення мовленнєвої системи. Визначено етапи та психолого-педагогічні умови формування мовленнєвої активності у даної категорії дітей з РАС старшого дошкільного віку; удосконалено методи, прийоми і засоби формування мовленнєвої активності. Досліджені можливості використання розробленої корекційно-розвивальної методики формування мовленнєвої активності у дітей старшого дошкільного віку з РАС у процесі їхнього навчання та виховання батьками, вихователями, корекційними педагогами та спеціальними психологами спеціальних дошкільних закладів та в навчально-виховних і реабілітаційних центрів, які відвідують діти з РАС.

Автором визначено компоненти мовленнєвої активності та критерії їхньої сформованості. Водночас науковець означила багаточисельність і різноманітність порушень мовленнєвого розвитку у дітей з РАС різного віку. Базимою Н.В. розроблено і впроваджено оригінальну корекційно-розвивальну методику поетапного формування мовленнєвої активності у дітей старшого дошкільного віку з РАС: дослідницько-діагностичний

етап, корекційно-діяльнісний та функціонально-мовленнєвий. Етапи поєднуються зовнішніми та внутрішніми зв'язками, утворюючи безперервний педагогічний процес.

Запропоновані дієві прийоми формування мовленнєвої активності у дітей з РАС, а саме: створення і підтримання мовленнєвого середовища; постійний мовленнєвий супровід діяльності дитини; навчання дитини висловлювати думки будь-яким доступним їй способом; застосування стимулювань та заохочень з метою підвищення мотивації до мовленнєвої діяльності; використання наявних вокалізацій дитини; використання ехололій та схильності до стереотипного повторення дій; стимуляція мовленнєвої активності на фоні емоційного підйому; розвиток мовленнєвої активності шляхом наслідування; активізація пасивного словникового запасу та поступове переведення його в активний; виховання ініціативності та прагнення до самореалізації.

Дослідження доц. Логвінової І.П. присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному визначенню психологічних особливостей невербальних засобів комунікації в дітей дошкільного віку з РАС і розробці психолого-педагогічних умов їхнього формування. Актуальність цієї проблеми автор підтверджує тим, що в процесі психокорекційної роботи з аутичними дітьми значне місце, як правило, відводиться подоланню труднощів комунікативної взаємодії, що особливо виразно проявляються на початковому етапі налагодження першого контакту. На основі теоретичного аналізу відповідної літератури науковцем сконструйована модель вивчення невербального компонента комунікативної діяльності і визначено критерії сформованості невербальних засобів спілкування. Схарактеризовані особливості їхнього функціонування у дітей з РАС 3-4 і 6-7 років у порівнянні з однолітками з розумовою відсталістю та з нейротиповим розвитком.

З метою розвитку невербального компонента комунікативної діяльності у дітей з РАС автор запропонувала систему занять, яка передбачала використання ігрових, арттерапевтичних, тілесно-рухових і сенсорно-релаксаційних ігор. Впровадження зазначеної системи занять сприяє оволодінню дитиною основними психологічними механізмами організації спілкування (ініціювання, підтримка та завершення контакту) при послідовному переході від діадної до групової взаємодії у контексті емоційних зв'язків з дорослим. У запропонованій автором системі занять особливе місце посідають заняття з використанням методу піскової терапії з метою побудови невербальної взаємодії з аутичною дитиною на перших етапах психокорекційної роботи і створення комунікативного простору.

Висновки

Рівень сучасних знань та уявлень про аутизм важко співставляти і порівнювати з тим, що був не тільки за часів Каннера, але навіть 20-25 років тому. Значні успіхи й удачі – особливо в галузі генетики, молекулярної біології, нейрохімії, психопатології, нейропсихології – досягнуті в останні п'ять років, враховуються в аутології. Проте рішення основних проблем людей з аутизмом залишається важко досяжним як для психолого-педагогічних, так і для медикаментозних впливів. Основними причинами такого стану є :

- недостатня вивченість патогенезу і клініко-психологічної структури РАС, їхніх різних варіантів. Без цього ж неможливі не тільки патогенетична медикаментозна терапія, а й патогенетично орієнтоване психолого-педагогічне втручання;

- недостатнє виділення практично значущих підгруп РАС та недостатня розробленість їхньої систематики;

- відсутність/недостатність науково обґрунтованого прогнозу динаміки розвитку дитини з РАС і потенційних результатів аутологічного втручання.

Завдання

1. *Коротко розкрийте сутність наукових праць українських вчених з проблеми корекції розвитку дітей з РАС.*

Запитання і завдання до Розділу I

1. *Чому аутологу, який працює в соціальних і освітніх установах, необхідне знайомство з нейропсихологією і медициною?*

2. *В яких навчальних дисциплінах вивчається частина розділів аутології?*

3. *Коротко схарактеризуйте міжпредметні зв'язки аутології з:*

- *філософськими та соціокультурними засадами спеціальної освіти;*
- *психодіагностикою як категорією психолого-педагогічної науки;*
- *нейропсихологією і нейробіологією;*
- *патопсихологією; психосоматикою.*

Завдання для самостійної роботи

1. *Визначте, які міжпредметні зв'язки є і які можуть бути плідними для теорії і практики аутології.*

2. *Які проблеми є предметом вивчення сучасної аутології?*

Література

1. *Марценковський, І. А. Концепція вдосконалення психіатричної допомоги дітям: проект / І. А. Марценковський. - НЕЙРОNEWS (психоневрологія и нейропсихиатрия). – Киев:2012, № 5, С.16–18*
2. *Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям): навч.-метод. посіб. Колектив авторів / за ред. Т.В. Скрипник. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. – 54 с.*

3. Тарасун В.В. Аутологія. Монографія. – К.: "МП Леся", 2014. – 580 с.
4. Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом /За наук. ред. Бондаря В.І., Тарасун В.В. Том 1-2: Навчальний посібник. К., 2006. – 278с.
5. Шульженко Д.І. Аутизм – не вирок. – Львів: Кальварія, 2010. — 224 с.
6. Abrahams B.S., Geschwind D.H. Advances to autism genetics: on the threshold of a new neurobiology («Аванси генетики аутизму: на порозі нового в нейробиології») *National Rev. Genet.* 2008. 9. P. 341–355.
7. Alarcón R.D. Cultural Issues in the Coordination of DSM-V and ICD- Contemporary Directions in Psychopathology. («Питання культури в координації DSM-V і МКБ-11 Сучасні напрями в психопатології»). Eds. T.Millon, R.F.Kruegerand E.Smosen. NY-Lond., 2010. P. 97–110

МОДУЛЬ II

ПРИЧИНИ, МОЗКОВІ МЕХАНІЗМИ І КЛАСИФІКАЦІЇ АУТИЗМУ

Сучасні критерії аутизму відображають досягнення значної згоди щодо того, на підставі яких ознак слід діагностувати цей складний синдром, хоча вони і несуть в собі різні точки зору на це порушення. На сьогодні в світовій теорії і практиці аутизму розроблено декілька рівнів аналізу пояснювальної моделі аутизму, основними з яких є етіологічний, нейробиологічний, нейропсихологічний, психологічний і симптоматичний.

Тема 4. Рівні розуміння розладів аутичного спектру. Фактори ризику і захисту

4.1. Рівні пояснення виникнення розладів аутичного спектру

А. Етіологічний (базальний) рівень пояснення аутизму

Перший рівень пояснення аутизму – етіологічний (найбільш базальний рівень) – має справу з генетичними факторами, а, можливо, і з факторами середовища, які викликають аутизм. На сьогодні основним етіологічним фактором визнається генетичний, тобто фактор органічного ураження центральної нервової системи, який може бути основним чи додатковим етіологічним фактором у меншій частині випадків. Щодо фактору ураження ЦНС, то лише в 10% випадків причиною РАС є діагностований медичний розлад, який власне і супроводжується ураженням головного мозку (нейрофіброматоз, синдром ламкої Х-хромосоми, туберозний склероз, фенілкетонурія та інші генетичні захворювання, що призводять до ураження нервової системи).

Встановлено, що діти і дорослі з РАС мають «атиповий» мозок, який в особливий спосіб сприймає і обробляє інформацію, зокрема соціальну. Власне цим пояснюються їхні труднощі в соціальній взаємодії та спілкуванні з іншими людьми.

Етіологічні фактори дозволяють наблизитися до мозкових процесів, які лежать в основі поведінкових особливостей і симптомів і складають феномен аутизму (Pennington & Welsh, 1995). Так само інтенсивно досліджується можлива роль аутоімунних процесів в ураженні мозку. Втім однозначних даних, які б підтверджували роль цих факторів, наразі не має. Не має також однозначних даних, які б вказували на роль харчової алергії чи вакцинальних реакцій в розвитку РАС – на даний момент можна стверджувати відсутність вагомих доказів щодо етіологічної ролі цих факторів.

Водночас в журналі The Guardian опубліковані результати досліджень американських і британських учених, які доводять, що аутизм може бути викликаний певними видами спадкових змін, які призводять до порушень зв'язків у головному мозку ще в ранньому дитинстві. Зокрема, вдалося виявити генетичну мутацію, відповідальну за 15 % випадків захворювання аутизмом. Так, у Великобританії біля 500 тис. людей страждають цим захворюванням, з них 133,5 тис. – діти. У них виникають значні труднощі у спілкуванні з людьми, при оволодінні процесом читання, серед них значна кількість з психічними захворюваннями. Дослідники переконані, що їхні висновки допоможуть загальному процесу по виявленню дітей з РАС і покращити їхнє медичне лікування і психолого-педагогічну допомогу.

Результати досліджень, проведені в Центрі прикладної молекулярної генетики в госпіталі для дітей (штат Філадельфія) і опубліковані в журналі Nature, свідчать: генетичні мутації відіграють важливу роль в порушеннях зв'язків в мозку, що значно підвищує можливість розвитку в дитини РАС. Поодинокі випадки не є загрозою, але вчені стверджують, що їм вдалося виявити певні види змін, відповідальні за 15% випадків захворювання. Значущість цього дослідження порівнюють з декілька років тому відкритою схильністю до захворювання на рак.

У дослідженні, опублікованому генетиками в журналі Molecular Psychiatry, також вказується на гени, пов'язані з ростом і розвитком нервових клітин в мозку дитини, які можуть збільшити ризик виникнення аутизму.

М. Kasanova і Т. Sohadze (США) доводять, що неврологічні патології при аутизмі обумовлені гетерохронністю розвитку мозку, викликаною надмірно швидким його зростанням на ранніх стадіях дитинства з непропорційним збільшенням обсягу білої речовини. Парцеляція (розчленування) білої речовини проявляється у збільшенні обсягу зовнішньої речовини (наприклад, дугоподібні волокна) і зменшенні внутрішнього (наприклад, мозолисте тіло). Вчені доводять, що ці зміни можуть бути результатом надмірного перивентрикулярного розподілу зародкових клітин, яке виражається в дефіциті міграції та патології міні-колонок кори головного мозку. Інші відхилення, такі як зниження кількості клітин Пуркінє і симптоми запалення нервів, можуть бути результатом агональних і преагональних змін. Отримані результати дозволили ученим припустити, що при аутизмі спостерігається тенденція до зв'язку через короткі з'єднання, а не через довгі. Водночас визнається, що на сьогодні через те, що посмертні невропатологічні дослідження аутизму засновані на результатах обстеження дуже малої кількості зразків мозку і у зв'язку з широким

діапазоном віку і клінічною різноманітністю РАС, запропонована ними схема невропатологічних змін є неповною і суперечливою.

Проте деякі вчені (наприклад, з благодійної організації Research Autism) вважають, що ці роботи не відповідають на багато ключових питань, зокрема про те, які саме гени відповідальні за виникнення аутизму. Проте визнається, що одержані результати значно розширюють уявлення про те, як гени взаємодіють між собою і як вони впливають на синапсичні зв'язки в мозку.

Дослідники Гарвардського університету налаштовані оптимістично стосовно розробленого ними методу ранньої діагностики аутизму не за допомогою медичної генетики, а за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ) і передбачають, що впровадження їхнього методу займе біля 5 років. При цьому на обстеження за допомогою МРТ буде відводитися не більше 10 хв. замість багатьох годин, які на сьогодні змушені проводити батьки зі своїми дітьми на прийомах у медичних генетиків, психологів, психіатрів, аутологів.

Водночас визнається, що в новому методі присутній суб'єктивний фактор, коли спеціаліст у зв'язку зі специфікою порушення не має можливості одержати точні дані (результати аналізів, УЗД тощо), які допомагають визначити наявність захворювання чи його відсутність. У даному випадку МРТ допомагає встановити, як різні ділянки мозку взаємодіють між собою, що допомагає чітко виявити специфічні порушення, властиві аутизму. Доводиться, що новий метод дозволяє одержати конкретний діагноз в дітей молодшого віку (починаючи з раннього віку), що дуже важливо для їхніх наступних результатів розвитку, терапії, а також соціальної адаптації.

Особливо обнадійливою для діагностики і практики педагогічної корекції розвитку аутизму вважається Комп'ютерна програма, розроблена вченими з Університету Дьюка (США) для виявлення ознак аутизму в немовлят. Діти проходять тестування, яке записується на відео і аналізується програмою. Активність дітей вивчається в трьох поведінкових тестах. У першому увагу дитини спочатку приваблюють до іграшки з лівого боку від неї, а потім – до іграшки праворуч і спостерігають, як швидко малюк переключить погляд. У другому тесті іграшку переміщують у поле зору дитини і визначають, чи є затримки у відстеженні руху. В останньому тесті фахівець прокочує м'ячик до дитини і дивиться, чи є зоровий контакт – ознака залучення малюка в гру з партнером. У всіх трьох тестах розраховується, скільки часу дитині потрібно для реагування. Результати діагностики, видані програмою, виявилися більш точними, ніж діагнози непрофільних медиків.

Аутологу при розробці проблеми корекції розвитку аутизму важливо знати і враховувати результати тих наукових досліджень, що виявляють *неоднозначну роль генетичних чинників в розвитку особистості дитини.*

Так, позиція **К. Юнга** (Carl Gustav Jung) полягала в тому, що він вважав, що кожна дитина з'являється на світ з «певним особистісним ескізом», який потенційно наявний від самого народження. Навколишнє ж середовище лише виявляє закладене в особистості, а не визначає його. К. Юнг висловив ідею про те, що існує спадкова структура психічного. Наприклад, кожне немовля народжується з готовністю до сприйняття матері та реагування на неї; з готовністю до тривимірного бачення світу, яке воно розвиває досвідом і тренуваннями; з готовністю до мислення, сприйняття, почуттів тощо.



Г.Олпорт (Gordon Willard Allport), вважав новонароджену дитину *цілковито продуктом спадковості, продуктом примітивних рефлексів.* На думку вченого, дитина має від народження певні конституційні властивості, властивості темпераменту, здатності реагувати за допомогою специфічних рефлексів на досить обмежене коло видів стимулювання. У цих властивостях закладено потенціал, який може бути реалізований тільки в процесі дозрівання та розвитку.



Г.Айзенк (Hans Jürgen Eysenck) дотримувався позиції, згідно з якою оточення практично не має впливу на формування особистості. *На його переконання генетичні чинники визначають подальшу поведінку*



особистості більшою мірою, ніж враження та досвід дитинства. За Г. Айзенком, невротичні симптоми розвиваються в результаті впливу генетичних факторів і певного досвіду, що призводить до формування сильних емоційних реакцій на певні стимули. Відповідно до цієї концептуальної позиції важливо враховувати необхідність навчати вразливу дитину з аутизмом по можливості адекватно уникати потенційно травматичних ситуацій, а також поступово навчатися поведінки, що відповідає соціальним нормам.



Унікальність **Р. Кеттела** (Raymond Bernard Cattell) як вченого полягала в тому, що він зробив спробу за допомогою розробленої ним статистичної процедури багатопрофільного абстрактного варіантного аналізу *порівняти внесок у розвиток особистості та її рис таких чинників, як спадковість і соціальне оточення.* У дослідженні доводиться роль спадковості у формуванні

таких рис, як інтелект, інтроверсія-екстраверсія тощо. У результаті з'явилося таке поняття як часткова спадковість, тобто індикатор того, наскільки варіація певної риси залежить від спадковості. В аналітичних матеріалах досліджень проблеми аутизму (див., наприклад, О. Доленко) мова також йде про можливість провокування генних змін внаслідок спонтанних мутацій. Крім того, як вже зазначалося, доводиться можливість розвитку так званого набутого аутизму внаслідок важкого соматичного захворювання.

А. Маслоу (Abraham Maslow) вважав, що людина має вроджену природу, і вона за своєю суттю добра або ж нейтральна. Лише суспільство породжує спотворення внутрішньої сутності особистості, яке ми помилково тлумачимо потім як властиве природі людини. Якщо дитина розвивається в сприятливому оточенні, тоді її творчі сили проявляються з більшою силою, яскравіше. Якщо ж вона невротична, нещаслива, то причиною цього є патологічне, неосвічене оточення, яке зробило її такою.



К. Роджерс (Carl Ransom Rogers) доводив, що організм, як і система «Я» дитини, мають вроджену тенденцію до актуалізації, однак вони є об'єктом сильних впливів соціального оточення і середовища. Дитина буде успішно розвиватися, пристосовуватися та функціонувати, якщо вона виховується в умовах безумовного позитивного ставлення; тоді між організмом і «Я» не виникає дистанції (неконгруентність, невідповідність). Якщо ж оцінки батьків то позитивні, то негативні, дитина починає розуміти, що одні її дії та почуття цінні (схвальні), а інші – нецінні (не схвальні). Поступово її «Я-концепція» стає дедалі більш спотвореною чужими оцінками. Дитина намагається стати такою, якою її хочуть бачити, а не такою, як вона є. К. Роджерс же переконував, що постійна увага до власних переживань, акцентування персональної точки зору призведе не до постійних конфліктів та соціального хаосу, а якраз навпаки, оскільки всі люди мають ті самі потреби, серед яких і потреба бути прийнятим іншими.



Водночас **А. Леонтьєв** доводив, що особистість – це цілісне утворення особливої природи, не зумовлене генотипом. Тому в цьому значенні не можна говорити про особистість немовляти, а лише про яскраві риси його індивідуальності. Особистість визначається природою стосунків, які, на думку вченого, є суспільними і до яких людина залучається через предметну діяльність. Хоча б якими різноманітними не були види діяльності, вони мають спільну внутрішню структуру і

передбачають свідому регуляцію, тобто свідомість та самосвідомість. Основою ж особистості є діяльність.

За останні роки в світлі сучасних наукових досліджень з'явилися нові дані, які доводять, що *суттєві риси особистості мають значну генетичну спадкову компоненту*. Для визначення частки генетичного чинника психологи порівнювали особистісні риси в ідентичних близнюків. Отримані факти засвідчили, що в однайцевих близнюків, які виховувались нарізно, особистісні риси так само схожі як і у тих, які виховувались в одній сім'ї. Дослідженнями близнюків доводиться, що значною мірою до генетично детермінованих компонентів концепції власного «Я» належать поняття про власну популярність, зовнішність, деякі абстрактні ідеї, поведінкові проблеми і тривожність. Отримані дані дозволили зробити висновок про те, що в основі успадкування різних рис дитини з аутизмом можуть лежати специфічні біологічні і генетичні механізми.



Так, на сьогодні увагу учених і експертів не міг не привернути різкий сплеск числа осіб з аутизмом, що спостерігається в каліфорнійській Силіконовій долині. Уважається, що цей сплеск може бути пов'язаний з генами, що часто зустрічаються у співробітників сфери високих технологій, які тут працюють. З 1987 по 1998 роки кількість дітей з цим порушенням, які відвідують один з 21 спеціалізованих медичних центрів Силіконової долини, збільшилася на 273 %, повідомляє ВВС. Є також деякі свідчення того, що схожа ситуація складається і в Силіконовій зоні, зоні зосередження хай-тек (високих технологій) підприємств у районі англійського Кембриджу.

Вчені вважають, що багато співробітників, які володіють тонкими аналітичними здібностями, необхідними для успішного ведення бізнесу в сфері високих технологій і які при цьому дещо відсторонені від суспільства, якщо самі і не є носіями аутизму в його класичному вигляді, то щонайменше мають кілька генів, здатних розвинути це порушення в дітей.

Крім того, сучасні дослідження, як і досвід, переконують в тому, що аутисти, яких постійно підтримують інші люди, фізично і психічно розвиваються краще, ніж ті, хто позбавлений соціальної підтримки. Однак і сама підтримка зумовлена та забезпечується не тільки виключно оточенням. Базуючись на висновках генетичних досліджень, робиться попереднє припущення про те, що спадковість аутичних осіб є менш сприятливою і робить їх менш вмілими в пошуку соціальної підтримки. *Тож не лише умови оточення, а й спадковість визначає те, що люди, зокрема і з аутизмом, отримують меншу соціальну підтримку.*

Водночас особливо важливим є доведення того, що в розвитку існує певна генетично задана послідовність появи органічних структур, функцій, систем, потреб, прагнень. Певні періоди розвитку є сприятливими для максимального розквіту тих чи інших як індивідуальних, так і особистісних утворень дитини і які фахівцям необхідно враховувати в діагностично-розвивальній роботі з аутичними дітьми. Зокрема, враховувати *сенситивні періоди* розвитку, коли організм характеризується підвищеною чутливістю до певних зовнішніх і внутрішніх чинників і коли посилено розвиваються певні психічні функції. *Період гетерохронності* розвитку дитини виявляється у нерівномірності дозрівання та зросту різних структур, функцій і систем організму. Як нерівномірно протікає становлення психічних властивостей, так і гетерохронність індивідуального розвитку нерівномірно взаємодіє з процесами гетерохронності особистісного формування дитини. Внаслідок цього в дитини певні патерни індивідуального розвитку з'являються саме за біологічним (генетичним) годинником.

Дослідження генетиків здійснили основний внесок у створення уявлень про те, що являють собою не обмежену кількість поведінкових варіантів аутизму, а безліч, можливо, сотні різних за етіологією форм, які конвергують в загальні поведінкові фенотипи (Abrahams, Geschwind, 2008; Geschwind, 2009). В останні роки показано, що до 10% спорадичних і 2% сімейних випадків аутичних розладів пов'язані з мікроскопічними або субмікроскопічними хромосомними абераціями.

Виявлені аберації (відхилення від норми) за типом варіації кількості копій (copy number variations, CNV), що виникають *de novo* (Sebat et al., 2007). Деякі CNV зустрічаються часто і в цілком певних ділянках 15-ї (дуплікації q11–13), 16-ї (дуплікації і делеції p11) і 22-ї (делеції q11–13) хромосом; кожна з цих CNV зустрічається приблизно з частотою 0,5–1,0%, можлива кількість варіантів таких мікроаберацій невідома.

Повільніше йде вивчення генних взаємодій. Ці механізми вносять поки неоцінений точно внесок у загальний пул генетичних ризиків.

Головний стримуючий фактор визначення механізмів виникнення РАС – малі обсяги контингентів дослідження (нараз, як правило, кілька десятків, а потрібно – тисячі). Частина кандидатів на звання «аутичних генів» відома: це патогенні мутації, пов'язані з генами нейролігіна, нейрексина і SHANK 3, що впливають на синаптичну адгезію і синаптичний гомеостаз. Однак вважається, що це рідкісні мутації, на частку яких припадає навряд чи більше 1% випадків РАС

Значний інтерес викликає гіпотеза, що розглядає аутизм у зв'язку з епігенетичними ефектами, тобто нейрохімічними впливами на експресію генів як структурних, тканинно спецефічних, так і регуляторних. Проте вченими вважається, що до практичного використання цього напрямку поки ще далеко.

Багато авторів, визнаючи необхідність відмови від категорій МКХ-10 і DSM-IV, говорять про необхідність формування підгруп РАС на іншій основі. При цьому зазначається, що **без поділу аутичних розладів на підгрупи в такій поліморфній популяції відхід від чисто індивідуального планування в психолого-педагогічній роботі фактично є неможливим** (Geschwind, 2009; Volkmar, State & Klin, 2009; Rutter, 2011). *Основою для майбутньої класифікації частіше називають етіологічний принцип, рідше говорять про особливості фізіологічних і нейрофізіологічних механізмів* (Geschwind, 2009; Volkmar, State & Klin, 2009; Rutter, 2011). Проте на сьогодні про патогенез або про клініко-психологічну структуру як основу для виділення підгруп (підтипів) аутизму прямо не говорить ніхто. Разом з тим, як показує столітній досвід дитячої психіатрії, найбільш вдалим найчастіше виявлялися класифікації, засновані (або які б враховували) не тільки на етіологічних, але й на патогенетичних моментах. Водночас відомо, що патогенез РАС – і тим більше його варіанти – нині вивчені недостатньо.

Огляд наукових відкриттів за 2013-2015 рік в галузі аутизму, здійснений директором Ініціативи з досліджень аутизму Фонду Сімонса (SFARI) Луї Ф. Рейхардом, показав, що останні п'ять років пов'язані з приголомшливими досягненнями в розумінні складних геномних варіацій людини, які призводять до аутизму (Louis F. Reichardt Джерело: SFARI.org). Кілька опублікованих статей підвищили знання про подібні генетичні варіації, а також надали докази того, які саме функції мозку змінюються, викликаючи поведінку, пов'язану з аутизмом.

Водночас з'явилися важливі дані про вплив факторів навколишнього середовища на ризик виникнення аутизму. Крім того, в 2013 році зроблені перші кроки на шляху до ефективного лікування від аутизму з використанням моделей на тваринах. З'ясовується, як аномальна аутофагія (аутофагія – це процес, за допомогою яких клітини позбавляються від пошкоджених білків і органел) може впливати на формування та функції нейронних мереж, які контролюють людську поведінку. Ці дані відповідають існуючому науковому консенсусу про те, що *види поведінки, характерні для аутизму, є результатом порушень у функціонуванні мозку.*

Важливо не просто зрозуміти, які гени пов'язані з аутизмом, але і в яких місцях вони діють в першу чергу, і як саме вони впливають на клітинні функції. Результати вивчення експресії так званих генів високого ризику аутизму, а також інших генів, пов'язаних з меншою ймовірністю цього розладу, вказують на те, що ці гени контролюють декілька нейронних шляхів, залучених до раннього розвитку кори головного мозку і до формування синапсів. За цими результатами припускається, що зміни функціонування нейронів у поверхневих кулях кори головного мозку, а також у тих, які зв'язують різні ділянки головного мозку, схоже є, *найбільш важливими для прояву поведінкових симптомів, характерних для аутизму.*

На даний момент роботи генетиків змогли успішно виявити цілий ряд варіацій копіювання (дуплікацій або делецій ділянок хромосом) і генетичних мутацій, які пов'язані з високою вірогідністю розвитку аутизму. У 2014 році опублікована стаття, в якій передбачається, що блокування топоізомераз вибірково пригнічує експресію великих генів, і що значна частина цих генів в мозку – це гени високого ризику аутизму.

Одна із загадок аутизму полягає в тому, чому він *набагато частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток.* У 2013 році опубліковані результати важливого дослідження ризику аутизму серед приблизно

10 000 пар різнояйцевих близнюків, в якому порівнювався ризик аутизму для близнюка чоловічої і жіночої статі (Robinson E.B.). Дослідження показало, що *при аутизмі у хлопчика ймовірність аутизму у близнюка жіночої статі була набагато нижчою, ніж для близнюка чоловічої статі при аутизмі у дівчинки.* Результати припускають, що жінки мають більш сильні захисні механізми проти проявів аутизму, ніж чоловіки.

Значні зусилля вчених, що вивчають аутизм, в останні роки спрямовані на аналіз впливу генів ризику виникнення аутизму з використанням тварин, особливо мишей. Поки важко сказати, який вид тварин виявиться найбільш корисним для досліджень аутизму, але відкриття і розробка такого інструменту означає, що тепер можливо вивчати генетику аутизму практично на будь-якому виді тварин, а також на окремих нейронах, отриманих зі стовбурових клітин людей з аутизмом. Очікується, що відкриття генетики можливо будуть використовувати для розробки більш ефективних та індивідуальних методів лікування і корекції розвитку аутизму.

Дві статті, опубліковані протягом 2013 року, демонструють перші спроби випробувати такі методи лікування на клітинах і моделях тварин (Shcheglovitov A. et al. Nature). Описується несподівано ефективний генетичний терапевтичний підхід на основі вірусів для полегшення симптомів, характерних для синдрому Ретта (Rett syndrome), одного з

РАС, і здійснений на моделі цього синдрому у мишей (Garg S.K. et al. J. Neurosci). Це дослідження пропонує нову, приголомшливу можливість генної терапії пацієнтів з синдромом Ретта, але також вказує на те, що терапія буде мати свої обмеження.

Головна мета всіх наукових досліджень проблеми аутизму – розширити репертуар клінічних інструментів, які можуть допомогти людям з цим розладом. Рання діагностика дозволяє провести раннє втручання. Наукова стаття, опублікована в листопаді 2013 описує *характерний дефіцит в контакті очей серед дітей у віці 2–6 місяців, у яких згодом діагностується аутизм* (Jones W. and A. Klin). Цікаво, що контакт очей у цих дітей у віці двох місяців був типовим, але згодом, у міру дорослішання дитини, він не розвивався нормально. Присутність нормальних механізмів контакту очей в 2 місяці припускає, що *раннє втручання повинно зосередитися на збереженні цих механізмів, а також на розробці ранньої поведінкової і лікарської терапії*.

Хоча генетичні дослідження значно розширили розуміння аутизму, роль взаємодії генетичних варіацій та факторів навколишнього середовища при аутизмі досі малозрозуміла. У 2013 році опубліковані результати важливого дослідження, заснованого на даних Норвезької системи охорони здоров'я, в якому аналізувався *вплив прийому фолієвої кислоти під час вагітності на подальший ризик аутизму в дитини* (Surén P. et al. JAMA). Жінкам рекомендується приймати добавки з фолієвою кислотою під час вагітності, тому що це знижує ризик розщеплення хребта та інших неврологічних порушень у дитини. Результати дослідження припускають, що прийом добавки з фолієвою кислотою під час вагітності також знижує ризик аутизму в дитини, нехай і в невеликій мірі.

Узагальнюючи викладений матеріал, зазначимо, що в основному підтримується думка науковців про те, що аутизм – це не є хвороба, а це розлад розвитку, який пов'язаний з тим, що <i>мозок дитини з генетичних причин по іншому обробляє</i> (сприймає, запам'ятовує, програмує) емоційну і соціальну інформацію, що поступає.

Завдання, що стоять на подальші роки, полягають в розширенні знання про фактори ризику, пов'язані з генетикою і навколишнім середовищем, з метою визначення нових напрямів для розробки лікарських і поведінкових методів лікування і корекції розвитку РАС.

В. Нейробіологічний рівень – рівень мозкових структур і процесів

Другий рівень пояснення аутизму – нейробіологічний (нейрональний) рівень аналізу аутизму (рівень мозкових структур і

процесів: Frith, 1989; Ozonoff, 1997). Нейробіологічні дослідження останніх років чітко вказують на те, що *походження аутизму є результатом особливостей будови та функціонування головного мозку, причини яких багаточисельні й різні.*

Цим, власне, в аутистів пояснюється широкий спектр розладів інтелектуального розвитку і порушення здатності встановлювати контакт з оточуючими як за допомогою мовлення, так і невербального спілкування. Цей спектр розладів охоплює від соціально ізольованих не мовленнєвих дітей з вираженою інтелектуальною недостатністю до дітей з високим інтелектом, розвиненим мовленням, але дуже обмеженим колом інтересів і труднощами у спілкуванні (діти з синдромом Аспергера).

Водночас різні причини сходяться довкола спільного кінцевого нейробіологічного субстрату – *порушення функцій та взаємодії певних структур мозку, що відповідають за інтеграцію та синтез інформації, як тієї, що надходить з різних сенсорних каналів, так і від спеціально мовленнєвих та соціальних стимулів.* Водночас це стосується і тих зон мозку, що відповідають за організацію поведінки загалом і соціальної зокрема.

Дані експериментальних досліджень, результати діяльності спеціалістів-практиків, зусилля батьків, окремі свідчення самих осіб з аутизмом про свій досвід допомагають створити цілісну картину біопсихосоціальної реальності аутизму. Відповідно цьому створюється належне розуміння того, як організувати допомогу цим дітям з метою забезпечення їхнього розвитку, реалізації себе, соціальної інтеграції, і, зрештою, як організувати цілісну програму їхнього виховання, терапії, реабілітації. Вияснення і врахування того, що в мозковій організації аутиста є порушеним, а що – нормальним, може допомогти створити нові і відкинути неадекватні гіпотези про порушення функцій при аутизмі.

Ґрунтуючись на результатах порівняльного аналізу досліджень аутизму, проведених за допомогою патологоанатомічних методів і методів візуалізації (комп'ютерної томографії) сформульовано думку про те, що в якості мозкових механізмів можуть виступати багаторазові і розсіяні ушкодження мозкових структур та їхніх взаємозв'язків.

Зокрема, це може бути перерваний розвиток дендритних закінчень в структурах лімбічної системи, зниження кількості нейронів і збільшення числа патологічних клітин в мозочку, надмірне розростання задніх відділів кори, а також ознаки дифузних порушень взаємозв'язків на рівні кори. Базуючись на цих даних, О. Романчук (Україна) виділяє декілька основних нейробіологічних фактів, що характеризують широкий спектр різних розладів аутичного спектру, об'єднаних спільними характеристиками

(труднощі в побудові соціальних стосунків, спілкуванні, особлива стереотипність поведінки). Ці фактори автор розглядає як біологічні за своїм походженням. Причому основним етіологічним фактором вважає генетичний фактор +/- фактор органічного ураження ЦНС. Водночас дослідники в галузі нейробіології навчання і розвитку доводять, що **діти та дорослі з РСА мають «атиповий» мозок, який в особливий спосіб сприймає і обробляє інформацію, зокрема емоційну і соціальну**. Власне саме цим пояснюють їхні труднощі у соціальній взаємодії, спілкуванні з іншими людьми.

Морфофункціональні дослідження ЦНС дітей з аутизмом на сьогодні зосереджені на тому, щоб зрозуміти, **які саме структури і функції мозку порушені в дітей з аутизмом**. На основі цих даних є спроби генерувати гіпотетичні моделі аутизму, які б «пояснили» його, пов'язавши нейробіологічні дані з проявами аутизму та можливими шляхами допомоги.

Так, **«стовбурова» теорія сенсорної гіперчутливості** приписує виникнення симптомів аутизму порушенням регуляції «входу» сенсорної інформації в мозок на рівні його стовбуру.

Доводиться, що низький поріг сенсорної чутливості і сенсорні подразники (акустичні, тактильні, візуальні тощо), які для більшості людей є нормальними, для людей з РСА – сенсорно гіперчутливими, надпороговими. Відповідно цьому вони перезбуджують їх, викликають виражений дискомфорт і, як наслідок, в дитини порушується загальне сприйняття та інтеграція сенсорної інформації.

Прояви сенсорної гіперчутливості можуть характеризувати тактильну гіперчутливість (до дотику, до певних видів тканин), акустичну (до звуків побутової техніки, гамору при скупченні людей), смакову, нюхову тощо.

Вважається, що спробою зменшити потік вхідної інформації (а у такий спосіб і запобігти суб'єктивному дискомфорту), є такі їхні дії, як затуляння вух, примруження/затуляння очей, уникнення зорового контакту (людське обличчя сприймається як масивний потік інформації), тілесного контакту з іншою людиною чи бурхливий протест проти певного виду одягу, їжі (смакова/нюхова гіперчутливість). Відповідно, сенсорний канал, який є гіперчутливим, функціонально «вимикається», і дитина, для прикладу, немов глуха, ігнорує більшість звуків, а інші канали, які не є надчутливі, можуть навпаки стимулюватися з метою «врівноваження» та збалансування, досягнення певного суб'єктивного комфорту: наприклад, стереотипні гойдання та підскакування (вестибулярна чутливість), тривале розглядання світла, гра з водою, шнурочками тощо.

На основі «стовбурової» теорії сенсорної гіперчутливості розроблена методика сенсорної інтеграції, як і ряд інших методів щодо зменшення ізольованої гіперчутливості дитини. Наприклад, лінзи від Ірен (Lenses by Irene), які сприяють десенсibiliзації (зменшенню) оптичної гіперчутливості. Метод аудіоінтеграції Томатіса (АІТ – auditory integration method), який полягає в тому, що діти слухають через навушники спеціальну музику і це, як доводиться, має призводити до десенсibiliзації акустичної гіперчутливості і до покращення слухового сприйняття.

Втім однозначних доказів ефективності цього методу поки що немає. Ці підходи об'єднує ідея зменшення гіперчутливості шляхом поступової десенсibiliзації (зменшення або усунення підвищеної чутливості організму) та водночас регулювання входу сенсорної інформації і врівноваження інших сенсорних систем за допомогою систематичної їхньої стимуляції.

Проте вважається, що теорія зменшення гіперчутливості не може вповні пояснити феномен аутизму, оскільки сенсорні порушення, зокрема, можуть зустрічатися і в дітей без аутизму, та й далеко не усі його симптоми «вписуються» в цю теорію. Це стимулювало пошук інших можливих моделей аутизму. При дослідженні великої кількості дітей (індивідуально є велика варіабельність) за даними магнітно-ядерного резонансу та комп'ютерної томографії виявлено зміни в структурах головного мозку, в структурах мозочку (однією з функцій якого є координація уваги на певних сенсорних каналах), мигдалевидного тіла, що відповідає за надання емоційного значення вхідній сенсорній інформації, стовбура мозку та таламуса. Визнається, що ймовірно із за діями саме цих структур головного мозку пов'язані сенсорні порушення (як ізольована сенсорна гіперчутливість, так і порушення інтеграції сенсорної інформації) та виконавчі, «екзекутивні» (автономні) функції.

Водночас нейрофізіологічні дослідження показали, що головний мозок дітей з РАС активується по-іншому порівняно з дітьми з типовим розвитком, зокрема при їхньому зосередженні на обличчі іншої людини мигдалевидне тіло не активується. Так само мало активуються префронтальна кора та розміщені в скроневій долі кортикальний «центр обличчя» і центр «розпізнання соціальної інформації». Це дало підставу до розвитку «мигдальної» теорії аутизму. Так само виявлена гіпоактивація акустичних зон під час акустичної мовленнєвої стимуляції, сповільнена швидкість орієнтації та переорієнтації уваги при різних формах сенсорної стимуляції.

Дані електроенцефалографії, поєднаної з різними формами сенсорної стимуляції, вказують на **порушення міжпівкульової латералізації, тобто процесу, за допомогою якого різні функції зв'язуються з тією чи іншою половиною головного мозку. Як наслідок, порушуються процеси**

інтеграції акустичної та візуальної інформації. Ці матеріали, зокрема, підтримують теорії про те, що при аутизмі порушені диференціація і спеціалізація лівої півкулі щодо її функцій сприйняття і розпізнавання мовлення та інших секвенцій (упорядковано послідовних) форм соціальної взаємодії. Так само запис ЕЕГ, поєднаний з акустичною мовленнєвою стимуляцією, показав: *в аутичних дітей є сповільнена реакція на кожне окреме слово.* Цей факт розглядається і пояснюється як порушення/сповільнення реєстрації мозком одиниць мовлення. Висловлюється припущення, що в цієї категорії дітей поки мозок реєструє перше слово речення, інші тим часом «летять повз вуха», що певним чином пояснює проблему мовленнєвого розвитку в цих дітей.

Крім того, виявлено, що в деяких дітей з аутизмом мозок має більший об'єм. Це породило **теорію «крайньої виразності чоловічого мозку»**, бо статистично у чоловіків більший мозок, ніж у жінок (S. Baron-Cohen). Цей факт гіпотетично пов'язують з такими нейрофізіологічними особливостями, як зменшений рівень зв'язку між зонами, більша спеціалізація зон та півкуль, що відповідно впливає на зменшення інтеграції інформації. Згідно теорії порушеної інтеграції інформації діти з аутизмом обробляють інформацію в особливий спосіб: переважно моноканально та секвенційно (послідовно, ланцюжком). Такий тип обробки інформації характеризується тим, що увага дитини одномоментно зосереджена переважно на одному сенсорному каналі (аудіальному, візуальному, тактильному тощо). У той час, як обробляється інформація, що надходить по цьому каналу, інші канали певним чином «відключені». Відповідно увага вузько зосереджена на конкретних деталях однієї сенсорної модальності, а усе інше є начебто поза полем зору/слуху. І лише по тому, як одні деталі опрацьовані, увага переходить на опрацювання інших.

S. Baron-Cohen запропонував певну аналогію між таким типом сприйняття сенсорних стимулів і чоловічо-аналітичними особливостями обробки інформації. Дослідник передбачає, що **власне особливістю умовно «чоловічо-аналітичного» сприйняття світу є вузький фокус уваги та обробка інформації від деталей до цілого (на відміну від жіночого широкого фокусу уваги та цілісного, гештальтного сприйняття інформації).** Відповідно чоловічий тип добре підходить для наукової діяльності, сфокусованості на деталях у пошуку того, як деталі «допасовуються» одна до одної. Проте визнає, що такий підхід зовсім не підходить для соціальних стосунків, де потрібно вловлювати цілісно сутність того, що відбувається, і бути уважним до багатьох аспектів спілкування (мовлення, невербальних проявів спілкування тощо). Таким чином, в цілому можна сказати, що дівчатка-аутисти можуть бути більш компетентні в соціальних стосунках, а хлопчики – в аналітично-технічній сфері. Попри це можна також гіпотезувати, що в

мозку кожної дитини існують ці дві моделі обробки інформації, що в нормі дає можливість відповідно міняти широту фокусу уваги/зосередженості на окремих деталях чи на ситуації в цілому залежно від потреб ситуації.

У дітей з аутизмом здатність керувати широтою фокусу уваги та інтеграції інформації дуже обмежена. Як наслідок, вони застосовують аналітично-деталізований підхід і до соціальних ситуацій, де його однозначно недостатньо, і, відповідно, не можуть збагнути «логіки» соціальної взаємодії. Дитина почувається розгубленою, вона не може передбачити, що буде відбуватися і як їй діяти далі. Цей світ для неї хаотичний, непередбачуваний і незрозумілий.

І, як наслідок, дитина або ізолюється від цього світу, зменшує взаємодію з ним, або ж пробує вловити певні правила у соціальній взаємодії. Тоді намагається поводитися згідно цих правил, організовуючи взаємодію з людьми згідно цих правил з тим, щоб зробити цей світ більш структурованим і передбачуваним, а, отже, менш стресогенним. І, можливо, саме це лежить в основі одного з окремих симптомів аутизму, коли дитина змушує інших робити щось стереотипно, відповідно до певних її правил.

Таким чином, вузький фокус уваги, її «деталізованість» та моноканальність призводять до такого селективного (вибіркового) та незінтегрованого сприйняття світу, за якого лише частина інформації дитиною реєструється, інша ж – ігнорується. Реєстрація інформації відбувається теж у формі «файлів» в одній сенсорній модальності (звуковій, зоровій тощо). Проте і ця інформація не інтегрується на кшталт об'єднуючих папок, які б тематично синтезували зорову, слухову та іншу інформацію.

Така моноканальна реєстрація інформації та відсутність аудіовізуальної інтеграції може, з одного боку, пояснювати особливі здібності окремих дітей з аутизмом – наприклад, чудову зорову чи слухову пам'ять (деякі діти запам'ятовують великі обсяги акустичної чи візуальної інформації), з іншого – пояснювати труднощі мовленнєвого та соціального розвитку. Адже для розуміння соціальної взаємодії та розвитку мовлення як засобу цієї взаємодії надзвичайно важливо обробляти соціальну інформацію «цілісно», а не за деталями, інтегрувати те, що бачимо, з тим, що чуємо. І власне розвиток мовлення є наслідком того, що дитина інтегрує почуте слово з візуальною інформацією щодо тієї ситуації, в якій воно було вжите (наприклад, поєднання образу предмета, який бачимо, зі словом, що позначає цей предмет і яке чуємо).

Відповідно в дітей з аутизмом ми спостерігаємо затримку розвитку мовлення різного ступеня, а часом – атиповий розвиток мовлення, коли дитина може повторювати слова, фрази (інколи може відтворювати довгі почуті тексти, навіть знати багато слів іноземної мови у ранньому віці), але при цьому механічно відтворювати ці слова, не розуміючи їхнього сенсу і не вміючи застосувати мовлення для спілкування. Імовірно таке *фокусовано-деталізоване моноканальне сприйняття інформації* може бути корисним, коли дитина намагається зрозуміти «логіку» в межах одного типу сенсорних завдань, як, наприклад, при складанні пазлів, де є виключно візуальна інформація. Можливо, саме тому багато дітей з аутизмом у цьому можуть бути дуже здібні. Проте ***таке моноканальне сприйняття робить дитину виразно неповносправною в соціальних ситуаціях, коли необхідно схоплювати інформацію цілісно, орієнтуватися і на візуальні, і на акустичні стимули, і мати «широкий фокус уваги».*** Відповідно це зумовлює соціальні та мовленнєві/комунікативні дефіцити дитини з аутизмом, оскільки вона, так би мовити, бачить не дерево, а листочок або тріщину на його корі. У цьому зв'язку *дітей з аутизмом характеризують як дітей мікродеталей.*

Результатами окремих нейробіологічних досліджень останніх років також встановлено, що діти з аутизмом можуть мати особливий «профіль» обробки акустичної інформації. При цьому кожне почуте слово сприймається/реєструється ними з певною затримкою і повільніше, аніж ровесниками з типовим розвитком. Отже, можна передбачити, що, коли в основному реєструються перші слова, то навіть при зосередженні уваги на акустичному каналі, інформація дитиною реєструється частково, що призводить до труднощів чути і розуміти мовлення. Так само гіпотезується, що діти з аутизмом *не тільки сприймають інформацію моноканально, але й мають труднощі при переключенні уваги з одного каналу на інший.* Відповідно аутисти можуть мати орієнтацію лише на один канал обробки інформації – часто (але не завжди) візуальний. Це тим не менше стало передумовою для створення методик, відповідно *зорієнтованих переважно на візуальний канал спілкування дітей з аутизмом – картинки, символи та інші способи візуального представлення інформації.* Такий тип сприйняття інформації пояснюють охарактеризованими вище нейробіологічними особливостями мозку аутиста, зокрема, порушенням формування зв'язків між зонами мозку, які забезпечують інтеграцію різних видів інформації та формування цілісного сприйняття світу. Відповідно передбачається, що за такого типу сприйняття світ в дитини представлений як «набір візуальних, акустичних та інших пазлів», не пов'язаних між собою, незрозумілих і непередбачуваних.

Як зазначалося, розвиток *«мигдальної» теорії аутизму* також пов'язаний з нейробіологічними дослідженнями останніх років, які виявили, що в дітей з аутизмом спостерігається низька (порівняно з ровесниками з типовим розвитком) активація мигдалевидного тіла при зіткненні з соціальними стимулами. *Мигдалевидне тіло є свого роду емоційним центром мозку, частиною лімбічної системи.* Одна з основних функцій мигдалевидного тіла, яке першим сприймає вхідну сенсорну інформацію, – швидка її обробка та надання значення інформації, що у відповідь визначає те, якій інформації ми надаємо більшого значення, і в який спосіб реагуємо на неї. *Відповідно мигдалевидне тіло пов'язане з оцінкою інформації про небезпеку, і воно «вмикає» підкіркові реакції «втікай/нападай».* Так само мигдалевидне тіло надає значення соціальній інформації і робить нас селективно зосередженими на соціальних стимулах, таких, що є більш значущі, аніж інші. Власне зосередження уваги на соціальних стимулах веде до активації зон лобної кори, пов'язаних з реакціями *імітації, емпатії, розуміння соціальної поведінки, соціальної інформації*, які спостерігаємо в нейротипових немовлят.

Для прикладу, орієнтація уваги на обличчя веде до поступового формування «зчитування» невербальної інформації про емоції інших людей з їхнього обличчя. Ця інформація реєструється в окремому підкірковому центрі «читання обличчя». Спеціальні дослідження виявили, *що в дітей із аутизмом в ситуаціях, коли їм показують людські обличчя, не активується не лише мигдалевидне тіло, але й відповідні зони лобної кори та центр «читання обличчя».* Натомість активуються зони, які в інших дітей відповідають звичайно за аналіз візуально-просторової інформації (як аналіз розрізних малюнків чи пазлів). Відповідно на основі результатів цих досліджень гіпотезується, що в дітей з РАС вже з раннього віку мигдалевидне тіло належним чином не зосереджує їхню увагу на соціальних стимулах. Внаслідок цього вони сприймають людей як інші звичайні об'єкти навколишнього простору – деталізовано. При цьому не задіюються імітаційні чинники освоєння соціальної поведінки через наслідування моделей поведінки інших людей. Унаслідок цього в дитини порушується процес розуміння людей та їхніх стосунків, не накопичується належний соціальний досвід, не формуються шаблони соціальної поведінки, які зберігає й організовує лобна доля кори головного мозку. ***У результаті дитина має порушену здатність розуміти не лише поведінку інших людей, але й те, що стоїть за нею, – їхні емоції і мотиви. Цей дефіцит розуміння дітьми з аутизмом перспективи поведінки інших людей, їхнього внутрішнього світу отримав назву порушена здатність «читати, що діється всередині іншої людини» (mind read).*** Власне саме не сформованість цієї здатності призводить до того, що таким дітям важко

будувати стосунки з іншими людьми, гнучко взаємодіяти з ними. На подолання дефіциту розуміння іншої людини націлені також і відповідні методики соціальної реабілітації, породжені цією теорією.

Результати біохімічних досліджень також показують порушення в нейромедіаторних системах серотоніну (зокрема, зменшений синтез серотоніну у фронтальній корі та підкірці). Дослідження цієї та інших систем наразі інтенсивно тривають. Порушення в системі серотоніну, яка частково причетна до регуляції «чутливості, вразливості, тривожності», а також схильності до «зациклення», опосередковано підтверджуються також даними щодо ефективності медикаментів (SSRI), що діють на систему серотоніну в регуляції тривожності та зменшенні «зацикленості» в дітей з аутизмом.

Отже, за допомогою зазначених теорій та свідчень осіб з аутизмом є можливим уявити, як сприймається світ дитиною зі спотвореним розвитком. *Свій непередбачуваний, мінливий, незрозумілий, фрагментований світ, що складається немов з калейдоскопу звуків, образів, тілесних відчуттів тощо, вже дорослі аутисти характеризують, як світ немов оповитий туманом, з якого вириваються звуки, люди, предмети, яких вони ніколи не знали, і від яких не знають, чого чекати.* Відповідно, такий світ може викликати страх, у ньому почуваєшся невпевнено, до нього важко пристосуватися. Можливо, саме **через таке світосприйняття в аутистів існує бажання окреслити свою територію, зробити свій простір незмінним, максимально «законсервувати» його, підкорити певній стереотипній послідовності.** Сенсорні стимули можуть сприйматися у зв'язку з гіперчутливістю як такі, що є надпороговими, викликаючи в дитини дискомфорт. Тому їй здається, що в кімнаті дуже голосно лунають різні звуки, світло – надто яскраве, надто багато дотиків тощо. І, як наслідок, дитина прагне обмежити потік цих сенсорних стимулів: закрити вуха, заплющити очі, кудись сховатися.

Дитині з аутизмом люди і стосунки між ними видаються також незрозумілими і непередбачуваними. І, відповідно, в неї виникає бажання або обмежити контакт з ними, або зробити ці контакти стереотипними, передбачуваними, підкореними певній стереотипній послідовності. При такому фрагментованому, вузько сфокусованому аналізі складний, багатовимірний «світ людей» залишається малозрозумілим, і дитина з аутизмом почувається у ньому невпевнено. А якщо додати, що в цьому світі дитина може зіткнутися з реально негативними реакціями інших людей (дорослих чи дітей), тоді можна лише уявити, наскільки сильним буде її бажання ізолюватися від цього світу. Про такий стан висловилася у своїй автобіографічній книжці Д. Вільямс, жінка з аутизмом: *«Моя історія – це історія боротьби: боротьби, з одного боку, ізолюватися, відгородитися від цього світу,*

охоронити себе від нього, з іншого – історія боротьби, щоб зрозуміти цей світ, увійти в нього і бути в ньому».

Недостатня сформованість мовлення як зовнішнього, так і внутрішнього утруднює «вихід на контакт» з іншими людьми, дати їм знати про свої бажання, зрозуміти себе тощо. Відповідно виникають труднощі регулювання за допомогою внутрішнього мовлення своєї поведінки, своїх емоцій. Емоції також є сильним сомато-сенсорним стимулом, який може перезбуджувати дитину і від якого не просто переключитися, регулюючи емоції внутрішнім мовленням. *Відповідно, в аутистів спостерігається схильність до сильних, тривалих емоційних реакцій – малозрозумілих, висловлених в спосіб, який не можуть зрозуміти інші люди.*

Отже, за результатами нейробіологічних досліджень *«соціальна й емоційна сліпота», тобто дефіцит здатності розуміти інших, їхні почуття тощо, дефіцит уміння висловитися зрозуміло через брак мовленнєвих та комунікативних навичок для встановлення стосунків, відсутність контакту між дитиною і світом, фокусування на деталях, значна складність відчувати світ «цілісно», відчувати «повну картину» ситуації – все це призводить до розгубленості дитини в широкому світі і звідси до її зацикленості, втечі в світ деталей, вузьких зацікавлень.* У цьому світі все для неї є зрозумілим і передбачуваним, і в ньому аутист почувається більш впевнено і безпечно. Розуміння дорослими світу дитини з аутизмом стає саме тим фундаментом, на якому вибудовуються стосунки, яких вона так потребує, а саме: довіри і прийняття допомоги.

С. Нейропсихологічний рівень пояснення аутизму (теорії регулятивної дисфункції, ослаблення центрального зв'язування, лімбічна теорія).....

Третій рівень пояснення аутизму – нейропсихологічний, який виконує роль посередника між мозком і поведінкою (Baron-Cohen S, Leslie, Frith 1985, Duncan, 1986; Bennetto et al., 1996, Pennington & Ozonoff, 1996; Robert Joseph, 2002, Robbins, 2006). Саме на цьому рівні виявляються зв'язки між структурами мозку і психічними та поведінковими функціями, які вони опосередковують. Вважається, що нейропсихологічна модель пояснення аутизму в принципі здатна дати єдине пояснення для широкого спектру поведінкових реакцій і симптомів, які, як правило, можуть здаватися цілком самостійними і ніяк не пов'язаними між собою. Для цього в її рамках прагнуть виділити і відмежувати «ослаблений» компонент з тих компонентів, які є в арсеналі психіки. Проте на сьогодні *відбувається переосмислення пояснювальних моделей аутизму з метою переорієнтації на пошук нейропсихологічних ознак аутизму з урахуванням результатів, одержаних в нейробіологічних дослідженнях.* Передбачається, що така

переорієнтація допоможе виявити зв'язки нейрональних механізмів і поведінки при такому складному типі розвитку, як аутизм.

До *нейропсихологічних порушень соціоемоційної сфери при аутизмі* відносять: порушення здатності програмувати і контролювати поведінку; переважне опрацювання соціально-емоційної інформації частинами, а не цілісно. Саме ці порушення зумовлюють поведінкові особливості аутиста; глибокі порушення соціальних і комунікативних здібностей (Pennington, Ozonoff, 1996; M. Joseph, 2002, Robbins, 2006).

На сьогодні розробляються декілька теорій аутизму, що ґрунтуються на тому чи іншому виділеному ключовому нейропсихологічному порушенні, яке пояснює різні відхилення в соціальній взаємодії при аутизмі. До таких теорій найперше належать:

- *теорія регуляторної дисфункції*, в якій аутизм розглядається як прояв первинного відхилення в дитини формування здатності програмувати і контролювати поведінку;

- *теорія ослабленого центрального зв'язування*, в якій стверджується, що когнітивна (в тому числі і перцептивна) обробка інформації відбувається частинами, а не цілісно, що зумовлює багато як поведінкових особливостей, так і особливостей когнітивних стратегій, якими характеризується саме аутизм;

- *лімбічна теорія*, за якою порушення соціальних і комунікативних здібностей при аутизмі можуть бути пояснені ослабленням тих психічних функцій, відповідальність за які, зазвичай, приписується медіальним відділам вискових долей і лімбічній системі. Доводиться, що *ключову роль в ранніх аутичних проявах порушень соціально-емоційної поведінки* (пасивність, відсутність ініціативи у процесі взаємодії з іншими людьми, послаблення контакту очей, збіднення мимічної та тілесної експресії та ін.) *відіграють саме розлади лімбічної системи.*

У даному разі в нейропсихологічних дослідженнях, не відстоюється думка про те, що в основі всіх проявів аутизму повинно лежати одне порушення. Тобто, мова йде про те, що ураження мозку при аутизмі швидше за все носить багаточисельний дифузний, нелокальний характер (Minshen, 1997). Це положення, покладене в основу корекційно-розвивального навчання аутиста, *потребуватиме встановлення не тільки функціонального діагнозу, але й врахування топіки порушення.* Проте відомо, що постановка топічного діагнозу в дітей утруднена (Н. Корсакова). Саме тому психолог або педагог, який прагне надати дитині реальну допомогу, *може за допомогою нейропсихологічних методик визначити сильні і слабкі парціальні психологічні порушення в аутиста й організувати корекційну роботу з їхнім урахуванням.*

❖ **Ключовим в теорії регулятивної дисфункції є положення про порушення в дітей з аутизмом здібності програмувати і контролювати поведінку** (Damasio і Maurer, 1978, Rumsey, 1985, S. Baron-Cohen, 1985, Russell, 1991, Ozonoff, 1997 та ін). Хоча традиційно вважається, що здібність програмування і контролю з'являється у досить пізньому віці, на сьогодні зростає кількість даних про її формування й розвиток на протязі раннього і дошкільного дитинства (Gerstadt, 1994, Hughes, 1998 та ін.). Це забезпечує дитині можливість виходу за межі ситуації з тим, щоб спрямовувати свою поведінку, керуючись метою.

Здібності програмування і контролю включають в себе тісно пов'язані, але, в принципі, *різні психічні операції*: планування; роботу з інформацією, що зберігається в короткочасній пам'яті; підтримку одного ряду уявлень і переключення з одного ряду на інший; гальмування певних реакцій. У той же час всі ці операції утворюють єдину високоорганізовану систему, яка є універсальною і відрізняється від таких базових функцій, як сприймання, пам'ять, мовлення, відчуття.

Саме розлади програмування і контролю призводять до вад інтеграції і врахування сукупності особливостей ситуації, порушень вибіркової уваги до суттєвих аспектів оточуючого середовища, а також порушень індуктивної логіки. Отже, *формування, розвиток і корекція функції програмування і контролю тим самим сприятимуть підвищенню рівня можливості дитини-аутиста брати участь в соціальній комунікації, яка потребує оперативної оцінки і вибору необхідних реакцій у відповідь на інформацію, що постійно змінюється.*

Важливим є також висновок нейропсихологічних досліджень (Wimmer і Perner, 1983, Baron-Gohen, 1985) про те, що порушення функції програмування і контролю є причиною розладів розуміння аутистом переживання іншої людини і пояснення собі поведінки інших, виходячи з оцінки їх душевного стану. *Низька здібність аутиста розуміти переживання інших людей також є відображенням більш широкого порушення процесів програмування і контролю, що проникає у всі сфери життя дитини і може лежати в основі вираженої соціальної дезадаптації, характерної для аутизму.* У цьому зв'язку підкреслюється низький рівень розвитку в дітей-аутистів здібності змінювати когнітивні установки і пригнічувати реакцію на яскраві, привабливі стимули, виявляючи при цьому когнітивну гнучкість.

*При методичній реалізації цих положень важливо враховувати те, що успішне виконання різних видів діяльності залежить не тільки від стану сформованості у дітей з аутизмом когнітивних операцій, що безпосередньо пов'язані з функцією програмування. Необхідним є також **врахування стану сформованості** в аутиста: уявлень про відмінні ознаки предметів і явищ; виведення принципу класифікації на основі одержаного зворотного*

зв'язку; рівня розвитку вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюються операції логіки; стан можливості пригнічувати прагнення діяти за від початку правильним принципом і перебудовувати когнітивну систему. Саме тому в аутологічних дослідженнях (Feinberg, Faran, 1997) робиться висновок про необхідність використовувати в корекційно-педагогічній роботі з аутистами способи формування здібності до переробки інформації із застосуванням методів когнітивної нейропсихології. При цьому особливого значення надається формуванню таких компонентів програмування і контролю, як здібність до переключення з однієї когнітивної установки на іншу, гальмування неадекватних реакцій та розвиток оперативної пам'яті. Є дані (одержані в результаті досліджень, що проводилися з використанням різних методик) про те, що в дітей з аутизмом найбільше страждають оперативна пам'ять і гальмування побічних реакцій (Heqhes, 1996). Для пом'якшення (усунення) цих порушень необхідна розробка і застосування спеціальних завдань, спрямованих на розвиток в дітей здібності утримувати в оперативній пам'яті правила реагування з одночасним пригніченням імпульсивних реакцій.

У дослідженнях останніх років (Russell, 1997) також встановлено, що в дітей з аутизмом може бути значно ослаблена здібність використовувати внутрішнє мовлення для утримання в свідомості послідовності виконання інструкцій, застосування правил тощо, тобто ослаблена здібність здійснювати регуляцію своєї діяльності.

Порушення внутрішнього мовлення в аутистів навіть при відносно хорошому володінні граматиною і лексиною спричиняють труднощі в адекватному виборі і комбінуванні слів, речень в живому спілкуванні. Тобто, володіння формальними синтаксичними і семантичними мовленнєвими конструкціями не забезпечує дитині-аутисту достатньо ефективну й адекватну комунікацію. З метою підвищення ефективності комунікації необхідне застосування спеціальних методик, які сприяють підвищенню якості зв'язку між тим, що говориться, з ситуативним, соціальним і лінгвістичним контекстом.

Таким чином, базуючись на результатах сучасних нейропсихологічних досліджень, здійснених в рамках теорії регулятивної дисфункції, вважаємо, що корекція функції програмування і контролю при аутизмі повинна проводитися в напрямку розвитку спілкування і соціальної поведінки дітей. З цією метою корекційно-розвивальна допомога дітям з аутизмом має спрямовуватися на формування умінь інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, здійснювати вибірково уважність, оперативну оцінку і вибір реакцій у відповідь на інформацію, що поступає, розуміти переживання іншої особи.

❖ Для розробки програми розвитку, навчання і соціалізації аутичних дітей важливою є також **теорія ослаблення центрального зв'язування** (U. Frith). Спираючись на принципи, закладені в гештальтпсихології, цією теорією передбачається, що *при аутизмі виникає руйнування «вродженої схильності» людини опрацьовувати інформацію таким чином, щоб із розрізнених стимулів утворювалися якомога довші ряди, в яких ці стимули були б пов'язані між собою*. При цьому страждає узагальнення різноманітних контекстів (наприклад, бачити в новій ситуації схожість з тією, що була раніше).

Вважається, що такі порушення є наслідком домінування фрагментарної (сукцесивної) обробки інформації, коли складні стимули сприймаються як сукупність розрізнених частин, а не як зв'язне ціле, об'єднане єдиним смислом.

Внаслідок цього аутична дитина виявляє: схильність фокусувати увагу на окремих властивостях предмета замість того, щоб застосовувати цей предмет загальноприйнятим чином (наприклад, крутіння коліщат у машинці, видлубування очей у ляльки); дивне і незвичне поглинання предметами (наприклад, кнопками, гвіздками), які зазвичай не викликають підвищеного інтересу; надчутливість до незначних змін у навколишньому оточенні; інтереси, що свідчать про достатній рівень розвитку дитини (наприклад, інтерес до географічних відомостей), але які формуються відірвано від решти досвіду дитини. Встановлено, що такі поведінкові особливості є проявами ослаблення центрального зв'язування, діапазон якого може бути від порушень зв'язування окремих сигналів в єдиний образ до порушень інтеграції різноманітної інформації на рівні смислів. У рамках цієї ж теорії пояснюється й інша особливість при аутизмі – неоднаковий ступінь порушення різних когнітивних функцій і особливо – наявність у них «острівців видатних здібностей» на фоні загального зниження інтелекту.

Результати цих досліджень дозволяють передбачати *можливість використання в корекційно-розвивальній роботі з аутистами методів, спрямованих на задіявання їх перцептивної організації і здібності до мисленнєвих операцій з невербальною інформацією* (Lezak M.D., 1995). В даному разі важливою є та обставина, що в заданому предметі (явищі, ознаці тощо) дитина-аутист бачить його частину, а не ціле. Тобто, має враховуватися фрагментарність стратегії сприймання аутиста і зниження у нього тенденції бачити фігуру як єдине ціле, що є характерним для звичайної людини.

Дослідженнями стану сформованості центрального зв'язування також встановлено, що при аутизмі *переробка інформації дітьми здійснюється переважно незалежно від більш широкого контексту, в якому дається*

інформація (Friht, 1994, Baron-Gohen, 1997). Ця обставина вимагає проведення корекційно-розвивальної роботи по формуванню здатності об'єднувати різноманітну інформацію в осмислене ціле. Розвиток мозкового механізму центрального зв'язування, своєю чергою, залежить від стану сформованості в аутиста здібності до симультанної обробки як вербальної, так і наочно-образної інформації (Venovitz, 1990). Разом з тим, фрагментарна стратегія обробки інформації і научуваності (інакше – сукцесивна обробка інформації) зашкоджує розвитку більш економної та ефективної симультанної стратегії (Harpe (1990) та Riven (1995)). Адже саме симультанна стратегія необхідна, наприклад, для того, щоб прискорити виокремлення основного смислу у вербальній інформації, а не для того, щоб здійснити детальний аналіз певного слова з цього вербального повідомлення або букв, з яких складаються слова цього ж повідомлення тощо.

Теорія ослаблення центрального зв'язування є найбільш сильною з точки зору її можливостей пояснити всі незвичні здібності, а також грубі порушення, що притаманні аутизму.

З цього приводу зазначимо, що в роботах О. Лурії (1947, 1963), О. Лурії і Л. Цветкової (1974) та ін. встановлено, що в основі таких психічних функцій, як рахунок, конструктивний праксис, наочно-образне мислення, розуміння «зворотних» логіко-граматичних конструкцій тощо. лежать симультанні структури. У роботах В. Тарасун (1997, 1999, 2004, 2008, 2013, 2014) підтверджено, що в дітей з тяжкими порушеннями мовлення на процес формування в них внутрішньої схематизації («внутрішньої геометрії»), без якої не можливе здійснення логіко-граматичних відношень, негативно впливає недостатня зрілість саме симультанного виду синтезу. Рівень сформованості сукцесивних синтезів визначає стан сформованості у них динамічних схем і денерваційних процесів, без яких не можливе формування «кінетичних мелодій», що забезпечують плавне протікання мовленнєвої та інтелектуальної діяльності.

Ці дані дають підставу, по-перше, для здійснення *раннього прогнозування особливостей, що можуть виникнути в кінетичній організації різних психічних операцій і дій* – рухових, мовленнєвих, мисленнєвих, слухового контролю та уваги, слухомовленнєвої пам'яті. По-друге, – для прогнозування виникнення *труднощів у розумінні дітьми з аутизмом складних логіко-граматичних структур, у виконанні конструктивно-образотворчої діяльності, рахункових дій, у формуванні зорово-просторової пам'яті*. Врахування у змісті корекційно-превентивної роботи якісної специфіки провідної недостатності симультанної структури

зумовить необхідність застосування відповідних методів і прийомів в процесі навчання і соціалізації дітей з аутизмом.

❖ **Лімбічна теорія** є поєднанням декількох наукових теорій (біологічних, нейропсихологічних і поведінкових), в яких підкреслюється зв'язок між лімбічною системою та аутизмом. Лімбічна ділянка мозку складає особливий інтерес для аутології, оскільки тісно пов'язана з соціально-емоційними функціями дитини. Кожна з п'яти основних структур лімбічної системи впливає на якість навчання і розвитку, оскільки саме ця система напрацьовує емоції (А. Сиротюк). Так, *таламус* працює як «розподільча ділянка» для всіх відчуттів, що поступають у мозок, передає рухові імпульси і бере участь в емоційних процесах та роботі пам'яті. *Гіпоталамус* відповідає за поведінку в екстремальних ситуаціях, прояви агресії, болю і задоволення. *Мигдалевидне тіло* координує реакції страху і неспокою, викликані внутрішніми сигналами. *Гіпокамп* використовує сенсорну інформацію для формування короткочасної і довготривалої пам'яті. *Базальний ганглій*, сприяє контролю за тонкою моторикою м'язів обличчя і очей, які відображають емоційні стани, координує мисленнєві процеси, що беруть участь у плануванні порядку і злагодженості наступних у часі дій.

Отже, саме лімбічна система дозволяє дитині встановлювати соціальні зв'язки, формувати складні емоції з соціальним компонентом (злість, сум, радість), а в подальшому розвивати такі тонкі почуття, як любов, альтруїзм, співпереживання, щастя. Таким чином, лімбічна система забезпечує поєднання сенсорних і моторних схем з емоціями, а також утворює пам'ять.

Нервові схеми, які при цьому утворюються в перші п'ять років життя дитини, вчені пов'язують з мозковими центрами (висковим, потиличним), які становлять матеріальну основу її індивідуального мислення, пам'яті, здібностей, поведінки. *Нервові схеми кожної дитини – специфічні й унікальні, що дозволяє говорити про необхідність розробки для кожної дитини індивідуальної програми навчання і розвитку.* Крім того, лімбічна система, забезпечуючи синтез моторно-сенсорних схем емоцій і пам'яті, сприяє формуванню уяви (К. Ханнафорд), яку А. Ейнштейн вважав важливішою за знання, оскільки «знання говорять про все, що є, а уява – про все, що буде».

Дослідженнями лімбічної системи виявлено, що при збереженій здатності до безпосереднього відтворення матеріалу (Bartak, 1975) в дітей з аутизмом знижена здатність до відстроченого відтворення інформації. (Boucher, Warrington, 1976). Ці дані мають якомога повніше використовуватися при створенні методичних розробок навчання і розвитку аутичних дітей. Пізнішими дослідженнями (Benneto, 1996; Mishew, 1997), підтверджено, що аутисти відчувають значні труднощі в

організації матеріалу і мають *особливості в стратегії запам'ятовування* (по типу синдрому регулятивної дисфункції), які потребують відповідного коригуючого впливу.

У роботі Vachevalier (1994) доводиться, що *ключову роль в ранніх аутичних проявах порушень соціальної поведінки* (пасивність, відсутність ініціативи у процесі взаємодії з іншими людьми, послаблення контакту очей, збіднення мимічної та тілесної експресії тощо) *відіграють саме розлади лімбічної системи*. Dawson показано (1998), що при аутизмі порушується як функція програмування (відстрочене реагування), так і функція лімбічної системи (сенсомоторні реакції, соціально-емоційні функції).

Таким чином, *точна природа нейропсихологічного порушення, яке викликає ослаблення соціальної поведінки при аутизмі, продовжує з'ясовуватися*. Цьому присвячені дослідження ролі медіальних відділів скроневої ділянки і лімбічної системи у виникненні аутизму. Разом з тим, вже на сьогодні одержані результати стають підґрунтям корекційно-превентивної і корекційно-розвивальної роботи з дітьми з РАС.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що в нейропсихологічних теоріях аутизм переважно розглядається як комплексне порушення розвитку, яке має генетичну природу, що виявляється у розладах нервової системи. Перед дослідниками, медиками і педагогами аутизм ставить питання про те, як порушення мозкової структури і функціональної організації може призводити до настільки різних, важко порівнювальних сполученнях симптомів і поведінкових особливостей.

Розглянуті теорії вказують на те, що кожне нейропсихологічне порушення може розглядатися в якості первинного. Тобто, кожне з них може пояснювати багато, якщо не всі, поведінкові прояви аутизму. Доводиться, що нейропсихологічне порушення має певну мозкову локалізацію.

Так, теорії центрального зв'язування і регуляторної дисфункції припускають наявність когнітивного порушення, яке охоплює всі рівні переробки інформації, або (як у випадку регуляторної дисфункції) порушення в основному механізмі управління переробкою інформації та планування дій. У разі застосування лімбічної теорії склалася протилежна ситуація: порушення соціальної поведінки при аутизмі пов'язуються з дисфункцією медіальних відділів скроневої ділянки та інших лімбічних структур (Pennington & Ozonoff, 1996; Robert M. Joseph, 2002, Robbins, 2006). При цьому, однак, лімбічною теорією не пропонується певного психологічного механізму, який би виконував роль посередника між мозком і поведінкою.

Вважається, що *майбутні дослідження, спрямовані на вивчення зв'язку між нейропсихологічним і поведінковим рівнями, будуть сприяти розмежуванню первинних і вторинних порушень в дітей з аутизмом.* Водночас це важливо і для віддиференціювання тих порушень, які є при різних затримках психічного розвитку, але при цьому не є специфічними саме для аутизму.

Причинні зв'язки між первинними нейропсихологічними порушеннями і основними симптомами аутизму можуть виявляти лонгітюдні дослідження (англ. Longitudinal study від longitude – довготривалий) навіть у випадках, коли мова йде про не чисельні популяції аутистів в одному закладі.

Вважається, що лонгітюдні дослідження, які стосуються раннього розвитку аутистів, особливо інформативні в силу двох причин. По-перше, можливість застосування відносно простих завдань полегшує виділення та вимірювання компонентів, що входять в нейропсихологічну функцію. Це дозволяє уникнути впливу порушень інших функцій на результати виконання діагностичних завдань. *По-друге,* за допомогою відстеження поведінкових особливостей протягом ранніх етапів розвитку можна встановити, які порушення носять первинний, а які вторинний характер. Наприклад, до зниження здатності до соціальної взаємодії призводить ослаблення функції програмування і контролю, чи навпаки, зниження орієнтованості на взаємодію з соціальним оточенням заважає розвитку функції програмування і контролю.

Водночас визнається, що *дані про множинні мозкові зміни при аутизмі не цілком укладаються в систему припущень про множинні мозкові зміни,* при інших аномаліях, пов'язаних з порушеннями розвитку нервової системи. Проте ними керуються більшість нейропсихологів, що займаються проблемами аутизму. Це є результатом традиційного нейропсихологічного підходу, де досліджуються наслідки уражень головного мозку, що нормально розвивався.

Однак, як все більш чітко доводять вчені, які досліджують порушення розвитку (наприклад, Pennington 1994; Bailey et al. 1996; Karmiloff-Smith 1997, 1998; Pennington et al. 1997), перенесення даних, отриманих на основі вивчення наслідків ураження мозку, що нормально розвивається, на мозок, розвиток якого виявився порушеним, є дуже проблематичним. Як припускає Karmiloff-Smith (1997, 1998), *розвиток мозку в умовах аномалії відрізняється від нормального розвитку як з точки зору динаміки активності того чи іншого гена (а значить, і з точки зору динаміки дозрівання мозкових структур), так і з точки зору того, як дії, що надходять ззовні, впливають на мозок, розвиток якого виявився порушеним.*

Д. Симптоматичний рівень пояснення аутизму – рівень симптомів і поведінкових особливостей

Отже, як показує аналіз експериментальних матеріалів, одержаних як закордонними, так і вітчизняними ученими на різних рівнях пояснення аутизму, основні симптоми (ознаки, прояви) аутичного спектра значно відрізняються один від одного. Водночас доведено, що в усіх людей, які страждають аутизмом, ці симптоми *проявляються у сфері соціально-емоційної взаємодії і взаємин*.

Розглянемо прояви і причини виникнення аутизму, а саме:

- прояви основних симптомів аутизму, об'єднавши їх у відповідні групи (у сфері вербального і невербального спілкування, інтересів, емоцій, соціальної поведінки тощо),
- причини (на рівні симптоматичного пояснення аутизму), механізми виникнення і класифікацію цього складного порушення розвитку.

Проте перш, ніж розглядати симптоматику аутичних розладів детально, зупинюсь на проблемі *необхідних і достатніх симптомів аутизму*.

Коли постає питання, які *основні поведінкові ознаки* визначають це порушення розвитку то, по суті, достатніми визнаються вже зазначені основні симптоми, наявність яких у дитини дає можливість поставити діагноз.

Однак аналізуються ще й *необов'язкові ознаки*, які в дитини можуть існувати, а можуть бути і відсутніми. *Стосовно основних ознак, то вони повинні бути достатні для постановки діагнозу і давати можливість відрізнити аутичне порушення від усіх інших*. Оскільки перші погляди Л. Каннер були засновані на результатах спостереження за обмеженою кількістю дітей, направлених в його клініку, природно, в його опис увійшло *багато необов'язкових і навіть не пов'язаних з аутизмом ознак* (наприклад, соціальне походження). Успіхи дослідження природи і причин аутизму, пов'язані з результатами численних клінічних даних, дозволили виключити ті симптоми, які, хоча і присутні в деяких дітей з аутизмом, але не є симптомами аутизму як такого.

Без такої постійної «чистки» спроби пояснити аутизм навряд чи були б успішними, оскільки дослідники витрачали б час, намагаючись дати пояснення випадковим і не специфічним для аутизму симптомам.

▪ Отже, в минулому випадкові ознаки відхилень у поведінці деколи розглядалися як найважливіші симптоми і навіть як причини аутизму, в результаті **чого дослідження йшли помилковим шляхом**. Як приклад, наводиться «гіпотеза надвибірковості», запропонована Lovas та ін. (1971), згідно з якою причиною аутизму визнавалася **надвибірковість уваги дитини**. Ця багатообіцяюча теорія похитнулася, коли було виявлено, що труднощі дитини при розподілі уваги між

різними аспектами навколишнього оточення і у взаємодії з іншими людьми зустрічаються при затримці психічного розвитку в цілому і *не є специфічними саме для аутизму*.

- Огляди епідеміологічних робіт змусили вчених також зробити висновок про те, що багато інших симптомів, які зустрічаються в поведінці аутистів, також є не специфічні для аутизму. Так, наприклад, L. Wing і J. Wing (1971) знайшли, що хоча більше 80% з обстежених аутистів віддавали перевагу проксимальним відчуттям (запахи, смаки, дотик), такі ж переваги були виявлені у 87% дітей з частковою втратою зору і слуху, у 47% пацієнтів з синдромом Дауна та у 28% дітей з типовим розвитком.

- Оскільки такі симптоми, як **труднощі навчання, стереотипії і відставання когнітивного розвитку** можна зустріти і в не аутичних дітей, вони також не можуть бути визнані первинними і достатніми причинами аутизму.

- Завдяки L. Kanner і G. Asperger аутизм і в той час, як і тепер, визначається на підставі поведінкових ознак. За L. Kanner, необхідними і визначальними симптомами аутизму є «аутична самотність» дитини і «нав'язливе прагнення до постійності» (L. Kanner і Eisenberg, 1956). Хоча перші каннерівські описи дуже красномовні, і сьогодні здається, що багато дітей з аутизмом в точності відповідають намальованій ним картині. Проте по мірі того, як про аутизм ставало відомо все більше і більше, діагностичні критерії зазнали змін. Як результат, започаткований опис Л. Каннера був згодом змінений, в міру того як з'ясовувалося, що **одне і те ж порушення може проявлятися по-**



різному. Так, незважаючи на те, що деякі аутичні діти дійсно уникають соціальної взаємодії, як це було в каннерівських пацієнтів, інші просто пасивні або навіть можуть проявляти активність в соціальній взаємодії, хоча і певним своєрідним чином (Wing H. Gould 1979). Було відмічено, що клінічна картина аутизму варіює як між різними людьми, так і в однієї і тієї ж людини, в залежності від інтелектуальних здібностей і віку. Оскільки прояви аутизму виявилися настільки різноманітні, **L. Wing (1988) ввела поняття «аутичний спектр», щоб зафіксувати ідею про те, що одне і те ж порушення може проявлятися різним чином.**

Тепер детальніше розглянемо прояви основних симптомів аутизму. Для цього об'єднаємо їх у групи:

1 група симптомів виявляється у сфері соціальної поведінки:

а) Особливості соціальної поведінки:

- приділяють менше уваги соціальним стимулам,
- складно зав'язують і підтримують дружні стосунки,
- часті акти насильства і прояви агресивної поведінки,

- недостатня соціальна научуваність,
- відхилення в харчовій поведінці,
- проблеми зі сном.

б) Особливості інтересів у сфері соціальної поведінки:

- надвибірковість уваги,
- захопленість певними темами,
- необхідність в одноманітності і стабільності режиму,
- неспроможність у практичному житті (захистити себе, знайти практичне адекватне застосування своїм ідеям).

2 група симптомів виявляється у сфері невербального спілкування:

- особливості сенсорних еквівалентів поведінки (реакції зорового, тактильного і слухового контакту);
- звичка не дивитися в очі;
- специфічні вирази обличчя;
- специфічні положення тіла;
- особливості рухової поведінки.

3 група симптомів виявляється в сфері комунікації:

- труднощі розуміння почуттів і емоцій інших людей;
- вади співпереживання;
- невміння розвинути дружні стосунки з дітьми такого ж віку;
- недоліки інтересу розділити задоволення, захоплення або досягнення з іншими;
- припинення розвитку вміння наслідувати комунікативні засоби спілкування (на відміну від нейротипової дитини, яка навчається, наслідуючи щось і когось);
- особливості ігрової діяльності як засобу комунікації.

4 група симптомів, які фахівець має чітко знати, об'єднує, по-перше, симптоми аутизму і особливості їхніх проявів в різні періоди вікового розвитку дитини. І, по-друге, – це так звані інші важливі симптоми аутизму, що вимагають їхнього врахування батьками і педагогами.

Охарактеризуємо детальніше особливості проявів різних груп симптомів аутизму у дітей.

❖ Перша група симптомів:

а) Особливості соціальної поведінки:

Порушення саме соціальних взаємодій відрізняють РАС від решти розладів розвитку. У переважній своїй більшості люди з аутизмом нездатні до повноцінного соціального спілкування і найчастіше не можуть, подібно звичайним людям, інтуїтивно відчутти стан іншої людини. Т. Грандін, відома жінка-аутист, нездатність аутистів вникнути в соціальні взаємодії нейротипіків (людей з нормальним нейророзвитком) описала (це відома метафора) як відчуття

«антрополога на Марсі».

- Соціальні порушення стають помітними вже в ранньому дитинстві. Немовлята з аутизмом **приділяють менше уваги соціальним стимулам**: рідше посміхаються, рідше дивляться на інших людей, рідше відгукуються на власне ім'я.

- У період навчання ходьбі дитина **ще помітніше відхиляється від соціальних норм**: зрідка дивиться в очі, не підтримує довготривалого контакту очей, не передбачає зміною пози спробу взяти її на руки, а свої бажання частіше висловлює, маніпулюючи рукою іншої людини.

- У віці від трьох до п'яти років такі діти **рідше демонструють здатність до розуміння соціальної обстановки**, не схильні спонтанно наближатися до інших людей, реагувати на прояв їхніх емоцій або імітувати чужу поведінку, брати участь в невербальному спілкуванні, діяти по черзі з іншими людьми. У той же час вони прив'язуються до тих, хто безпосередньо про них піклується. Доросліші діти з розладами аутичного спектра гірше справляються із завданнями на розпізнавання осіб і емоцій.

- Всупереч поширеному переконанню, діти-аутисти аж ніяк не прагнуть до самотності, до повної ізолюваності. Водночас їм **складно зав'язувати і підтримувати дружні стосунки**. Згідно з результатами деяких наукових досліджень почуття самотності у них пов'язане швидше з низькою якістю наявних стосунків, ніж з невеликим числом друзів.

- Не зважаючи на безліч розрізнених повідомлень про **акти насильства і прояви агресивної поведінки** з боку осіб з розладами аутичного спектра, систематичних досліджень на цю тему мало. Як наслідок, у відповідності з обмеженими даними аутизм в дітей асоційований в основному з агресією, знищенням майна та нападами гніву. За даними опитування батьків **серйозні напади гніву відзначалися в двох третин дітей з РАС**, а кожен третій проявляв агресію, причому напади гніву частіше виникали в дітей, що мали проблеми із засвоєнням мовлення. У шведському дослідженні 2008 року показано, що в когорті осіб старше 15 років, що вийшли з клініки з діагнозом РАС, вчинення насильницьких злочинів асоційоване з супутніми психопатологічними станами, такими як *психоз*.

- Тяжкі і часті спалахи гніву й агресії можуть бути викликані переважно тим, що дитина **не здатна повідомити про свої потреби**, або ж втручанням когось в її ритуали і звичайний розпорядок. Гіперактивність, дефіцит концентрації уваги і негативні прояви поведінки нерідко в дітей спостерігаються при виконанні завдань, саме нав'язаних дорослими. При цьому дитина може добре зосереджуватися на самостійно обраних вправах (напр., на вибудовуванні кубиків в ряд,

перегляді одного і того ж мультфільму знову і знову тощо).

▪ **Недостатня соціальна научуваність** є в більшості аутистів. Так, встановлено, що в дітей з найважчими формами аутизму цей показник становить: у 50% IQ <50, у 70% <70, і майже у 100% IQ <100. Незважаючи на те, що синдром Аспергера та інші РАС все частіше виявляються в дітей з нормальним інтелектом (в тому числі і вище середнього), ці більш легкі аутичні розлади також часто супроводжуються недостатністю соціальної научуваності: приблизно у чверті аутичних осіб з недостатньою научуваністю і близько 5% аутичних з нормальним IQ зустрічаються розлади поведінки, які часто маніфестують в підлітковому віці.

▪ Серед дітей з аутизмом приблизно в двох третинах випадків спостерігаються **відхилення в харчовій поведінці**, настільки помітні, що раніше ця ознака вважалася діагностичною. Найпоширенішою проблемою є вибірковість при обранні страв, однак також можуть відзначатися ритуали і відмова від їжі; при цьому не зазначається недоїдання. Хоча в деяких дітей-аутистів також можуть відзначатися симптоми порушення роботи шлунково-кишкового тракту, в наукових публікаціях немає впевнених доказів теорії, яка припускає підвищену частоту або особливий характер таких проблем в аутистів. Результати досліджень різняться і зв'язок проблем травлення з РАС залишається неясною.

▪ У дітей з порушеннями розвитку частіше виникають **проблеми зі сном**, і у випадку з аутизмом, за деякими даними, ці проблеми поширені ще більш; дітям-аутистам буває складніше заснути, вони можуть часто прокидатися серед ночі і рано вранці. За результатами досліджень, близько двох третин дітей-аутистів в своєму житті відчували проблеми зі сном.

б) Особливості інтересів дітей з РАС можуть включати:

▪ **Надвибірковість уваги**, її незвичну концентрацію на окремих деталях, окремих частинах предмета. Таким класичним прикладом цьому є фокусування уваги дітьми не на цілій іграшці, а на її деталях, наприклад, їх довготривало можуть цікавити лише коліщата на машинці, замість того, щоб гратися цілою іграшкою. Проте подібні ознаки деякими вченими не розглядаються як найважливіші для аутизму, оскільки надвибірковість уваги, труднощі розподілу уваги між різними аспектами навколишнього оточення зустрічаються також при затримці психічного розвитку в цілому і тому цей симптом не може бути специфічним саме для аутизму.

▪ **Захопленість певними темами**. Наприклад, діти можуть розважатися за допомогою лише відеоігор або номерних знаків на автомобілях.

▪ **Необхідність в одноманітності інтересів і стабільності**

режиму. Наприклад, дитина може вимагати перед тим, як з'їсти салат, *завжди* з'їсти хліб, наполягати, щоб *кожен день* її відвозили в школу одним і тим же маршрутом тощо.

▪ Окремими виразниками змін у ціннісній організації поведінкового досвіду дитини є такі характерні симптоми, як оригінальність понятійних асоціацій і повна *неспроможність у практичному житті* (зав'язати дружні стосунки, захистити себе, знайти практичне адекватне застосування своїм ідеям).

❖ **2 і 3 групи симптомів, що виявляються у сфері невербального і вербального спілкування.**

Ця симптоматика може включати:

▪ Набагато *пізніше становлення і розвиток мовлення* або взагалі його відсутність (припускається, що близько 40% людей, які страждають аутизмом, ніколи не зможуть говорити). Їм важко розпочати розмову, важко її продовжувати після того, як вона вже почалася.

▪ Спостерігається *стереотипне і повторне використання мовлення*: діти дуже часто знову і знову повторюють одну і ту ж раніше почуту фразу (ехолалія).

▪ Їм важко зрозуміти свого співрозмовника. Наприклад, аутист може не розуміти, що той, хто з ним розмовляє, використовує гумор, оскільки *розуміють спілкування дослівно і можуть не розуміти прихованого значення*.

▪ Порушення соціальної взаємодії пов'язують з *відсутністю здатності дитини до сприйняття інших людей* з їхніми власними уявленнями. Як наслідок, для дитини стає неможливим уявити собі наміри співрозмовника або сприймати його висловлювання як відображення його думок. Поведінка іншої людини стає осмисленою для дитини лише з точки зору її внутрішніх переживань. Якщо цього не має, то світ соціальних відносин стає для неї непередбачуваним і лякає її. Не дивно, що аутисти, часто захищаючись від нього, відходять від нього у фізичному або психологічному сенсі. Більшість дивацтв у комунікативній поведінці дитини-аутиста можна краще зрозуміти, якщо пам'ятати, що вона *не може «зчитувати внутрішні уявлення»*, так як це робить більшість людей. Уявлення про *«психічну сліпоту»* аутичних дітей також може допомогти їхнім батькам, які часто стикаються з абсолютно неймовірною мовленнєвою поведінкою своїх дітей.

▪ У комунікативній діяльності більшості дітей з аутизмом така складова функції програмування і контролю поведінки, як *«придушення підготовленої, але неадекватної відповіді»* є *недорозвиненою*. Як наслідок, діти не розуміють, яка відповідь більш

підходить в даній ситуації, особливо при зміні ситуації. Вони можуть чудово розуміти окремі слова, але не сприймають речення в цілому, що дозволяло б їм правильно інтерпретувати зміст почутого, зокрема, наприклад, двозначність слів-омографів. При сприйнятті слів-омографів діти користуються фрагментарною стратегією обробки інформації. Це призводить до того, що вони дуже погано уявляють собі, як правильно вимовляти ключові слова-омографи і як змінюється значення окремого слова-стимулу в залежності від контексту.

▪ За даними спеціальних досліджень, **базові показники володіння мовленням**, в тому числі словниковим запасом і правописом, у високофункціональних дітей-аутистів 8–15 років виявилися не гірші, ніж в контрольній групі, а в дорослих аутистів – навіть кращі.

▪ У той же час обидві вікові групи аутистів показали нижчі результати в складних завданнях, що вимагають **використання образного мовлення**, і за допомогою яких оцінюють здатність людини розуміти мовлення і робити узагальнюючі висновки. Оскільки перше враження про людину найчастіше складають за його базовими мовленнєвими здібностями, то результати відповідних досліджень дозволяють припустити, що люди при спілкуванні з аутистами схильні переоцінювати ступінь їхнього розуміння мовлення.

▪ Спеціальними дослідженнями встановлено, що у значній кількості дітей з РАС **формування монологічного мовлення відбувається раніше діалогічного**. Іншою особливістю у дітей, в яких сформоване усне мовлення, визначено велику кількість у висловлюванні «розумних» слів при невмінні користуватися стверджувальними і негативними частками «так» і «ні». Крім того, виявлено, що засвоєння значення займенника «він» відбувається у них раніше, ніж значення займенників «ти» і тим більше «я». Іноді зустрічається значно пришвидшене мовлення.

❖ 4 група симптомів:

а) Симптоми аутизму і особливості їхніх проявів в різні періоди вікового розвитку дитини:

Симптоми аутизму зазвичай першими помічають батьки або ті, хто доглядає дитину в перші три роки. І хоча аутизм в дитини є від народження (тобто, вроджений), ознаки порушень в період раннього дитинства дуже важко виявити і діагностувати.

Батьки правильно починають тривожитися і турбуватися, коли помічають, що:

▪ Вже **на першому році життя** можуть спостерігатися такі відхилення, як більш пізні виникнення белькотіння, незвична жестикуляція, слабка реакція на спроби спілкування, різнобій при обміні звуками з дорослим.

- **Одно-дворічна дитина** не любить, щоб її обіймали; здійснює циклічні рухи; не виявляє зацікавленості в певних іграх (наприклад, у грі в ку-ку); не починає говорити; може довгий час одноманітно розгойдуватися; часто здається, що дитина не чує, а іноді може здаватися, що вона чує віддалені фонові звуки, наприклад, гудок поїзда.

- Недостатній розвиток **«спільної уваги»** цієї здатності, яка, як вважається, є відмінною рисою немовлят з РАС. Так, при спробі вказати їм рукою на якийсь об'єкт вони дивляться на руку, і самі зрідка вказують на об'єкти, щоб поділитися переживанням з іншими людьми.

- Приблизно **після півтора років** іноді дитина, яка почала розвиватися, як і діти з типовим розвитком **втрачає набуті навички** (зокрема не починає формуватися особовий займенник Я). Втрачає здатність до наслідування як важливого компонента наукованості. Намагається всіляко уникати контакту очей при спілкуванні з близькими людьми, оскільки оточуючий світ своїми несподіванками починає мати для неї переважно травмуючий вплив. Слабшає інтерес до людей і розвивається неадекватна прихильність до неживих предметів. Спостерігається амбівалентність афекту (задоволення і страху одночасно) та необґрунтованість страхів тощо.

- **Раптовий початок в півтора-два роки** розгойдування, яке спеціалістами визначається як тривожний симптом. При цьому загалом особливо необхідно бути уважним до процесу розвитку моторики дитини: чи не має в ній циклічності – тобто, чи не любить вона розгойдуватися і безкінечно повторювати одні і ті ж рухи.

- **На другий і третій роки життя** в їхньому мовленні менше (у порівнянні з нейротиповою дитиною) приголосних звуків, менший словниковий запас, вони рідше комбінують слова, їх жести рідше супроводжуються словами. Вони зрідка звертаються з проханнями і діляться своїми переживаннями, схильні до ехолалії і реверсії займенників (наприклад, у відповідь на запитання: «Як тебе звати?») Дитина відповідає: «Тебе звать Діма», не замінюючи слово «тебе» на «мене»).

- **У шкільному і в підлітковому віці** симптоми аутизму також виявляються, хоча в цьому віці поведінка дитини часто змінюється. Більшість дітей здобуває нові навички, однак все ще запізнюються в умінні спілкуватися і розуміти оточуючих. Статеве дозрівання і розвиток статевої ідентифікації можуть стати особливо важкими саме для цієї категорії дітей. Підлітки схильні до підвищеного ризику при не знаходженні шляхів розв'язання проблем, пов'язаних з депресією і страху.

- **У дітей різного віку** останнім часом виокремлюються випадки, які розглядаються як **набутий аутизм**. Тобто, аутизм набутий

внаслідок, наприклад, стійкого не сприйняття медичного препарату, перенесеної емоційної чи іншої травми, несприятливої екології тощо.

- **Деякі дорослі**, які страждають аутизмом, можуть працювати і жити самостійно. Ступінь самостійності дорослої людини, яка страждає аутизмом, але може вести незалежний спосіб життя, співвідноситься з її розумовими здібностями й умінням спілкуватися. Принаймні 33% з них можуть досягти як мінімум часткової незалежності. Деякі дорослі потребують багато уваги, особливо дорослі з низькими інтелектуальними здібностями і ті, хто не говорить. З іншого боку, люди, які страждають аутизмом, але мають широкий діапазон функцій, які вони виконують самостійно, дуже часто домагаються успіху в своїх професіях і можуть жити самостійно, хоча в них і можуть виникати труднощі у взаєминах з оточуючими. У таких людей рівень інтелекту зазвичай середній або вище середнього.

- **Більшість людей різного віку**, які страждають аутизмом, мають симптоми схожі з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Проте необхідно враховувати, що ці симптоми, особливо проблеми з соціальними взаєностосунками, більш яскраво виражені в людей, які страждають аутизмом.

- На противагу поширеному міфу про дітей, які страждають аутизмом, **дуже мало, хто з них живе в повній ізоляції або «живе в своєму власному світі»**. Багаточисельними дослідженнями доведено, що при ранньому й інтенсивному лікуванні і психолого-педагогічному втручанні більшість дітей покращують свої здібності в стосунках з оточуючими і в спілкуванні.

б) Інші важливі симптоми аутизму, що вимагають їхнього врахування батьками і педагогами.

- Приблизно 10% людей з діагностованим аутизмом, **мають особливі здібності і схильні до їхнього удосконалення** в деяких специфічних галузях, наприклад, в запам'ятовуванні списків, вираховуванні календарних дат, малюванні, музиці тощо. Водночас відомо, що 20% штатних співробітників компанії Microsoft – це люди з діагностованим аутизмом; майже 50% штатних співробітників Силіконової долини мають цей самий діагноз. Але тільки від 0,5% до 10% осіб з РАС демонструють незвичайні здібності, які поширюються від вузьких окремих навичок (наприклад, запам'ятовування незначних фактів) до надзвичайно рідкісних талантів, що спостерігаються при синдромі саванта.

Савантизм (від фр. savant – «учений») – рідкісний стан, при якому особи з відхиленням в розвитку (в тому числі аутичного спектру) мають «острів геніальності» – видатні здібності в одній або декількох галузях знань, що контрастують із загальною обмеженістю особистості.

Найбільш відомим савантом є *Кім Пік*, прототип героя фільму «Людина дощу» (зіграний блискуче Дастіном Хоффманом, як вважають через те, що актор не є аутистом). *Джордж і Чарльз Фінн, брати-близнюки*, які володіли необмеженою числовою пам'яттю і могли моментально назвати, на який день тижня прийдеться будь-яка дата в межах 40 тис. років. При цьому коефіцієнт інтелекту їх дорівнював 60 балам і елементарні арифметичні операції були їм недоступні. Вважається, що їх здатність до обчислень пов'язана не з пам'яттю, а з підсвідомо виробленим алгоритмом календарних обчислень. Його основним механізмом є не оперування з числами, а безпосередня їхня візуалізація (самі брати пояснювали свої здібності до обчислень однією фразою: «Ми це бачимо »).

Ригідна фіксованість на одній темі характерна для аутичних дітей, в тому числі і для аутистів-савантів. Так, *Надія* була одержима зображенням коней. Проминувши етап зображення каракуль, вона з 3-річного віку почала створювати графічні малюнки коней з майстерністю обдарованого художника. Художниця-аутистка *Джесіка Парк* малювала тільки зоряне небо і природні аномалії, а скульптор *Алонзо Клемонс* створює тільки скульптури тварин – йому достатньо 20 хвилин перегляду передачі «У світі тварин», щоб з вражаючою точністю й елегантністю створити зліпки всіх побачених звірів. Шотландський художник-аутист *Річард Вуоро* спеціалізувався на пейзажах, виконаних пастеллю, які він створював по пам'яті, згадуючи коли-небудь бачені куточки природи, морське узбережжя, домівки і тварин.

Так, савантизм зустрічається серед аутистів, але батькам не потрібно надто багато часу витратити на те, щоб спеціально відшукувати ці здібності у своїх аутичних дітей.

- Разом з тим, неправильно припускати, що «звичайний» аутист не бачить, не чує і не розуміє. Проте типовим, зазвичай, є те, що він з *величезними труднощами визначає, що в даний момент є важливим, а що ні*. Він не вміє вчасно «відключити» не важливі шуми, не важливі деталі, а може сприймати їх як гуркіт, який його травмує. Тому аутист відчуває сумнів (або не знає), що для нього в цей момент є важливим – наприклад, гуркіт чи розмова. Але це не означає, що він не чує співрозмовника: навпаки – прекрасно чує.

- У більшості дітей, які страждають аутизмом, *надзвичайно чутливе і специфічне сприйняття*. Внаслідок цього вони не відгукуються на своє ім'я, не грають з іншими дітьми, лякаються шуму машин і пильних поглядів, не дають брати себе на руки і бояться будь-яких дотиків. Наприклад, вони можуть сприйняти легкий дотик як болісний, а сильне стискання – як щось заспокійливе; можуть взагалі не відчувати болю і водночас здригатися від дотику.

- Вважається неправильним думати, що всі аутисти емоційно

холодні, бездушні. Навпаки, є думка про те, що *вони занадто чутливі*. Вони не можуть співпереживати, тому що не можуть зрозуміти, кому саме співпереживати. Аутисти, наприклад, не знають, чи потрібно співпереживати розбитій чашці, зламаним дверям чи людині, яка плаче. Для них все це – єдиний світ.

▪ Сенсорні еквіваленти поведінки дітей з аутизмом часто *проявляються емоційною «черствістю»*. Так, в аутичної дитини при патологічному руйнуванні нервових структур, що забезпечують вегетативно-рухові компоненти емоційної поведінки, втрачається здатність зрозуміти емоційну поведінку оточуючих і здатність співпереживати та емоційно «заражатися». Цю особливість пояснюють сформульованою в наукових джерелах закономірністю про те, що дитина відображає із зовнішнього середовища лише ті структури поведінки, принципові аналоги яких вона вже вміє генерувати сама (Л. Виготський, С. Бернштейн).

▪ До важливих симптомів аутизму, що вимагають їхнього врахування батьками і педагогами, відносять *сенсорно-інтегративну дисфункцію*. Ця дисфункція може викликати значні проблеми в розвитку і в поведінці дитини як наслідок її нездатності правильно обробляти сенсорну стимуляцію, що надходить від зовнішнього світу. У багатьох дітей може бути декілька або і всі з вище описаних симптомів. Однак при встановленні діагнозу «сенсорно-інтегративна дисфункція» важливо, щоб фахівець оцінював не окремі симптоми поведінки дитини, а саму модель її поведінки, тобто оцінював поведінку загалом. У дитини з нейротиповим розвитком в реакціях зорового, тактильного і слухового контакту з матір'ю знаходять своє первісне предметне вираження емоційні стани дитини. *При відсутності в аутистів цих програм поведінки*, вироблених в тривалому еволюційному процесі, погляд матері, іншого дорослого, звуки голосу, наближення і дотик можуть викликати в нього лише оборонну реакцію, що виявляється в реакціях відсторонення та уникнення. Зокрема:

✓ *відгородженням від оточуючих*, настороженістю, підозрілістю і відмовою від співпраці з ними, байдужістю до однолітків і ігноруванням їх, нездатністю адаптуватися до життя в дитячій установі і т. п.;

✓ *реакціями залежності і підпорядкованості*, різкою сором'язливістю і невмінням захистити себе (та ж оборонна поведінка дитини, але пасивного типу);

✓ *підвищеною чутливістю до звуків, яскравого світла, швидких рухів і внаслідок цього – любов до різних затишних, затемнених куточків, до самотності*, що також є наслідком активації безумовних оборонних рефлексів;

✓ *у всіляких страхах*, коли незначні зміни звичного оточення можуть дати привід для бурхливих емоційних реакцій. Звідси «феномен

тотожності» або прагнення до підтримання незмінності оточення;

Дітям-аутистам з сенсорно-інтегративною дисфункцією важко обробляти інформацію, отриману в результаті відчуттів (дотику, руху, запахів, смаку, зору, слуху) і реагувати на неї належним чином. Малюки можуть бути надмірно чутливими до запахів; гіперчутливими до певних видів тканин (можуть носити лише той одяг, який м'який і приємний для них на дотик); надмірно чутливі до звуку (пилососу, газонокосарки, фена, сирени – все це може їх дратувати); в деяких з них виявляються особливі переваги в їжі і незвичні захоплення. Тобто, в таких дітей, зазвичай, кілька відчуттів недостатньо розвинені або ж навпаки – надмірно чутливі, загострені. Цікавим є сприйняття деяких осіб, яке, очевидно, включає як сприйняття окремих рис (частин) людини, так і всього її вигляду (цілісності) (Tanaka і Farah, 1993). Так, в умовах, коли їм фотографії знайомої людини пред'являються в перевернутому вигляді, аутисти відчувають менше труднощів при сприйнятті саме перевернутих облич, зображених на фотографії (Langdell, 1978; Hobson та ін 1988).

При цьому дорослим, які працюють з цією категорією дітей важливо пам'ятати, що **правильній переробці сенсорної інформації**, яка надходить з навколишнього світу, **дітям може перешкоджати, зокрема, те, що вони:**

- ✓ постійно перебувають в русі, або дуже легко стомляються, або часто переходять з одного стану в інший;
- ✓ відчувають дискомфорт, коли, наприклад, катаються на гойдалках, спускаються з гірки, по сходах або з інших похилих площин, вчаться їздити на ескалаторі, на дитячому велосипеді;
- ✓ мають нестійку рівновагу, неповороткі, легко спотикаються, у них погана рівновага;
- ✓ виявляють постійну незграбність дрібної моторики, внаслідок чого їм важко справлятися з маленькими предметами (наприклад, з гудзиками або кнопками);
- ✓ відмовляються від деяких продуктів через несприйняття їх на смак, на дотик, або при їхньому прожовуванні;
- ✓ важко заспокоюються після фізичних вправ або емоційного навантаження;
- ✓ не потребують різноманітності сенсорної інформації в іграх (наприклад, дитина може знову і знову грати з однією і тією ж іграшкою або в одну і ту ж гру, або ж дивитися одну і ту ж телепередачу чи відео).

▪ **Особливості рухової поведінки** дитини з аутизмом спричиняють її **соціально невпорядковані синергії** (енергія або сила, що створюється в процесі спільної роботи різних процесів), що послідовно з'являються в дитини. Так, палідарні (стійкі

сполучення одночасних рухів) і стріарні (обумовлені дефіцитом гальмівного впливу стріатума на рухові центри) проявляються в характерній для аутичних дітей *руховій поведінці*. Недостатність або *руйнування цих вроджених рухових програм* глибоко розлагоджує емоційні комунікативно-пізнавальні процеси.

▪ ***Особливості сенсо-моторної поведінки*** визначені у декількох дослідженнях, в яких відзначена асоціація аутизму з проблемами моторики. Прояви таких розладів включили: ослаблений тонус м'язів, погіршене планування рухів і ходьба навшпиньки, стереотипна циклічність рухів (наприклад, погойдування тіла, біг по колу, вертіння предмета або ляскання в долоні тощо), яка замінює повноцінну діяльність. При цьому не відзначається асоціація РАС з тяжкими руховими порушеннями. Разом з тим, встановлено, що у дітей з аутизмом виражені рухові відмінності частіше виявляються в:

✓ ***недостатній реактивності*** (наприклад, дитина натикається на предмети); на другому місці стоїть надлишкова реактивність (наприклад, плач від гучних звуків); потім – прагнення до сенсорної стимуляції (наприклад, до ритмічних рухів).

✓ ***своєрідній міміці*** (наприклад, обличчя принца), яка пояснюється швидше за все, як *результат випадіння неусвідомлюваних вегетативно-рухових реакцій*, які супроводжують безперервні потоки емоційних станів людини (і тим більше дитини);

✓ ***різноманітних рухових стереотипах*** (що нагадують гіперкінези), які проявляються в ритмічних повторюваннях рухів за механізмом зворотного тактильно-кінестетичного зв'язку (згинання та розгинання пальців рук, обертання кистями рук, бігання по колу, підстрибування, обертання навколо своєї осі та інш.), а також в моторних штампах (одноманітному довготривалому вертінні предметами і т. п.).

✓ ***невпорядкованих мовленнєво-рухових синергіях*** (тобто, взаємодіях). Хоча у деяких дітей достатньо розвинені гуління і белькіт (агукання), проте вони, як правило, не соціалізуються; звуконаслідувальні і звуковідтворювальні комплекси відсутні, діти стереотипно повторюють безглузді моторно-звукові комплекси, що іноді мають форму слів; химерно інтонують.

Водночас доводиться, що клітини мозкової кори аутичних дітей отримують (по системі проєкційних аферентних шляхів) комплекси подразників від рецепторів органів чуття. На такій основі в них формуються навички мовленнєвого праксису (Є. Вінарська). Проте ці психічні надбання дитини виявляються суб'єктивно мало впорядкованими і тому використовуються дитиною часто механічно. Крім того, не знаючи

повноцінного емоційного контакту з матір'ю та іншими дорослими, вона також не може наслідувати і знаки емоційного спілкування.

Заразом, як зазначають дослідники, характер симптомів при аутизмі змінюється у міру дорослішання дитини. У більшості з них спостерігається поступове поліпшення, хоча вони продовжують зазнавати численних проблем. У підлітковому віці деякі симптоми, що включають гіперактивність, самотравмуючу поведінку і поведінкову персеверацію, можуть навіть посилитися. У пізній підлітковий і дорослий період стереотипні рухи тіла, тривожність і неадекватні форми соціальної поведінки залишаються характерними навіть для осіб з аутизмом з високим рівнем функціонування. Такі особи переживають почуття самотності, соціальну відчуженість (ineptness), а також труднощі у професійній сфері. У них можуть розвиватися комплекси нав'язливих ритуальних дій (obsessive-compulsive rituals), характерні ідіосинкразії (тобто, хворобливі реакції на подразнення – зорові, смакові, нюхові), а їхнє мовлення може бути схожим на шизофренічне з характерними мовленнєвими персевераціями, монотонним голосом і схильністю розмовляти з самим собою (Newsom, 1998).

За результатами Lotter (1978) встановлено, що близько 1-2% осіб з аутизмом досягають нормального рівня розвитку інтелекту, не відрізняючись від звичайних людей. Приблизно в 10% випадків вдалося отримати позитивний результат, що означає, що вони демонструють рівень розвитку мовлення і соціальної поведінки, близький до нормального; роблять успіхи в навчанні або на роботі. Проте у них і надалі спостерігаються деякі розлади мовлення й відхилення в особистісному розвитку. Приблизно в 20% випадків досягається задовільний (fair) результат, при якому спостерігається певний прогрес у навчанні та соціальній сфері, попри значне відставання в мовленнєвому розвитку. Майже в 70% випадків, тобто в переважній більшості, результати незадовільні - спостерігається лише незначний прогрес на тлі істотного відставання в розвитку, внаслідок чого вони змушені перебувати під наглядом.

Встановлено, що коефіцієнт інтелекту і рівень мовленнєвого розвитку є найбільш надійними показниками для прогнозування наслідків аутизму. Для дітей, чий коефіцієнт інтелекту не перевищує 50 балів, найбільш імовірні найнижчі рівні соціальної адаптації в майбутньому, а для тих, хто має коефіцієнт інтелекту, що перевищує 50 балів, можливим є досягнення більш високого рівня соціальної адаптації. Діти, які починають говорити до п'ятирічного віку, також мають оптимістичніші перспективи в майбутньому.

Закінчуючи аналіз особливостей симптоматики у дітей з РАС, зазначимо, що у зв'язку з тим, що для них характерною є значна

проблема з власним «я», вони не розуміють його меж, не розуміють, як їх ідентифікують ті, хто їх любить. Але їх можна всьому навчити, навіть дорослих. Л. Аркус зняла фільм «Антон тут поруч» про юнака, з яким вона познайомилася, коли йому було 20 років і коли він не говорив, не вмів плакати і не посміхався. Через чотири роки після проведеної відповідної корекційно-розвивальної роботи він розмовляв, плакав, сміявся, ходив з батьком за водою, рубав дрова, готував суп. **Це все в аутистів є**, проте щоб цього досягти необхідно, зрозуміло, здійснювати спеціальну роботу, спрямовану на корекцію їхнього розвитку.

4.2. Причини, мозкові механізми і класифікації РАС

Як вже зазначалося, ефективність системи корекції розвитку дитини з аутизмом значною мірою залежить також від якості теоретичних знань фахівця чи майбутнього аутолога не тільки про симптоми, але й, що особливо важливо, про причини аутизму у дітей.

На сьогодні в аутології, по-перше, визнається, що у кожної дитини **перебіг дитячого аутизму та близьких до нього станів** може набувати індивідуального характеру:

- від регредієнтного (поступового покращення стану дитини)
- до хвилеподібного (з періодичними повтореннями аутичного загострення)
- і до прогрідієнтного (несприятливого типу перебігу) (Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels Jet al.,2007, А.П.Чуприков, 1998 та ін.).

Проте, як вже зазначалося, не залежно від стану аутичного розладу як основні діагностичні критерії аутизму виділяють **тріади поведінкових порушень**. Це:

- порушення в сфері соціальних відносин і соціального регулювання (труднощі у використанні різних форм невербальної поведінки – зорового контакту, міміки, пози і жесту);
- розлади в комунікативній сфері (стереотипність, відсутність або затримка експресивного мовлення і значні порушення імпресивного мовлення; не використання засобів невербального мовлення, відсутність потреби в колективній ігровій діяльності);
- обмеженість патернів поведінки, інтересів і видів занять (повторювальний репертуар поведінки – ритуальність, одноманітність, «зацикленість», обмеженість, постійність інтересу до певних предметів чи деталей).

Разом з тим, **центральною ознакою цього тріадного розладу визнається соціально-емоційне порушення. Зокрема:**

- глибоко аутична дитина в сфері соціоемоційної взаємодії взагалі не прагне до соціальної комунікації;

- з помірним ураженням – прагне до взаємодії лише заради кінцевої мети (бажаного предмета);
- з легкою формою аутизму – виявляє значні труднощі в розпізнанні потреб іншої людини.

Водночас доводиться необхідність спрямовувати діагностичну діяльність на знаходження причин цих відхилень в поведінці аутичної дитини. На протязі останніх десятиліть за кордоном і в нашій країні в галузі медицини, психології, нейропсихології здійснюються інтенсивні пошуки причин виникнення цих психофізичних і соціально-емоційних розладів у дітей.

❖ **Загальна думка вчених стосовно причин РАС**

Наразі загальноприйнятою є точка зору, згідно з якою аутизм є порушенням розвитку нейронних структур (neurodevelopmental disorder), що має біологічну основу і численні причини виникнення (Tritter, Srivastava & Walker, 1999). У дітей з аутизмом частіше, ніж у нейротипових дітей, спостерігаються медичні проблеми в період пренатального (внутрішньоутробного) розвитку, під час пологів і в післяпологовий період (Rodier & Hyman, 1998). Приблизно в 25% випадків появи аутизму передують передчасні пологи, кровотечі в період вагітності, токсемія (отруєння крові), вірусні інфекції або їх наслідки, а також низький післяпологовий тонус. Хоча перераховані проблеми, які виникають під час вагітності і пологів, не є першопричиною аутизму, вони стають загальними чинниками ризику в період ембріонального або неонатального розвитку (fetal or neonatal development) (Bolton et al., 1997; Piven et al., 1993).

Загалом на сьогодні причину аутизму вбачають в розладах діяльності нейронів. Це відбувається або **через генетичні порушення** розвитку дитини або, через різноманітні **ушкодження її мозку** в період вагітності матері, при пологах або в постнатальному періоді. У результаті зазначених причин в дитини **не формується/не розвивається емпатія**, тобто розуміння відносин, почуттів, психічних станів іншої особи в формі співпереживання. **Наслідком цього** і є розлади соціалізації, комунікації, поведінки та уяви. Тобто, виникають основні симптоми аутизму.

Розглянемо зазначені причини виникнення аутичних розладів детальніше.

❖ **Генетичні зміни як одна з фундаментальних причин аутичного розладу.**

На протязі довгого часу вважалося, що виникнення розладів аутичного спектра (характерної для аутизму тріади симптомів) викликається:

- певною загальною причиною, що діє на генетичному, когнітивному і нейрональному рівнях;
- проте в даний час все більшої сили набирає припущення про те, що аутизм, навпаки, є складним розладом, ключові аспекти якого породжуються різними причинами, які нерідко діють одночасно.
- доводиться, що розвиток аутизму значною мірою пов'язаний переважно з генами, хоча генетика аутизму на сьогодні є складною і неясною. Ця складність обумовлена багатосторонніми взаємодіями:
 - ✓ великої кількості генів,
 - ✓ зовнішнього середовища,
 - ✓ епігенетичних факторів.

Однак, не зважаючи на велику кількість проведених спеціальних досліджень, на сьогодні причини більшості мутацій генів, що підвищують ризик виникнення аутизму, поки що залишаються невідомими. У разі аутизму науковцям поки що не вдається простежити зв'язок аутичних розладів з менделівською мутацією (зачіпає одиничний ген) або з одиничною хромосомною аберацією як при синдромі Ангельмана (синдром щасливої маріонетки – happy puppet syndrome), що характеризується серйозними порушеннями координації рухів і мовлення, гіперактивністю, маленькою головою, збільшеними розмірами розрізу рота, нижньої щелепи тощо. Також не вдається простежити зв'язок аутичних розладів з синдромом Мартіна-Белла, головним симптомом якого є інтелектуальне недорозвинення, своєрідне мовлення, порушення поведінки у вигляді агресивності, рухової розгальмованості, підстрибування, поплескування руками, поворотами навколо своєї осі, струшуванням кистями рук, «манежним» бігом, різноманітними гримасами. Окрім того, відкриття порушення фрагмента Х-хромосоми (fragile-X anomaly) у 2-3% дітей з аутизмом дало підставу розглядати й інші хромосомні порушення як можливі причини аутизму (Lincoln, Courchesne, Mascarello, Yeung-Courchesne & Schreibman, 1996; Turk & Graham, 1997). Загалом доводиться, що ризик хромосомних порушень серед дітей з аутизмом на 5% вище, ніж серед решти дітей (Barton & Volkmar, 1998; Dykens & Volkmar, 1997).

Ряд генетичних синдромів на сьогодні вже асоційований з РАС, однак ні при одному з них симптоми не вкладаються в точності в типovu для таких розладів картину. Виявлено безліч генів-кандидатів, однак ефект кожного з них дуже малий. Передбачається, що причиною появи великого числа аутистів в здорових сім'ях можуть бути варіації числа копій – спонтанні делеції (втрата ділянки хромосоми) та дуплікації геномних ділянок при мейозі (вид ділення клітин).

✓ На думку фахівців, значна кількість випадків аутизму може бути пов'язана з **генетичними змінами, які у високому ступені успадковані**. Проте самі генетичні зміни можуть і не бути успадкованими, оскільки це можуть бути нові мутації, що викликали аутизм в дитини, але відсутні у батьків. Спостереження за сім'ями осіб з аутизмом показують, що від 3 до 7% братів і сестер, а також більш віддалених родичів осіб, які страждають на аутизм, також схильні до цього захворювання (Le Couteur et al., 1996). Таким чином, ймовірність того, що двоє членів однієї сім'ї виявляться особами з аутизмом в 50-100 разів перевищує суто випадкову ймовірність (Bolton et al., 1994). Дослідження аутизму близнят доводять, що ймовірність захворювання обох монозиготних близнят становить 60-90%, порівняно з практично нульовою ймовірністю для дизиготних близнят (Bailey et al., 1996).

На підставі всіх досліджень, проведених за участі близнюків і вивчення сімей осіб з аутизмом сформульовано висновок про те, що **схильність до аутизму передається у спадок в понад 90% випадків (Rutter, 2000)**.

■ Інша версія пояснення виникнення аутизму на сьогодні полягає в доведенні, що причини аутизму тісно пов'язані з генами, які **впливають на дозрівання синапсичних зв'язків головного мозку**. Проте і в цьому випадку зазначається, що генетика захворювання складна і в даний момент неясно, що більше впливає на виникнення РАС: взаємодія безлічі генів чи мутації генів, що виникають зрідка.

✓ У деяких випадках виявлена стійка асоціація РАС з **дією речовин, що викликають вроджені дефекти**. Проте і ці передбачувані причини також спірні, зокрема, як вже зазначалося, не отримали поки що будь-яких наукових доказів гіпотези, які пов'язують аутизм з **вакцинацією** дітей.

За даними сайту <http://www.autismspeaks.org>, на сьогодні аутизмом страждає кожна 88-а дитина в світі. Проте зазначається, що поки неясно, чи підвищилася реальна поширеність РАС.

Отже, на сьогодні причину аутизму убачають в порушеннях діяльності нейронів через генетичні порушення розвитку дитини. Водночас причину цього розладу вбачають також у **різноманітних ушкодженнях її мозку в період вагітності матері, при пологах або в постнатальному періоді**. Крім того, виявлено зв'язок низки патологій мозку з порушеннями, що виникають на найранішніх стадіях розвитку центральної нервової системи, приблизно після 10-го тижня початку вагітності (Gillberg, 1999; Minshew, Johnson & Luna, 2000).

Дослідження знімків мозку (brain imaging), спрямовані на пошук **структурних порушень і функціональних розладів і локальних**

уражень певних ділянок мозку (consistently localized brain lesions), виявили їхній зв'язок з симптомами аутизму (Kemper & bauman, 1993; Minshew & Dombrowsky, 1994; Rumsey & Ernst, 2000). Так, наприклад, мозочок, відносно великий відділ головного мозку, що розташований поблизу стовбура, пов'язується більшістю вчених з моторною руховою активністю (motor movement). Проте він також частково відповідає за такі функції, як мовлення, навчання, емоції, мислення й увага (Courchesne, Townsend & Chase, 1995). Було виявлено, що у більшості осіб з аутизмом окремі ділянки мозочка мають розміри значно менші, ніж це характерно для норми (Courchesne et al., 1995). Висловлювалися припущення, що патологіями мозочка можуть бути викликані проблеми, пов'язані зі швидким переключенням уваги з одного стимулу на інший, що характерно для дітей з аутизмом.

✓

Передбачається також, що з аутизмом пов'язані порушення, які виникають *в серединних скроневих долях і сполучених з ними структурах лімбічної системи*, до яких належать мигдалеподібне тіло (amygdala) і гіпокамп (hippocampus). Вважається, що ці відділи мозку відповідають за емоційну саморегуляцію, навчання і пам'ять — функції, які часто порушені в осіб з аутизмом. *Мигдалеподібне тіло* відіграє особливо важливу роль у визначенні емоційного значення стимулів і співвідношення соціальної поведінки з подальшим отриманням винагород (позитивних підкріплень). Крім цього, воно відіграє ключову роль в орієнтації на соціальні стимули; у сприйнятті стимулів, розташованих за напрямком погляду; а також, *разом із гіпокампом*, у функціонуванні довготривалої пам'яті. *Ураження означених ділянок мозку призводить до появи соціальної відчуженості, поведінкових персеверацій, проблем з адаптацією до нових стимулів і ситуацій, а також нездатності до навчання, пов'язаного з розпізнаванням небезпечних ситуацій*. Проте зазначається про необхідність бути вкрай обережними, узагальнюючи виявлені факти стосовно аутизму (generalizing from these findings directly to autism).

Одержані дані підтверджують *наявність серйозних порушень розвитку мозку при аутизмі, що породжують характерні симптоми, які виявляються при обробці інформації* (Gillberg, 1999). Ці порушення торкаються низки процесів нейронної організації мозку, включаючи розвиток дендритів і аксонів, формування синаптичних контактів, програмовану клітинну смерть (programmed cell death), а також виборче блокування нейронних процесів (selective elimination of neuronal processes) (G. Dawson, 1996, Minshew, 1996, Baron-Cohen et al., 1999).

✓ Встановлено, що у дітей з РАС зазвичай *спостерігається макроцефалія* (характеризується пропорційним збільшенням всього

мозку без головної водянки) *і макроенцефалія* (вроджений надмірно великий розмір головного мозку) – дві особливості, які проявляються до і під час постановки клінічного діагнозу (Casanova et al., 2006; Courchesne & Pierce, 2005). Незважаючи на суперечливість даних, щонайменше, одне довгострокове дослідження показало, що при народженні окружність голови у дітей з РАС значно менша, ніж у нейротипових дітей (Courchesne et al., 2003), однак до 6-14 місяців вона стає значно більшою (Courchesne et al., 2003). МРТ-дослідження, показали, що обсяг головного мозку в аутичних дітей більший, ніж у дітей з контрольної групи (Bartholomeusz et al., 2002; Piven et al., 1996) і найчастіше збільшується у них між 2 і 4,5 роками. Так, макроенцефалія, як показало спеціальне дослідження, відбувається переважно в лобних долях і в меншому ступені в потиличних. Однак інші дослідження показують, що збільшення обсягу більш властиве потиличним і тім'яним ділянкам (Filipek, 1996; Piven et al., 1996). Відхилення від нормальної траєкторії розвитку мозку (макроцефалія і макроенцефалія) передуює і пов'язане з появою клінічних симптомів, а специфічна картина зростання обсягу мозку відображає тяжкість РАС (Courchesne et al., 2003; Dawson et al., 2007; Dementieva et al., 2005).

Траєкторії зростання мозку у дітей з РАС сповільнюються після першого року життя, вирівнюються в юності і є типовими в порівнянні з нормальними показниками в зрілому віці (Redclay & Courchesne, 2005). Хоча розміри мозку аутичних пацієнтів в зрілому віці цілком порівнювані з показниками контрольної групи, внутрішня патологія залишається і показує, що функціональна зв'язність в різних ділянках ослаблена. МРТ-дослідження дозволяють виявити безліч відмінних нейроанатомічних особливостей, обумовлених аутизмом. Отже, *надмірне зростання певних ділянок мозку* є частиною патологічного процесу, який порушує розвиток нормальної структури і роботу мозку при аутизмі. Молекулярні механізми, що лежать в основі цих процесів, на даний момент ученим поки що не є зрозумілі.

Мозок у дітей з аутизмом в середньому важить більше звичайного і займає більший об'єм. Крім того, збільшена довжина окружності голови. Клітинні та молекулярні причини того, що відбувається на ранній стадії такого надлишкового зростання невідомі. Неясно також, чи викликає це надлишкове зростання нервових систем характерні ознаки аутизму. Нейроанатомічні і нейропатологічні дослідження дозволили виявити що причиною цього є непропорційне збільшення обсягу білої речовини в окремих областях ділянок мозку.

Загалом на сьогодні *в існуючих гіпотезах причин аутизму в дітей передбачається наявність:*

- надлишку нейронів, що веде до надлишку локальних зв'язків у

ключових ділянках мозку;

- порушення нейроміграції на ранній стадії розвитку;
- розбалансування збудливо-гальмівних нейромереж;
- порушення формування синапсів, наприклад, через збій в регулюванні синтезу синаптичних білків. Порушений синаптичний розвиток може також відігравати роль при епілепсії, що, можливо, пояснює перетин цих двох розладів.

✓ **Гетерохронність розвитку**, при якій різні частини мозку ростуть з різною швидкістю, є визначальною анатомічною особливістю, пов'язаною з РАС (Carper & Courchesne, 2005; Carper et al., 2002; Courchesne et al., 2001; Sparks et al., 2002). Топографічні зміни, викликані гетерохронністю розвитку, з великою ймовірністю призводять до змін цитоархітекτονіки, які дозволяють відрізнити конкретні неврологічні розлади при аутизмі. **Передбачається, що подальше відхилення від нормальної траєкторії розвитку мозку в майбутньому дітей може бути використане в якості засобу діагностики специфічних підвидів аутизму** (Courchesne et al., 2003). Крім того, магнітно-резонансна томографія і посмертні neuropathological дослідження (Sack et al., 1998) показують, що РАС характеризуються *динамічними структурними та функціональними аномаліями*, залежними від віку. Разом з тим, необхідно зазначити, що головним чинником, що визначає гетерогенність аутичної популяції, є наявність або відсутність розумової відсталості. На думку фахівців, більшість дітей з аутизмом є розумово відсталими, але насправді дуже часто у маленької аутичної дитини надзвичайно важко визначити ступінь розумового розвитку. Адже спираючись на загальноприйняті уявлення про інтелект і діагностику коефіцієнта інтелекту (IQ), не можливо точно оцінити розумовий розвиток багатьох дітей, які зрідка дивляться в очі, зрідка виконують вербальні інструкції і мало наслідують рухи, не користуються ні мовленням, ні іншою прийнятою комунікативною системою.

Саме розбіжності в результатах наукових досліджень, які зачіпають безліч факторів, на сьогодні унеможливають їхнє перехресне порівняння. Однак, незважаючи на отримані суперечливі дані, дослідники вважають, що виявлені ними характерні неврологічні розлади можуть пов'язуватися з основними симптомами РАС.

Доведено, що змінена поведінка може обумовлюватися багатьма патофізіологічними факторами, оскільки аутизм зачіпає багато ділянок мозку. Проте на відміну від багатьох інших розладів діяльності мозку, таких як, наприклад, хвороба Паркінсона, **аутизм не має чіткого єдиного механізму** як на молекулярному, так і на клітинному і системному рівнях. На сьогодні точно не відомо, що об'єднано під назвою «аутизм». Чи це

кілька розладів, при яких вплив мутацій генів сходиться на невеликій кількості загальних молекулярних ланцюжків. Або (як при порушенні інтелекту) – це велика група розладів з механізмами, що значно відрізняються один від одного. Водночас переважно визнається, що **аутизм є результатом впливу безлічі факторів**, що діють на стадії розвитку дитини, зачіпають багато або всі функціональні системи мозку і порушують сам процес розвитку мозку.

✓ Розробляється також **теорія системи дзеркальних нейронів** (СДН), згідно якої саме *недорозвинення цієї система в осіб з РАС спотворює процеси імітації та викликає характерну для аутизму соціальну дисфункцію і комунікативні проблеми*. СДН активується як при виконанні будь-якої дії, так і при спостереженні за тим, як виконує цю дію інша особа (Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi, Vittorio Gallese, I.Бауер, М. Якобоні та ін.). Ймовірно, частково завдяки СДН людина здатна розуміти інших людей, моделюючи їхню поведінку, дії, наміри та емоції. Кілька робіт, присвячених перевірці цієї гіпотези, продемонстрували структурні відхилення у СДН-областях в осіб з РАС, затримку активації базової імітаційної нейромережі у людей з синдромом Аспергера, і кореляцію зниженої активності СДН з тяжкістю синдрому при РАС у дітей. Однак в осіб з аутизмом порушена активація багатьох інших мереж, крім СДН, і водночас «СДН-теорія» не пояснює, чому деякі діти-аутисти адекватно виконують імітаційні завдання.

✓ Згідно **теорії центральної зв'язності**, при аутизмі може бути знижена функціональність нейрональних зв'язків і синхронізації. На користь цієї теорії говорять дані досліджень, що дозволяють припускати надлишок локальних зв'язків у корі і ослаблену функціональну зв'язність лобової долі з іншими областями кори. В інших роботах передбачається, що недолік зв'язності переважає усередині півкуль і аутизм є розладом асоціативної кори. У цьому зв'язку існують свідчення того, що при аутизмі, по-перше, порушена функціональна зв'язність «нецільової мережі» (default network) системи з'єднань, що бере участь в обробці емоцій та соціальної інформації. По-друге, однак, є дані про збережену функціональну зв'язність «цільової мережі» (англ. task-positive network), що відіграє роль в підтримці уваги і цілеспрямованого мислення.

✓ За допомогою **методики викликаних потенціалів** (МВП, англ. Event-related potential, ERP) у дітей-аутистів виявлено **сповільнені реакції мозку при обробці звукових сигналів**. Як наслідок, виявлені зміни активності, пов'язані з увагою, орієнтацією на звукові та візуальні стимули, труднощі виявлення нових об'єктів, утруднення при обробці мовленнєвих даних і при візуальній обробці осіб, а також при утриманні

інформації. У деяких дослідженнях встановлено перевагу несоціальних стимулів.

✓ Аналіз результатів спеціальних досліджень показує, що аутизм пов'язаний також з **аномаліями множинних кортикальних і субкортикальних структур мозку**. Лімбічна система, яка відповідає за емоції, пам'ять і мотивацію, незмінно піддається цьому негативному впливу. Результати декількох досліджень також говорять про зниження розмірів мигдалеподібного тіла і гіпокампу в аутичних пацієнтів. Це призводить до зниження або порушення функціональної зв'язності між віддаленими областями кори з тенденцією до локальної, ніж глобальної обробки інформації. Вади розвитку кори головного мозку, що спостерігаються при аутичних розладах, дозволили припустити, що причина вихідної патології, мабуть, криється в перебігу ембріонального або раннього післяпологового розвитку (Hevner, 2007).

✓ Дослідження **ділянок неокортексу**, що відповідають за мовлення, показали зниження щільності нейронів в області Верніке і кутовій звилині, а також збільшення щільності гліальних клітин в цих областях і в ділянці Брока в аутичних пацієнтів порівняно з представниками контрольної групи (Lopez-Hurtado & Prieto, 2008). Дослідники припускають, що структурні зміни в цих ділянках кори головного мозку, спричиняють виникнення в аутичних пацієнтів комунікативних розладів і обмежують їхні мовленнєві можливості, пов'язані з розумінням семантики і соціальної прагматики (Wetherby et al., 1998).

✓ Дослідження з використанням функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ) показали в аутичних пацієнтів **знижену активність веретеноподібної звивини**, яка відповідає за розпізнавання рис людського обличчя і міміки (Pierce et al., 2004). Крім того, внаслідок зниження активності цієї звивини в аутичних пацієнтів спостерігаються проблеми з розпізнаванням, сприйняттям і впізнаванням осіб (Grelotti et al., 2001; Joseph & Tanaka, 2003). (van Kooten et al., 2008).

✓ Передбачається, що порушення загальної і тонкої моторики, які також часто спостерігаються у пацієнтів з аутизмом, можуть бути **пов'язані з патологічними змінами в базальних гангліях і мозочку** (Bailey et al., 1998; Sears et al., 1999). Було відмічено позитивне співвідношення між обсягом хвостатого ядра і частотою подібних симптомів при аутизмі (Hollander et al., 2005). Результати дослідження мозочка, що включають зниження кількості ГАМК-ергічних клітин Пуркінє говорять про зміну гальмування клітин мозочка, що може надавати прямий вплив на мозочкові і кортикальні відправлення і призвести до змін у моториці і сприйнятті (Arin et al., 1991).

✓ В аутичних пацієнтів також помічені **зменшення обсягу передньої частини поясної звивини і зниження активності мозку при**

позитронно-емісійній томографії (ПЕТ) (Haznedar et al., 1997). Хвостате ядро відповідає за навчання, короткочасну і довгострокову пам'ять, планування і вирішення завдань. Тому передбачається, що спостереження змін хвостатого ядра в аутичних дітей зможе допомогти пояснити когнітивні розлади, властиві аутизму (Fuh & Wang, 1995; Poldrack et al., 1999; Schmidtke et al., 2002). Доводиться, що когнітивні розлади швидше за все пов'язані з порушеннями в системі пам'яті і лімбічної системи. Аналіз виявленого діапазону когнітивних розладів при аутизмі показує, що невербальний IQ пацієнтів зазвичай вище вербального, а також що рівень сприйняття при виконанні інтелектуальних тестів в осіб з РАС зазвичай низький (Siegel et al., 1996).

Отже, дослідники в галузі медицини припускають, що аномалії, які спостерігаються в мозку аутичних пацієнтів, є тривалою нейропатологією, яка продовжує змінюватися до самої зрілості людини. Разом з тим, припускається, що цей процес може мати передпологове походження.

Результати нейроанатомічних досліджень змушують вчених на сьогодні припускати, що у частини дітей з аутизмом механізм порушення розвитку мозку запускається незабаром після зачаття. Потім локалізована аномалія піддається значному впливу факторів зовнішнього середовища.

Визначені типові порушення обробки інформації, пов'язані з обмеженістю мережі нейронів, лежать в основі визначальних типів поведінки при РАС. Отримані факти дозволяють ученим припускати, що ***аутизм – це розлад, пов'язаний з нейронною обробкою інформації*** (Gustafsson, 1997; Nappé et al., 2001; Herbert, 2005). Те, як конкретно ці нейробіологічні розлади впливають на поведінковий фенотип при РАС, все ще вивчається.

Отже, при аутизмі відзначені зміни в багатьох ділянках мозку, хоча як саме розвиваються ці зміни – вивчено недостатньо. На сьогодні вважається, що, хоча при ранньому поведінковому і когнітивному втручанні, дитині можна допомогти в отриманні навичок самодопомоги, соціальних взаємодій і спілкування, все ще невідомі медичні методи, здатні повністю вилікувати від аутизму через зміни в ділянках її мозку. Як наслідок, небагатьом дітям вдається перейти до самостійного життя після досягнення повноліття, однак деякі домагаються успіху, більше того, виникла своєрідна культура аутичних людей.

Симптоми аутизму виникають також внаслідок змін в різних системах мозку, що відбуваються під час його розвитку. Встановлено, що, хоча аутизм зачіпає багато ділянок мозку, проте ***не має чіткого єдиного мозкового механізму як на молекулярному, так і на клітинному, і системному рівнях.*** На сьогодні поки що невідомо, що об'єднано під назвою аутизм – кілька розладів чи (як при порушенні

інтелекту) – це велика група розладів з механізмами, що сильно різняться. Судячи з усього, **аутизм є результатом впливу безлічі факторів, що діють на стадії розвитку і зачіпають багато або всі функціональні системи мозку і порушують сам процес розвитку мозку.**

Нейроанатомічні дослідження змушують учених припускати, що *частиною механізму є порушення розвитку мозку незабаром після зачаття.* Потім, судячи з усього, локалізована аномалія призводить до каскаду патологічних взаємодій, схильних до значного впливу факторів зовнішнього середовища.

Надлишок нейронів призводить до: надлишку локальних зв'язків у ключових ділянках мозку; до порушення нейроміграції на ранній стадії розвитку; до розбалансування збудливо-гальмівних нейромереж; порушень формування синапсів. Залишається також неясним і спірним взаємозв'язок РАС з імунними порушеннями. На сьогодні неясно і те, чи підвищений рівень серотоніну, який виявляється у дітей з аутизмом, призводить у них до якихось структурних або поведінкових змін.

Значне число свідчень, отриманих за допомогою запису викликаних потенціалів при обстеженні аутистів, говорить про **зміни активності**, пов'язаної з увагою, орієнтацією на звукові та візуальні стимули, виявленням нових об'єктів, обробкою мовленнєвих даних і візуальною обробкою осіб, а також утриманням інформації.

✓ **Розробляються й інші теорії**, сенс яких полягає в асоціації особливостей поведінки дітей з аутизмом з діяльністю їхнього мозку. Це **теорія «емпатії-систематизації»**, головна ідея якої полягає у визнанні дефіциту соціального пізнання в аутистів. Прихильники цієї теорії стверджують, що при аутизмі існує схильність до гіперсистематизації, в результаті якої людина створює свої, власні правила уявної взаємодії з подіями, що відбуваються. Але при цьому вона збіднена в емпатії, яка вимагає вміння взаємодіяти з подіями, викликаними іншими особами.

Інші теорії основну увагу приділяють обробці мозком більш загальної інформації, що не носить соціального характеру. Розглядаючи аутизм з точки зору **дисфункції виконавчої системи**, ці теорії припускають, що характерна поведінка аутистів заснована на дефіциті робочої пам'яті, недостатньому плануванні, стримуванні та неповної працездатності інших виконавчих функцій.

Стосовно теорій обох категорій, то варто зауважити, що вони окремо взяті визнаються досить слабкими. Так, теорії першої категорії, які засновані на соціальному пізнанні, не дають чіткого і ясного пояснення причин акцентованої і повторювальної поведінки аутиста. А теорії загального плану, що відносяться до другої категорії, не дають розуміння походження соціальних і комунікативних труднощів в дітей з аутизмом.

На сьогодні вважається, що найімовірніше, *майбутнє за розробками комбінованих теорій, здатних об'єднати і зв'язати в єдине ціле всі дані про численні відхилення в розвитку аутистів.*

На підставі аналізу результатів відповідних нейропсихологічних досліджень, зокрема англійських і американських учених (F. Appe, 2005, Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels Jet al., 2007, Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M, 2004 та ін.), вважається, що **причиною визначеної тріади поведінкових розладів в дітей з аутизмом можуть скласти інші, ніж зазначені вище, порушення і які значно частіше зустрічаються в дітей з аутизмом.** До цієї тріади відносять не сформованість/недорозвинення функцій: *а) програмування і контролю соціальної взаємодії; б) сприйняття емоцій; в) репрезентації внутрішніх уявлень.* Саме ця тріада поведінкових розладів стає об'єктом діагностико-розвивальної діяльності сучасних аутологів.

✓ ***Точка зору на проблему визначення причин аутизму людей, які самі страждають від цього порушення.***

Так, Д. Вільямс, зокрема, робить спробу визначити аутизм, базуючись саме на його причинах, а не на симптомах. Вона вважає, що існує кілька типів аутизму, ***кожен з яких викликаний різними причинами***, а інколи в людини спостерігається відразу кілька типів цього стану. На підставі трьох визнаних характеристик аутизму (порушення соціальної взаємодії, комунікації і дивної поведінки), вона виділяє ***кілька специфічних для аутизму причин***, які призводять до порушень у цих трьох сферах. Д. Вільямс групує їх у три основні типи проблем:

- ***Проблеми контролю***, що належать до здатності значимо реагувати на світ і на самого себе: не контрольованість своїх дій; одержимість чим-небудь; відчуття сильного занепокоєння, страху.
- ***Проблеми толерантності /терпеливості***, що належать до здатності витримати світ і себе: сенсорна гіперсензитивність; емоційна гіперсензитивність;
- ***Проблеми зв'язку***, що належать до здатності усвідомлювати світ і себе: проблеми уваги; проблеми сприйняття; проблеми інтеграції систем; проблеми інтеграції лівої-правої півкуль.

Різні люди з аутизмом при спільності симптомів у трьох основних сферах, можуть мати різні причини, що викликають ці однакові симптоми (Д. Вільямс, Williams, 1996).

За останні 50 років причини аутизму піддавалися численним систематичним дослідженням в галузі генетики, нейробіохімії, нейропсихології та ін. Проте проблема причин виникнення аутизму,

особливо у дітей раннього віку, потребує свого подальшого кропіткого дослідження.

❖ **Порушення нейропсихологічних систем як фундаментальна причина розладів аутичного спектру.**

У *нейропсихологічній науці і практиці* існують теорії, сенс яких полягає в асоціації особливостей поведінки дітей з аутизмом з діяльністю їхнього мозку. Такі теорії розділяють на дві категорії.

✓ **До першої категорії** відносять теорію «емпатії-систематизації», головна ідея якої полягає у визнанні дефіциту соціального пізнання в аутистів. Прихильники цієї теорії стверджують, що при аутизмі існує схильність до гіперсистематизації, в результаті якої людина створює свої, власні правила уявної взаємодії з подіями, що відбуваються. Але при цьому вона збіднена в емпатії, яка вимагає вміння взаємодіяти з подіями, викликаними іншими особами.

У першій категорії, існує також теорія «надмаскулинного мозку», сенс якої полягає в більшій психометричній здатності до «систематизації» мозку чоловіка, а мозку жінки до – «емпатії». З приводу цієї теорії ведуться суперечки, оскільки численні дослідження вказують на відсутність будь-яких відмінностей в реакції на оточуючих людей і об'єкти в хлопчиків і дівчаток з цим діагнозом.

Зазначені теорії мають відношення до більш ранньої теорії, яка ґрунтується на понятті «theory of mind» (ТоМ), яка припускає, що аутичний розлад – це нездатність аутиста накладати ментальні стани на себе й інших. На підтримку цієї теорії особливо говорять результати класичного Sally-Anne test, в якому в аутистів зафіксовані серйозні відхилення в здібностях, що оцінюють мотивації інших людей.

✓ **Теорії другої категорії** основну увагу приділяють обробці мозком більш загальної інформації, що не носить соціального характеру. Ці теорії припускають, що характерна поведінка аутистів заснована на дефіциті робочої пам'яті, недостатньому плануванні, стримуванні та неповній працездатності інших виконавчих функцій. Сильною стороною цих теорій називають можливість передбачати стереотипну поведінку і вузькість інтересів в аутистів. Однак в змісті цих теорій відзначають дві слабкі ланки: утруднений вимір виконавчих функцій і відсутність при цих вимірах стійких дефіцитів (недостатності) функцій в аутичних дітей раннього віку.

✓ Стосовно теорій обох категорій, то варто зауважити, що вони окремо взяті визнаються досить слабкими. Так, теорії першої категорії, які засновані на соціальному пізнанні, не дають чіткого і ясного пояснення причин акцентованої і повторювальної поведінки аутиста. А теорії загального плану, що відносяться до другої категорії, не дають розуміння походження соціальних і комунікативних труднощів в дітей з

аутизмом. На сьогодні вважається, що найімовірніше, *майбутнє за розробками комбінованих теорій, здатних об'єднати і зв'язати в єдине ціле всі дані про численні відхилення в розвитку аутистів.*

✓ З урахуванням зазначеного і на підставі аналізу результатів відповідних нейропсихологічних досліджень, зокрема англійських і американських учених (*F. Appe, 2005, Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels Jet al., 2007, Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M, 2004 та ін.*), встановлено, що *причиною визначеної тріади поведінкових розладів в дітей з аутизмом можуть скласти інші, ніж зазначені вище, порушення і які значно частіше зустрічаються в дітей з аутизмом.* До цієї тріади відносять не сформованість/недорозвинення функцій: *а) програмування і контролю соціальної взаємодії; б) сприйняття емоцій; в) репрезентації внутрішніх уявлень.* Саме ця тріада поведінкових розладів може стати об'єктом діагностично-розвивальної діяльності аутолога.

Віддаючи належне позитивним результатам застосування психолого-педагогічних підходів, для вирішення проблеми діагностики і корекції соціоемоційного розвитку дітей в центрі уваги перебувають *декілька нейропсихологічних теорій пояснення аутизму.* Саме нейропсихологічні теорії дають змогу визначити те чи інше порушення в якості ключового при аутизмі.

Найбільш розробленими і затребуваними на сьогодні є декілька нейропсихологічних теорій, які пояснюють причини поведінкових особливостей при аутизмі.

Теорія регулятивної дисфункції розглядає аутизм як прояв первинного порушення здатності дитини програмувати і контролювати соціоемоційну поведінку. *Теорією ослаблення центрального зв'язування* стверджується, що когнітивна (в тому числі й перцептивна) обробка інформації аутистом відбувається частинами, а не цілісно. Це зумовлює чимало їхніх як поведінкових особливостей, так і особливостей когнітивних і соціально-емоційних стратегій. Плюсом даної теорії вважається можливість пояснення наявності особливих талантів в аутистів і появи у них піків працездатності. *Лімбічною теорією* доводиться каузальний зв'язок лімбічної ділянки мозку з соціоемоційними функціями дітей.

Згідно зазначеного визначено *групи розладів нейропсихологічних систем* в дітей з аутизмом. Коротко розкриємо сутність і значення кожної групи (*повний виклад матеріалу див. ¹*).

¹ Тарасун В.В. Аутологія. Монографія. – К.: "МП Леся", 2014, стор .280-327.

І група розладів стосується недостатньої сформованості функції програмування і контролю. Ця функція включає такі психічні операції: планування, оперативну пам'ять; обробку інформації, що зберігається в короткочасній пам'яті; переключення з одного ряду уявлень на інший; гальмування певних реакцій. Доведено, що достатній рівень сформованості функції програмування і контролю сприяє підвищенню рівня можливості дитини брати участь в соціальній взаємодії, яка від неї потребує оперативної оцінки і вибору необхідних реакцій у відповідь на інформацію, що постійно змінюється.

У цьому зв'язку важливим є висновок нейропсихологічних досліджень (Wimmer і Perner, 1983, Baron-Gohen, 1985) про те, що саме порушення функції програмування і контролю є причиною розладів розуміння дитиною з аутизмом переживання іншої людини і пояснення собі поведінки інших, виходячи з оцінки їхнього душевного стану. Серйозні відхилення в соціоемоційній сфері при аутизмі, з цієї точки зору, виникають внаслідок окремого порушення і мають парціальний характер у вигляді зниження здібності до соціального пізнання. У відповідності до цього низька здібність аутиста розуміти переживання інших людей є відображенням більш широкого порушення процесів програмування і контролю, що проникає в усі сфери життя дитини і може лежати в основі вираженої соціальної дезадаптації, характерної для аутизму.

II-а група розладів характеризує особливості сформованості функцій послідовного і цілісного опрацювання інформації (згідно теорії ослаблення центрального зв'язування). За результатами аутологічних досліджень встановлено, що для дітей з аутизмом характерною є достатня сформованість різних рівнів послідовного (і не сформованість цілісного) опрацювання інформації. У цьому зв'язку вивчення причин недорозвинення послідовно-цілісної переробки інформації в дітей з аутизмом сприятиме визначенню в них достатньо зрілих функцій, а також виявленню недорозвинених і порушених функцій. У кінцевому результаті, впровадження такого підходу сприятиме не тільки дослідженню причин недорозвинення соціоемоційної сфери дитини з аутизмом, але й подальшому визначенню шляхів запобігання виникнення в неї значних труднощів в оволодінні різними видами діяльності.

III-я група розладів характеризує особливості дефіцитарності відтворення (репрезентації) функції внутрішніх уявлень дитини з аутизмом від побаченого, почутого, відчутого (згідно лімбічної теорії і теорії ослаблення центрального зв'язування). Лімбічна теорія є поєднанням кількох теорій (біологічних, нейропсихологічних і поведінкових), в яких підкреслюється особливий зв'язок між лімбічною системою та аутизмом (А. Сиротюк, 2004). У нейропсихологічних

дослідженнях лімбічній ділянці мозку надається особливий інтерес, бо вона тісно пов'язана із соціально-емоційними функціями людини.

Саме лімбічна система дозволяє дитині встановлювати соціальні зв'язки, формувати складні емоції з соціальним компонентом (злість, сум, радість), розуміти їх, а в подальшому розрізняти такі тонкі почуття, як любов, альтруїзм, співпереживання, щастя. Водночас лімбічна система забезпечує поєднання сенсорних і моторних схем з емоціями. Крім того, лімбічна система, забезпечуючи синтез моторно-сенсорних схем емоцій і пам'яті, сприяє формуванню уяви, яку А. Ейнштейн вважав важливішою за знання, оскільки «знання говорять про все, що є, а уява – про все, що буде».

Дослідженнями причин розладів лімбічної системи в дітей з аутизмом доводиться, що *ключову роль в ранніх аутичних проявах порушень соціально-емоційної поведінки* (пасивність, відсутність ініціативи у процесі взаємодії з іншими людьми, послаблення контакту очей, збіднення мімічної та тілесної експресії тощо) відіграють саме розлади лімбічної системи.

❖ **Соціальні умови як одна з фундаментальних причин аутичного розладу**

✓ На вирішення проблеми знаходження причин труднощів формування соціалізації у дітей з аутизмом нині спрямовані зусилля зарубіжних і вітчизняних спеціалістів, які використовують широкий комплекс методів – медичних, соціально-педагогічних, нейропсихологічних і психологічних. Однак ці зусилля, спрямовані як на діагностику, так і корекцію розвитку аутизму, часто залишаються недостатньо ефективними. Це зумовлено (за науковими даними) ***відсутністю єдиної теоретичної позиції спеціалістів***, різноманітністю підходів, теоретичних установок, що використовуються *при визначенні соціальних умов як однієї з фундаментальних причин аутичного розладу.*

✓ Недостатньо критичними є запозичення вітчизняними спеціалістами технологій і методів діагностики і розвитку когнітивної і соціально-емоційної сфер, розроблених за кордоном. Так, для психологічних і психотерапевтичних моделей, розвинутих на Заході, характерним є розподіл роботи з інтелектуальною і поведінковою сферами дитини (біхевіоральні і біхевіорально-когнітивні напрями) та з її емоційно-особистісною сферою. Тенденція подібного, на нашу думку, недостатньо правомірного розподілу спостерігається і у вітчизняній практиці, коли ***завдання корекції когнітивної сфери аутичної дитини відокремлюються від корекції її емоційно- соціальної, мотиваційної та особистісної сфер*** і навпаки.

✓ На сьогодні є недостатньо даних про зовнішні фактори, що можуть бути причиною аутизму, а ті, що визначені, не підтверджені надійними джерелами, хоча в цьому напрямку ведеться активний пошук. Про можливий внесок факторів зовнішнього середовища в розвиток аутизму або в його обтяження робилося достатньо висловлювань. **Серед таких факторів** визначені: певні продукти харчування, інфекційні захворювання, важкі метали, розчинники, вихлопи дизельних двигунів, фталати і феноли, що використовуються у виробництві пластиків, пестициди, бромінування вогнезахисних матеріалів, алкоголь, куріння, наркотики, пренатальний стрес, надмірна загальна напруга.

■ Час проведення стандартної вакцинації дитини може співпасти з моментом, коли батьки вперше помічають в неї аутичні симптоми. **Занепокоєння з приводу ролі вакцин** призвело в деяких країнах до зниження рівня імунізації населення, що підвищило ризик спалахів захворюваності на кір. При цьому в переважному числі наукових досліджень не знайдено зв'язку між MMR-вакциною (захищає дитину від кору, свинки і краснухи) та аутизмом. Не надано і переконливих наукових доказів впливу тімеросалу (ртутовмісний консервант), який додається у вакцини, на ризик розвитку аутизму. Проте Американська академія педіатрії та Служба громадської охорони здоров'я ще в 1999 року ставила за мету якомога швидше видалити вакцинний консервант тімеросалу з вакцин, що рекомендовані для дітей [джерело: <http://www.vaccinesafety.edu/AAFP-AAP-ACIP-thimerosal.htm>].

✓ Протягом останніх десятиліть більшість дослідників, вивчаючи соціальні умови як одну з фундаментальних причин аутичного розладу, фокусували свою **увагу на факторах, які є відносно найближчими причинами цього розладу** (певні продукти харчування, вакцинації і т.п.) Проте окремі вчені ставлять під значний сумнів акцент на індивідуальних факторах і стверджують, що для досягнення максимального ефекту визначення причин необхідно **приділяти більшу увагу основним соціальним умовам** (В. Link, J. Phelan S.). Таке твердження пояснюється двома підставами:

■ Вважають, що потрібно **контекстуалізувати індивідуальні чинники**, визначаючи, якому «ризикую ризиків» піддавалася і піддаватиметься дитина. Підкреслюється, що такі соціальні фактори, як **соціально-економічний статус родини і низька соціальна підтримка**, є, ймовірно, фундаментальними причинами виникнення РАС, оскільки вони уособлюють доступ до важливих ресурсів і впливають на безліч фіналів порушення.

Доводиться, що без належної уваги до таких можливостей, виникає ризик використання лише вузької стратегії психолого-педагогічного втручання. Таке втручання може виявитися неефективним через втрату

можливості застосування більш широких соціальних стратегій, які могли б принести істотну користь дитині та її сім'ї. Сучасна ж аутологія фокусує суспільну і професійну увагу переважно на визначенні і корекції найближчих, особистісних факторів ризику, не приділяючи, на думку багатьох вчених, достатньої уваги соціальним умовам як причині аутичного розладу. Це, однак, не означає, що роль соціальних факторів в етіології аутизму ігнорується.

Доведено, що негативний вплив на здоров'я і низьку якість соціалізації дітей з аутизмом мають:

- зміни соціально-економічних умов у суспільстві;
- сімейна дезадаптація та збільшення кількості сімей, що перебувають у критичному стані;
- погіршення соматичного та репродуктивного здоров'я;
- психосоціальна дезадаптація;
- значний рівень захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД;
- відсутність знань про здоровий спосіб життя;
- прояви ризикованих форм поведінки серед молоді;
- розуміння важливості ролі соціальних та психологічних факторів у процесі становлення та відновлення здоров'я дитини з аутизмом.
- низький соціально-економічний та освітній рівень,
- безробіття, убогість, негативні соціальні зміни, моральна розбещеність, нехтування духовними цінностями та традиціями;

Встановлено, що більшість факторів, що лежать в основі формування несвідомого ставлення до свого здоров'я та майбутнього життя, зумовлені такими соціальними причинами, як:

- низька санітарна освіченість,
- зростання серед молоді захворювань зі статевим шляхом передачі (ранній початок статевих стосунків, значний відсоток випадкових статевих стосунків, наявність декількох статевих партнерів, незнання основ профілактики).

✓ У публікаціях дослідників особливо обговорюється **проблема соціальної дезадаптації жінок із соціально значущими інфекціями**. Більшість з них – маргінальні елементи, які виявляють відверту байдужість не тільки до свого здоров'я, але й до благополучного закінчення вагітності та стану здоров'я майбутньої дитини. Діагностично значущими соціальними та психологічними факторами ризику, виявленими при дослідженні, фігурують: неповна родина – 69,2 %, наявність шкідливих звичок – 52,7 %, відсутність пренатального спостереження – 52,3%, невпорядковані статеві стосунки – 7,6%, обтяжений репродуктивний анамнез (початок статевих стосунків до 18 років – 36,3 %, штучні аборти – 40,9 %), низький освітній рівень – 56 %, неадекватний психологічний стиль сприйняття вагітності (тривожний – 10

%, ігноруючий стиль – 48,2 %, знехтувальний – 7,7 %) (Т. Шувалова., А. Туманян, В. Юдакова). Доводиться, що особливості стану здоров'я дітей, виявлені у ході цих досліджень, є підставою для **віднесення їх до групи ризику дітей раннього віку**.

✓ Проблеми ризикованої поведінки, захворювання репродуктивної системи та психосоціальна дезадаптація дітей з аутизмом у більшості випадків походять із підліткового віку. Діяльність центрів/відділень/кабінетів медико-соціальної допомоги підліткам та молоді, спрямована на створення такої форми роботи, яка дозволить підліткам **отримувати комплексну (консультативну, медичну, психологічну, соціальну) допомогу за максимально спрощеною схемою**. Програма КДМ (KDE Display Manager) надає медико-соціальні послуги на засадах дружнього підходу до молоді, рекомендованого ВООЗ, Дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ, основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та не осудливий підхід до відвідувача. Провідними напрямками діяльності КДМ є **профілактика як причин, так і наслідків ризикованої поведінки**, в тому числі щодо соціально значущих захворювань, збереження репродуктивного здоров'я та підготовка до усвідомленого батьківства й створення майбутньої сім'ї, формування здорового способу життя та відповідального стилю поведінки в статевих та міжособистісних стосунках, профілактика ПСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом), у тому числі ВІЛ/СНІД.

✓ Американські дослідники вказують також **на прямий зв'язок між аутизмом і поширенням комп'ютерів**. Так, симптоми порушення міжособистісного спілкування, які спостерігаються у захоплених роботою програмістів і «хакерів» збігаються з ознаками аутизму.

✓ Окрім того, як одну з причин зростання чисельності дітей з аутизмом фахівці називають **успіхи в медицині**. З цього приводу вони заявляють, що ті діти, які раніше гинули, зараз залишаються живими, і з ними доводиться і необхідно працювати. Це, звичайно, з одного боку, чудово, з іншого – значно утруднює здійснення процесу аутологічного втручання.

З урахуванням усього зазначеного концепція інтегрованого підходу до надання медичної допомоги, рекомендована ВООЗ, передбачає **пріоритетність, в першу чергу, профілактичних заходів**.

❖ Класифікації розладів аутичного спектру⁵

Класифікація РАС ще чекає свого повного визначення. Разом з тим, зусиллями вчених розроблені психолого-педагогічні і медичні

⁵ Повний виклад класифікацій аутизму див. в Модулі ІІІ (диференційна діагностика) цього підручника.

класифікації аутизму. Зупинимося на короткій характеристиці деяких з них.

А. Медико-психологічна класифікація РАС (за DSM-1У)⁶

Аутизм входить в групу первазивних розладів розвитку (pervasive developmental disorders, PDD, загальний розлад розвитку), для яких характерні значні відхилення в соціальних взаємодіях і комунікації, вузькість інтересів і явно повторювальна поведінка. До аутизму за ознаками і можливими причинами найближчими є: синдром Аспергера, синдром Ретта і дитячий дезінтегративний розлад. Вони мають деякі спільні ознаки з аутизмом, однак їхні причини – різні.

➤ **За DSM-1У** основні клінічні варіанти РАС включають:

1. **Класичний аутизм (аутизм Каннера) (F84.0)**. Це розлад загального психічного розвитку, яке проявляється в дітей у віці до 3 років без попереднього періоду нормального розвитку і характеризується грубим порушенням соціальної взаємодії, спілкування і обмеженою, стереотипною поведінкою.

2. **Атиповий аутизм (F84.1)**, тобто, неспецифічне первазивне порушення розвитку. Діагностують у дітей з глибокою розумовою і мовленнєвою відсталістю. У них спостерігаються прояви специфічного відхилення поведінки, але недостатні для однозначної постановки діагнозу аутизм; атиповий дитячий психоз, наприклад, з манією і гіперактивністю.

3. **Синдром Ретта (F84.2)**. За відносно нормальним періодом пренатального і раннього розвитку, що складає перші 6-12 місяців життя, у дітей починають виявлятися специфічні ознаки розладу: серйозні погіршення в розвитку сприйняття і мовлення на тлі значної психомоторної відсталості; уповільнення збільшення голови в період між 5-м і 48-м місяцями; розвиток стереотипних рухів, що нагадують рукостискання або умивання.

4. **Дитячий дезінтегративний розлад (F84.3)**. Діагноз ґрунтується на факті достовірно нормального розвитку дитини, принаймні, до 2 років, потім відбуваються глибокий регрес або розпад мовлення, ігрової діяльності, соціальних навичок і адаптивної поведінки. Діти втрачають значну частину раніше надбаних навичок до 10 літнього віку.

5. **Гіперактивний розлад (F84.4)**, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами. Цей розлад включено в групу порушень загального психічного розвитку внаслідок того, що у

⁶ Більш повну характеристику основних клінічних варіантів РАС див. в Модулі III цього підручника.

дітей з важкою розумовою відсталістю і вираженою гіперкінетичною симптоматикою часто спостерігається стереотипна поведінка.

6. **Синдром Аспергера (F84.5)** характеризується дефіцитом соціальної взаємодії, а також нетиповими інтересами і патернами поведінки на фоні нормального розвитку когнітивних і комунікативних навичок. Самостійність розладу на сьогодні викликає дискусію.

7. **Синдром Туретта** – генетично зумовлений розлад ц.н.с. Найчастіше при аутизмі відзначається повний набір критеріїв синдрому дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ) і синдрому Туретта – нервово-психічного розладу. Він характеризується руховими і голосовими судомами, наприклад, покашлюванням, вимовлянням фраз, морганням). Ця обставина дозволяє фахівцям все частіше визнавати **коморбідність аутизму**, тобто наявність додаткової клінічної картини до вже існуючого поточного розладу (або який може з'явитися самостійно).

8. **Регресивний аутизм.** Постановка діагнозу «аутизм» здійснюється не через зупинку розвитку, а внаслідок поступової втрати дитиною мовленнєвих і соціальних навичок, зазвичай у віці між 15 і 30 місяцями. Поки що немає єдиної думки щодо цієї особливості, хоча, можливо, регресивний аутизм є специфічним підтипом розладу.

8. **Набутий (психогенний) аутизм.** У деяких дослідженнях відстоюється думка про так званий набутий аутизм, внаслідок перенесеного дитиною раннього віку важкого соматичного захворювання.

Складність встановлення і уточнення діагнозу у дітей з РАС пов'язана з: не реагуванням на пред'явлене діагностичне завдання; з не правильним розумінням змісту інструкції; відсутністю потреби у взаємодії і мотивації до виконання завдань; віком дитини з РАС – аутисти більш старшого віку успішніше справляються із завданнями; не ефективністю використання загальноприйнятих методик для оцінки експресивного мовлення; недостатньою теоретичною і практичною підготовкою фахівців до діагностики РАС.

В. Диференційована психолого-педагогічна діагностика і прогнозування (за Мамайчук І.І. та інш., див. табл. II.1)

Таблиця II.1.

Особливості розвитку	Група 1	Група 2	Група 3	Група 4

Спілкування	Практично є відсутнім (відвертають погляд від співрозмовника).	Обмежене, особливо в незвичних умовах (випадково зустрівши погляд когось, різко відвертаються, викрикують, закривають обличчя руками).	При обмеженій потребі спостерігається виражене вибіркоче спілкування переважно з дорослими (погляд спрямований „крізь людину”).	Не виявляють ініціативи під час спілкування (здатні дивитися в обличчя співрозмовнику, але контакт має уривчастий характер, погляд спрямований у бік).
Афективної дезадаптації	Самоагресія як прояв аутичного захисту. Неадекватні марення, страхи.	Афективні порушення підсилюються під час зміни оточуючого середовища. Страхи, обумовлені підвищеною гіперчутливістю (страх сторонніх, малопомітних, зайвих шумів, запахів, яскравих блискучих предметів).	Реакцією на невдачу може бути негативізм. Можлива агресія, яка найчастіше проявляється в постійних вербальн. монологів (про пожежі, крадіжки, вбивства), в одност. малюнках. Підвищена зацікавленість до предметів (до електророзетки, сірників і т.п.).	Під час контакту з оточуючими помітна підвищена вразливість. Реакцією на невдачу є ізолюваність від оточуючих. Спостерігаються страхи.
Психічної регуляції	Переважно «польова» поведінка (не звертає увагу на предмети, рухається у невизначеному напрямі, не уважно зачіпає речі, часто не дивлячись на них).	Активність вибіркоче; прихильність до постійності. Спостерігається «польова» поведінка, особливо в незвичних умовах.	Поведінка більш цілеспрямована. майже не зосереджена на відчуттях власного тіла або на окремих зовнішніх враженнях. Мало цілеспрямованих маніпуляцій з предметами.	Поведінка загалом цілеспрямована. При напруженій ситуації можуть спостерігатися моторні стереотипії, переживання, зниження концентрації уваги.

<p style="text-align: center;">Моторного розвитку</p>	<p>Під час мимовільних рухів можуть спостерігатися високо-координовані, пластичні рухи, (приклад, ходіння по тоненькій дощечці, стрибки зі складним чергуванням ніг, точні рухи руки при спробі зловити предмет).</p>	<p>Рухи мало координовані, але більш пластичні, порівняно з дітьми першої групи. Спостерігається напруження м'язового тону, недорозвинення тонкої моторики.</p>	<p>Моторна незграбність, порушення м'язового тону, слабка координація рухів тулуба, рук, ніг, тяжка хода.</p>	<p>Виражені порушення у розвитку моторних функцій не спостерігаються. Найвні труднощі в засвоєнні моторних навичок. Рухи відрізняються уповільненістю, незграбністю</p>
<p style="text-align: center;">Когнітивних процесів</p>	<p>Когнітивні особливості проявляються через активні форми аутостимуляції (розгойдування, стрибки, лазіння). Під час обстеження предметів використовують дотикові, вестибуляторні і смакові відчуття.</p>	<p>Символічні ігри, які відрізняються вираженими стереотипами (може годинами гратися з мотузкою, паличками). Можливий високий рівень розвитку механічної зорової і слухової пам'яті. Гіперчутливе сприймання (може помітити невелику крапку, почути слабкий звук).</p>	<p>На ефективність сприймання суттєвий вплив чинить афективна установка. Сприймання вибіркове. Високий рівень розвитку пам'яті, особливо на афективно значущі події.</p>	<p>Ефективність сприймання в значній мірі залежить від емоційного стану дитини. В незнайомій ситуації, а також в ситуації, яка потребує максимального спілкування, ефективність когнітивних процесів знижується.</p>

Інтелектуального розвитку	Різде зниження інтелекту. Можливі перцептивні узагальнення, засвоєння глобального читання в старшому віці.	Можливі узагальнення предметів, але переважно за афективними ознаками. Найбільш успішне виконання невербальних завдань.	Нерівномірний темп інтелект. діяльності. Збережені узагальнення, міркування за суттєвими ознаками; мотивація відповідей утруднена. Обмежені інтелект. інтереси одноманітні захоплення, стереотипні відтворення окремих вражень).	Прояви окремих здібностей, як правило, пов'язані з невербальною сферою (музикою, конструюванням, малюванням). Нормальний рівень розвитку спілкування, суджень, висновків. У надзвичайних ситуаціях можливі стереотипії мисленневих операцій, афективне забарвлення.
Мовленнєвого розвитку	Мовленнєвий мутизм. Не відразу розуміє звернене мовлення, однак під час зміни інтонації, сили голосу (наприклад, пошепки) може виконати просту інструкцію. У старшому віці спостерігаються ехолалії.	Може користуватися мовленням під час афективно значущих ситуацій. Набір мовленнєвих штампів жорстко пов'язаний із ситуацією. Ехолалії, телеграфний стиль мовлення. Підвищена увага до афективної сторони мовлення, до віршованого мовлення. Здібності до словотворення.	Високий розвиток словникового запасу при слабкому розвитку комунікативної сторони мовлення. В надзвичайній ситуації можливі мовленнєві штампи.	В цілому рівень мовленнєвого розвитку в межах вікової норми. Під час мовленнєвого спілкування можливі аграматизми.

Прогноз	Потребують постійної опіки з боку дорослих в умовах спеціального закладу або сім'ї.	Можливе навчання в домашніх умовах за індивідуальною програмою. Оволодіння елементарною лічбою, читанням. Потребують постійної опіки. Можливе оволодіння елементарними трудовими навичками.	Можливе навчання в домашніх умовах або в корекційних класах за спеціальною програмою. Можливе самостійне проживання під наглядом родичів або опікуна. Можливе оволодіння трудовими навичками.	Прогноз сприятливий. Можливе навчання за масовою програмою в загальноосвітній школі.
----------------	---	---	---	--

Висновки

❖ *Аутизм входить в групу первазивних розладів розвитку (pervasive developmental disorders, PDD), для яких характерні значні відхилення в соціальних взаємодіях і комунікації, а також вузькість інтересів і явно повторювальна поведінка. З п'яти первазивних розладів до аутизму за ознаками і можливими причинами найближчими є: синдром Аспергера, синдром Ретта і дитячий дезінтегративний розлад, які мають спільні ознаки з аутизмом, однак їхні причини – різні.*

❖ *Термінологія, пов'язана з аутизмом, ускладнює розуміння явища. Це пов'язано з тим, що аутизм, синдром Аспергера і PDD-NOS (Pervasive developmental disorder not otherwise specified) є первазивними порушеннями розвитку, які **часто об'єднують в поняття «захворювання аутичного спектру», іноді – в поняття «аутичні розлади», а сам аутизм часто іменують «аутичним розладом» або «дитячим аутизмом».** В клінічній практиці вираз «аутизм», «розлади аутичного спектра» та PDD часто використовуються як взаємозамінні. **Своєю чергою розлади аутичного спектру включені в розширений аутичний фенотип (broader autism phenotype, BAP),** що описує також осіб з аутичними рисами поведінки, наприклад, таких, що уникають зорового контакту.*

❖ *Індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр: від осіб з тяжкими порушеннями – немовленнєвих і розумово неповносправних, котрі проводять весь час в погойдуванні, невпинно махаючи руками, до соціально активних аутистів, розлад яких проявляється в дивацтвах при спілкуванні, у вузькості інтересів та багатослівності, педантичності мовлення.*

❖ **Діагностичні критерії аутизму** (за DSM-1У на підставі виявлених симптомів) включають:

A. Розлади соціального функціонування. Необхідна наявність двох із чотирьох ознак:

1. Порушення невербальної комунікації (труднощі погляду в очі, особливості виразу обличчя і особливості жестикуляції).
2. Відсутність соціальної інтеракції з однолітками.
3. Відсутність ініціативи для того, щоб поділитися враженнями, інтересами чи досягненнями.
4. Труднощі у вираженні почуттів та соціальної взаємності.

B. Порушення вербальної і невербальної комунікації (потрібна одна ознака):

1. Затримка в розвитку або повна відсутність розмовного мовлення;
2. Труднощі в прояві ініціативи або підтримуванні розмови; повторюване використання зворотів мовлення - ехолалії;
3. Відсутність рольових ігор та соціальної імітації.

C. Обмеження кола інтересів і повторювана стереотипна поведінка (потрібна одна ознака):

1. Надмірна зайнятість одним видом діяльності (складання, перегляд фільму);
2. Пристрасть до не функціональних рутиностей або церемоній;
3. Повторювальні рухи рук або інших частин тіла;
4. Підвищена зацікавленість в сенсорних відчуттях і в частинах предметів.

▪ Іноді **РАС** підрозділяють на **низько-, середньо-і високофункціональний аутизм**, використовуючи для цього шкалу IQ або оцінюючи рівень підтримки, якого потребує людина в повсякденному житті. Проте для цього типування не вироблено стандарту і навколо нього ведуться суперечки.

▪ Аутизм також можна підрозділити на **синдромальний і несиндромальний**. У першому випадку причина розладу асоціюється з важкою або крайньою розумовою відсталістю або вродженим синдромом з фізичними симптомами, наприклад, туберозним склерозом. Хоча в когнітивних тестах в людей з синдромом Аспергера показники вищі, ніж в аутистів, **реальна ступінь перетину** цих двох діагнозів з близькими за проявами (високофункціональний аутизм, несиндромальний аутизм) діагнозами – **неясна**.

▪ У деяких дослідженнях повідомляється про постановку діагнозу «аутизм» не через зупинку розвитку, а **внаслідок втрати дитиною мовленнєвих чи соціальних навичок**, які зазвичай визначають **у віці між 15 і 30 місяцями**. Поки що немає єдиної думки щодо цієї особливості, хоча, можливо, **регресивний аутизм є специфічним підтипом розладу**. Висловлені також пропозиції щодо класифікації аутизму з використанням

як поведінкових показників, так і генетичних. При цьому передбачається відвести назву «аутизм 1 типу» для рідкісних випадків, при яких тестування підтверджує мутацію гена CNTNAP2. Крім того, в деяких дослідженнях відстоюється думка про так званій **набутий аутизм**, внаслідок перенесеного дитиною раннього віку важкого соматичного захворювання.

▪ Не зважаючи на те, що діагностична таблиця DSM-IV (у переліку DSM-IV є приблизно 400 психічних розладів) **не дозволяє ставити діагноз аутизму в сукупності з низкою інших станів**, найчастіше при аутизмі відзначається повний набір критеріїв СДУГ і синдрому Туретта (нервово-психічного розладу, що характеризується руховими і голосовими судорогами, наприклад, покашлюванням, вимовлянням фраз, морганням). Ця обставина дозволяє фахівцям все частіше визнавати **коморбідність аутизму**, тобто наявність додаткової клінічної картини до вже існуючого поточного розладу (або який може з'явитися самостійно). При цьому визнається, що картина додаткового розладу завжди відрізняється від розладу синдрому аутизму.

▪ При встановленні діагнозу «аутизм» науковцями **відзначені зміни в багатьох ділянках мозку, але як саме ці зміни розвиваються – поки що незрозуміло**. Не зважаючи на здійснення великих досліджень, визнається, що до повного розуміння цього процесу ще далеко. Водночас, незважаючи на те, що при ранньому поведінковому і когнітивному втручанні дитині можна допомогти в отриманні навичок самодопомоги, соціальних взаємодій і спілкування, **в даний момент невідомі методи, здатні повністю зцілити дитину від аутизму**.

Симптоми РАС не завжди проявляються фізіологічно, але **спостереження за поведінкою і реакціями дитини дозволяє розпізнати це порушення**, що розвивається. Медики визнають, що причини аутизму не виявлені до кінця. Проте на сьогодні у них є чітке переконання в тому, що лише медикаментозне втручання не забезпечить формування в такої дитини вміння співпрацювати з іншими людьми, правильно спілкуватися, розуміти емоційний стан іншої людини, співпереживати.

Отже, основними рівнями сучасної пояснювальної моделі РАС є:

- **Етіологічний** – рівень вивчення причин і умов виникнення РАС.
- **Нейробіологічний** (нейрональний) – рівень мозкових структур і процесів.
- **Нейропсихологічний** – рівень зв'язків між структурами мозку і психічними та поведінковими функціями, які вони опосередковують, з урахуванням результатів, одержаних в нейробіологічних дослідженнях.

- **Симптоматичний** – рівень констатації певних особливостей або симптомів, на підставі яких безпосередньо будуються практичні висновки.

Завдання і запитання

1. Чому аутизм входить в групу первазивних розладів розвитку (*pervasive developmental disorders, PDD*)?
2. Які первазивні порушення розвитку часто об'єднують в поняття «розлади аутичного спектра»?
3. Що таке коморбідність аутизму?
4. Які індивідуальні прояви охоплює широкий спектр розладів аутизму?
5. Схарактеризуйте діагностичні критерії аутизму (за *DSM-IV*, на підставі виявлених симптомів).
6. На які типи іноді підрозділяють РАС, використовуючи для цього шкалу IQ?
7. У сукупності з якою низкою інших станів найчастіше відзначається аутизм?
8. Коротко визначте причини РАС (тріади поведінкових порушень).
9. Сформулюйте сутність нейропсихологічного рівня пояснення аутизму (теорія регулятивної дисфункції і ослаблення центрального зв'язування, лімбічна теорія).
10. Означте генетичні зміни як фундаментальну причину аутичного розладу
11. Соціальні умови як фундаментальна причина аутичного розладу.
12. Схарактеризуйте медичну класифікацію РАС.
13. Схарактеризуйте психолого-педагогічну класифікацію РАС.

Література

1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Сост. Л.М. Шипицына.— С-Пб.: Дидактика плюс, 2001.
2. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма.— М.: Просвещение, 1991.
3. Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом /За наук. ред. Бондаря В.І., Тарасун В.В. Том 1-2: Навчальний посібник. К., Інститут спеціальної педагогіки, 2006. – 278
4. Шульженко Д.І. Аутизм – не вирок. – Львів: Кальварія, 2010. – 224 с.
5. Abrahams V.S., Geschwind D.H. Advances to autism genetics: on the threshold of a new neurobiology («Аванси генетики аутизму: на порозі нового в нейробіології») *National Rev. Genet.* 2008. 9. P. 341–355.
6. Geschwind DH (2008). «Autism: many genes, common pathways?» («Аутизм: багато генів, спільні шляхи?»). *Cell* 135 (3): 391–405
7. Dawson G., Estes A., Munson J., et al. Quantitative assessment of autism symptom-related traits in probands and parents: Broader phenotype autism (Кількісна оцінка симптомів аутизму у пробандів та їх батьків).

М О Д У Л Ь ІІІ

ДІАГНОСТИКА ВІДХИЛЕНЬ У ПСИХОФІЗИЧНОМУ І СОЦІОЕМОЦІЙНОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РАС

У змісті цього модуля *висвітлені*:

- мета і завдання аутологічної діагностики;
- особливості створення аутологом робочого образу дитини; прийняття ним початкового рішення стосовно стану її розвитку;
- основні методи збору інформації:
 - ✓ інтерв'ювання батьків (загальні навички, спеціальні техніки, типові стадії і форми);
 - ✓ спостереження за дитиною (аналіз психічного статусу (MSE), поведінкова оцінка);
 - ✓ психологічне тестування (основні критерії, особливості застосування);
 - ✓ новітні техніки для ранньої діагностики РАС у дітей;
- тестові процедури обстеження стану особистісного розвитку дитини:
 - ✓ міжособистісного компонента соціально-емоційної сфери;
 - ✓ внутрішньоособистісного компонента соціально-емоційної сфери.

Тема 5. Стадії аутологічного обстеження дітей з РАС

5.1. Загальні підходи до діагностики стану психофізичного розвитку дитини з РАС

Мета діагностики – визначити і схарактеризувати стан сформованості психофізичної і соціально-емоційної сфер дітей з РАС. Означити психолого-педагогічну типологію відхилень в їхньому розвитку.

Врахування особливостей відхилень у розвитку є необхідним для забезпечення медико-психолого-педагогічної взаємодії, що спрямована на їхнє подолання.

Головною проблемою на сьогодні залишається формулювання тих діагностичних завдань, які аутолог може вирішувати самостійно, а які знаходяться поза його компетенцією. Проте на сьогодні виражена практична спрямованість діагностування дітей з аутизмом стосується переважно виявлення і оцінювання порушень. Значно менше досліджень присвячено встановленню причин і механізмів РАС.

У широкому смислі *методологія діагнозу* трактується як розробка різних способів і прийомів опитування, безпосереднього та інструментального обстеження, заповнення відповідної картки, запам'ятовування назв порушень і відповідних їм симптомів. У

контексті аутології цілком справедливо підкреслюється, що різноманітність аутичних синдромів вимагає обов'язкового уточнення діагнозу, оскільки від цього багато в чому буде залежати прогноз майбутнього дитини. Завдання фахівців – розмежувати синдроми широкого аутичного спектра. Для полегшення цього завдання використовуються діагностичні критерії DSM (ДСМ) 1У (1994), ICD (МКБ) 10 (1993) і розробляються нові діагностичні критерії DSM У, ICD 11.

У більш точному смислі слова методологія діагнозу включає в себе проблеми гносеології, логіки, семіотики і семантики, орієнтовані на специфіку психолого-педагогічного діагнозу.

❖ **Загальний план діагностичного обстеження дитини з аутизмом** є складним. *По-перше*, крім обліку основних скарг батьків, вивчається історія життя дитини та її порушення, тобто все те, про що можливо одержати уявлення при методичному розпитуванні або збиранні анамнезу. *По-друге*, вивчається *морфологічний статус* дитини. Іншими словами за медичною карткою визначаються індивідуальні особливості будови тіла дитини і морфології її органів. *По-третє*, обстежуються *функціональні особливості* дитини, цебто її фізіологія з урахуванням вроджених та набутих індивідуальних особливостей функцій і різних систем, а також патологічних відхилень функцій. *По-четверте*, спеціально вивчаються *особливості нервової системи і загальної реактивності* дитини.

Типологічні особливості вищої нервової діяльності дитини визначаються за допомогою спеціальних методик. Реактивність організму дитини, визначається на основі анамнезу, проявів порушення, змін функцій органів у відповідь на звичайні і патологічні подразники. Надалі аутолог, ґрунтуючись на відшуканому симптомі або синдромі, проводить детальніше обстеження для уточнення місця ураження, з'ясування сутності патологічного процесу, причини та умов порушення. При цьому вся його діяльність спрямована на встановлення діагнозу як нозологічної одиниці.

Діагностика дитини з аутизмом завжди є динамічною, вона не є закінченою, застиглою формулою, а змінюється з розвитком порушення в дитини (*процесуально-орієнтований підхід*). Корекційно-розвивальна робота, а також ускладнення, що можуть виникнути, обумовлюють зміни стану дитини, відповідно до яких змінюється діагностична і прогностична оцінка. Діагностичне вивчення стану дитини не припиняється на протязі всього періоду спостереження й аутологічної роботи (*діагностика перебігу порушення*), забезпечуючи перевірку початкового діагнозу. Схематично виділяють період розпізнавання порушення і період вивчення дитини протягом

корекційно-розвивальної роботи. Діагностичне заключення, що охоплює весь час спостереження і корекційної роботи, подається у вигляді *епікризу*.

- На сьогодні в аутології, як правило, виділяють три загальноприйняті **діагностичні критерії** :
- *універсальності проявів*, тобто наявність в усіх дітей, хто піддається тестуванню, проявів аутичного порушення;
- *специфічності порушення*, тобто виявляються особливості розвитку стосовно саме цього розладу;
- *первинності* як причини порушення (F. Арре, 1999).

У цьому зв'язку висловлюється думка про доцільність опису такої *психологічної дисфункції*, яка була б і достатньою, і специфічною для того, щоб стати причиною різних проявів аутизму.

Водночас деякі дослідники вважають, що **складність виявлення специфічної психічної дисфункції пов'язана, в першу чергу, з невиконанням аутистами діагностичних завдань**. Більше того, досить довго і науковці, і практики притримувалися думки, що аутичні діти взагалі не піддаються тестуванню, оскільки вони у переважній своїй більшості не реагують на пред'явлене завдання. Як наслідок, це призводить до викривлення при аналізі отриманих результатів діагностики. Своєю чергою, це ускладнює як встановлення, так і уточнення діагнозу.

Проте більшість аутологів нині вважають, що невиконання завдань аутистом переважно *обумовлене недосконалою організацією тестування*. В силу *порушення прагматичного аспекту* мовлення (здатності розуміти значення висловлювання співрозмовника) в аутистів утруднюється правильне сприйняття змісту питання (Eisenmajer і Prior, 1991). Крім того, причиною невиконання діагностичних завдань можуть виступати *труднощі з граматиною*, або (що не менш важливо) *відсутність у них мотивації* до виконання завдань.

У кількох дослідженнях зроблена спроба проаналізувати також *вплив віку і рівня інтелектуального розвитку* дітей-аутистів на результати їхнього тестування. При цьому різні автори прийшли до різних висновків. Деякі не виявив зв'язку між результатами тестування та іншими особливостями дітей (Baron-Cohen і ін., 1985; Perner та ін., 1989). Інші виявили зв'язок з хронологічним віком (CA – chronological age), оскільки аутисти більш старшого віку успішніше справлялися із завданнями.

Так, наприклад, в дослідженні Baron-Cohen (1992) усі аутисти, які успішно впоралися з тестами помилкових очікувань, були старше 8 років. Проте автор приходить до висновку, що відносно старший вік був

необхідною, але не достатньою умовою успішного виконання аутистами запропонованого тесту. Інші ж автори показали взаємозв'язок між успішністю виконання діагностичних завдань та вербальним розумовим віком (VMA – verbal mental age). Prior з колегами (1990) дійшов висновку, що на успішність виконання завдання впливають саме показники VMA. Водночас детальне дослідження цієї проблеми Нарре (1998) показало катастрофічне відставання аутистів з точки зору здатності виконувати діагностичні завдання. *У той час, як в нормально розвинених дітей при досягненні ними 4 років, ймовірність успішного вирішення завдань складає 50%, в аутичних дітей ймовірність успішного виконання завдань досягає 50% біля 9 років.*

Суттєвий внесок у вирішення цієї проблеми здійснили українські вчені Н. Базима, О.Доленко, І.Марцинковський, К. Островська, О. Романюк, Т. Скрипник, Д. Шульженко, Г. Хворова та ін. Так, Т. Скрипник встановлено тісний взаємообумовлений зв'язок між діагностичними висновками і корекційними програмами; в роботах Д. Шульженко описуються найбільш значущі методи діагностики і прогнозування розвитку аутичної дитини, розкривається логіка утворення психологічних механізмів аутичних розладів.

Разом з тим в усіх дослідженнях підкреслюється, що діагностичне обстеження аутистів з метою знайти зв'язок між успішністю виконання тестів та індивідуальними особливостями досліджуваних, як правило, утруднюється через невелике число випробовуваних.

Крім того, необхідно враховувати, що ***практична діагностика залежить від теорії, навіть коли педагогу здається, що це не так.*** Тому аутологу потрібно ретельно продумувати і практичну діагностику, і теорію, і те, як вони взаємопов'язані. Адже, вибираючи діагностичні критерії, фахівець використовує власні теоретичні знання про дане порушення.

Теоретичні підходи до вибору діагностичних критеріїв:

- знання спеціалістом вже реально існуючих підгруп аутистів, визначених в наукових дослідженнях;
- врахування експертних оцінок, тобто порівняння результатів обстеження тих дітей, кому синдром аутичного спектра ставився різними фахівцями за матеріалами неодноразових обстежень;
- опора на аналіз вже існуючих діагностичних схем і їхнього використання в більш розгорнутому вигляді при обстеженні конкретної дитини.

Урахування діагностичних критеріїв аутизму *забезпечить правильний підбір групи тестів і спеціальних опитувальників для виявлення реального рівня психофізичного і соціально-емоційного розвитку аутичної дитини.*

Отже, зважаючи на всю складність діагностичної діяльності, аутолог має бути добре обізнаним зі специфікою етапу первинного обстеження дитини з аутизмом та етапів, наступних після збору інформації, отриманої в ході інтерв'ювання батьків дитини, тестування дитини і аналізу матеріалів, отриманих з інших джерел. При визначенні інструментальної складової для отримання й обробки діагностичної інформації аутологом можуть бути використані відповідні дані, представлені в роботах Bingham & Moore, Л. Бурлачука, Б. Зейгарник, Є. Іванова, С. Craddick, Paulhouse & Reid, Б. Карвасарського, К. Лебединської, К. Лебединського, Р. Макхольда, І. Мамайчук, Н. Манеліса, І. Марцинковського, Б. Михайлова, О. Нікольської, К. Островської, Т. Пітерса, Х. Ремшмідта та ін. Діагностичні методики цих авторів широко представлені в спеціальній літературі.

Основними цілями обстеження є прийняття рішень, повідомлення створеного аутологом робочого образу дитини іншим особам і перевірка висунутих ним гіпотез. До числа факторів, що впливають на цей прикінцевий етап, відносять: цілі обстеження, які можуть видозмінюватися і розвиватися по ходу цього процесу; обстановку кабінету або установи, в якій проводиться обстеження, а також практичні часові та фінансові обмеження. Інтерпретація фахівцем отриманої оціночної інформації розглядається як «осмислення» (А.Анастасі, 1982, Л.Бурлачук, 1990, Craddick, 1985, Paulhouse & Reid, 1991, І. Марциновський, 2010, О. Романчук, 2009, N. Sindberg, 2007, П. Сансон, 2006, А.Семенович, 2006 Т.Скрипник, 2010, J. Taplin, 2007, В. Тарасун, 2004, А. Чуприков, Д. Шульженко, 2009). Педагог, що проводить вивчення аутичної дитини, відбирає і впорядковує ту інформацію, яка для нього є важливою або яку йому важливо передати іншим особам, що отримують звіт про результати проведеного ним обстеження. Водночас фахівцями-аутологами можливе застосування допоміжних засобів інтерпретації отриманих результатів, таких, як, наприклад, сучасна комп'ютерна інтерпретація, якщо така може бути здійснена і доречна.

Висновки

Складність виявлення психічної дисфункції у більшості дітей з РАС пов'язана з:

- не виконанням ними діагностичних завдань через не реагування на пред'явлене завдання. Це призводить до викривлення при аналізі й оцінці аутологом отриманих результатів. Своєю чергою, це ускладнює як встановлення, так і уточнення діагнозу;
- труднощами організації діагностики, оскільки внаслідок порушення розуміння мовлення в аутистів утруднюється правильне сприйняття змісту інструкції;
- складнощами встановлення граматичних порушень мовлення дітей, які в них не виявляються тими методиками, що використовуються для

оцінки експресивного мовлення;

- відсутністю у них потреби у взаємодії і мотивації до виконання діагностичних завдань;

- віком дитини з РАС – аутисти більш старшого віку успішніше справляються із завданнями. Проте відносно старший вік визнається необхідною, але не достатньою умовою успішного виконання тестових завдань;

- недостатньою теоретичною і практичною підготовкою фахівців до діагностики стану психофізичного та соціально-емоційного розвитку дітей-аутистів.

Запитання

1. Назвіть основні компоненти загального плану діагностичного обстеження дитини з аутизмом.
2. Розкрийте загальноприйняті діагностичні критерії РАС.
3. З чим пов'язана складність виявлення психічної дисфункції у дітей з РАС?

Літератур

1. Вассерман Л.И., С.А.Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб.: Стройлеспечать, 1997, 303 с.
2. Доленко О.В. «Аутизм в дошкольном детстве - откровенный разговор», 2009
3. Каган В.Е. Аутизм у детей.– Л.: Медицина, 1981.
4. Тарасун В.В. Аутологія. – К.: МП Леся, 2014. – с. 126-135.
5. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M (2004). «Adult outcome for children with autism» («Для дорослих про дітей з аутизмом»). J Child Psychol Psychiatry 45 (2): 212–290.
6. World Health Organization F84. Pervasive developmental disorders (Первазивні порушення розвитку // Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям) // International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. – 10th (ICD-10). – 2006.

5.2. Початкова стадія аутологічної діагностики: мета, створення робочого образу (моделі) дитини, прийняття початкового рішення.

▪ **Мета і завдання початкового етапу аутологічного обстеження дитини.** Обстеження дитини, яке є початковим етапом аутологічної роботи і яке пов'язане з одержанням і обробкою діагностичної інформації, передбачає основні цілі.

Основні цілі обстеження дитини з аутизмом:
<ul style="list-style-type: none">• прийняття початкового рішення;• складання точної і готової до застосування в практиці психолого-педагогічної характеристики (робочої моделі) дитини, яка обстежується;• формулювання припущення (гіпотези), що стосується цілей, інтересів і мотивації дитини та її батьків;• перевірка висунутих припущень стосовно встановлення діагнозу на цьому етапі роботи;• прийняття рішення стосовно закладу, де дитині з аутизмом має надаватися психолого-педагогічна допомога.

Обстеження завжди передбачає проведення цієї роботи не тільки на початковому етапі, а часто і на наступних етапах. Тобто, дитину треба вивчати не тільки до, а й у процесі її навчання і виховання. Це необхідно в першу чергу для визначення мікропрограм корекційного впливу для кожного окремого випадку. І навіть у тому випадку, якщо контакт вичерпується 10-хвилинним інтерв'юванням батьків, після якого аутолог направляє батьків і дитину в іншу установу, він повинен зібрати всю інформацію, необхідну для прийняття рішення на цьому етапі. Крім того, аутолог зобов'язаний скласти певне враження про дитину, тобто, створити її психолого-педагогічний портрет. Також необхідно сформулювати припущення (гіпотезу), що стосується цілей, інтересів і мотивації дитини та її батьків, а також ситуації, в якій вона знаходиться в сім'ї.

Контакт з аутичною дитиною кожного разу передбачає для аутолога можливість здійснити втручання, навіть і незначного. Адже обстеження вже є формою втручання, а тому рішення про проведення опитування або тестування повинно враховувати можливий вплив цієї процедури на дитину та її батьків. Діагностичні процедури допомагають батькам адекватно оцінити себе і власну життєву ситуацію, а також підготуватися до подальшої взаємодії з аутологом. Так, за Краддіком (Craddick, 1985), розповідь про себе дуже часто виявляється першим кроком корекційного процесу, *тому неможливо точно сказати, де закінчується обстеження і починається корекція і навчання.*

Взаємопроникнення процедур психолого-педагогічного обстеження і аутологічного втручання особливо наочно проявляється у тих випадках, коли на цих етапах з дитиною працює один і той самий педагог. В Україні це відбувається тому, що у нас не передбачено, щоб соціальний працівник збирав інформацію про сім'ю дитини з аутизмом, психолог проводив її тестування та інтерпретував отримані результати, психіатр встановлював діагноз або визначав психічний статус дитини і призначав медикаментозне лікування. В психолого-педагогічній практиці України історично склалося так, що на сьогодні команда фахівців (педагог, психіатр, психолог, логопед і соціальний працівник, за кожним з яких закріплені певні функції) не стала переважною формою організації допомоги дітям з аутизмом. Водночас вважається, що за наявності необхідної спеціальної освіти, знань і досвіду корекційний педагог і спеціальний психолог можуть здійснювати обстеження дитини, а також сімейне консультування або професійне консультування з різних психологічних і нейропсихологічних питань.

Першочерговим завданням на початковому етапі обстеження, яке, проте, залишається актуальним на всіх його етапах, є **прийняття рішення стосовно закладу**, де дитині з аутизмом має надаватися психолого-педагогічна допомога. Прийняття такого рішення

супроводжує будь-який контакт з дитиною та її батьками, починаючи з самого першого. При цьому аутолог має враховувати можливості доступної для батьків дитини установи, а в разі необхідності направити їх в іншу установу чи службу.

Складання психолого-педагогічної характеристики, тобто створення робочого образу (моделі) дитини також починається в ході першої зустрічі з дитиною і її батьками і повинно здійснюватися протягом усіх психолого-педагогічних заходів. Створення робочої моделі дитини неминує потребує складання точної і готової до застосування в практиці психолого-педагогічної характеристики, яку можна також використовувати з метою остаточного прийняття рішення про установу, в якій їй надаватиметься допомога. Одержання аутологом індивідуалізованої психолого-педагогічної оцінки дитини дозволяє вирішити, яким чином подолати проблеми, що стоять перед нею та її батьками, як запобігти або загальмувати розвиток нових проблем або як змінити їхню життєву ситуацію. Тобто, враховується унікальність її біографії, звички, страхи, сильні і слабкі сторони, тим самим сприяючи оптимізації управління процесом психолого-педагогічного втручання. Така характеристика дозволяє окреслити контури унікальної життєвої ситуації аутиста, а також визначити наявні сімейні і суспільні ресурси.

Центральну роль в процесі складання психолого-педагогічної характеристики дитини набуває характер того її образу, який аутологом формується і передається оточуючим або використовується тільки ним самим. При цьому важливо зазначити, що ще класичним дослідженням Міла (Meell, 1960), показано, що враження про іншу людину формуються досить швидко. Так, *оцінка, сформована вже після трьох занять, в значній мірі корелює з остаточною оцінкою після 30 занять.*

Паралельно з процесом формування враження про дитину розгортається процес, який психологи називають **«управління враженням»**. Цей процес включає як бажання батьків справити позитивне враження на аутолога, так і формування в аутолога «суб'єктивного сприйняття дитини та її батьків». При цьому аутолог має враховувати, що, як доводять соціальні психологи, власну проблемну поведінку і поведінку своїх дітей, (зокрема і дітей з аутизмом) батьки схильні пояснювати переважно зовнішніми причинами. Так, проблеми своїх дітей вони схильні пов'язувати переважно з навколишнім середовищем, тоді як проблемну поведінку інших дітей – з внутрішніми причинами, пов'язаними з особливостями їхньої особистості. Наприклад, вдаривши свого однолітка, дитина може сказати: «Я вдарила його, бо він забрав мою іграшку», тоді як дорослий, ймовірно, подумає: «Це агресивна і зла дитина, тому вона і вдарила мою дитину». Цей феномен носить назву *каузальної атрибуції* (від лат. causa – причина,

attributio – припис) (Paulhouse & Reid, 1991) або фундаментальної помилки атрибуції (Ross & Nisbett, 1999).



Урахування аутологом цього феномену сприятиме уникненню ним допущення як власних помилок атрибуції, так і можливих помилок атрибуції з боку батьків. При цьому фахівець має пам'ятати про небезпеку використання стереотипних суджень

(ярликів), а сформований ним робочий образ дитини зберігати відкритим для внесення до нього змін в міру надходження нової інформації.

Процес *формулювання і перевірки гіпотез* (припущень) стосується як діагностичної, так і подальшої корекційно-розвивальної аутологічної роботи. У випадках, коли гіпотези стосуються діагностичної діяльності, то чітко сформульовані педагогом припущення повинні супроводжуватися чітким використанням наукових понять. Це допоможе фахівцю правильно визначити засоби оцінювання результатів діагностики, що, в кінцевому результаті, дозволить або підтвердити, або спростувати сформульоване ним припущення. У процесі корекційної роботи перевірка гіпотез також дозволяє педагогу або підтвердити, або спростувати гіпотезу вже стосовно застосованих ним корекційно-розвивальних і превентивних методів.

Разом з тим, необхідно враховувати ту обставину, що ще до, так би мовити, доаутологічного обстеження педагог має ознайомитися і проаналізувати дані про обстеження дитини іншими спеціалістами.

❖ **Клінічне і параклінічне обстеження дитини.** До проведення безпосередньої аутологічної діагностики дитини педагогу необхідно ознайомитися і проаналізувати дані її клінічного і параклінічного обстеження.

Методики оцінювання стану психофізичного розвитку дітей з аутизмом. Як відомо, єдині погляди на оцінку стану нервової системи дорослих в учених сформувалися понад сто років тому. Однак минуло лише 40–50 років відтоді, як започатковане опрацювання *загальних критеріїв оцінки стану нервової системи дітей*. Причина цього пов'язана з тим, що нервова система дитини істотно відрізняється від нервової системи дорослої людини.

Найбільш розповсюдженими і затребуваними на сьогодні в медико-психолого-педагогічній практиці обстеження дітей з аутизмом є наступні:

➤ **Клінічна діагностика**

а) Врахування результатів діагностики (якщо вони є у батьків) стану нервової системи в перші години і дні життя їхньої дитини. З цією метою у світовій практиці використовується Шкала Апгар (*Virginia Apgar, 1952*) – система швидкої оцінки стану новонародженої дитини, яка є простим методом для початкової оцінки стану фізичного розвитку малюка з метою виявлення необхідності здійснення реанімаційних процедур. Шкала Апгар (див. табл. Ш.1.) пропонує сумарний аналіз п'яти критеріїв, кожний з яких оцінюється від нуля до двох балів включно; результати оцінювання параметрів, поряд з показниками ваги і зросту, мають повідомлятися батькам новонародженої дитини.

Таблиця Ш.1.

Критерії для оцінки стану фізичного розвитку новонародженої дитини за Шкалою Апгар

Параметри	0 балів	1 балів	2 бали
Забарвлення шкіряного покриву	Генералізована блідість чи генералізований ціаноз	Рожеве забарвлення тіла, синюшне забарвлення кінцівок (акроціаноз)	Рожеве забарвлення всього тіла і кінцівок
Частота серцев. скорочень за 1 хв.	Відсутня	<100	>100
Рефлекторна збудливість	Не реагує	Реакція слабо виражена (grimаса, рухи)	Реакція у вигляді руху, кашлю, чихання, голосного крику
М'язовий тонус	Відсутній, кінцівки звисають	Знижений, деяке згинання кінцівок	Виразені активні рухи
Дихання	Відсутнє	Нереглярне, слабкий крик (гіповентиляція)	Нормальне, крик голосний

Трактування результатів:

Тестування за шкалою Апгар проводиться, як правило, на першій-п'ятій хвилині після народження дитини і може бути повторене пізніше, якщо результати виявляться низькими. Бали менші трьох означають критичний стан новонародженого, більші семи вважаються хорошим станом (норма).

Існує досить багато схем клінічного обстеження нервової системи дитини й оцінки його результатів. При цьому зазначимо, що методи огляду дитини чітко стандартизовані: в різних країнах дитячі неврологи, як правило, **обстежують дитину в однаковій послідовності і за**

допомогою схожих прийомів. Розбіжності виникають на стадії оцінки результатів огляду. Причиною цього, як правило, є те, що однакові показники в різних країнах можуть бути оцінені по-різному. Це може призвести до різних висновків, оскільки все залежить від того, до якої школи належить лікар і яких вимог до обстеження дитини дотримуються в цій країні.

б) Черговість і наступність подальшого обстеження дитини раннього віку медиками різного профілю.

Обстеження неонатолога. Перші 28 тижнів життя дитини, як відомо, досліджує неонатологія, спеціальна наука, своїми методами спрямована на вивчення особливостей фізіології та хвороб новонароджених. Досвідчений неонатолог може своєчасно помітити, чи уражена в дитини нервова система, а, отже, не згаяти час, коли лікувальна допомога дає максимальний ефект і гарантує лікування без надмірних витрат сил і засобів. Клінічну діагностику дитини неонатолог починає з продуманого розпитування про перебіг вагітності матері, стан здоров'я батьків, процес пологів. Відповіді на грамотно поставлене тестування в більшості випадків роблять чіткою і зрозумілою картину, що передувала і супроводжувала пологи.

Досвідчений лікар (як і досвідчений корекційний педагог) ще до проведення обстеження багато що визначить за: положенням малюка на маминих руках, його мімікою, посмішкою, рухами очей, ніг, рук, голови, розміром і напруженістю тім'ячок (не закостенілих ділянок склепіння черепа), характером стигм – невеликих аномалій або асиметрій розвитку (розріз очей, особливості вушних раковин, складки на долонях тощо). Їхня наявність (і відсутність!) багато про що розповість тому лікарю і аутологу, хто *вміє бачити*. Косоокість, наприклад, найчастіше супроводжує компенсаторний нахил голови. Оглядаючи дітей старшого віку, фахівець обов'язково зверне увагу на особливості стану артикуляційного апарату, акту ковтання тощо.

▪ **Обстеження невролога.** Дитячий невролог (і певною мірою аутолог) починає клінічне (відповідно аутологічне) обстеження з аналізу загального стану. В обов'язковому порядку перевіряє реакцію дитини на слухові, зорові, дотикові подразнення, визначає активність різних актів поведінки, швидкість виникнення збудження, заспокоєння, рівень уваги, терплячість, енергійність тощо.

Отримавши уявлення про психофізичний стан дитини, фахівець приступає до оцінки реакцій і рефлексів різних зон і структур організму: визначає рівень чутливості, обсяг активних і пасивних рухів, обстежує череп (шви, тім'ячко), прослуховує дихання, промацує органи черевної порожнини, фіксує увагу на очах (мимовільні рухи очних яблук, зіничні

реакції тощо). При оцінці реакцій дитини використовують десятибальну шкалу – від відсутності реакції до максимальної її виразності. А спровоковані, викликані фахівцем, реакції – за чотирьохбальною шкалою (від 0 до 3). При цьому методи ранньої діагностики захворювань нервової системи в дітей раннього віку багато в чому визначили праці М.Лапінського, який працював у Києві на початку минулого століття.

Склавши уявлення про дитину на підставі ретельного зовнішнього огляду, невролог починає вивчати стан сформованості дванадцяти пар її черепно-мозкових нервів (див. табл. Ш.2.). Важливо, щоб фахівець був добре обізнаним з тим, яка пара нервів контролює виконання тієї або іншої функції мозку дитини і яким чином можна обстежити стан її іннервації:

Таблиця Ш.2.

**Методи вивчення стану
дванадцяти пар черепно-мозкових нервів дитини**

Пар а ч/м нер.	Методи обстеження стану сформованості дванадцяти пар черепно-мозкових нервів
I	Стан функції визначається за реакцією дитини на запахи (часнику або перцевої м'яти).
II	Стан функції спеціаліст досліджує, спостерігаючи за реакцією зіниць дитини на світло, за тим, як дитина стежить за переміщенням предметів у просторі. Вивчається стан очного дна, оскільки таким чином можна скласти досить повне уявлення про функціонування мозку.
III, I V, VI	Особливості черепних нервів, які керують рухами очних яблук, вивчають, спостерігаючи, як дитина стежить за предметами, що переміщуються в просторі. В результаті таких спостережень визначаються відхилення від норми: <i>екзофорія</i> – відхилення очей назовні; <i>езофорія</i> – відхилення очей всередину; <i>екзотропія</i> – розбіжна косоокість; <i>езотропія</i> – збіжна косоокість. При кожному з таких відхилень рухи очних яблук відрізняються один від одного, вказуючи на можливу патологію.
V	Запалення цієї пари нервів частіше трапляється в дорослих – вони потерпають від жорстокого болю (запалення трійчастого нерва). Однак, оскільки У пара нервів керує жувальним і скроневим м'язами, то її робочий або неробочий стан багато що визначає. Так, більшість дітей, уражених церебральним паралічем, не може пережовувати їжу, оскільки жувальний м'яз, котрим ця ділянка керує, весь час знаходиться в напруженні. У подальшому скрегіт зубів також може бути пов'язаний з вадами V пари черепних нервів, яка складається з трьох чутливих ділянок та однієї рухової. Саме остання при патології і потерпає найбільше.
VII	Ця пара черепних нервів відповідає за міміку, в тому числі – за посмішку. В разі її патології порушуються також функції сльозовиділення, слиновиділення, смаку, хоча під час огляду спочатку

	впадають в око вади міміки. Стан нерва обличчя у старших дітей визначається також за допомогою проби на задування свічки, закривання очей, надування щік.
VII I	Ця пара нервів – відповідальна за слух і вестибулярну функцію, оскільки регулює положення дитини у просторі, стежить, щоб вона ходила рівно, не хитаючись з боку на бік.
IX і X	Стан IX (<i>язикоглоткового</i>) і X (<i>блукаючого</i>) пар черепних нервів у дітей визначається за характером та особливостями їхнього плачу (функції гортані), ковтання, блювального рефлексу, рухливості м'якого піднебіння. Моторна функція язикоглоткового нерва вивчається також шляхом дослідження стану скорочення піднебінних завісок під час фонації звуку «а». Стан під'язикового нерва – при виконанні вправ по підніманню язика вперед, облизуванню язиком верхньої і нижньої губи тощо
XI	Без XI (<i>додаткової</i>) пари нервів неможливий нормальний рух голови, в зв'язку з чим фахівець вивчає, як відбуваються активні і пасивні рухи голови, який стан двох основних м'язів, що беруть участь у цьому процесі (грудинно-ключично-соскового і трапецієподібного)
XII	Ця пара черепних нервів контролює функції ковтання, жування, мовлення, при оцінці стану функціонування яких особлива увага приділяється обстеженню язика.

Грамотний аналіз стану черепних нервів дає можливість одержати необхідні відомості про здоров'я дитини і визначити шлях лікування, а аутологу – шлях корекції розвитку дитини. Так, якщо дитина неспроможна жувати, то це свідчить про те, що патологічний процес захопив ту ділянку стовбура мозку, де зосереджене керування трійчастим нервом. Коли мати не встигає витирати слину – уражена VII пара. Дитина не тримає голову – порушення функціонування XI пари. Без відновлення XII пари дитина не заговорить.

Обстеження стану сформованості моторики дитини. Як відомо, організм людини обслуговують 697 м'язів, у кожного з яких є своє призначення й обов'язки. Як правило, м'язи працюють не поодиноці, а великими «ансамблями» і синхронно. Чи весь «колектив» м'язів задіяний у тому або іншому виді моторики, як задіяний – це найважливіші елементи обстеження. Отже, послідовно, детально і всебічно вивчивши стан функціонування черепних нервів, фахівець переходить до такого ж ретельного обстеження моторики, тобто рухової активності дитини. За методикою, що широко представлена в спеціальній літературі, вивчається обсяг рухів рук і ніг, симетричність і спонтанність цих рухів, положення рук і ніг у спокої, реакція м'язів на розтягування тощо. Необхідно уважно зафіксувати, як дитина хапає й утримує предмети кожною рукою (до півтора року, як правило, неможливо визначити, дитина – «правша» чи «лівша»). Якщо одна з рук уражена спастикою або м'язовою слабкістю, дитина мимоволі віддає

перевагу здоровій руці. Необхідно також вивчити стан м'язового тонусу і м'язової маси дитини і одночасно звернути увагу на обсяг рухів у суглобах, перевірити, чи здатна дитина утримувати голову, чи напружені або ослаблені м'язи її живота. У дітей старшого віку обсяг рухів, силу м'язів, їхній тонус допомагають визначити ігрові прийоми, під час яких досвідчене око фахівця багато чого «прочитає» за ходом дитини, за характером її підскакування, поворотом голови тощо.

Обстеження стану функціонування мозочка і рефлексів. Склавши, по можливості, повне уявлення про стан черепних нервів, моторики рухів і рухової активності, фахівець розпочинає дослідження стану функціонування мозочка. Про ураження цього органу найперше сигналізують результати спостережень *за станом нахилів голови* дитини. Перевірити функцію мозочка в дітей старшого віку простіше – за допомогою спеціальних рухів, що швидко чергуються.

Наступний, не менш важливий етап діагностики – вивчення *стану рефлексів*. На сьогодні апробовано достатню кількість прийомів, за допомогою яких в різних зонах організму можна викликати рефлeksi, деякі з них з віком згасають, інші – з'являються. Так, якщо *при згинальних рухах* немовля відсмикує ступню – це ознака, що рефлeksi в нього, скоріш за все, в нормі. Тому фахівця обов'язково повинно насторожити, якщо у відповідь на провокування підшовного рефлeksu дитина не відсмигне ніжку, а просто розігне підшву. Така реакція вказує на *ймовірну патологію стовбура мозку або спинного мозку*. Загалом в спеціальній літературі і в інтернет-мережі представлено весь перелік методів перевірки рефлексів: Моро, Переза, Галанта, хапальний, захисний, смоктальний, Куссмауля, Бабкіна тощо.

Для повноти картини важливо оцінити *стан чуттєвої сфери* дитини, яка більш чіткій оцінці піддається в дітей старшого віку. Тоді можливо перевірити в ігровій формі больову і дотикову чутливість дитини, її ставлення до вібрації, до положення тіла в просторі. Стан функцій кори головного мозку дитини з аутизмом визначається *за швидкістю розпізнавання предметів*, що їх дитині вкладають в руки тощо.

Точно встановлений діагноз дає можливість розпочати лікування і корекційно-розвивальну роботу якомога раніше, що, своєю чергою, сприяє її ефективності. При цьому необхідно пам'ятати, що навіть дитина з нормальним типом розвитку народжується з деякими «патологічними» рефлeksiами, які потроху зникають в перші місяці життя. У цьому зв'язку лікар, батьки і аутолог зобов'язані тримати під постійним і невсипущим контролем «нормальні вікові патології» і ретельно фіксувати: зникають вони з часом чи наростають.

З віком дитина росте, мієлінізуються (вкриваються оболонками) її нервові волокна і пірамідний тракт. Як розплавлений метал при

охолодженні застигає у формах, так щось подібне відбувається і з нервовою системою в міру того, як дорослішає організм (В. Берсенев). Тому, наприклад, спонтанні дистонічні напади можуть спричинити хронічну еластичну, нерівномірне напруження м'язів у різних фазах пасивного руху. У цьому зв'язку лікарю, дефектологу і певною мірою батькам необхідно застосовувати викладений вище набір клінічних проб, які дають змогу (в разі наявності прихованих або слабо виражених патологічних процесів) виявити «замасковану», стерту патологію.

➤ **Параклінічна діагностика.** Аутолог, психолог і батьки мають знати або певним чином бути ознайомлені з іншими методами обстеження стану пізнавально-комунікативного розвитку дитини. Найбільш розповсюдженою параклінічною діагностикою є *магніторезонансна томографія*, яку називають «внутрішнім баченням» і функціональна МРТ. Вони є безпечними для дитини, оскільки на тіло впливає магнітний потік, а сам метод фактично на сто відсотків гарантує точність діагнозу. Проте під час обстеження дитині треба лежати нерухомо, в зв'язку з чим анестезіологу доводиться вводити легкі седативні та (або) транквілізуючі препарати, що дають змогу обстежити дитину уві сні. Крім того, застосовуються: *магніторезонансна ангіографія* (МРА), *позитронно-емісійна томографія* (ПЕТ) – це новий метод дослідження мозку; *однофотонна емісійна комп'ютерна томографія* (ОФЕКТ); *комп'ютерна аксіальна томографія* (КАТ) для виявлення аномалії розвитку черепа і мозку, наслідків перенесених інфекцій тощо; *ультразвукове дослідження* (УЗД) для діагностики стану мозку; *нейросонографія* – ультразвукове обстеження, яке дозволяє через тім'ячко, черепні шви, орбіту ока або зовнішній слуховий прохід «побачити» мозок і оцінити стан лікворних шляхів і мозкової речовини; *доплерографія* – для одержати дуже достовірних даних про стан кровотоку у внутрішньочерепних та позачерепних судинах. Метод обстеження цілком безпечний.

➤ **Нейрофізіологічні методи обстеження:** *електроенцефалографія* (ЕЕГ) дозволяє оцінити електричну активність мозку дитини і не тільки діагностувати, а й аналізувати динаміку стану здоров'я мозку; *електроміографія* (ЕМГ) дозволяє реєструвати відповідь м'яза і нерва на електричні подразнення; *електронеуроміографія* (ЕНМГ) дає можливість зафіксувати біологічну активність м'язів у спокої та русі, у зв'язку з чим її називають ще глобальною. Однак вважається, що електроміографія та електронеуроміографія навряд чи одержать найближчим часом значне поширення, не тільки тому, що для їхнього проведення потрібна дуже складна і дорога комп'ютерна апаратура. Досконало опанувати цю техніку зовсім не просто, оскільки для цього потрібно приблизно сім років.

➤ **Лабораторна діагностика.** Відомо, що кров містить досить повну і точну інформацію про стан здоров'я дитини. У тому числі про те, чи перенесла дитина внутрішньоутробно або під час народження гіпоксію мозку, яка є причиною захворювань нервової системи. Завдяки дослідженню крові можна ідентифікувати нейровірусні та бактеріальні інфекції, перенесені дитиною, насамперед виключити (або ідентифікувати) токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловірус, простий герпес, сифіліс, вірус імунодефіциту дитини. У деяких випадках можна виявити інфекції, викликані найпростішими грибками, кліщами, глистяними інвазіями тощо.

Не виключені також медико-генетичні дослідження (каріотипування), а іноді вдаються до спеціальних біохімічних досліджень крові та спинномозкової рідини.

❖ **Форми аутологічного обстеження**

Процес психолого-педагогічної оцінки стану психофізичного розвитку дитини аутологом може приймати різні форми: *інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом, психологічне тестування дитини, спостереження за її поведінкою, аналіз архівних матеріалів*. Ці форми оцінювання є основними методами збору інформації, необхідної для дослідження намічених аутологом цілей оцінювання психофізичного стану дитини з аутизмом.

Аналіз архівних матеріалів передбачає ознайомлення з медичною документацією та продуктами діяльності самої дитини – малюнками, різними виробами, а у школяра – з шкільними роботами, таблицями успішності та іншими матеріалами, що дозволяють скласти загальне уявлення про особливості його особистості і досягнень. При використанні методів оцінки важливу роль нерідко відіграє тестування, яке включає обстеження в значно ширший процес. Після збору інформації аутолог має звести дані, отримані з багатьох джерел, в *узгоджений звіт*. При цьому він має спиратися на свої індивідуальні навички оцінювання, якими він повинен досконало володіти.

У процесі обстеження й оцінювання важливу роль відіграють декілька важливих взаємопов'язаних компонентів: *зміст і відносини*. Змістовий компонент передбачає отримання необхідної фактичної інформації. Компонент довіри стосується таких форм взаємовідносин, як емпатія, почуття довіри, дружелюбність і бажання співпрацювати. Вважається, що використанню першого компонента легше навчитися, а другий потрібно випробувати на власному досвіді, оволодіваючи ним в процесі розвитку індивідуальної майстерності. Необхідність дотримання рівноваги між змістом і відносинами є однією з проблем, через яку вважають, що фахівець (особливо початківець) в галузі практичної роботи з аутичною дитиною потребує керівництва супервізора, тобто

навчання за допомогою досвідченого колеги. Тому застосування методу супервізії в аутологічній роботі допоможе практику (особливо початківцю) в забезпеченні належної якості надання ним послуг і отримання позитивного результату.

Процес обстеження сам по собі може мати як благотворний, так і неблаготворний ефект. Тому діагностичне обстеження, крім змістового компонента, має *соціоемоційний, або процесуальний компонент*. Врахування цього компонента дозволяє з'ясувати: якого типу взаємини встановилися між аутологом, дитиною та її батьками; наскільки відверто висловлює родич свої потаємні думки і почуття; як сприймається ним роль батька дитини з аутизмом в конкретному закладі або в кабінеті аутолога; чи мають значення вікові, статеві та гендерні відмінності між обома учасниками ситуації; який вплив справляють всі ці фактори на процес обстеження? Всі виявлені і систематизовані фактори значною мірою впливають на *встановлення раппорту* (фран., наголос на другий склад). Так позначається специфічний контакт, що включає певну міру довіри чи порозуміння між аутологом і дитиною та її батьками. У більшості випадків батьки самі зацікавлені в обстеженні дитини, дотримуючись реалістичних очікувань щодо послуг, які можуть бути їм надані.

Отже, однією зі складових первинної оцінки є:

- визначення установок дитини та її батьків щодо завдань, які ставляться перед ними в ході обстеження,
- пояснення батькам цілей та планів проведення обстеження,
- встановлення раппорту, що включає певну міру довіри чи порозуміння між аутологом і батьками дитини

Розглянемо зміст зазначених методів психолого-педагогічного (аутологічного) обстеження дитини з РАС детальніше.

Тема 6. Збір діагностичної інформації: фаховий інструментарій та особливості оцінювання

6.1. Стрижневі методи збору інформації: інтерв'ювання батьків, спостереження за дитиною, тестування

У цьому підрозділі коротко розкриємо особливості інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом і специфіку процесу психолого-педагогічного спостереження за нею, здійснюваного фахівцями.

А. Специфіка інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом.

Визначивши головну мету і завдання аутологічного обстеження, характер його змістових і міжособистісних процесів, важливо з'ясувати *основні інструменти збору інформації*, а саме: інтерв'ювання,

спостереження, тестування та особливості оцінювання отриманих результатів.

❖ **Загальні навички інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом.** Інтерв'ю, як відомо, – це метод збору соціальної інформації, що ґрунтується на вербальній соціально-психологічній взаємодії, тобто на цілеспрямованій бесіді (за Bingham & Moore, 1924) між інтерв'юером і респондентом з метою одержання потрібних даних. Порівняно, наприклад, з анкетуванням, інтерв'ю має певні переваги. По-перше, інтерв'ю надає можливість глибше проникнути в соціально-психологічні причини поведінки батьків. По-друге, під час його проведення можливо встановити досить високий ступінь відвертості батьків дитини. По-третє, інформація, що збирається за допомогою інтерв'ю, надходить швидше і повніше і, зазвичай, є безпосередньою та яскравою. Метод інтерв'ю дає змогу одержати глибинну інформацію про думки, погляди, мотиви, уявлення респондентів. Професійне інтерв'ювання – це справжнє мистецтво і педагоги помітно різняться між собою за стилем його проведення.

Діагностичне інтерв'ю розрізняють за: технікою проведення, процедурою проведення, типом учасників і ступенем його структурованості.

➤ Діагностичне інтерв'ю *за технікою проведення* поділяють на: *вільне* (тривала бесіда за загальною програмою без чіткої деталізації запитань); *стандартизоване* (спілкування педагога і батьків регламентовано детально розробленим питальником та інструкцією інтерв'юера, котрий зобов'язаний точно дотримуватися сформульованих переважно закритих запитань та їх послідовності); *напівстандартизоване* (поєднує в собі особливості двох попередніх видів).

➤ *За процедурою проведення* розрізняють типи інтерв'ю: *панельне* (багаторазове інтерв'ю одних і тих же батьків дітей щодо однієї і тієї ж проблеми через певні проміжки часу); *групове* (запланована бесіда, в процесі якої педагог прагне започаткувати дискусію в групі, що складається з членів сім'ї дитини); *клінічне інтерв'ю* (тривала, глибока бесіда, мета якої полягає в одержанні інформації про внутрішні спонукання, мотиви, схильності як батьків, так і дитини); *сфокусоване інтерв'ю* – короткочасна бесіда, мета якої полягає в отриманні від батьків інформації про конкретну проблему, процес або явище, про реакції дитини на задану дію.

➤ *За типом учасників* інтерв'ю бувають: з іншими спеціалістами, з експертом або з рядовим респондентом. Одна з основних умов, яка впливає на достовірність і надійність інформації, – це наявність в аутолога якісного опитувальника та дотримання правил його застосування. До опитувальників додають, так звані, протоколи

інтерв'юера, що містять основні відомості про процес інтерв'ю. На інтерв'ю впливають місце, конкретні обставини, тривалість його проведення (найчастіше батьки погоджуються на нетривале інтерв'ю). Особливості інтерв'ю зумовили його широке використання не тільки в практиці, але й в проблемних дослідженнях при контрольних, вибіркових і експертних опитуваннях. *Тому перша і найважливіша навичка, якою має володіти аутолог, – це навичка інтерв'ювання батьків дитини, оскільки вона відіграє основну роль як в процесі обстеження, так і в процесі корекційно-розвивальної роботи.* При цьому мета аутолога – отримати інформацію, необхідну для визначення, насамперед, характеру і ступеня допомоги, яку він зможе надати дитині та її батькам і встановити відносини співпраці і взаємодопомоги. Ролі кожного учасника інтерв'ю чітко визначені і специфічні: батьки й аутолог не є друзями, які спілкуються один з одним на рівних. В оціночних інтерв'ю аутолог зобов'язаний управляти ходом бесіди, надаючи в той же час батькам дитини можливість вільно висловлювати свої думки і почуття.

➤ Інтерв'ю значно відрізняються одне від одного *за ступенем своєї структурованості.* В одних випадках питання та відповіді йдуть в заздалегідь встановленому порядку, інші ж є відкритими і інтерв'юер стежить за ходом міркувань батьків. Як висока, так і низька ступінь структурованості мають, відповідно, свої достоїнства і недоліки. Більшість інтерв'ю займає в цьому спектрі проміжне положення. Аутолог, як правило, тримає в умі кілька тем і володіє методами спрямування бесіди в потрібне русло. Водночас він прагне до того, щоб мати чи батько дитини відчували себе вільно і висловили все те, що вважають для себе важливим. І все ж в багатьох випадках від аутолога вимагається відслідковувати хід інтерв'ю і зберігати певний контроль за ходом бесіди. Такий контроль часто носить досить завуальований характер, при якому фахівець виявляє прихильність до батьків дитини.

Хороший аутолог-інтерв'юер, здійснюючи доброзичливу і невимушену розмову, *в той же час контролює процес інтерв'ю з точки зору:* хронології (особливо на початку і наприкінці бесіди), змісту (розкриття найбільш важливих тем), характеру відповідей (задаючи або відкриті питання, або закриті, які передбачають односкладові відповіді типу «так» і «ні»), а також з точки зору близькості стосунків зі співрозмовником. Суб'єктивно сприйнята близькість залежить як від компетенції і сердечності аутолога, які той виявляє до батьків дитини, так і від ступеня близькості, до якої фахівець спонукає батьків у відповідь.

Навички інтерв'ювання включають, перш за все, вміння аутолога слухати співрозмовника і вміння говорити з ним. Для того фахівця, хто планує оволодіти навичками проведення інтерв'ювання, *суттєвим має*

стати питання «Як мені слухати?», яке є навіть більш значущим, ніж питання «Що я повинен говорити?».



Тільки завдяки вмінню слухати аутолог зможе спонукати батьків поділитися з ним тими серйозними життєвими проблемами, які ті відчувають. Нерідко батьки приходять на перше інтерв'ю, переживаючи цілу бурю емоцій і побоювань, які частіше всього змушують їх звернутися за допомогою.

Якщо батьки дитини з'явилися на прийом, то це означає, що їм довелося зібрати всі свої вольові зусилля, щоб прийти і розповісти про свої страхи, невдачі і проблеми, які вони не можуть вирішити самостійно. Тому в будь-якому випадку завданням аутолога є: розпізнати ознаки хвилювання або страху і бути готовим до того, щоб слухати батьків, чекаючи моменту, коли ті відчують себе настільки комфортно, що почнуть ділитися своїми потаємними думками, почуттями і своїми проблемами.

Аутолог повинен сприймати інформацію на декількох рівнях і на основі цієї інформації вибудовувати відповідні гіпотези (Othmer & Othmer, 1994). Якщо він постійно перериває батьків і неухильно йде від початку за заданою схемою бесіди, то батьки можуть незабаром стати пасивними і замкнутими, даючи малозмістовні, короткі відповіді. Якщо ж педагог починає інтерв'ю з дружелюбного їх вітання і з розмови на нейтральну тему, яка не викликає у них страху або відчуження, і проявляє інтерес до їхніх проблем, це сприяє встановленню тісного контакту. Задаючи «відкриті» питання, роблячи час від часу неформальні коментарі і проявляючи увагу, аутолог демонструє батькам свою зацікавленість і розуміння проблем, що виникли у них (*клієнтоцентрована терапія, К. Rogers*).

Найважливішою якістю аутолога під час опитування є вміння зберігати не просто установку (attitude, L. Lange, 1888, Д. Узнадзе, 1956), а *безоцінну установку (nonjudgmental attitude)*, яка дозволяє йому слухати і розуміти батьків, а їм – повніше розкритися перед своїм співрозмовником. Зберігати безоцінну позицію при постановці діагнозу і визначенні методів корекційно-розвивального впливу вимагає та обставина, що жорстка позиція спеціаліста при оцінюванні здійснює значний вплив на його взаємини з батьками дитини. *Аутолог, який проводить обстеження, має бути відкритий для сприйняття і розуміння батьків дитини і їхньої ситуації, навіть якщо він не згоден з поведінкою цих людей і не схвалює їхніх вчинків.* Усвідомлення поглядів таких людей дозволяє мінімізувати негативний вплив подібних факторів на обробку одержаної діагностичної інформації. Прагнення аутолога вислухати і зрозуміти батьків дитини

дозволяє налагодити контакт з ними, спонукаючи їх до спілкування і надання більш докладної інформації. У кінцевому результаті це допоможе педагогу сформувати з батьками так званий *робочий альянс* (working alliance), як згоду з приводу завдань і цілей обстеження, що має значення як для цілей обстеження, так і для цілей корекційно-розвивальної роботи.

Аутолог-інтерв'юер може використати низку *спеціальних технік*, що полегшує комунікацію в процесі формування робочого альянсу. Однією з них є *перекладання*, яке є лише іншим формулюванням сказаного батьками з наступним його резюмуванням. Наступний крок, педагог може використати *техніку відображення почуттів* (віддзеркалювання): «Спочатку ви говорили, що любите свою дитину, але забуваєте про свої почуття, коли сердиті на неї». Педагог може також застосувати *техніку перевірки сприйняття* (уточнення): «У мене склалося враження, що ви відчуваєте змішані почуття до дитини. Іноді ви любите її, а частіше вам не подобається те, що вона робить. Я правильно вас зрозуміла?».

Основною вимогою такої взаємодії є обережність. Досвідчений педагог-інтерв'юер вміє вчасно змінити тему бесіди, особливо коли хтось з батьків схильний до повторень, балакучий або ухиляється від відповіді. Коли мова йде про важливі події, педагог має отримати від батьків опис не тільки їхньої поведінки і думок стосовно дитини, а й почуттів. Для він має спонукати їх до детального розгляду якоїсь окремої події, що стосувалася дитини, звертаючи при цьому увагу на те, що дорослий при цьому робив, думав і відчував.

Як відомо, процес інтерв'ювання носить не тільки вербальний, але й невербальний характер. Наведемо приклад вербальних і невербальних аспектів повідомлень, які аутологами посилаються і приймаються в ході інтерв'ювання (див. табл.Ш.3.).

Таблиця Ш.3.

Двостороння система сприйняття аутологом вербального і невербального повідомлення в ході проведення інтерв'ю

Двостороння система сприйняття і поведінки аутолога в ході проведення інтерв'ю з батьками дитини	
Відправлення повідомлення	Прийом повідомлення
Задане аутологом питання <i>вербального</i>	Дослівне слухання того, що відповідає хтось з батьків
Переформулювання відповіді батька аутологом	Створення аутологом (за розповіддю батька) образу подій і почуттів з життя дитини
Опис (аналіз) педагогом власних почуттів з приводу почутої розповіді	Упорядкування та аналіз розповіді батька
Пояснення та інтерпретація	Розміщення почутої проблеми батьків

результатів аналізу розповіді батьків	в контекст їхнього реального життя
Підведення підсумків заняття	Уточнення почуттів батьків стосовно події, яка сталася з дитиною і про яку вони розповіли
Призначення завдання, яке необхідно виконати до наступного заняття	Повідомлення результату досягнення ступеня згоди і намірів
Відправлення неverbального повідомлення	Прийом неverbального повідомлення
Вказування жестом на стілець, призначений для батька	Увага до того, як дорослий сідає; чи сидить глибоко або на самому краєчку стільця
Кивки і посмішки, контакт очей	Відстеження того, чи не перериває дорослий контакт очей, поки ви не починаєте говорити
Постукування пальцями по підлокітнику крісла	Уміння помічати такі ознаки, як совання дорослого в кріслі, заламування рук, рум'янець або пітливість
Дотик аутолога до плеча дорослого	Відстеження при цьому якісних змін голосу дорослого: голос стає хриплим, різким, здавленим тощо
Носіння на сеансі білого халата, білої сорочки з краваткою або яскравої теніски, або м'ятої футболки	Увага до того, як одягнуті батьки Джерело: частково N. Sundberg D. Taplin. 1989

Під час інтерв'ювання аутолог має також відрізнити реальні події від суб'єктивного їх сприйняття батьками. З цією метою можна запропонувати дорослому описати події, що сталися з дитиною з точки зору інших людей або спробувати в'яснити, чи розглядають оточуючі ці події в тому ж світлі, що й самі батьки. При цьому педагог не повинен очікувати, що він отримає досконалий об'єктивний і точний звіт про подію, що обговорюється. *Він має постійно пам'ятати про неминучу суб'єктивність відтворення ситуації, а також про те, що реальність може бути зовсім іншою.* Для отримання більш повної і об'єктивної картини можна вдатися до допомоги членів сім'ї або оточуючих.

❖ **Типові стадії інтерв'ювання батьків дитини з РАС.** У ході проведення інтерв'ю спеціалісти в своїй роботі виокремлюють типову послідовність його стадій (фаз).

Стадії інтерв'ювання батьків дитини з РАС:
<ul style="list-style-type: none"> ● Початок інтерв'ю; умови його проведення ● Збір інформації ● Завершення інтерв'ю

➤ *Початок інтерв'ю; умови проведення.* Манера, в якій починається інтерв'ю, значною мірою визначає характер взаємодії його учасників і основні характеристики інформації, одержаної в процесі інтерв'ю. Ефективність застосованих методів і технік може підвищуватися або знижуватися залежно від стилю, в якому педагог починає і веде інтерв'ю, намагаючись встановити з батьками раппорт. На сьогодні вже широко відомо, що саме встановлення раппорту між спеціалістом і клієнтом є основною, а, можливо, і головною умовою одержання позитивних результатів. На відміну від звичайного контакту, раппорт визначають як несвідому довіру, співзвучність (синтонність) і «біокібернетичний резонанс» між двома і більше людьми, що виникає внаслідок їхнього взаємоуподібнення один одному.

Поняття раппорта введено В. Бехтеревим (1919), який повідомив про відкриття ним механізму особливого надчутливого контакту – раппорту, який виникає при певних умовах і навіть дозволяє на мові уявних образів, емоцій і рухів керувати поведінкою. Люди знають, коли вони в раппорті або не в раппорті, але не завжди можуть встановити, як вони приходять до нього або що потрібно робити, якщо рівень раппорту змінюється. Поведінкове підлаштування, тобто підлаштування до пози, жести, голосу, тону, темпу і т.д. так само, як і до змісту розмови може ефективно підняти раппорт на новий рівень. Проте для глибокого раппорта треба підлаштовуватися до інтересів, переконань і цінностей іншої людини. Для того, щоб створити ефективний раппорт пропонується *використовувати своєрідний ланцюжок: приєднання, закріплення і ведення* (С. Ковальов).

Згідно «класичної» схеми, на початковому етапі цього ланцюжка – *приєднання* – використовуються переважно особливості дихання і пози. Досягнення синхронності дихання з диханням батьків дитини, а також ідентичності поз сприяє м'якому входженню в раппорт. Ідентичність поз є відправним пунктом у приєднанні, бо, наприклад, якщо поза батька свідчить про його закритість, то тільки після її копіювання (віддзеркалювання) можна через деякий час перейти до пози, що свідчитиме про відкритість до спілкування. У *закріпленні* застосовуються відповідні жести (асиметричні, ніби «дзеркальні»), міміка, голос і ключові слова, які розвивають контакт в напрямку «підключення» до світу співрозмовника, забезпечуючи тим самим стійке спілкування з ним. Таким чином здійснюється *поступове переключення співрозмовника з його власної програми поведінки на поведінку, запропоновану педагогом*. Тут основна увага приділяється синхронному супроводу для перемикавання батьків на виконання потрібної програми розмови і в потрібному напрямі.

Для підтримки і збереження раппорту під час інтерв'ю з батьками, фахівці з нейролінгвістичного програмування рекомендують педагогу

час від часу задавати собі такі питання: «Що мені потрібно сказати або зробити, щоб створити (покращити) раппорт? Чому батько змінив позу (голос, дихання)? тощо». У зв'язку з винятковою важливістю досягнення раппорта для здійснення ефективної психокорекції Г.Олдер і Б.Хаузер (див. «NLP. Повне практичне керівництво», 1997) рекомендують встановлювати раппорт, домагаючись підстроювання за допомогою визначених параметрів.

Параметри ефективного встановлення раппорту:
<ul style="list-style-type: none"> • поза і рухи тіла; • голос, • мовлення, • переконання і цінності батьків, • особистий досвід аутолога

Досягненню раппорта значно сприяє правильний вибір фахівцем теми інтерв'ювання, приклади яких подані в табл.Ш.4..

Таблиця Ш.4.

Перелік тем анамнестичного інтерв'ю з батьками дитини
<p>1. Особисті дані: ім'я, стать, домашня адреса, дата і місце народження, віросповідання, культурна приналежність тощо.</p> <p>2. Причини звернення батьків за допомогою до аутолога; їхні очікування щодо послуг.</p> <p>3. Життєва ситуація в сьогоденні і в недавньому минулому: житлові умови, основні характеристики навколишнього оточення, коло щоденних занять, зміни, що відбулися в житті за останні місяці, можливі майбутні зміни.</p> <p>4. Сімейне оточення дитини: батьки, брати і сестри, інші значущі члени сім'ї; чи є зростання ролі респондента (того, хто відповідає на питання інтерв'ю) в житті дитини.</p> <p>5. Спогади про події з раннього дитинства малюка: перші чіткі спогади та пов'язані з ними ситуації.</p> <p>6. Народження дитини та особливості її розвитку: вік, в якому дитина почала ходити і говорити; проблеми, які відчували батьки, порівнюючи її з іншими дітьми; інші основні етапи розвитку; думка батьків про характер впливу ранніх переживань дитини на її життя.</p> <p>7. Здоров'я і фізичний стан: хвороби і травми, перенесені в дитячому віці; прийом рецептурних ліків в сьогоденні; прийом не рецептурних лікарських препаратів в сьогоденні; оцінка фізичного стану дитини в порівнянні з фізичним станом інших дітей; режим її харчування і заняття фізкультурою.</p> <p>8. Сфери особливого інтересу дитини та її досягнень; сфери, що викликають труднощі або гордість; наявність проблем, пов'язаних з культурною приналежністю, схильність дитини до використання уяви.</p>

9. Сексуальний розвиток дитини: перші епізоди усвідомлення своєї сексуальності; форми сексуальної активності.

10. Соціальна підтримка сім'ї дитини, соціальні інтереси, коло спілкування: люди, з якими найчастіше доводиться спілкуватися; люди, здатні надати сім'ї різні види допомоги; кількісна та якісна оцінка членів сім'ї своїх взаємодій з оточуючими; вимоги, що пред'являються до інших людей; відчуття своєї корисності для дитини.

11. Самооцінка батьками власних сильних та слабких сторін характеру; оцінка сильних та слабких сторін характеру дитини.

12. Моменти вибору і поворотні моменти в житті сім'ї; найбільш важливі рішення і зміни в житті сім'ї і дитини.

13. Цілі і плани на майбутнє дитини: які події хотіли б спостерігати батьки в найближчому і віддаленому майбутньому дитини і що, на їхню думку, необхідно для цього здійснити; реалістичність суб'єктивної орієнтації в часі щодо здійснення планів, здатність до розстановки пріоритетів.

14. Перелік скарг батьків, соціальних та культурологічних факторів, що можуть мати вплив на формування у них депресивних виявів. В сучасній популяції використовують для опису депресивного страждання (як цього вимагає МКХ-10 для встановлення діагнозу «депресивний розлад») такі скарги: а) тривога (неспокій), б) «стискання» в ділянці серця (серцебиття), в) невмотивований страх (очікування поганих новин), г) втрата сенсу життя та невпевненість у майбутньому, д) раннє пробудження.

15. Будь-яка інша інформація, яку батьки вважатимуть упущеною при зборі анамнезу.

При проведенні анамнестичного інтерв'ю фахівцю корисно пам'ятати, що батьки в розповідній формі викладають свою особисту історію і історію своєї дитини, проте жодна людина не здатна відтворити свою біографію з абсолютною точністю. І в цьому сенсі анамнестичне інтерв'ю не дозволяє виявити справжню історію життя дитини. Тому результатом інтерв'ю є лише розповідь, надана конкретним батьком в конкретний момент часу. Такого роду приватне тлумачення саме по собі є цінним, хоча окремі його деталі аутологу доведеться звіряти зі свідченнями родичів і архівними записами.

Структуровані інтерв'ю. Протягом останніх 30 років в англomовній літературі кількість різновидів структурованих інтерв'ю неухильно зростала. Так, наприклад, з'явився «Список питань для осіб з афективними розладами» (SADS; Endicott & Spitzer, 1988), а також різноманітні опитувальники. Доводи на користь проведення структурованого інтерв'ю досить прості: якщо всі аутологи будуть задавати батькам дітей одні й ті ж питання, то надійність даних, одержаних в ході інтерв'ю, зростатиме. Використовуючи розлогу анкету, підготовлений інтерв'юер ставить батькам серії питань. Більшість з них – **питання закритого типу**, наприклад: «Чи у вашому житті був тривалий період, коли практично

щодня ви не справлялися з агресивною поведінкою дитини?». Або: «Як змінився ваш характер після появи цієї проблеми?». На питання закритого типу батьки можуть дати тільки короткі відповіді «так» чи «ні», на відміну від **відкритих питань** таких, як, наприклад: «Як дитина сьогодні почувається?». Використовуючи спеціальні критерії, аутолог на підставі таких відповідей зможе вивести цілком певний діагноз.

Структуровані інтерв'ю розроблені для задоволення найрізноманітніших потреб, що виникають в ході обстеження. Наприклад, для здійснення диференціальної діагностики використовують «Дитячу версію KSDS» (А. Лурія, 1977, Segal & Falk, 1998), «Методику нейропсихологічної діагностики дітей», (Л. Цветкова, 1998); «Діагностичні



процедури в роботі з дітьми» (Costello. Edelbrock, Kalas, Kessler & Klaric, 1982); «Схему діагностичного інтерв'ю для дітей» (переглянута версія DISC-R; Shaffer, Schwab-Stone, Fisher & Cohen, 1993) тощо. Сегал і Фолк (Фальк) (Segal & Falk, 1998) здійснили загальний аналіз валідності, надійності та практичності найбільш поширених типів

структурованих інтерв'ю. Автори дійшли висновку, що *добре розроблені структуровані інтерв'ю можуть використовуватися професіоналами, парaproфесіоналами і навіть проводиться комп'ютерним методом без жодної значущої шкоди для їхньої надійності.*

Водночас встановлено, що *застосування структурованих інтерв'ю загрожує численними проблемами.* Наприклад, доведено, що спеціалісти, які схильні впадати в надмірну залежність від використання структурованих протоколів інтерв'ю, ризикують упустити важливу інформацію, яка не врахована протоколом. З іншого боку, протоколи, в яких намагаються врахувати всі обставини, часто виявляються такими громіздкими, що їх оперативне використання є вкрай складним. Крім того, стиль спілкування, який визначається жорсткою схемою структурованого інтерв'ю, може відштовхнути батьків і завадити встановленню рапорту і робочого альянсу з ними.

Подібна ригідність (неминуча при проведенні структурованих інтерв'ю) призвела до того, що наприкінці 1990-х рр. спеціалісти все частіше стали використовувати більш гнучкі, **напівструктуровані інтерв'ю**. Як приклад, наведемо Опитувальник «Характер проявів емпатичних реакцій і поведінки в дітей з аутизмом» (див. табл.Ш.5.). Вибір цього опитувальника в якості прикладу пов'язаний з тим, що одним з найважливіших компонентів емоційного розвитку і поведінки дитини, як відомо, є формування в неї здатності до співчуття іншим людям і вміння співпереживати іншій особі. Деякі дослідники прояви

емпатії визначають вже у півтора-дворічних дітей, коли дитина прагне потішити засмучену людину, найчастіше здійснюючи це неадекватними способами (наприклад, пропонує цукерку дитині, яка впала і плаче). Зазвичай така поведінка в дитини раннього віку виявляється стосовно тих людей, яких вона добре знає (батьків, близьких родичів, вихователів, однолітків) і на цьому етапі відповідає динаміці емпатійного процесу, визначених О. Запорожцем (від співпереживання до співчуття і до реального сприяння).

Водночас вже на ранніх стадіях психічного розвитку закладається співпереживання, підґрунтям якого є такі механізми, як емоційне зараження та ідентифікація. У міру становлення співчуття домінуючу роль починають відігравати пізнавальні компоненти – моральні знання і соціальні орієнтації дитини. Отже, справжня емпатія передбачає не тільки емоційну чутливість, а, що особливо важливо, достатній рівень розуміння емоційного стану іншої людини, тобто *ті якості, які в дітей-аутистів є більш усього несформованими*. Застосування опитувальника «Характер проявів емпатійних реакцій і поведінки в дітей з аутизмом» дає змогу виявити як стан розвитку в дитини співпереживання і співчуття, так і тих необхідних компонентів, на основі яких формується і розвивається спочатку прагнення до сприяння іншому, яке в подальшому спонукає її до конкретних вчинків.

Таблиця Ш.5.

Опитувальник «Характер проявів емпатійних реакцій і поведінки в дітей з РАС

№ п/п	Прояви емпатійних реакцій і поведінки дитини з РАС	Часто	Іноді	Ніли
1	Чи дитина виявляє інтерес до емоційної поведінки інших?			
2	Як переживає певний стан іншої дитини (спокійно, здалеку дивиться в бік дитини, швидко боковим поглядом спостерігає за дитиною)?			
3	Чи підходить до схвильованої дитини, спокійно дивлячись на неї?			
4	Чи намагається повернути увагу дорослого до емоційного стану іншої людини?			
5	Чи емоційно реагує на стан іншого, заражається цим станом?			
6	Чи реагує на переживання іншого, промовляючи при цьому: «А я не плачу», «А у мене теж...», «А мені теж..?»			

7	Чи «зображує» співчуття, дивлячись при цьому на дорослого, очікуючи похвали?			
8	Чи повідомляє дорослому, як поспівчував, допоміг іншому?			
9	Чи пропонує емоційно схвильованій дитині що-небудь (іграшку, цукерку тощо)?			
10	Чи стає поруч з схвильованою дитиною, безпорадно дивлячись то на неї, то на дорослого?			
11	Чи проявляє співчуття тільки на прохання дорослого (заспокоює, обіймає, гладить тощо)?			
12	Чи активно включається в емоційну ситуацію або з власної ініціативи заспокоює (допомагає, гладить, обіймає тощо)?			

Отже, опитувальник включає серію спеціально підібраних питань, спрямованих на визначення стану сформованості в дитини основних компонентів емпатії, а саме: 1) відповідних знань про те, що може відчувати інша людина в певній ситуації (когнітивний компонент – «я знаю»); 2) здатність співпереживати (емоційний компонент – співчуття іншому); 3) прагнення реально сприяти тому, щоб поліпшити емоційний стан іншої людини (поведінковий компонент – вплив на ситуацію таким чином, щоб це відбилося на почуттях іншого). При цьому важливо вміти кількісно і якісно інтерпретувати отримані результати.

Кількісна інтерпретація отриманих даних:

- Якщо малюк часто поводить себе адекватно в ситуаціях, зазначених в пунктах 1, 5, 9, 12, то за кожний з цих проявів він отримує 6 балів, що в сумі становитиме 24 бали. Якщо подібні форми поведінки він виявляє лише іноді – присвоюється за кожний прояв поведінки по 5 балів.

- За умови, якщо форма поведінки дитини часто адекватна зазначеній в пунктах 4, 6, 7, 8, то отримує по 4 бали.

- Якщо прояв даних форм поведінки спостерігається в дитини лише іноді, – отримує за них по 3 бали.

- У випадку, коли поведінка дитини часто відповідає описаній в пунктах 2, 3, 10, 11 – ставиться по 2 бали.

- Якщо дитина ніколи не проявляє зазначених форм поведінки, то отримує 0 балів.

Якісно-кількісна інтерпретація отриманих даних:

- Якщо дитина проявляє інтерес до стану іншої людини, яскраво емоційно на нього реагує та ідентифікується з ним, активно включається в ситуацію, намагається допомогти, заспокоїти іншого, то це може інтерпретуватися як прояв дитиною гуманістичної (високої) форми прояву емпатії. До дітей з гуманістичним типом емпатії відносяться ті з дітей, хто набрав від 20 до 24 балів.

▪ У випадку, коли дитина намагається привернути увагу дорослого до себе, емоційно реагує на переживання іншого, але при цьому говорить: «А я не плачу ніколи ...» і т.п. або, якщо, прагнучи отримати похвалу, схвалення дорослого, дитина лише зображає співчуття, співпереживання іншому, то всі ці показники розглядаються як прояв егоцентричного типу емпатії. Егоцентричну емпатію виявляють діти, які набрали від 12 до 16 балів.

▪ Діти, не виявляють інтересу до емоційного стану інших, слабо реагують на їхні переживання і вчиняють емпатійні дії лише за спонуканням дорослого. Ці прояви можуть бути віднесені до низького рівня розвитку емпатії (від 1 до 8 балів).

▪ Діти з кількістю балів від 17 до 19 можуть бути віднесені до таких, які проявили змішаний тип емпатії.

▪ Якщо ж бал дитини коливається в межах 11, то можна передбачити, що розвиток емпатії в неї йде за егоцентричним типом.

Завдання і запитання

- 1. Коротко розкрийте зміст складових початкового етапу діагностики стану сформованості психофізичного розвитку дитини з РАС.*
- 2. Розкрийте мету і завдання початкового етапу аутологічного обстеження дитини.*
- 3. Які форми оцінювання стану психофізичного розвитку дитини з аутизмом є основними?*
- 4. З'ясуйте значення основних інструментів аутолога по збору інформації (інтерв'ювання, спостереження, тестування та оцінювання отриманих результатів).*
- 5. Коротко поясніть, у чому відмінність таких форм діагностичного інтерв'ювання, як: за технікою проведення, за процедурою проведення, типом учасників і ступенем структурованості.*
- 6. Назвіть типові стадії інтерв'ювання батьків дитини.*
- 7. Схарактеризуйте двосторонню систему сприйняття аутологом і невербального повідомлення в ході проведення інтерв'ю батьків дитини.*
- 8. Перелічіть основні теми анамнестичного інтерв'ю батьків дитини з РАС.*

Література

- 1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Сост. Л.М. Шипицына.– С-Пб.: Дидактика плюс, 2001.*
- 2. Лаврентьева Н.Б. Педагогическая диагностика детей с аутизмом //Дефектология. 2003. №2.*
- 3. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма.– М.: Просвещение, 1991.*

4. Тарасун, В. Асинхронний психічний розвиток: діагностичні критерії, причини, основні концепції, методи навчання. // Дефектологія. - 2003. – N1. – 2.
5. Тарасун В.В Концепція нейропсихологічної діагностики соціоемоційного розвитку дитини з аутизмом / Часопис Інституту корекційної педагогіки та психології НПУ ім. М.Драгоманова. К. 2013.

В. Особливості застосування методу спостереження на етапі початкового обстеження дитини з аутизмом: аналіз психічного статусу (MSE), поведінкова оцінка

Метод спостереження широко використовується при вивченні поведінки дітей з аутизмом. Методика психологічних спостережень і загальні принципи виховання вміння проводити спостереження у педагогів-психологів розроблені ще на початку ХХ ст. М. Басовим. На думку Б. Теплової, методика психологічних спостережень М. Я. Басова була єдиною у світовій літературі науковою розробкою цього методу і ця оцінка досі залишається справедливою. *Метод спостереження є другим основним емпіричним методом вивчення дитини. Він полягає в систематичному і цілеспрямованому сприйнятті дитини з метою виявлення специфічних змін поведінки в конкретних умовах.* За його допомогою аутолог має змогу вивчити зовнішні прояви почуттів і поведінки дитини в різних умовах її життя та діяльності. Аналіз матеріалів, отриманих під час всебічного спостереження, дає можливість пізнавати думки і почуття, стосунки і мотиви, установки та інші недоступні для безпосереднього сприйняття психічні компоненти. Це дає змогу знаходити характерні тенденції розвитку особистості дитини, намічати обґрунтовані шляхи управління ними, формувати необхідні морально-психічні характеристики. Водночас аутолог має усвідомлювати, що спостереження стає методом тоді, коли воно не обмежується тільки констатацією, описом фактів, а є цілеспрямованим і здійснюється у відповідності зі сформульованою гіпотезою. Перш, ніж перейти до викладу основного матеріалу стосовно *методу об'єктивного спостереження* зазначимо декілька рекомендацій для педагогів і батьків дітей з РАС.

Спостерігаючи за дитиною, необхідно враховувати **чотири основні попереджувальні ознаки аутизму, що свідчать про відсутність:**

- зацікавленості у взаємодії з іншими людьми;
- реакції на спроби пограти з нею;
- спроб наслідувати поведінку інших людей;
- реакції на своє ім'я.

Також їм необхідно знати, що приблизно у третини дітей з аутизмом спостерігається стан, який відомий як *регресивний аутизм*, що

може з'явитися у віці від 18 до 30 місяців. Тобто, в якийсь момент дитина перестає нормально розвиватися і, здається, втрачає навички, надбані раніше. Наприклад, дитина:

- перестає говорити;
- втрачає набуту мову жестів, наприклад, вказувати пальцем або плескати в долоні;
- стає відчуженою і перестає грати з іншими.
- Якщо батьки помічають у поведінці дитини такі особливості, слід негайно звернутися до педіатра або в центр допомоги дітям з аутизмом. Це пов'язано, перш за все, з тим, що, чим раніше починається психолого-педагогічне втручання, тим більша ймовірність, що дитину можна буде соціалізувати і навчити справлятися з усіма основними потребами, які їй знадобляться в подальшому, можливо, самотійному житті.

Батьки мають знати, що дитячі психологи і фахівці в галузі аутизму зараз спроможні визначити симптоми аутизму у дітей раніше, ніж будь-коли. Це важливо, оскільки раннє виявлення РАС забезпечує надання раннього втручання, яке вважається фактором подальшого позитивного прогнозу. Дослідження та клінічні дані показують, що інтенсивне медико-психолого-педагогічне втручання, особливо коли воно починається до трьох років, значно впливає на стан дитини з аутизмом, сприяючи позитивній динаміці її розвитку.

У братів та сестер дітей з аутизмом ризик розвитку РАС підвищений, тому уважне спостереження батьків за розвитком новонароджених братів і сестер також має вирішальне значення для своєчасного виявлення ознак аутизму. Через це регулярні відвідування педіатрів батьками з дітьми мають вирішальне значення для виявлення малюків з ознаками аутизму. Ідентифікація ознак і направлення до фахівців в галузі аутизму для подальшої оцінки стану дитини сприяє більш ранньому початку медико-психолого-педагогічного втручання. Водночас батьки, *спостерігаючи за перебігом розвитку власної дитини, мають зважати, що поширені в нашому суспільстві стереотипи про людей з аутизмом, можуть спостерігатися і в усіх інших людей, а не тільки у дітей з РАС (див.табл.ІІІ.6).*

Таблиця ІІІ.6.

Стереотипи про людей з аутизмом, поширені в нашому суспільстві
<ul style="list-style-type: none">• У людей, які живуть з діагнозом РАС, є найрізноманітніші риси характеру й особливості, яких (помилково вважають) не може бути в їхніх сусідів, друзів і членів сім'ї тощо.• Другим стереотипом стосовно людей з РАС є переконання в тому, що люди з аутизмом схожі між собою. Ні, вони – індивідуальності і мають свої сильні і слабкі сторони. З цього приводу на сьогодні вже

існує навіть така приказка: якщо ви зустріли одну дитину з аутизмом, ви зустріли тільки одну дитину з аутизмом. Батькам же необхідно враховувати, що найбільш **важливим в терміні РАС є слово «спектр»**, оскільки це порушення насправді охоплює широкий спектр станів і особливостей.

- Стереотипом є і думка про те, що люди з аутизмом **не ображаються на інших людей**. Навіть за умови, що вони сприймають світ по-іншому, проте їм також **властиві абсолютно всі почуття** і їм також може бути боляче і прикро. Цей міф про їхню емоційну байдужість певною мірою пояснюється тим, що багатьом людям з аутизмом складно висловити свої почуття таким чином, щоб інші могли зрозуміти їх.

- Наступний стереотип: у всіх людей з аутизмом **обмежені інтереси і схильність до виконання повторюваних дій**. Це дійсно є фактом. Тому, щоб батьки могли запідозрити, а фахівці могли правильно діагностувати РАС, дитина має проявити кілька симптомів, здатних порушити її соціальне функціонування, таких як: **схильність до виконання повторюваних дій, ритуальну поведінку або обмеження інтересів**. Деякі з цих симптомів відносно нешкідливі, наприклад, розмахування руками, обертання по колу або повторення певних звуків тощо. Але інші, такі як, наприклад, повторювані удари головою, є небезпечними.

- Такий стереотип, як **супровід аутизму прихованими винятковими талантами** більшістю фахівців вважається вигадкою. І батькам не потрібно гаяти час, відшукуючи винятковий талант у дитини, а пам'ятати, що у **дуже невеликого відсотка людей** з РАС є такі виняткові здібності, на які у світі можуть претендувати зовсім небагато людей. Разом з тим, у багатьох аутистів є те, що називають «навички-уламки» «навички-острівці», тобто конкретні розумові навички набагато гостріші, ніж інші їхні здібності. Наприклад, дитина з аутизмом може мати хороші математичні здібності, але при цьому відчувати майже непереборні труднощі з комунікацією.

- Жодна дитина з аутизмом **не спроможна вести незалежне, успішне життя**. Тим не менш, всупереч цьому стереотипу, деякі люди з РАС цілком здатні жити самотійно і знайти успіх у кар'єрі та особистому житті. Прогнози про можливість аутиста вести незалежний, самотійний спосіб життя в значній мірі варіюються від дитини до дитини.

- У людей з РАС є **проблеми з експресивним (розмовним) мовленням**. Це є фактом: в багатьох людей, які страждають аутизмом, існують проблеми з цим тонким і складним видом усного мовлення, як у плані його оволодіння, так і розуміння. Наскільки ця проблема значима для конкретного аутиста, залежить від рівня сформованості його лінгвістичних здібностей і від особливостей проявів РАС.

- Такий стереотип, як бажання людей з аутизмом **бути на самоті** вважається неспроможним. Так, деякі аутисти воліють бути на самоті, а деякі ні, але це також є характерним і для багатьох людей з

нейротиповим розвитком. Коли люди з РАС ізольовані від сім'ї та інших значущих для них людей, вони можуть відчувати смуток і розпач, потребувати підтримки і розуміння. Тому активне соціальне життя для них може бути не тільки корисним, але й приємним.

❖ **Вимоги до методу об'єктивного спостереження:**

- природність (дитина не повинна знати, що за нею спостерігають);
- ведення щоденника спостереження;
- точне визначення об'єкта і предмета спостереження (найбільш важливі риси особистості);
- обмеження аутологом мінімальних ознак, які є предметом спостереження;
- вироблення конкретних критеріїв оцінки цих ознак;
- чіткість і тривалість спостереження.

Позитивна якість методу спостереження – природність вияву психолого-педагогічних явищ. *Недоліки* – пасивна позиція аутолога (чекає, коли явище матиме місце); майже повне виключення психологічного аналізу, що знижує надійність висновків; обмеження у виявленні причин; потребує багато часу. Об'єктивна систематична фіксація різних педагогічних явищ є важливою характеристикою спостереження. Протоколювання, магнітний запис, фото- і кінозйомка, хронометраж і запис за допомогою спеціальної апаратури дають можливість накопичувати і зберігати факти, класифікувати їх, установлювати закономірні зв'язки між ними, робити узагальнення.

❖ **Форми використання методу спостереження** – різноманітні див. табл. III.7.

Таблиця III.7.

Форми використання методу спостереження:
<ul style="list-style-type: none">• <i>безпосереднє спостереження</i> (здійснюється самим аутологом чи батьками);• <i>непряме</i> (педагог узагальнює дані спостережень, отримані від інших осіб);• <i>повне</i>, коли фіксуються всі прояви психічної та педагогічної діяльності дитини протягом певного часу (наприклад, за місяць);• <i>вибіркове</i>, коли за допомогою спостереження дитина обстежується за порівняно невеликий проміжок часу в тій чи іншій конкретній ситуації;• <i>просте (звичайне)</i> спостереження, коли події фіксуються не безпосередньо, а ніби збоку;• <i>співучасте (включене)</i> спостереження, коли аутолог, адаптуючись в якомусь середовищі, аналізує події начебто «зсередини».

Спостереження – процес складний: можна дивитись, але не побачити, спостерігати одне явище, а помітити інше. А в роботі з аутичними дітьми спостереження перетворюється на справжнє мистецтво. Тембр голосу, погляд, розширення чи звуження зіниць, ледь помітна зміна поведінки у спілкуванні з оточуючими та інші, найрізноманітніші, важко фіксовані реакції дитини, можуть стати підґрунтям для глибоких психолого-педагогічних висновків аутолога чи батьків дитини. Таким чином, спостереження є початковим і одним із



найбільш поширених методів вивчення особливостей психофізичного розвитку дитини. Цей метод може розглядатися як самостійний, але частіше використовується у поєднанні з будь-яким іншим, наприклад, з бесідою. Результати і висновки спостереження заносяться в індивідуальну карту дитини, приклад якої

наведено в табл. Ш.8.

Таблиця Ш.8

Карта проявів активності дитини з аутизмом (за результатами спостереження педагога чи батьків дитини)

Прояви активності дитини з аутизмом					
№	Показники активності	Частота прояву			
		Завжди	Зрідка	Часто	Ніколи
1.	Проявляє значну рухливість				
2.	Активно вступає у взаємодію з дорослим				
3.	Пропонує свою допомогу				
4.	Включається у взаємодію з однолітками				
5.	Бере активну участь в іграх				
6.	Перебуває в гарному настрої				
7.	Проявляє інтерес до всього нового				
8.	Охоче включається в діяльність, якщо вона їй цікава				
9.	Намагається усамітнитися				
10.	Виявляє агресивність				
11.	Поводить себе шумно				
12.	Легко зацікавлюється				
13.	Не любить займати другорядні ролі				
14.	Виявляє упертість				
15.	Говорить швидко, голосно				

Карта заповнюється на основі багаторазових спеціальних спостережень за проявами поведінки дитини в різних ситуаціях. При заповненні карти на прийомі у фахівця ставиться кількість балів: якщо дитина вказану форму поведінки не виявляє ніколи, то отримує 0 балів; інколи – 1 бал; часто – 2 бали і завжди – 3 бали.

Обробка та рівнева інтерпретація одержаних матеріалів виконання дитиною запропонованих завдань: 0–16 балів – низький рівень; 17–32 – середній; 35–48 – високий рівень прояву активності дитини з аутизмом.

Отримавши і проаналізувавши результати опитування батьків, результати власних цілеспрямованих спостережень за дитиною і матеріали виконання нею запропонованих завдань, аутолог володіє важливими даними про загальний стан сформованості в дитини психофізичної і соціально-емоційної сфери. Ці дані з метою підтвердження /уточнення попередньо встановленого діагнозу *фахівець порівнює з еталонними показниками благополучного соціально-емоційного розвитку дошкільника з типовим розвитком*⁷. Як приклад, наведемо еталонні показники благополучного соціально-емоційного розвитку дошкільника з типовим розвитком підготовчої групи:

Емоційно відгукується на переживання іншого; – Сприймає і адекватно розуміє основні емоційні стани (гнів, страх, сум, радість, здивування, інтерес); – Проявляє емпатію; – Виявляє (хоча б інколи) здатність до децентрації; – Емоційно благополучний; – Виявляє позитивне самосприйняття, самоствавлення; – Проявляє впевненість у собі, самостійний, активний, ініціативний (адекватно індивідуально-типологічним особливостям); – Вважає себе улюбленим батьками, прийнятим ними; – Володіє навичками самоконтролю, саморегуляції;

Головним чином позитивно оцінює і приймає інших; – Приймається групою, тобто має позитивний соціальний статус; – Володіє способами соціокультурної поведінки і спілкування; – Досить комунікативний (в рамках індивідуальних особливостей); – Має досить розвинений (середньо-високий рівень) соціального інтелекту; – Соціально готовий до школи.

❖ **Аналіз психічного статусу (MSE) дитини.** У багатьох закладах, наприклад, на прийомі в аутолога, який проводить приватну практику, перший контакт відбувається зазвичай за самонаправленням, тобто батьки дитини телефонують або приходять з проханням про допомогу. У подібних ситуаціях аутолог зазвичай

⁷ Повний виклад еталонних показників благополучного соціально-емоційного розвитку дошкільника з типовим розвитком див. Тарасун В. Аутологія. Монографія. – К.: МП Леся, 2014 – стор. 540-548

використовує метод обстеження в якості першого етапу негайного заходу з наступним плануванням психолого-педагогічного втручання. Аналіз психічного статусу дитини, яка вперше приходить на прийом до аутолога по можливості повинен здійснюватися методом спостереження у співпраці з психологом і дитячим психіатром. Ця процедура має давні традиції і зарекомендувала себе в якості «наріжного каменю описової психопатології» (В. Гіляровський, 1954, М. Зеєман, 1962, Б. Зейгарник, 1982, Robinson & Charman, 1997). Аутологу також корисно володіти даною формою оцінювання, яка йому допомагатиме зрозуміти, що *існує ряд умов, за яких він спроможний самотійно провести подібний аналіз*. У багатьох психолого-педагогічних службах саме аналіз психічного статусу, одержаного на підставі результатів обстеження і збору анамнезу, є *єдиною формою оцінки психофізичного стану дитини, достатньою для постановки діагнозу*. Разом з тим, базуючись на одержаних результатах, аутолог може зробити висновок про те, що попередньо виявлена картина психолого-педагогічного стану дитини вимагає подальшого і більш детального обстеження за допомогою вже психологічного і нейропсихологічного тестування і, що особливо важливо, – до того, як буде поставлений остаточний діагноз та складено план психолого-педагогічного втручання.

❖ **Аспекти оцінки психічного статусу дитини з РАС.** Така оцінка із застосуванням методу спостереження має містити результати обстеження:

- зовнішнього вигляду і поведінки дитини;
- установок дитини у ставленні до педагога і до конкретної ситуації
- сформованості мовлення і комунікації;
- сенсорного і когнітивного функціонування;
- емоційного функціонування;
- усвідомленості і судження.

У ході такого обстеження метод спостереження найчастіше використовується в поєднанні з напівструктурованим інтерв'ю, формат якого дозволяє педагогу підлаштуватися під стан конкретної дитини.

Отже, спостереження є одним з основних методів обстеження дитини з аутизмом. Хоча метод інтерв'ю з батьками також є однією з ситуацій, в яких може і повинно проводитися спостереження за дитиною. Пильний погляд аутолога здатний глибоко проникнути в особистість дитини, виявивши значиму інформацію про глибинні аспекти її особистості, культурні впливи, ступінь самоконтролю, установок і характер взаємостосунків з іншими людьми.

Член родини дитини з РАС і сама дитина демонструє ті чи інші символи власної ідентичності, соціальної ролі і біографії. І якщо аутолог буде досить спостережливим, ці ознаки завжди зможе помітити і використати їх як спосіб підібрати ключі до подій минулого дитини і стилю життя її родини.

Використовуючи різні способи спостереження, проникливий педагог зможе зробити висновок про те, що:

- *неохайний одяг та скуйовджене волосся* свідчать про умови життя дитини в певному соціальному середовищі і багато чого можуть сказати насамперед про неї саму та її сім'ю.;

- *надмірна акуратність* може бути ознакою компульсивної (нав'язливої) поведінки, тобто ознакою так званих компульсивних «ритуалів», досить різноманітних, але часто схожих між собою за основними рисами. Компульсії зовні можуть виглядати більш-менш раціонально, але, як вказують психологи, головне в них не це. Головне в них те, що дитині від них дуже тяжко або навіть неможливо відмовитися. Провівши ритуал, дитина відчуває полегшення, і переходить в постритуальний стан, проте через деякий час все повторюється знову,

- *ритуали, пов'язані з очищенням* (нав'язливе миття рук, стереотипне прибирання на ігровому столику), з їжею (вибірковість в їжі), безпекою (нав'язлива перевірка замків на дверях), порядком (перестрибування тріщин, дотримання розпорядку дня, упорядкування предметів), з лічбою (постійний підрахунок всього, що оточує її) тощо;

- *короткий зоровий контакт або специфіка його уникнення* допомагають оцінити особливості міжособистісних взаємин дитини. Вінс (Wiens, 1996) зазначає, що зоровий контакт відіграє важливу сигнальну роль у процесі вербального спілкування. Хто слухає, зазвичай, дивиться в очі або на губи того, хто говорить, тоді як той, хто говорить, прагне відвести погляд від слухача. Отже, окрім неформальних, повсякденних спостережень, аутолог вчиться відшукувати і визначати особисті інтереси дитини та особливості її міжособистісних взаємин.

Кожен аутолог, який здійснює професійне спостереження, має реалізувати його з вольовою напругою, з певним зусиллям. При цьому повинен постійно пам'ятати про те, що **професійне спостереження – це своєчасне виявлення малопомітних ознак, які мають професійне значення**. Саме це змушує ретельно вивчати всі деталі, не поспішати, аналізувати, змінювати при необхідності місце спостереження - наближаючись до дитини, або віддаляючись від неї.

На сьогодні з метою здійснення загального спостереження за поведінкою дитини деякі аутологи, особливо ті, хто дотримується в корекційно-розвивальному процесі *навчальної орієнтації*, розробили складні системи збору даних. Вони вдаються до методів кодування і шкалювання при оформленні спостережень, заснованих на відеоматеріалах і спостереженнях в домашніх умовах. Крім того, використовують ті записи, що проводяться через вікна з одностороннім пропусканням світла.

Прихильники *поведінкової орієнтації* нерідко наполягають на відвідуванні дітей вдома, вважаючи цю форму контакту складовою частиною діагностико-розвивального процесу. Вони також можуть попросити батьків дитини вести спостереження: робити записи про особливості характеру і кількості спожитих нею харчових продуктів під час проходження програми, фіксувати час і місце виникнення небажаних нав'язливих жестів тощо. Для оцінювання стану сформованості соціально-емоційних форм поведінки дитини педагог зможе застосувати спеціально розроблену шкалу (за В.Тарасун), за якою можна легко проаналізує дані, отримані під час спостереження (див. табл.Ш.9).

Таблиця Ш.9

Порівняльна шкала оцінювання стану сформованості соціально-емоційних форм поведінки дитини з РАС (за матеріалами педагогічного спостереження)

Особливості сформованості соціально-емоційного розвитку дитини дошкільного віку		
Вікова норма	Шкала оцінювання	Дитина з аутизмом
Вміє без конфліктів гратися з дітьми. Враження викликають радість і задоволення.	+10___0___-10	Не грається з іншими дітьми; не виявляє зацікавленості в певних іграх. Схильна до повторюваних, незрозумілих для інших ігор. Не вміє діяти по черзі з іншими людьми. Їй важко грати в ігри, що вимагають уваги. Слабо реагує на прояви емоцій, часто негативує, свариться (в доступній їй формі). Радість від улюблених вражень виявляється в примітивній міміці і жестикуляції, а примусове припинення аутостимуляції – в аутоагресії.
Співчуває засмученій людині, намагаючись допомогти	+10___0___-10	Ніяким чином не виражає свого співчуття Іншому. Зазвичай не може співпереживати, тому що не може зрозуміти, кому саме співчувати. Може виявляти постійну і диференційовану емоційність в «спілкуванні» з іграшками, емоції яких не потрібно

, пожаліти.		розпізнавати. З труднощами справляються із завданнями на розпізнавання осіб і емоцій.
Доброзичлива стосовно інших осіб	+10___0___- 10	Агресивна (часто ображає інших дітей і дорослих, б'ється). Спостерігається амбівалентність афекту та необґрунтованість страхів стосовно іншої людини. Разом з тим, виявляє прив'язаність до тих, осіб хто безпосередньо про неї піклується. Водночас може спостерігатися неадекватна сильна прихильність до неживих предметів.
Намагається доброзичливо і самостійно розв'язати конфлікт, що виник	+10___0___-10	По-своєму намагаючись розв'язати конфлікт, демонструє несподівано бурхливі, часто невмотивовано агресивні вчинки і реакції заперечення. Як правило, навіть незначні зміни в навколишньому середовищі викликають в неї соціально несхвальну поведінку, яку вона не намагається відкоректувати. Не скаржиться дорослим, коли конфліктує з дітьми. Виявляє агресивні і аутоагресивні прояви гніву при намаганні іншої особи розв'язати конфлікт, що виник.
Надає допомогу іншому	+10___0___- 10	Байдужа до потреб інших. Водночас виявляє слабку реакцію на спроби надати їй допомогу. Іноді такі спроби викликають в дитини сильне роздратування та істеричні реакції, які можуть мати переважно демонстративний і маніпулятивний характер. Практично не звертається з проханнями про допомогу чи за співчуттям.
Погоджує свої дії з діями інших	+10___0___- 10	Не здатна узгоджувати свої дії з діями інших. Свої бажання і дії частіше «висловлює», маніпулюючи рукою іншої людини, тобто використовує людину як продовження частини свого тіла. При взаємодії виявляє прояви порушення реакції на емоції інших осіб. Водночас боїться взаємодіяти з незнайомими особами або на всіх реагує однаково байдуже.
Стримує негативні прояви емоцій	+10___0___- 10	У спонтанній поведінці може виявляти різні емоції, проте помітно, що не вміє керувати проявами своїх негативних емоцій. Водночас доброзичливе спокійне пояснення емоційної ситуації дорослим може сприяти правильному реагуванню дитини. Заклики ж до стриманості призводять до спалахів тривоги або агресивних і самоагресивних проявів. При цьому, як

		правило, дитина може не виявляти адекватної реакції на емоційні переживання інших осіб або може не помічати їх. Загалом, розуміння емоційного стану іншої людини й адекватна реакція на цей стан для аутиста є часто недоступними. Можуть спостерігатися значні обмеження в спроможності дитини інтерпретувати сприйняту емоційну інформацію та розуміти її смисл.
Підпорядковує свої інтереси інтересам інших	+10____0____- 10	Не схильна спонтанно наближатися до іншої особи, виявляючи інтерес до неї чи до її дій. Зазвичай, не зважаючи на прагнення інших осіб, не підпорядковує їм, наприклад, своє вибіркоче користування іграшками в самотніх безсюжетних не рольових іграх. В іграх не враховує інтереси інших осіб.
Поступається іншому. Приймає соціальні норми і правила поведінки і дотримується їх	+10____0____- 10	Наполягає (часто в агресивній формі) на дотриманні своїх одноманітних незмінних дій і ритуалах. Обстоює навмисне дотримання деяких власних правил діяльності. Не демонструє свою поступливість за допомогою участі в невербальному спілкуванні. Зазвичай не приймає соціальні правила поведінки, не вміє і не прагне імітувати чужу поведінку. Не сприймає зауважень і вимог інших осіб припинити прояви нав'язливого прагнення тактильної аутостимуляції і вибіркового відтворення приємних сенсорних відчуттів

Вихователі групи, помічники вихователя, батьки, незалежно один від одного кожен в своїй окремій анкеті, також можуть відмічати, в якій мірі форма поведінки дитини відповідає формам, зазначеним на полюсах кожної зі шкал. Кожна шкала в обидва боки ділиться на десять поділок, що відповідає 10 балам як за позитивними, так і за негативними якостями поведінки. Дитина може виявляти поряд з позитивною поведінкою і негативну. Тому на шкалі це може бути виражено, наприклад, в 7-и балах за шкалою зі знаком мінус, і в 3-х балах – за шкалою зі знаком плюс.

Інтерпретація результатів оцінювання. По-перше, необхідно зіставити результати оцінювання поведінки дитини з аутизмом і дитини з нейротиповим розвитком. Потім знайти величину середнього балу за кожною шкалою окремо, а далі – середній бал за сукупністю оцінок за позитивними формами поведінки і за негативними. На підставі отриманих результатів фахівець визначає стан сформованості соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом.

❖ Відомою методикою спостереження за соціальною поведінкою дитини є **Map observation D. Stott (Карта спостережень Д. Стотта**, див. karta-stotta.doc).

Карта дозволяє не тільки фіксувати характер поведінки, але й виявити характер дезадаптації поведінки дитини. Карта спостереження **містить 198 фрагментів фіксованих форм поведінки, згруповані в 16 синдромів**. Карта спостережень Стотта складається з 16 симптомів-зразків поведінки, симптомокомплексів (СК). СК віддруковані у вигляді переліків і пронумеровані (I-XVI). У кожному СК бали за зразки поведінки підсумовуються. Потім суми сирих оцінок по кожному переводяться в процентні показники. Процентні показники свідчать про вираженість СК в обстежуваного від максимально можливої вираженості до мінімальної. До карти спостережень входять наступні комплекси симптомів-зразків поведінки: I – недовіра до нових людей, речей, ситуацій; II – депресія; III – уникнення контактів з людьми, відчуження; IV – тривожність стосовно дорослих; V – ворожість у відносинах з дорослими; VI – тривога по відношенню до дітей; VII – асоціальність; VIII – ворожість до дітей (від ревнивого суперництва до відкритого ворогування); IX – невгамовність; X – емоційна напруга; XI – невротичні симптоми; XII – неблагополучні умови оточуючого середовища; XIII – сексуальний розвиток; XIV – розумова відсталість; XV – хвороби і органічні порушення; XVI – фізичні вади.

Цю карту може заповнювати як психолог, так і педагоги або, за окремими симптомами, батьки. Це дасть можливість **знайти їм «спільну мову» при постановці діагнозу**, а також при складанні корекційно-розвивальних програм.

Необхідно чітко усвідомлювати, що *інтерпретація результатів обстеження здійснюється тільки фахівцем*, оскільки передбачає ґрунтовне знання психологічних особливостей особистості дитини з аутизмом і закономірностей її розвитку.

❖ У контексті дослідження девіантної поведінки дітей з аутизмом старшого віку частіше використовують **Опитувальник Басса-Дарки (Bass-Darky, 1957)**, призначений для діагностики агресивних і ворожих реакцій. Опитувальник може також використовуватися для фіксації спостережень аутолога чи батьків за поведінкою дитини з аутизмом. *Під агресивністю* розуміється властивість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в площині взаємовідносин. *Ворожість* розуміється як реакція, що розвиває негативні почуття і негативні оцінки людей і подій. Тест за допомогою пред'явлення 75 запитань виявляє різні види агресії (див. табл. III.10).

Види агресії:
<ul style="list-style-type: none"> • Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи. • Непряма – агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або на іншу річ (грюкання дверима, биття по столу, ламання речей). • Роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменших незначних причинах (запальність, грубість). • Негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв, правил і законів. • образа – заздрість і ненависть до оточуючих за реальні і вигадані дії. • Підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання у тому, що інші люди планують і приносять шкоду. • Вербальна агресія – вираз негативних відчуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози). • Почуття провини – висловлює можливе переконання людини в тому, що вона є поганою, що від неї надходить зло і нещастя, відчуються докори сумління.

❖ Під час спостереження з метою визначення особливостей поведінки і зовнішнього вигляду аутиста з девіантною поведінкою корисно застосувати **Схему спостереження** (за Н. Максимовою; див. табл. III.11).

Таблиця III.11.

Визначення особливостей зовнішнього вигляду дитини і категорій її поведінки
<ul style="list-style-type: none"> • загальний зовнішній вигляд: загальний соматотип, фізичні особливості, наявність фізичних недоліків або диспропорцій, постава, міміка і жестикуляція, тримається скуто чи вільно, адекватно чи ні, охайність в одязі, зачісці, чистота тіла, ступінь загальної рухливості тощо; • властивості мовлення: інтенсивність і тембр голосу, темп мовлення, чіткість вимови, словарний запас, наявність жаргону, брутальних виразів, специфіка вираження думок – ступінь послідовності, логічності, чіткості, швидкості словесної реакції; • соціальна поведінка: особливості встановлення контактів, ступінь невимушеності при цьому, товарицькість, наявність соціальних навичок, вихованість, специфіка поведінки за ступенем домінування, агресивності, підлеглості та довірливості тощо); • особливості настрою: ейфорія, безтурботність, врівноваженість, серйозність, відсутність гумору, поганий настрій, тривога тощо; • ставлення до обстеження: ступінь зацікавленості – від активного небажання або недовіри, байдужості до надмірної зацікавленості; • діяльність під час обстеження: ступінь уважності; намагання знайти загальний спосіб вирішення завдання або дії методом спроб і помилок,

темп роботи – ступінь рівномірності, швидкості, сумлінності і охайності при виконанні завдань, реакція на невдачі – агресивна, звинувачення себе, відмова від діяльності, байдужість тощо.

Крім того, вважається доцільним проведення спостереження декількома спостерігачами протягом досить тривалого часу в різноманітних умовах життєдіяльності дитини. При цьому важливо, щоб попередньо виділені категорії поведінки, які фіксуються у спостереженні, оцінювалися за частотою їхнього прояву.

Завдання і запитання:

1. У чому полягає значення методу спостереження як другого основного емпіричного методу вивчення дитини з РАС?
2. Розкрийте зміст і значення основних вимог до методу об'єктивного спостереження.
3. Які ви знаєте форми використання методу спостереження в роботі з дітьми з РАС?
4. Які види спостереження доцільно застосовувати для оцінювання психічного статусу дитини з РАС?
5. Розкрийте зміст і значення основних видів оцінювання поведінки дитини з РАС за матеріалами спостереження.

С. Психологічне тестування дитини з РАС

❖ **Метод тестування** – ще один важливий інструмент обстеження дитини з РАС. Більше того, протягом багатьох років тестування було однією з основних сфер діяльності психологів і значною мірою корекційних педагогів і спеціальних психологів. Навіть від тих фахівців, які займаються виключно практикою, очікується певна ступінь обізнаності стосовно тестів і проведення тестування. Тест (англ. test - проба, випробування, перевірка) є стандартним і об'єктивним методом, що дозволяє одержати зразок поведінки дитини в стандартній ситуації (Anastasi & Urbina, 1997). Тест – основний інструмент психодіагностичного обстеження, за допомогою якого здійснюється психологічний діагноз. У психодіагностиці існують *різноманітні класифікації тестів*. Вони підрозділяються за особливостями завдань на тести вербальні і тести практичні; за формами процедури обстеження – на тести групові та індивідуальні; за спрямованістю – на тести інтелекту і тести особистості; в залежності від наявності або відсутності тимчасових обмежень – на тести швидкості і тести результативності. Стосовно проєктивних методик, які характеризуються як недостатньо стандартизовані, термін тест не використовується. В останні десятиліття активно розробляються комп'ютерні тести.

Поширене уявлення про «простоту» і доступність тесту не відповідає дійсності. Як засіб вивчення найскладніших психічних явищ, тест не може тлумачитися спрощено як пропозиція завдання і реєстрація його рішення. Використання тесту (тестова компетентність) можливе лише за умови опори на знання в галузі теорії і практики психодіагностики. Не менш суттєвим є дотримання етичних норм психодіагностики. Норми професійної етики поки що розроблені у відповідності з основними вимогами професійної етики, прийнятими за кордоном, у країнах з широкою і добре організованою мережею психологічних служб. Оскільки в нашій країні практична психологія є відносно молодою і поки недостатньо структурованою галуззю, вона не має діючих органів і способів контролю за практикою окремих прикладних психологів. Тому в основі норм професійної етики лежать загально визнані права людини і основним критерієм і контролем їхнього виконання повинна бути професійна чесність і гуманність самих психологів.

В руках недобросовісного або некваліфікованого користувача тести можуть принести серйозну шкоду. Тому дві основні причини необхідності контролю за використанням психодіагностичних тестів: а) запобігти загальній доступності змісту тесту, яка робить його невалідним; б) гарантувати використання тестів тільки кваліфікованими спеціалістами.

У більшості ситуацій тестування проводиться на індивідуальній основі, один на один. Завдяки цій обставині тестування робить можливим досконале вивчення дитини і безпосередню взаємодію з нею. Однак при цьому необхідно враховувати, що тестування дитини з аутизмом є складною процесуальною дією, спрямованою, перш за все, на визначення (підтвердження, уточнення) ознак порушення аутичного спектра з метою розробки (на цій основі) стратегічних і тактичних підходів та напрямів превентивної і корекційно-розвивальної роботи. Необхідним компонентом цього процесу є встановлення емоційно-регулятивної взаємодії між дитиною й аутологом.

Тести для вивчення стану розвитку дитини зазвичай розглядають як структуровані і стандартизовані інтерв'ю чи спостереження, оскільки письмові опитувальники можуть включати ті ж самі питання, які задаються і під час інтерв'ю. Так, проведення індивідуального тесту інтелекту, при виконанні якого дитина, наприклад, повинна за допомогою кубиків відтворити пред'явлений зразок або накреслити шлях у схемі лабіринту, водночас надає можливість вести спостереження за її емоційно-вольовою сферою і поведінкою.

Більшість тестів, наприклад, тестів особистості і тестів інтелекту доступні тільки фахівцям, що володіють відповідною професійною кваліфікацією.

Хороший спосіб ознайомитися з тестами – пройти їх, якщо це можливо, на відповідних курсах. Корисніше за все пройти тест, не маючи про нього ніякої попередньої інформації, і тільки потім прочитати про нього – це дозволяє поглянути на тестування з позиції батьків дитини чи самої дитини.

Для будь-якої дитини стимульною ситуацією є не тільки аркуш з текстом або пропоновані їй предмети, але й інструкції, а також фізичний і соціальний контекст, в якому здійснюється тестування. Так, ситуаційні характеристики і особистість педагога можуть впливати на результати тестування. Наприклад, шум в приміщенні може відвернути увагу дитини, а прояв сердечності з боку аутолога здатний вплинути на число відповідей, що даються на питання відкритого типу. Крім того, на результатах тестування може позначитися те, як дитина сприймає педагога як людину, яка чуйно й шанобливо ставиться до її особливостей. На тестові результати може впливати навіть манера постановки питань. Так, в тесті на запам'ятовування і відтворення ряду предметів, дитина, що чує паузу в середині послідовності, запам'ятає предмети краще, ніж якщо предмети будуть перераховуватися монотонно, з інтонаційним виділенням кожного предмета.

Переваги тестів у порівнянні з індивідуально проведеним інтерв'ю або спостереженням:

- інформацію можна отримати швидше, з меншими витратами дорогого часу професіонала;
- тести можна систематично використовувати для порівняння різних дітей і одержаних ними результатів
- тести легше піддаються статистичній обробці та аналізу, ніж не стандартизовані процедури, адже тест завжди проводиться в конкретній обстановці і дозволяє отримати зразки поведінки дитини в строго певний момент її життя. При інтерпретації результатів оцінювання педагог повинен задавати собі питання: чи не було в обстановці проведення тесту чогось незвичайного, чи не була дитина хворою, немотивованою тощо.

Далі коротко висвітливо такі важливі складові процесу застосування діагностичних тестів, як визначення їхньої мети, критеріїв і типів.

✓ ***Основні критерії діагностичних тестів.*** Конструювання тестів включає в себе велику кількість складних і взаємопов'язаних процесів. Двома основними критеріями, котрим повинні відповідати

тести, є надійність (reliability) і валідність (validity). Крім того, в більшості психологічних тестів використовуються норми, з якими слід порівнювати результати тестування конкретної дитини.

Під *надійністю* розуміють узгодженість і точність одержаних результатів. Різні частини або різновиди одного і того ж теста повинні призводити до схожих оцінок, а повторення тесту через невеликий проміжок часу має дати результат, аналогічний початковому. Оскільки при тестуванні завжди присутні випадкові чинники, наприклад пов'язані з концентрацією уваги дитини, то жоден з тестів неможливо визнати абсолютно надійним; тим не менш, тести високої якості дозволяють отримати досить точні результати.

Валідність тесту стосується того, що саме вимірюється даним конкретним тестом і наскільки добре вимірюється цим тестом даний показник. Приміром, в якій мірі тест інтелекту дійсно оцінює інтелект? Визначення валідності тесту – надзвичайно складне завдання, для вирішення якого застосовуються різні техніки. Зокрема це тести, пов'язані із зіставленням результатів конкретного тесту за певним показником з результатами інших тестів за цим самим показником або з поведінкою випробуваного в умовах реального життя (так звана *конкурентна валідність*). Це також може бути зіставлення результатів тестування з подальшими досягненнями випробуваного (*прогностична валідність*). Або з визначенням того, наскільки взаємопов'язані між собою різні показники одного тесту, які повинні бути взаємопов'язані з теорією, що лежить в основі даного тесту (*конструктивна валідність*). Як правило, коефіцієнти валідності значно нижчі коефіцієнта надійності.

✓ ***Мета і значення тестування для прийняття рішення, життєво важливого для дитини та її родини.*** Як і інші процедури обстеження (інтерв'ювання і спостереження), тестування набуває особливу важливість, коли *головною метою обстеження* стає прийняття, наприклад, рішення, в яку установу потрібно помістити дитину або оцінити якість батьківського піклування, або поставити діагноз розумової відсталості, або виявити труднощі навчання. Подібні рішення нерідко не зворотно змінюють хід життя дитини та її батьків, підпорядковуючи його поставленому діагнозу. (Уявіть собі, наскільки змінилося б ваше життя, якби вам поставили діагноз аутизму або розумової відсталості). *Дуже важливо пам'ятати про те, що наслідки подібних рішень часто незворотні.* Крім того, аутолог, який проводить тестування, має бути впевненим в тому, що запропоновані ним тестові процедури не надто нав'язливі і що їхнє проведення дійсно є показаним для конкретної дитини.

Стандартизовані тести, зокрема тести інтелекту, часто характеризуються нормами, які змінюються з віком, відображаючи типові зміни дитини по мірі її дорослішання. Наприклад, результати

тестування 5-річного малюка порівнюються з результатами інших 5-річних дітей, а результати 10-річної дитини – з результатами 10-річних. В якісно сконструйованих тестах застосовуються *нормативні вибірки*, що відображають основні демографічні характеристики популяцій, для яких призначені дані тести.

Перш, ніж приступити до самостійного проведення тестування або інтерпретації його результатів, аутолог має продемонструвати наявність відповідних знань, професійної підготовки і досвіду використання тестових процедур.

Як і при проведенні інтерв'ю, завдання фахівця – спонукати дитину до поведінки, зацікавленої і вільної від тривоги. При роботі з аутичними дітьми, багато з яких спочатку агресивні або схильні до психологічного захисту, часто доводиться витратити чимало часу і сил для встановлення рапорту. Водночас батьки дитини, природно, хочуть знати, в чому саме полягає сенс тестування і як будуть використані його результати. Тому на початку тестування аутолог пояснює основну мету тестування і відповідає на запитання батьків. Етичні норми вимагають, щоб, як і у випадку інтерв'ювання, батьки дитини дали свою інформаційну згоду і були поставлені до відома про те, що вони можуть перервати процедуру в будь-який момент. Якщо тести проведені з дотриманням всіх правил і був встановлений міцний рапорт, вони стають ефективним методом порівняння результатів дитини, яка протестована, з результатами інших дітей або з релевантними критеріями.

Умови успішного діагностичного тестування:

- достатньо досконале володіння аутологом технікою обстеження, що є вирішальним для достовірності і точності одержаних даних;
- чітке знання спеціалістом того, на що спрямований пошук, тобто знання симптомів РАС;
- правильне порівняння відповідних показників норми і відхилень від неї.

Переважаючою більшістю науковців визнається, що ***недоліком тестування є не багаточисельність обстежень, а, головним чином, їх безсистемність, помилкове оцінювання або незнання спеціалістом симптомологічного значення одержаних даних.*** Наслідком цього може стати ***недооцінка одних***, можливо найважливіших, симптомів і ***переоцінка інших***, менш важливих, і разом з тим накопичення фактів (симптомів) ***при слабкій можливості узагальнити їх.***

На сьогодні практиками широко застосовуються *тести, опубліковані на комерційній основі, і так звані «домашні» тестові процедури.* Продовжити ознайомлення з цією темою докладніше можна на

спеціальних курсах, практичних заняттях і семінарах, в інтернет-мережі, а також опрацьовуючи відповідну науково-методичну літературу (наприклад, А. Anastasi, Л. Бурлачука та ін.).

Нині серед напрямів діагностики виокремлюють такі:

- **скринінгова діагностика**, спрямована на виявлення існуючих відхилень у психофізичному розвитку дитини з РАС без точної класифікації їхнього характеру і рівня прояву;
- **диференційна діагностика** порушень розвитку з метою визначення типу і категорії порушення;
- **поглиблена психолого-педагогічна діагностика** дитини.

В залежності від поставленої мети і орієнтуючись на зазначені напрями діагностики, аутолог віддає перевагу тим чи іншим діагностичним методикам. Розглянемо цей матеріал докладніше.

1. Скринінгова діагностика. У випадку з РАС приблизно половина батьків помічають незвичну поведінку дитини після досягнення 18 місяців, а до 24 місяців на відхилення звертають увагу вже 80% батьків. Оскільки затримка кваліфікованого втручання може вплинути на довгостроковий результат, дитину слід негайно показати фахівцеві при наявності будь-якої з таких ознак у віці:

- 12 місяців життя – дитина ще не лепече;
- 12 місяців – не жестикулює (не вказує рукою на предмети, не махає рукою на прощання і т. п.);
- 16 місяців – не вимовляє слів;
- 24 місяців – не вимовляє спонтанно фрази з двох слів (за винятком ехолалії);
- а також, якщо в будь-якому віці відбувається втрата якоїсь частини мовленнєвих або соціальних навичок.

✓ У **Клінічному протоколі надання медичної допомоги** дітям із розладами загального розвитку, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України, зазначені такі характерні ознаки порушень розвитку у дітей з аутизмом:

- *у дітей на першому році життя* – ригідність, напруженість пози, коли вони знаходяться на руках у дорослих; відсутність реакції на голос батьків; застрягання на зорових стимулах; відсутність гуління, лепетного мовлення; відсутність емоційної реакції на навколишніх людей і наслідування; наявність повторювальних одноманітних проявів поведінки; порушення харчової поведінки, сну тощо;

- *у дітей віком від 1 до 3 років*: уникнення зорового контакту; вузький спектр емоцій, неадекватні реакції на предмети і людей; не реагування на власне ім'я; не перенесення набутих навичок на інші ситуації; виявлення стереотипних рухів і нав'язливих дій; особливості обстеження докільця (облизує, обнюхує) тощо.

✓ *Американська Академія Педіатрії* рекомендує здійснювати скринінг всіх дітей на РАС при консультаційних візитах у віці 16 і 24 місяців, використовуючи відповідні скринінгові тести. Водночас британський скринінговий комітет навпаки не рекомендує проводити подібний скринінг в загальній популяції. Це пов'язано з тим, що точність скринінгових методик не отримала належного підтвердження, до того ж немає достатніх доказів ефективності пропонуваного заходів терапевтичного втручання. У число скринінгових інструментів входять «Модифікований Список Ознак Аутизму в Малюків» (Modified Checklist for Autism in Toddlers, M-CHAT), Опитувальник раннього скринінгу аутичних рис (Early Screening of Autistic Traits Questionnaire), і Список Першого Року (First Year Inventory). За попередніми даними, отриманими при використанні M-CHAT та його ранньої версії – CHAT, у дітей віком від 18 до 30 місяців, цей опитувальник більше підходить для використання в умовах клініки. Цю обставину пояснюють тим, що його відрізняє низька чутливість (підвищені помилково-негативні результати) при хорошій специфічності (мало помилково-позитивних результатів). Висловлюється припущення про те, що для підвищення точності слід випереджати ці тести більш загальним скринінгом, визначальним не тільки для РАС, а в цілому для розладів розвитку. Поведінкові норми такі, наприклад, як загальноприйнята тривалість зорового контакту, іноді відрізняються у спільнотах з різною культурою. Тому скринінгові інструменти, засновані на нормах однієї культури, часом не підходять для використання в іншій країні або місцевості. Генетичний скринінг аутизму в цілому поки що не вважається прикладним.

✓ *Опитувальник CHAT* (Checklist for Autism in Toddlers) створено для спостереження (15 хв.) за балансом здоров'я 18-місячних дітей і складається з двох частин. Перша частина охоплює закриті питання, що стосуються функціонування дитини в 9 сферах: 1) гра у близькому фізичному контакті (гойдання, підкидання); 2) соціальна зацікавленість; 3) розвиток моторики; 4) соціальні ігри; 5) гра «на ніби»; 6) вказування на предмет, який дитина хоче отримати; 7) вказування на об'єкт, яким хоче зацікавити іншу особу; 8) функціональна гра; 9) розподіл уваги. Друга частина опитувальника складається з п'яти пунктів і дає змогу порівняти інформацію, отриману від батьків, з фактичними можливостями дитини. Опитувальник CHAT дає можливість виявити дітей, які належать до групи ризику, і, отже, пришвидшує процес встановлення діагнозу. M-CHAT є розширеною версією опитувальника CHAT і може використовуватися для оцінки ризику наявності аутизму фахівцями психолого-педагогічного профілю. Повна версія тесту представлена в Модулі 4 даного підручника.

✓ Практичний досвід фахівців різних країн і важливість своєчасного розпізнання РАС зумовили подальший пошук маркерів для їхньої скринінгової діагностики. Так, *ізраїльський Центр перевірки аутизму* запропонував вісім ознак, за якими можна розпізнати схильність *шестимісячного немовляти* до аутизму:

- виражена пасивність – не плаче, не рухається, не цікавиться навколишнім світом;
- надмірна активність – увесь час плаче, нервує, крутиться;
- небажання пити материнське молоко;
- немає реакції на голос і на появу батьків;
- спроба відхилитися від дотиків батьків;
- немає контакту з батьками і з предметами, тобто, непомітно, щоб дитина щось або когось роздивлялася, дивилася в очі тощо;
- відставання в психофізичному розвитку;
- прискорене зростання обсягу голови. Вважається що візуальний аналіз може бути використаний для визначення людей з аутичним розладом, синдромом Аспергера і первазивним порушенням розвитку. Висловлюється думка, що ця діагностична ознака може одержати широке застосування в діагностиці (Akshoomoff et al., 2004; El-Baz et al., 2007)

Мають спостерігатися дві особливості з восьми наведених маркерів протягом трьох тижнів. Порушення РАС підозрюють тільки після того, як *підтверджено нормальне функціонування слухової і зорової аналізаторної систем.*

✓ *Національний британський план* щодо роботи з дитячим аутизмом (NAPC) рекомендує здійснювати повну діагностику й оцінювання психофізичного стану дитини *не пізніше 30 тижнів після появи у неї перших помітних проблем.*

✓ *Діагностична методика на виявлення дітей з аутизмом ADI-R* (Autism Diagnostic Interview-Revised) є структурованим інтерв'ю, що проводиться з батьками дітей, в яких передбачають аутизм. Інтерв'ю, яке використовують для дітей *не менше 18 місяців*, охоплює питання для оцінки якості: соціальної взаємодії (емоційні прояви дитини, зони комфорту, соціальна посмішка, здатність до відгуку іншим людям); спілкування і мовлення (часто повторювані звуки, слова, вислови соціальне використання мовлення), моделі поведінки (незвичні заняття, манерні рухи пальців і п'ястей рук, незвичні сенсорні уподобання, самоушкодження, агресія).

Спроба уникнути витрат на скринінговий етап діагностики спричинює запізнiлу діагностику що найгіршим чином позначається на динаміці позитивних зрушень навіть за умови інтенсивної корекційної роботи (P. T. Shattuck, S. D. Grosse, 2007).

II. Диференційна діагностика аутизму ґрунтується на знанні спеціалістом базових проявів аутизму як особливого психічного розвитку дитини та етапів її нормального психічного розвитку. Значущість розроблення диференційної діагностики полягає у відмежуванні аутизму від розумової відсталості, тяжких розладів мовлення, девіантної поведінки та специфічних труднощів у навчанні. Разом з тим, досліджуючи означену проблему, учені виявили суперечливі положення і неточності. Зокрема, поняття «диференційного діагнозу» обмежується лише поясненням різниці між синдромами Г. Аспергера і Д. Каннера і тільки у випадках нормального або майже нормального інтелекту. Водночас незрозумілою залишається характеристика самого симптому аутизму у більшості пацієнтів, а саме – *виражене зниження інтелекту*. При цьому власне інтелектуальну складову спотвореного психічного розвитку в практиці корекції аутизму вчені не виокремлюють категоріально і детально не досліджують закономірності й особливості її проявів. Хоча відомо, що саме точність і повнота діагностичних критеріїв значною мірою зумовлюють і прогнозують ефективність корекційно-педагогічних заходів відповідно до особливостей профілю того чи іншого порушення психофізичного розвитку дитини.

Як вже зазначалося, відповідно до класифікації DSM-IV, РАС включені в рубрику «загальні (первазивні) порушення розвитку» і протиставляються категоріям «розумова відсталість» та «специфічні порушення розвитку».

При розумовій відсталості психомоторний розвиток дитини гармонійно уповільнений. Дитина з розумовою відсталістю розвивається подібно здоровим дітям, але повільніше і її психічний вік завжди нижче біологічного. При «специфічних порушеннях» спостерігаються уповільнений розвиток або порушення формування окремих навичок у дітей: рецептивного та/або експресивного мовлення, рахунку, письма.

При загальному (первазивному) порушенні розвитку спостерігається різко виражений дисгармонійний розвиток. Тому порушення РСА характеризуються тріадою якісних труднощів: у соціальній взаємодії, експресивній і рецептивній комунікації та стереотипними формами поведінки, інтересів, вчинків і дій. Всі порушення проявляються на тлі різного рівня когнітивного функціонування.

У деяких випадках РСА поєднуються і, ймовірно, можуть бути обумовлені іншими захворюваннями, наприклад, дитячими спазмами, синдромами Веста і Леннокса-Гасто, вродженою краснухою, туберозним склерозом, церебральним ліпідозом і фрагільності Х-хромосоми. У 66% РАС у дітей діагностують розумову відсталість, у

3,7% – супутні синдроми Дауна, Сан Філіпа, Ретта. Тим не менш, РСА повинні діагностуватися на підставі поведінкових ознак – критеріїв МКБ-10, незалежно від наявності або відсутності супутніх розладів, кожне з яких має кодуватися окремо. При наявності розумової відсталості (F70 - F79) її слід кодувати окремо, оскільки вона не є обов'язковою ознакою загальних розладів розвитку.

Основні клінічні варіанти РАС включають:

▪ ***Дитячий аутизм, або синдром Каннера (F84.0)***

Дитячий аутизм, або синдром Каннера – розлад загального психічного розвитку, який проявляється в дітей у віці до 3 років без попереднього періоду нормального розвитку і характеризується грубим порушенням соціальної взаємодії, спілкування і обмеженою, стереотипною поведінкою. У дітей з синдромом Каннера відсутня соціоемоційна взаємність, що проявляється у відсутності реакцій на емоції інших людей та/або у відсутності модуляції поведінки відповідно до соціальної ситуації. Для них характерний низький рівень інтеграції соціальної, емоційної і комунікативної поведінки; якісні порушення в спілкуванні виступають у формі неадекватного соціального використання наявних мовленнєвих штампів, недостатньої пластичності і експресивності мовлення; неможливості організувати свою ігрову діяльність з однолітками; низькою синтонністю (співзвучністю) і відсутністю взаємності у спілкуванні.

Дитячий аутизм обмежений повторюваними і стереотипними інтересами, поведінкою й активністю. Стереотипна поведінка в аутичної дитини зазвичай супроводжується негативізмом стосовно нових видів діяльності, а також до спроб змінити старі звички. Нерідко спостерігається особлива прихильність до незвичайних неігрових предметів, особливо в ранньому дитячому віці. Діти можуть наполягати на особливому порядку виконання не функціональних ритуалів. Може мати місце стереотипна заклопотаність датами, маршрутами або розкладами, часті моторні стереотипії. Діти можуть виявляти особливий інтерес до нефункціональних елементів предметів (запах або дотикові якості поверхні), противитися змінам у заведеному порядку або в деталях оточення таких, як прикраси чи меблювання будинку.

Крім перерахованих специфічних діагностичних ознак, у дітей з аутизмом часто виявляють ряд неспецифічних проблем, таких як страхи (фобії), порушення сну і прийому їжі, спалахи гніву й агресивність. Досить часті самоушкодження, наприклад, в результаті кусання зап'ясть, ударів головою об стіну.

Характерні для синдрому Каннера специфічні прояви вад соціалізації, спілкування та інтересів змінюються в міру дорослішання дитини, але зберігаються і в зрілому віці. Такі діти можуть мати різний рівень розвитку інтелекту. Приблизно в 75% випадків реєструється

розумова відсталість. Вона може значною мірою розглядатися як результат некомпенсованого порушення розвитку. Тяжкість когнітивної недостатності багато в чому залежить від ефективності здійсненої медико-соціальної реабілітації та своєчасного початку терапії. Нерідкі випадки, коли у віці 3-4 років порушення когнітивного функціонування у дитини оцінювали як помірне або глибоке розумова відсталість, а в 6-7 років – як легка розумова відсталість.

Встановлені серйозні порушення розвитку мозку при дитячому аутизмі, що породжує характерні симптоми, які виявляються при обробці інформації (Gillberg, 1999). Враховуючи труднощі, яких зазнають діти при обробці соціальної інформації, висловлене припущення, що при аутизмі виникають дисфункції саме тих систем мозку, які відповідальні за розвиток соціально значущих когнітивних навичок (Baron-Cohen et al., 1999). При цьому найбільш ймовірним видається зв'язок між патологією мигдалеподібного тіла і ранніми дефіцитами навичок орієнтації на соціальні стимули, навичок моторики і спільно спрямованої уваги й емпатії (G. Dawson, 1996).

Як Каннер (1943), так і Аспергер (1944) вказували на високий рівень інтелекту і соціальний статус сімей, які мають аутичних дітей, що зрештою породило уявлення, що аутизм поширеніший серед класів, які стоять на більш високому соціально-економічному рівні. Проте серед багатьох епідеміологічних і популяційних досліджень, проведених до нашого часу, тільки в одному з них (Lotter, 1966) виявлені деякі ознаки соціально-класового впливу.

▪ **Атиповий аутизм (F84.1)**

Атиповий аутизм – розлад загального психічного розвитку, яке вперше проявляється після 3 років і характеризується відсутністю типових для синдрому Каннера виразних порушень в деяких психопатологічних сферах.

Атиповий аутизм найбільш часто діагностують у дітей з:

- *глибокою розумовою відсталістю, у яких дуже низький рівень функціонування перешкоджає прояву специфічного відхилення поведінки, необхідного для діагностики аутизму;*
- *важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення;*
- *атиповим дитячим психозом, наприклад, з манією і гіперактивністю.*

▪ **Синдром Ретта (F84.2)**

Синдром Ретта – розлад, вперше описаний Андреасом Реттом після того, як у своїй клініці у Відні він обстежував двох дівчаток, які виконували *однакові стереотипні рухи, що нагадують умивання рук*. При синдромі Ретта вслід за відносно нормальним періодом

пренатального і раннього розвитку, що складає перші 6-12 місяців життя, у дітей починають виявлятися специфічні ознаки цього розладу.

Синдром Ретта є тяжким неврологічним порушенням розвитку, можливо таким, що викликається мутаціями генів, пов'язаних із Х-хромосомою (X-linked gene mutation, Amir et al., 1999). Розлад зазвичай маніфестує у віці між 7 і 24 місяцями. Дівчатка із синдромом Ретта мають цілу низку серйозних проблем, викликаних глибокою або гострою формою розумової відсталості, епілептичними нападами, порушенням моторного розвитку і комунікативними труднощами (Hagberg, 1995). Для синдрому Ретта характерною є *апраксія (apraxia)* – нездатність виконувати цілеспрямовані рухи: 25% дівчаток так і не починають ходити, а 50%, які почали ходити, згодом втрачають цю здатність. Поширеність синдрому Ретта серед дівчаток становить приблизно 1:10 тисяч. Симптоми схожі із симптомами аутизму, проте прогнози щодо цього синдрому ще більш несприятливі.

Розміри мозку дівчаток, які страждають від синдрому Ретта, на 12-34% менші, ніж у дітей з типовим розвитком (D. D. Armstong, 1992; M. L. Bauman, Kemper & Arin, 1995). Велика кількість нейронних клітин переднього мозку (forebrain) таких дівчаток також характеризується меншими розмірами і підвищеною щільністю скупчення (D. D. Armstong, 1992; M. L. Bauman et al., 1995). В усіх ділянках кори виявлено зменшення довжини і складності дендричних розгалужень (dendritic branching), що свідчить про недостатній розвиток дендритів і синапсів (D. D. Armstong, 1992). Патології мозку, виявлені при синдромі Ретта, носять дифузний характер (diffuse), що дає підстави говорити про затримку дозрівання мозку в період внутрішньоутробного розвитку (M. L. Bauman, 1996). Як наслідок – тяжка психічна інвалідизація, до якої часто приєднуються епілептичні напади.

Специфічні ознаки синдрому Ретта:

- уповільнення збільшення розміру голови в період між 5-м і 48-м місяцями;
- втрата раніше набутих навичок цілеспрямованого використання рук (purposeful hand skills) між 5-м і 30-м місяцями з подальшим розвитком стереотипних рухів, що нагадують рукостискання або умивання;
- втрата інтересу до соціальних взаємодій (social engagement) на ранніх стадіях розвитку (хоча навички соціальної взаємодії можуть розвинути пізніше);
- погано скоординована хода або рухи корпусу;
- серйозні погіршення в розвитку сприйняття і порушення мовлення на тлі значної психомоторної відсталості. (DSM-IV, Copyright 2000 by APA).

▪ ***Дезінтегративні розлади дитячого віку (F84.3)***

Термін «дитячий дезінтегративний розлад» описує розлад, який спостерігається у дітей, які втрачають значну частину раніше надбаних навичок до 10-літнього віку. Втраті передують період (перші два роки життя) зовні нормального розвитку навичок вербальної і невербальної комунікації, соціальної взаємодії, адаптаційної поведінки, а також ігрових навичок. Такі діти виявляють погіршення, що належать, принаймні, до двох із таких сфер, як: сприйняття або використання мовлення, соціальні навички або адаптаційна поведінка, контроль за роботою кишківника або сечового міхура, засвоєння ігрових або моторних навичок.

Діагноз ґрунтується на факті достовірно нормального розвитку дитини, принаймні, до 2 років. Потім відбувається глибокий регрес або розпад мовлення, регрес ігрової діяльності, соціальних навичок і адаптивної поведінки. Прогресування розладів супроводжується загальною втратою інтересу до навколишнього оточення і стереотипною руховою активністю. Крім того, цей стан зазвичай пов'язаний з вираженою інтелектуальною недостатністю.

У деяких випадках втрата навичок носить постійно прогресуючий характер, якщо розлад поєднується з прогресивним неврологічним захворюванням. Але частіше за погіршенням протягом декількох місяців настає часткове відновлення втрачених функцій. У деяких дітей після періоду відновлення функцій спостерігається повторний регрес. Багатьом дітям з дезінтегративним психічним розладом дитячі психіатри, орієнтовані на психіатричну школу, помилково виставляють діагноз дитячої шизофренії.

Прогноз розладів зазвичай несприятливий, у більшості дітей діагностують помірну, тяжку або глибоку розумову відсталість. При проведенні диференційної діагностики дезінтегративний розлад дитячого віку необхідно розрізняти з набутою афазією з епілепсією (F80.3), елективним мутизмом (F94.0), синдромом Ретта (F84.2), шизофренією з нетипово ранньою маніфестацією (F20). *остатніх біологічних маркерів, які б дозволяли диференціювати дезінтегративний розлад розвитку від аутизму, на сьогодні не відомо.*

❖ **Гіперактивний розлад**, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4).

Цей розлад включено в групу порушень загального психічного розвитку внаслідок того, що у дітей з тяжкою розумовою відсталістю і вираженою гіперкінетичною симптоматикою часто спостерігається стереотипна поведінка. Такі діти зазвичай не реагують позитивно на лікування стимулюючими препаратами (на відміну від тих, у кого коефіцієнт розумового розвитку в межах норми); у них можуть

проявлятися тяжкі дисфоричні реакції, тобто психоемоційні розлади, що супроводжуються різким переходом від агресивного і запального настрою до стану апатії і туги, іноді з психомоторною загальмованістю.

Діагноз залежить від поєднання невідповідних розвитку дитини тяжкої гіперактивності, рухових стереотипій і вираженої розумової відсталості (коефіцієнт розумового розвитку нижче 50). Для діагнозу повинні бути в наявності всі три визначальні клінічні ознаки. Якщо виконуються діагностичні критерії F84.0, F84.1 або F84.2, то ці стани мають діагностуватися замість даної рубрики. Слід зазначити, що при використанні діагностичної рубрики F84.4 обов'язково вказується відповідний код розумової відсталості.

❖ **Синдром Аспергера (F84.5)**

Самостійність даного розладу на сьогодні викликає дискусію. Так, схожість синдрому Аспергера і дитячого аутизму виявляється в однаковому характері наявних соціальних проблем, а також наявності вузького спектра стереотипних інтересів. Загалом особи з синдромом Аспергера схильні до егоцентричності, соціально не пристосовані і, як правило, *мають вузькоспрямовані абстрактні інтереси*, внаслідок чого вони видаються ексцентричними. У коло їхніх захоплень може входити інформація про погоду, про телевізійні канали, географічні карти, яку вони запам'ятовують механічно, майже не розуміючи її смислу.

Синдром Аспергера характеризується:

- дефіцитом соціальної взаємодії, нетиповими інтересами і патернами поведінки на фоні нормального розвитку когнітивних навичок;
- відставанням у проходженні основних фаз моторного розвитку (*delayed motor milestones*), недостатнім розвитком координації рухів (*motor clumsiness*) і дивними позами (хоча ці ознаки не є визначальними для цього діагнозу);
- яскраво вираженими проблемами в розвитку навичок розмовного мовлення та інших навичок, пов'язаних з прагматичним використанням мовлення (*pragmatic abilities*), хоча ці порушення не зачіпають інших аспектів мовленнєвого розвитку;
- слабким розвитком невербальних комунікативних навичок, сухим педантичним мовленням і схильністю до нескінченного міркування на теми, які не цікаві нікому з тих, хто їх оточує;
- не сформованістю емпатії, неадекватними і односпрямованими формами соціальних взаємодій, не здатністю до формування дружніх стосунків і схильністю до соціальної ізоляції;
- відсутністю відставання у формуванні навичок самообслуговування й адаптації (не пов'язаних з соціальною взаємодією);
- наявністю інтересу до оточуючого світу.

Природа синдрому Аспергера на сьогодні багато в чому залишається нез'ясованою (Lincoln, Courchesne, Allen, Hanson & Enc, 1998). Відомо, що хлопчики страждають від цього розладу частіше, ніж дівчатка, хоча точне співвідношення поки ще не встановлено. Також мало даних про спадкову передачу цього захворювання, що збільшує ймовірність виявлення аналогічних порушень в інших членів сім'ї, і це може траплятися навіть частіше, ніж у випадках дитячого аутизму (Volkmar, Klin & Pauls, 1998). Вищий рівень інтелектуального розвитку дітей з синдромом Аспергера дає підстави розраховувати на менш тяжкі наслідки, ніж у типових випадках аутизму.

Рубрика синдром Аспергера об'єднує також розлади, які можна оцінювати як аутичну психопатію або шизоїдний розлад дитячого віку. Підкреслюється, що при проведенні диференціальної діагностики синдром Аспергера необхідно розрізняти з шизотиповим розладом, простою шизофренією, порушенням прихильності дитячого віку.

Разом з тим, значні дискусії викликає також питання про те, чи слід вважати синдром Аспергера захворюванням або просто одним із крайнощів в континуумі (загальному спектрі) проявів соціальної поведінки (Baron-Cohen, 2000).

❖ Інші специфічні тяжкі розлади, викликані порушенням розвитку.

Категорія специфічних тяжких розладів описує порушення соціальної взаємодії, а також комунікативні і поведінкові вади. Ці розлади схожі з тяжкими розладами, викликаними порушеннями розвитку, проте не відповідають усім їхнім критеріям, а також критеріям шизофренії або іншого захворювання (Volkmar, Shaffer & First, 2000). Такі тяжкі порушення розвитку схожої специфіки називають **нетиповим аутизмом (atypical autism)**. Ця категорія часто використовується стосовно дітей, які виявляють характеристики, що *не відповідають критеріям аутизму через пізній початок захворювання, нетипові або недостатні симптоми або через поєднання перерахованих ознак*. Тим часом вважається, що опис цієї групи розладів в тому вигляді, в якому він представлений в DSM, є недостатньо визначеним (Volkmar et al., 2000).

До цієї групи відносять дітей, в яких визначається **поєднання аутизму, загальної затримки і психічної затримки розвитку**. З них близько 50% аутистів характеризуються загальним зниженням психічного розвитку (Smalley та ін., 1988).

У полі зору фахівців перебуває і група дітей з нормальним розвитком, психологічні особливості яких зумовлювали труднощі в навчально-виховному процесі. Клінічним варіантом цього типу аномалій, за класифікацією В. В. Лебединського, є **викривлений**

розвиток, до якого належать аутичні розлади, що супроводжують перебіг процесуальних, спадково зумовлених захворювань. Унаслідок цього істотно страждають комунікативно-афективні, інтелектуальні, мовленнєві функції, унеможлиблюється соціально-орієнтовний особистісний розвиток дитини. *Домінуючою проблемою, з якою зустрічаються педагоги і батьки такої дитини – це не сформованість мотиваційних і регулюючих механізмів поведінки та діяльності.*

D. Новітні техніки ранньої діагностики РАС у дітей: психолого-педагогічний підхід

РАС в більшості випадків призводять до інвалідизації та обмеження соціального функціонування дітей та їхніх сімей. Тому дуже важливо вже з перших місяців життя дитини ретельно спостерігати за особливостями її психофізичного розвитку, щоб вчасно визначити ті чи інші відхилення і співвіднести їх з аутологічною симптоматикою. Існує **кореляція початку терапії між віком і тяжкістю когнітивної недостатності і поведінкових порушень пацієнта.**

Досвід роботи сектора медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними та поведінковими розладами Українського НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології свідчить, що 60% дітей з РАС, **терапія яких була розпочата у віці 2-4 років**, у шкільному віці змогли вчитися за програмою загальноосвітньої школи, 20% – за допоміжною програмою. Таким чином, **для 80% дітей з рано діагностованими РАС були доступні інтеграційні форми навчання.**

З числа пацієнтів, діагностованих **після досягнення 6-річного віку**, відвідувати школу змогли тільки 30% дітей. Більшість пізно діагностованих пацієнтів **змушені були учитися за індивідуальними програмами поза школою** або були інтерновані в установи Міністерства праці та соціальної політики.

В Україні практично відсутні діти старше 16 років, які мають діагноз «аутизм». Діти з РАС старше 12 років, як правило, мають діагноз розумової відсталості або шизофренії.

Діагноз синдрому Каннера повинен бути запідозрений вже при досягненні дитиною 2 років, коли визначаються ознаки очевидної затримки психомоторного і мовленнєвого розвитку або значні аномалії в соціальній взаємодії і грі за наслідуванням. Раннє виявлення порушень розвитку у дітей дитячими неврологами, педіатрами, корекційними педагогами і логопедами, батьками має спиратися на широке використання скринінгових програм.

В Україні **ранню диференційну діагностику РАС ефективно проводять дитячі неврологи**, в поле діяльності яких потрапляють 95% дітей з порушеннями загального психічного розвитку.

Скринінг дітей у віці 3-5 років і формування груп ризику з дітьми з розладами загального психічного розвитку можуть ефективно проводити логопеди (корекційні педагоги), в поле діяльності яких потрапляє значна кількість дітей з порушеннями рецептивного мовлення, затримками розвитку експресивного мовлення, випадками психічного регресу.

Діагностика інших розладів зі спектра аутизму може бути відстрочена до 5-річного віку; своєчасним для діагностики синдрому Аспергера вважається вік 10-11 років. Хоча необхідно зазначити, що вже з 3-4 років для цих дітей характерна нерівномірність (дисгармонійність) у розвитку. Це виражається в поєднанні проявів підвищених здібностей в обмежених галузях, таких як музика або математика з глибокими порушеннями у формуванні побутових і життєвих навичок і вмінь. **Все це дозволяє задовго до діагностики окремих розладів зі спектра аутизму формувати специфічні групи ризику дітей.**

Для ранньої діагностики більшою мірою призначені скринінгові методики. Проте не для діагностики загальних порушень розвитку, а **для виділення груп специфічного ризику із загальної популяції дітей у віці 18-36 місяців**, оцінки їх потреби в подальшій специфічній діагностиці та спеціалізованих інтервенціях.

Батьківські скринінги проводять у вигляді інтерв'ю або письмових анкетних опитувань. Перевага використання батьківських скринінгів полягає в активному підключенні сім'ї до контролю за розвитком дитини. Такі інтерв'ю слід проводити з використанням стандартизованих матеріалів: «Кроки розвитку комунікації і соціальних функцій», «Клінічними ключами» або так званими червоними прапорцями. Для проведення діагностики загальних порушень розвитку може бути той факт, що дитина до зазначеного віку не досягла необхідного розвитку або певний із кроків розвитку був пропущений. **При цьому найважливіший індикатор – це ступінь мовленнєвого і домовленнєвого розвитку дитини.**

Дитина, яка не використовує поодинокі слова у віці 16 місяців або фрази з двох слів в 2 роки, має додатково оцінюватися за допомогою спецметодик. Діти, які не використовують жести (вказівний, помах тощо) чи не можуть включитися у невербальну комунікацію в 12 місяців, також складають групу ризику.

Коротко висвітливо основні методи забезпечення диференційної діагностики РАС, розумової відсталості і специфічних порушень розвитку.

Діагностичні критерії раннього дитячого аутизму за DSM-IVTR досі

залишаються головними орієнтирами диференційної діагностики аутизму. Класифікації DSM–IV (як і МКХ–10), що при цьому викорисовуються, мають дві важливі переваги:

- 1) застосовують поняття «критерії» замість «симптоми»;
- 2) використовують категорію «порушення» або «розлади» замість «хвороба».

Тобто, як у DSM–IV, так і в МКБ–10 аутизм визначають як розлад, що охоплює типові соціальні порушення. Це якісні вади функції спілкування й соціальної взаємодії та ознаки різкої дисгармонії загального психічного розвитку. При цьому наявне глибоке порушення формування звичайних життєвих умінь і навичок, що в більшості випадків унеможлиблює самостійне функціонування.

Згідно діагностичних критеріїв DSM-IVTR діагноз встановлюється з певністю лише в разі ретельного обстеження дитини, інтерв'ювання її батьків та дотримання всіх діагностичних вимог. Водночас у порівняльному плані враховуються еталонні показники благополучного психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини дошкільного віку.

Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IVTR враховуються щонайменше шість симптомів, що виявляються з розділів (A), (B) і (C). Причому – щонайменше два з них з розділу (A) і щонайменше по одному з розділів (B) і (C):

Розділ А. Симптоми комунікативно-соціальної взаємодії: а) *Якісні порушення в соціальній взаємодії*, представлені щонайменше двома ознаками: а) нездатність адекватно використовувати невербальне спілкування – погляд очі в очі, вираз обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціальної взаємодії; б) нездатність розвитку стосунків з однолітками щодо свого рівня розвитку; с) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми (напр., не показує, не приносить чи не пробує звернути увагу інших на те, що його цікавить і т.п.); д) відсутність соціально-емоційної взаємності.

б) *Кількісні порушення в комунікації*, що представлені щонайменше однією ознакою: а) відставання чи повна відсутність мовлення (яке не супроводжується спробами компенсації через використання жестів, міміки, як альтернативної моделі комунікації); б) в осіб з розвиненим мовленням відносна неспроможність ініціювати чи підтримувати розмову; с) стереотипне чи повторне використання мовлення чи ідіосинкратичне (стереотипне) використання слів чи речень; д) відсутність різноманітної спонтанної уявної чи соціальної гри-імітації відповідної до рівня розвитку;

в) *Обмежені, повторювальні чи стереотипні види поведінки, інтересів чи діяльності*, що представлені щонайменше однією ознакою: а) активна діяльність аномальна щодо своєї інтенсивності чи

сфокусованості за стереотипними чи обмеженими видами інтересів; б) явно виражене обов'язкове підтримування специфічного не функціонального розпорядку та ритуалів; с) стереотипні та повторні механічні рухи/ моторні манеризми (напр., крутіння долоньями/пальцями, складні рухи усім тілом та ін.); д) надмірна зацікавленість частинами предметів.

Розділ В. Затримка чи аномальне функціонування у принаймні одній з наступних сфер присутні у віці до трьох років: (1) соціальна взаємодія, (2) використання мовлення у соціальному спілкуванні, (3) символічна чи уявна гра.

Розділ С. Порушення не відповідає критеріям синдрому Ретта чи дезінтегративного дитячого розладу. Вада спричиняє значні порушення у сфері соціального, ігрового, навчального чи іншого важливого функціонування.

Розділ D. Не має клінічно значимого відставання в розвитку мовлення (напр., окремі слова вживалися у віці до 2 років, фрази – до 3 років).

Розділ E. Не має клінічно значимого відставання у когнітивному розвитку чи важливих вікових навичках турботи про себе, адаптивної поведінки (іншої, ніж соціальна взаємодія) та інтересу до довкілля в дитинстві.

Розділ F. Не виявляються критерії, характерні для іншого специфічного загального розладу розвитку чи шизофренії.

При потребі аутолог може звернутися до дитячого психіатра з проханням надати йому додаткову інформацію про дитину чи може скерувати сім'ю на додаткові обстеження, зокрема на неврологічне обстеження, ЕЕГ, сурдологічне обстеження, генетичне тощо. При цьому важливо уникати зайвих обстежень і зважати на те, що *на сьогодні поки що не має жодних розповсюджених інструментальних чи лабораторних методів діагностики РАС.*

Окрім результатів обстеження дитячого психіатра, **для аутолога важливими є результати обстеження дитини іншими фахівцями:** а) психолога – зокрема результати тестування інтелекту зі встановленням IQ, дослідження нейропсихологічних особливостей дитини, встановлення рівня психологічного розвитку, підготовлених характеристик сім'ї з визначенням взаємодії батьків з дитиною та ін.; б) логопеда та спеціального педагога – оцінка стану розвитку комунікацій та мовленнєвого, когнітивного і соціального розвитку дитини, стану сформованості гри тощо; в) фахівця з сенсорної інтеграції – оцінка сенсорних розладів.

Метою аналізу аутологом результатів цих обстежень є створення цілісної характеристики дитини – не лише встановлення її діагнозу, але й її індивідуальних особливостей, сильних сторін, потенціалу,

характеристик її соціального середовища. Базуючись на узагальненні даних, отриманих від зазначених фахівців, аутолог зможе представити батькам більш точний діагноз дитини, пояснити її психічні особливості і вибудувати у партнерстві з сім'єю індивідуальну програму психолого-педагогічної допомоги як дитині, так і її родині.

✓ **Дитяча рейтингова шкала аутизму (CARS, Childhood Autism Rating Scale)** – це стандартизований інструментарій, який доцільно використовувати для клініко-динамічної оцінки аутичних дітей у віці **від 2 років**. Шкала заснована на безпосередньому спостереженні за поведінкою дитини.

У процесі спостереження оцінюють **15 ознак**: взаємини з людьми; наслідування; емоційні реакції; моторна спритність; використання предметів; адаптаційні зміни; зорова, смакова, нюхова, тактильна перцепція; тривожні реакції, страхи; вербальна комунікація; невербальна комунікація; загальний рівень активності дитини; рівень і послідовність пізнавальної діяльності; загальне враження клініциста, що корелює з DSM-IV.

CARS використовують для періодичного контролю дітей із загальними порушеннями розвитку з метою визначення ефективності запропонованих втручань.

✓ Наступна діагностична методика використовується з метою встановлення диференційної діагностики. Це **Шкала спостереження для діагностики аутизму – ADOS (The Autism Diagnostic Observation Schedule)**. Цю методику називають «золотим стандартом» для оцінки та діагностики аутизму і загальних (первазивних) розладів розвитку в досліджуваних **дітей різних вікових груп**. (Більш повний виклад цієї методики див. далі – в матеріалі про проєктивні методики). Методика ADOS складається з різноманітних заходів, які дозволяють спостерігати соціальну і комунікативну поведінку дитини, пов'язану з діагнозом «загальні розлади розвитку». Ці заходи забезпечують цікаві для дитини, але й одночасно нормативні умови, за яких може відбуватися взаємодія між нею та фахівцем. **Методика охоплює чотири модулі, для застосування кожного з яких потрібно від 35 до 40 хвилин.**

Дитині дають тільки один модуль, залежно від рівня розвитку її активного мовлення і хронологічного віку. Модуль 1 пред'являється дітям, які мають ускладнене мовлення, або взагалі не розмовляють; Модуль 2 – тим, хто не говорить вільно; Модуль 3 – тим дітям, які вільно розмовляють; Модуль 4 – підліткам і дорослим, які вільно розмовляють. Методику не доцільно застосовувати для підлітків і дорослих, які не розмовляють.

Оскільки ADOS фокусується на спостереженні за соціальною поведінкою і спілкуванням, організаційна мета педагога полягає у

забезпеченні цікавими стандартними контекстами, в яких відбувається його взаємодія з дитиною. Стандартизація полягає в конкретній ієрархії форм поведінки, до яких вдається інтерв'юер, і в обліку типів поведінки, що виявляються за кожного виду діяльності протягом обстеження. Під час застосування кожного модуля ADOS робляться нотатки; підсумкові оцінки виставляють відразу після закінчення обстеження, навіть якщо відбувався відеозапис зустрічі. Якість використання ADOS залежить від клінічних навичок фахівця і його досвіду застосування Шкали спостереження.

III. Для поглибленої діагностики дитини з аутизмом широко застосовують Шкалу адаптивної поведінки Вайнленда – VABS (Vineland Adaptive Behavior Scale), Психоосвітній профіль PEP-R (Psychoeducational Profile Revised), Оцінку рівня вербальної поведінки (The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program, VB-MAPP) та ін.

✓ **Шкала Вайнленда** є загально визнаним інструментом оцінки стану адаптації. Шкала має високі показники надійності, достовірності та валідності отриманих даних. Шкала застосовується як з метою поглибленої діагностики рівня адаптивного функціонування, так і для планування корекційно-розвивальних програм для дітей і дорослих з особливими потребами, а також для оцінки ефективності цих програм. За формою, це – напівструктуроване інтерв'ю, в процесі якого на запитання фахівця відповідають експерти-батьки дитини або люди з її найближчого оточення.

Шкала оцінює чотири основні сфери життєдіяльності: комунікацію, повсякденні життєві навички, соціалізацію, моторні навички, а також прояви дезадаптивної поведінки.

Важливим є те, що в опитувальник включена шкала дезадаптації. Дезадаптивна поведінка представлена у формі поведінкових патернів, що поділені на дві групи, кожна з яких оцінюється відповідною частиною шкали. До частини I відносяться прояви дезадаптивної поведінки, які можуть зустрічатися і у нормально розвинених дітей, наприклад: «Смокче палець. Негативує. Проявляє підвищену тривожність, страхи. Гризе нігті». У частині II представлені більш значні прояви дезадаптації, які не зустрічаються при нейротиповому розвитку дитини. Наприклад: «Навмисно руйнує, знищує власне або чуже майно. Демонструє поведінку, що завдає шкоди самій собі тощо».

Шкалу застосовують **для дітей від 0 до 18 років 11 місяців**, і вона дає змогу оцінити зазначені основні сфери життєдіяльності:

- комунікацію (рецептивні навички як здатність розпізнавати повідомлення, експресивні на письмові навички);

- повсякденні життєві навички (самообслуговування, соціально-побутові навички, поведінка у громадських місцях);
- соціалізацію (міжособистісна взаємодія, гра, дозвілля, здатність до співпраці);
- моторні навички (загальна та дрібна моторика).

Результати функціонування дитини стосовно кожної сфери визначаються за шкалою. У відповідності з оцінкою, визначеною за цією шкалою, встановлюється рівень розвитку дитини у кожній із зазначених сфер. Індивідуальний статус у сфері адаптивної поведінки (соціальної компетентності) може бути представлено у графічній формі і схарактеризовано в числовому й описовому виразах щодо встановлених вікових норм соціально-адаптивної зрілості.

✓ *Методика VB-MAPP* є інструментом оцінки дітей з аутизмом та інших осіб, які мають затримку розвитку мовлення. VB-MAPP базується на розробках Б. Скінера з мовленнєвої та інших видів поведінки, а також встановлених етапів розвитку. П'ять компонентів методики визначають базовий рівень продуктивності, напрям для втручання, систему відслідковування надбаних навичок, а також становлять основу планування подальших навчальних програм.

▪ *Два перші компоненти* методики спрямовані на визначення у дитини наявного стану вербальних та близьких до них навичок (за трьома рівнями розвитку: 0-18, 18-30 та 30-48 місяців), а також з'ясування наявності так званих бар'єрів навчання (проблеми з поведінкою, некерованість у навчанні, складнощі щодо виконання інструкцій, імітації, зорового і слухового сприймання, формування соціальних навичок, здатності до узагальнення, мотивації, наявність аутостимуляції, гіперактивної поведінки, сенсорного захисту). Визначивши ці бар'єри, фахівець може розробити конкретні стратегії втручання, щоб допомогти подолати ці проблеми і сприяти ефективному навчанню дитини.

▪ *Третій і четвертий компоненти* VB-MAPP допомагають забезпечити кваліфіковану роботу групи супроводу дитини в освітньому просторі з метою прийняття рішень і встановлення пріоритетів для задоволення освітніх потреб дитини, етапів її входження в освітній заклад, актуальні та довгострокові завдання.

▪ *П'ятий компонент* методики може сприяти посиленню роботи групи супроводу дитини в системі інтегративно-інклюзивного навчання, налагоджуючи необхідний баланс між навчальними програмами і програмами втручання.

Ключовий момент у проведенні різної діагностичної процедури (особливо – з аутичною дитиною) – це не стільки методика, скільки сам діагност: його досвід, його талант фахівця, який здійснює процедуру обстеження,

інтерпретує її результати та розробляє індивідуальну корекційно-розвивальну програму.

Надзвичайно важливим також є взаємозв'язок між орієнтирами і рекомендаціями, опрацьованими за діагностичним інструментарієм, та практичним втіленням цих розробок. Йдеться про те, що в конкретному корекційно-розвивальному закладі обізнані фахівці з аутизму здійснюють поглиблену діагностику і складають програму психолого-педагогічного впливу, орієнтуючись на ті процедури, які є найдоречнішими в контексті надання допомоги дітям з аутизмом фахівцями цього закладу. У будь-якому випадку, найважливішими вимогами щодо здійснення поглибленого діагностичного обстеження й опрацювання корекційно-розвивальної програми є орієнтир на: цілісну психічну організацію дитини, її актуальні потреби та систему корекційно-розвивальних заходів, необхідних для її оптимального розвитку.

Окрім зазначених методик, з огляду на вагомість встановлення діагнозу «аутизм» для батьків і для фахівців, а також на необхідність з'ясування обсягу потрібних втручань, ціна діагностичних помилок як псевдонегативних, так і псевдопозитивних є дуже високою. Тому в сумнівних випадках важливим є залучення додаткових консультантів, додаткових методик і спостереження за дитиною в часі.

Загалом, окрім зазначених методик, для поглибленого вивчення особливостей загального психофізичного і соціоемоційного розвитку дітей з РАС аутологу важливо (в контексті сформульованого конкретного діагностичного завдання) **спиратися на кваліфіковано розроблені критерії і відібрані конкретні методики**, зокрема на:

- **всесвітньо визнану методику «Психоосвітній профіль PEP-R»** для визначення стану психофізичного розвитку дитини з аутизмом і її поведінкових відхилень. З огляду на те, що ця методика широко представлена в мережі інтернету, її виклад нами далі представлено в стислій формі;

- **опитувальник для визначення педагогом наявності ознак відхилень як загального психофізичного розвитку, так і соціоемоційної сфери дитини з РАС (за О. Романчуком).**

Коротко розкриємо зміст зазначених комплексних методик.

✓ **PEP-R** отримав широке визнання в усьому світі у контексті діагностики аутистів. Методика «Психоосвітній профіль PEP-R» розроблена для обстеження дітей від 6 місяців до 7 років, хоча її можна застосовувати і для дітей до 12 років, щодо яких можна сказати, що деякі їхні функції перебувають на рівні, нижчому за рівень першокласника. Методика важлива для з'ясування ступеня ускладнень у поведінці між

людьми (установлення контактів і емоційні реакції), у грі, в способі реагування на зовнішні стимули, а також для визначення ступеня ускладнення в розвитку мовлення. У цій методиці виділено дві шкали: «Шкала розвитку» і «Шкала поведінки».

- «Шкала розвитку» вказує на рівень розвитку конкретної дитини порівняно з ровесниками. Серед головних характеристик тесту є його гнучкість і обов'язковість дотримання завдань і інструкцій до них під час діагностування. Елементи «Шкали розвитку» розділено за 7 сферами розвитку. Зміни в цих сферах перевіряють за 131 завданнями, що спрямовані на визначення стану розвитку: 1) наслідування (16 завдань), 2) перцепції (13 завдань), 3) дрібної моторики (16 завдань), 4) загальної моторики (18 завдань), 5) зорово-рухової координації (15 завдань), 6) пізнавальних функцій (26 завдань), 7) комунікації; активного мовлення (27 завдань).

- «Шкала поведінки» методики PEP-R забезпечує розпізнавання і визначення нетипових способів поведінки, характерних для аутизму. Елементи «Шкали поведінки» становлять особливо підібрані завдання. Шкала включає 42 завдання, поділені на чотири групи для визначення стану сформованості: 1) уміння налагоджувати контакти та особливості емоційних реакцій, 2) гри та ступеня зацікавлення предметами, 3) реакції на імпульси, 4) стан розвитку усного мовлення. При цьому враховується, що завдання «Шкали поведінки» не відображають поглибленої диференціації в розвитку дітей в такій мірі, як інші завдання PEP-R. «Шкала поведінки» має допомогти у поглибленому встановленні діагнозу, оскільки надає інформацію не лише стосовно ступеня розладів у вихованні дитини, але також визначає конкретні галузі, в яких вони проявляються. Завдання «Шкали поведінки» мають на меті встановлювати ступінь сформованості в дитини: вміння налагоджувати зоровий контакт, розпізнавати неналежне використання матеріалів, виявляти надмірну зацікавленість нюханням та смакуванням різних речей, нетипового вживання слів, некоординованої поведінки під час виконання завдання. Три завдання дано з метою оцінювання реакції дитини на різного роду винагороди.

- *Спосіб оцінювання:* за показниками, які стосуються поведінки, педагог визначає оцінку – задовільно, помірно незадовільно, незадовільно, а за показниками, де оцінюють розвиток — сформовано, формується, не сформовано. Замість однозначної оцінки, результатів «зараховано» або «незараховано» PEP-R вводить третю можливість: «обнадійливо». Результат «обнадійливо» призначається для дитини, яка тільки частково розуміє, що потрібно зробити в даному завданні або не має достатніх умінь, аби це зробити добре. Як вже зазначалося, така дитина може проявляти розуміння того, що потрібно зробити, або може навіть виконати його частково, але в особливий спосіб. Таке розв'язання завдання оцінюється як таке, що подає надію на наявність потенціалу в її розвитку.

Сильні характеристики методики – її гнучкість, необов'язковість дотримання певної послідовності завдань під час діагностування, що відповідає психічним особливостям дітей з РАС. Діагностичні показники фіксують під час виконання дитиною завдань в ігровій формі, а також – в разі її специфічної поведінки. Велика перевага тесту також в тому, що він враховує два характерні для аутизму аспекти: затримку розвитку та нетипову поведінку.

Підсумком застосування методики є створення профілю, що дає змогу визначити, якому біологічному віку відповідає стан сформованості тієї чи іншої психічної функції в кожній конкретній дитини. Результати є підґрунтям для розробки індивідуальної навчальної корекційно-розвивальної програми. Важлива перевага методики – орієнтація не тільки на визначення пасивного стану сформованості певних функцій, але й на діагностику тих процесів, які ще тільки формуються. Це є співставним з ідеєю Л С Виготського про зону найближчого розвитку. Упорядкований профіль результатів дослідження відображає сильні та слабкі сторони розвитку дитини та її поведінки.

На підставі отриманих результатів діагностичного вивчення визначаються профілі – шкали розвитку і шкали поведінки (методику визначення профілів див. спеціальну літературу і відповідні сайти в Інтернет-мережі).

✓ Опитувальник для поглибленого визначення наявності ознак відхилень у психофізичному розвитку і соціально-емоційній сфері дитини з РАС (за О.Романчуком).

Інструкція для педагога: Прочитайте запитання та позначте свою відповідь галочкою в колонці. Якщо запитання не зрозуміле, чи ви не можете дати на нього однозначної відповіді, зазначте варіант відповіді «важко відповісти» (див. табл.ІІІ.12).

Таблиця ІІІ.12

Опитувальник для поглибленого визначення відхилень у психофізичному розвитку дитини з аутизмом

Зміст опитувальника для визначення наявності ознак загальних розладів розвитку	Та к	Ні	Ва ж ко від по віс
А. Особливості соціальної взаємодії			
1. Дитина зрідка встановлює зоровий контакт або ж встановлює зоровий контакт у незвичний спосіб (напр., дивиться на вас скося)			
2. Часом складається враження, ніби дитина дивиться крізь Вас			
3. Проявляє значно менше, ніж очікувалося, цікавості до того,			

що відбувається навколо			
4. Часто має вираз обличчя і міміку, що не відповідають ситуації			
5. Емоції дитини є важкозрозумілі, часто не відповідають ситуації (напр., проявляє неадекватний сміх чи плач)			
6. Проявляє сильне роздратування, не може заспокоїтися, коли стається щось не так, як дитина хоче чи як очікувала			
7. Не любить, щоб її брали на руки			
8. Коли беруть на руки, дитина не тримається за дорослого, не тулиться, не обіймає за шию (у батьків складається таке враження, що тримають ляльку)			
9. Переважно бавиться сама, перебуває немов у своєму власному світі			
10. Не любить натовпу, наприклад скупчення людей в магазині			
11. Проявляє тривогу, страх без видимої причини			
12. Дитина не наслідує гри інших дітей, поведінки батьків			
13. Легко залишається сама або ж з незнайомими, без тривоги і протесту сприймає, коли батьки кудись відлучаються			
14. Не шукає підтримки, співчуття, коли вдарилась, втопилась			
15. Не виявляє інтересу до гри з однолітками			

В. Мовлення і спілкування			
1. Дитина починала говорити, а потім перестала			
2. Видає незвичні звуки, напр., вищить у незвичний спосіб			
3. Не реагує на заборону			
4. Не реагує на своє ім'я			
5. Не реагує на прості вказівки, сказані один раз (ходи сюди, сядь, дай мені...)			
6. Часом у дивний спосіб сприймає мовлення, розуміє його «по-своєму».			
7. Говорить незрозумілими, власно створеними словами			
8. Говорить з підвищеним тоном голосу			
9. Дитині важко висловити словами свої бажання			
10. Механічно повторює почуті слова, напр., фрази з телевізора.			
11. Повторює ті ж самі фрази багато разів			
12. Не підтримує розмову, говорить «не за темою»			
13. Дитина говорить монотонно, невірно робить паузи між			

словами			
14. Робить недоречні зауваження чи коментарі			
15. Говорить з граматичними помилками, невірно підбирає слова, неадекватно вживає фрази			
16. Не використовує жести, міміку при спілкуванні			
17. Порухений тон, швидкість, інтонація мовлення, напр., не відповідний високий тон, питальні інтонації			
18. Говорить про себе в другій особі, тобто замість «я» вживає «ти»			
19. Повторює у відповідь останні слова фрази, зверненої до неї			

С. Особливості сприйняття			
1. Не кліпає, коли в очі попадає різке світло			
2. Не реагує, коли її кличуть, не повертається у бік голосу, часом складається враження, що в неї є порушення слуху			
3. Боїться різких звуків, при цьому часто затуляє долонями очі, чи вуха			
4. Не реагує на біль (напр., ніяк не реагує, коли вдариться головою)			
5. Не любить, щоб до неї торкались, обнімали, гладили по голові.			
6. Ходить навшпиньках або по предметах, не зважаючи на них			
7. Може довго дивитися на якийсь улюблений предмет чи явище (напр., вогонь, яскраве світло, рух потягів через переїзд)			
Д. Особливості поведінки та гри			
1. Має стереотипні рухи, наприклад, клацання пальцями, крутіння головою, складні рухи всього тіла, розгойдування			
2. Протестує проти змін у навколишньому середовищі чи в способі життя (напр., проти змін меблів чи дороги, якою ходить в садочок, на прогулянку)			
3. Спостерігається аутоагресія (завдає собі ушкоджень, напр., кусає себе, чи б'є)			
4. Обнюхує, облизує іграшки, стукає ними чи ще якимось незвично використовує			
5. Виявляє вибіркову цікавість до окремих частин іграшок, людського тіла (напр., колеса машинки чи волосся на голові)			
6. Любить усе розбирати на частинки, при цьому часто ламаючи іграшки та предмети домашнього вжитку			
7. Дитина надмірно захоплюється числами, датами, чимось іншим			
8. Любить крутитися на місці чи захоплюється предметами, що крутяться			
9. Має обмежене коло уподобань, напр., любить дивитися			

один і той самий фільм багато разів, багато разів складає в ряд свої іграшки			
10.Важко зупинити, відволікти від одноманітних, повторювальних дій чи фраз			
11. Прив'язується до незвичних речей, любить бавитись стрічками, камінцями, паличками чи волоссям тощо			
12. Потребує точного дотримання встановлених ритуалів, різко реагує на будь-які зміни (наприклад, наполегливо вимагає дотримуватись однакової послідовності дій, купуючи щось в магазині)			
13. Вимагає їжу лише певної консистенції, форми (напр., не любить твердої їжі).			
14. Має хороші навчальні здібності, значно вищі ніж у ровесників (в ранньому віці починає читати, запам'ятовує книжки, має незвичайну пам'ять чи інші незвичайні здібності)			
Е. Особливості поведінки та розвитку в ранньому дитинстві			
1. Не усміхається на появу знайомого обличчя			
2. Має порушення ритму сну-неспання (багато спить вдень і бадьора вночі)			
3. Багато плаче, важко заспокоюється			
4. Не протягує ручок, в очікуванні, що її візьмуть на руки			
5. Не намагається гулінням привернути увагу мами			
6.Проявляє надмірну тривожність в присутності незнайомих			
7.Надмірно тиха і спокійна, не вимагає присутності рідних			
8. Звертає дуже мало уваги на оточуючі предмети, більшість часу перебуває немов у своєму власному світі (стосується віку після 5 міс.)			
9. Погано ссе груди, багато зригує			
10. Може цілими днями розглядати тіні, візерунки на стінах, килимі			
11. Має труднощі із введенням прикорму, нової їжі			

Оцінювання результатів.

Якісні порушення в соціоемоційній взаємодії, які можуть виявлятися щонайменше двома ознаками, а саме:

а) нездатність адекватно використовувати невербальне спілкування – погляд очі в очі, збіднені або відсутні емоційні вирази обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціоемоційної взаємодії;

б) нездатність до розвитку емоційних стосунків з однолітками відповідно до свого рівня розвитку;

в) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми (не показує, не приносить чи не пробує звернути увагу інших на те, що її цікавить тощо);

Кількісні порушення в соціоемоційній комунікації, які можуть виявлятися щонайменше однією ознакою:

а) відставання чи повна відсутність мовлення, яке не супроводжується спробами компенсації завдяки використанню жестів, емоційної міміки як альтернативної моделі комунікації;

б) відносна неспроможність в дітей з розвиненим мовленням ініціювати чи підтримувати розмову, супроводжуючи її жестами та емоційною мімікою;

в) дефіцит різноманітної спонтанної гри-імітації (уявної чи соціальної), що відповідає рівню розвитку.

Як вже зазначалося, діагностичні тести поділяють на тести: вербальні і практичні; за формами процедури обстеження – на групові та індивідуальні, за спрямованістю – на тести інтелекту і тести особистості; в залежності від наявності або відсутності тимчасових обмежень – на тести швидкості і тести результативності; проєктивні техніки. Зупинимося на викладі діагностичних тестів за спрямованістю, тобто тестах інтелекту і тестах особистості, які широко застосовуються в аутологічній практиці.

При оцінці стану психофізичного і соціоемоційного розвитку аутичної дитини особливо важливо мати по можливості чітке уявлення про особливості її когнітивної діяльності. З цією метою застосовуються тести здібностей і когнітивного функціонування. При цьому враховується, що психічне функціонування поділяється на три сфери: когніції (мислення), афектації (афекти, почуття, емоції) і конації (психічні процеси, пов'язані з цілеспрямованими діями, включаючи потяг, бажання, мотиви і волевиявлення). Останні дві сфери переважно охоплюються широким поняттям особистості. Когнітивна діяльність, або пізнавальна, включає такі процеси, як запам'ятовування, відчуття, увага, сприйняття, розрізнення, абстрагування, уявлення, уява, концептуалізація, винесення суджень, прийняття рішень, планування і міркування. Практичне обстеження, як правило, включає завдання, що задіюють багато з цих функцій одночасно і тому не потребують використання окремих функцій, як, наприклад, уяви або швидкої реакції тощо.

При оцінці когнітивної діяльності дітей з РАС аутологи приділяють основну увагу методам *тестування загальних здібностей* (мовленнєвих, мисленнєвих тощо). Іншими сферами, вивченню яких надається значна увага, є оцінка: *спеціальних здібностей* (лінгвістичних, математичних, графічних, музичних тощо); *схильностей* (тобто, потенціалу до розвитку здібностей або високої

продуктивності), а також **досягнень** (знань чи досвіду, сформованих у минулому). При цьому аутологу важливо знати, що в тестах, спрямованих на виявлення максимальних показників, враховуються «правильні» і «неправильні» відповіді. У тестах, спрямованих на виявлення характерних показників, навпаки, не існує «правильних» чи «неправильних» відповідей; в них оцінюються особистісні характеристики, установки, система цінностей, стилі взаємин і життєві стилі, іншими словами, соціоемоційне функціонування дитини. Ці тести дозволяють скласти думку про манеру, в якій дитина проявляє свої здібності. Інакше кажучи, тести першого типу відповідають на питання; «Що дитина вміє робити?», тоді як тести другого типу – на запитання: «Як вона це робить або яким способом їй подобається (зручно) це виконувати?».

❖ **Тестування інтелекту** здійснюється з урахуванням того, що інтелект є теоретичним конструктом, який розуміється і визначається різними вченими у найрізноманітніші способи.

Найбільш значні теорії інтелекту:
<ul style="list-style-type: none"> • <i>перша група вчених</i> підкреслює значення однієї-єдиної найважливішої характеристики інтелекту; • <i>друга</i> – стверджує, що інтелект є сукупністю декількох більш-менш незалежних факторів

Першу точку зору представляв **Б. Спірман** (Spearman, 1927), що створив **Теорію загального фактора інтелекту** (General Factor Theory), назва якого іноді скорочено позначається як «G». Він висловив припущення про існування єдиної загальної структури, що лежить в основі всіх проявів інтелекту. Навпаки, прихильники багатоаспектної теорії стверджували, що інтелект визначається сукупністю численних параметрів або вимірювань, кожен з яких може бути виражений сильніше або слабше (R. Cattell & H. Horn, 1971; P. Guilford, 1985; E. Thorndike, 1938).

Другий підхід сформувався на базі різних теорій переробки інформації. Основна увага приділяється в ньому тим методам, за допомогою яких індивід переробляє інформацію, перетворюючи сенсорні стимули в рухові реакції (R. Sternberg, 1984). Важливу роль в розвитку уявлень про інтелект відіграли **ідеї Д. Векслера** (D. Wechsler, 1958), творця декількох тестів для оцінки інтелекту, які є найбільш відомими і найбільш часто використовуються аутологами. Він визначав інтелект як «сукупність здібностей індивіда до цілеспрямованої дії, раціонального мислення та ефективної взаємодії з навколишнім середовищем».

А. Тестування інтелекту. Цей вид діяльності психолога й аутолога є одним з найбільш поширених, за умови, що вони добре знають основні теорії інтелекту і найбільш поширені інтелектуальні тести. З дітьми-аутистами тестування інтелекту часто проводять з метою визначення ступеня розумової відсталості або оцінки рано проявлених незвичайних здібностей. Це особливо важливо на тому етапі розвитку, коли дитина стикається з вимогами дошкільного чи шкільного навчання.

▪ **Тести інтелекту Д.Векслера.** Інтелектуальні тести, запропоновані Д. Векслером, напевно, є найбільш широко використовуваними (особливо в США). Перший тест інтелекту, спеціально призначений для обстеження дорослих людей і названий «Шкала інтелекту Векслера-Бельв'ю» (Wechsler Bellevue Intelligence Scale), був опублікований Д. Векслером в 1939 р. З тих пір з'явилося кілька модифікацій цієї шкали, призначених для оцінки інтелекту дорослих людей («Шкала інтелекту Векслера для дорослих», 3-є видання – WAIS-III, Wechsler, 1998), тобто у віці 16 років і старше; «Шкала інтелекту Векслера для дітей», 3-є видання – для роботи з дітьми та підлітками у віці від 6 до 17 років і 11 місяців (WISC-III, Wechsler, 1991); «Шкала інтелекту Векслера для дошкільників і молодших школярів», адресована дітям у віці від 3 років і 7 місяців до 7 років і 3 місяців (WPPSI-R, Wechsler, 1989).

Остання модифікація шкали Д. Векслера – «Скорочена шкала інтелекту Векслера» (Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, WASI) дуже часто використовується в клінічній практиці при роботі як з дорослими, так і з дітьми, оскільки дозволяє легко і швидко провести процедуру тестування.

У системі тестів Векслера кількісні результати виконання серій субтестів об'єднуються для виведення наступних підсумкових показників: *вербального IQ, оперативного IQ (performance IQ) і узагальненого IQ (Full-Scale-IQ)*. У тест Векслера для оцінки інтелекту дорослих (WAIS-III) **включені шість вербальних субтестів**: загальний обсяг інформації, називання цифрового ряду, словниковий запас, рахунок, розуміння почутого матеріалу і встановлення подібності. П'ять оперативних субтестів включають: завершення малюнка, упорядкування малюнків, складання кубиків, складання предмета і зображення цифрових символів. З метою зменшення часу був випробуваний ряд скорочених варіантів тесту Векслера. Дослідження показали, що результати цих скорочених варіантів мають коефіцієнт кореляції більш 0.90 з показниками узагальненого IQ, отриманого при роботі з повними версіями шкал Векслера (Anastasi & Urbina, 1997; Lezak, 1995). Надійність тестів Векслера – висока (Lczak, 1995), а дослідження валідності показали, що

результати тестування мають високий коефіцієнт кореляції з оцінками шкільної успішності (див. наприклад, Lezak, 1995; Matarazzo, 1972; Wechsler, 1998). Крім того, широке застосування тестів Векслера в галузі психології, психіатрії та освіти свідчить про факт їхнього використання при постановці діагнозу в нейропсихологічних обстеженнях і при вирішенні різних шкільних проблем. Водночас тести Векслера *критикуються з причини неможливості напряду зв'язати результати тестування з конкретними стратегіями втручання, а також у зв'язку з відсутністю міцного теоретичного обґрунтування* (Anastasi & Urbina, 1997).

Отже, Тест включає 11 субтестів, які складають вербальну і невербальну (дієву) шкали:

Шкала вербальна: 1. Субтест загальної обізнаності. Досліджує запас щодо простих відомостей і знань. 2. Субтест загального розуміння. Оцінює повноту розуміння сенсу виразів, здатність до судження, розуміння суспільних норм. Піддослідний повинен дати відповідь про свої передбачувані дії в запропонованій ситуації. 3. Арифметичний субтест. Оцінює стан концентрації уваги, легкість оперування числовим матеріалом. Випробуваний повинен усно вирішити серію арифметичних завдань. 4. Субтест встановлення подібності. Оцінює здатність до формування понять, класифікації, систематизації, абстрагування, порівняння. Піддослідний повинен встановити і охарактеризувати спільність між парою понять, наприклад, «плаття-пальто». 5. Субтест повторення цифрових рядів спрямований на дослідження оперативної пам'яті та уваги, складається з двох частин: запам'ятовування і повторення чисел в прямому і зворотному порядку. 6. Словниковий субтест спрямований на вивчення вербального досвіду (розуміння та вміння визначити зміст слів). Пропонується пояснити значення ряду слів. Всього в завданні 42 слова.

Шкала невербальна: 7. Субтест шифровки цифр, спрямований на засвоєння зорово-рухових навичок. Завдання полягає в тому, щоб написати під кожною цифрою в клітинці відповідний їй символ. 8. Субтест знаходження відсутніх деталей. Вивчає особливості зорового сприйняття, спостережливості, здатності розпізнати суттєві деталі. 9. Субтест кубиків Кооса. Спрямований на вивчення сенсомоторної координації, здатності синтезу цілого з його частин. Необхідно послідовно відтворити десять зразків малюнків з різнокольорових дерев'яних кубиків. 10. Субтест послідовності картинок. Досліджує здатність до організації фрагментів в логічне ціле, до розуміння ситуації і передбачення подій. 11. Субтест складання фігур. Спрямованість субтеста аналогічна субтесту. 9. Необхідно у певній послідовності скласти деталі чотирьох фігур («людина», «профіль», «рука», «слон») без попередньої вказівки на те, що з цих деталей повинно бути складено.

У 1949 р запропонована Векслера інтелекту шкала для дітей (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC; остання редакція, WISC-R, опублікована в 1974 р) призначалася для обстеження дітей у віці від 5 років до 15 років 11 міс. На відміну від шкали WAIS, в тесті WISC-R є 12-й субтест, альтернативний субтесту шифровки цифр. Цей субтест включає дев'ять лабіринтів, час «виходу» з яких лімітовано. Субтест «лабіринти», проведення якого вимагає більше часу, на розсуд педагога може бути замінений на «шифровку». Будь-яка інша заміна, у тому числі заміна «лабіринтів» на якийсь інший субтест, проводиться тільки у випадку, якщо проведення одного з основних субтестів необхідно пропустити через непередбачені перешкоди.

У 1963 р опублікована Векслера інтелекту шкала для дошкільнят і молодших школярів (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, WPPSI), призначена для дітей у віці від 4 до 6,5 року. Вона включає 11 субтестів, з яких 8 субтестів є полегшені і адаптовані варіанти завдань WISC, інші три розроблені спеціально для цієї шкали. Субтести також згруповані в вербальну шкалу і шкалу дії; пред'явлення субтестів тієї й іншої групи чергуються. Склад субтестів цієї шкали: **I. Субтести вербальні:** Поінформованість, Словниковий запас, Арифметика, Знаходження подібності, Пропозиції (альтернативний), Кубики Коса. **II. Субтести практичні:** Будинок тварини, Завершення картинок, Лабіринти, Геометричні схеми, Розуміння.

«Пропозиції» - тест на запам'ятовування, що замінив субтест повторення цифрових рядів з WISC. Від дитини вимагається слідом за педагогом повторити промовлену пропозицію. Цей субтест можна використовувати замість будь-якого субтеста з вербальної шкали або пред'явити як додатковий для одержання більш точної діагностичної інформації. Субтест «Будинок тварини» схожий з субтестом шифровки цифр. У цій групі завдань дитині пред'являється карта із зображенням собаки, курчати, риби і кішки. У верхній частині карти розміщуються картинки-ключі зі вставленими в них різного кольору циліндриками (будинки тварин). Від дитини вимагається розставити будиночки відповідно зображенням тварин. У тесті «геометричні схеми» потрібно за допомогою кольорового олівця скопіювати 10 простих креслень.

До розглянутих варіантів тесту Д.Векслера існують скорочені форми, що включають 4-6 субтестів, коефіцієнти кореляції яких з основними варіантами становлять 0,8-0,9. Серед них можна вказати на Короткий Векслера інтелекту тест (Reduzierter Wechsler Intelligenztest, WIP) – скорочений варіант гамбурзької редакції основного тесту, що складається з чотирьох субтестів.

Найбільший інтерес становить якісна інтерпретація структури рівня розвитку певних функцій інтелекту, а також оцінка комплексних інтелектуально-особистісних особливостей випробуваного. При

конструюванні шкал Д. Векслер виходив з прагнення відобразити в завданнях тесту не тільки інтелектуальні, а й інші чинники, від яких залежить ефективність прояву інтелекту (див. табл. Ш.13).

Таблиця Ш.13

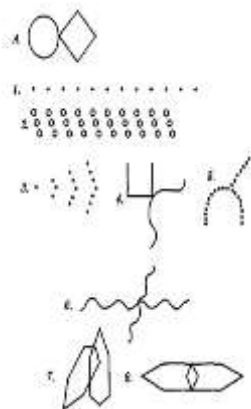
Функції інтелекту, що визначаються субтестами шкал Векслера

Субтест	Досліджувана функція	Фактор, що впливає на результат
Поінформованість	Пам'ять. Збереження в пам'яті матеріалу тривалий час. Асоціації і організація досвіду	Культурне середовище, інтереси
Розуміння	Абстрактне мислення. Організація знань. Формування понять	Можливість залучення до культури. Реакція на реальні ситуації. Обсяг уваги
Арифметичний	Пам'ять. Збереження в пам'яті арифметичних операцій	Здатність до оволодіння основними арифметичними операціями
Встановлення подібності	Вербальні поняття. Аналіз зв'язків і взаємозалежностей.	Можливість залучення до культури
Словниковий	Мовленнєвий розвиток. Формування понять	Можливість залучення до культури
Цифрові ряди	Слухові і зорові образи. Негайне відтворення рядів.	Обсяг уваги
Послідовні картини	Зорове сприйняття відношень (візуальна інтуїція)	Можливість залучення до культури
Відсутні деталі	Зорове сприйняття і аналіз. Зорові образи	Досвід сприйняття навколишнього середовища
Складання фігур	Зорові сприйняття і синтез. Візуально-моторна інтеграція	Ступінь і точність рухової активності
Кубики Кооса	Зорове сприйняття, аналіз. Візуально-моторна інтеграція. Сприйняття форми.	Ступінь рухової активності. Рівень зорового сприйняття кольору
Шифровка	Негайне відтворення. Візуально-моторна інтеграція. Зорові образи	Ступінь рухової активності

Шкали Векслера забезпечують аналіз результатів на декількох рівнях: а) глобальний аналіз, при якому проводиться порівняння загальних показників IQ з факторними показниками (показники загального IQ порівнюються з показниками вербального IQ і оперативного IQ), б) аналіз патернів – робляться висновки щодо сильних і слабких сторін дитини на підставі результатів виконання різних субтестів, в) предметний аналіз – аналіз патернів пропущених і отриманих неправильних відповідей в межах кожного субтеста (Kaufman, 1994 Lezak, 1995).

Проведення та інтерпретація результатів інтелектуальних тестів є досить складною процедурою. Це **вимагає спеціальної підготовки та проходження супервізії** – співпраці двох професіоналів – більш досвідченого і менш досвідченого, або рівних за досвідом. Непідготовленість або недостатня підготовленість спеціаліста до проведення аналізу отриманих діагностичних матеріалів **може призвести до неправильної інтерпретації результатів і недосягнення кінцевих цілей тестування інтелекту**. Це, своєю чергою, загрожує заподіяти шкоду дитині та її батькам внаслідок видачі неточних або неадекватних рекомендацій.

В. Візуально-моторний гештальт-тест Л.Бендер (Lauretta Bender, 1938). Розглядаючи можливість тестування інтелекту дітей-аутистів, аутолог, крім того, може обмежитися іншими двома найбільш поширеними інтелектуальними тестами. Так, у разі підозри (або встановлення медиком) порушення церебрального функціонування в дитини з аутизмом фахівець може застосувати оперативну, але обмежену процедуру копіювання – так званий візуально-моторний гештальт-тест Бендер (Bender Visual-Motor Gestalt Test) (Bender, 1938; Canter, 1996).



	75%	75%	75%	60%	60%	65%	70%	85%	65%
8 лет									
7 лет									
6 лет									
5 лет									
4 года									
3 года	----- Карасули -----								

В якості стимульного матеріалу використовують аркуш паперу з геометричними фігурами, розташованими в певному порядку і в певній орієнтації. Дитина повинна скопіювати ці малюнки якомога точніше, розмістивши всі фігури на одному аркуші паперу. При оцінці результатів підраховують кількість балів, набраних дитиною при малюванні кожної фігури. Максимальна загальна кількість балів, яку може набрати дитина при копіюванні всіх фігур, – 18. У нормі діти повинні набрати не менше 10–11 балів.











Якщо дитина набрала 7–9 балів, то формулюється висновок про недостатньо сформовану координацію зору і руху руки. У дітей, які набрали менше 6 балів, можна припустити порушення зорово-моторної або просторової координації та інші інтелектуальні порушення.





При підозрі наявності в дитини серйозних церебральних дисфункцій, аутолог додатково направляє її до спеціаліста-нейропсихолога, який зазвичай застосовує широкомасштабну батарею тестів, часто включаючи «Батарею нейропсихологічних тестів Хальстеда-Рейтан» (Halstead-Reitan Neuro-psychological Test Battery) або «Батарею нейропсихологічних тестів Лурія-Небраски» (Luria-Nebraska Neuropsychological Battery) (Golden, Purisch & Hammeke, 1985). Використання подібних процедур отримало назву гнучкого батареїного підходу (Bauer, 1994).

Обидві групи тестів мають дитячі версії і включають такі завдання, як: відтворення композиції по пам'яті, постукування з певною швидкістю, поєднання букв або цифр у послідовності шляхом креслення ліній, а також повідомлення про форму предметів, що сприймаються на дотик. Існує також багато інших тестів, спеціально розроблених з метою вимірювання таких функцій роботи мозку, як пам'ять, мовленнєві навички, здатність до логічних операцій тощо.

С. Комплекс завдань для визначення у дітей стану сформованості операцій логіки. Оскільки з переліку тестів на інтелект аутологи найчастіше застосовують методики для визначення стану розвитку операцій логіки, наведемо, як приклад, комплекс відповідних завдань, розроблених для дітей з аутизмом (джерело <http://kindergarten.com/>) (див. табл. Ш.13).

**Комплекс завдань для визначення стану
сформованості операцій логіки**

Діагностичні завдання		
№ п/п	Інструкція	Стимульний матеріал
1.	Які предмети можна поєднати разом? («Знайди пару предметів серед чотирьох предметів»).	
		
		
		
		
		
		
		
2.	Знайди і покажи предмет («Покажи пташку, кухонний набір, домашню тварину, цукерку, предмет для	
		

<p>спальної кімнати, фотоапарат, напій, предмет для спорту)</p>	 <p>Покажи домашню тварину</p>  <p>Покажи цукерку</p>
	
	
	
<p>3. «Розкажи, що ти знаєш про цей предмет».</p> <p>Суп – гаряча їжа; подається в глибокій тарілці; може бути м'ясним або овочевим; їдять ложкою.</p>	 <p>Відповідь: ми завжди миємо руки після туалету</p>

4. «Які предмети можна використати разом (поєднати)? Які два предмети сумісні?».



Відповідь: ми їмо ложкою суп



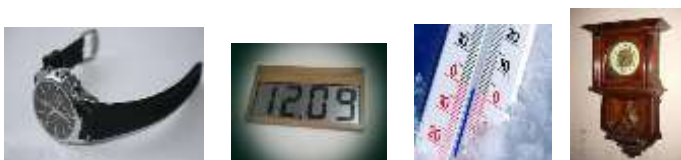
Відповідь: ми запалюємо свічки на торті до дня народження



Відповідь: ми намазуємо джем на хліб



Відповідь: ми точимо олівець точилкою.



Відповідь: термометр не показує час.



Відповідь: на собаці не їздимо.



Відповідь: у курки дві лапи. Вона домашня

	птаха.
	
Відповідь: у футболки не має довгих рукавів.	

Оцінювання: Правильні відповіді – Не правильні – Без відповіді.

В разі правильної відповіді дорослий завжди вигукує: «Ти такий розумний! Або: Ти зробив це! Або: Супер!». Якщо відповідь не правильна: «Спробуй ще». При цьому картинка з правильною відповіддю або блимає (якщо така система є), або на неї вказує дорослий.

Наведемо ще один приклад комплексу завдань для визначення стану сформованості операцій логіки, який також розроблений для дітей з аутизмом (джерело <http://kindergarten.com>) (див. табл.Ш.14).

Таблиця Ш.14

Комплекс завдань для визначення стану сформованості операцій логіки

Інструкція	Стимульний матеріал (реальні предмети, малюнки, об'ємні іграшки)
Добери стрічку для великої ляльки, а потім – для маленької. З якої стрічки вийде великий бант, а з якої – маленький?	
З трьох олівців обери найтовщого, найдовшого	
Розташуй тварин (кошеня, лося, лисицю) за висотою: від найнижчого до найвищого	

Обери з пасків найширший	
Намалюй велику ялинку; біля ялинки – дівчинку, нижчу ніж ялинка, а біля них намалюй іграшки – нижчі, ніж дівчинка	
Розфарбуй найвищий прапор синім кольором, а прапор, що нижче синього, – червоним, а найнижчий – жовтим	

Окрім тесту Д. Векслера, Візуально-моторного гештальт-тесту Л.Бендер, тесту операцій логіки, серед найбільш поширених тестів інтелекту визнається **4-а редакція шкали Стенфорд-Біне** (SB-IV, Delaney & Hopkins, 1987; Thorndike, Hagen & Sattler, 1986) (багатопрофільний тест інтелекту), яка визначає показники когнітивних здібностей як статистичні відхилення, не вдаючись до обчислення традиційного IQ. При використанні шкали SB-IV досягаються чотири цілі: а) діагностика розумової відсталості на противагу постановці діагнозу нездатності до навчання; б) визначення причин когнітивних труднощів у процесі навчання; в) виявлення обдарованих дітей; г) дослідження розвитку когнітивних навичок, починаючи з дворічного віку (E. Thorndike et al., 1986).

З метою проведення діагностичного обстеження можна також використати інші тести інтелекту, представлені, зокрема, в роботах А. Анастасі і С. Урбіна (Anastasi & Urbina, 1997), Л. Бурлачука, М. Лезака (Lezak, 1995) та ін.

❖ Тести особистості і тести соціоемоційного функціонування

Практично кожна історія відхилення в психофізичному розвитку дитини ставить перед аутологом ряд запитань, пов'язаних з соціоемоційним функціонуванням особистості. Навіть коли мова йде про непросту проблему інтелектуальних здібностей аутиста, в ній присутні аспекти, пов'язані з тривогою, мотивацією або соціальною сенситивністю дитини, що використовує ці здібності в реальних життєвих ситуаціях. Практично кожна історія відхилення в психофізичному розвитку дитини ставить перед аутологом ряд

запитань, пов'язаних з соціоемоційним функціонуванням особистості.

Особистість – термін, який в широкому сенсі позначає той, характерний для дитини спосіб, за допомогою якого вона організовує свій досвід і реалізує його в процесі взаємодії з соціальним і фізичним оточенням. Іншими словами під особистістю розуміється манера або стиль взаємодії дитини з навколишнім світом.

Більшість теорій особистості свідчить, що основні індивідуальні характеристики або риси особистості формуються в дитинстві і ранньому підлітковому віці. Якщо не виникає важких соматичних або психологічних розладів, вони залишаються незмінними протягом усього життя. Проте пережиті емоційні стани дитини схильні до численних змін. У зв'язку з цим розрізняються довгострокові і короткострокові аспекти особистості. Аутологи, які проводять обстеження, крім того, повинні враховувати, що дитина в різних ситуаціях може по-різному проявляти свої риси і психологічні стани. Вони також мають розглядати дитину як включену в суспільство з її культурою і правилами. Таким чином, *визначення особистісних характеристик є частиною цілісної оцінки дитини з аутизмом.*

✓ *Структура і типи особистісних шкал і опитувальників*, як правило, складаються зі списку питань або тверджень, відповідаючи на які дитина в тій чи іншій формі висловлює свою згоду або незгоду. Шкали й опитувальники вважаються психометрично об'єктивними в тій мірі, в якій вони вимагають від фахівця власних суджень стосовно отриманих результатів. Рівень об'єктивності багатьох опитувальників підвищила можливість їхньої комп'ютерної обробки. Очевидно, однак, що *в реальній ситуації діагностичного обстеження завжди залишається місце для суб'єктивізму педагога.*

Типи особистісних шкал:

- *раціонально-теоретичні,*
- *шкали внутрішньої узгодженості,*
- *шкали групового контрасту.*

Використання всіх типів шкал вимагає, щоб педагог попередньо сформував відповідний (релевантний) для даної ситуації набір питань або тестових сукупностей (питальну базу, item pool), яка потім пред'являється дитині.

Розробники тестів, що використовують *раціонально-теоретичний метод*, включають тестові питання, керуючись тільки власними уявленнями про те, що саме важливо виміряти в рамках певного теоретичного конструкту. Сформований ними список питань є шкалою, яку слід посилювати додатковим опрацюванням. Для цього застосовується перевірка питань на їхню відповідність реальним

ситуаціям, а також розробка норм, визначення ступеня надійності шкали і т. д.

Метод внутрішньої узгодженості (або факторний аналіз) включає використання діагностичних процедур відбору тестових питань, які корелюють один з одним; шкали формуються на основі узгодження між собою факторів, складових кластерів.

Метод групового контрасту передбачає відбір тестових питань, що дозволяють виявити статистичні відмінності між відповідями груп дітей з типовим розвитком і відповідями групи дітей, яка становить інтерес для аутолога.

Дослідження Голдберга і його колег показали, що кожен із зазначених методів може виявитися корисним в певній ситуації (Ashton & Goldberg, 1973; Hase & Goldberg, 1967). Вважається, що кращим способом складання особистісного опитувальника є, ймовірно, *поєднання всіх трьох перерахованих методів*.

Існує безліч особистісних опитувальників, які пройшли ретельну перевірку і це число, можливо, ще збільшиться. Серед них найбільш поширеними є багатошкальний опитувальник «Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) і Клінічний багатоосьовий опитувальник Міллона (Millor, Clinical Multiaxial Inventory, MCMI).

❖ **Проективні особистісні техніки.** Зовсім іншим методом осмислення особистості і стану соціоемоційного функціонування є проективні техніки. Вони *вимагають від аутолога більш розвинених навичок проведення, реєстрації та вимірювання результатів, ніж об'єктивні опитувальники*.

Проективні особистісні методики (лат. Projectio – викидання вперед – Л. Франк (L. Frank, 1939) – це сукупність методик, спрямованих на дослідження особистості. Найбільш суттєвою ознакою проективних методик є використання в них невизначених, неоднозначних (слабоструктурованих) стимулів, які випробовуваний повинен конструювати, розвивати, доповнювати, інтерпретувати. Згідно з проективною гіпотезою кожний емоційний прояв індивідуума, його сприйняття, почуття, висловлювання, рухові акти несуть на собі відбиток особистості. Відповідно до проективної гіпотези особистість проявляється тим яскравіше, чим менш стереотипні ситуації-стимули, які спонукають її до активності.

Розрізняють такі групи проективних методик: 1) конститутивні – спрямовані на структурування, оформлення стимулів, надання їм сенсу (див. Роршаха тест); 2) конструктивні – створення з оформлених деталей осмисленого цілого (наприклад, Тест «конструктивний малюнок людини із геометричних форм»); 3) інтерпретативні – тлумачення якоїсь

події, ситуації (наприклад, Тематичної аперцепції тест); 4) катархічні – здійснення ігрової діяльності в спеціально організованих умовах (наприклад, психодрама); 5) експресивні – малювання на вільну або задану тему (наприклад, «Будинок-дерево-людина» тест); 6) імпресивні – перевага одних стимулів (як найбільш бажаних) іншим (наприклад, Люшера кольору вибору тест); 7) адитивні – завершення пропозиції, розповіді, історії (наприклад, «Завершення пропозиції методика»).

Стимули, які використовуються в цих тестах, не є тестовими питаннями, а пред'являються у вигляді неструктурованого і неоднозначного матеріалу. Крім того, мета тестування – незрозуміла випробуваному. Тут доречно навести дотепне зауваження Дж. Келлі (G. Kelly), яке добре ілюструє різницю між проєктивним і об'єктивним методом вивчення особистості: *«Коли суб'єкта просять відгадати про що думає дослідник, ми називаємо це об'єктивним тестуванням; коли дослідник намагається відгадати, про що думає суб'єкт, ми називаємо це проєктивною технікою»*. Г.Ліндсей (G. Lindsey) описує стиль проєктивного обстеження таким чином: *«Проєктивна техніка є інструментом, який вважається особливо чутливим до прихованих або неусвідомлених аспектів поведінки. Вона дозволяє проявляти і стимулювати широкий спектр реакцій. Крім того, вона багатовимірна і сприяє отриманню багатьох даних про реакції випробуваного при мінімальному розумінні випробуваного мети тесту»*.

Проєктивна гіпотеза свідчить, що реакції людини щодо неструктурованої ситуації дозволяють проникнути в її внутрішній світ прихованих схильностей, конфліктів і психодинамічних сил. Проєктивну техніку з ентузіазмом підтримують психіатри і психологи психоаналітичної орієнтації. Ця техніка акцентує увагу на несвідомому, а також на конфліктах між примітивними імпульсами і прагненням задовольняти вимоги реального світу, в якому ці імпульси можуть бути виражені безпосередньо.

Серед проєктивних методик вивчення особистості, які найбільш використовуються, починаючи з дитячого віку, знаходяться: «Тест тематичної аперцепції», рисункові тести «Намалюй людину», «Намалюй будинок, дерево і людину» і ряд інших проєктивних технік.

✓ **«Тест аперцепції тематичної»** (Thematic Apperception Test, ТАТ) Г. Мюррея і Х. Моргана (Murray, Morgan 1935). Цей тест поряд з тестом Роршаха ТАТ є одним з найстаріших і найбільш поширених у світі. Тест складається з 31 малюнка (30 чорно-білих і 1 порожня), з яких спеціаліст зазвичай відбирає зі стандартного набору 5–10 в залежності від віку дитини. Пропонується придумати історію про те, що призвело до ситуації, зображеної на малюнку, чим вона закінчиться і т.д. Аналіз оповідань, записаних під час розповідей, здійснюється за певною схемою. Найбільш відомою методикою з цієї

групи є *Дитячий аперцептивний тест (САТ)* Л.Белака. Перший варіант САТ (1949) складався з 10 малюнків, що зображали ситуації, героями яких були тварини. Наведемо зразки деяких малюнків, взятих з тесту (за відповідною номерацією теста).

Мал. 2 «Ведмеді, які перетягують канат». Цікаво спостерігати, чи дитина ідентифікує себе з фігурою, яка співпрацює, з батьком чи з матір'ю. Це може виглядати як серйозна боротьба, що супроводжується страхом або агресією, яка завершує власну агресію або автономію дитини. Більш м'яко ця картина може здаватися грою (в перетягування каната, наприклад). Наприклад, сам канат може бути джерелом розгляду: якщо канат порвався – це стає джерелом подальшої небезпеки.

Мал.9. Темна кімната проглядається з освітленої кімнати через відкриті двері. У темряві – зайчєня, що сидить в дитячому ліжку і дивиться у двері.

Тема страху темряви, самотності, страху бути покинутими батьками. Або зацікавленість в тому, що може бути в наступній кімнаті.



Мал 2



Мал. 9

У 1952 році розроблена додаткова серія (САТ-S), картини якої охоплювали ряд ситуацій, не врахованих у першому варіанті САТ. Методика призначалася для дітей 3-10 років і спиралася на припущення про те, що для дітей цього віку легше ідентифікуватися з тваринами, ніж з людськими фігурами. Експериментальні дані, проте, спростували це припущення, і Беллак (Bellac), хоча і не відразу, але погодився з його критикою, створивши в 1966 році паралельний варіант дитячого тесту з людськими фігурами (САТ-Н). При цьому Беллак підкреслив, що там, де це можливо, тест повинен даватися не як тест, а як гра.

Тестувальник показує дитині картки по одній і просить її скласти оповідання, питаючи, яка подія зображена на малюнку, що відбувалося до цієї події і що станеться далі. Після створення розповіді фахівець просить дитину уявити і сказати (або

продемонструвати мімікою, жестом), що думають і відчувають тварини (люди), зображені на малюнках. «Тест тематичної аперцепції» використовується швидше з метою пізнання особистості (починаючи з дитячого віку), ніж для діагностики розладів. При його проведенні згадування дітьми батьків і проблем у взаєминах з ними часто виявляються важливими темами обговорення в ході наступної психотерапії.

Відповідно до теорії Г. Мюррея (H. Murray, 1943), основні теми, що використовуються при інтерпретації результатів, стосуються особистих потреб дитини, особливостей сприйняття нею впливів навколишнього середовища, а також торкаються власних тем, але пов'язаних з головним героєм розповіді. Г.Мюррей розробив кодовану форму для цих характеристик, а інші автори опублікували системи підрахунків балів. Як правило, рівень кваліфікації осіб, які проводять клінічне обстеження з використанням тесту, залежить від їхнього досвіду роботи за цією методикою. Це дозволяє їм звертати увагу на такі показники, як дотримання дітьми інструкцій, схожість їхніх оповідань із запропонованими темами і, що особливо важливо, визначати конфлікти і проблеми, що часто повторюються і ними виділяються.

За допомогою ТАТ можна виявити:

- провідні потреби і мотиви дитини;
- особливості сприйняття і ставлення дитини до батьків;
- особливості взаємин дитини з її братами і сестрами;
- зміст внутрішньо-особистісних конфліктів як наслідок фрустрації провідних потреб дитини;
- особливості захисних механізмів як способів вирішення внутрішніх конфліктів;
- агресивні фантазії, страхи, фобії, тривоги, пов'язані з ситуаціями фрустрації;
- динамічні та структурні особливості поведінки дитини серед однолітків.

✓ **Рисункові тести «Намалюй людину», «Намалюй будинок, дерево і людину»** і ряд інших проектних технік також найбільш часто використовуються в діагностичній практиці. Розмір деталі, манера малювання й асоціації, що в деяких випадках виникають в дитини, дозволяють спеціалісту сформулювати діагностичні гіпотези.

Як приклад, наведемо проективну методику обстеження дитини «Намалюй будинок, дерево і людину», запропоновану Дж. Буком (J. Buck, 1948). Дитині пропонується намалювати будинок, дерево і людину. Потім проводиться опитування по розробленому плану за одним малюнком і за однією сценою, що відбувається. *Вважається,*

що взаємодія між будинком, деревом і людиною є зоровою метафорою подій, що дійсно відбуваються в житті дитини. Особливим способом інтерпретації (див. нижче) визнається порядок, в якому виконується малюнок.

Поки дитина малює будинок, дерево і людину, педагог записує:

- інтервал часу з моменту надання інструкції до моменту, коли вона приступила до малювання;
- тривалість будь-якої паузи, що виникає в процесі малювання (співвідносячи її з виконанням тієї чи іншої деталі);
- загальний час, витрачений дитиною з того моменту, коли їй була дана інструкція, і до того, коли вона повідомила, що повністю закінчила малюнок (наприклад, будинок);
- послідовність зображення деталей кожного малюнка (будинку, дерева і людини).

Відхиленням від передбачуваної послідовності зображення деталей зазвичай приписують певне значення. У цьому зв'язку необхідний точний запис, оскільки упущення таких відхилень може позначитися на оцінці малюнка в цілому. Записувати всі коментарі дитини, якщо вони мають місце в процесі малювання, необхідно по можливості дослівно, а потім співвіднести кожен такий коментар з послідовністю деталей на малюнку. Процес малювання може викликати коментарі, на перший погляд, абсолютно не відповідні зображуваним об'єктам, які тим не менше можуть надати багато важливої інформації про дитину, про будь-яку її емоцію (навіть незначну) в процесі виконання тесту (див. табл. 3.15). Процес малювання часто викликає в дитини сильні емоції, і вони повинні бути записані. Потім цей емоційний вираз пов'язується із зображуваною в цей момент деталлю.

Застосування Тесту БДЛ (будинок, дерево, людина) є особливо ефективним в роботі з аутистами, які виявляють здібності в малюванні. Як відомо за спеціальними науковими джерелами, такі здібності має значна кількість дітей із синдромом аутичного спектра. Результати виконання дитиною цього тесту дозволяють скласти судження не тільки про ставлення дитини до себе загалом, але й про окремі прояви її особистості.

Проективні особливості цього тесту обумовлені невизначеністю висунутого стимулу. Слова «будинок», «дерево», «людина» знайомі кожній дитині, але вони не специфічні і тому *при виконанні завдання малюк повинен проектувати своє уявлення про кожний об'єкт і своє ставлення до того, що даний об'єкт для нього символізує*. Крім того, самі стимульні слова «будинок», «дерево» і «людина» не тільки є назвами класів об'єктів, але й несуть *значні емоційні навантаження*. Тому емоційна реакція дитини під час малювання або в бесіді після малювання найчастіше є особистісно значущою реакцією на ставлення,

бажання, почуття до об'єкта, прямо або символічно присутнього на малюнку.

Вважається, що *малюнок будинку, дерева і людини – це своєрідний автопортрет людини, яка малює*. У своєму малюнку вона відображує ті риси об'єктів, які в тій чи іншій мірі значимі для неї. Виконання тесту складається з двох частин: процес малювання і по можливості бесіда після нього. Проте в роботі з дітьми з аутизмом найбільшу інформацію дає спостереження за тим, як дитина малює. Записуються всі спонтанні висловлювання, якщо вони є, і відзначаються будь-які незвичні рухи. Якщо є можливим здійснити опитування, то його починають з малюнка людини. Наприклад, запитується, кого малює намальованого хлопчика (дівчинки), що він робить, який у нього настрій, чи нагадує він когось з його знайомих? Тощо.

Аналіз результатів: Особливим способом інтерпретації може бути порядок, в якому виконується малюнок будинку, дерева і людини. Якщо першим намальовано дерево, значить, основне для людини – життєва енергія. Якщо першим – будинок, то на першому місці безпека, успіх або, навпаки, зневага цими поняттями.

Якісний аналіз малюнків проводиться з урахуванням їхніх формальних і змістовних аспектів. Інформативними формальними ознаками малюнка вважаються, наприклад, його розташування на аркуші паперу, пропорції окремих частин малюнка, стиль розфарбовування, сила натиску олівця, стирання малюнка або його окремих частин, виділення окремих деталей. Змістовні аспекти включають в себе особливості рухів і настрою намальованого об'єкта. Для аналізу малюнків використовуються три аспекти оцінки – *деталі малюнків, їхні пропорції і перспектива*.

Вважається, що *деталі малюнка* є усвідомленням і зацікавленістю дитини в щоденній життєвій ситуації. Дитина в своєму малюнку може показати, які деталі мають для неї особистісну значимість двома способами. *Позитивним* є спосіб, якщо під час роботи над малюнком



дитина підкреслює або стирає деякі деталі малюнка, а також якщо вона повертається до них. *Негативним* вважається спосіб, якщо пропускає основні деталі в намальованих об'єктах. Інтерпретація таких значущих деталей або комплексів деталей може виявити конфлікти, страхи, переживання того,

хто малює. Але інтерпретувати значення таких деталей слід з урахуванням цілісності всіх малюнків, а також у співпраці з дитиною, бо символічне значення деталей часто буває індивідуальним.

Наприклад, відсутність таких основних деталей малюнка людини, як рот або очі може вказувати на певні труднощі в людському спілкуванні або його заперечення. Діти, які мають проблеми моторної сфери, частіше малюють людей з руками, захищеними за спину, а також без ніг або певним чином виокремленими руками і ногами, що вказує на їхні переживання у цьому зв'язку.

Наведемо деякі приклади можливої інтерпретації дитиною деталей малюнку.

1. Будинок.

а) Власне будинок. Будинок старий, розвалений – іноді дитина таким чином може висловлювати ставлення до самої себе. Дім вдалині – відчуття знедоленості. Будинок поблизу – відкритість, доступність, відчуття теплоти та гостинності. План будинку (проекція зверху) – наявний серйозний конфлікт. Різні споруди – агресія, спрямована проти фактичного господаря будинку або бунт проти того, що дитина вважає штучними культурними стандартами. Ставні на вікнах зачинені – дитина в змозі пристосуватися в інтерперсональних відносинах. Сходи, що ведуть в глуху стіну (без дверей) – відображення конфліктної ситуації, що завдає шкоди правильній оцінці реальності; неприступність дитини, хоча вона сама може бажати сердечного спілкування.

б). Двері. Відсутність дверей – відчуває труднощі в прагненні розкритися перед іншими (особливо у домашньому колі). Двері (одні або декілька) задні або бічні – відчуженість, уникнення, неприйняття реальності, неприступність. Двері відчинені – ознака відвертості, досяжності. Якщо будинок житловий – сильна потреба у теплі ззовні або прагнення продемонструвати доступність, відвертість. Двері дуже великі – надмірна залежність від інших або прагнення здивувати своєю соціальною комунікабельністю. Двері дуже маленькі – небажання відпускати своє "Я". Почуття невідповідності, неадекватності і нерішучості в соціальних ситуаціях. Двері з величезним замком – ворожість, скритність, захисні тенденції.

в). Дах: Дах, зірваний вітром або зруйнована димова труба – символічно виражають почуття дитини, які їй наказують, незалежно від її власної сили волі. Дах промальований жирним контуром, не властивим всьому іншому малюнку – фіксація на фантазіях, як джерелі задоволення. Дим з димаря дуже густий – значна внутрішня напруга. Відсутність димової труби – дитина відчуває відсутність психологічного тепла в домі. Труба майже невидима (захована) - небажання мати справу з емоційними впливами.

2. Людина.

а) Голова велика – неусвідомлене підкреслення переконання про значення мислення в діяльності людини. Голова маленька – переживання інтелектуальної неадекватності. Нечітке промальовування голови – сором'язливість, боязкість. Голова промальовується в останню чергу – міжперсональний конфлікт.

б) Обличчя: Обличчя акцентоване – сильна заклопотаність відносинами з іншими, своїм зовнішнім виглядом. Підборіддя занадто підкреслене – потреба домінувати. Підборіддя занадто велике – компенсація відчутної слабкості і нерішучості. Вуха акцентовані – можливі слухові галюцинації. Трапляється у особливо чутливих до критики. Вуха занадто маленькі – прагнення не приймати ніякої критики, заглушити її. Очі закриті або заховані під полями капелюха – сильне прагнення уникати неприємних візуальних впливів. Очі зображені як порожні очниці – значиме прагнення уникати візуальних стимулів, ворожість. Очі виражені – грубість, черствість. Очі маленькі – заглибленість у себе. Підведені очі – грубість, черствість. Довгі вії – кокетливість, схильність зваблювати, спокушати, демонструвати себе. Повні губи на обличчі чоловіка жіночність. Рот клоуна – вимушена привітність, нещирість. Рот запалий – пасивна значимість. Ніс широкий, з горбинкою – презирлива установка, тенденції мислити іронічними соціальними стереотипами. Акцентовані ніздрі – примітивна агресія. Зуби чітко промальовані – агресивність. Обличчя неясне, тьмяне – боязливість, сором'язливість. Услесливий вираз обличчя – незахищеність. Схоже на маску – обережність, скритність, можливі почуття деперсоналізації і відчуженість. Брови рідкісні, короткі – презирство, витонченість. Волосся – ознака мужності (хоробрості, сили, зрілості і прагнення до неї). Волосся сильно заштриховані – тривога. Волосся не заштриховані, обрамляють голову – дитиною управляють ворожі почуття.

3. Пропорції і перспектива деталей малюнка.

Ці характеристики малюнка часто відображають психологічну значимість, важливість і цінність речей, ситуацій або відносин, які безпосередньо або символічно представлені в зображених будинку, дереві і людині. Пропорція може розглядатися як відношення цілого малюнка до простору паперу або як відношення однієї частини цілого малюнка до окремої. Наприклад, дуже маленький малюнок людини може вказати на почуття неадекватності дитини в її психологічному оточенні або бажання аутично вийти з ситуації. Вважається, що зображення перспективи показує більш складне ставлення дитини до її психологічного оточення. При оцінці перспективи увага звертається на положення малюнка на аркуші стосовно глядача (погляд зверху або знизу), взаємне розташування частин малюнка, рух намальованого об'єкта. Наприклад, дитина, намальована в русі (біжить, танцює, грається) найчастіше показує активне, творче ставлення дитини до свого життя. Визначені симптомокомплекси, симптоми і шкала їхнього оцінювання представлені в таблиці (див. табл. Ш.15).

Таблиця Ш.15

Симптомокомплекси тесту Будинок-Дерево-Людин

Симптом окомплекс	Симптоми	Бал
с		

Незахищеність	Малюнок в самому центрі аркуша	0,1,2,3
	Малюнок у верхньому куті аркуша	0,1,2,3
	Будинок, дерево намальовані з самого краю аркуша	0,1,2
	Малюнок внизу аркуша. Багато другорядних деталей	0,1,2,3
	Дерево на горі	0,1,2,3
	Дуже підкреслено намальоване коріння	0,1
	Непропорційно довгі руки	0,1
	Широко розставлені ноги	0,1
	Інші можливі ознаки	
Тривожність	Хмари	0,1,2,3
	Виділення окремих деталей	0,1
	Штрихування	0,1,2,3
	Лінія з сильним натиском	0,1,2,3
	Багато стирань на малюнку	0, 1
	Мертве дерево, хвора людина	0,1,2
	Підкреслена лінія основи будинку	0,2
	Товста лінія фундаменту будинку	0,1,2,3
	Інтенсивно затушоване волосся	0,2
Інші ознаки		
Недовіра до себе	Дуже слабка лінія малюнка	0, 2
	Будинок з краю аркуша	0, 1
	Слабка лінія стовбура	0,1
	Одномірне дерево	0, 1
	Дуже маленькі двері	0, 1
	Самовиправдовувальне застереження під час малювання, прикривання малюнка рукою	0, 1
	Інші можливі ознаки	
Почуття неповноцінності	Малюнок дуже маленький	0, 1, 2,
	Відсутні руки, ноги	0, 2
	Руки за спиною	0,1
	Непропорційно короткі руки	0,1
	Непропорційно вузькі плечі	0,1
	Непропорційно велика система гілок	0,1
	Непропорційно великі двовимірні листя	0,1
	Дерево, що загинуло від гниття	0,1

	Інші можливі ознаки	
Ворожість	Відсутність вікон	0, 2
	Двері – замкова щілина	0, 1
	Дуже велике дерево	0,1
	Дерево з краю аркуша	0,1
	Зворотний профіль дерева, людини	0,1
	Гілки двох вимірів, як пальці	0,1
	Очі – порожні очниці	0,2
	Довгі гострі пальці	0,1
	Оскал, видно зуби	0, 1
	Агресивна позиція людини	0,2
	Інші можливі ознаки	
Конфліктність (фрустрація)	Обмеження простору	0,1,2, 3
	Перспектива знизу (погляд хробака)	0,1,2, 3
	Перемальовування об'єкта	0,2
	Відмова малювати який-небудь об'єкт	0, 2
	Дерево як два дерева	0,2
	Явна невідповідність якості одного з малюнків	0, 2
	Суперечливість малюнка і висловлювання	0, 1
	Підкреслена талія	0, 1
	Відсутність труби на даху	0, 1
	Інші можливі ознаки	
Труднощі Спілкування	Відсутність дверей	0, 2
	Дуже маленькі двері	0, 1
	Відсутність вікон	0, 2
	Вікна – отвори без рам	0, 1
	Щільно закриті вікна	0,1
	Підкреслено виділене обличчя	0, 1
	Об'єкт, намальований останнім	0, 1
	Відсутність основних деталей в об'єкті	0, 1
	Людина, намальована схематично, з паличок	0, 1
	Людина, намальована у профіль	0, 1
	Руки в оборонній позиції	0, 1
	Висловлювання про намальовану людину як про самотню, без друзів	0, 1
	Інші можливі ознаки	
Депресивність	Розміщення малюнків в самому низу аркуша	0,1,2, 3
	Вид дерева або будинку зверху	0,1
	Лінії, що йдуть униз	0,1,
	Лінія, що слабшає в процесі малювання	0,2
	Сильна втома після малювання	0,2

	Дуже маленькі малюнки	0,2
	Інші можливі ознаки	

Оцінювання результатів виконання діагностичного завдання. Як видно з таблиці, для кількісної оцінки тесту БДЛ загальноприйнятні **якісні показники групуються в наступні симптомокомплекси:** 1) незахищеність; 2) тривожність, 3) недовіра до себе; 4) почуття неповноцінності; 5) ворожість, 6) конфліктність (фрустрація), 7) труднощі в спілкуванні; 8) депресивність. Кожен симптомокомплекс складається з ряду показників, які оцінюються балами. Якщо показник відсутній, ставиться нуль, у всіх випадках присутність деяких ознак оцінюється в залежності від ступеня їхньої вираженості. Так, наявність хмар на одному малюнку – 1 бал, на двох – 2 бали, а на всіх трьох – 3 бали (симптомокомплекс «тривожність»). При наявності більшості ознак ставиться 1 або 2 бали в залежності від значимості даної ознаки в інтерпретації окремого малюнка або всіх малюнків тесту. Наприклад, відсутність на малюнку основних деталей людини (очей, носа або рота) – 2 бали (симптомокомплекс труднощі в спілкуванні); факт зображення людини в профіль в тому ж симптомокомплексі – 1 бал. Виразність симптомокомплексу показує сума балів усіх показників.

Інтерпретувати малюнки будинку, дерева і людини можна тільки тоді, коли дитина їх намалює в стандартно тестовій ситуації. Звичайно, можна психологічно інформативно аналізувати й зображувальну діяльність дитини, але в цих випадках використовуються дещо інші методи інтерпретації. Наприклад, якщо дитина під час тесту малює тільки будинок або будинок в якомусь пейзажі, то зрозуміло, що оцінка розташування будинку на аркуші, його величини, перспективи та додаткових деталей буде істотно відрізнятися.

При інтерпретації тесту БДЛ необхідно виходити з виконання сукупності всіх малюнків. Наявність тільки однієї ознаки не свідчить про наявність певної психологічної особливості. Іноді виниклі гіпотези інтерпретації можна перевірити в бесіді з дитиною.

Про можливе відставання в розумовому розвитку дитини можна думати тоді, якщо дитина малює помітно гірше, ніж більшість її однолітків з аутизмом і дітей з типовим розвитком, якщо на малюнках погана перспектива, неадекватні пропорції, не наявні основні деталі в намальованих об'єктах, якщо якість всіх трьох малюнків незадовільна. У такому разі в подальшому необхідно спрямувати роботу на детальне обстеження дитини в цьому напрямі.

Якщо серед малюнків тільки один виділяється поганою якістю, можна припускати, що саме він викликає найбільш яскраву емоційну реакцію малюка. Коли за малюнками виявляються декілька виражених симптомокомплексів, можна припустити, що для дитини важливіше

емоційне вирішення проблем. Звичайно, часто буває, що в дитини особистісні та емоційні проблеми можуть виникнути внаслідок неможливості відповідати потрібному інтелектуальному рівню. Це теж зазвичай проектується в малюнках.

❖ Існує значна кількість інших оригінальних проективних методів, що спонукають дитину розкривати перед фахівцями свої потаємні думки. Зокрема використовується така процедура, як «Список незакінчених пропозицій – Рра» (Rotter Incomplete Sentence Blank, Rot Rafferty, 1950), коли дитину просять закінчити незавершені пропозиції: ставлення до норм поведінки, сімейних взаємин, ставлення до успіху, удачі, ставлення до матері, агресивні тенденції тощо. При цьому спеціалісти виходять з того, що відповіді дитини дозволяють виявити її глибинні і значущі особистісні характеристики. Ця проективна техніка, на думку фахівців, на сьогодні є найбільш поширеною (Watkins, Campbell, Nieberd Hallmark. 1995).

Лідсей, проаналізувавши відомі йому проективні методики (Lidsey, 1961), запропонував *класифікацію проективних технік*, розбивши їх на основі форм поведінки на п'ять основних груп, які вони мають викликати (див. табл.Ш.16).

Таблиця Ш.16

<i>Основні групи проективних технік і можливі форми поведінки, викликані ними:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • асоціації. Наприклад, тест Роршаха (H. Rorschach), тест словесних асоціацій); • конструювання. Складання історій в ТТА; • завершення. Завершення пропозицій; • вибір або упорядкування. озміщення предметів за категоріями або відповідно до особистих переваг; • самовираження. Малювання олівцем, фарбами або пальцем, гра з певними предметами.

За свої психометричні властивості проективні техніки піддалися широкій критиці. У першу чергу – за не валідність і недостатню надійність системи вимірювання результатів. Крім того, застосування багатьох проективних технік, наприклад, тесту Роршаха і ТТА, займає багато часу в порівнянні з особистісними опитувальниками. Розвиток біхевіоральних методів оцінки також сприяло зниженню інтересу до проективних технік. Однак, попри розчарування, що підсилювалося з 1970-х рр. минулого століття, багато спеціалістів наполегливо виступають на захист проективних тестів. Так, стосовно тесту Роршаха отримано новий погляд на цю проективну методику психологічної оцінки особистості. Тест заснований на припущенні, згідно з яким те, що індивід «бачить» у

чорнильній плямі, визначається (і досить точно) особливостями його власної особистості.

✓ Успішно використовується на практиці **Шкала Спостереження для діагностики аутизму** (Autism Diagnostic Observation Schedule, **ADOS**) (Кетрін Лорд (Catherine Lord, Ph.D.), Майкл Раттер (Michael Rutter, M.D., FRS), Памела Ди Лаворе (Pamela C. DiLavore, Ph.D.), Сьюзан Ризи (Susan Risi, Ph.D.)). План діагностичного обстеження при аутизмі (ADOS), як вже зазначалося вище, є стандартним, відносно структурованим (напівструктурованим) методом оцінки спілкування, соціальної взаємодії, гри та/або використання матеріалів із застосуванням уяви для осіб, направлених на обстеження у зв'язку з можливою наявністю у них аутизму або інших загальних порушень психічного розвитку, позначених як РАС. *ADOS складається зі стандартних видів діяльності, що дозволяє педагогу спостерігати за формами поведінки, важливими для діагностики РАС на різних рівнях розвитку в різному хронологічному віці.* У ADOS використовуються заплановані соціальні події – стимули («преси» за Мюррем (Murray, 1938), під час яких можлива поява поведінки певного типу. Структуровані види діяльності та матеріали забезпечують створення стандартних соціальних взаємодій і спілкування, в яких можуть проявитися форми поведінки, що співвідносяться саме з РАС.



У своїй остаточній формі ADOS є поєднанням двох більш ранніх інструментів: Плану діагностичного обстеження при аутизмі 1989 (Lord et al., 1989), призначеного для використання у дорослих і дітей, рівень розвитку мовлення яких відповідає як мінімум трирічному віку, і Домовленнєвій шкалі діагностичного обстеження при аутизмі (Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Scale, PL-ADOS; DiLavore, Lord, & Rutter, 1995), призначеної для використання у дітей з обмеженнями або відсутністю мовленнєвих навичок.

ADOS складається з чотирьох модулів, кожен з яких розрахований на 30-45 хвилин обстеження. У кожному модулі передбачений свій протокол з планом дій, розроблений для дітей або дорослих. Для обстеження кожної дитини застосовується тільки один модуль. Аутолог вибирає модуль, який є найбільш відповідним для певної дитини (або дорослого) на підставі наявних у неї навичок експресивного мовлення і хронологічного віку. Стан загального та мовленнєвого розвитку може бути, починаючи від повної відсутності експресивного і рецептивного мовлення, до наявності сформованого мовлення у дорослих.

Хоча види діяльності в різних модулях перекривають один одного, в цілому в чотирьох модулях ADOS представлено широкий спектр

завдань – від спостереження за тим, як дитина просить аутолога продовжити надувати мильну кульку в Модулі 1, до бесіди про соціальні стосунки у родині, школі в Модулі 4. Дослідження з модулем 1 і 2 часто проводять під час переміщення дитини по кімнаті, в залежності від її інтересів і рівня активності, що особливо актуально для дітей молодших за віком або які володіють досить обмеженими мовленнєвими навичками. Дослідження з Модулем 3 і 4 проводять сидячи за столом; вони включають більше завдань для мовленнєвого спілкування, ніж фізичних дій. План дій відрізняється від модуля до модуля, але загальні принципи залишаються незмінними, включаючи умисні варіації поведінки аутолога з використанням ієрархії структурованих і неструктурованих форм соціальної поведінки.

Кожен модуль ADOS забезпечує широкий спектр завдань і спеціальних стимулів (пресів). Аутолог, проте, може вирішити перейти від одного модуля до іншого вже під час обстеження. Це слід робити, якщо рівень володіння мовленням в дитини виявиться іншим, ніж очікувалося, або завдання виявляться невідповідними з якої-небудь іншої причини. У разі сумнівів краще вибрати модуль, в якому занижені вимоги до мовленнєвих навичок, ніж використовувати модуль, що вимагає більш високого рівня розвитку мовлення. Це унеможливить розмежування мовленнєвих і соціальних труднощів. Можна варіювати порядок завдань, темп їх виконання та матеріали до кожного модуля, пристосовуючи їх до потреб дитини. Наведемо приклад планів дій, розроблених для дітей і представлених у Модулях 1 і 3 (див. табл.Ш.17).

Таблиця Ш.17.

<i>Модуль 1</i>	<i>Модуль 3</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Вільна гра • Реагування на ім'я • Реагування на спільну увагу • Гра з мильними бульбашками • Передбачення стереотипних • Реагування на посмішку • Передбачення стандартної соціальної поведінки • Функціональна і символічна імітація • Святкування дня народження • Обід 	<ul style="list-style-type: none"> • Завдання на побудову • Вигадана гра • Гра на спільну взаємодію • Опис картини • Розповідь історії з книги • Мультфільми • Повідомлення про розмову • Емоції • Соціальні проблеми • Перерва • Друзі / Самотність • Створення історії

У стартовий комплект ADOS входить набір з більш ніж 100 спеціально підібраних предметів для спостереження за тим, як діти різного віку з ними поводяться, а також буклети-модулі для заповнення – чотири їхні різновиди по 10 шт. для дітей різного рівня розвитку,

починаючи від дітей, які не володіють мовленням, і закінчуючи дорослими.

Якість використання ADOS залежить від навичок аутолога і його досвіду застосування тесту. Фахівець повинен бути добре знайомий з критеріями оцінки і видами діяльності, щоб фокусувати увагу на спостереженні за дитиною, а не на пред'явленні завдань. Передбачається, що перед використанням ADOS для діагностики аутолог повинен пройти спеціальне навчання або освоїти тестову методику шляхом використання відеозаписів.

✓ **Тест Жиля** (Le Test-Film, 1959) – проєктивна методика дослідження особистості дитини. Стимульний матеріал тесту складається з 69 стандартних картинок, на яких зображені діти, діти і дорослі, а також тестові завдання, спрямовані на виявлення особливостей поведінки в різноманітних життєвих ситуаціях,



актуальних для дитини і які зачіпають її відносини з іншими людьми. Наприклад, на картинці намальована сім'я, яка сидить навколо столу. Дитині потрібно вибрати собі місце за столом.

Тест дає можливість описати систему особистісних відносин дитини, яка складається з двох груп змінних: 1. *Показники, що характеризують конкретно-особистісні відносини дитини з іншими людьми:* 1) матір'ю; 2) батьком; 3) обома батьками; 4) братами і сестрами; 5) бабусею і дідусем; 6) другом (подругою); 7) учителем (вихователем або іншим авторитетним для дитини дорослим).

II. *Показники, що характеризують особливості самої дитини:* 1) допитливість; 2) прагнення до домінування в групі; 3) прагнення до спілкування з іншими дітьми у великих групах; 4) відгородженість від інших, прагнення до самотності; 5) соціальна адекватність поведінки. У тестових завданнях пропонуються на вибір типові форми поведінки в деяких ситуаціях. Наприклад: З ким ти любиш грати? З дітьми твого віку, молодшими за тебе, старшими за тебе? Завершується обстеження опитуванням, в процесі якого уточнюються дані, що цікавлять аутолога. Наведемо ще декілька прикладів відповідних завдань.

- Ось стіл, за яким сидять різні люди. Познач хрестиком, де сядеш ти.
- Вирішено зробити одній людині сюрприз. Ти хочеш, це зробити? Кому? А може бути, що тобі все одно?
- Ти маєш можливість виїхати на кілька днів відпочивати, але там, куди ти їдеш, тільки два вільних місця: одне для тебе, друге – для іншої людини. Кого б ти взяв із собою?
- Ти втратив щось, що коштує дуже дорого. Кому першому ти розповіси про

цю прикрість?

- У тебе болять зуби, і ти повинен піти до зубного лікаря, щоб вирвати хворий зуб. Ти підеш один? Або з кимось? Якщо підеш з кимось, то хто ця людина?

Крім якісної оцінки результатів, всі показники отримують своє кількісне вираження. Незважаючи на те, що необхідна подальша робота з вивчення валідності та надійності цього тесту, проведені дослідження свідчать про значну діагностичну цінність даних, отриманих за його допомогою.

Узагальнюючи викладене, зазначимо:

У випадку, якщо батьки виявили у своєї дитини симптоми аутизму, бажано звернутися за консультацією до терапевта, який спостерігає дитину і який повинен запропонувати батькам коротке скринінгове тестування/інтерв'ю. Тестування/інтерв'ю може проводитися за поширеними тестами: CHAT, M-CHAT, SCQ і CASD. Досконалість тесту, в даному випадку, допомагає підвищити якість діагностики. Наприклад, встановлено, що достовірність діагностики PAC за допомогою CHAT складає 83%, а у разі застосування CASD достовірність досягає 99,9%. Однак необхідно враховувати, що ніякі скринінгові методики не дають 100% точного результату, хоча кращі з них до нього максимально наближаються. На думку науковців, особливо необхідно враховувати те, що офіційне походження методики значно підвищує її якість, оскільки це свідчить про те, що автори методики (найчастіше із США) офіційно підтвердили правильність перекладу і подальшої адаптації у разі її необхідності.

В Україні єдина організація, що представляє в нашій країні методики SCQ, CASD, ADOS, ADI-R – це «OS⁸ Ukraine/OC Україна – провайдер психологічних тестів». Компанія OS Ukraine – перше українське видавництво психологічних тестів, яке входить у міжнародну групу компаній Guinti OS. «ОЗ Україна» є частиною великої родини компаній GIUNTI OS, що функціонує в Італії, Франції, Угорщині, Румунії, Болгарії, Росії, Греції, Туреччині. «ОЗ Україна» як провайдер (від. англ. provider — компанія, постачальник) забезпечує високу якість локальних адаптацій тестів з урахуванням передового досвіду і при співпраці з провідними університетами Європи.

З 2008 року «ОЗ Україна» є асоційованим членом Європейської групи видавців тестів (ETPG) – організації, що сприяє створенню, підтримці і поліпшенню якості інструментів психологічної оцінки в Європі. Підтримуючи регулярні контакти з International Test Commission (ITC), ETPG регулярно проводить дослідження з метою поліпшення

⁸ OS - з англ. Основні засоби

якості психологічного інструментарію, бере участь у міжнародних симпозиумах і семінарах, які проводяться як в Європі, так і в США, співпрацює з Європейською комісією в галузі соціальних програм, проводить щорічні зустрічі членів групи з метою обміну передовим досвідом.

Водночас батьки можуть звернутися безпосередньо до дитячого психіатра, який повинен запропонувати їм пройти скринінгові тести (тобто, задати питання, які містяться в тестах). Якщо скринінг вкаже на високу ймовірність наявності аутичного розладу, то, що дуже важливо, необхідно пройти повноцінну діагностику за допомогою методик ADOS і ADI-R, які на сьогодні вважаються світовим стандартом діагностики. Ці методики досить дорогі і, на жаль, лікарі часто ними нехтують, використовуючи менш досконалі і, відповідно, менш точні методи дослідження і постановки діагнозу.

Проведення діагностичних заходів є досить довготривалим за часом і, можливо, необхідними будуть декілька візитів до лікаря та/або клінічного психолога чи аутолога, який працює з дитиною. Кожного разу батьки повинні мати копію результатів такої діагностики. Це дасть їм можливість порівняти динаміку корекційно-розвивальної роботи, яка буде згодом проводитися. А у випадку, якщо батьки змінять місце проживання або країну, результати діагностики ADOS і ADI-R будуть зрозумілі кожному професіоналу, в яку установу вони б не звернулися.

Лікар-психіатр на підставі даних діагностики ставить дитині діагноз з кодом з МКБ-10 і рекомендує програму реабілітації. У програмі знову важливу роль відіграють результати діагностики, що полегшують прояв супутніх аутизму розладів, якщо такі мають місце.

Реабілітація дитини зажадає від батьків сил і терпіння, проте, результати будуть відповідати їхнім очікуванням, якщо вони будуть проходити її під контролем сертифікованих фахівців.

З реабілітаційних методик фахівці рекомендують найбільш широковідомі, що довели свою ефективність. Це – АВА і ТЕАСН. Міжнародна організація Autism Speaks, рекомендує також використання таких методик: Floortime, ESDM, PRT, RDI, SCERTS та інших. Проте в Україні вони поки практично не поширені. У кожному разі підтвердженням прогресу корекції розвитку є повторна діагностика за допомогою ADOS і ADI-R, яку рекомендується проводити декілька разів.

Водночас необхідно зазначити, що більшість програм підготовки корекційних педагогів і спеціальних психологів на сьогодні передбачає лише мінімальне оволодіння навичками застосування зазначених технік.

Аналізуючи матеріал, присвячений короткому опису основних інструментів обстеження, доступних психологу і дефектологу, найбільше наголошено на значенні чіткого формулювання цілей

обстеження і усвідомлення того факту, що, здійснюючи цю роботу, аутолог виконує її насамперед для самої дитини.

Висновки

- Процедура діагностичного тестування виконує три основні функції: *формування робочого образу дитини, прийняття рішення і перевірка гіпотез*. На процес обстеження неминуче впливають теоретичні знання педагога, система професійних цінностей та особисті переконання. Існує величезна кількість інструментів діагностування і аутолог завжди зможе вибрати найбільш доречні з них для конкретної дитини і діагностичної проблеми, що стоїть перед ним.
- Навички тестування відносяться до числа найбільш важливих професійних навичок аутолога. *Проведення тестів вимагає відповідної професійної підготовки та досвіду*. Тестуючи, аутолог повинен мати чіткі уявлення про ступінь надійності і валідності тестів та враховувати важливість знань про вікові норми розвитку. Такі сфери тестування, як тестування інтелекту, досягнень і особистісних рис, міцно спираються на ретельно сконструйовані і стандартизовані об'єктивні тести.
- Проективні тести дозволяють отримувати *інформацію, пов'язану з підсвідомими і прихованими внутрішньо особистісними процесами*. Водночас суб'єктивні інтерпретації одержаних результатів викликають сумніви, що стосуються надійності та валідності проективних тестів.
- Процедури діагностичного обстеження аутичної дитини й інструменти, що використовуються для його проведення недосконалі, а тому постійно розвиваються. *Проте практик, на відміну, наприклад, від академічного вченого, не може відмовитися від прийняття навіть недосконалих рішень*. У спробі допомогти іншим перед аутологом постає питання: як найкраще використати недосконалі інструменти? Це питання носить як етичний, так і практичний характер. У той же час дослідження тестів, їхніх статистичних властивостей і практичної придатності безперервно триває.

○ Завдання

1. Назвіть типові стадії інтерв'ювання батьків дитини з РАС.
2. Визначте основні форми використання методу спостереження.
3. Охарактеризуйте складові шкали оцінювання стану сформованості соціально-емоційних форм поведінки дитини з РАС.
4. Схарактеризуйте особливості основних функцій процедури діагностичного тестування.
5. Розкрийте напрями, основні критерії, діагностичні методики і особливості застосування психологічного тестування дитини з РАС.

Запитання

1. Які вимоги до методу об'єктивного спостереження?
2. У чому полягають переваги тестів у порівнянні з індивідуально проведеним інтерв'ю або спостереженням?

3. Які навички тестування відносяться до числа найбільш важливих професійних навичок аутолога?
4. Які стереотипи про людей з аутизмом, поширені в нашому суспільстві?

Література

1. А. Анастази. Психологическое тестирование. Том 1, 2. – М.: 1982.
2. Л.Ф. Бурлачук, С.М.Морозов. Словарь-справочник по психодиагностике. Изд. ПитерКом. 1999.

Тема 7. Діагностика стану соціально-емоційного розвитку дітей з РАС: психолого-педагогічний підхід

На сьогодні існує величезна кількість спеціально розроблених в нейропсихології, психології і дефектології діагностичних методик для виявлення особливостей психофізичного розвитку дітей з аутизмом (див. сайт, що рекламує ці методики). При цьому *методом вибору завжди є поведінка дитини*.

Основними з них визнаються РЕР-R, АВА (цю методику часто розглядають як прикладну науку, яка досліджує, як діти вчаться) і ТЕАССН-програма. Ці методики вважаються основними, оскільки визнається, що всі останні існуючі методики – це їхні варіації (Касаткін В.Н.). Навчання за цими методиками рекомендується здійснювати на спеціально організованих семінарах і курсах, які проводять спеціалісти, що самі добре володіють цими методиками, та під час стажування. Проте оволодіння ними потребує від аутолога значних зусиль – і часових, і фінансових.

Зважаючи на цю обставину, ми переконані, що аутолог повинен мати в своєму розпорядженні достатньо просту методику, яка б містила шкали, що вимірюють соціально-емоційну поведінку аутичної дитини. У цьому зв'язку зазначимо, що, як відомо, спеціаліст має право самостійно визначати склад діагностичної батареї, з чим, однак, не всі справляються професійно. Причинами цього є те, що:

- у відповідних джерелах діагностичні методики лише згадуються, а в інших – подано їхній короткий опис без необхідних методичних пояснень і стимульного матеріалу;
- хоча методики і представлені, але частіше в своєму розпорядженні аутолог, вихователь і психолог мають деяку сукупність психодіагностичних методик, кожна з яких спрямована на вивчення певної сторони психічного розвитку дитини;

- переважна більшість діагностичних методик спрямовується на визначення актуального, а не найближчого рівня розвитку дитини, в зоні якого повинні здійснюватися її розвиток і навчання;

- згідно із запропонованим клінічним протоколом і методичними рекомендаціями, діагностика і реабілітація таких дітей повинна здійснюватися командою фахівців (психологів і дефектологів, які володіють технікою нейропсихологічної діагностики, біхевіоральної терапії, нейробіології навчання і розвитку), а також ліцензованих фахівців в галузі спеціальної педагогіки (сенсорної інтеграції, музичної терапії та ін.). Проте на сьогодні ні система освіти, ні охорони здоров'я, ні соціального захисту не мають таких фахівців в державних установах в необхідній кількості. Деяких назв спеціальностей навіть немає в переліку затверджених педагогічних професій. До цих пір відсутня єдина система підготовки фахівців у даній сфері діяльності, не визначений їхній професійний статус в установах різного підпорядкування.

Тому фахівцям-аутологам ми пропонуємо розробити самостійно або застосувати спеціально розроблений нами не складний у використанні комплекс діагностичних завдань (див. далі).

Водночас зауважимо, що в сучасних умовах в підході до діагностики РАС медики та представники педагогічних спеціальностей, професійна діяльність яких традиційно розділена, мають взаємодіяти та інформувати один одного, і тільки тоді результати теоретичних досліджень в галузі аутології можуть бути реалізовані на практиці.

7.1. Аутологічна діагностика стану сформованості соціально-емоційного розвитку дітей з РАС

Нова статистика, опублікована американськими епідеміологами, як ми вже зазначали, викликала великий резонанс у багатьох країнах. Центр з контролю захворюваності і профілактики США (CDC) опублікував новий звіт, згідно якому *в одній дитини з 68 є (РАС)*. Це на 30% більше, ніж аналогічний рівень два роки тому, який становив 1 з 88. Нові дані засновані на проведеній CDC оцінці медичних та освітніх карт восьмирічних дітей з різних американських штатів. Випадки аутизму в цих штатах варіювалися від низького рівня – 1 зі 175 дітей в Алабамі, до високого – 1 з 45 дітей у Нью-Джерсі. Діти з аутизмом, як і раніше, здебільшого були чоловічої статі. Відповідно до нового звіту CDC, аутизм був у 1 з 42 хлопчиків, що в 4,5 разів більше, ніж серед дівчаток (1 дівчинка зі 189).

Суттєве збільшення дітей з даним діагнозом припадає на дітей з інтелектуальними здібностями на середньому рівні або вище середнього. У даному дослідженні майже у половини дітей з розладами

аутичного спектра інтелектуальний рівень був середнім або вище середнього (IQ вище 85). Десять років тому їх частка становила лише одну третину від загального числа дітей з аутизмом. Збільшенню цієї цифри сприяє, на думку вчених, велика поінформованість суспільства при виявленні та діагностиці дітей.

Дещо не змінилося за ці роки. І це – той факт, що *діагноз досі ставиться занадто пізно. За даними звіту, середній вік діагнозу досі складає більше 4 років, не зважаючи на те, що аутизм можна діагностувати вже в 2 роки, а за останніми науковими дослідженнями – на першому році життя.* Чим раніше діагностовано аутизм, тим вищі шанси дитини подолати складнощі, пов'язані з цим розладом. *«Це не лікування, але це зміна траєкторії»*, говорить доктор Гері Голдштейн (G. Goldstein), президент і виконавчий директор Інституту Кеннеді Крігера і професор неврології в Університеті Джонса Хопкінса (J. Hopkins). *«Нам потрібно продовжити наші зусилля з інформування медичної спільноти і населення в цілому про те, як розпізнати проблеми розвитку, пов'язані з РАС та іншими порушеннями, на самих ранніх стадіях, на яких це тільки можливо. «Якщо родини будуть знати, що не так з їхньою дитиною, то це допоможе уникнути великих помилок, а також сприятиме своєчасному початку надання допомоги»*, – вважає доктор Макс Уізнітцер, дитячий невролог з центру «Rainbow Babies» та дитячої лікарні в Клівленді, який займається діагностикою і лікуванням дітей з аутизмом.

Заразом такі експерти як Уізнітцер і Голштейн стурбовані тим, що *на сьогодні описується не той самий аутизм, який діагностувався 20 років тому*, коли цифри вперше почали зростати. *«Двадцять років тому ми розглядали тільки аутизм з інтелектуальною інвалідністю. Ми ніколи не враховували дітей з нормальним інтелектом, лікарі не думали, що у високофункціональних дітей теж міг бути аутизм. Ми також спостерігаємо збільшення діагнозів серед дівчаток старше восьми років»* (Goldstein).

Водночас привертає увагу той факт, що фахівці, чия увагу традиційно притягувала когнітивна сфера дітей з РАС, раптом різко повернулися до вивчення афективної сфери особистості. Причина в тому, що до функцій сучасної психології включені *нові завдання – прогнозування розвитку особи і забезпечення їй можливості високих досягнень, «життєвого успіху»*. Обговорення проблематики діагностики стану емоційного і соціального розвитку *в другій половині 20 ст. ініційоване фахівцями у сфері обдарованості, які побачили в цих показниках високу прогностичну цінність*.

Сучасні дослідники, поділяючи необхідність вивчення проблеми емоційної сфери, пропонують ставити завдання ширше й обговорювати

цю проблематику в ширшому контексті. Йдеться про розгляд емоційної сфери через призму загальних соціальних здібностей як їхньої невід'ємної частини. Отже, на сьогодні *емоційну сферу розглядають як частину соціальної сфери, пов'язану з розпізнанням і засвоєнням поведінкової інформації і здатністю передбачати наслідки поведінки*. При цьому важливим (особливо в контексті спеціальної педагогіки) є акцент на тому, що розуміння поведінки інших людей і себе має значною мірою *невербальний характер* (J. Gilford).

Раніше фахівці при діагностичних опитуваннях переважно увагу приділяли когнітивним характеристикам, таким як сприйняття інших людей, розуміння мотивів їхньої поведінки тощо. Причому виявляли це лише внаслідок вербальних вимірів, і навіть оцінка поведінкових аспектів соціального інтелекту також здійснювалася за допомогою вербальних методів (самозвіт, інтроспекція тощо.). Хоча загальновідомо, що вербальна оцінка власної емоційної чи соціальної сфери і реальні поведінкові характеристики не завжди збігаються. Тому *поступово дедалі більше місця в діагностичних дослідженнях займають проблеми, які зосереджуються на вивченні не тільки «когнітивних», а що особливо важливо – «поведінкових» елементів соціальної сфери* (Kosmitzki Z. & John O.P., 1993).

До когнітивних елементів відносять оцінку: перспективи (наслідків) поведінки, розуміння людей, знання спеціальних правил, відкритість у взаєминах з оточуючими. До елементів поведінкових: здатність до відносин з людьми, соціальну пристосованість, теплоту міжособистісних стосунків. Тим самим підкреслюється думка, що *соціальна сфера – це галузь, де тісно взаємодіє когнітивне й афективне*. Неважко помітити, що ця модель досить повно відбиває сутність явища і визначає елементи, які підлягають діагностиці та розвитку. Користуючись нею, можна в подальшому розробити програму діагностики і формулювати мету педагогічної роботи з розвитку соціальної сфери дитини. *Отже, на нашу думку, ця модель цілком здатна слугувати базою для вирішення прикладних питань*.

Так, в дослідженнях **Riggio R.E.**, 1995 під час тестування навичок соціальної сфери пропонувалося оцінювання проводити за такими показниками: а) соціальна виразність, соціальна чутливість і соціальний контроль; б) емоційна виразність, емоційна чутливість, емоційний контроль. Автором використовувався також тест на приховані етичні навички (оцінювання знань правильної поведінки в соціальних ситуаціях).

За **Д.В. Ушаковим**, характеристика структурних особливостей соціальної сфери має низку наступних характерних структурних особливостей: континуальний характер; використання невербальної репрезентації; втрата точного соціального оцінювання при вербалізації;

використання «внутрішнього» досвіду. На думку J. Gilford, соціальна сфера, зокрема соціальний інтелект, є системою інтелектуальних здібностей. Учений виділив одну *операцію* – *здатність до пізнання, що включає шість чинників*: пізнання елементів поведінки, пізнання класів поведінки, пізнання відносин, пізнання систем поведінки, перетворення поведінки, результати поведінки.

Стосовно *вивчення емоційної сфери*, **I. Соловей** і **J. Mayer** визначають її як здатність особистості сприймати і розуміти прояви поведінки інших, висловлені в емоціях, а також виявляти власні емоції, управляти емоціями з урахуванням інтелектуальних процесів. Інакше кажучи, на думку авторів, *емоційна сфера включає*: здатність сприймати чи відчувати емоції (як свої власні, так і іншої людини); здатність спрямовувати свої емоції на допомогу розумовій діяльності; здатність розуміти, що означає та чи інша емоція; здатність керувати емоціями.

D. Goulman виділяє *головні складові емоційної сфери*: самосвідомість – самоконтроль – емпатія – навички відносин – мотивація, а також її біологічні передумови: рівень емоційного інтелекту батьків; правопівкульовий тип мислення; властивості темпераменту.

Соціальними передумовами розвитку емоційної сфери визначено: синтонія (гармонійний емоційний відгук; емоційна реакція оточення на дії дитини); ступінь розвитку самосвідомості; впевненість емоційної компетентності; рівень освіти батьків і сімейний дохід; емоційно благополучні відносини між батьками; андрогенність (самоконтроль і витримка у дівчаток, емпатія й ніжні почуття в хлопчиків); зовнішній локус контролю; релігійність.

Структурними компонентами емоційної сфери автор визначив: усвідомлену регуляцію емоцій; розуміння (осмислення) емоцій; розпізнавання і вираження емоцій; використання емоцій в мисленнєвій активності.

Іншою передумовою підвищеної зацікавленості до емоційної сфери став розвиток гуманістичної психології. Потому, як **A. Maslowy** в 50-і роки впровадив поняття самоактуалізації, у психології розпочався «гуманістичний бум», який породив серйозні інтегральні дослідження особистості, що *поєднують соціальні, когнітивні й афективні сторони людської природи*. Водночас складність діагностики соціоемоційного розвитку взагалі, і в дитини з аутизмом зокрема, зумовлена його (розвитку) багатогранністю, оскільки він пов'язаний з почуттями, досвідом, фізіологією, поведінкою дитини і формами її пізнання світу. Разом з тим, фізіологічні, психічні, поведінкові аспекти емоцій визначаються когнітивним етапом розвитку аутичної дитини. Це пояснюється тим, що комплекс умов, які викликають емоційні форми поведінки, включає когнітивні інтерпретації, які виникають в результаті

емоційного сприйняття дитиною навколишнього світу. Тобто, *кожна емоція є результатом сприйняття дитиною світу (когнітивний процес), когнітивної інтерпретації нею об'єкту чи події і результатом емоційної реакції на цю подію*. Отже, є певна подія чи певний предмет, дитина їх сприймає, переробляє і емоційно реагує на них. Доводиться, що емоції, які мають свої перцептивні й акустичні показники, частіше всього є результатом когнітивних інтерпретацій дитиною оточуючої дійсності (П. Екман, П. Сімонов та ін.). Когнітивний вклад у вираження емоцій не завжди є усвідомленим, а структура словника емоцій не ізоморфна структурі самих емоцій, які тільки позначаються за допомогою цих слів.

Крім того, у більшості наукових праць *стверджується залежність соціального статусу дитини від стану розвитку її емоційної сфери*. Доводиться, що діти з достатнім і високим рівнем емоційного розвитку добре знають свої емоції і почуття інших людей, можуть керувати своїми емоціями і в суспільстві їхня поведінка є більш адаптивною, і вони легше домагаються своєї мети у взаємодії з оточуючими.

Узагальнюючи результати аналізу зазначених робіт, поділ соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом на соціальну й емоційну ми вважаємо недостатньо продуктивним. Тому, базуючись на відповідних наукових джерелах (J. Meyer and D. Caruso P. Seloveya, A. Савенков, Dzh. Hylforda), вважаємо, що *емоційну сферу дитини з аутизмом цілком можливо розглядати як елемент її соціальної сфери або як підсистему її соціальної сфери*. Ґрунтуючись на наукових джерелах, такий підхід дає можливість виділити три чинники соціоемоційної сфери дитини з аутизмом.

Чинники соціоемоційної сфери дитини з аутизмом:
--

<i>Перший</i> – це соціальні знання – декларативні знання, отримані дитиною внаслідок соціального навчання, і знання, отримані під час її власної соціальної практики.
--

<i>Другий</i> – соціально-когнітивна гнучкість, що є здатністю застосовувати соціальні знання під час вирішення проблем, раніше невідомих дитині.

<i>Третій</i> – здатність ефективно діяти в системі міжособистісних відносин, вміння орієнтуватися в соціальних ситуаціях, правильно визначати особистісні особливості й емоційні стани інших людей, вибирати адекватні способи спілкування з ними, реалізовувати їх в процесі взаємодії
--

Застосування такого підходу, дає можливість аутологу при розробці власного діагностичного комплексу, спрямованого на вивчення особливостей соціально-емоційної сфери дитини з РАС, виділити такі *групи діагностичних критеріїв: когнітивні, емоційні і поведінкові*. Змістовно кожна з цих груп може бути представлена таким чином:

1. Когнітивні критерії: *соціальні знання* – знання людей, знання соціальних правил; *соціальна пам'ять* пам'ять на імена, пам'ять на людей з близького і далекого оточення; *соціальна інтуїція* – оцінка

почуттів іншої людини, розуміння мотивів вчинків інших дітей, здатність адекватно сприймати поведінку батьків в рамках соціального контексту; *соціальне прогнозування* – в доступній формі формулювання планів власних дій, врахування подій, попередніх емоцій і наступних після них, оцінка власних невикористаних альтернативних можливостей.

2. Емоційні критерії: *емоційна чутливість, емоційна виразність* – сила вираження, експресія почуттів, переживань тощо, переважаючий настрій (сум, тривога, агресивність, оптимізм); *співпереживання* – сприйняття і розуміння власних емоцій і емоцій оточуючих, визначення настрою іншої людини, здатність враховувати емоційний стан іншої людини, ставити себе на місце іншого (долати комунікативний моральний егоцентризм); *спроможність до саморегуляції* – розуміння і врахування своїх і чужих емоцій при взаємодії з іншими людьми і при вирішенні завдань, вміння регулювати власні емоції і власний настрій, ставлення до синтонії (емоційної реакції оточення на дії дитини). *Рефлексія* це не просто знання чи розуміння суб'єктом себе, а й з'ясування того, як інші знають і розуміють її та її особистісні особливості, емоційні реакції і когнітивні (пов'язані з пізнанням) уявлення; емоційний контроль – регуляція власних емоційних станів і вплив на зовнішнє середовище, що призводить до регуляції як власних, так і чужих емоцій, управління стресовими ситуаціями (опірність стресу, імпульсивність, контроль над емоційними спалахами, вміння відмовитися від задоволення).

3. Поведінкові критерії: *соціальне сприйняття* – вміння слухати співрозмовника, розуміння (осмислення) емоцій, розуміння гумору; *соціальна взаємодія* – спроможність і готовність до колективної взаємодії; *соціальна адаптація* – вміння пояснювати і переконувати інших, здатність уживатися з іншими людьми, відкритість у стосунках з оточуючими; *соціальна рефлексія* – це здатність дитини подивитися на себе з боку, аналізувати свої дії і вчинки, а за необхідності перебудувати свою поведінку; прогнозувати як свої дії, так і дії іншого, коригувати свої дії для порозуміння з іншим чи, навпаки, свідомо вводячи його на манівці. Уміння людини, як кіноплівку прокручувати свої дії, повертаючи їх, чи забігаючи вперед – це той самий механізм, що здійснює зв'язок свідомості з підсвідомістю чи з блоками «програми», що сформована як управляюча підструктура нашого досвіду.

Кожна група критеріїв соціально-емоційної сфери (когнітивні, емоційні і поведінкові) можуть бути об'єктом як широкої програми наукового дослідження, так і діагностичної діяльності аутолога-практика.

Як вже зазначалося, в роботі з дітьми з РАС основними діагностико-реабілітаційними методиками визнаються РЕР-Р, АВА

і ТЕАССН-програма, оскільки вважається, що всі останні існуючі методики – це їхні варіації (Касаткін В.Н.).

Узагальнюючи, ще раз підкреслимо необхідність врахування попередження спеціалістів про те, що використання психодіагностичних методик неспеціалістами може призвести до недостовірних результатів і нанести пряму або непрямую шкоду дитині з РАС. Навчання за цими методиками ми рекомендуємо здійснювати на спеціально організованих семінарах і курсах, які проводять спеціалісти, що самі добре володіють цими методиками і мають відповідні сертифікати.

Проте, як вже зазначалося, оволодіння методиками потребує від аутолога значних зусиль – і часових, і фінансових. *Зважаючи на цю обставину, ми переконані, що аутолог повинен мати в своєму розпорядженні достатньо просту методику.* Ця методика має містити шкали, що вимірюють соціально-емоційну поведінку аутичної дитини і дозволяють схарактеризувати особливості орієнтування дитини на внутрішні і зовнішні критерії та стан сформованості її здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих. За результатами виконання педагог зможе визначити стан адекватного/неадекватного її емоційного реагування.

При розробці нами такого діагностичного комплексу методика будувалася таким чином, щоб за результатами її застосування педагог мав достатньо повне уявлення про стан сформованості в дитини-аутиста старшого дошкільного і молодшого шкільного віку спроможності до розуміння своїх емоцій і емоцій іншої людини та здатності до управління емоціями як власними, так і емоціями інших людей. Такий підхід припускає актуалізацію в дитини різних соціоемоційних процесів і навичок. З урахуванням зазначеного запропоновану нами методику склали дві структурні частини.

Діагностичні завдання Частини I комплексу спрямовані на *вивчення особливостей міжособистісного (перцептивно-когнітивного) компонента соціоемоційної сфери дитини з РАС.* Тобто, вивчається стан розвитку соціальної взаємодії дитини з аутизмом з іншими людьми (діагностичні завдання А.1. – А.9.). *Цю тестову процедуру склали завдання для визначення стану сформованості: здатності дитини з аутизмом ідентифікувати емоції у різних проявах взаємодії, оцінного ставлення до ближнього і далекого оточення, ставлення до норм поведінки.*

Діагностичні завдання Частини II комплексу призначені для *встановлення особливостей внутрішньоособистісного (афективно-регулятивного) компонента соціоемоційної сфери.* Тобто, вивчаються особливості сформованості в аутиста співпереживання, співчуття,

сприяння іншій людині (діагностичні завдання Б.1. – Б.8.). Цю тестову процедуру склали завдання для визначення особливостей: *здатності до наслідування як джерела соціальної інформації, типів і спрямованості емоційних реакцій, характеру соціальних емоцій, оцінки власної поведінки.*

Всі завдання побудовані на узагальненому стимульному матеріалі з тим, щоб активізувати саме ті компоненти соціоемоційної сфери, які досліджуються. Більшість діагностичних завдань розраховані на середній рівень розвитку в дитини тих компонентів, що підлягають діагностуванню. *Питання про кількість завдань, які можуть бути використані при тестуванні конкретної дитини, їхньому підборі, поєднанні, повторюваності тощо вирішує аутолог, виходячи з діагностичних завдань, які він перед собою поставив.* Разом з тим, всі відібрані діагностичні завдання в процесі психолого-педагогічного обстеження необхідно використовувати в комплексному їх поєднанні.

Важливим, на нашу думку, є те, що завдання підбиралися і розроблялися з урахуванням можливості виконання дитиною кожного з них як невербально (оцінюється відповідний жест, міміка, відбір чи показ потрібного малюнка тощо), так і за допомогою усного мовлення.

У ході розробки та практичного застосування методики потребувала свого розв'язання проблема валідності методики, коли потрібно було встановити відповідність між ступенем вираженості властивості (якості) особистості дитини з аутизмом, заради вимірювання якої і створювалася ця методика. Кожне завдання має чітку відповідь на питання, для чого? для якої мети? за яким критерієм? яка шкала оцінювання? Отже, в даному разі валідність стосується не тільки методики, але й критерію оцінки якості. Перевірка на валідність методики здійснювалася у відповідних освітніх закладах м. Києва і м. Львова і тому, на нашу думку, може використовуватися в професійній діяльності аутологів і в наукових дослідженнях.

Водночас зауважимо, що обстеження стану соціально-емоційного розвитку має проводитися на основі прийняття дитини з аутизмом фахівцем, його гуманного ставлення до неї, співпраці з нею і відзначатися чітким вирішенням того, що саме буде предметом і метою вивчення. Застосування системного підходу дозволить: вірогідно відрізнити випадкове від типового, закономірного; виявити психологічну природу фактів і їхніх пояснень, зареєструвати результати, що виключить помилки пам'яті; забезпечити єдиний підхід до інтерпретації результатів; виявити прогностичний характер, що дозволить у подальшому визначити умови і засоби надання психолого-педагогічної допомоги дитині з аутизмом. Обидві складові

діагностичної методики – міжособистісний і внутрішньоособистісний рівні сформованості соціоемоційної сфери – допускають актуалізацію різних компонентів соціоемоційної сфери дитини і визначення стану їхньої сформованості.

Декілька слів про систему виставляння оцінок за результатами обстеження. Завдання оцінюється за простою п'ятибальною системою; максимально можлива оцінка за результатами виконання тестового комплексу (17 завдань) складає, таким чином, 85 балів; за фактичний результат приймається сума балів, набрана за обома частинами комплексу; загальна сума балів підставляється в спеціальну таблицю (див. табл.Ш.18). У результаті визначається загальний рівень сформованості соціоемоційної сфери дитини з аутизмом. Для індивідуалізації корекційно-розвивального процесу можуть виявитися корисними диференційовані оцінки по кожній з двох частин. Як при диференціації, так і при індивідуалізації важливо враховувати, що соціоемоційна сфера дитини розвивається не однорідно, що відображається на оцінках як в масштабі всього комплексу діагностичних завдань, так і в рамках його частин. Разом з тим, необхідно пам'ятати й інше: те, що на сьогодні для дитини є непосильним, через деякий час стає доступним.

Таблиця Ш.18.

Визначення загального рівня сформованості соціоемоційної сфери дитини з аутизмом

Верхня і нижня межа суми відповідей	Рівні
85–68	Високий
67–56	Середній
55–39	Низький
38–30	Дуже низький

Розкриємо зміст розробленої нами діагностичної методики, а також висвітлимо шкалу оцінювання одержаних діагностичних матеріалів.

Перед цим зазначимо, що ми врахували дані сучасних експертів в галузі аутології про те, що на сьогодні описується не той самий аутизм, який діагностувався 20 років тому, коли цифри вперше почали зростати. Ще раз процитуємо вислів Уїзнітцер і Голштейн – Uiznittser і Holstein: «Двадцять років тому ми розглядали тільки аутизм з інтелектуальною інвалідністю. Ми ніколи не враховували дітей з нормальним інтелектом, лікарі не думали, що у високофункціональних дітей теж міг бути аутизм». Розробляючи тест, ми намагалися врахувати і цю обставину, тобто в шкалі оцінювання виконання завдання виділено рівень для оцінки можливої відповіді високофункціонального аутиста.

Крім того, в процесі діагностичного обстеження *фахівець має враховувати, що в ситуаціях, в яких дитині комфортно, вона може*

витримати більш тривале спілкування. Якщо ж їй доводиться мати справу з неструктурованими ситуаціями, незнайомими місцями, новими людьми, швидкими змінами завдань, то дитина може прийти до своєї межі витривалості набагато раніше. Максимум, вона може витримати 30–40 хвилин, але потім у неї виникне гостра необхідність втекти з соціальної ситуації. Тривожність, істерика, агресивність, потреба уникнути соціальної ситуації – це ознаки того, що педагогу потрібно звернути на них увагу і своєчасно подбати про дитину.

Разом з тим, важливо пам'ятати і враховувати, що кожна дитина з РАС – унікальна. Дитина з помірним проявом синдрому може нічим не відрізнитися від будь-якої іншої. Проте необхідно розуміти, що навіть високофункціональні аутисти мають складнощі комунікації навіть у тісних відносинах. Вони можуть боятися зробити щось не так, навіть при тому, що їх багаторазово запевняли в тому, що вони зможуть правильно виконати завдання.

Якщо дитина робить щось, що дратує педагога, він має враховувати, що малюк не зможе зрозуміти суті його роздратованого жесту чи красномовного (як на думку дорослого) виразу обличчя. Про те, що аутолога дратує, він повинен сказати аутичній дитині прямо, пам'ятаючи, що вона схильна сприймати все в буквальному сенсі. Не турбуйтеся, якщо дитина здригається при кожному несподіваному дотику. Пам'ятайте, що всі аутисти відчувають труднощі у вербальному висловлюванні власних думок. Враховуйте, що у взаємодії вони мають виражені труднощі в розумінні і гнучкому використанні мовлення.

Взаємодія з іншими людьми є своєрідним видом входження дитини з РАС в людський соціум, що вимагає уміння узгоджувати свої інтереси, бажання, дії з іншими членами суспільства. Зміст комплексу завдань для діагностики міжособистісного і внутрішньоособистісного рівнів соціоемоційної сфери дітей з РАС передбачає визначення стану сформованості: сприйняття і розуміння навичок соціально визнаної поведінки; вміння орієнтуватись у світі людських взаємин; готовності співпереживати та співчувати іншим; оцінювати власні можливості.

Пропонуючи розроблений нами комплекс завдань, разом з тим, вважаємо доречним зауважити, що творчо налаштований фахівець зможе удосконалити запропоновану нами діагностичну систему оцінювання стану сформованості соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом відповідно до своїх уявлень про проблему і шляхи її вирішення.

Перейдемо до викладу мети, змісту методик, стимульного матеріалу і шкали оцінювання результатів виконання завдань кожної частини запропонованого нами діагностичного комплексу.

А.Тестова процедура діагностики стану сформованості міжособистісного (перцептивно-когнітивного) компоненту соціоемоційної сфери дитини з РАС (Частина I діагностичного комплексу)

Першу частину діагностичного комплексу, як зазначалося, склали 9 завдань. Їхнє застосування допоможе аутологу визначити особливості міжособистісного рівня соціоемоційної сфери дитини з РАС. Перейдемо до викладу і детальної характеристики діагностичних завдань.

А.1. Вивчення стану сформованості соціальної інтуїції (уміння «зчитувати» і розуміти емоційний стан іншої людини)

Соціальна інтуїція розглядається нами як знання, що виникає у відносно новій для дитини ситуації, і суб'єктивно сприймається як здогад, передчуття, внутрішнє чуття.

В умовах мінливого світу від дитини вимагається особливе і водночас складне вміння здійснювати постійне орієнтування в просторі соціальної реальності. Дитина змушена приймати рішення у зв'язку з новими, весь час мінливими умовами, в рамках актуальної для неї ситуації. Зрозуміти іншу людину поза ситуативного контексту не можливо. У цьому зв'язку важливим є вміння дитини «зчитувати» і осмислювати ту інформацію, яка міститься («відображена») в міміці іншої людини. Достатній стан сформованості цього вміння значно допомагає дитині при взаємодії з середовищем, з його ситуативними особливостями, а також при конструюванні психологічної ситуації. Виявлення в дитини стану розвитку соціальної інтуїції в даному разі здійснюється за допомогою такого феномену, як здогад, внутрішнє чуття, що формуються на основі її накопиченого досвіду, перш за все, досвіду зорового сприйняття як усвідомленого, так і неусвідомленого.

Мета: Виявити особливості розуміння дитиною емоційних станів малюка, зображеного на фотографіях.

Стимульний матеріал: фотографії, на яких зображено хлопчика в різних емоційних станах (радості, печалі, гніву, страху, подиву, інтересу), що відображені в його міміці. При підборі відповідної фотографії враховується: наявність різних емоційних станів на обличчях дитини, відсутність деталей на обличчі (наприклад, окулярів), стійкість повороту голови(до 30 градусів), можливість чіткої ув'язки до світлин ключового слова, в даному разі слова «хлопчик».



Інструкція: Звертаючись до дитини, аутолог говорить: «Подивись уважно на ці фотографії. На них зображено хлопчика. Хлопчика звати Петрик. Покажи, де Петрик сміється (кричить, дивується, ображається)?».



Примітка: Якщо дитина використовує мову жестів як вид комунікації, то дуже важливо, щоб фахівець, який працює з цією дитиною,

користувався одним і тим же алгоритмом жестів. Відповідні підказки і їхнє поступове зникнення (чи наростання) допоможуть дитині успішно використовувати ці жести у зв'язці із заохоченням і педагогічною допомогою.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Не виявлено очевидних труднощів у розумінні і словесному позначенні аутистом емоційного стану дитини, зображеної на світлинах. При цьому поведінка дитини адекватна її віку. Може спостерігатися сором'язливість, метушливість або неспокій в момент, коли їй пропонується завдання. Разом з тим, може виявляти типовий для дітей з РАС вкрай інтенсивний інтерес до якоїсь однієї дитини на запропонованій фотографії. Іноді аутологу важко визначити, чи є така поглиненість проявом аутизму, чи ця поведінка пов'язана з obsesивно-компульсивним розладом (нав'язливими думками і нав'язливими діями – ОКР). Хоча в дитини з аутизмом також може діагностуватися ОКР	5
Правильне виконання дитиною завдання, проте за умови застосування педагогом дозованої педагогічної допомоги у вигляді згорнутої підказки (натяку на спосіб правильного виконання). При виконанні завдання взаємини дитини і педагога на початку можуть відбуватися з труднощами. Так, дитина спочатку може уникати контакту очей з педагогом, ухилятися від нього або ставати знервованою, якщо педагог намагається тактовно, але примусово привернути її увагу до зображень, уникає дивитися на фотографії. Або поведінка дитини може характеризуватися сильною сором'язливістю, відсутністю відгуку на звертання. Проте надалі при застосуванні педагогічної допомоги дитина спроможна зрозуміти емоційний стан іншої дитини, зображеної на світлинах, а стан сформованості усного мовлення дозволяє вербалізувати його у відповіді	4
Виконання завдання дитиною можливе за умови надання їй постійної дозованої педагогічної підтримки у формі детальної словесної підказки і прямого показу способу виконання завдання. Розпізнає (або вказує жестом на фотографії) 1–2 емоційні стани дітей. При цьому може спостерігатися повторювана поведінка у вигляді бажання переробити	3

запропонований ряд світлин відповідно до її уявлення про порядок. Взаємини дитини з педагогом чиняться з помірними труднощами. Часом вона байдужа (створюється враження, що дитина не помічає дорослого, не звертає уваги на світлину) або агресивна в своєму небажанні йти на контакт. Необхідні постійні коректні примусові заходи з тим, щоб привернути її увагу до виконання завдання	
Дитина не здатна правильно виконати завдання через значні труднощі в розумінні різних емоційних станів дитини, зображених на різних фотографіях. Вона постійно байдужа, не помічає, що робить педагог, не реагує на запропоноване завдання; ніколи не відгукується і ніколи не ініціює контакт з дорослим. Тільки дуже наполегливі спроби аутолога оволодіти увагою дитини можуть дати тимчасовий позитивний ефект, який виявляється в її короткочасних спробах зрозуміти емоційний стан дитини, зображеної на світлинах, і відобразити його за допомогою не завжди адекватної міміки	2
Не виконання завдання	1

А.2. Діагностика стану сформованості здатності ідентифікувати за зовнішніми ознаками емоційний стан іншої дитини і позначити його відповідним словом



Мета:

Встановити стан сформованості в дитини здатності визначати за допомогою «зчитування» міміки, жестів і рухів тіла емоційний стан

іншої людини. Визначити стан сформованості вміння самостійно позначати емоційний стан відповідним словом.

Інструкція: «Скажи, який настрій у хлопчика (дівчинки)?». За умови наявності в дитини важкого недорозвинення мовлення їй пропонується постійна педагогічна допомога для визначення емоційного самопочуття іншої дитини.

Стимульний матеріал: сюжетний малюнок.

Примітка: Стан виконання завдання дасть можливість визначити також особливості розвитку розуміння дитиною з РАС таких зовнішніх ознак, як стать і вік дітей, зображених на світлинці.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання /Бали	
Вільне орієнтування дитини у змісті завдання і правильне самостійне	

<p>його виконання, що засвідчує конструктивне спілкування. Не зважаючи на індивідуальні відмінності в зображенні емоцій, такі з них, як радість, здивування, гнів аутист досить точно здатен упізнати за виразом обличчя і жестами дітей, які зображені на малюнках. Спроможний самостійно назвати емоційний стан кожної дитини відповідним словом. Однак слід, як завжди, при ускладненні завдання пам'ятати про важливість найпершого кроку при діагностичному обстеженні такої дитини – встановлення первинного контакту, створення позитивного емоційного клімату і комфортної психологічної атмосфери для заняття. Адаптаційний період при відпрацюванні діагностичного комплексу задань найчастіше розтягується на декілька занять. Тому потрібно від початку бути дуже обережним і делікатним, спілкуючись з дитиною</p>	5
<p>Правильне виконання завдання можливе за умови застосування одного з видів дозованої педагогічної підтримки, а саме – у вигляді згорнутої підказки. Сприйняття такої підтримки дає дитині можливість швидше «зчитувати» сигнали про емоції, які поступають від облич, міміки і жестів дітей, зображених на малюнках. Як наслідок, аутист здатен правильно зрозуміти емоції дітей, зображених на світлинах, на підставі ідентифікації цілісних мімічних виразів, що включають одночасні зміни в усіх зонах їхніх облич і рухів. Словесно позначає емоційне самопочуття іншої дитини. Разом з тим, може постійно перебивати педагога та ігнорувати додаткові питання. Тому організувати ефективний діалог без спеціального контролю аутолога не можливим</p>	4
<p>Виконання завдання супроводжується труднощами. Дитина спочатку може уникати дивитися на фотографії, уникати контакту очей, уникати дорослого або ставати знервованою, якщо намагатися примусово привернути її увагу до зображень. Проте надалі при застосуванні педагогічної допомоги у вигляді як згорнутої підказки, так і детального словесного пояснення («Скажи, який настрій у цієї дівчинки?». «Який вираз її обличчя?» тощо) спроможна зрозуміти емоційний стан дитини, зображеної на малюнку, назвавши (з допомогою педагога) цей стан відповідним словом</p>	3
<p>Виконання завдання з помірними труднощами. Спостерігається виражена емоційна незрілість дитини («емоційний» вік значно нижчий реального біологічного віку) та відсутність адекватного емоційного реагування. Дитина часом байдужа (створюється відчуття, що вона не помічає і не чує дорослого, не звертає увагу на малюнки). Необхідна постійна педагогічна допомога з тим, щоб привернути (певною мірою тактовно-примусово) її увагу до виконання завдання: «Ця дівчинка – сумна. А тепер ти скажи, яка ця дівчинка? Покажи, на якому малюнку діти радісні, а на якому – сердиті? А ці діти плачуть (провокаційне питання щодо малюнку, на якому зображено усміхнених дітей)?» тощо. Проте для такої дитини, як правило, більш ефективним може бути прямий показ способу виконання завдання. При цьому треба враховувати, що спроби педагога пояснити аутичній дитині її помилки при виконанні завдання за допомогою мовлення зрідка досягають</p>	2

довгострокового результату і часто призводять до виникнення негативних емоцій обох сторін	
Не виконання завдання. Дитина постійно байдужа, не помічає, що роблять дорослі, не реагує на запропоноване завдання, майже ніколи не відгукується і ніколи не ініціює контакт з дорослим.	1

А.3. Визначення стану сформованості здатності розуміти причину переживання іншої дитини

Мета: Виявити стан розуміння дитиною причини («підтексту») переживання дитини, зображеної на світлині та її потреби, пов'язані з емоціями. Діагностувати стан сформованості вміння вербально фіксувати сприйняту експресію.



Стимульний матеріал: Фотографії дітей.

Інструкція: «Подивися на цю фотографію і скажи, який настрій у цього хлопчика? Як ти дізнався, що в малюка сумний настрій? Як ти думаєш, що б цей хлопчик сказав, якби він зараз заговорив?... А чому веселий цей хлопчик?». «Що б цей хлопчик сказав, якби зараз заговорив?» Тощо. З цією метою дитині пропонується висловити репліку від імені дитини,



яка зображена на малюнку. Аутисту пропонується уявити ситуацію, що відповідає стану хлопчика, зображеного на світлинах або відібрати з двох-трьох запропонованих вербальних ситуацій ту, яка найбільшою мірою відповідала б переживанню дитини, яка зображена на фотографії («Чому у хлопчика сумний вираз обличчя?», «Що сталося?». «А на цьому малюнку що відбувається? Як ти думаєш, цей хлопчик чимось задоволений?». «Як ти вважаєш, про що він думає?»).

Оцінювання результатів виконання: Оцінюються особливості розуміння емоційного стану іншої дитини і можливості аутиста вербалізувати різні експресії. «Озвучення» дитиною персонажу розглядається і як здатність дитини вжитися в стан іншого, стати на його місце (здатність до емпатії), і як показник глибинного розуміння емоційного стану іншої дитини.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
<p>Правильне самостійне виконання завдання дитиною. Розуміє зміст і значення ситуацій, зображених на світлинах. Розпізнає емоційні стани і поведінку дітей. Здатна ідентифікувати емоційний стан іншої дитини і вміє на достатньому рівні вербально описати його відповідно своєму віку і мовленнєвим можливостям. Фахівцю потрібно враховувати необхідність швидкого органічного переходу дитини від одного сюжетного малюнка до іншого з тим, щоб не допускати «її відходу в себе». За умови сформованого усного мовлення дитина може постійно перебивати педагога та ігнорувати його питання. Організація діалогу потребує від аутолога спеціального зовнішнього контролю</p>	5
<p>Дитина правильно розуміє емоційний стан дитини, зображеної на малюнку. Проте осмислено вербалізувати ситуацію може за умови надання їй дозованої педагогічної допомоги у вигляді натяку на те, як сформулювати думку про емоції іншої дитини та її потреби, пов'язані з емоціями: «Цей хлопчик сумний, бо не знає, як полагодити колесо. А цей хлопчик? «Як ти вважаєш, про що він думає?». Водночас у зв'язку зі значною затримкою у формуванні усного мовлення, наявності ехололій, неправильним вживанням займенників, використанням дивних слів або жаргонів якість виконання завдання знижується</p>	4
<p>Дитина навіть з допомогою педагога визначає емоційні стани не обох дітей, які зображені на малюнках. Проте здатність розуміти емоції іншої дитини сформована в аутиста на більш високому рівні, ніж його можливості зрозуміти потреби іншої дитини, пов'язані з її емоціями («Чому саме хлопчик сумний?», «Чому не задоволений? Як ти думаєш?»). Значні труднощі в дитини пов'язані навіть з вербальним позначенням емоції, а вербальний опис емоційного стану може бути повністю відсутнім. У дітей з достатнім рівнем сформованості усного мовлення вербальний опис може бути сумішшю усвідомленого мовлення з включенням зайвих питань чи захопленість описом одного і того ж емоційного стану однієї і тієї ж дитини, зображеної на малюнку</p>	3
<p>Дитина самостійно не виконує завдання, оскільки не розуміє і, як наслідок, не вербалізує емоційні стани дітей, зображених на малюнках. Застосування різних видів дозованої педагогічної допомоги має позитивний результат при визначенні емоційного стану зображеної на малюнку дитини, проте не впливає на підвищення рівня розуміння ним тих її потреб, які пов'язані з емоціями. Запорукою певного успіху є гнучкість поведінки фахівця, вміння вчасно перебудувати діагностичне заняття. При цьому наліз поведінки дитини в повсякденному житті дозволить виявити стимули, на які слід спиратися в ході діагностичної роботи. При виконанні завдання аутист, дивлячись на фотографії дітей, може видавати дитячий вереск, химерні або тваринні звуки, більш складний шум, що наближається до мовлення або може виказувати наполегливе, дивне використання деяких відомих їй слів або фраз</p>	2
<p>Не виконання завдання</p>	1

А.4. Діагностика стану сформованості соціально-емоційних установок стосовно членів сім'ї (проективна методика «Незакінчені оповідання»).

Мета: З'ясувати ставлення дитини до членів її сім'ї.



Стимульний матеріал: незакінчене оповідання «Потяг» (за К. Тейлор). Нейтральний характер пред'явлення завдання, передбачає як встановлення причинно-наслідкових зв'язків та висунення аутистом власного припущення щодо завершення події, так і можливість виявити

особистісні аспекти оцінки ситуації дитиною. Тобто, це оповідання може прояснити характер взаємин дитини з батьками та іншими родичами.

Інструкція: Дитині говорять: «Я розкажу тобі оповідання, а ти послухай його і дай відповідь на питання. Отже, одного разу всі родичі хлопчика і тато, і мама, і братик, і сестричка, і бабуся з дідусем пішли на вокзал. Хтось один з них сів у потяг і поїхав далеко. Він більше ніколи не повернеться. Хто поїхав на потязі? Як ти думаєш? Чому саме він?».

Примітка: Під час проведення діагностичного заняття дитину не кваплять з відповіддю і при ній не коментують її відповідь. Фіксуються також тон голосу дитини, особливості реагування, міміка та жести. Якщо в дитини низький рівень сформованості усного мовлення або воно відсутнє, то застосовують спеціально підібрані малюнки. Якщо дитина вирішує ситуацію не на користь когось з членів родини, то це може вказувати на її дитячі страхи стосовно цього члена сім'ї та страху соціально-емоційних взаємин з ним. Вирішення ж ситуації на користь інших членів родини, які не сіли в потяг, може свідчити про формування в дитини страху через можливе розлучення з цими близькими їй людьми.

Якщо при прослуховуванні оповідання дитина виявляє тривогу, надмірну збудливість, розсіяність чи байдужість, слід перервати розповідь та повернутися до неї іншого разу.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання /Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина виявляє достатній рівень сформованості соціально-емоційних установок стосовно членів сім'ї. Розуміє ситуацію, в якій знаходиться людина, яка сіла в потяг. Здатна вербально описати ситуацію відповідно до свого віку і мовленнєвих можливостей. Може пояснити, чому, на її думку, саме ця людина сіла в потяг. Виявляє диференційно-ціннісне ставлення до членів родини. При цьому, однак, фахівцю необхідно систематично адаптувати питання до реальних умов діагностичного процесу дитини через надмірну її заклопотаність власною сім'єю, власним світом; через нав'язливе повторення нею певних сімейних подій	5
Дитина правильно розуміє ситуацію, називає (або вказує на фотографії) когось з родичів, який сів у потяг. Розуміє, в якій ситуації знаходиться герой оповідання (більше ніколи не повернеться). Однак за умови недорозвинення усного мовлення з труднощами може вербалізувати цю ситуацію. Водночас при допомозі педагога після довгих вагань вказує на фотографію одного з родичів, хоча не може (чи, можливо, не хоче з етичних міркувань) пояснити свій вибір. При цьому необхідно використовувати будь-яку реакцію в поведінці дитини, позитивну чи негативну як матеріал для спільної діяльності, переводити її, цілком можливо, негативні емоції щодо запропонованого завдання у позитивні	4
Стан героя оповідання, який від'їжджає назавжди, дитина розуміє не повністю. Запропоновані різні види педагогічної допомоги (згорнута підказка, детальна словесна допомога) не дає позитивного наслідку. Дитина у зв'язку з недорозвиненням (або відсутністю) усного мовлення тільки інколи робить спроби пояснити своє розуміння ситуації незграбним жестом, безпорадно вказуючи на різні фотографії	3
Дитина не розуміє і, як наслідок, відмовляється виконувати завдання. Проте неодноразове і наполегливе застосування різних видів педагогічної дозованої допомоги (в основному – прямий показ виконання завдання) сприяє підвищенню рівня розуміння дитиною ситуації, що запропонована в оповіданні. При цьому при виконанні завдання вона може видавати характерний для аутиста вереск, химерні звуки, що наближаються до мовленнєвих. Така поведінка дитини може бути наслідком, наприклад, не бажання розуміти почуття педагога або психологічних проблем, які можуть виникати при зміні графіка або режиму роботи тощо.	2
Не виконання завдання	1

А.5. З'ясування міри залежності дитини від батьків, характеру сімейних взаємин і особливостей становища в сім'ї

Мета: Визначити характер емоційних сімейних взаємин і особливості становища дитини з аутизмом в сім'ї. Встановити характер її соціально-емоційних установок.



Стимульний матеріал: Малюнки – сюжетний і предметний (проективна методика «Пташеня»).

Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог говорить: «Послухай оповідання: «У гніздечку на дереві спали пташки: тато, мама і маленьке пташеня. Раптом налетів сильний вітер.



Гілка, на якій трималося гніздо, зламалася і гніздечко впало на землю. Тато полетів і сів на одну гілку, мама сіла на іншу, а пташеня... Скажи, що зробить пташеня?».

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання /Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина здатна висловити припущення про те, що пташеня полетить до мами (тата) чи буде кликати батьків. Такі відповіді свідчать про наявність в неї впевненості у власних можливостях, про здатність приймати рішення в складних для неї життєвих ситуаціях і задоволення тим становищем, яке вона займає в сім'ї. Водночас може спостерігатися одержиме бажання дитини завершити розпочате завдання без сприйняття критики на свою адресу. При виконанні завдання, як правило, емоційно не ділиться власними досягненнями та інтересами з педагогом і присутніми на занятті батьками	5
При виконанні завдання (після надання педагогічної допомоги у вигляді натяку на його правильне виконання) її протилежні відповіді вказують на залежність, беспорядність дитини при переживанні цієї ситуації і, таким чином, – на несприятливий характер її особистісного розвитку. Стан мовленнєвого розвитку дозволяє дитині сформулювати словесні відповіді, наприклад, «Залишиться на землі та загине від холоду і голоду»; «Загине під час падіння»; «Про нього всі забудуть і хтось на нього наступить» тощо). Такі відповіді позначають беспорядність і високу залежність дитини від членів родини, неспроможність приймати самостійні рішення	4
Дитина здатна виконати завдання лише після застосування педагогом декількох видів дозованої допомоги. Якщо дитина висловлює неоднозначне припущення про те, що зробить пташеня, яке випало з гнізда: наприклад, то полетить до мами (тата), то загине під час падіння, то такі відповіді свідчать про наявність в неї як здатності приймати певні рішення в складних для неї життєвих ситуаціях, так і одночасно про беспорядність та залежність від інших людей. Якщо внаслідок важкого мовленнєвого недорозвинення дитина лише дійсно вказує на різні малюнки, це також засвідчує високу міру її потреби в допомозі батьків, її залежність від характеру сімейних взаємин і становища в	3

сім'ї	
Дитина негативноє з приводу виконання запропонованого завдання. Не висловлює жодного припущення щодо поведінки пташеняти, що вказує на несприятливий характер її особистісного розвитку і високу міру залежності від батьків. Після неодноразових умовлянь і нагадувань може навмання вказати на один із запропонованих малюнків	2
Не виконання завдання	1

А.6. Визначення рівня емоційно-ціннісного ставлення до ближнього оточення і до себе (методика «Два будинки»).

Мета: Вивчення особливостей ставлення дитини до інших людей та до себе. Крім того, розкриваючи причини розміщення дитиною себе та інших людей по будиночках, аутолог зможе визначити ступінь усвідомленості її ставлення до ближнього оточення, а також особливості її моральної свідомості.

Стимульний матеріал: Два будиночки, плоских, об'ємних або намальованих. Один з яких – яскравий, ошатний, дуже привабливий, інший – не привабливий. Фотографії всіх знайомих дітей (можна і дорослих).

Інструкція: Аутолог говорить дитині: «Ми зараз з тобою дуже цікаво пограємо. Перед тобою два будиночки, розглянь їх. В цьому красивому домі житимуть діти, які поводять себе добре і подобаються тобі. А в іншому, не такому гарному – такі, які часто поводять себе погано.



Себе ти теж можеш поселити в один з цих будиночків». Дитина бере фотографії (по одній) і розкладає їх по будиночках, а педагог запитує, чому вона помістила хлопчика (дівчинку) в цей будиночок. Всі дії та можливі відповіді дитини докладно фіксуються: чому одних дітей помістила в красивий будиночок, інших – в негарний; з ким помістила себе.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина орієнтується в сукупності емоційних ознак різних модальностей, а також співвідносить їх з причинами та наслідками виникнення. Поміщає більшість дітей і себе в красивий будиночок, що свідчить про її цілісне позитивне ставлення до себе та інших. Водночас спостерігається концентрація на дрібницях; поганий зоровий контакт. Може бути надмірно активною. Може багато і голосно говорити, коментуючи своє рішення стосовно тієї чи іншої дитини, ініціативно звертатися до аутолога, нерідко з нав'язливими допитами. Тема запропонованого завдання може час від часу змінюватися, відображаючи зміст чергового стійкого захоплення або страху дитини	5
Дитина правильно виконує пред'явлене завдання, проте потребує надання згорнутої підказки про спосіб його виконання. Якщо в красивий будиночок дитина помістила тільки себе або ще 1–2 дитини чи дорослого, то це вказує на позитивне сприйняття себе і досить вибіркоче ставлення до інших. Як правило, це надмірно закриті, нетовариські діти, які часто конфліктують і мають низький рівень мовленнєвого розвитку. Таких дітей рекомендується протестувати додатково методом «Маски» (див. далі), щоб визначити ступінь їхнього задоволення своїм становищем і виявити стан прагнення до домінування	4
У разі розміщення (після надання детальної педагогічної допомоги) тільки себе в некрасивий будиночок можна припустити очевидне неприйняття дитиною себе. Це може бути ситуативне неприйняття, можливо, пов'язане (лише в старшому дошкільному віці) з її недавньою негативною оцінкою дорослими. Однак тяжке мовленнєве недорозвинення дитини не завжди дозволяє точно встановити причину такого її емоційно-ціннісного ставлення до себе	3
Якщо дитина (після прямого показу способу виконання завдання) все одно розміщує всіх або переважну більшість дітей в некрасивий будиночок, можна припустити негативне ставлення дитини до власного соціального оточення, неприйняття нею інших. Це може бути також ситуативне неприйняття, пов'язане з образом дитини на інших через їхню негативну оцінку її дій. Проте і в цьому випадку тяжке мовленнєве недорозвинення дитини не завжди дозволяє точно встановити причину такого її емоційно-ціннісного ставлення до інших людей	2
Не виконання завдання	1

А.7. Визначення особливостей емоційного ставлення дитини з аутизмом до норм поведінки

Мета: Визначити стан сформованості ставлення дитини з РАС до норм поведінки.

Стимульний матеріал: Малюнки із зображенням ситуацій, що підлягають моральній і морально-етичній оцінці дитиною.

Інструкція: Аутолог показує дитині малюнки, просить їх уважно розглянути і далі пропонує: «Скажи (покажи), який хлопчик добре вчинив, а який – погано. Чому ти так думаєш?». У протоколі педагог фіксує відповіді дитини, її можливі пояснення, особливості її емоційних реакцій.



Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Розуміння і ставлення до норм поведінки відповідає ставленню дитини-ровесника з типовим розвитком. При оцінюванні змісту малюнків керується загально прийнятими принципами благополуччя, а оцінки вибирає, керуючись загальнолюдськими морально-етичними принципами. Дитина емоційно адекватно реагує на ситуації, зображені на малюнках. Проте настрій при виборі малюнків може набувати значної інтенсивності і впливати на ефективність розумової діяльності, на рухові дії, на продуктивність виконання завдання. Водночас симптоми тривожності, пов'язані з невпевненістю у правильності вибору малюнка, можуть перешкодити дитині сидіти на місці і продовжувати виконувати завдання до кінця. Педагог має зважати на те, що деякі симптоми у такої дитини можуть бути не помітні для нього, але це не робить їх менш реальними і руйнівними для дитини	5
При виконанні завдання ставлення до норм поведінки в дитини не завжди відповідає загально прийнятим принципам благополуччя. Проте надана незначна допомога аутолога у формі кількох навідних питань (як натяк на правильне виконання завдання) сприяє емоційно адекватному реагуванню на всі ситуації, зображені на малюнках і правильному завершенню виконання діагностичного завдання. При цьому оцінку (при правильних відповідях) аутист вибирає, керуючись морально-етичними принципами. Хоча феномен усвідомлення, який може виникнути при порівнянні, на її думку, завищених вимог, що ставляться до неї, і здатності справлятися з цими вимогами, може викликати в неї невдоволення і навіть сильний страх. Якщо в цьому механізмі не відновити рівновагу (тобто, впевненість дитини у своїх можливостях),	4

то вона відчує стрес. Достатній рівень розвитку усного мовлення сприяє формулюванню правильної відповіді. Проте спостерігаються характерні для аутиста такі загальні особливості його мовлення, як надмірно формальна манера мовлення або монотонне мовлення, або буквальне сприйняття оборотів мовлення педагога. У власному мовленні найчастіше спостерігаються ехолалії, реверсії займенників, активне уникнення вербальної взаємодії	
Малюк правильно оцінює одну-дві ситуації з трьох, що зображені на малюнках. Ставлення дитини до норм поведінки не завжди відповідає загальним принципам благополуччя. Проте подальше виконання завдання стає доступним дитині при застосуванні детальної словесної допомоги у формі серії навідних питань. Правильні відповіді свідчать, що дитина оцінку ситуації здійснює, вже керуючись принципом благополуччя персонажів. Реакція дитини на ситуації, зображені на всіх малюнках, може коливатися від пасивного, відстороненого, байдужого ставлення до роботи аж до бурхливої емоційної і мовленнєвої реакції у формі гніву при невдалій відповіді і висловленому з цього приводу коректному зауваженні педагога	3
Дитина через низький рівень сформованості психічного і мовленнєвого розвитку потребує прямого показу способу виконання завдання, тобто заслуховує коротеньке оповідання педагога, складене за малюнком. При цьому емоційно адекватно може відреагувати лише на одну з ситуацій, що зображені на малюнках. Упродовж всього виконання завдання може спостерігатися підвищена тривожність дитини. Надалі, докладаючи певні зусилля для виконання завдання і не отримуючи позитивного результату діяльності, дитина негативує і відмовляється виконувати завдання. Афект супроводжується вираженими, інколи агресивними руховими діями. Її ставлення до норм поведінки виявити повністю не вдається	2
Не виконання завдання	1

А.8. З'ясування особливостей соціально-емоційних взаємин дитини (тест Маски)



Мета: Визначити особливості стосунків дитини (за умови, що вона відвідує освітній заклад) з однолітками та її статусне місце в групі.

Стимульний матеріал. Набір масок тварин, намальованих на аркуші паперу, які символізують прагнення до домінування і підпорядкування.

Інструкція. Маски, зображені на папері, викладають в ряд перед дитиною. Кожну з масок по черзі дають дитині і пропонують: «Подивися на ці маски. Як ти думаєш (скажи; вкажи), на яку маску схоже твоє обличчя, коли ти дивишся на хлопчиків своєї групи? А ось так, на кого з них ти дивишся зазвичай? (Педагог показує кожна з намальованих масок по черзі). А хто з хлопців на тебе дивиться частіше ось так?». (Знову показує по черзі кожна з масок). «А як твій друг на тебе дивиться?». Приймається будь-яка відповідь, у тому числі і відмова відповідати.

Аналіз результатів. Стан сприйняття дитиною себе та інших дітей в групі виявляється у виборі нею відповідної маски (з добрим чи злим настроєм). Підраховують, скільки разів були вибрані маски з хорошим і злим настроєм при відповіді на запитання: «На кого з хлопців ти дивишся ось так?». Підраховують також кількість вибору «домінування і підпорядкування». При цьому педагогу важливо враховувати і своєчасно попереджати ту обставину, що діти з аутизмом можуть злякатися карнавальних масок і що це впливатиме на процес виконання ними завдання.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. При цьому, якщо дитина задоволена своїм місцем в групі дітей, кількість відібраних масок тварин усміхнених, з добрим настроєм перевищуватиме кількість злих і грізних. Це є показником статусу (умовно – домінування) дитини, оскільки свідчить про її задоволення тим місцем, яке вона займає серед однолітків. Водночас треба зважати на те, що і ця дитина може бути не повністю задоволена своїм становищем, якщо вона, маючи достатній рівень мовленнєвого розвитку, прагне до спілкування з кимось із тих дітей, хто входить в іншу групу, але не хоче спілкуватися з нею. Якщо дитину з аутизмом не влаштовує форма спілкування з однолітками, вона взагалі може різко перервати виконання завдання	5
Правильне виконання завдання за допомогою згорнутої підказки. У разі незадоволення дитини своїм місцем в групі кількість злих і сердитих масок, вибраних нею, перевершить кількість усміхнених, добрих. При цьому мова може йти і про дитину, яка прагне спілкуватися з однолітками вдома, в дворі, але не вміє цього зробити в групі. Це може бути через те, що вона відчуває значну тривогу від того, що тут з нею не хочуть спілкуватися. Цей варіант може бути також пов'язаний і з небажанням або відсутністю в дитини прагнення спілкуватися через мовленнєві проблеми. При цьому найчастіше спостерігаються ехолоалії, реверсії займенників, короткі уривчасті висловлювання зі сковзуванням на афективні асоціації і не пов'язані з актуальною ситуацією діалогу та активне уникнення вербальної взаємодії. Таким чином, виявляються діти з так званим «пасивним» і «активним» невдоволенням	4

Дитина може виконати завдання завдяки більш детальній допомозі, наданій їй педагогом у формі усного супроводу власних дій. Аутист, в якого виявляється тенденція до так званого добровільного підпорядкування, кількість вибраних масок із зображенням злих і усміхнених персонажів, буде рівною. Проблеми з невербальною комунікацією, включаючи обмежену жестикуляцію, недостатню або недоречну міміку чи дивний, застиглий погляд, ускладнює можливість пояснення сприйняття дитиною себе та інших дітей в групі у відповідності до відібраних нею масок. У цьому випадку в дитини з тяжким недорозвиненням мовлення стан сформованості стосунків з однолітками, її статусне місце в групі однозначно встановити не вдається	3
Дитина, в якій виявляється тенденція до так званого примусового підпорядкування, кількість вибраних масок із зображенням злих масок і усміхнених персонажів, також буде рівною. Проте виконання дитиною завдання потребуватиме багаторазового застосування різних форм дозованої педагогічної допомоги. І в цьому випадку стан сформованості стосунків дитини з однолітками, її статусне місце в групі однозначно встановити не вдається	2
Не виконання завдання	1

А.9. Вивчення стану розвитку гумору як форми соціальної комунікації

Мета: Визначити стан розуміння гумору і характеру реакцій на смішні зображення дитиною з аутизмом.

Стимульний матеріал: малюнки із зображенням веселого сюжету.



Інструкція: Дітям аутолог показує малюнок і пропонує його уважно роздивитися. У протоколі педагог фіксує емоційні реакції, переважно міміку і жести та можливі усні відповіді дитини; здійснює якісне оцінювання наявності або відсутності адекватних емоційних реакцій дитини на веселий зміст малюнка.

Примітка: Гумор – це інтелектуальна здатність людини оперувати одночасно декількома поглядами на реальність, її вміння виявляти протиріччя в навколишньому світі та оцінювати їх з комічної точки

зору. Почуття гумору дається людині при народженні, але починає проявлятися і розвивається в ранньому дитинстві під впливом навколишнього середовища. Відсутність передумов для його розвитку призводить до проблеми соціальної адаптації.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Емоційна реакція відповідає віку дитини і гумористичній ситуації, зображеній на малюнку. Дитина спроможна сміятися над сенсом нового, раніше не баченого явища, зіставляючи його з уже відомим. Адекватний тип і ступінь емоційної реакції позначається на виразі обличчя дитини, в позі і манері поведінки, в адекватному сміху і мовленнєвих вигуках. Називає і вказівним жестом показує на малюнок, який, на її думку, є найсмішнішим. Характерним є те, що у всіх випадках дитина посміхається, але не дивиться на педагога, не чекає від дорослого емоційної співучасті. Присутність в соціальній ситуації педагога, який бере участь в спільному переживанні гумору, не сприяє отриманню дитиною більшого задоволення від гумору	5
Виконання дитиною завдання потребує педагогічної допомоги у формі згорнутої підказки. Емоційна реакція з відхиленням від норми – дитина не завжди розуміє сутність ситуації і не завжди імітує відповідний тип і ступінь емоційної реакції. Додавання незвичайного в звичне не створює для неї новий зміст і не завжди нею трактується (як в мовленнєвий, так і в не мовленнєвий спосіб) як смішна подія. Водночас її реакції (посмішки, сміх) можуть бути не пов'язані з об'єктами, зображеними на малюнку, і з тими подіями, що відбуваються навколо них. Сміх, як правило, виникає тоді, коли розуміння настає достатньо швидко, якщо ж для цього потрібен тривалий час, то смішний сюжет не сприймається дитиною як смішний. Застосування педагогічної допомоги значною мірою сприяє правильному виконанню завдання. Проте дитина не здатна ні словесно, ні авербально (наприклад, вказівним жестом) визначити жартівливий малюнок, який на її думку, є найсмішнішим	4
Помірне порушення емоційної реакції. При цьому дитина виказує ознаки невідповідного типу та/або ступеня емоційної реакції, які можуть бути досить загальмовані або надмірні і непов'язані із ситуацією, зображеною на малюнку. Може гримасувати, ставати суворою (сердитою, сумною тощо) при тому, що на малюнку не відбувається жодних очевидних подій або об'єктів, які могли б спровокувати таку реакцію. При застосуванні педагогічної допомоги дитина реагує не на сам гумористичний сюжет, а на стан дорослих, які посміхаються і створюють атмосферу веселості і радості	3
Емоційна реакція дитини зі значним відхиленням від норми, оскільки не відповідає ситуації, зображеній на малюнку і педагогу дуже важко (або не можливо) змінити її настрій. Не розуміє комічності ситуації, що	2

відбувається на малюнку, і дії її героїв. Утім дитина спроможна виказувати різні емоції, зокрема сміятися, коли залишається на одинці	
Не виконання завдання	1

В. Тестова процедура діагностики стану розвитку внутрішньоособистісного (афективно-регулятивного) компонентну соціоемоційної сфери дитини з РАС (Частина II діагностичного комплексу завдань)

Аналіз результатів психологічних досліджень, показує, що появу внутрішньо-особистісних утворень зумовлюють такі чинники:

- зовнішні, тобто пов'язані з особливостями соціального середовища – широкого суспільного макросередовища, та
- внутрішні, тобто індивідуально-особистісні особливості. Це – рівень інтелектуального та емоційного розвитку, яке включає найближче оточення людини (Л.А.Анциферова, Н. В. Фролова).

Вивчення цих чинників, на думку учених, дає можливість виявити не тільки суперечності, властиві оточуючому середовищу, а й специфічні суперечності мікросередовища, які призводять до появи внутрішньо-особистісних конфліктів у людини (В. М. Мяснищев, Т. М. Міміна). Доведено, що внутрішньоособистісні конфлікти часто виникають в результаті зіткнення бажань особистості і реальності, яка їх не задовольняє.

Недостатня сформованість внутрішньоособистісного рівня і поява внутрішньо-особистісних конфліктів у дітей з аутизмом зумовлюються, перш за все, *відсутністю у переважної більшості з них потреби у:*

- соціальній оцінці особистих досягнень;
- захисті і почутті безпеки та довіри;
- дружньому спілкуванні;
- самовираженні і самоутвердженні та деякі інші.

Тобто, відсутністю тих потреб, які прагнуть у них сформувати, розвинути, скоригувати люди з близького і далекого їхнього оточення

Починаючи з раннього періоду життя, важливим фактором, який визначає успішність розвитку дитини з аутизмом, є міжособистісні відносини, що складаються в неї найперше в родинному оточенні. Водночас причини внутрішньоособистісних розладів і конфліктів можуть бути пов'язані з характерологічними, особистісними особливостями дитини з РАС. Це – підвищена тривожність, агресивність, емоційна нестійкість, неадекватність самооцінки та ін.. Зазначені особливості визначають схильність дитини до переживання

внутрішньоособистісних конфліктів. Проте необхідно враховувати те, що, як зазначає Л. Ф. Бурлачук, причини тієї чи іншої поведінки часто зумовлені не властивостями особистості і не особливостями ситуації, а їх взаємодією.

Як зазначалося, за допомогою діагностичних завдань Частини П діагностичного комплексу в дитини-аутиста вивчаються особливості співпереживання, співчуття, сприяння іншій людині, здатності до наслідування як джерела соціальної інформації, типів і спрямованості емоційних реакцій, характеру соціальних емоцій, оцінки власної поведінки. Перейдемо до розгляду методики діагностичних завдань і способу оцінювання результатів їхнього виконання дитиною.

Б.1. Вивчення характеру емпатії дитини з аутизмом (проективна методика «Незакінчене оповідання»)



Мета: Визначити стан розуміння дитиною ситуації, запропонованої педагогом; розуміння нею власних переживань.

Стимульний матеріал: Незакінчене оповідання «Песик». За умови, що в дитини відсутнє усне мовлення або стан мовлення відповідає 1 чи II рівню ЗНМ,

використовуються спеціально підібрані малюнки хлопчика, дорослого і цуцика, які допомагають дитині виконати запропоноване завдання.

Інструкція: Звертаючись до дитини, аутолог говорить: «Слухай уважно. Я розкажу тобі оповідання, а ти дай відповідь. У тебе є знайомий хлопчик, у якого є собачка? (Так). Як звати хлопчика? (Тарасик). Одного разу Тарасик привів до твого дому свого песика. Він сказав, що йому треба поїхати з татом. Тарасик попросив тебе доглядати за песиком, поки він буде у від'їзді. Ти дуже полюбив цуцика. Ти його годував, водив гуляти, доглядав його. Але цуцик сумував за своїм хазяїном, дуже чекав на його повернення. Через деякий час Тарасик повернувся.... І от, як ти думаєш, що треба зробити: повернути песика, чи може залишити його собі? Як ти вчиниш? Чому?».

Примітка: Якщо дитина, яку обстежують, – дівчинка, то в оповіданнях повинна фігурувати дівчинка і навпаки.

Аналіз результатів: Загалом, якщо дитина вирішує ситуацію на користь іншого (собаки, знайомого), то це вказує на гуманістичний тип її емпатії.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
<p>Правильне самостійне виконання завдання. Дитина розуміє ситуацію, в якій знаходиться інша дитина. Розуміє, що їй довірено доглядати собаку, поки її хазяїн буде у від'їзді. Якщо вирішує ситуацію на користь знайомого, то це свідчить про перші ознаки прояву емпатії, тобто здатності, хоча і з труднощами, «прочитати» (домислити, передбачити) почуття іншої людини. Вміє правильно співвіднести емоційний стан хлопчика, зображеного на малюнку, і позначити його через усне висловлювання чи коротку репліку. При цьому можуть спостерігатися особливості мовлення, такі як надмірно формальна манера мовлення або монотонне мовлення, або буквальне сприйняття оборотів мовлення педагога. Можуть мати місце проблеми з невербальною комунікацією, включаючи обмежену жестикуляцію, недостатню або недоречну міміку чи дивний, застиглий погляд</p>	5
<p>Із застосуванням педагогічної допомоги у вигляді згорнутої підказки дитина розуміє ситуацію, в якій знаходиться герой оповідання. Ситуацію може вирішити досить швидко як на користь іншого, так і на свою користь (егоцентричний тип емпатії). Водночас у зв'язку зі значною затримкою у формуванні усного мовлення, наявності ехолалій, використанні власних жаргонів якість виконання завдання знижується. При цьому необхідно враховувати, що продуктивність вербального контакту залежить також від його тривалості і змісту. Якщо тема розмови знаходиться в межах знайомого для дитини шаблону, то вона може відчувати себе цілком комфортно, адекватно відповідаючи на звичні питання. Однак подовження часу діалогу зазвичай призводить до такого емоційного збудження, що мовлення дитини може перетворитися на нескладні уривчасті викрикування.</p>	4
<p>Дитина не повністю розуміє емоційний стан героя оповідання навіть після надання їй детальної словесної допомоги. Емоційний стан хлопчика визначає за непрямими ознаками і тільки якщо на них неодноразово звернути її увагу. Запропонована педагогічна допомога не дає позитивного наслідку для виконання завдання ще й у зв'язку з низьким рівнем розвитку (або відсутністю) усного мовлення. Через це дитина не спроможна вербально позначити емоційний стан іншої дитини згідно запропонованій ситуації. Інколи аутист робить спроби пояснити своє розуміння ситуації незграбним жестом (тягне уявного песика до себе чи віддає його), час від часу розглядає малюнки цуцика, хлопчика, дорослого і нарешті вказує на один з них. Проте для такого аутиста почуття іншої людини є чимось не зрозумілим і таким, що йому заважає</p>	3
<p>Після надання всіх видів допомоги дитина, однак, не в змозі продовжити ситуацію запропонованого їй оповідання. Хоча може здійснювати деякі спроби, маніпулюючи малюнками. При цьому може видавати вереск, химерні звуки, що наближаються до мовлення, або виказувати наполегливе, дивне використання відомих їй слів або фраз</p>	2
<p>Не виконання завдання</p>	1

Б.2. Діагностика стану сформованості здатності дитини з РАС прогнозувати дії і вчинки іншої особи



Мета: Визначити стан сформованості розуміння дитиною цілей і мотивів поведінки інших осіб (особливості можливих проявів чуйного ставлення і похвальних переживань).

Стимульний матеріал: Сюжетні малюнки із зображенням життєвих ситуацій.

Інструкція: Перед виконанням завдання педагог спостерігає за дитиною в різних видах її діяльності. Потім прагне з'ясувати відповідь дитини на запитання: «Чи можна

ображати тварин? Чому? Чи потрібно ділитися іграшками з іншими дітьми? Чому?». Далі пропонує закінчити запропоновану ситуацію, зображену спочатку на одному, а потім на другому малюнку.

Звертаючись до дитини, говорить: «Послухай. Хлопчик Сашко гуляв біля свого будинку. Раптом він побачив маленьке цуценя, яке тремтіло від холоду і жалібно скавчало. Тоді Саша.. . Що зробив Сашко? Чому?».



За умови, що дитина відповіла на ці запитання, аутолог кладе перед нею на столі другий малюнок і говорить: «А на цьому малюнку хлопчики Мишко і Миколка прибирали іграшки. Миколка ніяк не може скласти свої кубики. А Мишко склав свої кубики швидко. Він може піти гратися на вулицю. Або може допомогти Миколці прибрати його іграшки. Як ти думаєш, що зробить Мишко? Чому? А як би ти вчинив?»

допомогти Миколці прибрати його іграшки. Як ти думаєш, що зробить Мишко? Чому? А як би ти вчинив?»

Аналіз результатів: При обробці результатів відповідей дитини увага звертається не тільки на правильність її відповідей, але й на їхнє мотивування нею.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина розуміє ситуації, в яких знаходяться персонажі, зображені на сюжетних малюнках. Здатна вербально продовжити зміст запропонованих ситуацій відповідно до свого віку і мовленнєвих можливостей. Виявляючи співчуття до хлопчика, що не встиг вчасно прибрати іграшки (рис.1) і до цуценяти (рис.2), яке мерзне на холоді. Може пояснити, чому, на її думку, Михайлик і Сашко діяли правильно. Розуміння того, що і Миколка, і цуценя потребують співпереживання і співчуття викликає короткочасний імпульс, який спонукає дитину до пошуку можливих форм допомоги і сприяння іншому. Разом з тим, в дитини спостерігається стан занепокоєння, хвилювання або страху стосовно тих ситуацій, що сталися.	5

Проте можна передбачити, що саме адекватний рівень тривоги і страху загострює сприйняття і допомагає дитині зосередитися на виконанні завдання	
Дитина розуміє ситуації, зображені на обох сюжетних малюнках. Розуміє, в якій ситуації знаходяться персонажі оповідань (цуценяті – холодно, Миколка – засмучений). Вміє правильно сприйняти, розпізнати і віддиференціювати емоційний стан дітей, зображених на малюнках. Однак зі значними труднощами може вербалізувати ситуації і мотиви поведінки персонажів на запропонованих малюнках через значне недорозвинення усного мовлення. У цьому зв'язку приймаються невербальні відповіді: жест, яким дитина зображає, як піднімає і обіймає цуценя або як складає кубики. Водночас розуміння того, що і Миколка, і цуценя потребують співпереживання і співчуття, викликає імпульс, який спонукає дитину до пошуку конкретних форм допомоги, але тільки за сприяння педагога. Педагогічна допомога спрямовує увагу аутиста на інтерпретацію поз дітей на малюнках і на вирази їхніх облич. Водночас у дитини можна помітити значні сумніви в тому, чи не упускає вона ключову інформацію в запропонованих їй соціальних ситуаціях.	4
Аутист розуміє стан дитини лише на одному із запропонованих сюжетних малюнків. Застосування педагогічної допомоги полягає в додатковому використанні прикметників (злякана, сумна собака; засмучений хлопчик тощо) або їхніх власних заміників (собаку хтось образив, вона чогось злякалася тощо). Проте запропонована допомога не дає позитивного результату. Як наслідок, дитина не спроможна пояснити мотиви поведінки персонажів, зображених на одному з малюнків. Водночас вміє за допомогою педагога (наприклад, «Хто тут засмучений? Кому треба допомогти?») правильно вказати незграбним жестом на малюнок, на якому зображений персонаж, емоційний стан якого є для неї більш зрозумілим. Інколи часто незграбним жестом робить спроби пояснити своє розуміння ситуації	3
Пред'явлене завдання викликає в дитини значні труднощі, однак вона здійснює окремі спроби його виконати. При цьому чутливість до навколишньої емоційної атмосфери в дитини може бути всепоглинаючою і жахливою, особливо при прямому очному контакті. Водночас надмірно чутлива дитина, тим не менш, виявляє певні здібності до ідентифікації і розуміння почуттів дітей, зображених на малюнку. Маючи здатність відчувати сильні емоції, вона утруднюється дати їм назву, визначити їхній характер, пов'язати з тим, що їх викликало і контролювати їх. Не лише власна чутливість такої дитини, але також і емоції героїв, зображених на малюнку, спричиняють в аутиста неадекватний рівень замішання, збентеження, перенапруження і страху, що в результаті не сприяє виконанню завдання	2
Не виконання завдання.	1

Б.3. Діагностика наявності проявів внутрішніх емоційних конфліктів

Мета: виявити в дитини особливості негативно забарвлених емоцій – страху, тривожності і нервозності.

Стимульний матеріал: альбомний аркуш, простий олівець і гумка.

Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог пропонує: «Намалюй людину на цьому аркуші паперу».

Примітка: Доцільність використання проективної методики «Малюнок людини» для виявлення внутрішніх станів ми пояснюємо загальновідомим фактом наявності в багатьох аутистів здібності до малювання.



Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Натиск на олівець рівномірний і не сильний. Поведінка дитини під час малювання відповідає і ситуації, і її віку. Рухи спокійні. Ці дані характеризують нормальний адекватний рівень стану реагування дитини на необхідність виконувати запропоноване завдання. виправлення малюнку майже відсутні. Проявів дратівливості не спостерігається. Разом з тим, на якість виконання завдання суттєво впливають різні причини, що викликають тривожність дитини. Це – необхідність поділити завдання на окремі кроки, рухові ритуали, що повторюються, розуміння недостатньої сформованості власної моторної координації. За умови сформованої критики до своєї нездатності повністю зрозуміти мовлення педагога у дитини можуть виявлятися наростаючі вторинні поведінкові порушення (знижений фон настрою, тривожність, вимушена відстороненість від педагога, ізоляваність внаслідок соціального неприйняття)	5
Не здатна повністю самостійно виконати запропоноване завдання, потребує детальної словесної допомоги з боку педагога. Реакція на виконання завдання може бути надмірною в порівнянні з дітьми з типовим розвитком того ж віку в аналогічній ситуації. Натиск олівця під час малювання є сильнішим, ніж це потрібно. Не часті виправлення малюнку вказують на помірний ступінь тривожності дитини. Про нервозність свідчать короткі прояви рухової і мовленнєвої агресії (відкидає аркуш паперу, на якому малює, прагне зламати олівець, коли малюнок не вдається, вигукує слова невдоволення). Відмічається не сильно виражена реакція вегетативної нервової системи на ситуацію, що дратує дитину: долоні починають пріти, в роті пересихає. Недорозвинення мовлення не намагається компенсувати жестами, мімікою, на відміну від дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку, але без розладів спілкування	4

Під час виконання завдання дитина потребує застосування різних видів педагогічної допомоги. Час від часу демонструє значно більше остраху і тривожності, ніж це в аналогічній ситуації є характерним навіть для дітей молодших за неї. Заштриховані руки людини, яка зображена на малюнку, свідчать, що соціальні контакти викликають в неї емоційну напругу і є джерелом тривоги. Наявність вербальних форм страхів вказує на промальовування рота. При виконанні завдання дитина перестає себе контролювати: у неї міняються рухи, які стають різкими, очні яблука теж рухаються швидше	3
Виражені прояви боязкості і нервозності. Боязкість в дитини присутня навіть після повторного досвіду з безпечними об'єктами (олівцями, папером, гумкою). При цьому дуже важко заспокоїти або втішити дитину. При малюванні відмічається постійний сильний натиск олівця, часті спроби виправити малюнок, що вказує на високий рівень її тривожності і страху. Підкреслене промальовування очей, їхній перебільшений розмір також вказують на її високий ступінь тривожності; про страхи свідчать замальовані очі. Великий розмір фігури зображеної людини вказує на наявність в дитини ознаки захисної реакції	2
Не виконання завдання	1

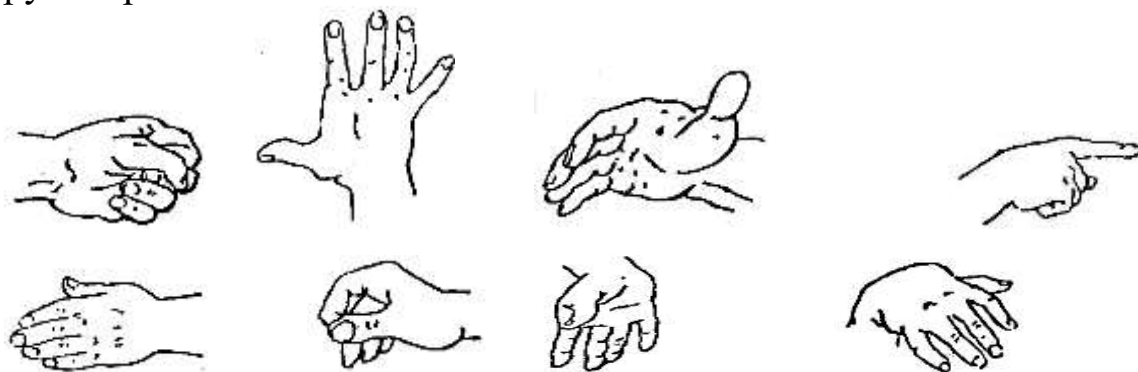
Б.4. Діагностика особливостей агресивності як способу для задоволення потреби

Як відомо, до позитивних форм поведінки відносимо дії дитини, що відповідають стандартам, встановленим у соціально-культурному середовищі, до якого вона належить. До негативних – агресивність деструктивної і асоціальної спрямованості, а також негативізм. Встановлено, що агресивність є одним з основних компонентів активності дитини з розладами аутичного спектра. Для діагностики агресивності і компонентів її регуляції використовується ряд психодіагностичних методик: бесіда з вихователями; опитувальник для вихователів; спостереження за поведінкою дитини в ході гри; методика Розенцвейга (Rosenzweig); методика Л. Бендер (visual-motor Bender Gestalt Test); анкета для батьків; опитувальник АСВ для батьків «Аналіз сімейних взаємин дітей у віці від 3 до 10 років (E. Eudemiller, Методика АСВ) тощо.

З метою визначення наявності в дітей з аутизмом стан агресивності нами використано Тест руки (Е. Вагнер, 1971), модифікований і адаптований стосовно цієї категорії дітей. Головні зміни в загальному описі завдання полягають в тому, що його змістом за допомогою спеціально підібраних малюнків передбачено як вербальну, так і не вербальну форму відповіді.

Мета: Визначити особливості агресивної поведінки дитини з аутизмом.

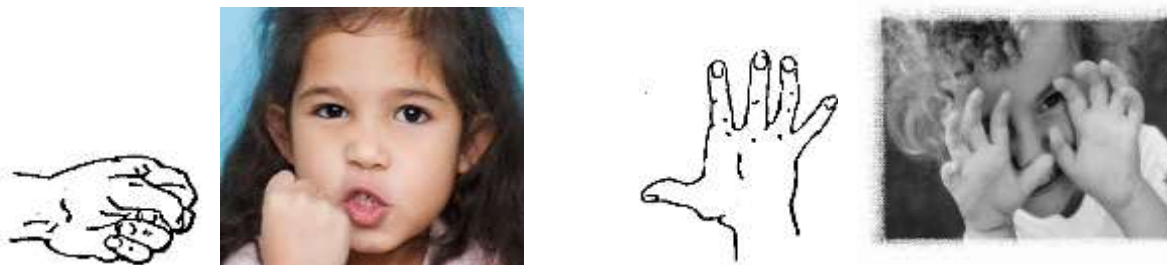
Стимульний матеріал: Картки із зображенням кисті людської руки в різних положеннях.



Інструкція: Дитині послідовно пред'являються карточки, на яких зображена рука, і пропонують: «Подивися, тут намальована рука. Подивися на неї уважно і скажи, як тобі здається, що робить ця рука? Ти можеш повертати карточку мені, якщо ти не зрозуміла, що робить рука. Давай спробуємо. Так що робить ця рука?». Якщо дитина мовчить, їй пропонується наступне питання: «Як ти думаєш, що робить людина, якій належить ця рука? Так. А що ще може робити ця рука?».

Примітка: Положення, в якому дитина тримає картку, довільне. У ході тестування бажано отримати кілька відповідей (в середньому 2–3) на кожен пред'явлену картку. Якщо педагог відчуває, що його дії зустрічають сильний опір з боку дитини, рекомендується перейти до іншої картки. У разі, якщо за першими 2–3 картками дитина відмовляється давати більше однієї відповіді або взагалі мовчить, то надалі необхідно перейти до невербальної форми виконання завдання. При цьому дитині пропонується серед світлин із зображенням людей відшукати ту людину, якій належить рука на запропонованій педагогом картці, і покласти її поруч із зображенням руки.

1. Рука сприймається як домінуюча, яка завдає пошкодження, здійснює агресивну дію.



2. Рука як жертва агресивних проявів іншої особи або як прагнення захистити себе від фізичних впливів, або як така, що завдає пошкодження самій собі. Проте в основному містить тенденції до заперечення агресії (не зла рука, піднята в страху рука, рука, що відвертає удар і т.п.)

3.Рука бере участь в дії імперативного характеру: веде, направляє, перешкоджає, панує над іншими людьми (дає вказівку).



4.Рука висловлює підпорядкування іншим особам: бере участь в комунікативній дії в позиції «знизу», успіх якої залежить від доброзичливого ставлення іншої сторони (прохання).

5.Рука нездатна до якихось дій (поранена рука, рука хворого, пошкоджена, деформована і т.п.).



6.Рука висловлює любов, позитивні емоційні установки до інших людей; бере участь в дії, виражає прихильність, позитивне ставлення, доброзичливість (дружнє рукостискання; поплескування по плечу; рука, яка гладить тварину, яка обнімає тощо).

7.Рука бере участь у дії, не пов'язаній з комунікацією. Це рука, яка докладає зусилля (втягує нитку в голку, пише, шие, веде машину і т.п.).



8.Рука бере участь в комунікативній дії: звертається до когось, контактує або прагне встановити контакти (жестикуляція в розмові, мова жестів, потиски рук, показує дорогу тощо).

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бал	
Дитина в змозі самотійно виконати запропоноване завдання. Виявляє високий рівень готовності до прояву агресивності, небажання пристосуватися до оточення, про що свідчать відповіді, які стосуються категорій «Агресія» і «Вказівка». Рука сприймається як домінуюча, що наносить пошкодження, що ображає, активно захоплює предмет («б'є»; «лупить»; «б'ється», «дає ляпасу», «дає в лоб (в зуби)», «кулаком в обличчя», «міряється силою» і т.п.). 2-3 такі агресивні відповіді при повній відсутності відповідей типу соціальної взаємодії говорять про високий ступінь ворожості дитини. У даному разі педагог не повинен проявляти свою зацікавленість і змінювати стиль бесіди з дитиною,	5

<p>якщо вона дає свідомо агресивні або незвичні і демонстративно агресивні відповіді. Сюди ж потрапляють і відповіді, в яких рука здається спрямованою на комунікацію, але ця спрямованість є вторинною стосовно наміру підпорядкувати іншу людину своєму впливу. Відповіді цієї категорії відображають очікування, що інші повинні поводити себе (погоджуватися) відповідно з намірами руки, а не навпаки; підвищену готовність використовувати інших людей в своїх інтересах. Високий ступінь агресивності підтверджують матеріали виконання нею невербального варіанту тесту</p>	
<p>Категорії відповідей «Страх», «Емоційність», «Комунікація» відображають тенденцію до дії, спрямовану на пристосування дитини до соціального середовища. При цьому ймовірність рівня агресивної поведінки нижча. Дитина може намагатися своєю рукою зобразити ту саму позу, що і на малюнку. Це, як правило, полегшує їй процес ідентифікації руху зображеної руки. Ці відповіді виявляють не тенденцію до дії, а захисну реакцію, що відображає страх перед ударом; рука виступає як жертва агресивних проявів іншої особи або прагне захиститися від фізичних впливів. Відповіді цієї категорії відбивають невпевненість дитини і очікування можливої агресії з боку зовнішнього світу. Категорія страху включає також відповіді, в яких рука сприймається як жертва агресії, що намагається запобігти фізичному насиллю, що спрямоване на її власника (відповіді типу «рука душить мене», «не бий мене» тощо). При виконанні невербального варіанту завдання дитина потребує незначної педагогічної допомоги у вигляді натяку на спосіб правильного виконання</p>	4
<p>Низький рівень агресивності. При виконанні завдання дитина виявляє прихильність (емоційність, чутливість). Найбільше зацікавлення виявляє до малюнку, на якому рука для неї висловлює любов, позитивні емоційні установки до інших людей, рука для привітання. Ця категорія включає відповіді, в яких рука робить афективний жест або афективно доброзичливий жест. Рука пропонує дружбу або допомогу іншим («тисне руку», «поплескує собачку», «гладить собачку», «обіймає», «кришить хліб горобчику» і т. д.). Якщо дитина відчуває значні труднощі у відповіді, слід м'яко стимулювати її наступним чином: «Спробуй, постарайся, спробуй повернути малюнок руки, подивися ще, це не важко» і т. п. Як правило, труднощі викликає саме ідентифікація дії руки. У цьому випадку не варто довго затримуватися на даному зображенні, а, застосовуючи педагогічну допомогу, перейти до виконання завдання з використанням невербальної форми відповіді дитини</p>	3
<p>Неправильні відповіді дитини (при наявності усного мовлення) – нечіткі і розпливчасті. У цьому разі застосовується більш детальне розпитування або уточнена відповідь (наприклад, кому потискає руку, кого хоче вдарити, що хоче погладити? і т. п.). Занадто короткі і непоширені відповіді на ці питання свідчать про значні труднощі виконання завдання дитиною. Застосована педагогічна допомога не</p>	2

<p>повинна мати провокуючий характер. Однозначність стану агресивності поведінки дитини не встановлена навіть із застосуванням невербальної форми виконання пред'явленого завдання. При цьому, однак, може спостерігатися жестикуляція, намагання бути зрозумілим, відповідь як «розмова руками». Може робити спробу жестом «гладити», «заспокоювати», «прагнення домовитися», «кличе когось», жест рукою, що позначає «прощання» і т. п. Однак частіше в дитини фіксуються прояви тенденції до пасивних дій, завершення яких не вимагає присутності іншої людини, але при цьому рука не виконує ніяких дій і не чинить опору: «лежить», «сушить нігті», «просто так, нічого не робить»; «висить»; «втомилася» і т. д.</p>	
<p>Не виконання завдання</p>	<p>1</p>

Б.5. Діагностика стану сформованості оцінки власної поведінки

Мета: Визначити особливості емоційно-ціннісного ставлення аутиста до себе та його можливості здійснити адекватну оцінку власної поведінки (за А.М. Прихожан, З. Васіляускайте).

Стимульний матеріал: шість кольорових олівців (синій, червоний, жовтий, зелений, чорний, коричневий). Стан оволодіння назвами кольорів олівців в імпресивному і експресивному мовленні дитини перевіряється до пред'явлення основного завдання. Бланками методики є аркуші білого паперу з написами: «Поганий хлопчик/дівчинка» (в залежності від статі дитини, яка діагностується), «Хороший хлопчик/дівчинка», «Я». Якщо дитина не читає, то на аркуші паперу замість напису слів розміщують відповідні малюнки.





Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог запитує: «Ти любиш малювати? Ось тут лежать олівці – синій, червоний і зелений. Ними будеш малювати хлопчика (дівчинку) і себе. Спочатку спробуй намалювати хорошого хлопчика (дівчинку). Вибери олівець, яким ти будеш малювати хорошого хлопчика. Покажи мені його. Добре. Решту олівців відклади убік. Ось на цій сторінці малюй. Починай малювати».

Після того, як дитина закінчить малювати, дається наступна інструкція: «Відклади той олівець, яким ти намалював хорошого хлопчика. Тепер намалюй поганого хлопчика (погану дівчинку). Вибери олівець, яким будеш малювати, покажи мені його. Починай малювати. А ось на цьому аркуші, що залишився (на ньому зверху написано «Я»), намалюй себе. Себе можеш малювати всіма олівцями. Але послухай уважно. Якщо захочеш намалювати себе схожим на гарного хлопчика (або гарну дівчинку), то нехай на малюнку буде колір того олівця, яким ти намалював гарного хлопчика (дівчинку). А якщо захочеш намалювати себе схожим на поганого, то тоді на малюнку буде той колір, яким ти намалював поганого хлопчика (дівчинку). Починай працювати».

Аналіз результатів. Діагностичне використання малюнкових проб, особливо коли вони включають, як в даному випадку, людську фігуру, передбачає аналіз: розміру «автопортрета» в порівнянні з розмірами двох інших малюнків; повторення в «автопортреті» тих кольорів, що відповідають кольорам «хорошого» і «поганого» малюка.

Примітка. Методика передбачає як фронтальне (але не більше трьох дітей з РАС), так і індивідуальне обстеження. Інструкція дається до виконання завдання перед пред'явленням кожного малюнка.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
<p>Правильне самостійне виконання завдання. Аналіз одержаних матеріалів «автопортрета» (малюнок «Я») свідчить про наявність основних деталей, доречну кількість додаткових деталей, ретельність їх промальовування, прикраси на «автопортреті», представленість фігурки в русі (включення дитиною себе в певний сюжет – гру, танець, в машинку тощо). Ці дані підтверджують позитивну оцінку дитиною своєї поведінки і її позитивне емоційно-ціннісне ставлення до себе. Зокрема, зображення в русі, включення себе в простий сюжет свідчить про високу оцінку своїх можливостей і активне ставлення дитини до дійсності. У разі достатнього рівня сформованості усного мовлення педагог може провести бесіду за серією питань: «Який малюнок, на твою думку, вийшов краще, а який гірше? Хто – хороший чи поганий хлопчик (дівчинка) тобі більше подобається? Кого б вибрав собі в друзі? Чому?». Разом з тим, малюнки такої дитини є однотипними як і її однотипні відповіді на запитання аутолога</p>	5
<p>Дитина загалом правильно виконує запропоноване завдання за параметром використаних кольорів (кольори «хорошого хлопчика») і докладним промальовуванням і «прикрашенням автопортрета», що засвідчує її позитивне ставлення до себе. Проте аналіз таких проєктивних показників, одержаних за допомогою «автопортрета», як розмір малюнка, його розташування на аркуші (так звана проєктивна семантика простору), співвідношення окремих частин малюнка тощо вказує на певні особливості емоційно-ціннісного ставлення дитини до себе. Так, розміщення малюнка внизу аркуша може свідчити про депресивність дитини, наявність в неї комплексу неповноцінності. Вважається, що найбільш несприятливим є «автопортрет», намальований у профіль і розташований в нижньому куті аркуша, особливо в лівому. Крім того, дитина, захопившись малюванням, може продовжити його, вже не орієнтуючись суто на пред'явлене завдання. Низький рівень сформованості усного мовлення дитини не дозволяє педагогу провести бесіду за серією запитань</p>	4
<p>Інтерпретація наявних в малюнках дитини поправок, перекреслень, перемальовування (без суттєвого поліпшення якості малюнка), незавершеність малюнків вказує на конфліктність, тривожність дитини. Діагностичні дані про подвійні або переривчасті лінії, «тремтячі» лінії, пропуск окремих деталей, не приєднання ліній з точки зору відповідності віковим нормам свідчать про проєктування дитиною в малюнках власних почуттів і установок. Це може вказувати на наявність в неї значних проблем, пов'язаних зі страхами та конфліктним ставленням до оточення. Випадки (без мотивування) відмови від виконання того чи іншого малюнка або завдання в цілому вказує на неможливість здійснити адекватну оцінку своєї поведінки. Остаточний висновок про особливості ставлення дитини до себе доцільно робити, якщо це можливо, тільки на підставі співставлення якісних</p>	3

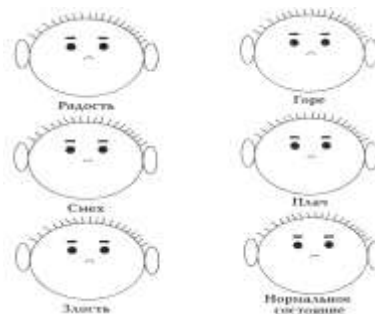
характеристик малюнка і бесіди аутолога з дитиною	
Аутична дитина справляє враження глухої, оскільки не реагує на звертання, не здатна «вловити» суть виголошеної інструкції, орієнтуючись на симпраксічні фактори (інтонацію і міміку педагога, навколишнє оточення). Часткове здійснення завдання можливе за умови застосування педагогом допомоги у вигляді прямого показу способу його виконання. Дитина спроможна намалювати лише деякі деталі «автопортрету», не орієнтуючись при цьому на вибір олівців потрібного кольору	2
Не виконання завдання	1

Б.6. Діагностика особливостей імітації виразів обличчя як прямий вияв сформованості емоцій у дитини з РАС

Мета: Діагностика особливостей вміння імітувати вирази обличчя з наступним їхнім домальовуванням на пред'явлених рисунках.

Стимульний матеріал: Лялька (ляльки) або намальовані на папері обличчя з різними емоційними виразами; рисунки облич з недомальованими ротами.

Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог говорить: «Подивись, ось у мене в руках лялька. Вона радіє, посміхається (фото Кю Хена). Зможеш посміхнутися так, як ця лялька? Спробуй. Молодець. А це (вказує на відповідний малюнок) – обличчя хлопчика. У нього художник не намалював ротика. Намалюй цього хлопчика з усміхненим ротиком. Таким усміхненим, як ця лялька. Починай». Після виконання цього завдання педагог переходить до наступного.



Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Вважається, що дитина з високофункціональним аутизмом не здатна передбачити емоції людей, навіть з найближчого оточення. Проте, володіючи феноменальною здатністю запам'ятовувати будь-яку інформацію, може досить ефективно користуватися засвоєними невербальними комунікативними штампами. У залежності від того, як дитина спілкується, обстеження можна почати як зі сприйняття, так і з вираження нею емоцій. Дитина імітує вирази обличчя ляльки: радість, горе, сміх, плач, злість і ті рухи, що супроводжують імітацію і які доступні їй віку. Правильно	5

<p>зображає (домальовує) на рисунках п'ять-шість виразів обличчя. Емоційні стани може позначити словесно. Водночас сформована критика до своєї нездатності відразу і повністю зрозуміти зміст пред'явленого завдання може спровокувати в дитини прояви вторинних поведінкових порушень – знижений фон настрою і тривожність</p>	
<p>Дитина правильно імітує вирази обличчя, супроводжуючи імітацію, наприклад, лясканням в долоні або поодинокими звуками. Якщо дитина не має вокальних навичок комунікації, як правило, обстеження краще починати з рецептивного сприйняття емоцій («Де намалюєш сумного хлопчика? Доторкнися до цього малюнка указкою»), а потім переходити до обстеження експресивних навичок вираження емоцій («Що хлопчик відчуває? Який у нього настрій?»). Іноді аутист намагається продовжити імітувати наступний вираз обличчя без спонукання з боку педагога. Проте може зобразити на рисунках чотири-три з шести виразів обличчя. Визнаючи свою помилку на малюнку, може намагатися самостійно виправити її. Сподіваючись на благополучне вирішення проблеми, яка виникла при домальовуванні обличчя людини, може виявляти поступливість, приймаючи від педагога допомогу у вигляді згорнутої підказки</p>	4
<p>Імітація виразу обличчя з помірним відхиленням від норми і без мовленнєвого супроводу. Дитина імітує тільки при значній допомозі з боку дорослого у вигляді прямого показу способу виконання завдання і в переважній більшості із значною затримкою у часі. При цьому дитина виявляє ворожість і агресію до того, хто їй допомагає і до зовнішнього оточення. У цьому разі педагогу слід проконсультуватися з людьми, які здійснюють безпосередній догляд за дитиною, і дізнатися, наскільки комплексними у дитини є навички розпізнавання основних емоцій, до яких відносяться емоції щастя, смутку, злості, подиву, страху, збентеження, сонливості, нудьги, сорому. У кращому разі, як правило, дитина може правильно зімітувати і надалі домалювати на рисунках один з шести виразів обличчя</p>	3
<p>Імітація виразу обличчя здійснюється дитиною зі значним відхиленням від норми. Дитина тільки інколи імітує вираз обличчя (так само – звуки, слова, рухи), навіть при неодноразовому спонуканні і зі значною допомогою з боку дорослого. Не може домалювати вираз обличчя на жодному з шести малюнків. При цьому може виявляти реакції екстрапунітивної спрямованості (з агресією на оточення). Це пояснюється тим, що аутичним дітям найбільш підвладні дві емоції: лють і щастя. У більшості випадків так відбувається тому, що саме ці емоції вони бачать на обличчях у своїх батьків найчастіше: дуже щасливий дорослий з великою посмішкою або дуже злий дорослий, що підвищує свій голос.</p>	2
<p>Не виконання завдання</p>	1

Б.7. Визначення стану сформованості здатності до наслідування як первинного джерела соціально-емоційної інформації. Визначити особливості появи в дитини емоцій, зініційованих відтворенням пантоміми людей, зображених на фотографіях.

Мета: Визначити стан відтворення (зворотного зв'язку) дитиною емоції, людини, зображеної на світлинах, не тільки на своєму обличчі, але й у своїй поведінці.

Стимульний матеріал: Світлини людей.

Інструкція: Звертаючись до дитини, аутолог говорить: «Подивися уважно на ці фотографії і покажи (скажи), хто з цих людей зляканий (веселий, сумний, злий, недовірливий, здивований)». Після того, як дитина виконає це завдання, педагог вказує на відповідний малюнок і продовжує: «А ти можеш зобразити ось такий (наприклад, сердитий) вираз обличчя. Правильно. А такий (сумний)?» і т.д.



Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Аутичній дитині властивий достатній рівень сформованості здатності до наслідування емоцій як однієї з ключових навичок, що відкриває шлях для її навчання іншим навичкам. Водночас дитина відчуває сильну тривогу стосовно свого нового складного завдання, хоча через деякий час розпочинає його виконувати. Педагогу важливо в цьому випадку визнати тривожність дитини в якості обґрунтованої і підтримати її право на бажаний рівень соціалізації, не стигматизуючи (тобто, без упередження) її за це, як зрештою, і за бажані для неї способи відповідей. При цьому дитина може не мати достатньо можливостей для того, щоб повно позначити емоції осіб на малюнках словесно	5

<p>Відтворюючи більшість (чотири з шести) емоцій людей, зображених на світлинах, дитина здійснює правильний зворотний зв'язок: міміка і жести ініціюють появу в неї відповідних емоцій. Проте початкова реакція дитини на всі фотографії виявляється у вигляді одного і того ж виразу подиву (або злості чи суму) як першої реакції практично на будь-яку зображену на світлинах ситуацію. Цей готовий вираз замінює справжній стан до наслідування емоції, який, проте, проявляється пізніше. Положення тіла дитини також засвідчує її психічний стан при розгляді світлин. Наприклад, корпус поданий вперед, руки в боки свідчать про агресивність, напруженість, прагнення відстояти (нав'язати) свою позицію при оцінці ситуації, зображеній на фотознімку</p>	4
<p>Відтворює з допомогою педагога дві з п'яти емоцій, зображених на світлинах. Допомога полягає в постійному моделюванні аутологом відповідного виразу обличчя і тону голосу, коли він демонструє дитині поведінку героя світлин. Якщо моделюється «радість», то педагог говорить голосно, посміхається, широко розкриває очі і плескає в долоні. При цьому дитина, відтворюючи цю емоцію на своєму обличчі і в своїй поведінці, здійснює інколи вдалі спроби в тій чи іншій мірі відчувати її насправді. Проте, як правило, це короткочасна реакція, яка змінюється відсутнім поглядом дитини або переведенням його на інші предмети. Водночас може спостерігатися пильний короткий погляд в бік педагога як ознака незадоволення, ворожості і явного бажання домінувати, а не погоджуватися, сприймаючи допомогу від педагога. Разом з тим, дитину приводять у сум'яття емоційні реакції людей, які зображені на фотографіях. Вона відчуває емоції, будь то власні або осіб, зображених на світлинах, але, зазвичай, не знаходить можливості відокремити одну від іншої</p>	3
<p>Відтворює за допомогою педагога одну-дві емоції, при цьому не відчуваючи її насправді: міміка не ініціює появу в неї відповідних емоцій. Часто спостерігається погляд збоку як вираз недовіри і незгоди. Помічається постійне «відключення» від розмови; на обличчі – вираз страху або схвильованості, явне бажання припинити виконання завдання і піти; часта зміна поз, ковзання на стільці вказують на внутрішній неспокій і напруженість дитини. Імітація як джерело «емоційного зараження» в дитини не сформована. Дозована педагогічна допомога дитині в розпізнанні емоцій полягає в перебільшенні аутологом своїх дій. Якщо дитина не хоче дивитися на нього, тоді педагог підкреслено імітує емоцію людини на світлинах з тим, щоб дати їй привід для того, щоб у неї з'явилось бажання вивчити його обличчя. Якщо аутолог моделює смуток, вдаючи, що плаче, то має говорити тремтячим голосом з опущеною головою. Тобто, необхідно робити більше, ніж проста зміна виразу обличчя. Потрібно продемонструвати силу емоції, відображення якої потім чекає від дитини</p>	2
<p>Не виконання завдання</p>	1

Б.8. Вивчення особливостей емоційно-ціннісного ставлення до членів власної (або іншої) родини та об'єктів оточуючого світу, зображених на світлині.



Медичний центр Колумбійського університету виявив зону мозку (зона СА2 гіпокампу), відповідальну за соціальну пам'ять, яка зображає минуле в скороченій та схематичній формі. На думку вчених, ця зона мозку працює неправильно при аутизмі, шизофренії та біполярному розладі.

Доводиться, о в основі соціальної дисфункції при аутичних розладах лежать порушення розпізнання.

Мета: Визначити стан сформованості в дитини навички соціального розпізнання та емоційно-ціннісного ставлення до членів родини і об'єктів оточуючого світу, зображених на світлині.

Стимульний матеріал: Світлина, на якій зображена родина дитини (або інша родина) і предмети українського побуту.

Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог пропонує назвати, хто сидить за столом (сім'я). Для дітей з несформованим усним мовленням інструкція у формі серії запитань: «Покажи, де сидить тато, а де – мама, братик, сестра? Що стоїть на столі? (Їжа). Назви приготовлені страви (або: Покажи, де глечик з молоком? пампушки? вареники? і т.д.) Що висить на стінах кімнати? Хто вишивав рушники?» Тощо.

Шкала оцінювання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Аутична дитина не відчуває значних проблем з розпізнанням на світлині знайомих осіб і об'єктів оточуючого світу, що надалі упереджало б формування в неї тяжких форм соціальної дисфункції, характерної для аутизму. Виконання завдання викликає позитивні емоції в дитини, що відображається в її міміці і в поодиноких вигуках. За умови, наприклад, прив'язаності до матері дитина, починаючи говорити про неї (її улюблена тема), вже не в змозі замовкнути, навіть якщо педагог неодноразово зупиняє її. Іноді така інформація включає в себе повторення одних і тих же фактів та історій безліч разів, ніби дитина не впевнена, що педагог дійсно зрозумів сказане нею. Причиною цього явища може бути недостатньо сформована в дитини навичка пригнічення імпульсів – цього компоненту порушень виконавчої функції, що спричиняє нездатність	5

<p>встановити межі для власного мовлення. Крім того, така дитина може бути особливо сенситивною до стимулів певних модальностей і тоді, наприклад, насичений колір побутових предметів, зображених на столі, може викликати в неї виражений страх. Агресивний стан може пробудити, наприклад, глечик, заставлений мискою, як реакція аутичної дитини на порушення завершеної форми</p>	
<p>Не значний дефіцит у навичках розпізнання осіб, який лежить в основі соціальної дисфункції дитини з аутизмом, спричиняє помилки при встановленні нею однієї-двох осіб та двох-трьох побутових предметів, зображених на світлині. Позитивні емоції, виявлені на початку виконання завдання і пов'язані з впізнанням на фотографії людей з близького для неї оточення, переходять в байдужість, а при помилковому виконанні і наданій їй відповідної допомоги – у злостивість. У подальшому може вдаватися до складних форм аутоstimуляції – нав'язливого перепитування аутолога (за умови достатнього рівня сформованості усного мовлення) про одне й теж, особливо стосовно предметів побуту, вимагаючи миттєвої і обов'язково однакової відповіді. Особливо характерним для дитини є неможливість (навіть з допомогою аутолога), одномоментно об'єднавши всі деталі на світлинах, зрозуміти і висловити своє враження про стосунки любові і поваги, які існують між членами родини, зображеної на фотографії. Водночас аутист з багатодітних сімей при цьому виявляє набагато менше проявів стереотипної поведінки і набагато кращі соціальні навички. Ці результати дають підставу для висновку: якщо дитина має брата і сестру, то цей факт матиме позитивний вплив на її функціональний і соціальний розвиток, що знайде відображення в її відповіді</p>	4
<p>Несформована організація елементів зорового досвіду в процесах впізнавання і впізнання призводить до чисельних помилок при спробах дитини відрізнити (не вербально) одну від іншої особи, які зображені на сімейній фотографії. Сприйняття конкретних знайомих їй побутових об'єктів не порушено, але вкрай деталізоване; сприйняття менш знайомих – викликає значні труднощі при впізнанні і, як наслідок, – сильне роздратування. На протязі виконання всього завдання потребує постійної педагогічної допомоги, яку не завжди сприймає адекватно, що виявляється в проявах агресії та самоагресії</p>	3
<p>Сприйняття і впізнання на світлині знайомих осіб і побутових предметів – порушено. Після неодноразових наполягань педагога дитина розпізнає лише одного-двох членів сім'ї. На мовленнєві звертання аутолога до дитини стосовно подальшого впізнання членів її родини виявляє вкрай байдуже ставлення, чинить опір спробам залучити до спільного емоційного розглядання світлин. Надання педагогічної допомоги не сприймає: негативує з елементами жорсткої агресії, з голосними криками, биттям об підлогу</p>	2
<p>Не виконання завдання</p>	1

Отже, аналіз та узагальнення результатів виконання дитиною всіх завдань запропонованого діагностичного комплексу забезпечить, по-перше, встановлення рівнів сформованості соціоемоційної сфери дитини (див. за табл. 3.17). Водночас аналіз одержаних результатів (симптомів) виконання завдань забезпечить визначення особливостей взаємодії дітей з аутизмом і типи сприйняття ними емоцій інших людей.

Так, порушення соціоемоційної взаємодії можуть виражатися нездатністю адекватно «зчитувати» невербальне спілкування персонажів, зображених на малюнках – їхні погляди, емоційні вирази обличчя, пози і жести тіла. У соціоемоційній комунікації розлади виявляються або відсутністю спроб використовувати емоційні жести, емоційну міміку як компенсацію відставання чи повної відсутності мовлення, або стереотипністю видів соціоемоційної поведінки та інтересів, що спричиняє значні труднощі в дитини при переключенні на виконання наступного завдання.

Особливості сприйняття емоцій визначають уміння дитини виділяти експресивні ознаки і позначати емоції словом або жестом, мімікою. Стан розуміння емоційної сфери іншої особи дітьми з аутизмом може бути встановлений в діапазоні від не розуміння емоційного стану іншої людини до осмислення у формі тлумачення і проявів емпатії.

У результаті аналізу матеріалів педагогічного спостереження за аутичною дитиною в процесі виконання нею діагностичних завдань в дітей можуть бути виявлені позитивні і негативні форми емоцій та їхні типи (задоволення, радість, захват; незадоволення, обурення, гнів, ненависть, переляк, роздратування, здивування з негативним значенням).

Таким чином, за допомогою запропонованого нами комплексу діагностичних завдань педагог зможе визначити основні особливості соціоемоційного розвитку дитини з аутизмом: емоцій, стан розпізнання емоційно виразних облич і емоційного забарвлення голосу, рівень розуміння емоційного стану іншої особи, основні форми і типи емоцій.

Разом з тим, необхідно враховувати, що **для наукового дослідження** зазначена шкала оцінювання і визначення рівнів сформованості соціально-емоційної сфери аутичної дитини є недостатньою, оскільки необхідна подальша об'єктивізація розподілу дітей на групи з використанням виявленої множини ознак (див. табл. 3.18.). Аналіз можливих шляхів вирішення поставленого завдання дозволяє зробити висновок, що в даному випадку найбільш прийнятним є **використання магистрантом і науковцем** статистичних параметричних критеріїв розпізнання, що забезпечить

можливість оцінити ймовірність розрізнення груп на основі інформації про частоту окремих ознак, що зустрічаються в цих групах. У даному разі може бути прийнято припущення про те, що ознаки, які характеризують здатність ідентифікувати емоцію в різних проявах взаємодії, оцінне ставлення до ближнього і дальнього оточення, ставлення до норм поведінки, типи і спрямованість емоційних реакцій, здатність до наслідування як джерела соціальної інформації, оцінка власної поведінки – є незалежними. Застосування в даному випадку, наприклад, загальновідомого критерія Стюдента полягає на початку в розрахунку величини m , що характеризує помилку спостереження:

$$m = \sqrt{\frac{P(100-P)}{n-1}}, \text{ де } P \% \text{ – частота ознаки, що зустрічається в групі; } n \text{ –}$$

число спостережень. Далі обчислюється величина: $t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{m_1 - m_2}}$, де p_1 (%) і p_2 (%) – частота ознаки, що зустрічається у двох групах; відповідно m_1 і m_2 – помилки спостереження у двох групах. За величиною t оцінюється ймовірність розрізнення двох груп за відповідними таблицями, що відображають характеристики розподілу Стюдента.

Далі обчислюється частота ознаки, що зустрічається в групах і число спостережень; потім оцінюється ймовірність розрізнення груп за відповідними таблицями, що відображають характеристики розподілу. Одержані ймовірності дадуть змогу (як науковцю, так і практику) описати відмінності груп за виділеними ознаками, а саме: здатності ідентифікувати емоцію в різних проявах взаємодії, оцінного ставлення до ближнього і дальнього оточення, ставлення до норм поведінки, типів і спрямованості емоційних реакцій, здатності до наслідування як джерела соціальної інформації, оцінного ставлення до власної поведінки. У кінцевому результаті це дасть змогу оцінити достовірність відмінностей в групах. Результати одержаних експериментальних даних свідчатимуть про стан сформованості перцептивно-когнітивного і афективно-регулятивного компонентів соціально-емоційної сфери аутичної дитини і дадуть підставу за частотою порушень виділити групи дітей. В якості прикладу наведемо одержані нами дані про частоту порушень зовнішньоособистісного (перцептивно-когнітивного) і внутрішньоособистісного (афективно-регулятивного) компонентів соціально-емоційної сфери в аутичних дітей 7–9 років (див. табл.Ш.19).

Таблиця Ш.19.

Частота порушень (у %) основних компонентів соціально-емоційної сфери дітей з аутизмом (80 дітей)

Група і кількість дітей	Результати обстеження	Основні компоненти соціально-емоційної сфери					
		Зовнішньоособистісний (перцептивно-когнітивний)			Внутрішньоособистісний (афективно-регулятивний)		
		Здатність ідентифікувати емоції у різних проявах взаємодії	Оцінювання до ближн. і далеко оточення	Ставлення до норм поведінки	Здатність до наслідкування як джерела соц.інформації	Типи і спрямованість емоційних реакцій	Характер соціальних емоцій, оцінка власної поведінки
I (34 діти)	Сформован	10,9	20,1	20,1	86,1	82,7	76,0
	Не сформ	89,1	79,9	79,9	13,9	17,3	24,0
II (46 дітей)	Сформован	88,0	73,8	58,6	32,3	44,1	12,0
	Не сформ	12,0	26,2	41,4	67,7	55,9	88,0

Аналіз одержаних результатів діагностування дає підставу стверджувати, що у I групи обстежених дітей переважно недостатньо сформований зовнішньоособистісний компонент соціально-емоційної сфери, у II групи – виявлені симптоми в цілому складають синдром вад внутрішньоособистісного компоненту. Застосування даного методу аналізу вад емоційно-соціальних сфери сприяє виділенню не окремих симптомів, а опису цілісного симптомокомплексу її недорозвинення. Крім того, це дозволяє виділити в ньому якісно однорідні (загальні) ознаки, що складають специфічну якість і мають певне локальне значення. Виявлена у різних груп дітей якісна специфіка провідної недостатності соціоемоційних компонентів, є важливою, оскільки зумовлює у подальшому застосування відповідних методів і прийомів у процесі корекційно-превентивного навчання.

Отже, діагноз дитини фахівцем формулюється, ґрунтуючись на результатах обстеження і оцінки стану:

1. загальної та неврологічної сфери здоров'я дитини;
2. будови і функції її аналізаторних систем;
3. загального функціонування:

а) психофізичного розвитку та мислення. При цьому визначається стан: взаємодії і когнітивних функцій (пам'ять, гнозис, мовлення, праксис і інтелект). Обстеження може здійснюватися, наприклад, за методикою Кауфмана (Kaufman k-ABC);

б) адаптивності дитини. Здійснюється за анкетною, наприклад, за анкетною Вайленда, яка заповнюється разом з батьками дитини (Vineland -Adaptive Behavior Scales) і включає оцінку мовленнєвих навичок, навичок самообслуговування, соціальних навичок, моторних навичок.

4. соціально-комунікативної сфери за результатами:

а) опитування батьків;

б) психолого-педагогічного спостереження за дітьми, в яких припускається наявність РАС. У процесі спостереження за поведінкою дитини використовуються заздалегідь підготовлені соціальні ситуації, в яких можуть проявлятися аутичні характеристики (в спілкуванні, комунікації, соціальних і мовленнєвих інтеракціях. Тобто, з'ясовується, чи в ході комунікації своєю поведінкою, своїм мовленням дитина здатна конструктивно впливати на інших людей, викликаючи відповідні реакції.

5. інформації, отриманої від близького оточення дитини.

ТЕМА 8. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ АУТОЛОГА

Після того, як вся інформація про дитину і ситуацію зібрана, в центрі уваги фахівця опиняється робота з інтерпретації та інтеграції розрізнених даних. Аутолог відбирає найбільш важливу інформацію; визначає рівні психолого-педагогічного заключення; дотримується етичних аспектів складання звіту; визначає проблеми, що виникають при складанні звітів. Надалі аналізує інформацію, одержану з різних джерел, і створює робочий образ (модель) дитини, який наповнює змістом наступних планів та рекомендацій.

Іншими словами, сформований робочий образ дає фахівцеві і батькам дитини вказівки про те, що робити далі. У педагогічному середовищі аутологи зазвичай діляться враженнями, що стосуються етіології розладу і можливих прогнозів на майбутнє, пропонують план втручання. У багатьох випадках, проте, аутолог може проводити лише коротке неформальне обстеження і відразу ж переходить до психолого-педагогічного втручання, не маючи можливості залучати інших фахівців або проконсультуватися з ними.

8.1. Когнітивна професійна діяльність аутолога

➤ У роботі з аутичною дитиною, незалежно від того, наскільки складний або простий конкретний випадок, що розглядається, на



фахівця навалюється надзвичайно великий обсяг інформації, який розподіляється на три широкі категорії. У *першу* категорію входить інформація про дитину з її проблемами (її зовнішній вигляд і поведінка, результати тестування, анамнез фізичного розвитку і психологічний анамнез і, можливо, також дані про її фізіологічне

функціонування, що містяться в медичних документах, інша інформація). *Друга* категорія є обов'язковою для розгляду і включає в себе інформацію про більш великі системи, що охоплюють значущі взаємини і фізичні аспекти середовища (побутові умови та можливості проведення дозвілля). І нарешті, *третьою, основною, категорією* включає в себе інформацію, що отримується від відповідних професійних установ, зокрема сформовані в колег враження про дитину, доступні лікувальні ресурси і можливості направлення дитини до інших установ. Всю цю інформацію необхідно об'єднати з власними спостереженнями і враженнями. Це завдання вирішується поетапно:

➤ **Відбір найбільш важливої інформації.** Основне питання, яке при цьому постає перед аутологом: що слід вважати найбільш важливим серед відомостей, які накопичуються в ході інтерв'ювання і обстеження? Одним з головних міркувань, якими слід керуватися, є релевантність (міра відповідності) отриманої інформації цілям обстеження та наступного за ним складання психолого-педагогічного висновку. На ступінь важливості, який приписується тому чи іншому елементу одержаних даних, робить істотний вплив загальна орієнтація фахівця і теоретичний підхід, якого він дотримується. Так, аутологи, які працюють в медичній традиції, надають великого значення диференціальній діагностиці. Вони, як правило, в першу чергу звертають увагу на дані, що свідчать на користь або проти віднесення дитини до однієї з низки можливих форм РАС. З іншого боку, аутологи, що працюють в когнітивно-поведінковій традиції, намагаються виділити основну проблему дитини, патерни її поведінки і мислення, а також ситуації, в яких проблема або виникає, або, навпроти, не виникає.

➤ Друга сфера уваги аутолога – це **визначення стану відхилення в розвитку аутичної дитини від норми**. Ці норми можуть бути статистичними, якщо мова йде про стандартизовані тести, або суб'єктивними, як це часто буває в багатьох ситуаціях. Так, при роботі з

діагностичними матеріалами конкретної дитини її певна особистісна характеристика може викликати увагу або своєю незвичністю, або ступенем прояву, наприклад, це може бути дуже слабка пам'ять, або надзвичайно високий рівень розвитку певних навичок. Однак при розгляді відхилень від норми важливо пам'ятати, що в аутолога, як у всіх людей, сформувалася особиста і професійна система цінностей під впливом його культури і професійної підготовки. Внаслідок цього фахівець притримується суб'єктивних уявлень про те, яка поведінка є нормальною або аномальною, адаптивною або дезадаптивною, економною або неекономною, здоровою або нездоровою, прийнятною або непринятною і т. д. Водночас батьки дитини, які можуть бути представниками етнічних меншин або інших типів культур, можуть дотримуватися інших норм в судженні про поведінку своїх дітей.

➤ Третім елементом, тісно пов'язаним з відхиленнями від норми, є **визначення характерності, яскравості вираження** деяких аспектів психологічного функціонування дитини, її особистості або біографії. Мова може йти про особливу манеру говорити або зовнішній вигляд, повторюваних або звичних діях, або про якусь поодинокую подію. На ступінь вираженості будь-якої характерної особливості дитини напевно буде впливати рівень розвитку навичок спостереження аутолога, а також система професійних і особистих цінностей фахівця і батьків дитини.

➤ Четвертим аспектом, надзвичайно важливим є **підтвердження інформації даними, отриманими з багатьох джерел**. Це допоможе уникнути тенденції до переоцінки інформації, яка кидається в очі, та ігнорування протилежної. Проте коли аутолог помічає факти, що говорять на користь наявності якоїсь конкретної проблеми або цінної позитивної якості, висловленої відразу в декількох джерелах (в інтерв'ю з членами сім'ї, в ході клінічних спостережень або відразу в декількох тестах), ці елементи інформації набувають додаткову вагу.

Розбіжності між різними джерелами даних, так само як і збіги, мають досить важливе значення. Процес аналізу матеріалів, одержаних з різних джерел інформації розглядається на різних рівнях або типах комунікації (Leary, 1957, Klopfer, 1981, 1992). Аутолог, наприклад, відбираючи інформацію, що стосується того, як дитина сприймається іншими, як вона сприймає сама себе, зможе і глибоко проникнути в систему символічних аналогій, і звернути увагу на всю інформацію, що стосується когнітивного функціонування.

➤ Після того, як необхідні дані зібрані, патерни ідентифіковані, значення симптомів і характеристик визначено, діагностичні категорії застосовані, а робочі образи дитини сформовані, можна говорити про завершення двох перших етапів **винесення аутологічного висновку**. Тобто, в цьому випадку аутолог повинен застосувати загальні теорії до складних, а часом заплутаних реальних ситуацій. У таких ситуаціях

інформація нерідко буває надзвичайно багатою, суперечливою і неоднозначною. На відміну від простої постановки діагнозу, вироблення аутологічного заключення (висновку) потребує від спеціаліста складання адекватних планів дій, висування гіпотез, що стосуються їхньої ймовірної ефективності, розробки планів з оцінкою практичності (або корисності) пропонованих методів втручання.

Добре складений висновок спрямований на те, щоб пояснити минуле, наповнити сенсом сьогодення і запропонувати способи впливу на майбутнє. Отже, на всіх етапах процесу складання висновку спеціаліст повинен робити висновки, ґрунтуючись на патернах (або відсутності патернів), виявлених у масиві зібраних даних, і надалі засновувати на цих висновках (умовиводах) свої дії.

На найнижчому рівні виконання умовиводу дії аутолога можуть витікати безпосередньо з віднесення дитини до тієї чи іншої діагностичної категорії. Вибіркові рішення (такі як, наприклад, прийом в дитсадок, в реабілітаційний центр), засновані переважно на результатах тестування або звітах, спираються саме на такі найпростіші висновки.

Висновки *другого рівня* застосовуються при прийнятті багатьох рішень. Інформація про дитину використовується для узагальнень, що стосуються тенденції її поведінки в схожих ситуаціях. У свідомості спеціаліста формується той чи інший робочий образ дитини, який є обґрунтуванням для наступних корекційних дій. Наприклад, на основі даних тестування, спостережень та інтерв'ю аутолог повідомляє батькам дитини про сформований у нього образ дитини, діагноз (якщо це доречно), а потім розглядає можливі методи втручання та імовірні результати їхнього застосування.

На *третьому, вищому, рівні* висновків аутолог виходить за межі другого рівня, щоб розробити єдину і послідовну теорію ситуації та анамнезу дитини. Цей рівень вимагає від аутолога знання і вміння висувати численні гіпотези-роздуми, зазвичай в рамках великої психологічної теорії і детально розроблених стосовно конкретної дитини. Перехід на цей рівень вірогідний після довготривалого періоду обстеження і детального знайомства з біографією дитини, а також тестування. Крім того, цей рівень умозаключень веде до подальших дій, наприклад, до вибору нового напрямку в допомозі дитині і її батькам, направленню дитини для проходження іншої корекційно-розвивальної програми тощо.

Висновки нижчого рівня зазвичай використовуються тільки в простих ситуаціях, для яких надаються однозначні рекомендації. Висновки більш високого рівня застосовуються для складання розгорнутого детального висновку. У всіх фахівців формуються ті чи інші переконання на базі їхньої професійної підготовки та життєвого

досвіду. Більшість подібних переконань не піддаються достатній перевірці, тому аутологам слід критично ставитися до сформульованих ними заключень. *Однак такі висновки варто виносити, причому в умовах повсякденної реальної діяльності і значного навантаження, що лягає на їхні плечі.* На відміну від учених, практики не можуть дозволити собі розкіш наукового скептицизму, що дає їм право відкладати рішення і здійснювати тривалі теоретичні пошуки. *Проте ці обмеження не повинні утримувати їх від серйозного аналізу використаних ними оцінних процедур і теорій у вільний час, постійно обновляти, ставити під сумнів і оцінювати свої знання, навички та практичні прийоми роботи.* При цьому життєво важливо, щоб аутологи користувалися науковою літературою з метою удосконалення своїх аутологічних висновків. Інакше кажучи, належного використання будь-якої теоретичної моделі в такій практичній роботі, як складання аутологічного висновку, можна домогтися лише за умови, що фахівці мають чітке уявлення про надійність, валідність і практичність всіх аспектів застосованої ними теорії або теорій – про їхні сильні і слабкі місця.

Висновок нерозривно пов'язаний з прогнозом і може, як вже зазначалося, також встановлюватися на різних рівнях.

Перший рівень – симптоматичний або емпіричний, на якому висновок обмежується констатацією особливостей розвитку та симптомів. Другий рівень – етіологічний – враховує не тільки наявність характерних відхилень, але і причини їх виникнення. Вищий рівень – типологічний – полягає у визначенні місця та значення виявлених характеристик в загальній картині психічного життя дитини.

У системі психологічного вивчення дитини аутологу необхідно спиратися на виділені Л.С. Виготським **три головні принципи**: розподіл отриманих фактів та їхнє тлумачення; максимальна соціалізація методів дослідження конкретних функцій (на відміну від сумарних методів, які прагнуть досліджувати все); динамічне типологічне тлумачення отриманих при дослідженні даних.

У кінцевому результаті, одержані матеріали обстеження дають можливість зробити висновок про взаємодію пізнавальної системи аутичної дитини із середовищем як про таку, що постійно удосконалюється і розвивається, а також про стан сформованості в неї біологічних, соціальних і афективно-мотиваційних факторів.

➤ У рамках широкого кола медико-психолого-педагогічних дисциплін, залучених до процесу аутологічного обстеження (наприклад, клінічна психологія, психіатрія, соціальна робота), необхідно враховувати ряд загальних вимог і етичних рекомендацій. По-

перше, власником інформації, зібраної в ході обстеження, є батьки дитини. Отже, за деякими винятками, саме вони, як правило, контролюють поширення інформації, що міститься у висновку. *По-друге*, оскільки аутолог не може розголошувати неопрацьовані дані, отримані в ході обстеження, то він зобов'язаний якомога міцніше пов'язувати зміст звіту із зібраними даними і уникати висунення непідтверджених гіпотез. *Нарешті*, аутолог несе етичну відповідальність за достовірність отримання відповідної освіти, підготовку і досвід, необхідні для адекватної оцінки дитини та інтерпретації даних її обстеження.

➤ Збір і передача даних особистого характеру породжує багато питань, що стосуються конфіденційності та соціальної відповідальності. У лікарнях і клініках подібні матеріали зберігаються і доступ до них закритий для всіх, крім тих, хто має офіційний дозвіл, а виключення робляться лише з дозволу пацієнта чи його опікуна. Ті ж правила повинні стосуватися і дефектологів, які працюють з цією категорією дітей в державних установах або займаються приватною практикою. Крім того, батьків необхідно заздалегідь проінформувати про майбутнє застосування психолого-педагогічних тестів і процедур і заручитися їхньою інформованою згодою. Їх також потрібно проінформувати щодо спостереження за ними з боку інших осіб та ведення аудіо- чи відеозапису. Як правило, батькам повинно гарантуватися право одержати пояснення від аутолога щодо записів в картці їхньої дитини, якщо вони того побажають. Перехід до комп'ютеризованого ведення записів, електронної передачі інформації та практики контрольованої допомоги, що спостерігається в останнє десятиліття, піднімає багато етичних питань, які поки що залишаються без відповіді.

➤ **Проблеми при складанні звіту:** зловживання термінологією, незрозумілою батькам дитини, або нездатність задовольнити запити і потреби батьків чи установи, яка направила їхню дитину на обстеження.

Іншою типовою помилкою при написанні звіту, якої особливо часто припускаються недосвідчені аутологи, є *спроба охопити і інтерпретувати абсолютно всі дані, зібрані в процесі обстеження*. Неякісні прогнози можуть фактично знизити валідність проведених процедур, а дублювання вимірювань зовсім не обов'язково сприятиме її підвищенню. Також необхідно остерігатися ризикованих спроб обґрунтувати свою власну тенденційність. Ефективному аутологу завжди слід розглядати проблему з обох боків, відшуковуючи дані на користь і тієї й іншої точки зору.

Класичною проблемою при складанні звіту є також *невміння індивідуалізувати звіт*. Це так званий «ефект Форера» (1948) для описів, що являють собою суміш стереотипів, і розпливчастих слів, а також для звітів, які містять такі універсально валідні твердження, як «дитина

тривожна, агресивна» або «мати відчуває змішані почуття до поведінки дитини – іноді вона сердиться, а іноді задоволена». Проблема індивідуалізації аутологічного звіту є не з легких. За даними досліджень, батьки із задоволенням сприймають фальшиві або співчутливі описи власної дитини (Forer, 1948; Snyder, Shenkel & Lowery, 1977; Sundberg, 1955). Знову ж таки при цьому спрацьовує ефект Б. Форера, коли кожна окрема людина вважає точним описом свого характеру такий опис, який дуже загальний і підходить будь-якій людині. Щоб уникнути таких розпливчастих усереднених повідомлень, аутолог повинен вказувати частоту проблемних форм поведінки дитини або цитувати власні твердження батьків, почуті з їхніх власних вуст або взяті з історії хвороби дитини чи з її психолого-педагогічної характеристики. Такі заходи дозволяють індивідуалізувати інтерпретації і надати їм чіткий і конкретний зміст.

8.2. Урахування особливостей становлення і розвитку психофізичної і соціоемоційної сфер дитини з аутизмом.

❖ **Знання аутологом орієнтовних показників розвитку психофізичної і соціально-емоційної сфери дітей з РАС (для співставлення з нормативними показниками дітей з нейротиповим розвитком)**

Для того, щоб у дитини з РАС визначити «відхилення в розвитку» від «програми розвитку» будь-якої окремої функції або системи психічних функцій, аутологу необхідно бути обізнаним з орієнтовними показниками психофізичної і соціально-емоційної сфери дітей з РАС. Тобто, крім знання широкого спектра діагностичних методик і технік, фахівець має чітко знати вікові показники стану психофізичного і соціально-емоційного розвитку як нейротипової, так і дитини з РАС.

Отримані результати порівняльного аналізу цих матеріалів дозволять виявити слабкі і сильні характеристики розвитку дітей з РАС, зробити правильний загальний висновок щодо особливостей і функціонування складників розвитку конкретної дитини. Окрім того, такий підхід дозволить чіткіше унаочнити й усвідомити ті специфічні відмінності в емоційно-соціальному розвитку дітей з РАС, які роблять їхнє входження в світ людей таким проблематичним.

Протягом перших семи років життя дитина з РАС в доступній їй формі знайомиться з навичкою орієнтації на вимоги і стандарти дорослих, насамперед рідних і близьких, оволодіває вмінням регулювати вирішення своїх, хоча й елементарних, але по-своєму важливих життєвих проблем.

Малюк дуже поступово осмислює, що успішною або неуспішною його діяльність вважатиметься лише після порівняння з результатами діяльності

інших дітей чи дорослих людей. В ході соціалізації дитина з аутизмом набуває якостей, необхідних їй для життєдіяльності в суспільстві, виробляє вміння ставати певною мірою «своєю», в чомусь схожою на всіх інших членів групи, починає розуміти необхідність орієнтуватися на груповий стандарт бажаної для цієї спільноти поведінки й діяльності

Недостатність знань, брак досвіду, проникливості, помилкове наділення членів тієї чи іншої групи непритаманними їм рисами, недооцінка чи переоцінка цих людей, не сприйняття того чи іншого виду діяльності – все це в умовах довготривалої адаптації призводить до додаткових змін особистісних характеристик дитини-аутиста. Крім того, відсутність або недостатність цілеспрямованого оволодіння прийомами взаємодії в умовах певної діяльності, її змістом спричиняють те, що процес адаптації (особливо в дітей з тяжкими формами аутизму) проходить спонтанно, стихійно, викликаючи появу і розвиток негативних (для організму і внутрішнього світу дитини) новоутворень, які ще більше ускладнюють її подальшу соціалізацію.

Другий, не менш важливий аспект розвитку дитини з аутизмом, – це *особливості її фізичного і психічного «Я»*.

Відмінною рисою при цьому є недостатнє усвідомлення малюком образу власного тіла, переважно агресивне недопускання іншої людини в свій особистий простір, як правило, відсутність самостійного розширення власного репертуару взаємозв'язків, не бажання підкорятися соціальним правилам, не керованість в діях і в поведінці.

Однією з основних причин зазначених особливостей в аутологічній літературі називається недостатня сформованість в дітей постійного і стійкого емоційного зв'язку між приємними зоровими, слуховими, тактильними, нюховими, кінестетичними відчуттями та образом конкретної людини й оточення, з якими вона взаємодіє. Оскільки відчуття розмитості свого «фізичного Я», страх втручання іншого у власний простір є характерним для аутичних дітей, то важливим етапом процесу налагодження як невербального, так і вербального контакту з близьким і далеким для них оточенням є визначення власних меж та подолання страху втручання. Ці особливості є наслідком несформованого в малюка усвідомлення власних емоційних станів, невміння регулювати тривалість контакту та вибирати посильні засоби спілкування. (доторкання, контакт очей, користування тими чи іншими невербальними діями, регуляція просодичних елементів тощо).

Усвідомлення дитиною свого психічного «Я» означатиме, що дитина почала розуміти, чим вона відрізняється від інших, а також різницю між мій – чужий, такий, як я чи не такий, Я, моє тощо.

Негативний результат спроб дитини з аутизмом налагодити контакт з

оточуючими спричиняється також відсутністю в неї безпечного емоційно-комунікативного простору і безпечної взаємодії. Це формує в неї вразливість і страх втручання. Через наявність дуже повільного розширення простору «Я» в дитини не формуються почуття безпеки і довіри.

Таким чином, однією з основних особливостей дитини з аутизмом є труднощі набуття нею позитивного соціально-емоційного досвіду, що, загалом, визначає стан розвитку її особистості. Разом з тим, при різній тяжкості РАС особливості соціально-емоційної поведінки дитини мають не тільки різний ступінь вираженості, але й різну розповсюдженість.

І хоча ці складові розвитку представлено окремо, в дійсності, зрозуміло, вони не ізольовані, а взаємопов'язані і взаємозалежні і вносять свій вклад в картину соціально-емоційного розвитку особистості аутичної дитини.

Знання закономірностей онтогенетичного становлення і розвитку соціально-емоційної сфери дитини дасть педагогу змогу:

- *по-перше*, співставити ці дані з результатами обстеження стану її розвитку;
- *по-друге*, таке співставлення, своєю чергою, дозволить виявити ті компоненти соціально-емоційної сфери дитини, що є несформованими або недостатньо сформованими, або мають достатній рівень розвитку на конкретному віковому етапі;
- *по-третє*, спланувати індивідуальну корекційно-розвивальну роботу, розпочинаючи з корекції і розвитку тих соціальних і емоційних навичок, які в дитини є найбільш ушкодженими.

При цьому зазначимо, що запорукою ефективності такої роботи має стати як знання педагогом закономірностей онтогенетичного становлення означеної сфери в дитини з типовим розвитком, так і якомога *повніші і точніші знання тих особливостей її розвитку*, що притаманні дітям з аутизмом. З урахуванням зазначеного і спираючись на теорію Д. Озбела (Ozbel David Paul), є можливим процес психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини з РАС представити за рівнями:

І рівень – Виокремлення дитиною себе з довкілля. Формування в дитини відчуття власного тіла. Виокремлення з довкілля предметів і особливості маніпуляції з ними. Вибірковість, швидкоплинність емоцій, що супроводжують її маніпуляції.

II рівень – Допуск іншої людини в свій простір. Розширення простору «Я» дитини, відчуття приналежності їй як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей. Прийняття іншої людини. Емоції, що супроводжують цей процес – вибіркова терпимість, почуття безпеки, зацікавленість.

III рівень – Становлення соціальної взаємодії. Усмішки, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; вирази обличчя, контакт очей; доступні одиниці висловлювання і розуміння мовлення. Реагування на емоційно-словесні контакти з оточуючими.

IV рівень – Здатність конструктивно впливати на оточуюче середовище. Намагання практично вплинути на людей з метою привернути їхню увагу до себе і до своєї діяльності. Формування проявів перших бажань – «хочу», «не хочу» і заборон «можна»-«не можна». Відстоювання в різній формі власності – «моє». Емоції як відповідь на події, ситуації, полярність емоцій.

V рівень – Здатність до соціальної поведінки. Здатність до керованості в діях і в поведінці, підкорення соціальним правилам, саморегуляція при вирішенні дитиною своїх життєвих проблем, здатність до спільної діяльності, до емоційної рефлексії.

Водночас відмітимо, що визначені нами особливості психофізичного і соціально-емоційного розвитку дітей з аутизмом цілісно у відповідній науково-методичній літературі практично не представлені, а скрупульозно зібрані нами з розрізнених аутологічних джерел. *При цьому кожен віковий період дитини (вік немовляти, ранній, молодший, середній і старший дошкільний вік) представлено п'ятьма зазначеними рівнями психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини з РАС.* Вважаємо ці матеріали важливими, оскільки вони:

- ✓ певною мірою заповняють існуючу прогалину в науково-методичній літературі стосовно цих даних;
- ✓ допоможуть аутологу аналізувати та узагальнювати отримані власні діагностичні матеріали;
- ✓ сприятимуть правильному прийняттю рішення при визначенні напрямів і змісту корекційно-розвивальної і корекційно-превентивної роботи.

Окрім того, якщо фахівцеві необхідно буде визначити особливості розвитку певного психічного чи фізичного процесу або функції дитини з РАС в онтогенезі, він зможе це здійснити, відбираючи конкретний матеріал і орієнтуючись при цьому на ті дані, що представлені у:

- послідовних рівнях становлення і розвитку конкретного процесу чи функції (від I до V рівня);
- вікових показників дошкільника – від віку немовляти до старшого дошкільного.

Отже, коротко схарактеризуємо ті орієнтовні показники розвитку психофізичної і соціально-емоційної сфери дітей з РАС, знання яких необхідне аутологу для співставлення з нормативними показниками дітей з нейротиповим розвитком⁹.

⁹ Нормативні показники психофізичного і соціально-емоційного розвитку нейротипової дитини див. в монографії В.Тарасун «Аутологія». – К., 2014.

8.2. Урахування особливостей становлення і розвитку психофізичної і соціально-емоційної сфер дитини з аутизмом

I-ий рівень. Особливості відчуття дитини себе і виокремлення себе з довкілля

Вік немовляти

- Слабо виражені орієнтувальні реакції, пов'язані з харчуванням. Неспецифічні порушення ритму «сон-неспанья». Спроби вимити дитину, переповити підсилюють її занепокоєння, викликають плач і крик. Інші діти, навпаки, місяцями пасивно-байдужі, які б незручності не відчували.

- Відсутня орієнтація на обличчя (погляд) і голос іншої людини. Не здатна виявляти джерело звучання (почувши звук, не крутить головою, шукаючи його джерело). Не надає перевагу звукам людського голосу навіть тоді, коли відсутні інші джерела звучання. Побутові шуми в дитини не викликають звикання, а з кожним разом спричиняють все більший страх і крик.

- Не реагує або недостатньо реагує на лагідні взаємодії з матір'ю: не тягнеться до неї, не прагне на руки, а перебуваючи на руках, не горнеться до неї. Водночас деякі діти можуть агресивно протестувати, зберігаючи пряму жорстку поставу, б'ючи маму головою.

- Із значною затримкою формується зорове і слухове зосередження (не перестає плакати при появі людини). Комплекс пожвавлення при наближенні дорослого не виявляється загальним моторним збудженням.

- Ненадовго може зацікавитися світлою плямою чи яскравим предметом, але практично завжди залишається байдужою до того, що відбувається навколо, монотонно погойдуючись або стукаючи предметом.

- Слабко відчуває своє тіло, не достатньо вміє регулювати свої дії при виборі предмету для ігор, при отриманні його в руки, при використанні його для досягнення простого результату. Не розглядає з цікавістю частини власного тіла.

- Підвищена чутливість до швидких рухів, звуків, яскравого світла. Дехто з дітей вже в цьому віці виявляє любов до різних затемнених куточків, до самотності.

- Спроби примітивного заспокоєння себе за допомогою ссання пальців, кутання ковдри, розхитування, вертіння головою.

- Зрідка зосереджується на обличчі матері, в більшості випадків не відрізняє її обличчя від обличчя інших дорослих. Пожвавлення при появі дорослого не стабільні. Разом з тим, дитина цілком може впізнавати людей. Проте впізнає їх не за обличчям, а за деякими предметами, що належать цим людям і на які малюк звернув увагу.

- Іноді наявні порушення звичного порядку фізичного розвитку, коли дитина, ще не вмючи сидіти без підтримки, може почати самостійно вставати.

▪ *Ранній вік*

- Зрідка шукає або використовує підтримку інших людей, в основному, для заспокоєння або співчуття в періоди стресу.

- Відсутнє або нетривале прослідковування поглядом напряду погляду дорослого, ігнорування його вказівного жесту, спрямованого на предмет або частини тіла дитини.

- Соціально невпорядковані синергії, що виявляються в характерній руховій поведінці: підсилення різноманітних рухових стереотипів, що нагадують гіперкінези (згинання, розгинання пальців рук, біг по колу, підскакування, обертання навколо своєї осі тощо); моторні штампи, одноманітне вертіння предметів тощо. У деяких дітей спостерігаються імпульсивні агресивні дії: смикання за волосся, роздирання руки, вдавлювання підборіддям в плече дорослого.

- Збереження форм поведінки, які в цьому віці повинні в дитини щезнути: вертіння перед очима кистями рук, ссання пальців, пустушки тощо.

- Безпорадність дитини в побуті і в елементарному самообслуговуванні (невміння застібнути гудзики, зашнурувати взуття; стійкі труднощі при навчанні малюванню, при викладанні кубиків тощо).

- Із значним запізненням в дитини започатковується формування знань про свої статеві відмінності.

Молодший і середній дошкільний вік

- Дрібні рухи рук недосконалі, хода незграбна: дитина йде ніби по вузькій дошці – широко розставивши руки, боязко переставляючи ноги і весь час ніби балансує. В діяльності домінують повторювальні рухи. Часто натикається на кути предметів, що провокує в дитини виникнення самоагресії. Характерні імпульсивні, панічні реакції, які часто спричиняють небезпечні дії.

- Рухова незграбність може призвести до того, що її спроба когось, наприклад, обійняти справлятиме враження агресії. Водночас в момент сильної зацікавленості така дитина може виявити чудову спритність, хоча через мить знову стає безпомічною і незграбною.

- Жестикуляція не об'єднується в пластичний гармонійний ансамбль і не є (як це спостерігається в дітей з типовим розвитком) мовленням жестів. Зі значним запізненням освоює жести згоди і незгоди, вітання, прощання, що негативно позначається на можливостях в налагодженні взаємодії з оточуючими людьми.

- Продовження одноманітної поведінки зі стереотипними, примітивними рухами (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей і передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшпиньках тощо).

- Насильницька, патологічна рухова поведінка може поєднуватися з аналогічними, позбавленими для дитини смислу, висловлюваннями.

Старший дошкільний вік

- Не доповнює своїх вражень про навколишній світ, а лише закріплює їх, застряючи, як і раніше, на одному об'єкті чи дії, що перешкоджає отриманню нового досвіду. Бачить тільки в тому напрямі, в якому дивиться і тільки ті предмети, на яких затримує погляд.

- Не спостерігається довільне володіння своїм тілом при здійсненні рухів і дій: незграбно іде і біжить, не приймає різноманітні пози, властиві здоровим одноліткам, не чинить перетворень зі своїм тілом, властиві виключно пластиці малолітньої дитини (не зависає на стільці вниз головою, не дивиться на світ крізь свої ноги, зігнувшись навпіл тощо). Не грається зі своєю тінню; не спостерігає за тим, «як пустують» її ручки і ніжки, не роздивляється себе в дзеркалі, пильно дивлячись собі в очі і весело спостерігаючи свої гримаски і рухи.

- Продовжує спостерігатися моторна незграбність; рухи не використовує для самовираження. Виявляються стереотипні ритмічні повторення тих самих рухів і жестів (розгойдування, почісування, поплескування, кружляння тощо).

- Тілесні контакти у вигляді поцілунків, поглажування, дружніх ляпанців і поштовхів викликають в дитині відразу, незадоволення та агресію.

II-ий рівень. Особливості допуску в свій простір іншої людини

Вік немовляти

- Відсутність матері викликає сильне занепокоєння. Проте в дійсності це перші кроки на шляху до розширення контактів, оскільки через неможливість спілкування з іншими людьми весь запас емоцій і переживань дитина адресує тільки матері. Деякі діти можуть справляти враження достатньо товариських, таких, які до всіх ідуть на руки. Вважається, що для аутичних дітей цього віку взагалі характерним може бути відсутність «страху чужого» і саме з чужими вони можуть бути більш активними, ніж з близькими.

- Дитина не спроможна вибірково і на більш-менш тривалий час зосереджуватися на об'єктах зовнішнього світу. Не обстежує поглядом обличчя, зовнішній вигляд, одяг членів родини; не робить спроб показувати на їхні очі, ніс тощо.

- Відсутність наслідування спричиняє труднощі залучення дитини в прості ігри, які вимагають елементів показу і повтору та включення її в гру з дорослим («долоньки», «ку-ку», «Іде коза рогата») У більшості дітей спостерігається гіперболізована відокремленість від інших людей.

.....

- Спостерігається достатній розвиток вроджених реакцій гуління і лепету, в одних випадках, і, в інших, – їхня пізня поява або повна відсутність. Разом з тим, і гуління, і лепетання не соціалізуються; звуконаслідувальні комплекси відсутні. Не відбувається переорієнтація захисних реакцій (відсторонення й уникнення) на комунікативні.

Ранній вік

- Під час обстеження предметів використовує дотикові, вестибулярні і смакові відчуття. Прояви активних форм аутостимуляції (розгойдування, стрибки, лазіння).

- Не звертає увагу на інших дітей, за винятком нечисленних випадків, коли необхідно взаємодіяти з ними (наприклад, хоче взяти той самий предмет).

- Відгороджена від зовнішнього світу невидимим бар'єром, не шукає ласки і не реагує на неї, не тягнеться до інших людей, самотньо грається в дивні ігри і не реагує на спроби дорослих впорядкувати її поведінку. Внаслідок цього виглядає як дитина, яка строго діє тільки у відповідності до закладної в неї програми.

- Дуже чутливе слухове і зорове сприйняття (наприклад, може помітити невелику крапку, почути слабкий звук), що, однак, не сприяє розширенню її меж сприйняття і розуміння навколишнього середовища. Типовою залишається відсутність стабільної реакції на власне ім'я.

- Недостатнє розуміння того, що їй та іншим людям належать різні навколишні предмети. Не повністю розуміє значення власності, не використовує слово «мій». Більша частина дітей не робить спробу використати особовий займенник «Я». Як правило, називає себе по імені або займенниками другої і третьої особи («Катя біжить, вона біжить»). Деякі діти, правильно відповівши на питання: «Як тебе звати?», у вільному мовленні ніяк себе не позначають: «дать...зробить...гулять».

- Не зростає потреба і бажання розширити коло свого спілкування, насамперед з окремими дітьми і дорослими із близького оточення; обмежується особистим середовищем, особистим простором. Вже в цьому віці вражає відгородженість від зовнішнього світу і не перенесення наймізерніших змін в оточенні, не сприйняття всього нового і незвичного. Наполегливо й агресивно відстоює своє бажання бути на самоті

Молодший і середній дошкільний вік

- Незвичне обстеження оточуючих її людей і власних іграшок –

обнюхування, облизування тощо, розташування їх в лінію тощо. Від стосунків з людьми з близького оточення відчуває ніяковість та незручність.

- Не сприймає тілесних доторкань інших людей, які вона сприймає як їхнє втручання в межі свого особистого простору. Водночас деякі аутичні діти прагнуть контролювати поведінку своїх близьких, перш за все мами, яка в цей час практично не може відлучитися від малюка.

- Дорослий для дитини не стає джерелом різноманітної інформації про правила співжиття, особливості поводження з різними дорослими та дітьми (старшими, одного з нею віку, молодшими).

- В колі з рідними та близькими дорослими ніколи не розпитує, як, де і чому треба діяти, не орієнтується або слабо орієнтується в колі соціально схвалюваних і прийнятних форм поведінки, не уточнює, як слід вчиняти, «як треба», «як вимагають».

- Не входить у відносно стійкі дитячі об'єднання.

- Не дотримується правил співжиття в родині, не орієнтується в обов'язках кожного члена сім'ї.

Старший дошкільний вік

- Не робить спроб компенсувати відставання або складні порушення в розвитку мовлення за допомогою таких альтернативних моделей комунікації, як жести або міміка. Говорить або надто мало, або надто багато, разом з тим, не здатна включитися в розмову, спостерігається повторювальне мовлення. В результаті в дитини не формується почуття приналежності до певного кола людей, не формується вміння ініціювати або підтримувати взаємозв'язок з дорослим чи іншою дитиною.

- Обмежені, нав'язливі, повторювальні і стереотипні форми поведінки, інтересів і діяльності, специфічні не функціональні ритуали; специфічні повторювальні механічні дії (розмахування руками, крутіння пальців або комплекс рухів тілом), постійні дії з частинами предметів. Ці особливості поведінки є значними, а часто непереборними труднощами для розширення нею меж свого «я», а також зростанню потреби і бажання спілкуватися з іншими дітьми і дорослими.

- Порушення взаємодії з однолітками внаслідок не здатності увійти в загальну гру, прагнення жорстко диктувати свої умови, конфліктність, агресивність.

- Труднощі в тих діях дитини, що потребують відрізнити себе від інших об'єктів. Значно затримується процес стабільного віддиференціювання «своїх» від «чужих» та розрізнення свого імені та імен рідних.

III-й рівень. Особливості становлення соціальної взаємодії

Вік немовляти

- Не спостерігаються перші форми взаємодії: дитина не повертає і не утримує увагу дорослого на собі: ні поглядом, ні посмішкою, ні звуками. У відповідь на появу в полі зору обличчя дорослого не посміхається. Коли ж посміхається, то посмішка існує сама по собі, бо спрямована повз людину.

- Єдина людина, через яку дитина зв'язана зі світом, – мати, відсутність якої викликає в малюка сильне занепокоєння Пізній початок впізнання матері спричиняє пізнє виникнення прихильності до неї, хоча ця прихильність у деяких дітей особливо на першому році життя може бути єдиною і надзвичайно сильно вираженою. Однак не спостерігається потреба в фізичному контакті з матір'ю. Дитина не лементує, не плаче, щоб звернути на себе увагу, зрідка вокалізує під час спілкування з мамою, майже не посміхається їй.

- Постійно виявляє страх до всього нового (неофобія), прагнення до збереження незмінності оточуючого простору (феномен тотожності), яке проявляється (навіть у цьому віці) в прагненні до збереження звичної постійності.

- Людське обличчя не стає центром уваги: дитина не вдивляється в нього, не радіє зустрічі з ним, не пов'язує з ним відчуття захищеності і комфорту.

- Відсутні або непостійні реакції на звертання. Тільки зрідка пасивно реагує на різні інтонації при називанні її імені та на вживання пестливих слів, звернених до неї. Не реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно забарвлені (не плаче, не відповзає у відповідь на різкий тон дорослого). Не звертає увагу на інших дітей, не робить спроби підповзти до них.

Ранній вік

- Зазвичай, не реагує на своє відображення в дзеркалі: відвертається від дзеркала, ніби не знає, чие там відображення. Іноді від споглядання в дзеркалі власного відображення виявляє негативні емоції: настороженість, тривогу, страх.

- Спостерігається відсутність або непостійність відгуку малюка на звертання до нього на власне ім'я, не виконує найпростіших прохань, типу: «Дай», «Покажи», «Принеси». У цьому зв'язку в ряді випадків в дитини починають підозрювати зниження слуху.

- Відсутня реакція на можливість розширити взаємодію, наприклад, при спільному маніпулюванні іграшкою, «читанню» книжки, спільній їді тощо.

- Не розуміє, чого від неї чекають батьки, рідні, однолітки, якою вони хочуть її бачити. Не чітко розуміє різницю оцінок «хороший» і «поганий». Словосполучення «Оля – погана» сприймає не з відтінком страху, незадоволення чи гніву (як це сприймає дитина з типовим

розвитком), а зі спокійною байдужістю і навіть із задоволенням. Байдуже сприймає і позитивну оцінку своєї діяльності дорослим.

- Затримка виділення людини із світу предметів, низька увага до людського обличчя. Зберігаються труднощі сприйняття інших людей і сприйняття себе «очима інших».

Молодший і середній дошкільний вік

- У взаємодії з іншими людьми агресивно і з переконанням у правильності своєї дії демонструє: впертість, непокірність, які найчастіше постають як протест проти домашніх порядків; свавілля як знецінення дорослих, коли дитина сприймає їхні слова і вчинки лише крізь призму своїх інтересів; налаштованість на суперечку з дорослими; деспотизм, за допомогою якого дитина демонструє деспотичну владу щодо всього оточуючого. Водночас з труднощами, але формується ідентифікація дитини з сім'єю.

- Не розуміє, чим вона відрізняється від інших; із значною затримкою формується відчуття «мій – чужий», «такий як я – не такий».

- Не формується розуміння різниці між «я є» і «я повинна бути» з огляду на настанови оточуючих людей. Спостерігаються значні/непереборні труднощі при спробі зрозуміти точку зору іншого і правильно інтерпретувати реальну ситуацію з різних точок зору (в тому числі і з позиції іншої особи).

- Не формується відчуття адекватної дистанції, що дозволяє встановлювати оптимальну відстань з учасником взаємодії.

- Формування статевої самоідентифікації здійснюється зі значним запізненням або в цьому віці не формується взагалі. Окрім того, як і на більш ранніх етапах розвитку, не завжди на фотографіях впізнає своє відображення і відображення людей з близького оточення і, як правило, не виявляє до них підсиленого інтересу, як це спостерігається в дітей з типовим розвитком.

- В свідомості дитини власне ім'я дуже повільно з'єднується з особовим займенником «Я» для позначення себе самої. Не порівнює себе з іншими, байдуже ставиться (в разі наявності моментів спільної діяльності) до визначення свого місця в колі однолітків.

Старший дошкільний вік

- Науковцями не достатньо з'ясовано, як дитина з аутизмом старшого дошкільного віку ставиться до чужої і своєї зовнішності, статевої належності, власного імені, прізвища; чи пишається своїми чеснотами, чи соромиться вад; чи відчуває задоволення від виконання доступних їй завдань.

- Дитина не демонструє ті види поведінки, що свідчили б про можливість розвитку в неї соціальної зацікавленості в інших дітях, спільну увагу, спільну взаємодію. Внаслідок цього дитині важко ідентифікувати себе з іншими дітьми.

- В результаті відсутності чітких реакцій дитини на саму себе, а також уявлення про те, як вона виглядає в очах інших людей, в неї, не розвиваються оцінні уявлення про те, якою вони хочуть бачити її і як вона для цього повинна себе поводити.

- При деякому розширенні кола спілкування дитині, як правило, не вистачає інтуїтивності, тієї здатності «схоплювати» особливості ситуації і переживання інших людей, які забезпечують успішність взаємодії.

- Спостерігається не сформованість відчуття дитиною себе та інших, що значною мірою спричинене або її відчуженістю від навколишнього середовища, або відторгненням її оточуючою реальністю

ІУ-ий рівень. Особливості розвитку здатності впливати на оточуюче середовище

Вік немовляти

- Не намагається криком чи жестом привернути увагу до себе. Не вміє використати свої паралінгвістичні можливості (плач, гукання, лепет) для того, щоб за допомогою дорослого досягти простого результату (наприклад, взяти предмет для тієї чи іншої діяльності) і одержати його схвальну оцінку. Уникає зорового контакту.

- Виявляє вже в цьому віці негативізм при спонуканні до спільної ігрової діяльності. Не зберігає спрямованість гри, запропоновану дорослим, намагається будь-що наполягти на своєму. Водночас при цьому деякі діти до запропонованої гри можуть виявляти повну байдужість. Розвивається все більша відокремленість дитини від оточуючого середовища.

- -В агресивній формі виявляє бажання не підпорядковуватися вимогам дорослого.

- Не вміє і не прагне опиратися негативним впливам чи за допомогою дорослого ці впливи зменшити. Водночас не формується почуття самозбереження і самозахисту:

Ранній вік

- -Не виявляє зацікавленого інтересу до людей за межами родини, не бажає спілкуватися з окремими дітьми та дорослими, не вміє попросити про допомогу тоді, коли вона потрібна.

- Віддає перевагу (або відстоює в агресивній формі) заняття на самоті (гра з іграшками, розглядання книжки, маніпулювання предметами тощо)

- Типовими є прояви бажань, що не збігаються з намірами дорослих. Не наслідує дорослого, не прагне внести в свої дії елементи його дій.

- Не виявляє власних реакцій з приводу подій, що відбуваються, і свого ставлення до подій і людей, які її оточують.

- Не намагається обов'язково заслужити позитивну оцінку, демонструючи дорослим свої досягнення, не соромиться вчинків, не схвалених дорослими, коли їй спеціально вказують на них і соромлять її. Відсутність впливу на оточення не викликає адекватного почуття незадоволення і спроби змінити свої дії, спробувати ще раз виконати завдання

Молодший і середній дошкільний вік

- Яскраво виражена емансипація від дорослого не призводить до зміни і покращення характеру їхніх стосунків..

- Уникає брати участь в ігровій діяльності; не виявляє ініціативи, не прагне вплинути на дорослого з метою здобути в ній провідну роль, виявляє підвищену тривожність, образливість, невпевненість в собі. Не вміє і не намагається вигідно продемонструвати себе, свої вміння.

- Самостійна поведінка виглядає як одноманітний набір зовні безцільних, дивних дій. Звичайні дитячі ігри замінює монотонними механічними маніпуляціями з не ігровими предметами (ключами, коробочками, мотузками тощо).

- Деякі діти, прагнучи бути в центрі уваги, водночас залишаються байдужими в сприйнятті навколишнього світу, обмежуючись пасивним його спогляданням і мляво реагуючи на явища оточуючого середовища.

- -Не формується правильна самооцінка, що виявляється в нездатності дитини здійснити елементарний адекватний вибір іншої людини для спілкування, чи видів діяльності, а також вибір свого ставлення до різних людей..

- Не прагне орієнтуватися в людських стосунках, розуміти ставлення до себе інших людей, усвідомлювати необхідність стримування власних ситуативних бажань.

- Не прагнучи до здобуття статусу «Я – хороший», дитина може із задоволенням зосередитися на шокуючих деталях ситуації, неприємних для її близьких. При цьому дитина може розпочати провокувати негативну реакцію дорослого, а роздратування і гнів близьких можуть приносити їй задоволення.

- Труднощі мовленнєвого спілкування з дорослим (як вербального, так і невербального) ще більше гальмують розвиток впливу дитини на

інших людей. Як правило, дитина не дивиться людям в обличчя, уникає погляду прямо в очі, виглядає напруженою в присутності інших людей, якщо ті прагнуть вступити з нею в контакт. В інших випадках вона просто «не помічає» людей. Зрідка зосереджується на обличчі знайомих дорослих, в більшості випадків не відрізняє їх обличчя від обличчя інших дорослих. Разом з тим, дитина цілком може впізнавати людей. Проте впізнає їх не за обличчям, а за деякими предметами (або обстановкою), що належать цим людям і на які малюк свого часу звернув увагу.

Старший дошкільний вік

- Не порівнює себе з однолітками, не прагне наслідувати їх, не намагається об'єднатися з ними для спільної діяльності. Окрім цього, дитина недостатньо усвідомлює ставлення до себе різних дітей.
- Не розвивається інтерес до змісту й форм людських взаємин і правил поведінки в суспільстві, який допомагав би позитивно впливати на різні форми взаємодії.
- Не формується елементарна система цінностей, яка допомагала б їй правильно розуміти і відповідно будувати стосунки з дорослими і дітьми..
- Невміння переважною більшістю дітей користуватися стверджувальними і заперечними частками «так і ні» при достатній кількості в мовленні «розумних» слів; засвоєння значення займенника *він* раніше, ніж значення займенника *ти* і тим більше займенника *я*, відсутність вказівного жесту на об'єкти, що цікавлять – все це не дозволяє дитині в адекватній формі впливати на середовище, з яким вона взаємодіє.
- Недостатньо диференціює соціально схвалювану та не схвалювану поведінку, не здатна до правило доцільності, зазвичай, не визнає свою провину, не хоче поступитися власними інтересами заради спільних. Водночас в неї відсутній спонтанний пошук обміну інтересами, радістю або досягненнями в діяльності з іншими людьми.

У-ий рівень. Особливості соціальної поведінки (керованості в діях і в поведінці)

Ранній вік

- Спостерігається поведінка від переважно не керованої, «польової» (не звертають увагу на предмети, рухаються в невизначеному напрямі, не уважно зачіпають речі, часто не дивлячись на них) до поведінки більш цілеспрямованої, коли дитина менш зосереджена на відчуттях свого власного тіла або на окремих зовнішніх враженнях.

- Не вміє регулювати свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета для тієї чи іншої діяльності)
- і Не вміє здійснити намір, спрогнозувати майбутній результат потрібної їй елементарної дії, що дитину, загалом, не засмучує. Не відбувається формування вміння регулювати і оцінювати свої дії при їх виконанні для одержання схвальної оцінки від дорослого з близького оточення.

.....

Молодший і дошкільний вік

- Не засвоює правила соціальної поведінки, внаслідок чого не формуються дружні стосунки з однолітками, навіть з тими, які відповідають рівню її розвитку і до яких, за спостереженнями, вона відчуває певну прихильність.

- Відсутні уявлення про те, як вона виглядає в очах інших людей, внаслідок чого не знає, якою б хотіла бути, чим має для цього керуватися і як повинна себе поводити.

- Дорослий для дитини не стає джерелом різноманітної інформації про правила співжиття, особливості і правила поводження з різними дорослими та дітьми, якими вона повинна керуватися.

- Зі значними труднощами пристосовується до нових соціальних умов життя, слабо орієнтується в основних моральних цінностях і вимогах, не керується ними в своїх вчинках.

- Закріплюється стан постійної дифузної тривоги і невмотивованих страхів, а саме: а) надцінні страхи (страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною і сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення. Об'єкти страхів дітей з аутизмом важко виявляються, тому необхідно спостерігати за тим, біля якого предмета дитина стає напруженою, або відходить у бік, або починає розгойдуватися. Часто проявляє страх перед дорослими та однолітками, не прагне прихильності, не виявляє симпатію.

Старший дошкільний вік

- Не формується регулювання дитиною своїх дій відповідно до вказівки дорослого. Це спричиняє невміння затримати або хоча б відстрочити виконання свого бажання заради дорослого або іншої дитини чи заради іншої мети. Не формується довільна поведінка, внаслідок чого випадкові дії не поступаються місцем цілеспрямованим. Проте це не впливає на позитивну оцінку дитиною своїх дій.

- Зі значними труднощами пристосовується до нових соціальних умов життя, майже не орієнтується в основних моральних цінностях і вимогах, не керується ними в своїх вчинках, що спричиняє значні

труднощі в налагодженні контактів з однолітками. Водночас напружує все складніші життєві програми і відстоює неухильне їхнє виконання. Переконати її в чомусь, що розходиться з її програмою, практично неможливо, всі переконання лише активізують вибудовування системи агресивного захисту. Агресивно і з переконанням у правильності своєї дії демонструє негативізм стосовно спроб включити її в спільну діяльність.

- У дитячій спільноті в дитини виникають власні ритуали, свій порядок керування, який заважає встановленню стосунків суперництва, змагання, що закладені в іграх за правилами.

- Не диференціює соціально схвалювану та не схвалювану поведінку, нездатна до правилдоцільності.

- Не виявляє інтерес і бажання до спільної діяльності з дорослим, не звертається за підтримкою до батьків, не намагається радувати їх своєю поведінкою, не завжди розуміє значення покарання.

- Не прагне запобігти конфліктам з братами та сестрами, не виявляє до них співчуття, проте прагне опікуватися молодшими, захищає їх.

- Не адекватно реагує на слова, дії, вчинки різних людей, не може стримати свою емоційну імпульсивність та агресію.

- Під час контакту з оточуючими помітна підвищена вразливість. Реакцією на невдачу є, як і раніше, ізольованість від оточуючих або негативізм, прагнення залишитися в тіні, непоміченим.

- Відсутня керованість в соціально-емоційній взаємодії: порушення реакції на емоції інших людей; не відповідність поведінки дитини емоційному і соціальному контексту; слабка інтеграція соціальної і комунікативної поведінки, нездатність ініціювати або підтримати розмову.

- При вирішенні проблемної ситуації керується, в перше чергу, виключно особистими інтересами. Не вміє координувати свою діяльність з іншими, не прагне бути авторитетною в очах однолітків. У конфліктній ситуації не вміє і не намагається порозумітися.

- Здатна самотійно зайняти себе на тривалий час, однак віддає при цьому цілеспрямовану перевагу стереотипним інтересам, поведінці й активності. Стереотипна поведінка, зазвичай, супроводжується негативізмом стосовно запропонованих нових видів діяльності, а також стосовно намагання дорослого скерувати дитину на зміну старих звичок. Як правило, дитина наполягає (часто в агресивній формі) на тому, щоб мати змогу свої зусилля спрямовувати на те, щоб виконати в особливому порядку той чи інший ритуал не функціонального характеру. .

- Дитина не здатна до самовладання, не вміє придушувати потяги, її поведінка імпульсивна, їй не притаманні комплексні емоційні

переживання здорових однолітків. Майже відсутні такі складні переживання, як ревності (як прояв власності), заздрощі, любов, відчуття комічного, подив тощо. Не завжди правильно розпізнає і називає емоції, зображені на малюнках. Ще більші труднощі відчуває при необхідності розпізнати емоції і назвати їх в реальному житті за виразом обличчя людини.

- Для незначної кількості дітей цього віку характерною є часткова здатність до емоційного відгуку. Водночас переважна більшість дітей з аутизмом не володіє емоційно-комунікативними вміннями: не ініціює контакти, не відповідає на ініціативу інших, уникає обміну інформацією, не вислуховує, не бере інших до уваги, не прагне налагодити взаємодію, не дорожить взаєминами.

Завдання

1. *Схарактеризуйте рівні процесу психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини з РАС.*

2. *Розкрийте зміст і значення вікових показників і особливостей психофізичного і соціально-емоційного розвитку дітей з нейротиповим розвитком.*

❖ Знання фаз проходження соціалізації дитиною з аутизмом

Соціалізація науковцями розглядається як процес і результат взаємодії дитини і суспільства, її входження в суспільні структури шляхом вироблення соціально необхідних якостей. *Основними формами соціалізації особистості визначені інтеріоризація і соціальна адаптація. Інтеріоризація* розуміється як процес запозичення із зовнішнього середовища різноманітної інформації та її засвоєння в якості знань, умінь, норм, зразків поведінки, цінностей. При цьому процес ресоціалізації особистості розглядається як примусова інтеріоризація у дорослому житті. Під *адаптацією* розуміється, по-перше, стан, в якому потреби дитини, з однієї сторони, і вимоги середовища, з іншої, повністю задовольняються, тобто досягається стан гармонії між дитиною і соціальним середовищем, і по-друге, як процес, завдяки якому цей гармонійний стан досягається (Г. Айзенк).

З часом сподівання, які пред'являються до соціалізації дитини стають все складнішими. Маля захищають від усіх небезпек, задовольняють всі його потреби, опікуються ним. До дошкільника пред'являють складніші вимоги, оскільки передбачається, що він має перейти від стану повної залежності до незалежності та прийняття відповідальності за благополуччя інших. Підкреслюється, що адаптованість – це гнучкість і ефективність дитини при зустрічі з новими потенційно небезпечними умовами, а також здатність надавати подіям бажаної для себе спрямованості. *У цьому смислі адаптація*

означає, що дитина успішно користується умовами, що створилися, для здійснення своїх цілей і намірів. Т.Шибутані проводить ідею про необхідність розрізнення і формування ситуативної адаптації і загальної адаптації до типових проблемних ситуацій.

Адаптація (як узгодження самооцінок і прагнень малюка з його можливостями і реальністю соціального середовища) для дитини з аутизмом є надзвичайно складною проблемою. Адже у переважній більшості з них засвоєння правил середовища, «уподібнення» середовищу, «перетворення» середовища і т.п. є практично неможливим. Тому в даному випадку адаптацію у цьому контексті можна розглядати як механізм соціалізації (П.Сорокін). У цьому контексті важливим є положення про те, що соціальна адаптація охоплює біологічну, психічну і соціальну сфери буття людини (П.Карако), а, отже, пошуки шляхів забезпечення соціалізації дитини з аутизмом повинні йти у плані розгляду кожної із зазначених складових.

Поряд з цим необхідна як повна перебудова вимог і очікувань суспільства стосовно цієї категорії дітей, так і пошуки умов полегшення засвоєння аутичною дитиною знань, навичок і норм суспільного життя, оскільки оволодіння саме ними сприятиме процесу соціалізації. Цей процес певним чином забезпечить переборення дитиною проблемних ситуацій, а, отже, її адаптацію до зміни умов оточуючого середовища.

При цьому набутий соціальний досвід дитиною використовуватиметься не тільки репродуктивно, але й, можливо, за допомогою вже нових способів поведінки і вирішення проблем. Для цього, в першу чергу, у дітей з аутизмом необхідно сформувані ті риси особистості, які б пом'якшували перепони на шляху їхньої соціалізації. Так, для здійснення різних типів взаємодії (батьки, педагоги, однокласники тощо) дитина має *оволодіти специфічними соціальними знаннями, які набуваються лише в процесі соціалізації в різних соціальних групах і в процесі виконання певних соціальних ролей.*

Спілкування і соціалізація – два взаємопов'язаних процеси, які в дітей з аутизмом є надзвичайно ушкодженими. А в силу того, що у них в різному ступені несформовані відповідні уміння і навички, у переважній своїй більшості вони не здатні нормально спілкуватися майже з усіма категоріями людей і зустріч з ними для таких дітей є суцільною і постійною проблемою

Недостатність знань, брак досвіду, проникливості, помилкове наділення членів тієї чи іншої групи непритаманними їм рисами, недооцінка чи переоцінка цих людей (і взагалі, яким чином у дітей з аутизмом здійснюється, якщо здійснюється, ця оцінка?), не сприйняття того чи іншого виду діяльності – все це в умовах довготривалої

адаптації (наприклад, до навчального виду діяльності) не може не призвести до додаткових змін особистісних характеристик аутиста. Крім того, відсутність або недостатність цілеспрямованого оволодіння прийомами взаємодії дитини в умовах діяльності, її змістом зумовлюють те, що процес адаптації проходить спонтанно, стихійно, спричиняючи появу негативних (для організму і внутрішнього світу дитини) новоутворень, які ще більше ускладнюють її подальшу соціалізацію.

В аутологічній літературі на сьогодні недостатньо даних про особливості процесів інтеріоризації та адаптації у дітей з аутизмом. Однак саме знання причин і механізмів труднощів формування цих процесів сприятимуть розробці адекватних шляхів становлення і розвитку їхньої спільної діяльності. Роль соціалізації у формуванні особистості аутичної дитини важко переоцінити, оскільки соціалізація, по-суті, єдиний шлях формування і розвитку їх особистості, адаптованості до тих чи інших суспільних або внутрішньогрупових умов.

Отже, при розробці програми і методик соціалізації дітей з аутизмом важливо враховувати те, що соціалізація як феномен має декілька форм, які практично існують одночасно й утворюють органічну взаємодію.

Початкова форма **соціалізації** включає в себе соціологуючий вплив суспільства, який відчувається людиною на протязі всього життя. Соціологізація, своєю чергою, включає дві фази. Перша – **інтеріоризація**, тобто процес знайомства із чимось запропонованим (у широкому сенсі – з культурним досвідом) для вибіркового запам'ятовування, засвоювання і для емоційного переживання і осмислення. Другою фазою є **адаптація**, тобто процес перетворення і перебудови запропонованого для застосування з власною метою. Основною метою при цьому є можливість влитися в ту чи іншу групу людей.

Формуючи процес соціалізації особистості дитини з аутизмом, важливо враховувати те, що цей процес здійснюється у соціальній взаємодії таких типів, як «індивід-індивід», «індивід-група», «індивід-суспільство». Крім того, важливо також зважати на кількість взаємодіючих індивідів: між двома індивідами (мати-дитина, дитина-педагог, двоє однолітків, з яких один може бути як аутичною, так і дитиною з типовим розвитком); між трьома особами (мати-батько-дитина; педагог-однокласник-дитина); між дитиною з аутизмом і чотирма, п'ятьма і більше індивідами. Тому **важливо при цьому визначити, який тип взаємодії є найбільш комфортним для соціалізації конкретної дитини з аутизмом.**

Процес соціалізації особистості включає в себе також дезадаптивні та змішані комплекси дій і процесів, завдяки чому одна і та ж дитина виявляється адаптованою в одній групі осіб і дезадаптованою в іншій. Цей факт також необхідно враховувати при організації процесу соціалізації аутичної дитини, адже відомо, що *міжособистісне спілкування аутичної дитини, як правило, носить конфліктний характер*. У конфлікті як різновиду суперництва (на відміну від того, коли адаптаційний процес носить характер співробітництва), а кожна зі сторін (а не тільки аутична дитина) прагне до того, щоб мета опонента не була досягнута. *Це, можливо (а не тільки страхи), стає джерелом агресивної поведінки аутиста*.

Зрозуміло, що і співробітництво, і суперництво, перш за все, характеризується пізнавальними процесами, адже дитина постійно сприймає і так або інакше інтерпретує ті чи інші правила поведінки. Разом з тим, в процесі адаптації значну роль відіграє можливість переорієнтації особистості. Тому не менш важливим є відпрацювання у дитини з аутизмом таких оцінок і такого розуміння ситуації, які б у подальшому її житті не суперечили цінностям і ціннісним орієнтаціям нової групи осіб, з якою дитина, можливо, повинна буде спілкуватися і співпрацювати.

Як свідчить викладене, *засвоєння знань, навичок і норм поведінки (фаза інтеріоризації) має також адаптаційне значення, а, отже, інтеріоризація й адаптація в реальному житті тісно взаємопов'язані і не можуть існувати одна без одної*. Розмежування їх необхідне для глибшого розуміння процесу соціалізації дитини з аутизмом з метою розробки і впровадження спеціальних методик.

❖ **Урахування напрямів вирішення проблеми психічної норми і відхилення від норми**

Поняття «відхилення в розвитку» переважно розглядається тільки як відхилення від (або відносно) чогось. Використання цього визначення в такій площині, на думку вчених, потребує внесення постійних змін (у часі) в стан розвитку дитини та в оцінку цих змін у порівнянні з нормативним ходом розвитку малюка. Зазвичай поняття «норма», «нормативний розвиток» переважною більшістю науковців розглядаються як набір статистично визначених кількісних показників, що характеризують певний «зріз» психічного розвитку дитини в конкретний момент часу (вік дитини).

Якісна зміна структури всієї психічної діяльності дитини, ієрархія вищих психічних функцій оцінюються як такі, що змінюються виключно на межі вікових періодів (вікових криз), визначених ще в роботах Л.С.Виготського, А.Б. Ельконіна та інших дослідників. Звідси

формулюється положення про сталість новоутворень, які, виникаючи в критичні моменти (вікові кризи), виявляються практично «незмінними» в міжкризові періоди. На практиці такий стан речей визначає ізолювану, як правило в межах однієї функції, кількісну оцінку її в порівнянні зі статистичними кількісними показниками, отриманими для цієї психічної функції для конкретного віку. **Нормативним розвитком** в даному випадку вважається ситуація, коли кількісні оцінки функції (в кращому випадку декількох функцій) не виходять за межі статистично отриманих відхилень, характерних для даного віку.

Таке поняття «норми», на думку фахівців, значною мірою заперечує як оцінку динаміки окремих психічних функцій і всієї структури психічного розвитку в цілому, так і **нехтування гетерохронності розвитку**, тобто різночасового формування функцій (випередження у формуванні одних функцій іншими), найтіснішої взаємообумовленості всіх систем і психічних утворень в процесі розвитку. Крім цього, подібний статичний «зрізовий» підхід не дає достатньої можливості оцінити адаптивність і компенсаторність самого психічного онтогенезу в умовах ендо- і екзогенних впливів, включаючи соціальні фактори, особливо системи виховання та навчання.

Визначення ступеня відповідності стану розвитку дитини віковій нормі – проблема складна, відповідальна і неоднозначна, у зв'язку з чим це поняття значною мірою розглядається в різних значеннях. Вважається, що для чіткішого визначення змісту поняття «нормативний розвиток» продуктивним є використання поняття «ідеальна програма розвитку», або «програма розвитку».

У даному випадку мається на увазі своєчасне поступове формування взаємопов'язаних функцій та їхніх систем в умовах (згідно культурно-історичної теорії Л.С. Виготського) обумовленості внутрішніми (генетичними) законами і впливом зовнішніх факторів, в які включається притаманне розвитку дитини привласнення людського досвіду. Необхідною умовою для розгортання такої програми є **нейробіологічна готовність** до послідовного формування мозкової організації психічних процесів.

Таким чином, психічний онтогенез дитини може бути представлений як послідовний континуум (неперервність) взаємозалежних між собою вищих психічних функцій (в тому числі їх базових складових), «що розгортаються» і змінюються в часі. Природно, подібна «ідеальна» модель може існувати виключно тільки як програма розвитку «ідеальної» дитини в «ідеальних» умовах.

У той же час кожен конкретний випадок має індивідуальні відмінності онтогенезу як окремих психічних функцій, так і всієї системи ВПФ в цілому. Крім того, такий підхід не заперечує і не ігнорує

важливість для дитини впливу навколишнього соціуму, зокрема **дорослого, як одного з найважливіших джерел прижиттєвого формування і становлення нових психічних функцій і якостей дитини.**

Визначенню змісту терміну «відхилення в розвитку» має передувати аналіз ще одного базового поняття – **«соціально-психологічний норматив»**, який визначається як система вимог, що суспільство пред'являє до психічного й особистісного розвитку дитини і яким для успішного функціонування в конкретному суспільстві вона повинна відповідати.

«Умовно нормативний розвиток» – це об'єднання показників будь-яких змін (девіації) «програми розвитку» і «соціально-психологічного нормативу». Тобто, - це об'єднання зміни програми розвитку однієї або одночасно декількох психічних функцій дитини, але в межах параметрів соціально-психологічного нормативу.

Умовно нормативний розвиток визначається чинним в конкретному місці і часі соціально-психологічним нормативом, означеним, своєю чергою, освітньою, соціокультурною, етнічною і т.п. ситуаціями. У той же час будь-яка зміна тієї ж психічної функції, групи функцій або всієї системи ВПФ, що виходить за межі умовно нормативного розвитку, можна оцінити як **«відхилення в розвитку»**.

Отже, поняття **«відхилення в розвитку»** означає **будь-яке викривлення окремої функції або системи психічних функцій в порівнянні з «програмою розвитку» незалежно від знаку цієї зміни («+» або «-»), випередження або запізнення**. Тобто, стан розвитку дитини виходить за межі соціально-психологічного нормативу, визначеного для даної освітньої, соціокультурної або етнічної ситуації і даного віку дитини. Дитина, що демонструє подібні феномени, має бути віднесена до категорії дітей з відхиленням у розвитку.

У понятті «відхилення в розвитку» виділяють дві складові: **біологічну** (стверджує пріоритет матеріальних основ відхилення в розвитку) і **соціально-психологічну** (в основі розладу не хвороба як така, а особистість дитини, її взаємини з середовищем). Тому **мета аутологічного втручання – не просто здійснити корекцію розвитку, а створити умови для адаптації дитини з аутизмом в соціальному середовищі.**

Біологічна складова включає **ендогенний – екзогенний** фактор. Ендогенні хвороби обумовлені спадковими і конституціональними факторами – тобто, «внутрішній» фактор, а екзогенні – «зовнішні» фактори (травми, інтоксикації, інфекції). При ендогенних психічних

захворюваннях зовнішня безпосередня причина відсутня або вона слугує лише пусковим поштовхом, що виявляє існуючу схильність. *Психогенний* – термін, що використовується як вказівка на те, що в етіології (або патогенезі) хворобливого стану важливу роль відіграють психічні фактори. *Реактивний* – вторинний фактор по відношенню до певної події, що виникла як наслідок цієї події або спровокована нею.

Говорити про соціальну нішу, яку займають особи з аутизмом, важко через значні відмінності в рівні їхнього інтелектуального і мовленнєвого розвитку. Відомі випадки, коли аутисти професійно і успішно займаються наукою (Т.Грандін, США – професор біології), літературою (Д.Уільямс, Австралія – письменник), суспільною діяльністю (І.Юхансон, Швеція) та ін. Проте частіше вони оволодівають професіями, що не потребують спілкування з іншими людьми (садівника, поштаря, налагоджувальника музичних інструментів і т.д.). Визначено, що спільним позитивним для аутичних осіб є те, що, коли аутична дитина навчена чомусь, то в силу свого нахилу до стереотипів і в міру своїх інтелектуальних можливостей вона буде працювати так, як її навчили, хоча це не виключає і творчого підходу до справи. У тих випадках, коли аутичну дитину правильно виховують і вчать, то суспільство одержує відповідальну за свою роботу людину, якою б ця робота не була – від фізика-теоретика до двірника.



Запитання і завдання

- 1. У чому ви вбачаєте практичну актуальність постановки?*
- 2. У чому суть кожного підходу до проблеми психічної норми і які його обмеження? Чому автори виходять за межі психології та медицини в галузь філософії?*
- 3. Психічна «норма» і «психічне здоров'я» - це одне і теж? Обґрунтуйте відповідь.*
- 4. На вашу думку, які психологічні механізми забезпечують психічне здоров'я дитини?*
- 5. У суспільстві і в медицині не існує єдиного уявлення про психічну хворобу та заходи з надання допомоги особам з психічними розладами. Як ви думаєте, чому?*
- 6. У чому суть сучасних уявлень про причини виникнення соціально-емоційних розладів?*
- 7. Що означає термін «реактивне відхилення»?*

Література

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М., 1988. С. 6-61.
2. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова І.І. Основы клинической психологии. - Ростов н/Д, 2003. С. 37-51, С. 59-68.

3. Психиатрія. Психосоматика. Психотерапія. /Редак.: К.П. Кискер і др. - М., 1999. С. 19-43.

4. Максименко С., Коваль І. та ін. Медична психологія /За наук. ред. С. Максименка. підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2008. – 529 с.

враховувати

8.3. **Обізнаність з основними діагностичними і психокорекційними технологіями для дітей з РАС (короткий огляд міжнародного досвіду)**¹⁰

Досягнення якісної обробки інформації, осмислення та інтерпретації отриманих результатів і формулювання висновку, а також планування аутологічної роботи значною мірою забезпечується ступенем обізнаності аутологів з напрямками підсилення корекції і психокорекційних технологій, розроблених саме для дітей з

Система допомоги особам з аутизмом в Україні лише почала формуватися, чим започатковується виконання державою обов'язків по реалізації конституційного права своїх аутичних громадян на освіту, адекватну їхнім можливостям. Оскільки, як свідчить аналіз спеціальної літератури, методи для лікування аутизму розроблені недостатньо, тому на сьогодні цим дітям важливо надавати реабілітаційну і корекційну допомогу. У цьому зв'язку актуальною є обізнаність спеціалістів про шляхи методичного забезпечення процесу діагностичного процесу і корекційного навчання цієї категорії дітей у різних країнах світу.

В США, Японії і країнах Західної Європи в методичному плані підходи до корекції аутизму надзвичайно різноманітні, про що свідчить довідник Національного аутистичного товариства Великобританії «Підходи до корекції аутизму» (1995), який включає більше 70 пунктів. Проте в першу чергу, як вважають фахівці, практичне значення серед них мають оперантне навчання (на основі біхевіоріальної психології) і програма ТЕАССН. Обидві методики розроблено в США. У Великобританії в 90-ті роки ХХ ст. проведено дворічне дослідження з метою оцінки результатів ефективності різних методів раннього спеціалізованого втручання в життя аутичної дитини. Кожна з методик, що аналізувалася, оцінювалася з точки зору того, чи сприяло її використання тому, щоб полегшити дитині з аутизмом (в силу її специфічних особливостей) оволодіння тією чи іншою діяльністю. В результаті **спеціалістам-практикам рекомендовано декілька чітко спланованих методик впливу на аутичну дитину**, а саме: утримуючу (холдінг) терапію («підсилене торкання»), оперантне навчання

¹⁰ Додатковий виклад змісту основних зарубіжних методик див. у Модулі ІУ цього ж підручника.

(поведінкова терапія), групова терапія, метод вибору, евритмія, ТЕАССН–програма. Коротко охарактеризуємо названі методики.

❖ **Оперантне навчання** (поведінкова терапія) розповсюджене в США, Норвегії, Південній Кореї, в деяких арабських країнах та у Німеччині. Методика передбачає створення зовнішніх умов, які сприяють індивідуальному формуванню бажаної (заданої) поведінки в різноманітних аспектах (соціально-побутовий розвиток, оволодіння навчальними предметами, виробничими навичками, мовленнєвий розвиток). Індивідуальна система навчання для кожної дитини складається таким чином, що будь-який позитивний прояв нагороджується (підсилюється), а негативний – або ігнорується, або карається. У даному разі послідовники біхевіориського підходу розглядають аутизм як сукупність проблем, причиною виникнення якої називають порушення ВНД, що не дозволяють проводити навчання дитини в умовах звичного оточуючого середовища, оскільки у такої дитини сформована особлива поведінка – «недосконала» (O.L.Lovaas, 1977). Під недосконалою поведінкою мається на увазі наявність агресивних реакцій, спрямованих на себе та інших, спалахів гніву, стереотипних дій, що спричиняють шкоду дитині та іншим. Автори підкреслюють важливість процедури конструювання поведінки у тій частині програми, яка веде до позитивних зрушень у поведінці дитини. Підкреслюється, що спеціалістів, які повинні проводити в життя цю програму, необхідно ретельно готувати з метою оволодіння ними прийомами формування наслідування у поведінці дитини, розвитку її абстрактного мислення і мовлення. **Ядром даного методу є імітація: на ранніх етапах в основному невербальна, на пізніших – невербальна і вербальна.** Тонкість імітаційної підготовки полягає в навчанні мистецтву спостерігати: «діти вчаться вчитися спостерігати за тим, як вчаться інші діти» (Л.М.Шипіцина). Відпрацьовані навички відшліфовуються вдома ще до того, як дитина братиме участь у колективній діяльності. Таким чином, навички відпрацьованої поведінки зі звичних домашніх умов переносяться в середовище дитсадка чи школи. **Відповідно до програми діти повинні вчитися 40 годин на тиждень у групі, яка складається з декількох спеціалістів і одного з батьків і в яку час від часу включають однолітка дитини.**

Разом з тим необхідно враховувати, що критики біхевіориської програми вважають її застосування найбільш ефективним у виробленні контрольованих імітаційних дій на елементарному рівні, проте вона (програма) є менш придатною для формування у дитини варіативної самостійної поведінки. Вважається, що ця програма також продуктивна в тренуванні вміння точного копіювання мовленнєвих патернів, необхідних у повсякденних ситуаціях, але не придатна для формування

здібності до спонтанного вільного діалогу. З урахуванням критичних зауважень *біхевіористи суттєво збільшили в програмі строки навчання та інтенсивність впливів на дитину і підсилили складність і глибину змісту своїх занять*. Особливо це стосується заключних корекційних заходів, в які включено навчання дітей прийомам відчувати, турбуватися про інших, формування емпатії, спонтанності, фантазії. Встановлено, що у деяких здібніших дітей застосування удосконаленої методики сприяло досягненню такого високого рівня розвитку, що деякі з них за проявами поведінки не відрізнялися від нормально розвинутих однолітків. Проте навіть після внесення в програму відповідних коректив все ж вважається, що одержані в ході навчання навички у більшості дітей з труднощами переносяться в інші умови, носять ригідний, часто механічний, «роботоподібний» характер, а бажаний рівень гнучкої адаптації до життя у суспільстві, як правило, не досягається, а якщо це й відбувається, то не стільки завдяки, а в значній мірі всупереч використаному методу.

Модель оперантного зумовлення, за Б.Скінером (*B.Skinner*), *орієнтованій на наукованість*, успішно застосовують аутологи для психологічного моделювання нової поведінки дитини з аутизмом. Б.Скінера, між іншим, вважають найбільш скандальним ученим в галузі психології через те, що він дотримувався крайньої біхевіористської позиції. У відповідності до неї «суб'єктивні сутності», такі як розум, мислення, пам'ять, аргументація, не існують зовсім, а є лише «вербальними конструктами», граматичними



пастками, в які людська раса потрапила у процесі становлення і розвитку мовлення. Б.Скінер, не сумніваючись у правильності своєї позиції, головним чином відшукував детермінацію поведінки, тобто, вирішував, яким чином вона створюється зовнішніми причинами. Деталі його теорії виходили з таких принципів, як, зокрема, вивчення особливостей обставин, що спричиняють поведінку або припиняють її. На думку Б. Скінера, для цього необхідно *знати зовнішні причини поведінки та її результати, які можна спостерігати і якими надалі цілеспрямовано керувати*.

Б.Скінер доводив, що оперантна техніка (від початку застосовувалася ним для навчання голуба новій моделі поведінки) може бути достатньою і більш ефективною для розвитку і навчання дитини, ніж традиційні методи. Він вважав, що *складні дії можна розчленувати на прості кроки в логічній послідовності і, своєчасно застосовуючи прийом заохочення, формувати нову модель поведінки*

дитини. Тому аутолог, здійснюючи педагогічне спостереження за дитиною, одночасно зможе зробити висновок про можливість (чи не можливість) застосування в подальшій роботі з нею так званих *оперантних технік*. Результат цього підходу відомий як «програмована інструкція», тобто *покрокове визначення* того, що має робити дитина. При цьому в центрі уваги при оцінюванні поведінки на етапі діагностики залишається *спостереження і виявлення особливостей дій дитини в умовах природного навколишнього середовища*.

На сьогодні вважається, що за допомогою функціонального аналізу техніки поведінкового оцінювання можуть виявитися дуже вагомими при визначенні психологічних проблем дитини з аутизмом. Такий аналіз допомагає виявити:

- *прецеденти* проблемної поведінки дитини (події, що передують виникненню проблемної поведінки);
- *наслідки* проблемної поведінки, які можуть відігравати роль підкріплюючих сил (фактори підкріплення такої поведінки);
- *взаємозв'язки* між прецедентами і наслідками. Виявлення та ідентифікація патернів (зразків, шаблонів) проблемної поведінки сприятиме ефективному вибору стратегій наступних аутологічних втручань, спрямованих на управління поведінкою дитини з аутизмом та її контроль. І нарешті, методи поведінкової оцінки надають фахівцям безцінну інформацію, що стосуватиметься подальшого вибору ефективних форм аутологічного втручання.

❖ Надзвичайно оригінальною є **ТЕАССН-програма**, створена на основі результатів дослідницьких проектів Еріка Шоплера у співпраці з університетом, об'єднанням батьків і державними установами. Програма визнана в декількох штатах США державною і широко розповсюджена у багатьох країнах Європи, Азії та Африки. При деякій схожості окремих методичних рис ТЕАССН-програми і оперантного навчання між ними існують відмінності концептуального порядку. Ретельне вивчення особливостей психіки аутичних дітей дало підставу багатьом зарубіжним авторам зробити висновок, що *при аутизмі мислення, сприймання і психіка в цілому організовані зовсім інакше, ніж у нормі: сприймання носить в основному суцесивний характер, діти не засвоюють або засвоюють з великими труднощами симульовані організовані процеси, у них особливий характер мислення*. Ці особливості психіки утруднюють, а у важких випадках роблять неможливою адаптацію дітей до оточуючого світу. Тому, на думку прихильників ТЕАССН-програми, необхідно *спрямовувати зусилля не на адаптацію дитини до світу, а на створення умов навчання і розвитку*, які б відповідали особливостям сформованості у них

сукцесивно-симультанних структур. Значні зусилля спрямовуються на розвиток невербальних форм комунікації. Навчання мовленню вважається доцільним тільки при IQ>50 і не розглядається як обов'язкове, так само як і виховання навчальних і професійних навичок. **В основі всієї програми – чітке структурування простору і часу з опорою на візуалізацію.**

Критиками ТЕАССН-програми визнається, що її застосування дозволяє швидко досягнути позитивних стійких змін в роботі навіть з дуже важкими випадками аутизму. Однак зазначається, що ця програма не забезпечує достатньо високого рівня адаптації дитини до реального життя. Тому мета – добитися можливості жити «незалежно і самостійно» хоч і досягається, але в обмежених або штучно створених умовах. При використанні цієї методики ідеальним вважається розвиток і навчання дитини в домашніх умовах, оскільки саме сім'я – природне середовище існування для аутичної дитини.

❖ Крім оперантної терапії і програми ТЕАССН на Заході плідно застосовується **холдінг-терапія** (М.Уелш, 1983), або терапія утримування, форсована терапія. Холдінг-терапія як метод ввійшла в рамки теоретичних досліджень в галузі етології (науки про поведінку організмів у середовищі, в тому числі і про поведінку людини). Цей метод полягає у спробі форсованого, майже насильницького утворення фізичного зв'язку між матір'ю і дитиною, оскільки **відсутність такого зв'язку прихильниками цього методу вважається центральним порушенням при аутизмі.** Інші аспекти прояву аутизму (глобальний дефіцит спілкування та ін.) або ігноруються, або їхнє значення знижується. Призначення холдінг-терапії – пробитися через несприйняття дитиною матері і розвинути в ній відчуття і звичку відчувати себе комфортно. Цей підхід включає в себе значну роботу по приучуванню дитини до контакту з підсиленням включенням тактильних відчуттів до того моменту, поки вона не відчує приємність такого спілкування, не дивлячись на своє початкове несприйняття.

Спеціалісти рекомендують матерям під час тактильного контакту з дитиною говорити їй про свої почуття, включаючи навіть прояви гніву на її опір. Вони запевняють, що аутична дитина здатна розуміти почуття і мовлення матері, хоча її емоційні особливості є перепорою процесу сприйняття материнської ласки. У перші місяці роботи ці вправи для дитини є дуже неприємними, тому важливо усунути дитячий опір, що вважається критичним періодом подальшої ефективності запроваджуваної терапії.

Автори методу вважають, що **для відчуття комфортного стану, дитина повинна спочатку відчувати дискомфорт** (вплив на дитину такими стимулами, які для неї є надчутливими: довгий поцілунок, шепіт

у вухо і т.п.). Заняття вважаються закінченими лише після того, як дитина пройшла через етап виснаження і підкорення, і для неї створені комфортні умови спокою або спокійної нетривалої гри. Таке заняття повинно продовжуватися не менше години, а іноді й набагато більше. Саме спільний досвід матері і дитини формує почуття взаємної прихильності і, як результат, закріплює корекційний вплив на аутизм.

Критики холдінг-терапії стверджують, що поки що не існує достовірних позитивних результатів застосування методу з ретельним обстеженням дитини до і після терапії. Однак, не дивлячись на це, існує спільна думка науковців про ефективність холдінг-терапії у тій її частині, коли вводиться компонент, який зумисне викликає у дитини відразу і стрес. **Після фізичного виснаження дитини, коли неприємна стимуляція закінчується і її стереотипну поведінку побороно, тоді на перший план виступає активна увага дитини і починають діяти процеси, що покращують її стан.** Потому мати (або батько) починає сприйматися дитиною як позитивний стимул, оскільки асоціюється з припиненням факторів, що турбують, завдяки чому дитина стає відкритішою для встановлення соціальних контактів і взаємодії з дорослим.

❖ Основною ідеєю **групової терапії** (Kitahara, 80-ті роки ХХ ст.) є спільне навчання аутичних дітей з нормально розвинутими дітьми, забезпечення відповідності аутичної дитини груповій нормі і досягнення імітації дітьми відпрацьованої моделі поведінки. Головним принципом групової терапії за програмою «Ритм життя» визначено **формування у дитини, так званого, ритму життя (методом злиття з груповими процесами), основна частина якого повинна відчуватися дитиною фізично.** У даному разі маємо зразок злиття східної філософії, пов'язаної з прихованими взаємостосунками між інтелектом, тілом і душею, і принципами японської педагогіки, яка базується на груповому навчанні у більшій мірі, ніж на індивідуальному. Тобто ця практика розходиться з традиційними провідними принципами навчання аутичних дітей, які, навпаки, спрямовані на розробку індивідуальних програм для їхнього адекватного розвитку. **Метою групової терапії є стабілізація дитячої емоційної сфери, яка знаходиться в ослабленому стані.** Процес стабілізації передбачає підтримку дитини ритмом групи, яка приймає його як собі подібного. Особливого значення при цьому надається спільним фізичним вправам, які покращують фізичний розвиток дитини, сприяють формуванню у неї навичок самообслуговування і через високо структуровані та імітаційні повтори різного роду шаблонів певною мірою забезпечують інтелектуальний розвиток. Для цього дітям достатньо довго роз'яснюють непотрібність здійснювати індивідуальні спонтанні дії і

необхідність повернутися «в ряд» часто доводять силовими методами. Так, наприклад, коли дитина кидає шматок хліба на підлогу і йде з кімнати, педагог відразу ж дає їй інший шматок хліба і повертає за стіл до дітей. Коли дитина починає бити себе по обличчю, дорослий миттєво, силовим методом повертає руки дитини у те положення, в якому знаходяться руки у всіх дітей групи. Таким чином, **будь-які прояви деструктивної поведінки аутичної дитини розчиняються в груповому процесі.**

Застосування групової терапії передбачає проведення ретельного обстеження дітей, результати якого, проте, не трансформуються в індивідуальні програми для кожної дитини. Якщо, наприклад, у дитини відсутнє мовлення, то не планується ні його розвиток чи навіть навчання жестового мовлення, а дитину просто інтегрують в групу дітей, які декламують або співають і пропонують видавати хоч би приблизні звуки. Дитина повинна сидіти тихо і слухати словесні пояснення, навіть коли вона їх не осмислює і не розуміє. Шкільний процес навчання також ґрунтується на механічному запам'ятовуванні та на імітаційній діяльності (наприклад, кожний місяць заучується нова пісня, яка повторюється на протязі кожного дня по декілька разів). Крім того, проводиться промовляння (у вигляді декламації) великої кількості подій і фактів. У зв'язку з тим, що **прогнозування групової поведінки розписано щохвилино, аутичні діти дуже швидко інтегрують в динаміку групової активності.** Здатність дитини до самоконтролю виникає під дією притаманного групі патерну одноманітності, завдяки високому рівню прогнозування групової поведінки і внаслідок допомоги дорослих.

Експертна оцінка ефективності програми «Ритм життя» показала, що найбільшим її здобутком є контроль стереотипних і деструктивних дій, а також розвиток навичок самообслуговування. Як тільки у дітей сформується заданий «життєвий ритм», відразу нормалізуються їхні патерни сну, прийому їжі та гігієнічних навичок. Разом з тим встановлено, що хоча групове навчання теоретично повинно забезпечувати процес спілкування і соціальної взаємодії між дітьми, на практиці у цьому відношенні ця програма досягає менших успіхів, ніж традиційні шкільні методи. Тому зроблено висновок про те, що нормалізація поведінки на базі імітаційних принципів не забезпечує справжнього наслідування, оскільки воно (наслідування) не може успішно здійснюватися без індивідуального врахування особливостей розвитку особистості дитини та її можливостей.

Проте експертами наголошується на тому, що не потрібно недооцінювати важливість даної програми для здійснення заспокійливих дій стосовно збуджених дітей та дітей з деструктивною поведінкою. Зазначалося, що, без сумніву, **в даній програмі особливо**

сильна та її частина, зміст якої стосується фізичного розвитку дітей і використання якої (у сукупності з індивідуалізацією підходів до соціального й інтелектуального розвитку дітей) сприятиме позитивним зрушенням в навчанні аутичної дитини.

❖ Метод вибору передбачає роботу з аутичною дитиною один на один на протязі всього дня (A.S.Kaufman, 1950) і витікає з довготривалого досвіду батьків по навчанню і соціальній реабілітації своїх власних дітей з аутизмом, які мають дуже високий рівень інтелекту. Метод вибору не передбачає дотримування жодної з теорій виникнення аутизму, він лише припускає наявність того, що комунікативні і когнітивні утруднення можуть бути біологічно зумовлені, а також те, що мозок дитини має здатність відновлювати свої функції до нормального стану при створенні відповідних умов. **Метод вибору складається з двох частин:** 1) зміна точки зору батьків і педагогів на дитину, 2) вплив цього нового ставлення до дитини на поведінку батьків і педагогів таким чином, що сама дитина також починає змінюватися.

Зміна ставлення батьків, перш за все, полягає у виборі, який вони для себе роблять: або це стан щастя, або стан горя і розчарування від того, що у них така дитина. Батьки мають вирішити – однозначно прийняти свою дитину такою, як вона є і любити її незалежно від будь-яких змін, що можуть з нею відбутися. Дитина розглядається як суб'єкт, який намагається через муки, стереотипну поведінку і соціальну нездатність все ж освоїти (наскільки це можливо) світ, який її не розуміє. Через це **дитині необхідний досвід повного прийняття її такою, як вона є, а не її підкорення вимогам інших людей.** Успіх досягається при індивідуальній роботі з дитиною, а саме: граючись з дитиною, приймаючи все, щоб вона не зробила, виявляючи ентузіазм у будь-якій, вибраній нею, діяльності, по-справжньому приєднуючись до неї, навіть імітуючи її стереотипні дії. При цьому абсолютний ентузіазм дорослих з приводу того, що робить дитина, має бути яскраво вираженим до ступеня крайнього перебільшення для того, щоб у дитини не виникло й тіні підозри в тому, що батьки і вчителі її по-справжньому люблять і що всі люди, які її оточують, щасливі від того, що вона така, як є. На практиці, звичайно, зустрічаються суттєві відмінності між тим, що батьки імітують, щиро підтримуючи будь-яку діяльність дитини, і тим, що вони відчують і думають.

Найважливішим у цій методиці є те, що **дитина повинна бути повністю ізольованою від усіх і на протязі декількох років перебувати в кімнаті з одностороннім дзеркалом** (для можливості спостерігати за нею) і з вікном, яке пропускає світло, але не дає можливості споглядати оточуючий світ.

Експертиза результатів застосування методу вибору показала **позитивні зміни в стані батьків, які повністю змінюють своє ставлення до такої складної ситуації** й аутична дитина суб'єктивно стає для них менш нестерпною, ніж раніше. При цьому, однак, зазначається, що ентузіазм дорослих є занадто інтенсивним подразником для стану аутичної дитини і може спричиняти блокування соціальних сигналів, важливих для неї. Також визнається, що прагнення батьків «бути щасливими» може здійснювати пригноблючу дію, навіть не дивлячись на те, що дитина є центром довготривалого впливу. Крім того, деякі дослідники висловлюють сумнів в доцільності цього методу з точки зору етики і здоров'я дитини. Проте А.С.Кaufman вважає, що це єдиний шлях надати дитині можливість абсолютного самоконтролю на протязі тривалого часу.

❖ **Метод комунікативної терапії, підкріпленої музикою, найбільше контрастує з методикою вибору, оскільки на її основі у дитини з аутизмом активно формується емпатія, яка передбачає функціональне використання будь-якого типу немовленнєвого спілкування.** Цей вид терапії відрізняється від традиційної музикотерапії тим, що основна мета музичного впливу полягає у створенні стосунків між музикою і дитиною, а за даним методом – між дитиною і значущою для неї людиною (батьками, педагогами), з якою вона проводить весь свій час.

Метою застосування даного методу є **створення патерну діалогічного спілкування для подальшого мовленнєвого розвитку.** При цьому музика стає помічником, оскільки вона є гнучкішою, ніж мовлення особливо у поєднанні з рухами тіла, включаючи біг, стрибки, контакт очей, зорове зосередження на одних і тих самих об'єктах (шарф, розміщений між дитиною і дорослим, повітряна кулька і т.д.). З часом дорослий починає позначати співом всі дії дитини, надаючи словам схвальний відтінок, значущість і силу. **За допомогою музики імітуються різноманітні голосові і дихальні звуки, дається просодична і лексична структура фрази, формується база взаємних доторкань, поглядів, шепітного мовлення.** На основі цього досвіду, який є аналогом активного мовлення, за допомогою музичної комунікативної терапії до дитини намагаються донести практичне розуміння того, що і діалог, і взаємодія можливі і ввести її (дитину) в стан підтримки цього типу спілкування.

Як засвідчила оцінка експертів, цей метод прийнятний для будь-якої дитини з аутизмом, не залежно від тяжкості порушення або від її інтелектуального рівня. Здібніші діти, пройшовши курс музичної терапії, можуть навчатися в масових школах, де їм пропонують програму, що на вищому рівні розвиває у них емпатію і соціальну

адаптацію. Для менш здібних дітей наявність достатнього ступеня комунікації також дозволяє досягнути успіхів у навчанні та соціалізації.

Отже, підсумовуючи викладене, зазначимо, що розглянуті підходи мають як загальні, так і відмінні риси, проте жоден з них не може претендувати на те, щоб бути панацеєю у всіх випадках при навчанні, корекції та соціалізації дітей з порушеннями по типу аутизму.

У системі корекційного навчання дітей з аутизмом значна увага приділяється **роботі з сім'єю**, для якої важливою є не тільки практична, але й емоційна допомога. У цьому відношенні в системі психологічної допомоги передбачається перехід від впливу, чітко орієнтованого на дитину, до сімейної або ситуаційної терапії. Це викликане, з одного боку, прагненням батьків самим коригувати труднощі у поведінці та навчанні своїх дітей, а також бажанням повніше включатися у процес корекційного навчання, що іноді є необхідним, оскільки часто виникають проблеми, які не можливо вирішити без участі батьків. З іншого боку, аутичні діти не в змозі самотійно переносити сформовані у них навички в інші ситуації, у зв'язку з чим залучення батьків та інших членів сім'ї в систему навчання є необхідним. **Педагогічна домашня терапія базується на принципі зміни діяльності в сімейній обстановці і здійснюється здебільшого самими батьками.** Вважається, що такий вид терапії є ефективним для дітей до трьох років, а після досягнення цього віку для дитини краще відвідувати дитячий заклад, одержуючи при цьому допомогу батьків при виконанні домашніх завдань.

❖ У країнах Європи та Америки **створено цілий ряд закладів, де можуть перебувати діти з аутизмом**: дошкільні денні центри по догляду за дітьми, спеціальні дошкільні заклади, психіатричні денні стаціонари. Вибір дошкільного закладу залежить від інтелектуального рівня розвитку дитини, від особливостей її поведінки та від можливостей закладу конкретного району забезпечити їй необхідне утримання і допомогу. Жоден з перелічених закладів, як правило, не є спеціально організованим для дітей з аутизмом, однак у переважній їхній більшості в них є спеціалісти з корекції аутизму. Аутичні діти включаються в невеличкі за чисельністю групи, одержують постійну підтримку і контроль спеціаліста і працюють в жорсткому структурованому режимі. Проте у деяких дошкільних закладах передбачено формування окремих груп для аутичних дітей.

Висновки

Узагальнюючи матеріал, викладений в Модулі Ш, сформулюємо висновки.

По-перше, з етапами збору, інтерпретації і повідомлення результатів діагностичного обстеження пов'язано декілька важливих концептуальних проблем. До них відносимо:

- визначення місця, яке в них займає діагноз,
- загальну стратегію обстеження,
- когнітивну діяльність аутолога.

Значна частина діяльності педагога визначається потребою в аутологічному діагнозі. Так, наприклад, відповідно до законів США і деяких країн Західної Європи, в кінці всіх звітів потрібно вказувати такий діагноз для адміністративних і страхових потреб. В країнах, де використовують міжнародну систему класифікації, класифікація аутизму входить до складу більш загальної офіційної системи індексації всіх захворювань.

Наскільки адекватна діагностична система? Той факт, що Всесвітня Організація Охорони Здоров'я та Американська психіатрична асоціація за останні десятиліття декілька разів вносили зміни до класифікаційної системи, говорить про те, що *багато фахівців вважають діагностику важким завданням і такою, що не забезпечує точних результатів*. Водночас майже всі спеціалісти визнають необхідність в діагностичних категоріях як способу угруповання людей з однаковими психологічними проблемами в цілях проведення досліджень та ведення документації. Проте деякі гуманістичні психологи заперечують проти будь-якої класифікації та систематизації людей. Хоча, якщо клієнт збирається отримати компенсацію за страховкою, фахівцям доводиться навішувати на нього відповідний ярлик, що припускає страхові виплати. Застосовуючи ці терміни, фахівець неявно приймає ряд допущень (включаючи медичну модель захворювання), а саме: використання типів (виражених синдромів), акцент на наявних у пацієнта розладах замість акценту на його позитивних характеристиках і навичках, а також акцент на так званій «малій діагностиці», зосередженій на конкретній ситуації.

По-друге, щодо діагностичної системи, то *існує декілька альтернатив*, як, наприклад, функціональний аналіз біхевіористів, розробки спеціалістів в галузі факторного аналізу по виділенню спільних рис, а також деякі інтерперсональні і психоаналітичні системи. Однак визнається, що жодна з них не має міцної психіатричної, психологічної та правової підтримки і навряд чи така з'явиться в доступному для огляду майбутньому. І все ж, не зважаючи на всі наявні недоліки, спеціалісти змушені змиритися з реальністю в сучасній практиці і добре в ній розбиратися. У той же час заохочуються подальші

пошуки в галузі діагностики для доповнення її іншими концептуальними системами.

По-третє, на сьогодні є велике число досліджень, присвячених прогнозуванню, які, однак, не призвели до побудови загальних теорій обробки інформації, одержаної в результаті обстеження дитини. Проте, наприклад, Р. Доус (R. Dawes, 1994) показав корисність навіть «не припустимої» моделі – тобто **моделі, заснованої переважно на інтуїції** та інших не оптимальних методах прийняття рішень. Він зазначає, що фахівці, судячи з усього, краще справляються з відбором і кодуванням інформації, ніж з її інтеграцією. Визначення ж тієї інформації, яка є релевантною (коли отриманий результат відповідає бажаному) для даного конкретного випадку, вимагає хорошого професійного чуття, підготовки і досвіду.

С. Снайдер і С. Уайт (S. Snyder & S. White, 1981) продемонстрували, що когнітивні стратегії фахівця впливають на результати діагностичного спостереження. Так, спеціалісти, яким видається інструкція підтвердити запропоновану гіпотезу, справлялися з цим завданням інакше, ніж ті, кому було доручено спростувати цю ж гіпотезу. **Тренінги з метою підвищення точності прогнозування** спрямовуються на навчання педагогів шляхом спостереження та реєстрації своєї власної поведінки, а також тих рішень і ситуацій, в яких вони або зазнали невдачі, або, навпаки, домоглися успіху (R. Dawes, 1986). Доводиться, що таким чином педагог може удосконалювати власні навички спостереження (Arkes, 1981), які надзвичайно важливі для процесу обстеження.

Важливою метою в аутологічній роботі має стати **розробка теорії практичної оцінки**. Така теорія має увібрати в себе професійні процеси педагога, які використовуються при конструюванні робочих образів, прийнятті рішень, аутологічному прогнозуванню, перевірці гіпотез, в поєднанні з формальними статистичними процесами. Таку інкрементну (покрокову, нарощувальну) процедуру розробки моделі шляхом кількаразового переключення між аутологічними гіпотезами та їхньою перевіркою в реальних ситуаціях нерідко характеризують як **модель «зав'язування шнурків»** (Goldberg, 1970; Patterson & Bank, 1987). Ця процедура дозволяє здійснювати послідовне уточнення концептуалізації і моделей діяльності аутолога.

По-четверте, перевірка гіпотез (одне з основних завдань оцінювання) неявно закладена на всіх етапах роботи, навіть на тих, які обмежуються описовими завданнями.

Для підтвердження висунутих припущень і прогнозів спеціалісти вдаються до теорії аутології і до повторних процедур обстеження, оскільки методи практичної роботи черпають з теоретичних положень свій сенс і конструктивну валідність.

Тому навколо первинних матеріалів обстеження утворюється так звана *помологічна мережа*, тобто комплекс загальних законів, перевірених на конкретних прикладах або протестованих емпірично. Разом з тим, деякі науковці (див., наприклад, Vright, Zakriski & Drinkwater, 2009) закликають до обов'язкового отримання достатнього ступеня їхньої точності. При цьому вони наполягають на необхідності враховувати, що при вимірюванні багатьма тестами, ускладнюється варіативність індивідуального реагування дитини в різних ситуаціях. З цього випливає, що *виявлення сильних сторін і особливостей способу життя дитини*, що формуються в процесі її повсякденної взаємодії з навколишнім середовищем, має стати головним елементом успішного обстеження.

По-н'яте, сутність наступної значної проблеми найкраще передається питанням: наскільки виявляться практичними заключні етапи процесу обстеження? Питання про *корисність використання різноманітних підходів до інтерпретації одержаних даних*, використання статистичних допоміжних засобів та складання звітів на прикінцевих етапах обстеження дітей з аутизмом не вивчалось. Водночас результати аналізу аналогічних питань в психології показують, що особи та організації, які направляли дітей на обстеження, вважали звіти в цілому значущими. Вони констатували, що 52% з цих звітів так чи інакше надали позитивний вплив на методи роботи і тільки 22% не відчули ніякого ефекту, а 2% вважали, що інтерпретація одержаних даних позначилися згубно.

Підкреслюється неприпустимість неправильно обраного основного акценту звіту, надмірної його спекулятивності, туманності і непридатності для одержувачів. Тобто, аутолог повинен чітко розуміти особливості ситуації і цілі батьків дитини і тісно ув'язувати свої остаточні висновки з їхніми потребами.

Обстеження є обґрунтованим тільки в тому випадку, якщо воно тим чи іншим чином допомагає дитині та її батькам, а в більшості випадків – і закладу, в якому знаходиться дитина.

Разом з тим, більшість суперечок і досліджень на сьогодні зосередилася на релевантності (відповідності) обстежень. Деякі теоретики психології (наприклад, С. Rogers) взагалі заперечують проти етапу формальної оцінки і вважають, що слід відразу переходити безпосередньо до психологічного втручання. Інші – наполягають на тому, що коли фахівець знайомиться з дитиною і поглядами її батьків на корекційно-розвивальну роботу, то обстеження, нехай навіть скорочене і неформальне, все одно відбувається. З іншої сторони, такі напрями, як поведінковий і когнітивно-поведінковий наполягають на

безпосередньому і постійному взаємозв'язку між обстеженням і психологічним втручанням.

Медична ж модель взагалі постулює необхідність проводити діагностику перед початком лікування, завжди вимагаючи обстеження, іноді формального типу з використанням інтерв'ю і тестів. G. Tallent (1992) з цього приводу заключає, що **«фахівці, які нехтують даними психологічного обстеження, роблять це на свій страх і ризик»**. До переваг обстеження дітей, які потребують допомоги, відносить більш вдалі рішення, що передбачають визначення характеру індивідуального втручання стосовно конкретної дитини з вибором завдань та стратегій аутологічної допомоги.

І останнє. Є ще одна важлива практична проблема: **чи виправдані час і сили, які витрачаються на обстеження, у фінансовому відношенні?** Зокрема, можливо, не рентабельно витратити кілька годин на проведення обстеження, підрахунок результатів і інтерпретацію тесту, а витратити той же час на розвиток і навчання цієї дитини або на іншу дитину? Чи багато додає до висновку про дитину інтерв'ю чи інша процедура обстеження крім того, що вже вдалося визначити на підставі анкетних даних і короткого анамнезу?

Багатьма дослідженнями в галузі загальної і спеціальної педагогіки та психології доведено, що навіть *мінімальна інформація, взята з анамнезу, є виключно важливим, але тільки додатковим внеском в остаточну картину або робочий образ дитини* (див., наприклад Kostlan, 1954; Little & Schneidman, 1959; Potkay, 1973).

Сьогодні фахівці відходять від застосування таких тестів, як тест Роршаха, ТАТ і шкали Векслера, які забирають надто багато часу, і все більше покладаються на короткі самозвіти. Проте, на думку більшості спеціалістів, **ці зміни негативно позначаються на обстеженні як дорослих, так і дітей**. Рекомендації, що стосуються процесу обстеження, вимагають більш широкого погляду, одночасно і поінформованого, і гуманного судження, і розсудливості в самому широкому сенсі слова. Надалі *передбачається, що серед інших ймовірних змін відбудеться зміцнення позицій комп'ютерного обстеження* і зросте кількість досліджень, що тісно пов'язуватимуть таке обстеження з медико-психолого-педагогічним втручанням, спрямованим на створення оптимальних процедур корекції проблем дорослих і дітей з аутизмом.

Процес обстеження, в цілому вбудований в більшу структуру суспільства, і сам по собі є формою соціального впливу. *Сприйняття конкретної ситуації і розуміння тих умов, в яких дитина та її сім'я*

перебувають протягом значної частини їхнього життя, повинні бути в списку необхідних професійних якостей добре підготовленого аутолога.

І наразі, наведемо уривок з книги «Обстеження, спрямоване на вирішення», автори якої Петерсон і Фішман (Peterson & Fishman, Assessment for Decision 1987, р. 395) рекомендують ряд загальних принципів, якими, на нашу думку, належить керуватися і при розробці моделей обстеження дитини з аутизмом.

Загальні принципи розробки програми обстеження дитини з аутизмом:

- *при складанні програм обстеження приділяти основну увагу інтересам дітей і їхнім батькам, а не їхньому оцінюванню;*
- *постійно співвідносити отриману інформацію з процесами змін в житті дитини та її сім'ї;*
- *вивчати особливості психологічних процесів дитини в часовому континуумі (неперервності);*
- *включати процес обстеження в складний світ реальної дійсності таким чином, щоб виключити ігнорування будь-яких істотних впливів на функціонування дитини та її сім'ї;*
- *включати систему обстеження дитини в природні умови;*
- *застосовувати численні процедури при зборі даних;*
- *співвідносити процедуру обстеження з функціональними концепціями поведінки, зокрема з технікою «зав'язування шнурків»;*
- *сенситивність (чутливість) до соціальних завдань і факторів тиску при розробці та реалізації програм обстеження.*

Ці принципи сьогодні можуть слугувати в якості компонента Дорожньої карти, яка задає орієнтири для постійного удосконалення аутологічного обстеження і осмислення його результатів.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що:

- *проблема удосконалення процесу діагностики стану психічного розвитку дитини з аутизмом продиктована потребою у розробці, виборі і застосуванні сучасних ефективних діагностико-розвивальних засобів практичного впливу;*
- *вибір засобів діагностики залежить від теоретичних переконань, знань і умінь фахівця, який працює з аутичною дитиною;*
- *об'єкт діагностування – це не просто пізнавальна діяльність дитини з аутизмом, а цілісна психофізична структура, розвиток якої описується (безвідносно до етапу дозрівання дитини) біологічним фактором і неврологічним механізмом. Інтелектуальне життя дитини не є її чисто розумовим спілкуванням з предметами і людьми, а невіддільне від мотиваційно-емоційної сфери. Водночас при аналізі одержаних діагностичних даних необхідно враховувати те, що в процесі проведення діагностування поведінка аутичної дитини послідовно*

регулюється іншою людиною;

▪ діагностична процедура має проходити переважно в декілька етапів:

✓ *початковий етап* із застосуванням методів спостереження за дитиною та інтерв'ювання її батьків (див. Модуль III, Тема 6.1., А, В). Це забезпечить виявлення загальних особливостей психофізичного і соціоемоційного розвитку дитини і попереднє формулювання гіпотези щодо можливих причин його відхилень;

✓ *етап уточнення* виявлених особливостей психофізичного розвитку дитини із застосуванням групи поширених психолого-педагогічних технік (див. Модуль III, Тема 6.1., С, D);

✓ *заключний діагностичний етап*, спрямований на вивчення й уточнення причин відхилень в соціоемоційному розвитку аутичної дитини та прогнозування тенденцій її особистісного розвитку (див. Модуль III, тема 7.1., А,В).

Окремо сформулюємо ***висновок стосовно сутності професійної діяльності аутолога.***

Професійна діяльність аутолога спрямовується на осмислення та інтерпретацію результатів діагностичного обстеження, формулювання висновку. Така діяльність вимагає від фахівця досконалого знання стратегічних орієнтирів і ключових пріоритетів вирішення проблеми навчання, розвитку і соціалізації дітей з аутизмом, знання особливостей проходження ними фаз соціалізації. Аутолог має володіти знаннями з проблеми психічної норми і відхилення від норми. Орієнтуватися в показниках розвитку психофізичної і соціально-емоційної сфери дітей з РАС для кваліфікованого їх співставлення з нормативними показниками дітей з нейротиповим розвитком. Мати уявлення про основні напрями інтенсифікації процесу корекції і специфіку психокорекційних технологій для дітей з РАС, представлених у вітчизняних і закордонних виданнях.

Завдання і запитання до Модуля III

- 1. Розкрийте загальні підходи до діагностики стану психофізичного розвитку дітей з аутизмом.*
- 2. Сформулюйте мету і форми початкової стадії аутологічної діагностики.*
- 3. Розкрийте специфіку інтерв'ювання батьків дитини з аутизмом.*
- 4. Визначте особливості застосування методу спостереження на етапі початкового обстеження дитини.*
- 5. Схарактеризуйте основні напрями психологічного тестування дитини з аутизмом.*
- 6. Розкрийте значення новітніх технік для ранньої діагностики дітей з РАС.*
- 7. Схарактеризуйте процедуру вивчення стану сформованості міжособистісного компоненту соціально-емоційної сфери.*

8. *Розкрийте особливості процедури діагностики стану сформованості внутрішньоособистісного компоненту соціоемоційної сфери.*

Запитання до Модуля Ш

1. *Як аутолог формує робочий образ (модель) дитини з РАС?*
2. *Що таке «не припустима» модель (образ) дитини з аутизмом?*
3. *Які складові уміння аутолога здійснювати практичну оцінку стану психофізичного розвитку дитини з РАС?*
4. *Що означає контекстуалізація виміру загальних рис особистості дитини з аутизмом?*

Література до Модуля Ш

1. Анастаси А. Психологическое тестирование. Том 1, 2. – М.: 1982.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.. Словарь-справочник по психодиагностике. Изд. ПитерКом. 1999
3. Выготский Л.С. Собр. соч в 6-ти т., т.5. Проблемы дефектологии.- М.: Педагогика, 1982.
4. Ліщинська О.А. Основи індивідуального психологічного консультування для початківців. Навчальний посібник. -К.:КСУ, 2004.
5. Максименко С.Д., Коваль І. та ін. Медична психологія /За наук. ред.. С.Д.Максименка. Підручник. – Вінниця: Нова Книга, 2008. – 529 с.
6. Сандберг Н., Уайнбергер А., Таллин Дж. Клиническая психология. Теория, практика, исследования. 5-е международное издание. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - с. 90-170
7. Тарасун В. Аутологія. Монографія. Тарасун В.- К.: Вид-во «МП Леся». 2014. – с. 126-330
8. Щербина Л. Ф. Метатеоретичне мислення психотерапевта: модель, дослідження, програма розвитку / Л. Ф. Щербина. – К. : «Геопринт», 2012.

МОДУЛЬ IV
СИСТЕМА ІНТЕНСИВНОЇ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ
КОРЕКЦІЇ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

У Модулі IV схарактеризовані:

- Мета, еволюційні завдання, різновиди підходів і основні стратегії здійснення аутологічної допомоги.
- Специфіка аутологічного консультування з питань розвитку і корекційно-розвивальної допомоги.
- Концепції, принципи і техніки сімейної терапії.
- Основні стратегії і тактики Дорожньої карти системної психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС:
 - ✓ поради дорослим з близького і далекого оточення дитини;
 - ✓ фактори оптимізації психолого-педагогічного планування аутологічної роботи;
 - ✓ базові методики корекції розладів спектра аутизму;
 - ✓ методика корекції розвитку соціально-емоційної сфери дитини з РАС;
 - ✓ методика корекції розвитку комунікативно-мовленнєвої сфери дитини з аутизмом.

Тема 9. Інтенсифікація корекції розвитку дітей з РАС як психолого-педагогічна проблема

9.1. Різновиди підходів до здійснення аутологічної допомоги

Будь-який професійний контакт містить елементи втручання в людське життя, що призводить до його змін. Ці зміни можуть бути значними і дрібними, негативними і позитивними. Людей, які займаються професійною допомогою людям, об'єднує спільний намір – докласти всіх зусиль для того, щоб сприяти їхньому благополуччю і, перш за все, не нашкодити.

Аутологічне втручання – це цілеспрямоване застосування методів і міжособистісних установок, для надання допомоги дітям з аутизмом та їхнім сім'ям.

Метою аутологічного втручання визнаються позитивні зміни поведінки дітей та їхніх сімей, розвиток когніцій (тобто, процесів, які включають в себе перцепцію, пам'ять, увагу, вирішення проблемних ситуацій), емоцій та інших особистісних характеристик.

За будь-яких *форм аутологічного втручання* головним аспектом є комунікація – вербальна і невербальна взаємодія між людьми. Тому перші зустрічі з аутичною дитиною та її батьками особливо важливі, оскільки вони здатні зумовити їхнє ставлення до аутолога, послугами

якого вони користуватимуться, і загалом до ситуації, в якій ця допомога надаватиметься. Аутологічне втручання здійснюється в певному культурному середовищі, здатному впливати на міжособистісні взаємодії. Це вказує на важливість знання аутологом умов, в яких живуть діти та їхні батьки.

Іншим важливим аспектом є довіра та конфіденційність в стосунках між тим аутологом, який надає допомогу, і тими, кому вона виявляється.

Для правильного вибору форми втручання і прийняття рішення про застосування системи корекційно-розвивальних завдань для розвитку дитини аутологу, який працює з надзвичайно тяжкою категорією дітей, важливо орієнтуватися не тільки в психолого-педагогічних підходах. На сьогодні він має бути добре і детально обізнаним з теоріями, які виростили з основних (найбільш значних) теоретичних клініко-психологічних підходів і які, на нашу думку, можуть бути ефективно використані в аутологічній роботі.

У цьому зв'язку зазначимо, що, високо цінуючи теорію Г. Олпорта, джерелом якої є психодинамічна теорія З. Фрейда, поведінкові і когнітивні теорії Б. Ф. Скіннера і А. Елліса, а також гуманістичний напрям К. Роджерса, вважаємо за можливе спиратися в роботі й на інші підходи.

Таке рішення ми пояснюємо тим, що зазначені теорії варіюють між собою за ступенем свого зосередження або на:

- біологічних аспектах на противагу соціопсихологічним;
- минулому на противагу сьогоденному;
- мисленні на противагу емоційній сфері і поведінці;
- обмеженому числі технік на противагу пропозиції користуватися багатьма техніками.

Для того, щоб аутологу зробити правильний вибір корекційно-розвивальної методики, йому принаймні треба бути ознайомленим з такими основними теоріями, як: *психоаналітичні і психодинамічні, теоріями поведінкової і когнітивно-поведінкової терапії (класичне обумовлення, оперантне обумовлення), теоріями когніції і поведінки, різновидами гуманістичної терапії (персоноцентричною, геїштальт-терапією, трансперсональною терапією).*

Коротко розкриємо їхній зміст головним чином для того, щоб викликати подальший інтерес читача до оволодіння новими техніками, які сприятимуть підвищенню ефективності аутологічної роботи.

❖ **Психоаналітичні і психодинамічні теорії.** У контексті сказаного вважаємо правомірним спочатку звернутися до відгалужень фрейдистського психоаналізу.

На переконання К. Хорні (К. Horney), порушення в сфері взаємин, особливо в ранньому дитинстві, як правило, викликають базальну

тривогу. Різні спроби подолання базальної тривоги, ізоляції і безпорадності можуть проявитися у формі *невротичних потреб*, які є ірраціональними (лат. *irrationalis* — несвідомий, нерозумний) способами вирішення базальних проблем.

Групи невротицих потреб виділяють за основними орієнтаціями:

- рух до людей – наприклад, потреба в любові,
- рух від людей – наприклад, потреба в незалежності;
- рух проти людей – наприклад, потреба у владі (за К. Хорні).

На думку К.Хорні, внутрішніх конфліктів, що виникають з невротицих потреб, можна уникнути або вирішити їх, *якщо виховувати дитину в атмосфері любові, безпеки і довіри*. На відміну від Фрейда і Юнга, К. Хорні не вважала, що конфлікти від початку закладені в людській природі.

➤ Підхід з точки зору об'єктних відносин (Р. Фейрбейрн, М. Кляйн, R. Feurbern, M. Klein) *фокусується на людях, до яких дитина відчуває сильні почуття*. Під об'єктними відносинами розуміються, по-перше, способи репрезентації (представлення) дитиною людей та їхніх взаємин. По-друге, правила, за допомогою яких дитина здійснює висновки стосовно інтерпретації причин людських почуттів, патернів поведінки (*behavioral patterns*, шаблони поведінки), міжособистісних бажань і конфліктів. У широкому сенсі об'єктні відносини розглядають як індивідуальний розвиток, поглиблення і диференціацію, які тривають в міру того, як немовля росте, перестаючи обмежуватися відносинами з матір'ю і вступаючи в складні відносини зі своїм міжособистісним оточенням.

Індивідуальний розвиток, як правило, розбивається *на окремі фази*. *Інтроєкція* – фаза, в якій немовля ледь здатне розрізнити себе і зовнішні об'єкти, включаючи людей. *Ідентифікація* – фаза більш зрілих психічних структур, в якій ступінь диференціації підвищується.

Більшість теоретиків погоджуються з ідеєю про поступовий перехід від недиференційованого, змішаного стану симбіозу матері і немовляти (висока залежність) до розвитку здатності переживати своє власне «я» і «я» інших людей як щось самостійне, постійне і повноправно існуюче, незалежно від домінуючих на даний момент потреб.

У ході вивчення найбільш агресивних імпульсів маленьких дітей (заздрість, жадібність, ненависть) М. Кляйн розробила (1920) техніку роботи з дітьми (яка не втратила актуальності і в наші дні) із застосуванням аналогу вільних асоціацій в дитячому психоаналізі – *техніку ігрової діяльності*. М. Кляйн надавала значення *переносу*

(неусвідомленому емоційному зв'язку, що виникає в дитини стосовно дорослого) і *контрпереносу* (неусвідомленому емоційному зв'язку, що виникає в дорослого стосовно дитини). Крім того, розкрила *основоположне значення розщеплення дитячої свідомості в самому ранньому віці на складові його основних понять: «хороший» і «поганий».*

Суперего притаманне від народження і дитина в ході свого розвитку проходить через параноїдно-шизоїдну позицію (пов'язану з деструктивними імпульсами) і депресивну позицію (контроль лібідо). Ці розлади пов'язують з одним із трьох факторів, або з усіма одночасно:

- генетичні дефекти,
- стрес, викликаний розлукою,
- нездатність дитини підтримувати аспект власного «я», що формується.

У цьому контексті певною мірою можливо вважати, що *загальний механізм аутичного патогенезу* полягає в тому, що активізація дитиною власного «я» веде до тривоги перед розлукою і депресії, викликані втратою опіки (М. Кляйн). *Прихильність, розлука і втрата утворюють основоположну триаду*, виведену з праць по проблемі об'єктивних стосунків в галузі теорії еволюції, етології, теорії контролю та когнітивної психології.

➤ Теорія прихильності розглядає встановлення емоційних зв'язків як одну з фундаментальних складових людської природи.

До числа *основних положень теорії прихильності* належать такі:

- емоційно значущі зв'язки між індивідами виконують базові функції виживання, а тому мають статус первинних;
- їх можна осмислити, уявивши кожного з учасників взаємодії, які стимулюють до утримання один одного поблизу себе і які забезпечують доступність одного з них для іншого;
- для ефективної роботи учасники взаємодії повинні конструювати у своїй свідомості робочі моделі себе та іншого, а також патерни взаємодії, які сформувалися між ними;

Теорія прихильності особливо актуальна в контексті аутології, оскільки формування прихильності у дітей з РАС є одним з важливих завдань корекції їхнього розвитку.

Дані лонгітюдних (тривалих) досліджень підтверджують гіпотезу про існування трьох *основних патернів прихильності*:

- упевнений стиль;
- стиль тривожного опору;
- стиль тривожного уникнення.

При цьому основний акцент робиться на розумінні процесів *встановлення взаємостосунків і конструктивної зміни цих відносин* (Dzh. Bowlby).

Проте зазначені теорії по суті проголошують детермінізм, який мало враховує інші системи – родину, малі групи, організації та суспільство.

Тому головним достоїнством психоаналізу є його готовність заглянути в найтемніші глибини людської природи, розглядаючи агресивні і вкрай нетипові психічні феномени. Зворотною стороною медалі є нестача його уваги до позитивних і нормалізуючих аспектів особистості і розвитку навичок, які дозволяють дитині адаптуватися до умов оточуючого світу.

Принагідно зазначимо, що на сьогодні в Америці визнається, що короткострокова (від 4 до 25 сеансів замість чотирьох років) психодинамічна терапія є досить перспективною. Крім інших заходів з лібералізації психоаналітичного руху, *лише в 1989 році була досягнута угода про квоту (quota — доля або частина чогось) на кваліфікованих пошукачів без медичної освіти, які можуть бути допущеними (!) Американською асоціацією психоаналізу до відповідного навчання.*

❖ Поведінковий і когнітивно-поведінковий підходи¹¹

Як і психодинамічний підхід, ідеї біхевіористів на перший погляд можуть здаватися простими. З повсякденного життя кожен знає, що наша поведінка і думки змінюються в міру набуття досвіду. Однак цю просту картину необхідно доповнювати численними подробицями і розглядати різновиди поведінкової і когнітивно-поведінкової терапії. До таких фундаментальних різновидів навчального підходу відносять класичне і оперантне обумовлення.

➤ *Класичне обумовлення.* Свого часу І. Павлов обґрунтував вкрай важливий взаємозв'язок між стимулами і реакціями на них у тварин. Його концепція класичного обумовлення тепер вважається головним способом, за допомогою якого ми засвоюємо інформацію про навколишнє середовище, а вона впливає на нас. Стосовно дітей, то в знаменитому випадку 11-річного «Маленького Альберта» помітили, що гучний шум (безумовний стимул) викликав у нього реакцію переляку і страху. Після того як гучний звук стали поєднувати з пред'явленням білого щура, реакції переляку і страху стали виникати вже лише при подібі білого щура та інших пухнастих іграшок, які тепер перетворилися для нього в умовні стимули. За допомогою застосування *методики умовного гальмування тривожних реакцій ефект обумовлення в дитини вдалося повністю нейтралізувати.* Класичне обумовлення, яке іноді називають також *респондентним обумовлюванням*, мало важливе клінічне значення. В основу клінічної практики із застосуванням класичного обумовлення лягли праці

¹¹ Більш повний виклад завдань і короткої методики поведінкового і когнітивно-поведінкового підходу див. в цьому Модулі далі.

Й.Вольпе (Wolpe, 1958) з лікування страхів, тривог і фобій. *Систематична десенсибілізація* (зменшення чутливості організму) по Й. Вольпе починається з встановлення стимулів, які викликають переляк. Потім Вольпе вводить пацієнта в *стан послідовної та глибокої релаксації* (іноді за допомогою гіпнозу), що поєднується з найбільш лякаючим стимулом. Після того, як стимул, що лякає, перестає супроводжуватися страхом, Й.Вольпе *продовжує десенсибілізацію*, переходячи до наступного стимулу.

Багато біхевіористів використовують в цілях десенсибілізації лабораторні чи реальні життєві ситуації. Систематична десенсибілізація посіла важливе місце в ряду інших форм поведінкового втручання. Результати її застосування (у разі чіткого формулювання проблеми) можна порівняти з результатами, одержаними за іншими методами або навіть перевершуючи їх. У ході численних досліджень була продемонстрована ефективність різноманітних форм десенсибілізуючих і контрольованих підходів до проблемних ситуацій – наприклад, при страху висоти або боязні вийти з дому, страху спілкування тощо.

➤ *Оперантне (лат., діяльне) обумовлення*, оперантне наuczіння, тобто оволодіння новими способами поведінки, що формуються в результаті спроб і помилок, реакцій і спостережень. Б. Скіннер (B. Skinner), розглядаючи поведінку людини як результат попередніх впливів навколишнього середовища, вніс величезний внесок у розвиток і пропаганду біхевіоризму. Б. Скіннер найбільш відомий саме своєю теорією оперантного наuczіння, меншою мірою – завдяки художнім і публіцистичним творам, в яких він просував ідеї широкого застосування технік модифікації поведінки, що розвиваються в біхевіоризмі для поліпшення суспільства і оцасливлення людей (наприклад, програмованого навчання як форми соціальної інженерії). У 1972р.



Американська психологічна асоціація назвала Б. Скіннера найвидатнішим психологом ХХ сторіччя (З. Фрейд був названий другим). Спостерігаючи за щурами і голубами, він звернув увагу на те, що багато патернів їхньої поведінки виникають спонтанно, проте тварини схильні повторювати ті окремі дії, наслідки яких виявляються для них приємними.

Мовою біхевіористів поведінка, яка виникає вільно (спонтанно), називається оперантною, а приємна подія, що її супроводжує, – підкріпленням (підкріплювальним фактором, reinforcer).

Важлива роль оперантного обумовлення як інструменту роботи з дітьми полягає в тому, що більшість патернів буденної дитячої поведінки можна вважати *оперантними, тобто спонтанними поведінковими*.

Організуючи умови, що супроводжують спонтанну поведінку дітей, педагог може впливати на частоту їхніх посмішок або їхній вступ у взаємодію, на працю, читання і багато інших форм поведінки. При цьому в ході терапії важливо з'ясувати, що є для дитини підкріпленням, що збільшує або підтримує певну форму її поведінки. Якщо цього не відбувається, *це означає, що дана подія в цій ситуації просто не є для дитини підкріпленням, оскільки не збільшує або не підтримує її реагування.* Концепція оперантного обумовлювання свідчить, що частіше виникає приємно підкріплена спонтанна поведінка.

Зроблено декілька спроб класифікації підкріплень, починаючи з таких відчутних, як їжа і закінчуючи більш важко вловимими внутрішніми почуттями і символічними винагородами.

Мовою біхевіористів це означає можливість переходу дитини від, наприклад, харчового (зовнішнього) підкріплення до соціального підкріплення (наприклад, до її самостійної допомоги іншій дитині у виконанні певної дії). При цьому необхідно брати до уваги усі аспекти підтримки, особливо ті, що стосуються рівня індивідуального розвитку дитини.

Еволюція біхевіоральних уявлень полягає в подальшому розвитку ідеї Б. Скіннера стосовно *характеру підкріплень*. По-перше, це стосується варіативності винагород і, по-друге, – можливих наслідків застосування негативних підкріплень і покарань. Тобто, при цьому можуть використовуватися так звані *аверсивні стимули*, іншими словами – контрольовані неприємні чи больові стимули, які задіяні в методиках для зміни поведінки. Ці ідеї також застосовуються для лікування в дітей широкого кола клінічних проблем (анорексії, фобій тощо).

У рамках біхевіоральних технік з метою корекції розладів поведінки в дітей була розроблена концепція тайм-аут, який (тайм-аут) розуміється як тимчасове утримання дитини з деструктивною поведінкою в якомусь тихому місці (Франке, Franks, 1990). Автор при цьому пропонує *найбільш актуальні сфери застосування біхевіоральних технік*: подолання покірності або неслухняності, корекції розумової відсталості, проблем деінституціоналізації (невпорядкованих процесів), споживчої поведінки, злочинності і делінквентності (вчинення дрібних правопорушень і проступків, що не досягають ступеня кримінального злочину).

Важливим досягненням в рамках біхевіоральних технік є теорія соціального навчання, *заснована на концепції моделювання поведінки, що спостерігається*, запропонована і розвинена А. Бандурою (Bandura,

1970). Ідея теорії полягає в тому, що піддослідні, які спостерігають за чужими діями, навчаються імітувати ці форми поведінки (наприклад, насильство на телеекрані).

Відомо, що велика частина найбільш важливого досвіду навчання в повсякденному житті розгортається саме в соціальних ситуаціях, і це насамперед стосується дітей. Дж. Патерсон (Dzh. Patterson, 1997) створив розгалужену систему понять і процедур соціального навчання, засновану на спостереженні за поведінкою при зустрічах з дітьми і батьками. Його інтерес, як і багатьох його колег, був багато в чому пов'язаний з послідовностями поведінкових патернів, а також з примусовими діями, що призводять до розладів поведінки. *Саме спостереження відіграли велику роль в розвитку біхевіоральних підходів.* З цією метою були розроблені методи спостереження і підготовлені спостерігачі, які відстежують взаємодії між дітьми безпосередньо або в відеозаписах, що демонструють поведінку дітей і їхніх сімей в лабораторних або домашніх умовах.

Отже, біхевіоральна терапія – це тип психотерапії, який має на меті змінити патологічні або дезадаптивні форми поведінки за допомогою використання:

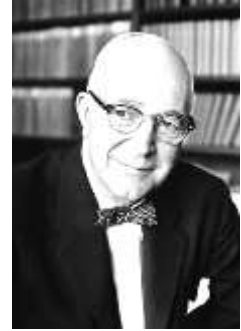
- процесів гальмування і згасання деструктивної поведінки
- і позитивного або негативного підкріплення контрольованими стимулами (приємними, неприємними чи больовими), які задіяні в методиках для зміни поведінки. Тобто, в ситуаціях класичного і оперантного обумовлення.

Таким чином, «суть біхевіоральної терапії полягає у використанні умов підкріплення і визначених реакцій на стимульні ситуації. Відповідно, будь-які поведінкові порушення прийнято вважати результатом «невдалих збігів обставин в житті індивіда. Тому, на переконання біхевіористів, «Немає ніякої необхідності досліджувати глибинні внутрішні конфлікти (як це здійснюють фрейдисти); оскільки ефективна терапія повинна прагнути до зміни поведінки, що виявляє дитина в даний час» (Reber. 1995).

В основі більшості поведінкових підходів до клінічного і психолого-педагогічного втручання (оперантного навчання) лежить *ряд загальних принципів* (Margraff, 1998), які міцно спираються на традиції емпіричної (від гр. *empeiria* – досвід) психології. Так, стосовно *випадків клінічного втручання* ці традиції знаходять відображення в необхідності *операціоналізації проблеми клієнта* (тобто, чіткого визначення дій, супутніх його проблемі) і в опорі на збір та інтерпретацію даних, які збираються шляхом безпосереднього спостереження педагогом чи батьками, або самоспостереження, здійснюваного, зрозуміло, дорослим. Обов'язково збираються дані, які стосуються базального (baseline)

періоду, тобто періоду до початку втручання, після чого цей збір триває протягом усього втручання. Поведінкові форми втручання адаптуються, підлаштовуються під конкретну дитину і конкретні проблеми, пережиті нею найбільш гостро.

Втручання може ґрунтуватися на порівнянні індивідів з певного погляду (тобто, бути номотетивним) або базуватися на інтенсивному вивченні окремого випадку (бути ідеографічним) (Nelson & Hayes, 1986). Уперше терміни для визначення двох основних підходів до вивчення особистості запропонував Г. Олпорт (G. Allport). **Номотетивний підхід** полягає в порівнянні індивідів з певного погляду. За цим підходом особистісні риси релевантні (адекватні) для всіх і необхідно з'ясувати, яку ділянку кривої розподілу посідає показник конкретної дитини. Недоліком номотетивного підходу є те, що, даючи узагальнене розуміння певного виміру особистості, він не дає змоги підійти до розуміння окремої дитини. Проте, згідно зі старим латинським висловом, наука не займається окремими випадками (*scientia non est individuorum*). Тому, за цим підходом, закони та теорії і не повинні нічого говорити про індивідуальність.



Ідеографічний підхід полягає у вивченні одного індивіда без зіставлення його даних з іншими. При аналізі окремої особистості слід використовувати терміни і поняття, що підходять саме для неї. Ідеографічний підхід вимагає інтенсивного вивчення окремого випадку і спрямовується на всебічне емпатичне розуміння унікального складу особистості окремої людини. Проблема застосування цього підходу в тому, що дослідження окремої особистості можуть призвести до відкриття психологічного механізму, однак для встановлення закономірності, для виявлення загальних законів їх недостатньо.

Отже, біхевіоральні терапевти не розглядають проблемні патерни поведінки у відриві від реальності, а звертаються до передбачуваних і провокуючих умов, а також до наслідків поведінки, які або сприяють, або перешкоджають її виникненню. Напрями для розробки індивідуальних форм втручання й оцінки їхньої ефективності задає *функціональний аналіз*.

Іншим основним принципом поведінкової терапії (втручання) є її *орієнтованість на досягнення цілей*. Цілі чітко визначаються і операціоналізуються, тобто розбиваються на компоненти. Терапевтичні цілі часто вимагають заходів, що виходять за рамки середовища, в якому здійснюється аутологічне втручання (наприклад, виконання домашніх завдань), і, як правило, мають на увазі активну участь з боку дитини та її родини. *Основною метою різноманітних форм біхевіоральної терапії є навчити дітей допомагати самим собі*. При цьому підкреслюється

важливість постійного надбання нових навичок протягом усього життя. Крім цього, поведінкові підходи «прозорі» в тому сенсі, що всі процеси і заходи активно обговорюються з батьками, і батьки активно залучаються до процесів прийняття рішень аутолога.

До поведінкових методів, що можуть бути використані в аутологічній роботі, належать такі:

- методи, засновані на експозиції, тобто, на впливі стимулів (наприклад, систематична десенсибілізація);
- оперантні методи. До таких, наприклад, відносяться підкріплення, згасання, тайм-аут і застосування жетонної економіки. Для підкріплення бажаної поведінки дитині вручаються спеціальні «нагороди» – медалі, жетони, хрестики на стенді, вимпел, які в подальшому можуть бути обмінені на речові призи (ласощі, іграшки, квитки в театр тощо. Важливо, щоб дорослі мимоволі не видавали винагороду за поведінку, яка не є бажаною, наприклад, не слід давати цукерки, щоб дитина перестала плакати;
- моделювання, або наuczіння за допомогою спостереження;
- методи самоконтролю – наприклад, самоспостереження і самопідкріплення;
- когнітивні методи.

У матеріалі табл. IV.1. підсумовано основні принципи, які є загальними для більшості видів біхевіоральної терапії.

Таблиця IV.

Основні принципи і особливості біхевіоральної терапії

1. Відхилення в поведінці в більшості випадків є набутими	6. Методи втручання, цілі і поняття визначаються операціонально. Операціями називають способи досягнення цілі. Операції піддаються вимірюванню і відтворенню
2. Більшість поведінкових патернів (аномальних і нормальних) можна модифікувати (англ. modification – змінити) за допомогою використання принципів соціального наuczіння	7. При аутологічному втручанні враховуються індивідуальні особливості дітей і специфіка їхніх проблем
3. Обстеження має проводитися неперервно і фокусуватися на прецедентах і наслідках поведінки	8. Цілі і процедури втручання розробляються разом з батьками дитини і закріплюються бажано в контракті
4. Дітей найкраще описувати з точки зору того, що вони роблять, думають і відчувають в конкретних ситуаціях і	9. Ефективність і корисність форм втручання стосовно конкретних проблем дитини піддаються

обставинах	систематичній оцінці
5.Втручання спрямовуються науковими даними із загальної і спеціальної педагогіки і психології	10.Кінцеві результати оцінюються з точки зору величини їх змін і збереження

❖ Когніції і поведінка

Надалі науковці почали розширювати підходи в когнітивному напрямі. Це пов'язано з тим, що багатьом біхевіористам ставало все більш складно не враховувати той діалог, який постійно ведуть із собою діти – спочатку за допомогою автономного мовлення, а згодом – внутрішнього. Самозвіт про поведінку, безумовно, є когнітивною операцією.

Когніція (латин. *cognitio*, пізнання) – центральне поняття когнітивної науки, що позначає пізнавальний процес або сукупність психічних (ментальних, розумових) процесів (сприйняття, категоризації, мислення, мовлення тощо) і забезпечує обробку і переробку інформації. Включає усвідомлення й оцінку людини самої себе в навколишньому світі і побудову особливої картини світу – все те, що складає основу для її поведінки.

Когніція – це всі процеси, в ході яких сенсорні дані трансформуються, надходячи в мозок, перетворюються у ментальні репрезентації різного типу (образи, пропозиції, фрейми, скрипти (програми), сценарії тощо) і утримуються при необхідності в пам'яті людини. Психологія займається таким аспектом когніції, як розробка методів і прийомів вивчення психічних процесів.

У 1970-х рр. теоретичні дослідження стосувалися розробки *різних способів визначення стилю мислення*:

- *мислення в категоріях цілей і засобів* відбувається, коли дитина здійснює проміжні кроки, необхідні для досягнення конкретної мети;
- *каузальне (причинно-наслідкове) мислення* пов'язує події з його прецедентами: «Якщо я зроблю X, то напевно трапиться K»;
- *егоцентричне мислення* означає зосередженість на самому собі на протигагу прийняттю чужої точки зору і постановки себе на місце іншої людини вважають особливо корисним виділяти;
- *позитивне мислення на протигагу негативному*, тобто визначення того, в якому світлі, поганому або хорошому, дитина розглядає події та інших людей (наприклад Le-winsohn & Amenson, 1978; Schwartz & Garamoni, 1989). У цьому зв'язку М. Зелігман і його колеги (M. Seligman et al., 1988) дослідили три параметри, за якими люди відрізняються один від одного з точки зору причини негативних

подій: чи пояснюється подія як *внутрішня або зовнішня, глобальна чи окрема, стабільна або нестабільна*. Людина з оптимістичним стилем інтерпретації подій, сказала б: «Це жахлива подія, але не я є її причиною. Вона зачіпає лише деякі сторони мого життя, але далеко не всі, і її наслідки колись закінчаться». На відміну від неї людина, яка відрізняється песимістичним стилем тлумачення подій, могла б сказати: «Це я винна в усьому, що відбулося, і наслідки цього позначатимуться ще дуже довго».

Центральна *гіпотеза набутої безпорадності* полягає в тому, що індивіди, які відрізняються песимістичним стилем пояснення подій, частіше здаються, потрапивши в біду, ніж індивіди, яким властивий оптимістичний стиль мислення. Було продемонстровано, що песимістичний стиль мислення є настільки стійким, що може зберігатися протягом 52 років (Burns & Seligman, 1989). У ході досліджень встановлено, що депресивні порушення, пов'язані з песимістичним стилем пояснення подій, спостерігається у студентів, психіатричних хворих та дітей. Використовуючи дані лонгітюдного дослідження, песимістичний стиль тлумачення подій в ранньому віці називають фактором ризику, здатного призвести до погіршення соматичного здоров'я в середньому і пізньому зрілому віці (Ch. Peterson, M. Seligman & P. Vaillant, 1988).

У цьому зв'язку ученими *розробляються основні положення позитивної психології* – напряму психології, яке займається дослідженням позитивних аспектів психіки людини (Центр прикладної позитивної психології (Centre of Applied Positive Psychology (CAP) знаходиться у Великобританії).

На відміну від класичної психології, яка орієнтується в основному на проблеми і патології, темами досліджень позитивної психології є те, що сприяє досягненню щастя людей (оптимізм, довіра, прощення, солідарність). Ці дослідження прагнуть розкрити здібності людини.

План терапії депресивних станів рекомендують будувати, спираючись на дані про негативний стиль мислення, навчаючи аналізувати і брати під сумнів свої розумові процеси. Стиль пояснення подій розглядають як основу одного з механізмів позитивної зміни поведінки для депресивних дітей, які отримують аутологічну і когнітивну терапію, а також для прогнозування та профілактики депресії (M. Seligman, 1998).

Дослідженнями А.Еліса (A.Elis), одного з основоположників *раціонально-емотивного підходу когнітивної терапії*, визначено різновиди когнітивної терапії. Роботу терапевта він бачить в корекції помилкових уявлень клієнтів, їхніх сумнівів і допомоги їм у заміщенні їх правильними чи адаптивними уявленнями. Після проведення такої роботи клієнтів навчають працювати самостійно. Такий підхід можна *використовувати і в роботі з батьками дітей з аутизмом*. Сім'ї чи

окремі її члени при цьому засвоюють особливі переконання, які панують в їхніх думках, що стосуються власних уподобань та інтерпретацій життєвих подій. А. Елліс наполягає на тому, що людина несе відповідальність за внутрішні розмови з собою і за власну поведінку.

А.Бек (А.Бек, 1970, 1995) визнавав, що в депресивних індивідів має місце *когнітивна тріада – негативний погляд на себе, світ і майбутнє («Я неповноцінний і нікчемний, до мене пред'являються нездійсненні вимоги і мене ніхто не розуміє, а майбутнє повне загроз і абсолютно безнадійне»)*. Це положення може бути також використане в роботі з батьками дитини-аутиста. Так, за А. Беком, для того, щоб зрозуміти природу емоційного епізоду або порушення, пацієнт повинен сфокусуватися на когнітивному змісті реакції на подію або думку, що засмутила його. Опитувальник А. Бека (BDI), розроблений ним для оцінювання депресії, нараховує 21 пункт і вимагає від респондента звіту про свої почуття і окремі соматичні порушення за останній тиждень). Це дає *можливість проаналізувати притаманні батькам дитини з аутизмом очікування, характеристики та атрибуції відповідальності (уявлення, що стосуються причин їхніх проблем) і спонукає більш об'єктивно проаналізувати свої переконання.*

Ідентифікація реакцій батьків дітей з аутизмом породжує, відповідно А. Беку, *три ефекти:*

- *занепокоєння з приводу неприємних подій зменшуватиметься завдяки послабленню їхніх негативних переконань стосовно дитини;*
- *нез'ясованість, властива негативним емоціям, починає прояснюватися і виникає надія;*
- *батьки набувають нові якості, можливості застосування яких в нових ситуаціях неухильно розширюються.*

Тобто, аналізуються як когнітивні помилки, так і базові переконання батьків, що стосуються їх самих та їхніх дітей.

У процесі аналізу конкретного випадку та здійснення втручання аутолог зазвичай намагається ідентифікувати і модифікувати думки батьків. Такі думки здатні впливати на почуття і поведінку і часто відіграють важливу роль в розвитку та збереженні психологічних розладів батьків, негативним або несприятливим чином впливаючи на їхню загальну оцінку різних ситуацій, пов'язаних з дитиною. Для того, щоб когнітивна терапія була успішною, батьки повинні навчитися ідентифікувати подібні думки в момент їх виникнення.

До числа методів, якими аутологи часто користуються при оцінці думок батьків, відносяться:

- *прямі питання,*
- *спрямовані розпитування;*
- *уявлення ситуацій в умі;*
- *рольові ігри;*

- поведінкові стратегії;
- відслідковування реєстрації частоти виникнення дисфункціональних думок.

Батьки навчаються оцінювати роль дисфункціональних думок та їхній вплив на виникнення і збереження проблем, пов'язаних з дитиною. Це, як правило, досягається в результаті співпраці, в процесі якої правильність таких думок зазвичай піддається сумніву, а також шляхом надання альтернативних пояснень і оцінок, чому сприяє спеціаліст.

Надалі, на основі різних припущень формуються очікування батьків, що стосуються поведінки дитини й інших людей і розробляються адекватні форми поведінки в конкретній ситуації. Основні принципи і особливості когнітивної терапії представлені в таблиці (див. табл. ІУ.2).

Таблиця ІУ.2

Основні принципи і особливості когнітивної терапії

1. Батькам демонструється взаємозв'язок між конкретними подіями, їх оцінкою та їхніми емоційними і психологічними станами	5. Втручання, націлене на виправлення таких когнітивних помилок, як надузгаальнення негативних припущень і переконань батьків, пов'язаних з дитиною
2. Втручання зазвичай є короткостроковим (як правило, займаючи не більше 20 сеансів)	6. Терапія передбачає домашні завдання для спростування дезадаптивних переконань і когнітивних помилок батьків
3. Терапія, націлена на підтвердження модифікацій (змін) негативних припущень і переконань батьків стосовно дитини	7. Встановлення повноцінної співпраці між членами родини дитини з аутизмом та її батьками
4. Втручання, націлене на модифікацію дисфункціональних думок батьків, що виникають за звичкою (автоматично), і не є раціональною реакцією на події, пов'язані з дитиною	8. Втручання, сфокусоване на цілях і проблемах дитини

Як відомо, учені, які дотримуються психодинамічної орієнтації, вважають емоції головним предметом уваги в психології, а мислення, на їхню думку, є вторинним процесом. Когнітивісти, на противагу цьому, схильні вважати, що емоції лише супроводжують мислення. Людина, яка помилково вірить або думає, що з нею трапиться щось жахливе, може відчувати при цьому тривогу або депресію. Депресія розуміється як спосіб, за допомогою якого людина інтерпретує навколишні події, що призводять до негативних емоційних переживань. Дитина-аутист, яка підросла і не зуміла засвоїти належні навички розв'язання проблем,

може виявитися вкрай дезорієнтованою, зіштовхнувшись з фрустрацією, гіркотою злиднів чи незадовільних стосунків.

➤ *Когнітивно-біхевіоральний підхід*

Когнітивно-біхевіоральний підхід вимагає когнітивного переструктурування, тобто перебудови пізнавальної діяльності людини. Проте така терапія рідко обмежується однією лише розумовою сферою, а, що важливо, здійснює зміни і в поведінці. Це призвело до того, що в кінці 1970-х і в 1980-і рр. були здійснені успішні спроби об'єднати поведінкові і когнітивні підходи до медико-психолого-педагогічного втручання.

Так, з боку біхевіористів приділялася увага внутрішнім когнітивним



процесам таким, як *затримка винагороди, моделювання, перцептивні стилі та приховані форми поведінки.* А. Бандура (A. Bandura, 1969) розширив сферу модифікації поведінки, включивши в неї *моделювання, наслідування і*

научіння за допомогою спостереження. Спільно з Ф. Канфер і Дж. Голдстейном (F. Kanfer & J. Goldstein, 1975) він зробив ще один крок до визнання ролі внутрішніх процесів людини. Ці вчені зосередили свою увагу на *процесах саморегуляції* з метою допомогти їй змінити свою поведінку.

Сучасний аспект включив навчання батьків процедурам пізнавальних процесів, таких як уява, фантазія, мислення, самосприйняття тощо. Прихильники підходу досить переконливо стверджують, що переконання батьків щодо того, що вони роблять і встановлення причини певної події, можуть бути так само важливі, як і самі події. У цьому зв'язку ідеї А. Елліса і А. Бека з рівними правами називають не просто когнітивними, але когнітивно-біхевіоральними.

У роботі з батьками дитини аутологу особливо важливо враховувати такі етапи:

- *прийняття стандарту, тобто досягнення чіткого розуміння батьками наміченої мети – наприклад, підвищення рівня успішності дитини;*
- *зіставлення її поточного функціонування зі стандартом – наприклад, допомога батькам правильно вичленовувати і звертати більше уваги на ситуації, які стосуються підвищеного ризику, і фокусуватися на наслідках можливих рецидивів (наприклад, на пропусках занять дитиною);*
- *зміна поведінки батьків, якщо поточна поведінка дитини не відповідає прийнятому стандарту. Це може бути, наприклад,*

використання когнітивних або поведінкових методів подолання проблем з метою протидії наполегливим позивам дитини до небажаної поведінки або протидії повернутися до наміченого стандарту (підвищення рівня успішності) після рецидиву.

Вестовер і Леньон (Westover & Lanyon, 1990) стверджують, що така модель самоконтролю, заснована на формуванні саморегуляції, є оптимальною в плані закріплення успіху в досягненні поставленої цілі. Відійшовши від суворого біхевіоризму, психологи знайшли, що їм простіше вбудувати свою терапію в когнітивні процедури, оскільки когнітивні аспекти краще піддаються спостереженню та перевірці.

У числі інших факторів, відповідальних за поворот до когнітивно-біхевіоральних підходів, необхідно назвати зростання відсотка психологів, які працюють у широкій сфері послуг з охорони психічного здоров'я та соціального забезпечення. Завдяки стрімко зростаючому обсягу знань про перцептивні процеси, стилі мислення і переробку інформації та зусиллям когнітивістів стало можливим ефективно поєднання цих знань з техніками спостереження і вимірювання, запозиченими з біхевіоризму.

Дж. Добсон (J. Dobson) об'єднав (1988) різні види когнітивно-поведінкової терапії як такі, що базуються на трьох фундаментальних постулатах:



а) когнітивна діяльність впливає на поведінку; когнітивні оцінки подій здатні впливати на реакції на ці події;

б) когнітивна діяльність доступна моніторингу та корекції; передбачається, що дослідники можуть отримати доступ до мисленневих процесів і змінювати їх;

в) бажаних поведінкових змін можна досягти за допомогою когнітивних змін. Кінцевою метою залишається зміна поведінки. Але для її досягнення можуть бути використані когнітивні механізми замість класичного і оперантного обумовлення.

Трьома головними формами когнітивно-поведінкової терапії визнані:

- різні види терапії когнітивного переструктурування, зразками якої є методи А. Елліса і А. Бека;
- терапія навичок копіngu (подолання стресу);
- терапія, спрямована на вирішення проблем.

Два останніх типи, як виявляється з назв, приділяють основну увагу обережному і продуманому засвоєнню чи удосконаленню батьками дітей і самими дітьми адаптивних і асертивних (англ. assertion) навичок, тобто здатності оптимально реагувати на критику та вміння рішуче

говорити собі та іншим «ні», якщо цього вимагають обставини, не порушуючи при цьому моральних прав іншої людини.

Тренінг навичок часто передбачає, перш за все, навчання батьків процедурам самоврядування (self-management – самоефективності; А. Bandura, 1977, 1977, 1980), самоінструктуванню (Meichenbaum, 1977) і самоконтролю (Kanfer & Karoly, 1972). На думку А. Бандури, усвідомлення самоефективності відіграє важливу роль, оскільки вона може бути основною детермінантою, що ініціює поведінку або її відсутність, а також визначає обсяг прикладених зусиль і тривалості спроб, що вживаються батьками для подолання несприятливих обставин.

Такий підхід розглядається і як метод *розв'язання соціальних проблем*. Їхнє вирішення позитивно пов'язується з *соціальною компетентністю батьків* і визнається зворотно пропорційним психопатології і дезадаптивній поведінці. Вважається також, що тренінг навичок вирішення проблем підвищує соціальну компетентність і допомагає послабити дезадаптивну поведінку, а також впоратися зі стресом і з проблемами, що знову виникають (D'Zurilla, 1988). Цей підхід передбачає оцінку здатності членів родини дитини з аутизмом ідентифікувати й усвідомлювати проблеми та пов'язані з ними емоції, а також аналізувати можливі альтернативні шляхи їх вирішення.

Узагальнюючи, зазначимо, що:

- довгі роки біхевіоральний підхід піддавався інтенсивній критиці за надто механістичне і надто спрощене уявлення про людську природу;
- когнітивістський підхід позитивно перевершує біхевіоральний, коли справа стосується перцептивних процесів, пов'язаних з чуттєвим сприйняттям предметів, стилів мислення і стратегій вибору розв'язання проблем. Проте його важче (часто неможливо) застосувати в аутологічній практиці внаслідок меншої конкретності вимірювань;
- *когнітивно-біхевіоральний підхід детально розвинув такі поняття, як самоусвідомлення, самоконтроль і контроль над гнівом.*

Разом з тим, когнітивні аспекти припускають потенційно дуже перспективні взаємозв'язки з психологією розвитку, дослідженнями в галузі переробки інформації, нейропсихології, реабілітації та освітньої психології. Поведінковий і когнітивний підходи продемонстрували сприйнятливність до більш крупних систем, ніж окрема особа, зокрема, до внутрішньосімейних взаємодій, а також до прийняття рішень в місцевих організаціях та спільнотах (Patterson, 1982).

Таким чином, *когнітивно-біхевіоральний (або поведінково-когнітивний) підхід* у своїх різних формах зарекомендував себе як напрям, здатний

зачіпати найширше коло людських проблем. До таких, зокрема, відносяться *проблеми сім'ї та виховання дітей з аутизмом, їхня поведінка, делінквентність (психічна готовність до правопорушення) та соціальна адаптація*. Цей напрям продовжує інтенсивно розвиватися і сьогодні, зокрема удосконалюється терапія розладу особистості, яке часто *супроводжується нанесенням шкоди самому собі і маніпулюванням оточуючими*.

Головна перевага поведінково-когнітивного підходу стосовно психодинамічних теорій полягає в розробці схем для психолого-педагогічного втручання і лікувальних рекомендацій. Організація умов втручання і підкріплення виходить на перший план, коли особи, що займаються плануванням соціальної допомоги та реформами у сфері освіти й охорони здоров'я, намагаються змінити соціальні системи, сприяючи створенню більш досконалих і стимулюючих структур.

❖ **Різновиди гуманістичного підходу до здійснення психолого-педагогічної допомоги**

У цілому різним гуманістичним підходам до психолого-педагогічного втручання властивий ряд об'єднуючих їх базових положень (див. табл. ІУ.3).

Таблиця ІУ.3.

Основні принципи й особливості гуманістичної терапії

- Врахування притаманної людям природної схильності до здорового емоційного розвитку як основного постулату гуманістичної терапії
- Формування самоактуалізації як умова розвитку інтегрованих, більш складних рівнів соціально-емоційної сфери дитини
- Формування самодетермінізму як здатності здійснювати контроль, вибирати патерни поведінки і конструювати взаємостосунки
- Встановлення фахівцем взаємостосунків з дитиною-аутистом та її батьками – центральне місце гуманістичного підходу
- Досягнення аутологом щирих стосунків з членами родини дитини
- Встановлення й усунення в ході втручання неконгруентності¹² між переживаннями дитини і Я-концепцією (тобто, уявленнями про саму себе)
- Безумовне позитивне ставлення аутолога до дитини та її родини – підхід, що відрізняється прийняттям, відсутністю осуду, підтримкою

Отже, як показують дані таблиці, одним з базових положень гуманістичного підходу виступає ідея про те, що *людям притаманні*

¹² **Конгруентність** (лат. congruens, -ntis – рівномірний, відповідний) в широкому сенсі — рівність, адекватність один одному різних примірників чого-небудь (зазвичай змісту, вираженого і представленого в різних формах) або узгодженість елементів системи між собою. Конгруентність - це відповідність думок, слів і дій один одному. Тобто, це повна відповідність вербальних і невербальних сигналів один одному. Як правило, виходить зі стану внутрішньої гармонії і комфорту людини з самою собою. Це поняття запропоноване американським психологом Карлом Роджерсом.

вроджені процеси, які спрямовують їхній емоційний розвиток. Іншим загальним моментом є віра в те, що природний емоційний розвиток, як правило, знаходить відображення в доброму здоров'ї та успішному функціонуванні в навколишньому середовищі. Однак у випадку стримування цих природних вроджених тенденцій може розвинути дистрес, який погіршує протікання психофізіологічних функцій. Гуманістичний підхід виходить з того, що цілеспрямоване усунення нездорових обмежень, яке водночас здійснюється для дитини в безпечному середовищі, сприяє процесу оздоровлення і призводить до ослаблення психопатології і пов'язаних з нею проблем.

Гуманістичні підходи об'єднуються загальним акцентом на особистісному зростанні і позитивному погляді на перебіг людського життя. Однак, на думку опонентів гуманістичному підходу, який орієнтований на соціоемоційне зростання дитини, властивий надмірний оптимізм. У цьому відношенні гуманістична психологія різко контрастує з психоаналітичною переконаністю у потужному впливі ірраціональних (лат. *irrationalis* — несвідоме, нерозумне) дитячих мотивів і емоцій. Водночас, на думку деяких психологів, віру в дієвість ідей гуманізму та особистісного зростання слід стримувати атмосферою скептицизму і суворого дослідження.

У цілому ж деякі галузі гуманістичного підходу, що виникли в 1960-х і 70-х рр. (особливо пов'язані з рухом за людський потенціал і гештальт-терапією), є абсолютно новаторськими за своїми методами і можуть використовуватися в роботі з дітьми з аутизмом та їхніми родинами.

Так, *гештальт-психологія*, яка зародилася в Німеччині на початку ХХ ст., зробила величезний вплив на експериментальну психологію. Гештальт (*gestak*) – означає єдину форму, єдине ціле. Засновники цього напрямку стверджували, що психологічні феномени є організованим цілим, а не розрізненими частинами: «Ціле більше суми його частин». Метою гештальт-терапії є усвідомлення, що веде до особистісного зростання, автономії і прийняття відповідальності за себе. Основоположник гештальт-терапії Ф. Перлз (F. Perlz, 1893–1970) фокусує увагу пацієнта на «тут-і-тепер» і спонукає його прийняти на себе відповідальність за свої думки і вчинки. Гештальтисти часто працюють з групами, де одна людина займає «гаряче місце» і піддається обстрілу градом питань. Вони можуть використовувати психодраму, коли учасники програють свої старі проблеми або пробують себе в нових ролях. У «первинній терапії» (*primal therapy*) аутолог/психолог/клінічний психолог спонукає дорослих до емоційної експресії, так званого первородного крику, що свідчить про травму



народження. Крім того, можуть викладатися різноманітні йогічні і медитативні дисципліни.

На відміну від інших нововведень гуманістичного руху, велику кількість досліджень породив новаторський інтерес К.Роджерса (K. Rogers) до запису терапевтичного процесу і вивчення Я-концепції. Це так звана *терапія, центрована на клієнті* – *персоноцентрична терапія*. Маючи в минулому



досвід клінічної роботи з дітьми і усвідомлюючи важливість міжособистісних стосунків, К. Роджерс розробив метод, метою якого не стали доведення несвідомого до свідомості і увага до минулого. К. Роджерс працював з сьогоденням і допомагав людині прояснити її сприйняття самої себе при

мінімумі інтерпретації та директивності. Іншим революційним аспектом діяльності К. Роджерса стало те, що він був першим, хто став записувати проведені інтерв'ю та публікувати їх стенограми. Він також заснував програми широкомасштабних досліджень, порівнюючи звіти пацієнтів про сприйняття свого фактичного «я» з їхнім ідеальним «я». Це і є так звана *персоноцентрична терапія*, тобто *центрована на клієнті*.

Основна техніка, яку привніс К. Роджерс у психотерапію, – *це відображення почуттів*. Він вважав за краще діяти на зразок дзеркала, повідомляючи пацієнту про те, яким він йому бачиться, але в той же час трохи глибше проникаючи в емоції, які він розкриває. Завдяки цьому, клієнт поступово все більше і більше входить в контакт зі своєю індивідуальністю і, в результаті, починає сприймати себе і сприймати свої стосунки з іншими.

Полстер (Polster & Polster) так описує гештальт-терапію: «До найбільш центральних положень, які лежать не тільки в основі гештальт-терапії, а й в основі значної частини всього гуманістичного руху, можна віднести наступні: а) сила – в теперішньому, б) переживання – понад усе; в) фахівець є своїм власним інструментом.

К.Роджерс сформулював *три взаємопов'язаних між собою якості, які забезпечують необхідні і достатні умови для професійного зростання*: а) конгруентність (відповідність між думками і поведінкою спеціаліста), б) емпатія (точне сприйняття почуттів іншого) і в) позитивне ставлення до іншого (повагу без домішки засудження).



Спеціалісти позначили психоаналіз, біхевіоризм і гуманістичну психологію як «три сили» в психології. На роль «четвертої сили» (як частини гуманістичного руху) претендує *«трансперсональна психологія»*. Термін, введений А. Маслоу, з'явився в 60-і роки ХХ ст. і означає «психологію, що виходить за межі

особистості». Вона займається вивченням граничних людських можливостей, приклади яких бачать в містицизмі, змінених станах свідомості, виході за межі власного «я» і духовному досвіді.

Лідером цього напрямку є С. Гроф, який розробив *метод холотропного дихання* (холотропний, тобто той, що приводить до цілісності). При цьому методі змінений стан свідомості досягається за допомогою особливої роботи з диханням і «відключення» свідомості під впливом спеціальної музики, що відроджує традиції язичництва.

Багато батьків аутистів і дорослі високофункціональні аутисти дотримуються віри в ту чи іншу «вищу істоту» або іншу *духовну психологію*, духовну концепцію. Цю віру вони часто співвідносять з психологічним втручанням. Відповідні методи застосовані ще В. Джеймсом і К. Юнгом, проте ці методи на перший план виступили тільки в останній чверті ХХ ст. Багато ідей, що лежать в основі трансперсонального руху, з'явилися з незахідних джерел і, перш за все, з Індії та Японії. Духовна психологія в її різних формах наполягає на існуванні безпосереднього інтуїтивного знання, відвертості і просвітління, яке глибше і могутніше земного надбання «емпіричного» пізнання.

Висновки

Підводячи підсумки викладеному матеріалу, зазначимо, що аутологу важливо при виборі того чи іншого підходу орієнтуватися *в подібності, відмінностях, еklekтизмі та інтеграційних можливостях різних форм втручання*. У таблиці ІУ.4, на основі аналізу відповідних наукових джерел, представлено дані про те, що об'єднує різні форми психолого-педагогічного втручання, які спрямовані на допомогу, в чому вони відрізняються між собою, чи можна якимось чином об'єднати їх. Отже, в таблиці наведено приблизний і спрощений огляд факторів (акцентів), властивих трьом головним теоріям і практичним методам психотерапії, які на сьогодні ще недостатньо інтенсивно застосовуються в аутологічній роботі.

Таблиця ІУ.4

Порівняльний аналіз розміщення акцентів в основних психологічних теоріях

Види акценту	Психоаналітична (фрейдистська)	Біхевіорально-когнітивна	Гуманістична (роджерівська)
Системний акцент	Індивідуальний з біологічним підґрунтям	Індивід. акцент на управлінні поведінкою	Індивідуальний акцент
Людина на противагу ситуації	Людина	Людина і ситуація у взаємодії	Людина і акцент на групах тренінгу

Період життя, що виступає як об'єкт вивчення	Минуле	Сьогодні	Сьогодні
Фокус втручання й усвідомлення	Мислення (перехід неусвідомленого в усвідомлене)	Поведінка і свідоме мислення	Поточні почуття і усвідомлене сприйняття
Роль фахівця	В основному пасивна	Активна	Пасивна
Число технік і їхній акцент	Обмежене (катарсис, інтерпретація, аналіз переносу)	Велика кількість технік, зосереджених на ідеї підкріплення	Обмежене (відображення почуттів)

Як показують матеріали таблиці, *фрейдистам* притаманний явний біологічний ухил в бік патології, яка виникає з нездатності людини на ранніх стадіях поведінкового розвитку адаптувати свої базові потяги до норм соціальної моралі. *Біхевіористи* і до деякої міри гуманісти, хоча і приділяють увагу окремим індивідам, працюють також з більш великими групами. Якщо фрейдисти намагаються розкрити неусвідомлене людини, то послідовники К. Роджерса і біхевіористи (у тому числі когнітивні біхевіористи) працюють з тим, що представлено в її свідомості. Психодинамічні підходи загострюють увагу на минулому індивіда, а два інших – на сьогодні. Роджерівці схильні займати в терапії пасивну роль, терапевти-психоаналітики також переважно пасивні, проте пропонують свої інтерпретації. *Біхевіористи найбільш схильні займати активну і директивну позицію. Окрім того, біхевіористи (в основному завдяки своїм дослідженням) розробили великий і детально опрацьований комплекс технік, яких в їхньому арсеналі більше, ніж у представників двох інших напрямів.*

Знання аутологом основних теорій сприятиме підвищенню ефективності при виборі ним методів корекційно-розвивальної і профілактичної роботи і при визначенні можливості та правомірності поєднання цих методів. Бути еkleктичним означає користуватися різними джерелами і методами, ніж жорстко притримуватися будь-якої однієї теорії або набору технік.

Водночас необхідно враховувати, що єдиної версії еkleктичної терапії не існує. *Кожен аутолог може мати власні улюблені уявлення щодо того, як формулювати проблеми дитини та її батьків і як поводитися з ними в ході тісних взаємин, які і є аутологічним втручанням.*

Аутологи можуть бути еkleктичними, конвергентними, інтеграційними або транстеоретичними у своїх підходах до

аутологічного втручання. На думку фахівців, кожна теорія має свої унікальні переваги і недоліки і жодна теорія не зачіпає всіх без винятку потреб в достатній мірі (L. Volea. 2000). При цьому важливо зазначити, що, за науковими дослідженнями, деякі аутологи, які вважають себе прибічниками інтеграції різних теорій, часто цитують праці видатних прихильників психодинамічної, або поведінкової, чи гуманістичної терапії, які публічно заявляли, що більше не можуть працювати, в рамках однієї-єдиної теорії (Lazarus, 1993; Marmor, 1993; Watchel, 1993).



Відносин між батьками та аутологом.

Загальним фактором, що об'єднує основні психологічні теорії (психоаналіз, біхевіоризм і гуманістичну психологію), є батьки, зокрема і батьки дітей з аутизмом. Вони звертаються до фахівця, оскільки багато з них нещасні, їм боляче і вони деморалізовані. Тому основний фактор – це встановлення позитивних

Отже, хоча в реальній практиці аутологічного втручання різні його види і складові неминуче поєднуються між собою сотнями різних способів, докладно обговорюються три найбільш типові методи.

Перший з них, *інтегративний* (теоретична інтеграція), спрямований на об'єднання кількох теоретичних поглядів в єдине ціле. При цьому висловлюється надія на те, що підсумкова модель принесе більш позитивні результати, ніж її окремі складові (Prochaska & Norcross). Так, за останні декілька десятиліть робилися численні спроби об'єднати поведінкову і психодинамічну теорії.

Технічний еkleктизм намагається прийняти на озброєння перш за все практичні методи втручання, засновані на різних поглядах. При цьому він зовсім не обов'язково поділяє теорії, на яких ці методи засновані. Однак аутологи, які працюють в стилі технічного еkleктизму, не повністю «вільні від теорій». Як правило, вони найактивнішим чином стежать за останніми науковими даними: опрацьовують літературу, відшукуючи методи, випробувані емпіричною перевіркою, намагаються підібрати оптимальну техніку для кожної проблеми (Lazarus, Beutler & Norcross, 1992).

Нарешті, *підхід конвергентних (загальних) факторів*, заснований на положенні про те, що загальні фактори набагато важливіші ніж фактори, які є унікальними для того чи іншого різновиду втручання. Підкреслюється, що саме тому вони можуть бути також важливими для прогресу аутології. Популяризація інтегративного й еkleктичного підходів для аутологічного втручання має ряд причин.

По-перше і, можливо, найважливішим є те, що жодна самостійна теорія не зарекомендувала себе як адекватна для всіх ситуацій і проблем аутистів та їхніх батьків без винятку.

По-друге, при запровадженні страхової медицини відповідні компанії (як показує досвід зарубіжних країн) обмежуватимуть кількість занять, які вони готові компенсувати, сплачуючи витрати в сфері охорони психофізичного здоров'я та психотерапії. Багато з цих організацій вимагатимуть застосування до конкретних проблем емпірично підкріплених технік (Austad, 1996).

По-третє, найбільш популярними серед споживачів аутологічних послуг є короткочасні форми психолого-педагогічного втручання. Крім того, зростає їхня популярність і серед аутологів. Водночас стимулом для руху до інтеграції різних підходів в аутологічній роботі стає визнання того факту, що варіативність в набагато більшій мірі визначається загальними, ніж специфічними факторами (Lambert, 1992).

І нарешті, розробка оптимальних методів аутологічного втручання також сприятиме руху в напрямку *аутологічної інтеграції* (Lambert & Bergin, 1992, 1994; Prochaska & Norcross, 1999).

На нашу думку, для того щоб транстеоретичні підходи виявилися корисними в аутологічній практиці, вони повинні *відповідати п'яти основним критеріям*:

- враховувати відмінності і подібності різних теоретичних підходів до аутологічного втручання;
- центральне місце повинні займати показники надійності та валідності;
- результати змін мають застосовуватися до життя дитини та її сім'ї і поза процесу аутологічної допомоги;
- загострювати увагу на розповсюджені результатів аутологічного втручання, виходячи за межі їхнього психолого-педагогічного використання;
- не просто «запозичувати» ті чи інші техніки з інших галузей науки і практики, а стимулювати новаторство в аутологічній діяльності.

Завдання і запитання

1. *Визначте мету, завдання і різновиди підходів до здійснення аутологічної допомоги дітям з РАС.*
2. *Схарактеризуйте гуманістичний підхід до здійснення психолого-педагогічної допомоги аутичним дітям.*
3. *Коротко розкрийте особливості когнітивно-біхевіорального підходу до здійснення аутологічної допомоги дітям.*
4. *Розкрийте основні принципи і особливості біхевіоральної терапії.*
5. *Визначте загальний фактор, що об'єднує основні психологічні теорії (психоаналіз, біхевіоризм і гуманістичну психологію).*

6. Які методи аутологічного втручання в реальній діяльності аутолога є найбільш типовими?

Література

1. Гуманістична психологія. - К.: Університетське вид-во "Пульсари", 2001- 252 с.
2. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. — СПб.: Евразия, 1999. — 478 с.
3. Психологія. Підручник для студ. вищ. закл. освіти / Ю. Л. Трофімов, В. В. Рибалка, П. А. Гончарук та ін.; за ред. Ю. Л. Трофімова. К. : Либідь, Вид. 3-тє, стер. - К. : Либідь, 2001. - 558 с.
4. Роджерс К. Гуманистическая психология. Теория и практика. Издат-во: «МОДЭК», «НОУ ВПО Московский психолого-социальный университет», 2013. – с. 58- 170.
5. Тарасун В. Аутологія. Монографія.- К.: Вид-во «МП Леся». 2014. – 580 с.

9.2. Консультування з питань розвитку і корекційно-розвивальної допомоги дітям з РАС

Багато професіоналів, що займаються проблемою надання допомоги людям зокрема, Сандберг Н., Уайнбергер А., Таллин Дж.¹³, доводять, що практичні працівники мають надавати послуги у вирішенні і тих життєвих проблем, які не обов'язково аномальні або навіть не дезадаптивні.

Багато батьків дітей-аутистів мають потребу в тому, щоб їм допомогли вирішити, що робити в житті, як справитися з неминучими переживаннями, як добиватися того, чого вони здатні добитися в роботі зі своїми дітьми. У даному разі аутолог виступає в якості фасилітатора.¹⁴

Сприяючи цим зусиллям, фахівець спирається на свої знання з соціальної та диференціальної психології більшою мірою як консультант, аніж як аутолог. Такі послуги часто називають консультуванням, проте це слово неоднозначне, хоча воно вже давно є в повсякденному мовленні і вживається в багатьох смислах. Прагнучи підібрати більш вдалу назву для такого типу послуг, фахівці в галузі психології пропонують цей вид діяльності розглядати як *консультування з питань розвитку*. Його об'єднує ряд спільних рис з іншими техніками втручання, але існують і власні відмінні особливості, і багатьох аутологів можна вважати консультантами.

¹³ Сандберг Н., Уайнбергер А., Таллин Дж. Клиническая психология. Теория, практика, исследования, 5-е международное издание. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - с. 90-170.

¹⁴ Фасилітатор (англ. Facilitator, від лат. Facilis - «легкий, зручний»), тобто спеціаліст, який стимулює роботу групи або підгрупи батьків при виконанні ними того або іншого завдання. Фасилітатор – людина, що забезпечує успішну групову комунікацію.

Найбільш явною відмінністю консультативної діяльності від інших є її акцент на нормальному розвитку і зростанні. Основне положення цієї галузі консультування свідчить, що життя від початку і до кінця супроводжується еволюційним прогресом і що фахівець може виконувати функції фасилітатора, допомагаючи розвитку дитини та її сім'ї в бажаних напрямках. Л. Тайлер (Tyler) ще 1960р. запропонувала для такого роду консультування термін *допомога мінімальними змінами*. Така терапія надає підтримку та інформацію, що сприяє безперервному особистісному зростанню. Один з аспектів, за якими консультування з питань розвитку відрізняється від інших видів психолого-педагогічної терапії, полягає в тому, що воно *призначене не тільки для людей, які мають психофізичні розлади або проблеми у відносинах з членами сім'ї, а для всіх, хто залучений в цей процес*. При цьому кожен в цьому процесі стикається з ситуаціями, коли важко вирішити, що робити, і опиняється залученим в складні відносини з іншими людьми. Саме консультування з питань розвитку може певною мірою допомогти людям впоратися з цими проблемами.

Концепція нормального розвитку включає в себе також *поняття позитивної адаптації до життєвих труднощів і можливостей*. На початку ХХІ ст. в цілому психологія взяла курс на вивчення таких позитивних емоцій, як щастя і адаптивні психічні стани, усвідомивши, що *і теорія, і практика приділяли надто багато уваги патології*



і проявам негативної поведінки (див. січневий випуск журналу *American Psychologist* за 2009 р.). При цьому підкреслюється важливість схожості між біхевіориськими ідеями про позитивне підкріплення та гуманістичними цілями особистісного зростання і самоактуалізації.

Особливістю, що відрізняє консультування з питань розвитку від багатьох інших видів допомоги, є те, що *відповідальність за свої рішення несуть батьки дитини*. Аутолог не дає прямих порад з приводу їхніх життєвих проблем, він не пропонує і не планує за них, хоча в ході інтерв'ю і можуть згадуватися можливі варіанти їхніх подальших дій. З цією особливістю консультування з питань розвитку узгоджується той факт, що консультаційні зустрічі завжди мають обмежену тривалість. Батьки дитини завжди приходять на консультацію, маючи на увазі певну мету, нехай навіть і розпливчасту, і на рішення поставленого завдання спочатку відводиться достатня кількість часу. У результаті в ряді випадків учасники можуть приходити до висновку, що поставлена задача є важкою для її розв'язання або нездійсненною.

Консультації з питань розвитку передбачають використання аутологом різних типів фактичної інформації і тому він повинен вдаватися до співпраці з різними фахівцями і спеціалізованими соціальними службами. Щоб гідно впоратися зі своїми завданнями, аутологам необхідно знати, де слід шукати відповідні джерела інформації. Для цього потрібно підтримувати контакти з місцевими освітніми установами, мати інформацію про дитячі садки, ясла, інтернати тощо. Доводиться з'ясовувати і подробиці, що стосуються умов проживання дитини, сімейної ситуації, про минуле сім'ї та її сьогоденне тощо. Діяльність аутолога-консультанта може перетинатися з діяльністю соціальних працівників та інших фахівців, які професійно допомагають людям. Допомога у випадках проблем з адаптацією вимагає уваги як до дитини та її сім'ї, які адаптуються, так і до того середовища, до якого вони повинні адаптуватися.

Водночас варто враховувати, що консультаційна психологія як професія виросла з більш вузької сфери діяльності, яка раніше носила назву професійної орієнтації, діапазон якої розширився і охопив безліч нових сфер, які раніше неможливо було й уявити.

Психологи-консультанти, аутологи-консультанти ділять з клінічними психологами все більше число загальних інструментів, серед яких перше місце займають підходи і методи, пов'язані з когнітивно-біхевіоральним обстеженням і втручанням.

Корзіні (Corsini, 1989) дослідив, що консультанти приділяють увагу різним формам професійної активності, до числа яких відносяться, як основні, слухання, розпитування та інтерпретація. Базуючись на цих даних, можна стверджувати, що всі ці форми присутні в арсеналі представників обох спеціальностей, однак аутологи більше часу мають відводити слуханню батьків дітей з аутизмом, тоді як консультанти мають більше інформувати і пояснювати.

➤ Безперервна еволюція консультування

Професії, пов'язані з допомогою людям, які підпадають під категорію консультування, все більше і більше перетинаються. При цьому особливого значення надається поняттю компетентність як ключового і центрального. На професійну компетентність і самоповагу впливають стилі мислення, природні здібності, інтелект у його широкому розумінні, що включає орієнтацію в житті і адаптивні навички (Bednar, Wells & Peterson, 1989; Sternberg & Kollegian, 1990).

Поряд з компетентністю і навичками в центрі уваги консультаційної роботи перебуває поняття інтересів. Теорія Холланда (Holland, 1997, 1999) тісно пов'язує інтереси дитини з особливостями її

особистості, а також з тим, як дитина та її батьки вписуються в своє оточення.

Аутологи свої професійні інтереси можуть оцінити за системою з 6 осей (RIASEC):

Реалістичний (realistic) інтерес – практичність, робота з матеріалами; дослідницький (investigative) – інтерес до науки і вирішення проблем; художній (artistic) – прагнення до неструктурованого самовираження; соціальний (social) – прагнення допомогти і до групових навичок, підприємницький (entrepreneurial) – прояв інтересів до лідерства та управління, традиційний (conventional) – любов до порядку і незмінного режиму роботи.

Консультаційна психологія принесла ряд знаменитих дослідників, в числі яких Роджерс, Труакс, Каркхафф, Стронг, Паттерсон, Тайлер. Не менші зусилля докладають і більш сучасні дослідники – Хілл і його колеги (Hill, Helms, Spiegel & Tichenor; Hill, Helms, Tichenor & Spiegel). Відзначаючи, що *процес консультування можна розглядати як послідовність поворотних пунктів*, Мартін і Стельмашонек (Martin & Stelmaczonek) вирішували питання: який ефект конкретної події в консультаційному процесі – корисний він чи ні? В іншій програмі досліджень вивчалися питання зміни періодів домінування в консультаційному процесі, а також їх взаємозв'язок з успішними результатами консультування. А. Айві і колеги (Daniels, Rigazio-DiGilio & Ivey; Evans, Hearn, Uhlemann & Ivey) розробили систему під назвою *мікроконсультування*, приділяючи пильну увагу подробицям підготовки консультантів.

З роками сфера консультування розширювалася в багатьох напрямках. Особливого інтересу заслуговує та увага, яку консультанти почали приділяти дитячому періоду. В міру того, як нові дослідження призводили до все більш глибокого розуміння процесів індивідуального розвитку, стало очевидно, що *раннє втручання нерідко може багаторазово окупитися надалі*.

Зараз доступними є багато можливостей отримання освіти для дітей з особливими потребами. Для того, щоб аутологу проінформувати батьків дітей-аутистів про ці можливості і допомогти кожній дитині знайти оптимальні умови для розвитку, робляться дії, багато в чому аналогічні роботі, що виконується професійними консультантами. Вже протягом багатьох років консультанти працюють у школах. Спочатку вони спеціалізувалися на явищі освітніх та професійних задатків і видачу відповідних рекомендацій. Потім у багатьох країнах ця роль стала більш різноманітною, але в той же час і частково невизначеною. У ряді випадків якість підготовки не цілком відповідала професійним вимогам, здавалося, що роль шкільного консультанта може деградувати до ролі «людини, до якої посилають дітей з проблемною поведінкою».

На допомогу учням виник рух, заснований на центральному положенні, що стверджує: *учні вчать найкраще, коли роблять спроби вирішити найбільш актуальні проблеми в їх особистому житті*. Ця концепція багато в чому аналогічна корпоративним програмам допомоги співробітникам. Шкільні консультанти зайняли своє місце в команді допомоги учням спільно зі шкільними психологами, соціальними працівниками та персоналом інших установ

Шкільні консультанти намагаються запропонувати більш широкий і гнучкий діапазон послуг і програм, що протистоять різко збільшеному обсягу проблем, з якими стикаються сучасні учні. Програми сприяння учням нерідко допомагають перекинути місток між школою та суспільством, зокрема за участю членів їхніх сімей.

Що стосується раннього віку, то тут консультаційною допомогою накопичено багатий досвід професійної та освітньої діяльності. Починаючи з другої половини ХХ ст. психологам-консультантам вдалося звести воедино класичні консультаційні підходи до допомоги індивідуальному розвитку та адаптації з новітніми напрямками в багатьох інших галузях, наприклад, когнітивно-біхевіоральний підхід з нейрпсихологією.

Використовуючи наукові досягнення, консультанти працюють у реабілітаційному середовищі, зокрема, з дітьми, які перенесли черепно-мозкові травми або страждають іншими важкими психічними і/або фізичними вадами. Для таких дітей оцінка збережених навичок і відновлення адаптивних патернів поведінки, що здійснюються аутологом-консультантом, може визначити те середовище, в якому зможе жити дитина, а значить визначити якість її життя.

З усвідомленням того факту, що повна корекція такого важкого і стійкого асинхронного розвитку як аутизм є малоімовірною, а також з урахуванням того, що якість життя таких дітей багато в чому залежить від їхніх соціальних навичок, робота з ними набула нового значення. *Ця робота, як правило, фокусується на розвитку та збереженні в низько- і середньо функціональних аутистів навичок самообслуговування, соціальних навичок і навичок вирішення їхніх життєвих проблем. Батьки ж водночас намагаються підтримувати прийнятну якість життя дітей поза їхнього перебування в лікувальному чи освітньому закладі.*

На сьогодні також отримала розвиток така галузь консультативної психології, як Духовне наставництво. Ці послуги, наприклад, в Сполучених Штатах пропонуються як під егідою різних релігійних організацій, так і незалежно практикуючими особами. Пасторське

консультування при роботі з дітьми з особливими потребами будь-якого віку зазвичай фокусується на окремому епізоді або проблемі і розглядає їх з релігійної точки зору. Духовне наставництво – широкий термін, найчастіше позначає постійні і тривалі відносини, в ході яких духовний наставник або ментор на регулярній основі оцінює якість духовного зростання особи і її молитовного життя. До цього процесу може підключатися особистісне або сімейне консультування і час від часу консультантом може рекомендуватися спеціальне читання, обряди, медитація або усамітнення. У вузах багатьох країн на семінарах значна увага приділяється підготовці студентів до пасторського консультування.



Отже, аутологічна допомога – це інформоване і цілеспрямоване використання психолого-педагогічних методів і принципів, які сприяють/забезпечують дітям з РАС та їхнім батькам можливість змінювати свою поведінку, емоції та думки і рухатися в напрямку обраних цілей.

Як показують результати здійсненого нами аналізу відповідних наукових джерел, існує чимало різновидів аутологічного втручання на різних системних рівнях. Їхнє знання допоможе фахівцям визначити шляхи ефективної допомоги аутистам та їхнім сім'ям. Одні фахівці намагалися виділити загальні елементи в різних техніках, інші застосовували конкретні техніки незалежно від теорії, з якої ті були запозичені. Повсюди стали впроваджуватися *еклектичні методи*, а аутологи почали користуватися концепціями та техніками, запозиченими з різних джерел і адаптувати корекційно-розвивальні методики під конкретну дитину. Деякі робили спроби інтегрувати різні види психолого-педагогічної і нейропсихологічної допомоги.

Економічні реалії, без сумніву, будуть і надалі впливати на аутологічні (особливо діагностичні) методи, які повинні стати більш короткостроковими і проходити більш ретельну емпіричну перевірку. Разом з тим, вже на сьогодні багато професіоналів-аутологів працюють одночасно і в якості консультантів, і в якості корекційних педагогів і спеціальних психологів.

Широкий спектр ідей, популярних у наш час, ймовірно, буде звужуватися, хоча обов'язково наповниться новими теоріями і концепціями.

При забезпеченні консультативної допомоги з питань розвитку і корекційно-розвивальної допомоги фахівцю важливо враховувати: стан поведінкових розладів в дитини з РАС; основні стратегії корекційно-розвивальної допомоги, спрямованої на попередження виникнення в неї поведінкових проблем; моделі і мету надання психолого-педагогічних послуг сім'ї дитини з РАС.

Коротко розкриємо деякі із зазначених компонентів консультативної допомоги дітям з аутизмом.

➤ *З метою визначення стану поведінкових проблем необхідно:*

По-перше, забезпечити встановлення:

- *якісних відмінностей нормальної (нейротипової) поведінки дитини-аутиста від поведінки з відхиленнями;*
- *стану копінг-поведінки (від англ. Coping – справлятися) як здатності дитини з РАС максимально можливо впоратися зі стресовою ситуацією, оволодіти нею шляхом регуляції власного психічного стану, не допускати чи долати негативні наслідки перебування у стресогенних умовах;*
- *особливостей прихильності як одного з еволюційних завдань дитячого віку;*
- *специфічних патернів труднощів пристосування;*
- *тривалості проблем дитячого віку (як швидко фахівцю потрібно втрутитися) і рівня їхньої значущості (тимчасові фази чи аномальні, патологічні);*
- *рівня мовленнєвого розвитку (як рецептивного, так і експресивного), когнітивного рівня, накопиченого досвіду;*
- *розуміння етичних питань як визначальних факторів для участі дитини в процесі психолого-педагогічного втручання;*

По-друге, забезпечити врахування основних складових процесу попередження поведінкових проблем, а саме:

- *ситуацій і змін, що закріплюють відхилення в розвитку дитини;*
- *умов, що сприяють підвищенню ефективності профілактичної допомоги;*
- *розширеного соціального контексту дитини (контекстуальний аспект сім'ї і оточуючого середовища);*
- *контексту профілактичної допомоги: втручання, адресовані дітям, адресовані батькам, сімейні втручання, комунітарне (від англ. *communitarian* < фр. *commune* «община» < лат. *communis* «за гальний») втручання;*
- *типів консультативної допомоги: індивідуальної, групової, із залученням ігрової терапії, поведінкової і когнітивно-поведінкової терапії, тренінг навичок, психофармакотерапія.*

➤ *Врахування стану сформованості факторів дитячих поведінкових розладів.*

Оснoву для проведення відмінностей і особливостей між нормальною і аномальною поведінкою дитини з аутизмом забезпечує, по перше, обов'язкове знання аутологом особливостей поведінки нейротипової дитини. За даними досліджень нормального дитячого розвитку, дітям різного віку властиві різні патерни поведінки, тобто визнається їхня залежність від віку. Якщо дитина, наприклад, боїться залишатися на одинці в молодшому дошкільному віці, то її поведінку можна назвати «страхами незнайомців» або «тривогою сепарації». Для середнього дошкільного віку ці реакції нормальні і в теорії розвитку вони ув'язані з оволодінням такими еволюційними завданнями, як прихильність і сталість об'єкта (когнітивне усвідомлення того, що люди і предмети продовжують існувати, навіть коли їх вже не видно). Виникнення цих патернів у 8-місячної дитини можна навіть вважати ознакою здоров'я. Страх незнайомців зазвичай досягає піку між 13 і 15 місяцями, після чого йде на спад і до 3 років проявляється зрідка. Якщо ж дитині 6–8 років і подібна поведінка заважає займатися буденними справами – гратися в гостях з іншими дітьми чи ходити в школу, – то таку поведінку слід вважати ненормальною і вона, швидше за все, задовольнятиме критерії DSM-IV для діагнозу розладів тривоги сепарації.



➤ Оволодіння знаннями про фактори вікової і статевої тенденції дитини, прийняття їх головними показниками розвитку в психопатології названо еволюційним підходом (напрямом). Цей термін, використаний видатним британським психологом М. Руттером (Rutter, 1988, 1989, 2007). У 1984 р. один з провідних журналів з психології розвитку *Child Development*, що видається Товариством з вивчення дитячого розвитку, присвятив спеціальний випуск народженню нової галузі – психопатології розвитку. У випуску *Child Development* Сроуфе і Руттер [Sroufe & Rutter) визначили психопатологію розвитку як науку про причини і перебіг окремих патернів поведінкової дезадаптації. У цьому контексті спеціальна психологія і педагогіка (Special Pedagogy and Psychology), на нашу думку, можуть розглядатися як об'єднання цих дисциплін. Проте спеціальна психологія і корекційна педагогіка, хоча і запозичує особливості обох цих напрямів, але в той же час відрізняється від кожної з цих дисциплін. Так, від психології розвитку спеціальна психологія бере до уваги вікові відмінності і в цьому сенсі вважає вік ключовою змінною. У психопатологів – клінічних психологів

і психіатрів – спеціальна психологія бере інтерес до відмінностей нормальної поведінки від аномальної. Комбінація особливостей, що утворюється, є тим, що відрізняє спеціальну психологію від традиційних галузей – психології розвитку та психопатології (Sroufe S. Rutter, 1994).

Саме «розвиток» як компонент спеціальної психології і корекційної педагогіки чітко відрізняє сучасну дефектологію від традиційної, що спирається на такі дисципліни, як психопатологія, психіатрія, клінічна дитяча психологія. У той же час фокусування на патернах адаптації та дезадаптації на сьогодні значно відрізняє спеціальну психологію і корекційну педагогіку від такої дисципліни, як психологія розвитку.

Незважаючи на індивідуальну варіативність швидкості психофізичного дозрівання різних дітей, вік конкретної дитини приблизно вказує на такі важливі фактори, як її біологічне дозрівання, когнітивний розвиток і життєвий досвід. Хоча необхідність враховувати рівень розвитку при розгляді дитячих та підліткових психофізичних порушень визнається повсюдно, водночас сучасні діагностичні підходи ще недавно піддавалися критиці за недостатню увагу саме до розвитку (Sroufe & Rutter, 1994).

У контексті викладеного зазначимо, що *традиційна медична модель розглядає аутизм з точки зору його якісної відмінності від норми, тобто, як явне захворювання*. У цьому зв'язку розлади в дитинстві розглядаються як такі, що нічим не відрізняються від розладів у дорослих (Garber, 1984). Більш поміркований погляд полягає в тому, що основні риси розладу, пережиті дітьми та дорослими, – однакові, але є супутні особливості, що суттєво залежать від віку.

Фактор вікової і статевої тенденції виявляється в тому, що одна і та ж поведінка дитини з аутизмом може бути більш адекватною в одному віці, але атиповою в іншому. При спробах встановити, що ж є типовою поведінкою аутиста, важливо розрізняти симптом (окрему проблему) і синдром (патерн або сукупність симптомів, характерних для розладу). *Епідеміологічні дослідження показують, що, незважаючи на часте виникнення в дітей різноманітних симптомів аутизму у різному віці, синдроми зустрічаються рідше* (Garber, 1984).

Наприклад, порушення загальної і тонкої моторики або розлади соціальної взаємодії в дитинстві є досить частими і самі по собі однозначно не свідчать про розлад (Papalia, Olds & Feldman, 1999). Однак у поєднанні з іншими симптомами, наприклад, із сильним дистресом при розлуці з батьками, вадами зорового контакту і міміки можуть бути частиною комплексу симптомів, що утворюють синдром аутизму. Крім того, симптом печалі або пригніченого настрою є

характерним для певної частини дітей з аутизмом. Однак симптоми депресії в дитинстві занадто поширені, щоб бути статистично значимими для дітей з аутизмом. Водночас поєднання симптомів депресивного настрою (пригніченості), агедонії (нездатності відчувати звичайне задоволення) і «вегетативні ознаки» (порушення сну й апетиту) можуть входити до синдрому аутизму.

➤ *Рівні функціонування і прогрес розвитку в часі.* Ще одним з критеріїв, що дозволяє встановити відхилення у поведінці дитини, є успішність її копінгу (протидії стресу) на тлі вимог, що пред'являються оточенням. Як правило, поведінку дитини вважають аномальною, якщо порушується або погіршується функціонування попереднього рівня функціонування. Копінг включає всі види взаємодії дитини з ситуацією, зокрема спроби оволодіти або пом'якшити, звикнути або відхилитися від вимог проблемної ситуації.

При розгляді наявного рівня функціонування дитини необхідно встановлювати, чи є вона характерною для дитини більш молодшого віку, чи більш старшого або якісно відрізняється від розвитку нейротипової дитини. Більше того, при характеристиці прогресу в часі необхідно задатися питанням, чи відображає теперішній рівень функціонування відсталість (уповільнення в розвитку), регрес (при якому дитина більше не демонструє раніше досягнутого рівня або навички) або незвичне відхилення в розвитку.

✓ *Критерій пристосування.* Однак діти продовжують розвиватися і важливим стає критерій пристосування, який хоча і надзвичайно необхідний, але якого також недостатньо для характеристики дитячих поведінкових розладів при аутизмі. Крім того, слід враховувати вплив нинішнього патерну поведінки дитини на її розвиток і пристосування в майбутньому, тобто враховувати еволюційні завдання, що стоять перед дитиною на шляху її соціалізації (Carlson & Garber, 1986; Rutter, 2005). Сильна тривога дитини з аутизмом у зв'язку з незнайомцями або з приводу розлуки з матір'ю – така поведінка може дати інформацію про стан прихильності як одного з еволюційних завдань дитячого віку. У більш старшому дошкільному віці не сформованість прихильності визнається порушенням, оскільки це заважає нормальній для цього віку ігровій діяльності дитини. Крім того, даний поведінковий патерн заважатиме дитині опанувати ті еволюційні задачі, що можуть вплинути на формування її компетентності і пристосування в майбутньому. Наприклад, в соціальному середовищі прийнято і нормально, щоб діти дошкільного віку займалися неструктурованими іграми з однолітками

без супервізії¹⁵ (нехай і під наглядом дорослих). Саме в ході таких занять в дітей розвиваються соціальні навички. Відмова дитини піти від мами і гратися з іншими дітьми, що є характерною для більшості дітей з аутизмом, шкодить її навчанню спілкуватися з оточуючими і загальному соціальному розвитку. Аналогічним чином пропуски школи через вперте небажання її відвідування призводять до браку базових знань, необхідних для засвоєння дитини подальшого навчального матеріалу. Тобто, в кінцевому результаті така поведінка завадить як нинішньому академічному функціонуванню, так і майбутньому академічному розвитку дитини.

✓ *Стосовно стійкості дитячих аутичних розладів, то за даними лонгітюдних¹⁶ досліджень, деякі проблеми розвитку дитини з аутизмом, специфічні для певного віку, з часом зникають, що емпірично іноді підтверджує народне вірування – «вона їх переросте». Тому одним з найважливіших питань аутології є встановлення того, якими вважати ті чи інші проблеми дитини – або тимчасовими фазами, або безперечно аномальними і патологічними. У дослідженні цього питання виділяють три аспекти: а) який континуум (неперервність у часі) між розладами, дебют яких виявлено в ранньому дитинстві, і розладами в дошкільному віці, б) скільки часу повинен протриматися поведінковий патерн, щоб він вважався відхиленням від норми; в) скільки часу він повинен протриматися, щоб втручання стало виправданим.*

Науковцями і практиками визнається, що існують *розлади, які виникають в дитинстві і переходять у зрілість*, це, зокрема, розумова відсталість і аутичні розлади. За даними наукових джерел, майже всі випадки антисоціального особистісного розладу в дорослих аутистів випереджаються дитячою формою порушення поведінки. Проте лише у половини (приблизно) дітей-аутистів з порушенням поведінки в зрілому віці особистісний розлад проявляється антисоціально (Garber, 1984).

У дитячої шизофренії, наприклад, прогноз зазвичай поганий, але в більшості дорослих шизофреніків в дитинстві не було ні психозу, ні замкнутості. І навпаки – близько половини хворих на шизофренію, що дебютувала в дорослому віці, в дитинстві демонстрували поведінковий патерн, що відрізнявся соціальною чудакуватістю, агресивною поведінкою, дефіцитом уваги і аномаліями розвитку нервової системи

¹⁵ Супервізія – поки що малорозвинена в нашій країні галузь психологічної діяльності. Дуже часто вважається, що супервізія - допомога одного професіонала менш досвідченому колезі, але це відносно вузьке визначення. Супервізія – це спостереження більш досвідченого колеги за роботою психолога, терапевта, викладача, обговорення сильних і слабких сторін, виправлення помилок, що виникли.

¹⁶ Лонгітюдний *метод* (від лат. тривалість) — *метод* досліджень, коли учасників вивчають протягом тривалого часу (до декількох років)

(Rutter, 1988). З більшості дітей з емоційними проблемами виростають нормальні дорослі (Garber, 1984; Rutter, 1998). *Однак на відміну від здорових представників у дітей з емоційними проблемами подвоювався ризик психологічних порушень в зрілості* (Garber, 1984).

Разом з тим, зазначимо, що, на думку вчених, загалом і в цілому специфічні патерни труднощів з пристосуванням в дитинстві не завжди віщують тяжкі специфічні розлади в дорослому віці (Garber, 1984; Rutter, 1988; Sroufe & Rutter, 1984). Проте розлогі вказівки (індикатори) на проблеми з пристосуванням в дитинстві (наприклад, проблема у відносинах з однолітками, антисоціальна поведінка і проблеми з успішністю) віщують проблеми з пристосуванням в дорослому віці (Sroufe & Rutter, 1984).

Крім того, в дітей з аутизмом проблеми з пристосуванням мають певною мірою віковий характер і з часом пом'якшуються, а деякі зникають. Тому аутологу важливо в кожному конкретному випадку *визначитися як з нормальним перебігом, так і з тривалістю емоційних і поведінкових порушень дитини*. Потім, з урахуванням віку дитини і специфіки ситуації, педагог може використовувати цю інформацію в ході характеристики патерну поведінки дитини-аутиста, щоб встановити, наскільки значним є відхилення від норми.

При цьому також важливо враховувати сімейні стосунки в родині дитини. Наприклад, встановлено, що перші два роки після розлучення батьків можна вважати періодом кризи, і діти, особливо хлопчики, нерідко виявляють поведінкові проблеми. Однак після закінчення двох років після розлучення більшість батьків і дітей адаптуються і їхній соціоемоційний стан поліпшується (Netherington, 1988). Отже, якщо мати-одиначка привела до фахівця 7-річного сина-аутиста зі скаргами на загострення його опозиційної і непокірної поведінки, то важливо запитати, скільки часу пройшло з моменту розлучення батьків. Якщо це відбулося нещодавно і дебют погіршення опозиційної поведінки збігся з розпадом шлюбу, то його *можна вважати «нормальною» пристосувальною реакцією дитини*. Крім того, фахівець має враховувати, що в результаті розриву подружніх стосунків батьки теж переживають психологічний дистрес. Коли дитина починає виказувати проблеми, це може посилити їхню депресію і змусити засумніватися у власній батьківській компетентності і призвести до зриву батьківських навичок.

Важливе значення має і *батьківський дистрес*, пов'язаний з розвитком депресії від почутого від фахівця встановленого психолого-педагогічного діагнозу дитини. Дистрес батьків може посилювати поведінкові проблеми в дітей, які, своєю чергою, спричиняють посилення депресії в батьків.

Своєчасне втручання з приводу проблемної поведінки дитини з РАС може не тільки мінімізувати потенційний негативний ефект цих дій на соціальне функціонування дитини, але й полегшити процес її пристосування в сім'ї. Дослідники, які вивчають подібні питання, виявили, що побічним ефектом поведінкового батьківського впливу, покликаною забезпечити контроль над проблемами в поведінці дитини, стає *ослаблення депресії у матері і батька*.

✓ *Негативні наслідки проблемної поведінки аутистів (агресія і антисоціальні дії) – привід для раннього психолого-педагогічного втручання.* Без систематичного застосування ефективних втручань 75% усіх маленьких дітей з екстерналізуючою (в тому числі з агресією, злочинами або гіперактивністю на всіх етапах дитинства) і деструктивною (з порушенням правил) поведінкою проходять через передбачувану послідовність – від менш важких проблем соціальної адаптації (непослух, істерики) до більш важких (бійки, крадіжки) (Quinn & McDougal). Батькам дітей необхідно при цьому пояснювати, що застосовувати втручання стосовно популяції дітей з аутизмом завжди було важко і призводило лише до посередніх успіхів (Tharinger & Lambert). Водночас профілактика, заснована на знанні розвитку і ранніх втручаннях, приносять обнадійливі результати. Крім того, уточнювати, що поведінкові чи емоційні проблеми дитини з аутизмом не є достатньо прогностичним показником розладів у дітей старшого віку чи в дорослих і можуть частково зникнути самостійно. Тому батькам і насамперед аутологу важливо визначитися з тим, як швидко потрібно втручатися, оскільки масоване недостатньо продумане втручання (як і запізніле) може виявитися ні сприятливим, ні достатньо корисним.

Психолого-медико-педагогічна допомога дітям з аутизмом здійснюється в різних умовах: в дитячих садках, в клініках, лікарнях, центрах, вдома або в школі. Вона зачіпає психологічні та інтерперсональні (відкритість в спілкуванні) процеси, покликані покращити мислення, почуття і вчинки таких дітей. При цьому фахівці застосовують різні стратегії психолого-медико-педагогічної допомоги, різні концептуальні підходи: психодинамічний, поведінковий, когнітивний, ігровий та сімейну терапію. Водночас по-різному підходять до об'єктів впливу (дитина, сім'я), до модальності впливу (бесіда, гра) і до середовища (дитячий садок, клініка, школа тощо). Основні стратегії психолого-медико-педагогічної допомоги в роботі, спрямованій на корекцію поведінкових проблем аутиста дитячого віку, представлено в таблиці (див. табл.ІУ.5).

Таблиця ІУ.5

Основні стратегії корекції поведінкових проблем дитини з РАС

Контекст допомоги	Типи допомоги
-------------------	---------------

1. Втручання, адресовані дітям	Індивідуальна допомога Групова допомога Ігрова терапія Поведінкова і когнітивно-поведінкова терапія Тренінг навичок Психофармакотерапія
2. Втручання, адресовані батькам	Консультування Просвітницький тренінг
3. Сімейні втручання	Сімейна терапія Сімейне уповноваження з підтримкою
4. Втручання в комунітарному середовищі і в середовищі дитсадка, школи	Консультування в освітньому середовищі Консультування з соціальними службами Консультування з правоохоронною системою Джерело: За Roberts et al., Консультування в медичному середовищі. 1998.

✓ Виявлення дітей з аутизмом, які потребують психолого-педагогічного втручання, – задача складна. Проте найчастіше батьки таких дітей звертаються за допомогою самі і самі визнають за дитиною поведінкові, емоційні та інші проблеми. Отже, як правило, проблему помічають батьки, і вони ж приймають рішення звернутися за професійною допомогою. *Збір інформації для психолого-педагогічного втручання вимагає звернення до численних інформантів* (батьків, педагогів і лікарів), щоб ті надали відомості про функціонування дитини. Це піднімає проблему достовірності таких даних і встановлення відмінності в тому, як батьки сприймають і інтерпретують поведінку своєї дитини. Крім того, залежність дітей від дорослих впливає на хід психолого-педагогічного втручання через такі перемінні, як побутові конфлікти, батьківська патологія, фінансові труднощі, життєві обставини і соціоекономічний статус. У цьому зв'язку втручання вимагає оцінки цілого ряду факторів, що впливають на поведінку дитини, і зусиль, спрямованих на зміну контекстів її проживання та інтеракцій (interaction – взаємодії).

✓ *Психолого-педагогічну допомогу дітям з аутизмом часто вважають «сімейно-контекстуальною допомогою de facto»*, оскільки проблеми дитини повинні вирішуватися у контексті як великої сімейної системи, так і соціальної системи. Дитина та навколишнє середовище (перш за все, її сім'я) – частини взаємопов'язаного цілого і будь-яка проблема чи зміна або на особистому рівні, або на рівні середовища впливають на всю систему в цілому. Так, наприклад, в дитини, в якій спостерігаються симптоми аутизму, проблеми поведінки виливаються у відмову відвідувати дитсадок. Тому її мати згодом втрачає роботу, бо через дитину їй постійно доводиться відпрошуватися. Втрата роботи веде до фінансових проблем, які викликають у матері все більший стрес і провокують подружні конфлікти. Отже, в даній ситуації аутологу потрібно врахувати не тільки симптоми і проблеми дитини, а й характер

взаємодії малюка з навколишнім середовищем, що призводить до ескалації проблем. У цьому зв'язку аутичні розлади необхідно розглядати в складі як аутології, так і соціальних проблем – дитини і навколишнього середовища.

Модель медико-психолого-педагогічної допомоги має складати континуум (неперервність) послуг за участі команди, що складається з батьків дітей, педагогів, психологів, лікарів для вирішення як проблем самої дитини з РАС, так і проблем навколишнього середовища, які впливають на неї і на які впливає вона сама.

Уотсон і Грішем (Watson & Gresham, 1998) підкреслюють важливість функціонального підходу до можливості змінити/поліпшити поведінку дитини. Вони закликають *зосереджуватися не тільки на якомусь одному аспекті поведінки аутичної дитини (наприклад, на агресивності або плачу), але й на меті такої поведінки. Щоб намітити відповідну стратегію втручання, важливо, наприклад, розібратися, чому саме дитина агресивна і деструктивна в дитсадку. Для дитини, яка агресивна тому, що шукає уваги однолітків, план втручання буде іншим, ніж для дитини, яка поводить себе агресивно, щоб ухилитися від завдання вихователя. Якщо в обох випадках застосувати стандартну процедуру тайм-ауту (англ. перерва), то вона виявиться ефективною тільки для дитини, що шукає уваги, і лише підкріпить поведінку дитини, що прагне ухилитися від справи. Тому необхідно приділяти пильну увагу функції дитячої поведінки, щоб розробити ефективне втручання.*

✓ Проблемою для аутолога є також *розуміння того, які ситуації закріплюють відхилення в розвитку дитини і які умови дозволяють повернути її в нормальне русло. Які, наприклад, фактори можуть породити в дитині непереборний страх перед новими людьми, чому ця поведінка зберігається і які втручання або зміни в навколишньому середовищі можуть призвести до викорінення цього страху? Консультуючи батьків, аутолог має їм пояснити, що у дитини, яка постійно боїться, втрачає можливість спілкуватися з однолітками, не розвинеться відчуття власного успіху в іграх і справах.*

Допомагаючи дитині послабити симптоматику дезадаптивної поведінки, аутолог і батьки сприятимуть її здоровому розвитку, інтеракції (взаємодії з двома та більше особами) і нормальній діяльності. Оскільки ранні проблеми в дітей з аутизмом є провісниками прийдешніх розладів, найкращим способом запобігти їхнім соціоемоційним відхиленням в майбутньому можуть втручання, які «відновлюють» або покращують розвиток. Забезпечення ефективного розвитку можна досягти шляхом формування адаптивних навичок в таких галузях, як

комунікація, соціальні інтеракції і модифікації інтеракцій, тобто зміні взаємодії між учасниками спілкування. При цьому здійснюється одночасна цілеспрямована підтримка системи родини дитини.

У процесі консультування батьків аутологу необхідно уточнювати, що такі чинники розвитку, як вік дитини, її когнітивний рівень, накопичений досвід і розуміння етичних питань впливають на те, як вона реагує на психолого-педагогічні заходи (наприклад, психолого-педагогічне тестування, терапію, дослідження). Крім того, когнітивні, емоційні та соціальні здібності дитини, як і наявні в неї проблеми завжди привносяться в процес психолого-педагогічної допомоги. Це пов'язано з тим, що в аутистів навіть з однаковими проблемами різний анамнез і різні рівні функціонування. Тому професіоналам-аутологам в роботі з дітьми необхідно визнавати відмінності, пов'язані з розвитком, так щоб втручання відповідало рівню здібностей кожної дитини.

У роботі з дитиною з РАС майже завжди буває не до кінця ясно, що думає про себе сама дитина і як відсутність такої думки і труднощі розуміння мовлення оточуючих людей впливають на її реакцію на педагогічне втручання та його результати.

Необхідно враховувати, що прості утилізації підходів, які застосовуються в роботі зі старшими аутистами, при допомозі дітям молодшого віку виявляється недостатньо навіть шляхом спрощення мовлення або заміни вербальних методів грою. Необхідна інформація про розвиток і контекст, щоб знати, як і в якій мірі буде брати участь у психолого-педагогічному втручанні сама дитина. Так, запропонований підхід, що спирається на вербальне вирішення проблем, не підійде для маленького аутиста з незрілими мовленнєвими навичками і недостатньо сформованими навичками міркування, не підійде і метод, що на сьогодні суперечить культурним чи релігійним поглядам його сім'ї.

Водночас, консультуючи батьків, необхідно їх запевнити, що є багато когнітивних та емоційних функцій, які змінюються в процесі розвитку і можуть впливати на роботу з дітьми.

Важливо завірити батьків, що для участі дитини в процесі психолого-педагогічного втручання вирішальне значення матиме хід її мовленнєвого розвитку як рецептивного, так і експресивного. Рецептивний мовленнєвий рівень вплине на здатність дітей розуміти інструкції і пояснення аутолога. Експресивна мовленнєва здатність вплине на те, як діти розповідатимуть про власні переживання

Тривожній аутичній дитині важко розкрити свої фізіологічні переживання і психічні події, користуючись недостатньо розвиненим (або відсутнім) мовленням. Допомогти тут можуть ігрові заходи, які

систематично необхідно проводити вдома. Вербальні ж засоби, більшою мірою можуть допомогти в роботі з депресивним аутистом-підлітком, що не страждає тяжким мовленнєвим розладом.

Крім того, батьки мають знати, що залежно від віку і рівня когнітивного розвитку, *діти з РАС по-різному розуміють причини своїх психологічних проблем*. Так, 6-річна дитина може, наприклад, вважати, що різне ставлення до неї викликається її поганою поведінкою, тоді як 12-річна спроможна розуміти, що в її проблемі є багато причин, починаючи з сімейних конфліктів і закінчуючи негативними переживаннями в минулому. Діти-аутисти різного віку також *по-різному розуміють час*, що може впливати на їхню здатність описувати психологічні симптоми. Наприклад, якщо інтерв'ювати дитину молодшого віку на предмет депресивних симптомів, то їй буде важко або не можливо відповісти на питання типу: скільки часу йде на те, щоб заснути, або коли з'явився той чи інший симптом. У молодших дітей немає певних навичок абстрактного мислення, наявних у підлітків, що виключає види втручання, які вимагають вміння обмірковувати гіпотетичні ситуації або такі когнітивні помилки, як катастрофізація (такий патерн, коли дитина постійно тривожно очікує й уявляє лихо, що насувається). Тому в контексті розвитку американські вчені пропонують вести *тренінг батьківського контролю*, оскільки для дітей молодшого віку він вважається порівняно ефективним. Проте в роботі з дітьми-аутистами цей вид тренінгу вимагає від аутолога певних модифікацій навичок, перш за все, започаткування формування навичок досягнення компромісів, важливих для вступу дитини в старший вік. Це питання також є предметом обговорення з батьками дитини.

✓ У процесі консультивання батьків фахівець має пояснити, що в роботі з їхньою аутичною дитиною так само *важливо враховувати контекстуальні аспекти*. Це пов'язано з тим, що в різних умовах поведінка дитини з РАС може варіювати за частотою та якістю в залежності від ситуаційних вимог, очікувань і обставин. Наприклад, батьки, бабусі і дідусі, педагоги та однолітки – всі вони можуть щодо дитини мати різні очікування, тим самим спонукаючи її виявляти різні патерни поведінки. Тому соціальні контексти, з якими стикаються всі маленькі діти, впливають на прояви їхніх дитячих розладів. Аутичні ж діти впливають на своє оточення шляхом, який іноді називають *ефектом дитини*, вибираючи і конструюючи свій власний соціальний контекст.

На сьогодні доведено, що корекція РАС має проходити в контексті сім'ї та соціокультурних обставин, а також тієї особи, яка займається охороною психічного здоров'я і яка повинна отримати спеціальну підготовку для цих складних інтеракцій. Тому, щоб найкращим чином обслуговувати потреби дитини, фахівці мають працювати не тільки з дитиною та консультувати членів її сім'ї, але й налагоджувати професійні зв'язки з іншими спеціалістами, установами та системами послуг.



Такими структурами є система дитячого соціального забезпечення, система правосуддя у справах неповнолітніх, агентства соціальних послуг і професійні медики. Аутологи мають співпрацювати в міждисциплінарних і міжорганізаційних командах, щоб розробити скоординований план для дитини та її сім'ї. На сьогодні в англійських країнах розробляються так звані кільцеві послуги, які є ефективним способом поступового виведення психолого-педагогічної допомоги за межі закладу, оточивши ними дитину і родину в середовищі їхнього проживання. Ці програми, зокрема, фокусуються на дитині, залишеній вдома, і супортівних¹⁷ послугах.

Підсумовуючи, зазначимо, що забезпеченню ефективності аутологічного втручання сприятиме застосування спеціалістами різних стратегій, а саме:

- врахування ситуацій і змін, що закріплюють відхилення в розвитку дитини, і врахування умов, що сприяють підвищенню ефективності корекційно-розвивальної допомоги;
- визнання важливості застосування розширеного соціального контексту дитини (контекстуальний аспект сім'ї і оточуючого середовища);
- застосування різних типів допомоги (індивідуального, групового, ігрової терапії, поведінкової і когнітивно-поведінкової терапії, тренінгу навичок, психофармакотерапії);
- впровадження адресного контексту допомоги (втручання, адресовані дітям, адресовані батькам, сімейні втручання, комунітарне втручання).

Завдання

1. *Визначте завдання консультивної роботи аутолога.*

¹⁷ *Суппортівні послуги* (Supportive Psychotherapie) – це допоміжний догляд, кризове втручання як надання тимчасової невідкладної емоційної допомоги з тим, щоб підвищити успіх дітей та їхніх сімей.

2. *Означте основні компоненти консультативної допомоги дітям з аутизмом.*
3. *Розкрийте зміст основних компонентів консультативної допомоги дітям з аутизмом.*
4. *Сформулюйте значення такої галузі консультативної психології, як Духовне наставництво.*
5. *Розкрийте зміст і значення критерію пристосування.*
6. *Установіть значення забезпечення своєчасного втручання з приводу проблемної поведінки дитини з РАС.*
7. *Опишіть, як складається психокорекційна програма, та знайдіть у літературі зразки таких програм.*

Запитання

1. *У чому полягає відмінність консультування з питань розвитку від багатьох інших видів допомоги?*
2. *У чому полягає відмінність консультативної роботи аутолога і консультанта-психолога?*
3. *Які аспекти розвитку і корекційно-розвивальної допомоги фахівцю важливо враховувати при забезпеченні консультативної підтримки?*

Література

1. Бурлачук Л., Кочарян А., Жидко М. Психотерапія. Изд. «Питер» – СПб. 2003 г. — 325 с.
2. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. Пер. с литовского. М.: Академический проект. -1999. -240 с.
3. Панок В.Г. Психологічне консультування: теорія та практика: навчально-методичний посібник / В.Г.Панок, І.М.Зварич, Я.В.Чапак, О.М.Чернописький - Чернівці: Чернівецький національний університет, 2011. - 272с.
4. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Організація і зміст діяльності психолога спеціальної освіти. - М., 2005

9.3. Моделі сімейної терапії: мета, концепції, принципи і техніки роботи

Від початку зазначимо, що в конспекті аутології терапія розглядається нами як процес, бажаною (але не завжди досяжною) метою якого є полегшення (зняття, усунення, компенсація, купірування, тобто скорочення, припинення) симптомів і проявів цих симптомів у дітей з РАС.

Діти з аутизмом та їхні сім'ї мають серйозні потреби в забезпеченні належної психолого-педагогічної допомоги, у зв'язку з чим необхідна спеціальна підготовка відповідних спеціалістів. Однією з великих перешкод для надання більш чисельних і кращих послуг для цієї групи дітей є саме відносна нестача професіоналів, які мають таку підготовку.

Важливим є обговорення особливих заходів, пов'язаних з наданням дітям з аутизмом та їхнім сім'ям педагогічних, психологічних і психіатричних послуг, уточнення професійних ролей педагогів і психологів. Зокрема, уточнення того, яка освіта необхідна для підготовки майбутніх аутологів до цих ролей, а також для узгодженого спільного надання послуг.

Як відомо, сім'ї дітей з аутизмом вбудовані в більші соціальні системи, у зв'язку з чим в роботі з ними, як вже зазначалося, необхідно враховувати економічне, соціальне і культурне становище сім'ї. Сім'ям доводиться врівноважувати запити і цілі з потребами окремих її членів. До змін ХХІ сторіччя відноситься: більше різноманіття сімейних «сузір'їв», зменшення «часу на сім'ю», зайнятість обох батьків, через що діти проводять більше часу в дошкільних закладах, вплив наркотиків та алкоголю і почастищення повідомлень про насильство над дітьми.

Дисфункція може виникнути в структурі сім'ї – в діаді, утвореній матір'ю і дитиною, в подружніх стосунках, в сиблінгових (тобто, нащадків одних батьків) інтеракціях, – і повинна враховуватися при плануванні втручань. Зокрема, *подружній розлад є головним предиктором (провісником) дитячих проблем, що призводить до цілого ряду негативних результатів – емоційних розладів, дефектної соціальної компетентності і проблем з навчанням.*

Водночас інші дослідники роль сім'ї в розвитку дитячої психопатології *вважають спірною*. Ранні психоаналітичні теорії звинувачували батьків у розладах, починаючи від симптомів тривоги до аутизму. Тепер відомо, що ці зв'язки є набагато складнішими. *Поведінка*



батьків може спричиняти виникнення дитячих проблем, оскільки негативна поведінка дитини (наприклад, агресія) розвивається в системі батьки-дитина. Припускається, що в сім'ях дітей з аутизмом батьки часто провокують і підкріплюють негативні поведінкові патерни (наприклад, непослух, побиття,

істерики) і менше уваги приділяють зразковій поведінці. Це призводить до хибного кола, де дитина все більше і більше втягується в негативну поведінку, щоб домогтися батьківської уваги. Батьки реагують на негативну поведінку дитини ще більш суворими покараннями. Після місяців і років негативних інтеракцій члени сім'ї починають спиратися на стратегії примусу, що веде до ескалації сімейних проблем. Такі

інтеракції не тільки шкодять сімейному функціонуванню, але й у таких дітей не спостерігається достатня соціальна компетентність при спілкуванні з однолітками. Навпаки – модифікація батьківської поведінки через розвиток сприятливих обставин (позитивна увага до позитивної поведінки дитини), удосконалення навичок комунікації, вирішення проблем та соціальна підтримка здатні надійно зменшити поведінкові проблеми у дитини з аутизмом і розірвати це хибне коло (Dadds, 1995).

Контекстуальна інтеграція (тобто інтеграція, обумовлена контекстом; лат. contextus – тісний зв'язок) *сприяє встановленню зв'язків між сім'єю, однолітками дитини і порушенням поведінки.* У дітей з аутизмом, які спілкуються з девіантними однолітками і не дисципліновані вдома, через поєднання і зв'язок цих двох факторів ризику порушення поведінки розвиваються частіше. Крім того, порушення поведінки тісно пов'язане з іншими сімейними проблемами, як то: насильство і педагогічна занедбаність, фінансові стресори, подружні розбрати, депресія і патологія у батьків, поганий нагляд, строгі покарання і соціальна ізоляція. Ці особливості необхідно враховувати при здійсненні втручань, адресованих аутичним дітям з проблемною поведінкою (Kazdin, 1987).

Чітко прослідковується механізм зв'язку між проблемними домашніми умовами проживання дитини та її підключенням до групи однолітків з антисоціальною поведінкою. Оскільки обидва ці фактори спричиняють поведінкові проблеми, то робота лише по корекції одного з них, наприклад, батьківського стилю виховання, значно знижує ефективність втручання.

Часто кажуть, «до новонародженої дитини інструкції з експлуатації не додаються». Незважаючи на численні книги з виховання дітей з аутизмом, багатьом батькам здається, ніби вони діють наосліп. Більшість батьків домагається достатнього успіху, діючи методом спроб і помилок, застосовуючи навички і стратегії, засновані на їхньому особистому досвіді, прочитаних книгах, розмовах з іншими і «народній мудрості». Проте в стресових обставинах, що виходять «за рамки звичайного», дитина і сім'я потребують кваліфікованих додаткових порад, підтримки та послуг. Сім'ї можуть отримати користь з послуг цілого ряду контекстуально сенситивних медико-психолого-педагогічних служб, які фокусуються на комунікації, структурі сім'ї та обставинах.

✓ *Проблеми різного походження дітей і культур.* Для успішного аутологічного втручання вирішальну важливість мають комунікація і хороший раппорт. А це може виявитися проблематичним, коли фахівець, який надає ці послуги, пояснюючи діагноз, процедури оцінювання і план допомоги, буде не сенситивним (не чутливим) до різного походження дітей та їхніх сімей. Якщо аутолог розраховує домогтися правильного і ефективного втручання, він повинен пропонувати свої послуги в релевантних (англ. **Relevance** - відповідних) культурних та етнічних контекстах. Це вимагає розуміння структури сім'ї, культури, цінностей і переконань, що стосуються питань розвитку, навчання та психічного здоров'я.



У кожній родині і в кожній культурі по-різному шукають допомоги і джерела підтримки. Так, наприклад, дослідженням, проведеним в Сполучених Штатах Мак-Міллером і Венсом (McMiller & Weisz, 2006), встановлено, що афроамериканські та латиноамериканські сім'ї звертаються за психолого-педагогічною допомогою рідше, ніж білі родини, але частіше шукають сімейної та общинної допомоги. Звернення до відповідних служб в сім'ях міських меншин можна поліпшити, наприклад, обдумавши манеру, з якою такі сім'ї вступають в перший контакт з аутологами і психологами. Як результат, багато з них не будуть губитися десь між телефонним інтерв'ю і першим візитом. Для цього соціальних працівників навчають зацікавлювати сім'ю при першій телефонній розмові. Батькам роз'яснюють суть процесу надання допомоги, встановлюючи при цьому основу для співпраці, фокусуючись на сьогоденних і практичних турботах і вирішуючи проблеми, що стосуються бар'єрів, які заважають батькам звернутися за допомогою. Цей тренінг підвищення інтересу може бути використаний при підготовці аутологів до первинних телефонних інтерв'ю з тим, щоб ці сім'ї частіше з'являлися на першу співбесіду і поверталися на наступну.

В Україні є діти з аутизмом, які походять з родин біженців і емігрантів, часто перебувають під впливом соціальних та економічних стресорів і зазвичай не повністю володіють доступом до закладів охорони здоров'я та психолого-педагогічних послуг. Як наслідок, ці діти підпадають під вплив цілого ряду факторів ризику, опиняючись в подвійній небезпеці: з одного боку, це фактори біологічного ризику – низька вага при народженні, хвороби, з іншого – це підвищена частота батьківської депресії і економічні стресори. У громадах, де живуть ці

діти, часто не існує адекватних ресурсів та підтримки для усунення факторів ризику, а терапію в такому середовищі частіше припиняють достроково.

У системі надання послуг необхідно залучати двомовний і бікультурний персонал, встановлювати зв'язки з громадою, а фахівцям знайомитися з культурою і цінностями інших регіонів країни, інших країн і народів.

✓ *Етичні і правові питання розвитку.* Надавати дітям з аутизмом психолого-педагогічні послуги дуже не просто. Рівень когнітивного та емоційного розвитку дітей у поєднанні з обмеженими соціальними і законними правами робить їх особливо вразливими. Баланс, що існує між автономією дитини, її потребою в захисті і приватним правом сім'ї, часто дуже крихкий. Сім'ям дана величезна свобода в прийнятті рішень щодо їхніх дітей, хоча батьки, володіючи цим правом, повинні нести відповідальність за поведінку і благополуччя дитини. *Аутолог неминуче виявляється в складному становищі, коли йому доводиться маневрувати між дитиною, сім'єю, державою і професіоналізмом.*

Основними етичними і правовими сферами стосовно дітей є *компетентність батьків*, що дозволяє їм погодитися на аутологічне втручання. Одним з доводів тут виступає *інформована згода*, тобто право погодитися або відмовитися від втручання. Надання інформованої згоди потребує компетентності у прийнятті рішення (наприклад, розуміння плюсів і мінусів втручання) на тлі врівноваження вимог і побажань інших (наприклад, батьків або співробітників охорони дитинства). За більшості правових стандартів діти компетентними не вважаються. Замість цього привілею давати згоду за своїх дітей дарована батькам. На практиці загальним емпіричним правилом вважається необхідність домогтися згоди на втручання від батьків-опікунів, бо в кінцевому результаті саме вони несуть відповідальність за дитину. *Разом з тим, ніяких спеціальних правових та професійних вказівок для випадків відмови від допомоги, на жаль, не передбачено.* У відповідності з етичними міркуваннями аутологи повинні виходити з інтересів і переваг дитини у поєднанні з батьківським запитом про надання втручання, яке слід проводити без жодного примусу. Ретельний облік цих міркувань необхідний, бо батьки і тим більше дитина можуть бути не в змозі зважити всі наслідки наявних проблем у віддаленій перспективі соціального, освітнього та емоційного функціонування, а відмова від допомоги може виявитися не в інтересах дитини (H Sandberg).

Водночас аутологи зобов'язані дотримуватися конфіденційності стосовно дитини та її батьків. Але і в цьому випадку не існує чітких професійних та юридичних параметрів, що вказують, в яких випадках

батьки або інші спеціалісти мають право на інформацію. Законодавчі акти захищають право дітей на конфіденційність в певних обставинах – наприклад, коли йдеться про ВІЛ-інфекції або СНІД, контрацепцію, вагітність або лікування з приводу зловживання психоактивних речовин.

Питання про право на конфіденційність і приватне життя повинно обговорюватися з батьками дитини на ранньому етапі аутологічного втручання. Розкриття інформації може вплинути на відносини аутолога і батьків. У ситуаціях, коли розкриття інформації може допомогти родині і дитині, можна закликати батьків до відкритої розмови про проблеми в сім'ї. Нерідко буває так, що в певний момент часу саме аутологу доводиться вирішувати, що найкращим чином відповідає інтересам дитини, і при цьому постійно мати на увазі етичні правила. Однак конфіденційністю, безсумнівно, можна знехтувати, якщо дитина чи її батьки становлять небезпеку для себе або для оточуючих. Батьків слід проінформувати про це виключення з правила конфіденційності.

✓ *Вимоги до спеціальних навичок аутолога та його підготовки до роботи з дітьми з РАС. Робота з цією категорією дітей фокусується на двох моментах. По-перше, на необхідності знань з проблеми розвитку. Фактори розвитку впливають на всі аспекти роботи з дітьми, починаючи від розуміння труднощів адаптації та наслідків цих труднощів і закінчуючи можливістю валідно оцінити психофізичне функціонування дітей і вжити стосовно них ефективно втручання. Щоб надати дітям максимальну користь, слід навчитися працювати в контекстах їх проживання, тим самим сприяючи соціалізації середовища в примноженні благополуччя дитини і скороченні потенційної шкоди.*

*По-друге, послуги, що надаються дітям і їхнім сім'ям, повинні охоплювати різні функції в різних умовах і різні види експертизи (Wohlford, 1990). На жаль, на сьогодні не отримала достатнього визнання та обставина, що надання адекватних послуг дітям-аутистам та їхнім сім'ям вимагає від фахівця сформованості особливих навичок. В умовах української реальності **відсутність спеціальних знань у фахівців в більшості випадків не дозволяє запідозрити в дитини раннього віку розлад із спектра аутизму** (О. Доленко).*

Педагогу і психологу, які працюють з дітьми з аутизмом, необхідно також знати, які саме тонкощі анамнезу допоможуть правильно кваліфікувати той чи інший поведінковий патерн розладу із спектра аутизму. Наприклад, батьки рідко інформують їх про проблеми привчання до туалету і порушеннях харчової поведінки, в той час як саме проблеми, пов'язані з їжею та туалетом, при аутизмі в ранньому віці мають специфічні, значущі для ранньої діагностики риси. Іншим прикладом, що ілюструє труднощі діагностики розладу в ранньому віці,

може слугувати та обставина, що обстеження маленької дитини в силу відомих обставин, не припускає повноцінного спостереження за її соціальною поведінкою, здатністю встановлювати адекватну взаємодію з незнайомим дорослим тощо. В поле зору, швидше за все, потрапляють проблеми розвитку мовлення і афективна нестійкість, що відбивається в таких діагнозах, як «затримка розвитку мовлення», «афект-респіраторні напади», «мінімальна мозкова дисфункція» і т. п.

У цьому зв'язку нами, як вже зазначалося, пропонується ввести нову термінологію – *дитяча аутологія як спеціальний розділ корекційної педагогіки з включенням в якості структурних компонентів підспеціальностей, що відображають різні функції, умови і пізнання в даній галузі.*

Відмінності між спеціальностями в дитячій аутології можна зобразити схематично: дефектологія > корекційна педагогіка і спеціальна психологія > аутологія > дитяча аутологія > підспеціальності (дитяча психологія, клінічна дитяча психологія, педіатрична нейропсихологія). Перехресна природа цих дисциплін передбачає і дозволяє застосовувати необхідні знання з усіх зазначених дисциплін.



На сьогодні аутолог має сприяти організації системи допомоги такій дитині в умовах сім'ї, навчаючи батьків доступним для них корекційним технологіям. Такі батьки, як правило, демонструють чудеса терпіння і розуміння проблеми аутизму. ***Знання і навички батьків нерідко набагато перевищують рівень професійної підготовки фахівців, покликаних працювати в цій сфері діяльності.***

✓ *Деякі основні принципи роботи з сім'єю дитини з РАС.* Принципи роботи з сім'єю дитини з аутизмом об'єднуються певними загальними підходами. Так, погляд на сім'ю як на систему вимагає одночасної сфокусованості на структурі сім'ї і особливостях процесів, що існують між членами цієї системи. Важливо також зосереджуватися на тому способі, в якому кожний член сім'ї може впливати на інтеракції (процеси) інших людей цієї системи.

Як і в інших системах, в сімейній системі очевидна важливість *гомеостазу*, тобто збалансованості. По суті, коли один член сім'ї якимось чином змінюється, зміна може позначитися на багатьох членах сім'ї (іншими словами – компонентах сімейної системи). Згодом окремі

зміни, що відбуваються в сім'ї, часто призводять до нормалізації балансу всієї сімейної системи. Це відбувається так само, як людський організм реагує на лихоманку, мобілізуючи свої захисні системи. Ці процеси можуть бути активовані у відповідь на сімейну кризу або бути реакцією на позитивні зміни, здійснені одним із членів сім'ї. Ці реакції можуть порушити дисфункційний баланс нездорової сімейної системи. З іншого боку, такі зв'язки можуть ефективно фасилітувати (від англ. *facilitate* – допомагати, полегшувати) здорові зміни, за умови, що управляються добре підготовленими сімейними фахівцями.

Здорова сім'я здатна моделювати ефективні партнерські стосунки і багато шляхів розвитку здорових відносин для дітей.

Ефективне батьківське втручання забезпечує дітям накладання обмежень, навчання, виховання, вирішення проблем і переговорів. А функціональна сиблінгова субсистема (нащадків одних батьків) надає дітям з РАС можливості, необхідні для засвоєння навичок ведення переговорів та співробітництва (Goldenberg & Goldenberg, 1995).

Водночас більшість сімейних терапевтів підкреслює важливість функції сімейних (системних і субсистемних) кордонів. Коли ці межі позбавлені гнучкості або ригідні, коли сімейна система противиться або підозріло ставиться до нової інформації і переживань, і коли вона здається замкнутою, тоді її можна вважати закритою.

✓ *Різновиди підходів до здійснення сімейної терапії.*

З урахуванням зазначеного аутологу важливо володіти знаннями про системні сімейні моделі та їхні компоненти. Для того, щоб аутолог міг в своїй корекційно-розвивальній діяльності застосувати ці знання, він має бути глибоко обізнаним з різними сімейними моделями і різними підходами для ефективного забезпечення функціонування сім'ї. (Джерело: частково ґрунтується на Carlson, Sperry & Lewis, 1997, p. 42–43).

Коротко розглянемо основні підходи до здійснення сімейної терапії, які аутолог з урахуванням конкретної корекційно-розвивальної ситуації зможе вибірково використати у своїй діяльності.

▪ *Емоційно-сфокусований підхід.* Цей підхід до корекційно-розвивальної допомоги аутистам та їхнім сім'ям сягає корінням в теорію прихильності (Bowlby, 1969). У ній проблеми взаємовідносин між членами родини розглядаються в рамках, що дозволяють аналізувати їх з точки зору достоїнств і недоліків саме прихильності між членами сім'ї. При цьому доводиться, що сімейні відносини будуть вільні від дистресу тільки в разі надійної прихильності між її членами. Відносини в сім'ях, в яких надійна прихильність не досягнута, накопичують широке коло проблем і дисфункцій, яке може призвести до

дистресу. Ці первинні емоції згодом можуть проявитися у вигляді вторинних патернів поведінки, зокрема таких емоцій, як гнів і замкнутість. Взаємодія між первинними емоціями і вторинними емоціями і патернами поведінки здатна призвести до постійного дистресу.

Зниження такого стресу зазвичай досягається в процесі спонукання членів родини до переживання первинних емоцій (наприклад, страху не справитися з проблемою дитини) і проговорювання їх іншим членам сім'ї. Наприклад, аутолог може допомогти члену родини, який гнівається через відсутність контакту з дитиною, яка не реагує на нього. З цією метою аутолог спонукає родича висловити страх, а не вторинний гнів. Як наслідок, в родині може зародитися новий, більш функціональний патерн інтеракції, тобто зразок правильної міжособистісної взаємодії.

Аутологи, які застосовують цей підхід, мають пам'ятати, що сім'ї притаманні емоційні і поведінкові шаблони, які створювалися протягом довгого часу і часто повторюються в нових поколіннях. Вважається, що сім'я створює емоційну атмосферу і поведінкові патерни, які її члени відтворюють у відносинах і поза сімейного середовища. Боуен (Kerr & Bowen) описує дві головні цілі застосування емоційно-сфокусованого підходу:

✓ для зниження загального рівня сімейної тривоги, завдяки чому члени сім'ї зможуть функціонувати більш самостійно і змінювати свої проблемні патерни поведінки;

✓ для підвищення базового рівня диференціації кожного члена від сімейної емоціональної спільності. Цей процес дозволить членам сім'ї ефективніше реагувати на емоційно заряджені ситуації. На усвідомлення цього процесу може піти багато часу. Успіх втручання міцно спирається на вміння аутолога працювати з сім'єю, уникаючи при цьому утворення емоційного трикутника і вбудовування в сімейну систему (Kerr & Bowen).

▪ *Комунікація і сімейна терапія (за V. Satyr).* Відмінною рисою даного підходу до сімейної терапії є *підвищення самоповаги членів сім'ї як спосіб змінити сімейну систему* (Carlson, Sperry & Lewis). Ці підходи допускають зв'язок між самоповагою і комунікацією, де якість однієї впливає на якість іншої. Сім'я розглядається як цілісна (холістична) система, ролі членів якої впливають на ефективність сімейного функціонування через їхній вплив на правила, комунікаційні процеси і реакції на стрес. Загальною метою підходу, родоначальницею якого є В. Сатир, є зростаюча зрілість сім'ї. При цьому ефективний аутолог буде: а) *фасилітувати* («to facilitate» – з приблизним значенням «бути посередником») *надії в сім'ї*, б) *зміцнювати навички та процеси копінга (готовності вирішувати життєві проблеми) у її членів*; в)

уповноважувати кожного члена сім'ї робити вибір і приймати відповідальність за цей вибір; г) сприяти оздоровленню всіх членів сім'ї та сімейної системи.

▪ *Експериментальна сімейна терапія.* Аутологи, які використовують цей підхід, підкреслюють важливість переживання і вираження емоцій тут-і-тепер. У даному разі важливим визнається сприяння процесу природного розвитку в сім'ях (Whitaker & Bumberry). Цей вид сімейної терапії допомагає членам сім'ї усвідомити їхні почуття стосовно приналежності до сім'ї, одночасно посилюючи здатність сім'ї дарувати кожному члену свободу бути індивідом.

Успішний досвід експериментальної сімейної терапії, як правило, досягає ряду взаємопов'язаних цілей. По-перше, фахівець спонукає членів сім'ї до переживань тут-і-тепер. Це досягається через експансію (поширення) наявних симптомів і ескалацію (підсилення) інтерперсонального (міжособистісного) стресу. Це забезпечує умови для допомоги сім'ї в розвитку в неї «почуття сімейного націоналізму», в поліпшенні відносин з родичами у великих сім'ях, примноженні контактів сім'ї з іншими сім'ями, в розумінні експектацій (очікувань стосовно міжособистісних стосунків) в сім'ї та розумінні її меж, стимулюванні розмежування між поколіннями в сім'ї і спонуканні сім'ї до гри. Цей підхід сприяє ситуації, коли сім'я забезпечується моделлю постійного об'єднання, розділення і возз'єднання, що спонукає членів сім'ї бути самими собою (Keith, Connell & Whitaker).

▪ *Міланська сімейна терапія.* Міланська сімейна терапія вважає членів сім'ї учасниками реципрокних інтеракцій, тобто взаємодій, що чергуються і призводять до постійної еволюції сім'ї. Вважається, що існуючі проблеми виконують свою функцію для сім'ї і не є патологічними симптомами, притаманними якомусь окремо взятому її члену. Деякі зміни часто вважаються відносно випадковим і нетривалим процесом, на який можна вплинути, спонукаючи всіх членів сім'ї до зміни їхніх когніцій (процесів пізнання), перцепцій (чуттєвого сприйняття, зокрема сприйняття, розуміння і оцінки людьми одне одного) та атрибутів (розуміння і пояснення поведінки інших людей) як способу поліпшити результат сімейної системи.

Як правило, аутолог при цьому прагне допомогти родині відкрити «правила» їхньої сімейної гри і змінити ці правила для поліпшення результату. По ходу цього процесу він намагається: або залишатися нейтральним і фасилітувати, або лише спрямовувати цей процес, не вбудовуючись в сімейну систему.

▪ *Конструктивістська, або нарративна, сімейна терапія.* Нарративна терапія – це вільна розповідь батьків про життя сім'ї без втручання з боку аутолога, який задає лише загальний напрям очікуваної розповіді. Предметом загальної сфокусованості цього порівняно нового підходу до сімейної терапії є складання смислів або історій з життя людей і про ролі, які люди грають у своєму житті. Проблеми розглядаються як історії. Ці історії члени сім'ї погоджуються розповісти про себе, про події у своєму житті, яким вся сім'я надавала значення, а також історію життя всієї сім'ї. *Саме ці історії опиняються у фокусі втручання.* Аутолог не фокусується на об'єктивних доказах, але одночасно намагається розвіяти ірраціональність, як вчинив би когнітивний терапевт. Замість цього у фокусі його уваги знаходиться зміна процесів, в яких беруть участь всі члени сім'ї, і ця система сама намагається поліпшити загальне функціонування сім'ї і зменшити її біль і страждання (Anderson & Goolishian; West, Bubenzer, Walsh & Sensoy).

▪ *Сімейна терапія, сфокусована на рішеннях.* Цей підхід до сімейної терапії виходить з того, що зміна – це неминуча і постійна частина життя як окремого члена сім'ї, так і сім'ї в цілому. Тому аутолог намагається сфокусувати сім'ю не на тому, що неможливо, а навпаки – на можливих і доступних для зміни сферах. *Цей підхід намагається спиратися на сильні якості та компетенції, вже існуючі в сім'ї, і фасилітувати їх постійний і зростаючий успіх.* Центральне місце в цьому підході до сімейної терапії займає формулювання цілей для сім'ї як засобу звернення до складних проблем для їхнього вирішення. Ці цілі повільно реалізуються шляхом тонкої зміни в членів сім'ї світосприйняття, перцепцій і патернів поведінки для вирішення своїх нинішніх проблем.

▪ *Стратегічна сімейна терапія.* Стратегічні сімейні терапевти більше зосереджені не на теорії, а на техніці, а також на виробленні нових рішень проблем, що виникають у сім'ях. При цьому вони виходять в основному з того, що сім'ї здатні до стрімких змін і що фахівець несе певну відповідальність за процеси і швидкість цих змін. Ця модель сімейної терапії допускає, що сім'ї по суті є системами, які управляються правилами, і що тільки в цьому контексті можливо зрозуміти труднощі сім'ї та її сильні якості.

Загальна мета стратегічної сімейної терапії – вирішення наявних проблем шляхом планування втручань, які адекватно звернені до проблем всередині сімейного соціального контексту. По-друге, стратегічна модель величезну важливість надає фасилітації (допомозі)

руху сім'ї та її членів всередині сім'ї до наступної фази життєвого циклу.

За Д. Хейлі (D. Haley) у сімейній терапії виділяють *п'ять основних стадій*. На соціальній стадії аутолог розмовляє з кожним членом сім'ї на вільну тему. Коли процес переходить до проблемної стадії, він задає спеціальні питання про проблеми, пережиті в сім'ї, а на стадії інтеракцій збирає членів сім'ї, щоб ті обговорили проблеми між собою, одночасно спостерігаючи за пересіченими сімейними процесами. На стадії постановки цілей аутолог оперативно встановлює бажані сім'єю цілі стосовно дитини, а на стадії завдань – дає сім'ї директиви, які зазвичай виконуються між заняттями. Ці директиви зазвичай являють собою патерни поведінки або домашнє завдання, які сім'я відпрацьовує поза корекційно-розвивальної обстановки.

▪ *Структурна сімейна терапія* підкреслює перевагу процесу над змістом і вважає, що сім'я вміщує в себе комплекси сімейних комунікаційних транзакцій, тобто угод, що супроводжуються взаємними поступками. Аутолог аналізує сімейні субсистеми, їхні межі, коаліції і звичні способи вести сімейні справи. Ці переходи можуть здійснюватися з відома або без відома окремих членів сім'ї і зазвичай регулюють патерни поведінки сім'ї *двома основними шляхами*. По-перше, існуюча в сім'ї ієрархія диктує і авторитет, і владу в прийнятті рішень. По-друге, взаємні очікування, сформовані в ході сімейних переговорів, з часом виконуються членами сім'ї в міру того, як та поступово еволюціонує. У даному випадку особливу увагу необхідно приділяти наявним у структурі сім'ї взаємозв'язкам між її різними членами. *Першочергова мета* структурної сімейної терапії – звернутися до проблем сімейних взаємозв'язків, які визначаються своїми межами, а межі бувають ригідними, чіткими або розмитими.

Процес втручання з використанням структурної сімейної терапії, як правило, містить *три головні етапи*. На початку аутолог намагається приєднатися до сімейної системи і добитися в її складі акомодатії. Це звичайно вимагає від аутолога пристосування до сімейних процесів комунікації і перцепції. Початок і продовження (протягом усього курсу занять) процесу об'єднання аутолога з сім'єю – це процес формування структурного діагнозу. Цей процес зазвичай включає в себе постійне спостереження за сім'єю і постійний процес перевірки гіпотез і нових формулювань щодо сімейної структури та якості і функції її транзакцій. Нарешті, коли процес просувається вперед, аутолог намагається вдатися до втручання, які призведуть до переструктурування сімейної системи з перетворенням її в ту, що здатна ефективно справлятися з життєвими стресами, з якими стикається сім'я дитини і її члени.

▪ *Поведінкова і когнітивно-поведінкова сімейна терапія.* Цей підхід фокусується на важливості наслідків тієї чи іншої поведінки дитини і членів родини. *Особливо пильна увага звертається на активуючі події та процеси підкріплення і покарання,* що супроводжують індивідуальні та інтеракційні патерни поведінки дитини і членів її родини і впливають на частоту проявів подібних патернів. *Особливого значення надається також рівням задоволення і незадоволення пережитих членами сім'ї з точки зору відносної частоти підкріплення і покарання.* Водночас рекомендується мати на увазі, що з часом підкріплення, які колись підтримували їхнє задоволення, можуть втратити свою ефективність. З поведінкової точки зору це можна вважати насиченням. І навпаки, партнери можуть перестати помічати наслідки, які колись знаходили винагородження. З поведінкової точки зору це можна назвати звиканням. При цьому аутолог часто бере на себе роль «тренера» і намагається допомогти членам родини визначити функцію патернів поведінки у відносинах між собою і з дитиною і наслідки, якими підтримуються ці патерни.



Аутологи можуть використати цей підхід, *спираючись на виявлені поведінкові патерни конкретної сім'ї і визнаючи можливість і важливість наслідків тієї чи іншої поведінки при її повторенні і підтримці.* Отже, в центрі уваги даного типу втручання часто є функції патернів поведінки і когніції, тобто сукупність психічних структур і процесів, пов'язаних з набуттям, використанням, зберіганням, передачею та утворенням нових знань.

За умови, що патерн поведінки і його можливі наслідки ідентифіковані, аутолог може допомогти родині частково задовольнити її потреби без високих затрат на індивідуальну корекційно-розвивальну допомогу для дитини. З цією метою аутолог зазвичай *навчає членів сім'ї оцінювати власні патерни мислення і дій стосовно дитини та можливі наслідки цих патернів, а також навчає тому, як замінити витратні і неефективні патерни поведінки на адаптивні.*

Ці кроки найчастіше реалізуються шляхом розкриття членам сімей змісту комунікаційних навичок, навичок вирішення інших проблем, розкриття змісту існуючих стратегій розв'язання конфліктів, особливостей ведення переговорів з дитиною та застосування диференціального підкріплення здорових для сім'ї патернів поведінки.

Одночасно сім'ю спонукають скоротити підкріплення дезадаптивних поведінкових і когнітивних патернів, при цьому високо оцінюючи внутрішньосімейні підкріплення адаптивних та здорових дій і думок.

▪ *Психодинамічна сімейна терапія та об'єктні відносини.* Психодинамічні різновиди сімейної терапії включають інтрапсихічне минуле всіх членів. Це – вибрані та прийняті норми та аксіоми стосовно життєдіяльності членів сім'ї, їхніх характерологічних особливостей, стереотипів поведінки тощо, їх минулі відносини – особливо дитини з батьками та інші ранні спогади і конфлікти. Багато з цих ранніх переживань впливають як на свідомі, так і на підсвідомі процеси і функції сім'ї. *Головна мета* аутолога – довести до свідомості членів родини підсвідомі патерни функціонування в сім'ї. Це звичайно досягається шляхом здорового використання процесів переносу і контрпереносу. Поняття переносу використовується при описі несвідомого емоційного зв'язку, що виникає в члена родини стосовно аутолога і відповідно в аутолога в ставленні до члена родини (контрперенос). Аутолог, який спирається на об'єктні стосунки, створює психотерапевтичний альянс, послідовно допомагаючи її членам формувати більш ефективні відносини.

З цією метою аутолог використовує інтерпретацію для кларифікації (прояснення) заплутаних і неусвідомлених аспектів ситуації. Кларифікація означає виникнення в членів родини внутрішньої впевненості в тому, що з усією суперечливістю стосовно дитини покінчено і вони тепер знають, що саме повинні робити далі. *Кларифікаційне зауваження – це особливе висловлювання фахівця, що повторює те, що йому сказано у більш ясних термінах.* Іноді аутолог в точності переказує висловлені зауваження; але він ніколи не намагається пов'язувати між собою факти або висловлювання, отримані ним від членів родини в різний час, ніколи не прагне давати оцінки. Кларифікаційне зауваження відноситься до розряду недирективних процедур і спробою аутолога повернути батькам дитини те, що вони сказали, відчули, висловили. Відображення почуття (*reflection of feeling*) – це методика, яка полягає в тому, що аутолог повторює сказане йому таким чином, щоб *висвітити не стільки інтелектуальне, скільки емоційне значення сказаного.*

Узагальний виклад розглянутих моделей сімейної терапії, їхня мета і відповідні техніки представлено в таблиці (див. табл. 1 У.6) ¹⁸.

¹⁸ Джерело: Голод С.И. Современная семья: плюрализм моделей // Социологический журнал. - 2006. - №3/ 4. - С.99-108; Гурко Т.А. Трансформация института современной

**Різновиди моделей сімейної допомоги,
їхня мета і відповідні техніки**

№	Моделі	Мета допомоги	Зміст технік
1	Емоційно-сфокувана (за К. Боеном)	Зниження загального рівня сімейної тривоги. Підвищення у членів родини вміння адекватно реагувати на емоційні сімейні ситуації, зокрема пов'язані з поведінкою дитини	Складання генограми – карти, яка відображає хоча б три покоління родини Бесіда членів родини з аутологом, а не один з одним Уникання утворення емоційного трикутника і вбудови фахівця в сімейну систему. Аутолог залишається об'єктивним і не стає ні на чий бік
2	Комунікаційна (за В. Сатир)	Підвищення самоповаги членів сім'ї як спосіб змінити, покращити міжособистісні сімейні стосунки. Як результат, – зміна інтерперсональної системи родини	Встановлення холістичної (цілісної) історії родини. Створення хронології фактів сімейного життя. Використання метафори (перенесення) – обговорення сімейних стосунків за аналогією. Використання драми – члени сім'ї окремо і разом з дитиною розігрують сцени зі свого життя
3	Експериментальна	Допомога членам родини в розвитку «почуття сімейного патріотизму», в поліпшенні відносин з родичами, примноженні контактів сім'ї з іншими сім'ями, в розумінні очікувань стосовно стосунків в сім'ї	Застосування засобу приєднання – аутолог встановлює зв'язок з усіма членами сім'ї Виконання домашнього завдання – члени сім'ї вдома не говорять про заняття Очікування – аутолог ділиться з родиною очікуваннями стосовно виникнення можливих

семьи // СОЦИС. - 2000. - № 10. - С. 96-99; Осипова А.А. Психокоррекция детско-родительских и семейных отношений //Общая психокоррекция: Учеб. пособие. - М.: Сфера, 2000. - С.439- 484;Семенець-Орлова І. Моделі сімейної політики в світі //Науковий часопис НПУ ім. М.П.Драгоманова. Серія 22. Політичні науки та методика викладання соціальнополітичних дисциплін. - Випуск 3. - Київ: Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова. - С.154 - 161. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. - М.: Фолиум, 1996. - 48 с.

			міжособистісних стосунків дитини в сім'ї та поза сім'єю
4	Міланська	Допомога родині у «відкритті» правил сімейних стосунків. Сприяння при необхідності їхньої зміни для поліпшення результату сімейної системи на благо дитини	Розпитування по колу – дозволяє дістатися до перцепцій (більш відвертих і щирих реакцій членів сім'ї) Виконання приписів – парадоксальних інструкцій (відповідно до симптому) Побудова гіпотез – аутолог привносить в роботу з сім'єю ідеї просвітницького характеру для зменшення болі і страждань в родині
5	Конструктивіська або нарративна (розповідна)	Складання смислів (історій) з життя членів родини і тих ролей, які вони грають в житті родини загалом і в житті дитини зокрема	Застосування: деконструкції – розплутування історії конкретної сімейної проблеми; реконструкції/переписування – створення нової сімейної історії. Обговорення командою (групою) професіоналів-спостерігачів різних ситуацій в сім'ї
6	Психодинамічна, сфокусована на проблемних сферах, але доступних для зміни	Встановлення в членів сім'ї вже існуючих сильних якостей та компетенцій. Фасилітування постійного і зростаючого успіху родини у вирішенні проблем дитини	Застосування засобів реконструкції для породження сумнівів у сімейній системі координат Обговорення неминучості змін – питання: як зміниться сім'я, якщо станеться диво? Шкалювання – члени сім'ї дають цифрові оцінки стану сім'ї Реалізація поставлених цілей шляхом тонкої зміни у членів сім'ї світосприйняття, перцепцій і патернів поведінки для вирішення проблем дитини
7	Структурна	Приєднання аутологом до сімейної системи. Досягнення в складі сім'ї акомодатії за допомогою аналізу сімейних субсистем, встановлення їхніх меж, коаліцій тощо Переструктурування сімейної системи в здатну ефективно справлятися зі стресами, пов'язаними з	Визначення і прийняття на озброєння комунікаційного стилю сім'ї Актуалізація сімейних поведінкових (трансактних) патернів – родина займається типовою взаємодією (інтеракацією) Маркування сімейних меж – зміцнення розпливчастих кордонів сім'ї і ослаблення ригідних

		дитиною	
8	Поведінкова або когнітивно-поведінкова	Виявлення поведінкових патернів конкретної сім'ї; визначення можливих наслідків поведінки при її повторенні і підтримці. Розкриття членам сім'ї змісту навичок вирішення проблем та стратегій розв'язання конфліктів, технік ведення переговорів з дитиною тощо	Спонування родини до складання контракту про співпрацю. Проведення тренінгу по розвитку навичок комунікації. Пояснення членам родини ефективності його застосування для примноження позитивної міжособистісної взаємодії (інтерації). Когнітивне переструктурування – підвищення валідності перцепцій, зокрема соціальних перцепцій, тобто процесу сприйняття зовнішніх ознак людини, співвіднесення їх з її особистісними характеристиками, і прогнозування на цій основі її вчинків.
9	Психодинамічна	Використання методів переносу і контрпереносу для ознайомлення з минулими стосунками всіх членів родини (особливо дитини з батьками). Виявлення ранніх конфліктів	Спроби аутолога зрозуміти (з точки зору сім'ї) переживання членів родини з приводу конфліктів з дитиною. Інтерпретація (кларифікація) не стільки інтелектуального, скільки емоційного значення сказаного батьками стосовно заплутаних аспектів ситуацій, пов'язаних з дитиною. Дотримання аналітичного нейтралітету – аутолог намагається зберегти положення аналітика, ніколи не прагнучи давати оцінки
10	Стратегічна	З'ясування аутологом, чи сім'я є системою, яка управляється правилами, чи ні. Суппортивні послуги (Supportive Psychotherapie) – це допоміжний догляд, кризове втручання як надання тимчасової невідкладної емоційної допомоги з тим, щоб підвищити успіх дітей та їхніх сімей.	Застосування послідовних стадій сімейної терапії: розмова на вільну тему, використання спеціальних питань стосовно проблем сім'ї, обговорення проблеми членами родини між собою, виконання директив, що віддаються аутологом в надії на згоду або в передбаченні непокори, парадоксальні директиви (ті, які, як передбачає аутолог, сім'я проігнорує)

Висновки

Більшості аутологів, незважаючи на їхні теоретичні погляди і підходи до надання допомоги, слід розглядати сім'ї як складні системи, розуміти, що сім'ї виникають у різноманітних контекстах, які впливають і на функцію, і на дисфункцію, усвідомлювати роль і значення меж, а також процесів, що відбуваються в сімейному середовищі. З урахуванням цих проблем доводиться, що в сім'ях, в яких аутолог здійснює корекційно-розвивальну допомогу, в цілому результати виявляються кращими, ніж у сім'ях, які потребують таких послуг і не одержують їх. За умови створення і розвитку сімейної аутології, на нашу думку, її корисність та ефективність буде зростати.

На сьогодні вважається, що поведінка дитини з РАС викликана множинними причинами (триангуляціями, triangulation), подвійними зв'язками або заплутаністю у виявленні причин. У цьому зв'язку передбачається, що саме в сімейних підходах є способи розв'язання подібних проблем.

Проте, отримавши болючий урок аутизму, коли з'ясувалося, що не психоаналітичне пояснення («мати-холодильник»), а ураження мозку в процесі розвитку є однією з важливих причин виникнення аутизму, фахівці стали більш обережними. Вони схильні вважати, що психопатологія розвитку виникає в силу комплексу (triangulation) сприяючих чинників і тривалих серій інтеракцій між фізичним ризиком, середовищним ризиком і захисними факторами. Тому, працюючи з сім'єю, фахівці не повинні поспішно робити висновок про те, що наявні симптоми і поведінка були викликані особливостями сім'ї.

Так, в сім'ї, де сором'язливого, дуже боязкого малюка з аутизмом через його нездатність задовольнити сподівання батька, повинна постійно захищати і про нього піклуватися мати, що може гнівити батька. При цьому аутологу легко зробити висновок, що хлопчик став символом латентного конфлікту між батьками. Але, якщо аутолог особливо пильний, то він замовляє хромосомний скринінг через можливість хромосомного порушення. Якщо дані виявляться позитивними, то батькам слід звернутися до відповідних лікарів. Проте в такій ситуації сімейна терапія не протипоказана. Сімейна терапія буде корисна в сприянні всім сторонам в розумінні аутичного розладу, подоланні шоку і перегляду батьками своїх соціальних очікувань (експектацій) стосовно дитини і вироблення нових. Аутологу доводиться бути напоготові відносно припущень стосовно того, що проблемна поведінка дитини була викликана сім'єю і бути готовим до роботи над припущенням, що сімейна терапія може допомогти родині справитися з проблемами їхньої дитини.

Цю галузь науки часто критикують за відсутність строгих досліджень. Так, багато критиків стверджують, що сімейна терапія взагалі – просто нескладний набір технік, об'єднаних «кабінетною теорією». З наукової літератури, однак, з'ясовується, що дітям і батькам, які беруть участь в сімейній терапії, як правило, стає краще. Було показано, що різні види сімейного підходу до зняття чи усунення симптомів і проявів ефективні в галузі дитячих поведінкових розладів, зокрема і при аутизмі. Найпомітнішою є робота Орегонського Центру соціального навчання (OSLC), сфокусована на батьківських тренінгах і поведінковому контролі. Ця робота показала значну ефективність подібних заходів для дітей з соціоемоційними порушеннями і опозиційним розладом непокори. Крім того, ці підходи продемонстрували користь в роботі з дітьми, які страждають мінімальною мозковою дисфункцією (Barkley, 1998).

Базуючись на викладеному, є можливим підняти питання стосовно *каузації (породження, створення) сімейної аутології як повноправного розділу спеціальної педагогіки чи окремої навчальної дисципліни*. З урахуванням того, що сімейна терапія взагалі, а аутологічна тільки в проекті є абсолютно новими дисциплінами в спеціальній педагогіці і психології (в порівнянні, наприклад, з різними видами індивідуальної і групової допомоги дитині-аутисту), багато чого в цих сферах ще тільки належить зробити.

Завдання і запитання

- 1. Дайте визначення поняття «сімейна терапія».*
- 2. Схарактеризуйте мету і принципи сімейної терапії.*
- 3. Розкрийте сутність проблеми різного походження дітей і культури.*
- 4. Урахування аутологом етичних і правових питань в процесі консультативної роботи.*
- 5. Які вимоги пред'являються до спеціальних навичок аутолога та його підготовки до роботи з аутичними дітьми та їхніми батьками?*
- 6. Коротко схарактеризуйте різновиди сімейної допомоги, їхню мету і відповідні техніки.*

Література

- 1. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. - СПб, 2001, 282 с.*
- 2. Д. Винникотт. Разговор с родителями /Talking to Parents. Перевод: с англ. М., 2011. - 96 с.*
- 3. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. – 72 с.*
- 4. Фон Шліппе А., Швайцер Й. Системна психотерапія та консультування / Пер. з нім. – Львів: ВНТЛ-Класика, 2004. – 320 с.*

Тема 10. Стратегії і тактики психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС

На 66 Асамблеї ВООЗ (20.05. 2013) міністрами охорони здоров'я зі 194 країн світу прийнято Комплексний план в галузі психічного здоров'я. Передбачається, що на основі цього плану *буде створено Світову програму з аутизму* за участю гастроентерологів, нейропсихологів, поведінкових аналітиків тощо і обов'язково із залученням аутистів. При цьому співпраця з особами з аутизмом вважається необхідною, оскільки є думка про те, що коли програма для осіб з особливостями в розвитку створюється без них, то вона створюється проти них. Основною метою спільної діяльності спеціалістів з різних галузей науки і практики є розробка так званої *Дорожньої карти психолого-педагогічної допомоги аутистам в різні періоди їхнього життя*.

Метою теми «Стратегії і тактики психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС» є висвітлення змісту розробленої нами Дорожньої карти аутологічної допомоги дітям з РАС та шляхів її методичної реалізації.

10.1. Дорожня карта системної аутологічної допомоги.

Дорожня карта включає розгляд таких питань:

А. Стратегії і тактики допомоги педагогам і дорослим з близького та далекого оточення дитини з аутизмом:

- Етапи допомоги дітям з аутизмом та їхнім батькам.
- **Стратегії допомоги батькам дитини з аутизмом:**
 - ✓ ознайомлення батьків з Модифікованим скринінговим тестом на аутизм для дітей раннього віку (М-СНАТ) і **таблицею спостереження за розвитком дитини з РАС;**
 - ✓ поради матері дитини;
 - ✓ поради педагогам і дорослим з близького та далекого оточення дитини;
 - ✓ **поради для людей, особисто не зачеплених проблемою аутизму.**
 - ✓

В. Напрями підготовки аутолога до корекції розвитку дитини з РАС:

- ознайомлення з метою, завданнями і методикою поведінкової терапії для аутистів за програмою АВА (АВА-терапії);
- ознайомлення з метою, завданнями і методикою ТЕАССН-програми;
- врахування факторів забезпечення планування аутологічної роботи.

С. Психолого-педагогічний підхід до корекції розвитку дитини з аутизмом:

а) Програма методичного забезпечення корекції соціально-емоційного розвитку:

Рівень 1 – Формування вміння виокремлювати себе з довкілля.

Рівень 2 – Формування здатності допускати іншу людину в свій простір.

Рівень 3 – Розвиток соціальної та емоційної взаємодії

Рівень 4 – Становлення і розвиток здатності конструктивно та емоційно виразно впливати на навколишнє середовище

Рівень 5 – Розвиток здатності до соціальної поведінки

б) Програма методичного забезпечення корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС:

Рівень 1 – Формування початкових форм потреби у спілкуванні

Рівень 2 – Розвиток імпресивного мовлення

Рівень 3 – Формування різних форм довербальної комунікації

Рівень 4 – Оволодіння лексико-граматичною будовою мовлення

✓ *формування і розширення обсягу словникового запасу усного мовлення;*

✓ *формування граматичної системи усного мовлення.*

Рівень 5 – Оволодіння доступними формами діалогічного і монологічного мовлення

В Україні в Міністерстві праці та соціального захисту і в Міністерстві освіти і науки на сьогодні не має достатніх даних про ситуацію з діагностикою аутизму і про організацію ранньої допомоги дітям з аутизмом в регіонах. Власне і влада 24 українських областей не має достовірних даних про кількість дітей з аутизмом. Це означає, що більшість дітей з аутизмом в Україні не діагностовані, а їхні батьки не знають, як їм можна допомогти. Дитина народилася, вона зростає, і в якийсь момент батьки починають тривожитися: з дитиною явно щось не так, у неї незвична поведінка. Сьогодні в Україні аутизм діагностується в п'ять-сім років, якщо діагностується взагалі. А потрібно, щоб діагноз ставився в період від року до двох років, як в США і Європі. Як наслідок, головна проблема полягає в тому, що в Україні поки що відсутня зрозуміла траєкторія (шлях) життя такої людини – від ранньої постановки діагнозу до природної смерті.

Чому в Україні так складно поставити діагноз дітям РАС?

І в Європі, і в США патронажні сестри можуть звернути увагу батьків на незвичайну поведінку дитини і запідозрити аутизм. Це відбувається тому, що рівень інформованості про аутизм в суспільстві дуже високий. Так, житель США в середньому п'ять разів на день отримує нагадування про таку проблему, як аутизм. Наприклад, бачить художній плакат (інформаційний постер – невеличкий плакат) в метро, читає про аутизм в газеті, знаходить в коробці з піцою рекламну листівку (флаєр) з проханням про пожертвування до фонду для людей з аутизмом, бачить на дверях ресторану наклейку, яка повідомляє про те, що тут розуміють аутистів. За таких обставин дорослі моментально звертають увагу на незвичну поведінку дитини і намагаються якимось чином їй допомогти.

У нас же поки що більшість лікарів-педіатрів так само погано інформовані про РАС, як і обивателі, тобто середньо статичні жителі. І 90% мам, що висловлюють побоювання щодо поведінки своїх дітей, можуть отримати відповідь від педіатра: «Матінко, не хвилюйтеся, він у вас ще маленький, ще заговорить і буде як усі». Проблема посилюється тим, що аутизм зустрічається у хлопчиків в три-чотири рази частіше, ніж у дівчаток, – а пізній розвиток у хлопчиків (особливо мовленнєвий) в Україні вважається нормою. І коли мама все-таки починає розуміти, що це не норма, допомогти дитині вже набагато складніше.

Для того, щоб діагностика РАС стала ранньою:

- суспільство в цілому повинно бути поінформоване про те, що аутизм існує, він поруч;
- повинні бути добре поінформовані батьки, лікарі первинної ланки (неонатолог, педіатр), педагоги;
- повинні з'явитися фахівці-аутологи, які оволоділи ґрунтовними теоретичними знаннями про аутизм і які здатні здійснити ранню діагностику особистості дитини. Тобто, спеціалісти здатні протягом навчального і тренувального процесу використовувати особливі методи комунікації, спеціально розроблені для дітей з аутизмом і здатні сформувати функціональні навички, необхідні для більш-менш незалежного життя осіб з РАС;
- у медичних і педагогічних вузах повинні з'явитися відповідні повноцінні навчальні курси та належні навчальні посібники;
- має бути створена ініціативна робоча група з метою генерування системних рішень для створення маршруту допомоги людям з РАС;
- варто організувати офіційний конкурс пілотних проєктів допомоги людям з РАС в Україні;
- проводити Всеукраїнські семінари-наради, присвячені проблемам аутизму;
- бути здатними адаптувати навколишнє середовище до порушень психіки та поведінки у дітей

Упровадження зазначених заходів допоможе змінити систему діагностики і корекції розвитку РАС. На цьому ж етапі держава повинна визнати, що аутизм – це не різновид шизофренії, як вважають досі в нашій країні деякі лікарі. І це не якість інше психічне захворювання. Аутизм – це такий розлад, при якому є певні загальні прояви у вигляді насамперед порушення поведінки і яке в усьому світі називається розладом аутичного спектра, і ніде в світі це вже не вважають шизофренією. У нас же в Україні людям з РАС, що досягли 18 років, поки що діагноз «аутизм» змінюється на діагноз «шизофренія».

Водночас на сьогодні є і позитивні зміни в бік ранньої діагностики аутизму. Так, інформації про аутизм стає все більше, запит батьків все голоснішим, «аутизм» поступово перестає бути химерним словом.

Разом з тим, терміново необхідна програма, в рамках якої грамотно розроблялися б інформаційні продукти, що відповідають на запит батьків, які турбуються про свою маленьку дитину, але поки не розуміють, де шукати допомоги. У дитячих поліклініках деяких пострадянських країн з'явилися плакати «Зверніть увагу: аутизм». Поруч з цими плакатами лежать листівки з так званими червоними прапорцями аутизму – батьки можуть їх взяти і дізнатися про симптоми, які повинні їх насторожити. Для лікарів первинної ланки проводяться семінари по впровадженню інформаційного модуля, щоб лікарі-педіатри направляли дітей з групи ризику на консультації. А для всіх батьків підготовлений онлайн-тест – відомий у світі M-CHAT, перекладений на 27 мов і який науково довів свою ефективність. Тепер він має бути доступним і для українських батьків.

А. Поради педагогам і дорослим з близького та далекого оточення дитини з аутизмом

❖ Етапи надання допомоги батькам дитини з аутизмом

У типовому освітньому закладі чи реабілітаційному центрі, чи лікарні, *допомога дітям з аутизмом і їхнім батькам надається в декілька етапів:*

1. На початку вони звертаються за допомогою або за направленням від професіонала (лікаря, педагога, соціального працівника чи психолога), або в порядку самонаправлення. Якщо мова йде про приватну практику, то люди найчастіше приходять самостійно, або знайшовши професіонала за телефонним довідником, або скориставшись рекомендацією друзів. Новий пацієнт зазвичай стурбований – його хвилюють питання: чи немає в дитини тяжкого порушення? Що скажуть люди, дізнавшись, що вони були на прийомі в дефектолога чи психіатра? Дитина зазвичай приходиться з кимось із батьків і, як правило, погано розуміє, навіщо її привели до нього.

2. Перший контакт відбувається (за наявності) в приймальні, де заповнюється анкета і батьки отримують деяку інформацію про діяльність закладу, а також відповіді на певні свої запитання.

3. Далі, як правило, проводиться оцінювання стану та потреб дитини і її батьків, яка може варіювати від короткого інтерв'ю до довгострокового обстеження із застосуванням численних діагностичних тестів.

4. На підставі оцінки одержаних результатів обстеження приймається рішення про показання аутовтручання, і якщо воно показане, то це рішення доповнюється орієнтовними корекційно-розвивальними завданнями. На цій стадії в батьків знову може виникнути занепокоєння: Як будуть проходити заняття? Чи

сподобається аутолог і чи буде він по справжньому зацікавлений у вирішенні їхньої проблеми?

5. На ранніх етапах роботи з дитиною аутолог пояснює батькам і аналізує спільно з ними сенс і природу аутологічної роботи, домагаючись згоди або домовленості, що стосується плану втручання. Це забезпечує свого роду контракт, який можна змінити з урахуванням нової інформації та подальшого розвитку ситуації.

6. Надалі здійснюються планомірні, цілеспрямовані аутологічні заняття, які в підсумку призводять до наступного етапу, завершального.

7. Завершення може бути як спланованим, так і констатувальним за фактом. Іноді діти перестають відвідувати заняття або взагалі припиняють одержувати допомогу всупереч рекомендаціям спеціаліста, але, якщо завершення протікає заплановано, обидві сторони можуть оцінювати одержані результати роботи. З цією метою також можна запланувати одне або кілька контрольних занять через декілька тижнів або місяців.

8. Свідомі аутологи здійснюють також професійну оцінку результатів своєї роботи, яку вони іноді проводять у складі плану спільного дослідження з науковими установами.

З чого починати? Основне питання, яке виникає і у батьків, і у спеціалістів. У цьому зв'язку на початку детальніше зупинимося на викладі загальних порад педагогам і дорослим з оточення дитини з аутизмом.

Аутологу необхідно бути готовим до того, що постановка діагнозу дитині викликає у її батьків і родичів різну реакцію, в тому числі почуття заперечення, провини, гніву, страху чи розгубленості. Тому важливо їх своєчасно підтримати, дати їм можливість усвідомити, що вони не самотні, осмислити, збагнути свої почуття, зрозуміти сенс поставленого діагнозу, визначити, які потрібні послуги, заручитися підтримкою для себе, дитини та інших членів сім'ї. Для цього розроблено декілька стратегій, з якими фахівець має ознайомити членів сім'ї дитини. Краще, щоб стратегії були оформлені у вигляді постера (невеличкого плаката), після ознайомлення зі змістом якого, з батьками проводиться додаткова розмова.

Стратегія 1. Дізнайтеся якомога більше про аутичні порушення і про конкретний діагноз вашої дитини.

Коли ви вперше дізнаєтесь про діагноз дитини, важливо засвоїти якомога більше інформації про цей діагноз і про те, як ця проблема впливає і впливатиме на дитину.

Стратегія 2. Намагайтеся розуміти юридичні закони, систему роботи державних служб, види лікування, різні підходи до навчання, а також медичні та освітні терміни. Цей шлях пройшли до вас вже багато людей; вони можуть допомогти вам розібратися в хитросплетінні законів,

установ, послуг і ресурсів. Існують організації – як місцеві, так і національні – які надають допомогу і підтримку людям з аутизмом і членам їхніх сімей. У багатьох населених пунктах працюють групи підтримки для батьків і родичів дітей з вадами здоров'я. Там можуть підказати, які послуги пропонуються у вашому районі. Ці групи нададуть вам дружню підтримку, допоможуть знайти душевний спокій і навчать краще розбиратися в питаннях, що виникають на різних етапах життя вашої дитини. Навіть якщо ви вирішите не брати активної участі в роботі групи підтримки, зв'язок з нею може дати вам цінну інформацію.

Стратегія 3. Право на освіту. Ви повинні усвідомити, що діти з аутизмом здатні вчитися і успішно вчаться. А вам потрібно навчитися брати участь у прийнятті важливих рішень, що стосуються освіти вашої дитини, в якому б віці вона не була.

Водночас аутологу необхідно в доступній формі пояснити батькам відмінності освітнього маршруту їхньої дитини і дитини з нейротиповим розвитком. Для цього роз'яснити батькам, що звичайна дитина в три роки йде в дитячий садок – так починається її освітній маршрут. А дитину з РАС туди не беруть, якщо форма РАС важка, і беруть неохоче, якщо легка. Причина цього полягає в її незвичній поведінці, яка не подобається вихователям і батькам дітей з нейротиповим розвитком. Потім звичайна дитина йде в школу, а для дитини з важкою формою РАС двері школи закриті, а дітям з легкою формою теж непросто. Проблемна поведінка створює складнощі вчителю, однокласники не розуміють цієї дитини, і взагалі всі кажуть: вчіться вдома. Це в кращому випадку. А в гіршому – пропонують віддати дитину в інтернат, де її поведінку будуть коригувати ліками.

У школі не мають права відмовити в навчанні дитині з РАС і все частіше не відмовляють прямо. Але батьки мають усвідомити, що дитині там може бути так важко і вона так страждатиме, що вони самі можуть погодитися на домашнє навчання, де, принаймні, ніхто не стане їм вимовляти за погану поведінку дитини.

Люди з РАС, якщо їм все-таки вдалося провести 11 років в корекційній школі, після її закінчення, як правило, залишаються вдома. Тому що і у вузі їх поведінка не подобається викладачам і однокурсникам, під них треба підлаштовуватися. Тому на сьогодні всі випадки навчання дітей з аутизмом в загальноосвітніх школах – це, власне, всупереч системі. Щодо дітей з глибокою формою РАС це виключення з правил. Батьки знаходять школу, де з якоїсь причини директор і вчителі готові з такою поведінкою працювати. Крім того, є поодинокі школи, де вчителі самостійно вивчали міжнародний досвід роботи з дітьми з РАС і застосовували його талановито, всупереч

системі, ніким не підтримувані і ніяк не схвалені. Ми такі школи знаємо і дуже поважаємо працюючих там людей.

Стратегія 4. Ведіть записи. Ведення записів спростить процес вибору послуг для дитини з аутизмом. Багатьом фахівцям, до яких ви будете звертатися, потрібна буде конкретна інформація. Тому якщо ви будете хоча б коротко записувати історію розвитку дитини, це дасть важливу діагностичну і оцінну інформацію, яка згодом може сприяти процесу навчання дитини навіть у зрілому віці. Чітка організація цієї інформації не тільки допоможе вам пам'ятати її, а й полегшить фахівцям доступ до неї і її використання. Це буде особливо важливо тоді, коли дитина виросте і обсяг інформації збільшиться.

Стратегія 5. Визначте потреби дитини, свої потреби як батьків і потреби своїх родичів. Всі сім'ї різні; всі діти з аутизмом теж різні. Потреби вашої дитини і вашої родини будуть змінюватися в міру росту дитини. У різний час вам будуть потрібні різні послуги. Ось деякі приклади послуг, які потрібні дітям з аутизмом та їхнім сім'ям: медогляди, трудотерапія, логопедичні заняття, знання лікувально-освітніх програм за місцем проживання, медичне обслуговування, програми матеріальної допомоги, юридична консультація, сімейна підтримка, а також навчання, спілкування, розваги та професійна підготовка. Враховуйте, що доступ до необхідних послуг може бути різним у різних районах.

Водночас зважайте на те, що, коли вашій дитині ставлять діагноз аутизм, то далі вона проживає таке життя, яке може організувати сім'я, її батьки. Держава не дає гарантій і навіть не робить спроб якось цій людині надати освіту, навчити професії, вбудувати в суспільство. І взагалі не готова бачити в цій людині члена суспільства. А бачить у цілому баласт, на який даремно витрачаються бюджетні кошти.

Потрібна реформа, необхідність якої в державі вже усвідомлюється, і результат її буде в тому, що в людини з аутизмом з'явиться маршрут, пов'язаний не з можливостями вашої родини, – він гарантуватиметься державою.

Стратегія 6. Давайте всім членам сім'ї можливість відпочити. Батьки і родичі дітей з аутизмом мають багато чому навчитися. Поєднувати роботу, свої плани і догляд за дитиною може бути дуже нелегко; однак важливо, щоб всі члени сім'ї відчували, що їх поважають, підтримують і цінують. Відведіть всім членам родини час, коли вони могли б відпочити і зорієнтуватися. Усіх вас чекають як радісні, так і сумні хвилини, тому важливо не втрачати перспективу і відводити собі час для зняття стресу, який виникає у батьків будь-яких дітей, в тому числі і дітей з аутизмом. Смійтеся разом, щоб знімати стрес і напруження.

❖ **Наступний крок** – аутолог має познайомити батьків дитини з Модифікованим скринінговим тестом на аутизм для дітей раннього віку (The

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT); Robins, Fein, Barton, 1999). Тест М-СНАТ створений в США і є розширеною версією скринінгового опитувальника СНАТ, створеного у Великобританії. Скринінг (від англ. Screening – відбір, сортування) – це стратегія держави в організації охорони здоров'я, яка спрямована на виявлення захворювань у клінічно безсимптомних осіб у популяції. Перш, ніж викладемо зміст тесту, зазначимо наступне. М-СНАТ – це модифікований скринінговий тест першого рівня на аутизм (скринінгове обстеження) для дітей раннього віку (від 24 до 30 місяців). Заповнюється батьками. В даному разі тест розроблений для виявлення із загальної популяції дітей з ризиком аутизму. М-СНАТ може проводитися, по-перше, як частина звичайного медичного обстеження дитини, так і може бути використаний для оцінки ризику наявності аутизму представники не медичних спеціальностей. Головна мета використання М-СНАТ – виявлення ризику наявності аутизму і РАС. Однак необхідно зважувати на те, що не всі діти, які виявляються при використанні цього методу, дійсно мають діагноз РАС. Це пов'язано з тим, що жоден скринінговий інструмент не має 100% достовірності отриманих даних. Скринінг може мати великий відсоток помилково-позитивних результатів.

Отже, викладемо зміст цього важливого тесту.

Інструкція: Будь ласка, оцініть, наскільки наведені нижче висловлювання характеризують вашу дитину. Постарайтеся відповісти на кожне питання. Якщо така поведінка проявлялася зрідка (ви бачили це всього один або два рази), відзначте, що дитині це не властиво.

- . Якщо ви вказуєте на щось, що знаходиться в іншому кінці кімнати, ваша дитина дивиться на це? (Наприклад, якщо ви вказуєте на іграшку або тварину, чи ваша дитина спрямовує погляд на цю іграшку чи тварину?).
- . Не виникало у вас відчуття, що ваша дитина має порушення слуху (глухоту)?
- . Чи коли-небудь ваша дитина гралася зумисно? (Наприклад, хитала ляльку, катала в машинці ведмедика або годувала м'яку іграшку?).
- . Чи любить дитина дертися вгору? з предмету на предмет як по сходинках? (Наприклад, по меблях, сходинках, сходах на дитячому майданчику).
- . Здійснює дитина незвичні рухи пальцями біля свого обличчя? (Наприклад, ваша дитина ворушить пальцями, смикає мотузочки, крутить коліщатка машинки близько біля своїх очей?).
- . Чи використовує дитина вказівний палець, щоб попросити щось, що вона не дістає? (Наприклад, показуючи на іграшку або їжу, яка знаходиться поза її досяжністю).
- . Чи проявляє ваша дитина інтерес до інших дітей? (Наприклад, дивиться, як інші діти граються, посміхається дітям, йде до них).
- . Чи приносила коли-небудь вам предмети, щоб показати їх або просто

поділитися? (Наприклад, показати вам квітку, плюшеву іграшку або іграшкову вантажівку).

- . Озивається дитина на своє ім'я, коли ви її кличете? (Наприклад, повертає голову у ваш бік, дивиться на вас, відволікається від своєї діяльності, коли ви її кличете?).
0. Чи посміхається дитина вам або у відповідь на вашу посмішку? (Наприклад, якщо ви посміхнетеся дитині, чи посміхнеться вона у відповідь?).
1. Чи виявляла дитина коли-небудь понад чутливість до звуків? (Закривала вуха, кричала або плакала від такого шуму, як наприклад, гул пилососа або гучна музики?).
2. Чи ваша дитина вміє ходити?
3. Чи дивиться ваша дитина вам в очі, коли ви говорите з нею, граєте з нею або одягаєте її?
4. Чи повторює дитина, те, що ви робите? (Наприклад, якщо ви поплескали у долоні, зробили смішний звук або смішний вираз обличчя, чи спробує повторити це ваша дитина).
5. Чи подивиться дитина на речі (предмети), на які подивилися ви?
6. Чи намагається ваша дитина залучати вашу увагу до того, що вона робить?
7. Чи розуміє ваша дитина, коли ви говорите їй зробити щось?(Наприклад, чи розуміє дитина такі прохання, як «поклади книгу на стілець»?).
8. Чи дивиться дитина на ваше обличчя, щоб перевірити вашу реакцію, коли стикається з чимось незнайомим? (Наприклад, якщо вона чує дивний або веселий шум, або бачить нову іграшку, чи буде вона дивитися на ваше обличчя?).
9. Чи подобається дитині, коли її колисають на руках, на колінах і т.д.? (Наприклад, гра «їхали з горіхами»).

❖ **Наступний крок.** Аутолог може запропонувати батькам спеціально розроблену таблицю спостереження за розвитком дитини – **Сфери обстеження стану розвитку дитини з РАС**, – орієнтуючись на зміст якої члени родини зможуть оперативно відслідковувати зміни в психофізичному і емоційно-соціальному розвитку своєї дитини. Ці матеріали фахівець враховуватиме при складанні загальної програми корекції розвитку дитини і при подальшому уточненні її змісту. Спостереженню підлягають такі сфери, як взаємовідносини з людьми, імітація, емоційні реакції, володіння тілом, використання предметів, адаптація до змін, візуальні реакції, слухові реакції, **смак, запах**, реакції на дотик, страх, нервозність, вербальна комунікація, невербальна комунікація, рівень активності, рівень і ступінь інтелектуального відгуку. Шкала оцінювання – бальна: від 5 до 2 балів.

Сфери обстеження стану розвитку дитини з РАС/Бали	
I. Взаємостосунки з людьми	
Ніяких очевидних труднощів чи відхилень в спілкуванні з людьми не спостерігається. Поведінка дитини адекватна для її віку. Може спостерігатися невелика сором'язливість, метушливість або неспокій в той момент, коли до дитини звертаються, але це в межах норми.	
Взаємини трохи з відхиленнями - дитина може уникати контакту очей, уникати дорослих або ставати знервованою, якщо намагаються привернути її увагу, бути дуже сором'язливою, не відгукуватися при зверненні до неї, як це зазвичай роблять діти, «липнути» до батьків більше, ніж більшість дітей цього віку.	4
Помірні відхилення у взаєминах - дитина часом байдужа (створюється відчуття, що вона не помічає дорослих). Постійні примусові заходи необхідні, щоб привернути увагу дитини. Дитиною ініціюється мінімальний контакт.	3
Значно утруднені взаємини - Дитина постійно байдужа і не помічає, що роблять дорослі. Дитина ніколи не відгукується і ніколи не ініціює контакт з дорослими. Тільки дуже наполегливі спроби оволодіти увагою дитини можуть дати позитивний ефект.	2
II. Імітація	
Правильна імітація - дитина може імітувати звуки, слова, рухи, які доступні дитині її віку. Сюжетно-ролеві ігри з однолітками у таких дітей не розвиваються. Спостерігаються своєрідні патологічні перевтілення в той чи інший образ у поєднанні з аутичним фантазуванням. При цьому дитина не зауважує оточуючих, не вступає з ними в мовленнєвий контакт.	5
Дитина не проявляє інтерес до інших дітей, не грає з однолітками, не імітує їхні дії. Дитина в більшості випадків імітує лише найпростішу поведінку, наприклад, ляскання в долоні або поодинокі звуки. Імітує після спонукання або із затримкою. Дитина з аутизмом не має навіть найпростіших ігрових навичок. Єдина гра, яку аутист може підтримувати із задоволенням, це прості механічні рухи "візьми – дай."	4
Дитина імітує тільки іноді і це вимагає великого завзяття та допомоги з боку дорослого. Часто імітує тільки зі значною затримкою. Характерною ознакою є те, що зазвичай дитина грає сама, переважно використовуючи не ігровий матеріал, а предмети домашнього вжитку. може довго і одноманітно грати зі взуттям, шнурками, папером, вимикачами, дротами тощо, тобто в ігри, які не потребують імітації.	3
Дитина дуже рідко або ніколи не імітує звуки, слова, рухи, дії інших людей навіть при спонуканні або за допомогою дорослого.	2
III. Емоційна реакція	
Емоційна реакція відповідає віку і ситуації. Дитина демонструє адекватний тип і ступінь емоційної реакції і це відбивається на виразі обличчя, в позі і манері.	5
Емоційні реакції з незначними відхиленнями від норми. Дитина іноді показує в деякій мірі невідповідний тип і ступінь емоційної реакції, які іноді не пов'язані з навколишніми об'єктами і з подіями, що відбуваються навколо неї.	4
Помірне відхилення емоційної реакції від норми: дитина показує певні	3

ознаки невідповідного типу та / або ступеня емоційної реакції. Реакції можуть бути досить загальмовані або надмірні і непов'язаними із ситуацією; може гримасувати, сміятися чи ставати суворим, навіть коли не відбувається ніяких очевидних подій або відсутні об'єкти, які могли б це спровокувати.	
Значне відхилення від ненормальної емоційної реакції. Реакція вкрай рідко відповідає ситуації, а коли дитина перебуває в конкретному настрої дуже важко змінити цей настрій. Навпаки, дитина показує дуже різні емоції, коли нічого не змінювалося в навколишньому середовищі. Незважаючи на байдужість до навколишнього світу, дитина з аутизмом може дуже часто проявляти спалахи гніву і агресії. В основному, ця агресія спрямована на самого себе. Дитина до крові кусає свої руки, б'ється головою об меблі та підлогу, б'є кулаками себе по тілу і обличчю. Іноді ця агресія виникає проти інших людей, і дитина при будь-якій спробі контакту дряпає, кусає або б'є батьків. На будь-яка заборону або спробу контактувати дитина - аутист може раптово проявити нестримну агресію. Дитина не вміє відчувати почуття жалю, на прохання чи благання батьків вона не реагує, байдужа до сліз.	2
IV. Відчуття власного тіла	
Володіння тілом відповідає віку: дитина рухається легко, спритно, координація відповідає дитині з нейротиповим розвитком цього віку	5
Спостерігаються: неповороткість, повторювані рухи, погана координація, або незвичний прояв більш непересічних рухів.	4
Помірне відхилення від нормального володіння: тілом може включати дивні рухи пальцями, незвичайні позиції пальців або тіла, може витріщатися або смикати частини тіла, проявляти агресію до самої себе, розгойдуватися, крутитися, вертіти пальцями, або ходити навшпиньки.	3
Ще інтенсивніші або часті рухи, вказані вище, є знаками серйозного відхилення від нормального відчуття власного тіла. Ця поведінка присутня, не дивлячись на спроби засудити дитину, зупинити її або залучити в інші заняття. Дитина не може навчитися найпростішим навичкам самообслуговування, її часом неможливо навчитися одягатися, самотійно ходити в туалет, умиватися, приймати їжу і т.п..	2
V. Використання об'єктів	
Дитина демонструє нормальний інтерес до іграшок та інших об'єктів, що відповідає його рівню майстерності (skill level) і використовує ці іграшки за призначенням.	5
Дитина може виказувати нетиповий інтерес до іграшки або грати невідповідним чином (наприклад, стукати іграшкою чи смоктати її). Власне дитина, яка страждає аутизмом, ніколи не грає з іграшками, і навіть не виявляє до них інтересу. Її гра полягає в наборі простих рухів – вона смикає шматок одягу, крутить мотузку, смокче або нюхає частини іграшок.	4
Дитина може демонструвати слабкий інтерес до іграшок або інших об'єктів, або може використовувати іграшку чи інший предмет дивним чином. Може фокусуватися на незначній частині іграшки, бути зачарованою відображенням світла від лампи, постійно рухати певну частину предмета або грати виключно з одним предметом.	3
Дитина може мати ту ж поведінку, що описана в попередніх пунктах, але з	2

більшою частотою та інтенсивністю. Дитину дуже важко відволікти, коли вона захоплена цими невідповідними діями.	
VI. Адаптація до змін	
Реакція на зміни в оточуючому середовищі відповідає віковій нормі. Помічає і коментує зміни в повсякденному житті без надмірного потрясіння.	5
Після намагання дорослого змінити вид діяльності дитина може продовжувати робити те, що вона робила раніше або використовувати ті ж самі предмети.	4
Дитина активно чинить опір зміні в усталеному порядку, намагається продовжувати попереднє заняття і її дуже важко від цього відволікти. Дитина може почати сердитися і засмучуватися, коли сталий порядок дій змінюється. Водночас їй характерна підвищена вразливість, її реакції на те, що оточує часто непередбачувані та незрозумілі. Така дитина може не зауважувати відсутності близьких родичів, батьків і надмірно хворобливо і збуджено реагувати навіть на незначні переміщення і перестановки предметів в кімнаті.	3
Дитина показує різку реакцію на зміни, демонструючи небажання співпрацювати. Якщо зміни їй нав'язуються, може реагувати спалахом роздратування, стати надзвичайно сердитою, агресивною.	2
VII. Візуальна реакція	
Візуальна реакція дитини відповідає віковій нормі. Зір інтенсивно використовується (спільно з іншими відчуттями) як спосіб дослідження нових об'єктів..	5
Дитині доводиться періодично нагадувати, щоб вона подивилася на об'єкти. Дитина може більше цікавитися своїм зображенням в дзеркалі або світлотінню, ніж однолітками, може просто дивитися в простір або уникати дивитися людям в очі. Зорова увага украй вибіркова і дуже короткочасна, дитина дивиться наче повз людей, не зауважує їх і ставиться до них як до неживих предметів	4
Дитині часто потрібно нагадувати, щоб вона дивилася на те, що робить. Дитина може довго дивитися в простір, уникати дивитися людям в очі, дивитися на об'єкти під незвичним кутом зору або тримати об'єкти дуже близько біля очей.	3
Дитина постійно уникає дивитися на людей або на певні об'єкти. Демонструє граничні форми тих візуальних дивацтв, які були описані вище.	2
VIII. Слухова реакція	
Слухові реакції дитини відповідають її віку. Слух використовується разом з іншими відчуттями.	5
Може бути наявною недостатня відповідна реакція або невелика підвищена чутливість до конкретних звуків. Реакція на звук може бути або із запізненням, або необхідно повторити його, щоб заволодіти увагою дитини. Дитина може засмучуватися через звуки, які надходять до неї ззовні.	4
Реакція на звуки у дитини змінюється; часто вона ігнорує звуки, коли вони вимовляються перші декілька разів; може лякатися, закривати вуха, коли	3

чує деякі звуки з повсякденного життя.	
Дитина демонструє дуже підвищену або знижену ступінь чутливості до звуків.	2
IX. Смак, запах, реакція на дотик	
Дитина вивчає нові об'єкти відповідно до її віку, головним чином через відчуття і зір. Смак і запах використовується належним чином. Коли дитина відчуває невеликий біль, вона проявляє це в рамках нормальної реакції.	5
Дитина з аутизмом не переносить емоційного контакту з батьками. Навіть у перші місяці життя вона не тягне ручки, не притискається до матері, а, перебуваючи на руках у батьків, чинить опір фізичному контакту, напружує спину, намагається вирватися з обіймів батьків. Дитина постійно засовує предмети в рот, може нюхати або пробувати на смак неістинні об'єкти; може гостро реагувати на невеликий біль, який нейротипова дитина сприйняла б як невеликий дискомфорт.	4
Дитина може бути помірно стурбованою дотиком; нюхати або пробувати на смак об'єкти чи людей; може також занадто сильно або занадто слабо реагувати на подразнення різної модальності.	3
Дитина, занепокоєна запахами, смаковими відчуттями або дотиками до об'єктів, обстежує їх незвичним способом більше для того, щоб випробувати свої відчуття ніж для вивчення або використання цих об'єктів. Дитина може повністю ігнорувати біль або реагувати дуже сильно на незначний біль.	2
X. Страхі або нервозність	
Дитина демонструє нормальний рівень боязні або нервозності. Її поведінка відповідає і ситуації, і її віку	5
Дитина час від часу демонструє занадто сильну або занадто слабку боязнь або нервозність у порівнянні з дітьми з типовим розвитком того ж віку в аналогічній ситуації. Така дитина може не розуміти небезпеку, що виходить від падіння з висоти, ігри з електроприладами, гострих предметів і т.д.	4
Дитина час від часу демонструє трохи більше або трохи менше страху, ніж характерно навіть для дітей молодших за неї в аналогічній ситуації. Потребує постійного контролю, оскільки не розуміє і не може оцінити небезпеку навколишнього світу. Наприклад, не може переходити вулицю, тому що не сприймає рухомі машини і може постраждати.	3
Страх присутній навіть після повторного досвіду дитини з безпечними подіями або об'єктами. При цьому дуже важко її заспокоїти або втішити. Або навпаки: дитина може не помічати небезпеки, яку інші діти такого ж віку уникають.	2
XI. Вербальна комунікація	
Нормальна вербальна комунікація, яка відповідає віку дитини і ситуації.	5
Мовлення в цілому формується із затримкою, проте переважно є осмисленим. При цьому наявна ехололія і неправильне вживання займенників. Час від часу можуть використовуватися деякі дивні слова або жаргон. Дитина іноді повторює обривки елементів промови, які вона	4

почула від інших людей або по телевізору. Дитина не розуміє складних мовних конструкцій.	
Мовлення може бути відсутнім. За умови сформованості мовлення, вербальна комунікація може бути сумішшю усвідомленого мовлення і жаргону, ехололій, неправильного вживання займенників, захопленості певними темами. Часто повторює одні й ті ж слова по кілька разів поспіль. Дитина не розуміє мовлення інших людей, сама не прагне розмовляти, спілкуватися з іншими людьми, навіть з матір'ю. Водночас в неї може досить інтенсивно розвиватися "автономне мовлення", "для себе".	3
Відсутність мовлення. Розуміє лише односкладові слова-команди: «Їж», «Сядь». Дитина може видавати дитячий вереск, химерні або тваринні звуки, складний шум, що наближається до мовлення або може показувати наполегливе, дивне використання деяких відомих слів або фраз.	2
XII. Невербальна комунікація	
Сформована невербальна комунікація, що відповідає віку дитини і ситуації.	5
Несформовані навички використання невербальної комунікації: У ситуації, де дитина такого ж віку може показати або пояснити жестами, що конкретно їй потрібно, вона може тільки невизначено показати на предмет або дотягнутися до нього.	4
Дитина загалом не може виражати свої потреби або бажання не вербально і не може розуміти невербальне спілкування інших людей.	3
Дитина тільки використовує химерні або дивні жести, що не мають очевидного сенсу і не розуміє сенсу жестів і виразу обличчя інших.	2
XIII. Рівень активності	
Дитина не більше і не менше активна, ніж нейротипові діти цього ж віку в аналогічній ситуації.	5
Дитина або трохи невгамовна або повільна. Рівень її активності дуже слабо впливає на її успіхи.	4
Дитина може бути дуже активною і її складно утримати в певних межах поведінки. Може мати необмежену енергію і може систематично бути не готовою до сну увечері. Навпаки, дитина може бути досить загальмованою і потребувати великому кількості спонукань для того, щоб її змусити рухатися.	3
Дитина виявляє крайній стан або активності, або не пасивності. Її поведінка може змінюватися від одного екстремального стану до іншого. У дитини часто присутній синдром нав'язливих рухів – вона розгойдується стоячи або сидячи, довгий час безцільно плескає в долоні, обертає і крутить різні предмети, довгий час дивиться на світ, вогонь, вентилятор. Дитина замість гри може вибудовувати різні предмети і іграшки в акуратні ряди. Дитина може довгий час беземоційно підстрибувати, присідати.	2
XIV. Ступінь інтелектуального відгуку	
Інтелект дитини досить рівномірно розвинений в різних галузях. Дитина не має незвичних інтелектуальних навичок або проблем.	5
У цілому дитина інтелектуально функціонує доволі нормально в декількох інтелектуальних сферах. Може мати незвичні інтелектуальні інтереси. Інтелектуальний розвиток цих дітей досить різноманітний. Серед них	4

можуть бути діти з нормальним, прискореним, різко затриманим і нерівномірним розумовим розвитком. Відзначається також як часткова або загальна обдарованість, так і розумова відсталість	
При тому, що дитина в інтелектуальному плані помітно відстає від однолітків з типовим розвитком, вона здатна функціонувати навіть краще, ніж нейротипові діти цього ж віку в одній або двох галузях.	3
У дитини недостатньо сформовані інтелектуальні навички в різних галузях. Дитина не може абстрактно мислити, аналізувати й узагальнювати..	2

Обробка результатів: Підраховуєте всі бали і визначаєте, в який із зазначених діапазонів увійшов отриманий результат:

14-29 – НЕ аутична дитина. У дитини немає симптомів, що характеризують аутизм. 30-37 – Помірний ступінь аутизму. Дитина демонструє тільки деякі симптоми розладів спектра аутизму. 37-60 – важкий ступінь аутизму. Дитина демонструє багато симптомів, характерних для цього розладу.

❖ **Поради матері дитини**

- Постійно стимулюйте інтерес дитини до зовнішнього світу. Зацікавлене виконання вами режимних моментів і не байдуже, лагідне ставлення до дитини, позначення емоційних станів різними звукосполученнями сприятиме емоційному «зараженню» малюка. Це, своєю чергою, поступово викликатиме в неї потребу в контакті і започаткуватиме поступову зміну свого власного емоційного (часто агресивного) стану.

- Постійно привертайте увагу дитини до своїх дій. Купаючи, одягаючи, оглядаючи тощо дитину, не мовчіть і не ігноруйте дитину, а, навпаки, постійно лагідно стимулюйте її до наслідування. При цьому пам'ятайте, що дитина здатна наслідувати лише те, що в загальній формі вона вже сама може зробити.

- Сприяйте більш легкому проходженню дитиною моменту фізичного відриву від себе з тим, щоб запобігти прояву важких форм «почуття краю», коли дитина стає абсолютно нестриманою, некерованою, неслухняною. Постійно формуйте в малюка «відчуття краю» з тим, щоб він поступово переставав лякатися нового в навколишньому середовищі.

- Враховуйте, що поруч з байдужістю, афективною блокадою (ізоляцією) стосовно вас, можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється хоча б на деякий час залишатися без вас при тому, що ніколи не буває з вами лагідною.

- На всіх етапах встановлення контакту підбирайте безпечну дистанцію для спілкування і ненав'язливо демонструйте власну готовність до контакту, кожного разу обов'язково починаючи з того психічного рівня, на якому знаходиться дитина.

- Під час тактильного контакту з дитиною говоріть їй про свої

почуття, включаючи навіть прояви гніву на її опір. При цьому враховуйте, що аутична дитина здатна розуміти ваші почуття і мовлення. Однак емоційні особливості малюка є перепоною процесу сприйняття материнської ласки. Важливо продовжувати усувати дитячий опір такими стимулами, які для неї є емоційно надчутливими, дискомфортними (довгий поцілунок, шепіт у вухо тощо). Разом з тим, застосовуйте певну трансформацію стосунків з дитиною, яку (ситуацію) умовно називають «відпусти», коли дитина намагається уникати тривалих емоційних контактів, обіймів, поцілунків. Проте, враховуючи природну автономію дитини з аутизмом, цю можливість треба використовувати обережно.

- Застосовуйте (як можливий) метод мобілізації дитини до гри без усіяких вимог і інструкцій з метою налагодження емоційно сприятливого, довірливого контакту, навіть не зважаючи на те, що дитина може не звертати на вас увагу.

- Постійно стимулюйте емоційні реакції дитини на тепло, прохолоду, вітер, барвисте листя на деревах, яскраве сонце, талий сніг, струмки води, спів пташок, зелену траву, квіти; на забруднені місця в природному довкіллі (засмічені, з неприємним запахом, брудною водою) та чисті й затишні галявини тощо. При цьому багаторазово навчайте і заохочуйте дитину використовувати відповідні жести і рухи тіла, вокалізації, недосконалі слова; схвалюйте таку її поведінку.

- Постійно пом'якшуйте недостатню або повну відсутність потреби в контактах, а також активне, часто з агресивним проявом прагнення самотності і відгородженості від зовнішнього світу. При цьому враховуйте, що діти почувають себе помітно краще, коли їх залишають наодинці. Проте приєднуйтеся до дій дитини, а потім тактовно наполягайте на спільних діях, наприклад, з предметом, яким грається дитина, з книжкою, яку «разом» читають, з мотрійкою, яку почергово складають, з м'ячем, який по черзі катають тощо.

- Навчайтеся зчитувати її елементарні спроби вступати з вами в контакт і посмішкою (лагідним голосом, ніжним поглядом, обіймами, багаторазовим повторенням її імені тощо) заохочуйте дитину до продовження цього контакту.

- Враховуйте важливість використання різноманітного й яскравого одягу і прикрас (окуляри, капелюхи, намисто тощо), що викликатиме на себе орієнтовні реакції дитини, стимулюючи її дослідницькі дії і привертаючи її увагу до вас.

❖ **Поради педагогам і дорослим з близького та далекого оточення дитини**

Надалі, коли діагноз встановлено і підтверджено, аутолог має запропонувати пакет рекомендацій для дорослих з близького і далекого оточення дитини і педагогів. Цей пакет також повинен містити загальні поради щодо організації корекції розвитку дитини з аутизмом.

- У ході спостереження за дитиною звертайте увагу на: а) *зовнішній вигляд* – невиразне, амімічне обличчя; наявність асиметрії або диспластичності; відсутність фіксації погляду; слинотеча, висунутий язик; розмір голови; б) *моторику* – патологічні рухи, сидіння, стояння, хода; в) *емоційно-вольову сферу* – пасивність, інертність, в'ялість, збудливість, рухова розгальмованість, агресивність; г) *гру* – наявність/відсутність, стійкість інтересу до іграшок; наявність/відсутність маніпуляцій з іграшками; адекватне/неадекватне вживання іграшок.

- Намагайтеся відповідати очікуванням дитини. При цьому враховуйте, що діти з аутизмом зрідка чутливі до визнання своїх досягнень дорослим, а негативне чи байдуже ставлення в малюка не викликає (як в дитини з типовим розвитком) бажання з подвоєною енергією вимагати уваги та позитивної оцінки.

- Застосовуйте планомірну співпрацю дитини з дорослим для того, щоб в неї перед очима завжди був еталонний варіант, з яким вона хоча б зрідка пробувала порівняти свій виріб та інші результати своєї діяльності, а також споглядати дії, рухи дорослого, чути його роздуми. Партнерство з дитиною в різних спільних з нею справах допомагатиме заспокоїти і дати відчуття захищеності.

- Дотримуйтеся з переважною більшістю аутичних дітей постійного їх страхування: будьте готові їх спіймати, підхопити, підкласти руку тощо, будьте готові запобігти виникненню ситуації, що провокує фізичну самоагресію дитини. Дієвим способом звести до мінімуму небезпечні дії дитини є їх не підкріплення дорослим своїми бурхливими реакціями (не лякайтеся, не засмучуйтеся, не гнівайтесь). Пам'ятайте, що деякі діти можуть провокувати такі реакції дорослого і при цьому відчувати задоволення і радість.

- Цілеспрямовано опікайте предметну діяльність та гру дитини. У цьому зв'язку забезпечуйте виважене ставлення дорослого до добору іграшок та предметів, продумуйте цілі з позиції міри їхньої складності (мають відповідати віку, можливостям та інтересам дитини), прискіпливо ставтеся до організації і керівництва дитячою діяльністю.

- Враховуйте характерну підвищену зацікавленість дитини до окремих предметів як прояв їхнього страху (наприклад, зацікавленість до електророзетки, сірників); неадекватні марення, страхи під час зміни оточуючого середовища, наприклад, коли дитина не вдома, афективні порушення підсилюються; страхи, обумовлені підвищеною гіперчутливістю (страх сторонніх, малопомітних, зайвих шумів, запахів, яскравих блискучих предметів).

- Враховуйте широкий діапазон особливостей соціально-емоційного розвитку дитини: від практичної відсутності соціальної поведінки (дитина негативує, відвертає погляд від співрозмовника), або обмеженого спілкування, особливо в незвичних умовах (випадково зустрівши погляд когось, різко відвертається, викрикує, закриває обличчя руками) і до

вираженого вибіркового спілкування переважно з дорослими (погляд малюка при цьому спрямований «крізь людину»). Разом з тим, враховуйте, що для деяких дітей характерною є здатність дивитися в обличчя співрозмовнику, хоча емоційний контакт при цьому має уривчастий характер, погляд часто спрямований в бік.

- Використовуйте більшу прихильність дитини з аутизмом в ставленні до предметів, аніж до людей. На цій основі опосередковано налагоджуйте діалог з ними, наприклад, через музичні інструменти, танці, спортивні ігри. Водночас налагоджуйте слухо-вокальну, слухо-рухову та зорово-рухову координацію загальної і дрібної моторики, формуйте доступний для дитини рівень здатності синтезувати їх в одній діяльності (спонукайте дитину до пошуку зліва-справа, зверху-знизу мелодійної іграшки або дорослого, який їй наспівує чи щось говорить тощо).

- Спостерігайте і виявляйте особливості чутливості дитини до сенсорних стимулів підвищеної інтенсивності особливо до звукових. Усувайте з оточення дитини все те, що може налякати її: різкі звуки (ляскання дверима, гуркотіння посудом, сварка, голосна музика); різкі зорові враження (потужні, не захищені джерела світла, раптовий рух в полі зору дитини); різкі запахи, грубі звертання тощо.

- Пам'ятайте, що погляд дорослого, звуки його голосу, наближення і торкання можуть викликати в дитини лише оборонну реакцію у вигляді різних варіантів відсторонення й уникнення (відвертання і відведення очей, небажання слухати, торкатися, вступати в будь-який контакт).

- Підтримуйте елементи спілкування, спроби вступити в контакт, реакції на звертання дорослого. При цьому всіляко враховуйте особливості їхнього здійснення дитиною, оскільки, не зважаючи на те, що дитина «ходить повз людей», вона ніколи не наштовхується на них, може заплакати, коли на неї чи при ній кричать.

- Систематично використовуйте можливості арт-терапевтичних засобів як соціально прийняттого виходу агресивності та негативних емоцій дитини з аутизмом, безпечного способу зняття напруження, зменшення страхів, агресії і жорстокості. Спільна участь в малюванні, в музичних заняттях, в елементарних спортивних іграх сприятиме формуванню відносин емпатії та взаємної підтримки.

- Враховуйте, що чим старша дитина, тим більш песимістичними можуть стати перспективи корекційно-розвивальної і корекційно-виховної роботи, спрямованої на її соціально-емоційний розвиток.

❖ **Поради для людей, особисто не зачеплених проблемою аутизму**

- Будьте терплячі. Діти з аутизмом можуть шуміти в бібліотеці, можуть постійно соватися поруч з вами в літаку, можуть розридатися в черзі до каси в супермаркеті, бо вони, побачивши щось улюблене, а не

вміють висловлювати своє бажання соціально прийнятним способом. Тому поруч з ними будьте терплячі і розуміючі.

- Запитуйте і слухайте. Дитина з аутизмом може говорити повільно, вкрай повільно, часто по кілька разів повторюючи сказане. Тому говорити треба тихим монотонним голосом, практично без міміки, без жестів, не дивлячись в очі. Зупиніться, присядьте, щоб опинитися на рівні дитини, слухайте її, дайте їй час підібрати слова, дайте їй можливість говорити – їй дійсно є що сказати.

- Обговорюйте з ними їхні інтереси. Не спонукайте дитину з аутизмом занадто багато думати про свої відмінності від інших людей. Важливішим є не момент «інформування його про проблему», а момент «його прийняття іншими людьми». Справжнє прийняття означає, що, як людина особисто не пов'язана з аутизмом, ви погоджуєтесь, що така дитина є частиною вашого світу і вашого життя. У багатьох дітей зі спектра аутизму є дуже дивовижні інтереси, або інтереси, в яких лише вони здатні побачити щось дивовижне. Ці інтереси дозволяють їм зберегти душевну рівновагу і спокій і часом, при правильній підтримці і заохоченні, вони можуть стати фахівцями в галузі свого інтересу і зробити його своєю кар'єрою. Приєднайтесь до такої дитини, коли вона збирає маленькі камінчики в парку і ви встановите з нею стосунки, яких не домогтися одними лише словами.

- Спілкуйтесь з ними і приймайте їхній спосіб комунікації з вами. Більшість дітей у спектрі аутизму мають ті чи інші проблеми з комунікацією, які можуть бути як сильно вираженими, так і майже непомітними. Якщо дитина не говорить і не має інших засобів комунікації, то ви можете спостерігати за її поведінкою, за тим, що вона робить, що приносить їй задоволення. Спілкуйтесь на цьому рівні або просто будьте поруч без звичної комунікації, для багатьох це вже дуже великий крок. Якщо ви ставитеся до дитини з прийняттям, і вам комфортно в її присутності, то це теж форма комунікації, яка може виявитися дуже корисною для вас обох. Діти, які можуть говорити, також мають відмінності в комунікації, так що необхідно усвідомити, що при спілкуванні з ними певні стереотипні аспекти комунікації можуть бути відсутніми (наприклад, дуже часто це контакт очей). Крім того, вони можуть інакше інтерпретувати ваше мовлення (див. пункт 2).

- Часто виникає питання: «Що робити, якщо ви стали випадковим свідком істерики, пов'язаної з аутизмом?». Люди з аутизмом зрідка можуть розраховувати на співчуття оточуючих – їхні проблеми не очевидні з боку. Тому, якщо, наприклад, дитина відчуває нервовий зрив через перевантаження, це може сприйматися за розбещеність. Австралійська соціальна реклама про дитину з аутизмом і його маму в рамках кампанії «Аутизм – невидима інвалідність. Прийміть відмінності» (<http://acceptdifference.org.au/>) надає кілька порад для тих, хто вперше зіткнувся з аутичною дитиною в громадському місці:

- Істерики у дітей трапляються нерідко, і це стосується не тільки дітей з аутизмом. Однак членам сім'ї може бути набагато важче заспокоїти дитину, якщо у неї аутизм. І така «істерика» може бути набагато інтенсивнішою, ніж звичайні дитячі капризи.

- Важливо зрозуміти, що дитина в стані істерики вже пройшла той етап, коли вона може прислухатися до чужих умовлянь. Вона втратила контроль над собою. Крім того, при наявності аутизму істерика пов'язана з більш високим ризиком спричинення собі шкоди, наприклад, биттям головою об поверхні або кусанням руки. Це може виглядати дуже страшно. Це також означає, що в цей момент пріоритет батьків – це безпека дитини, а не зручності оточуючих.

- Публічні істерики можуть справити вкрай негативний вплив на сім'ю, яку зачепив аутизм. Часто ми чуємо, що батьки починають жити в ізоляції, тому що бояться осуду з боку людей, які не розуміють, що відбувається.

- Як краще підтримати таку сім'ю?

- ✓ в першу чергу, необхідно пам'ятати, що в разі аутизму немає ніяких «рецептів на всі випадки». Так що ніяка реакція не може підходити для будь-якої ситуації;

- ✓ найголовніше - довіряйте батькам і їхнім знанням своєї дитини. Швидше за все, вони в курсі, що конкретно спровокувало істеріку, і вони знають, як найкраще заспокоїти дитину;

- ✓ не бійтеся підійти до батьків і запитати, чи можна їм чимось допомогти. Будьте готові прийняти відповідь «ні». Цілком можливо, вони побоюються, що підвищена увага оточуючих до дитини тільки посилить його істеріку;

- ✓ якщо це так, то ви можете спокійно, але твердо попросити інших людей відійти подалі від дитини. Якщо хтось буде негативно коментувати ситуацію або обурюватися - відповідайте замість батьків. Ви зробите дуже велику справу, якщо допоможете інформувати інших людей, що істерика була викликана труднощами дитини, і що ситуація не має відношення до батьківського виховання. Швидше за все, батьки зроблять все, що потрібно, щоб забезпечити безпеку дитини і заспокоїти його.

- Додаткові кроки, які ви можете зробити в цій ситуації:

✓ подумайте, чи оточена дитина гучними звуками і яскравим освітленням, які можуть посилювати істерику. Сенсорні стимули можуть дуже швидко викликати перевантаження у багатьох людей з аутизмом. Можливо, звучить якась сигналізація, яку можна відключити? Або працює яскравий рекламний щит, який можна тимчасово вимкнути;

✓ якщо ви помітили, яка саме поведінка заподіює шкоду, наприклад, биття головою об підлогу, то запропонуйте сім'ї будь-який м'який матеріал, щоб запобігти можливим травмам;

✓ утримайтеся від будь-яких порад батькам. Швидше за все, це не перша істерика, з якої їм доводиться справлятися;

✓ тривалість істерики може бути різною. Вона не залежить ні від вас, ні від батьків. Краща допомога з вашого боку - це ваш спокій і спроби заспокоїти сторонніх;

✓ навіть якщо ви просто запропонуєте допомогу і при цьому проявите терпіння і розуміння, то вже одним цим кроком ви надасте батькам неоціненну підтримку.

В. Ознайомлення з методиками, базовими для більшості програм корекції розвитку дітей з аутизмом

Як вже зазначалося, переважною більшістю вчених визнається, що основою для абсолютної більшості інших програм, що розробляються з метою корекції розвитку дітей з аутизмом, є ТЕАССН-програма і поведінкова терапія для аутистів - АВА. При цьому треба зважувати на те, що в різноманітних джерелах поведінкова терапія для аутистів має різні назви: оперантне (інструментальне; операційне) навчання, АВА-терапія, прикладний аналіз поведінки, модифікація поведінки. В основу поведінкової терапії закладено поведінковий (біхевіоральний) підхід і оперантний (інструментальний) метод.

У Розділі 3 нами вже був представлений стислий загальний аналіз ТЕАССН-програми і поведінкової терапії для аутистів. При цьому підкреслювалося, що навчання за цими методиками має здійснюватися на спеціально організованих семінарах і курсах, які проводять спеціалісти, що самі добре володіють цими методиками і мають відповідні сертифікати. Проте, на нашу думку, *аутологи мають, хоча б коротко, бути ознайомлені зі змістом методик, що представлені в цих програмах*, а потім вирішувати – чи витратити час і фінанси на оволодіння цими методиками на спеціально організованих семінарах і курсах.

➤ Ава-терапія

Модель оперантного зумовлення (за Б. Скіннером B.Skinner), зорієнтовану на *научуваність*, успішно застосовують аутологи для психологічного моделювання нової поведінки дитини з аутизмом.

Б.Скінера, між іншим, вважають найбільш скандальним ученим в галузі психології через те, що він дотримувався крайньої біхевіористської позиції. У відповідності до неї «суб'єктивні сутності», такі як розум, мислення, пам'ять, аргументація, не існують зовсім, а є лише «вербальними конструктами», граматичними пастками, в які людська раса потрапила у процесі становлення і розвитку мовлення. Б. Скінер, не сумніваючись у правильності своєї позиції, головним чином відшукував детермінацію поведінки, тобто, вирішував, яким чином вона створюється зовнішніми причинами. Деталі його теорії виходили з таких принципів, як, зокрема, вивчення особливостей обставин, що спричиняють поведінку або припиняють її. На думку Б. Скінера, для цього необхідно тільки *знати зовнішні причини поведінки та її результати, які можна спостерігати і якими надалі цілеспрямовано керувати.*

Б. Скіннер доводив, що оперантна техніка (від початку застосовувалася ним для навчання голуба новій моделі поведінки) може бути достатньою і більш ефективною для розвитку і навчання дитини, ніж традиційні методи. Він вважав, що *складні дії можна розчленувати на прості кроки в логічній послідовності і, своєчасно застосовуючи прийом заохочення, формувати нову модель поведінки дитини.* Тому аутолог, здійснюючи педагогічне спостереження за дитиною, одночасно зможе зробити висновок про можливість (чи не можливість) застосування в подальшій роботі з нею так званих *оперантних технік.* Результат цього підходу відомий як «програмована інструкція», тобто *покрокове визначення* того, що має робити дитина. При цьому в центрі уваги при оцінюванні поведінки на етапі діагностики залишається *спостереження і виявлення особливостей дій дитини в умовах природного навколишнього середовища.*

На сьогодні вважається, що за допомогою функціонального аналізу техніки поведінкового оцінювання можуть виявитися дуже вагомими при визначенні психологічних проблем дитини з аутизмом. Такий аналіз допомагає виявити:

- *прецеденти* проблемної поведінки дитини (події, що передують виникненню проблемної поведінки);
- *наслідки* проблемної поведінки, які можуть відігравати роль підкріплюючих сил (фактори підкріплення такої поведінки);
- *взаємозв'язки* між прецедентами і наслідками. Виявлення та ідентифікація патернів (зразків, шаблонів) проблемної поведінки сприятиме ефективному вибору стратегій наступних аутологічних втручань, спрямованих на управління поведінкою дитини з аутизмом та її контроль. І нарешті, методи поведінкової оцінки надають фахівцям

безцінну інформацію, що стосуватиметься подальшого вибору ефективних форм аутологічного втручання.



▪ Отже, оперантне зумовлення – це термін, введений американським психологом Б.Ф. Скіннером для позначення особливого шляху утворення умовних зв'язків. Водночас можна зустріти твердження про те, що термін сучасний (з 2002 року).

Розрізняють оперантне навчання і класичне, тобто респондентне.

Першим ученим, чиє ім'я пов'язують з біхевіоризмом, є І. П. Павлов, який відкрив умовний і безумовний рефлекс. **Оперантне навчання – це скінерівська версія павловського класичного, тобто респондентського, обумовлення.** Таке навчання припускає, що тварина (криса чи голуб) при обстеженні клітки Скінера спочатку виробляє певний рух (спонтанний або ініційований експериментатором), а потім отримує позитивне підкріплення (їжу)

▪ У людському середовищі прикладом ситуації, що зустрічається майже в кожній сім'ї, де є маленькі діти – це оперантне навчання поведінці плачу. Як тільки маленькі діти відчувають біль, вони плачуть, і негайна реакція батьків – висловити увагу і дати інші позитивні підкріплення. Оскільки увага є підкріплювальним фактором для дитини, реакція плачу стає природно зумовленою. Однак плач може виникати і тоді, коли болю немає. Хоча більшість батьків стверджує, що вони можуть розрізнити плач від розладу і плач, викликаний бажанням уваги, все ж багато батьків наполегливо **підкріплюють останній і дитина прекрасно контролює своїх батьків.**

▪ З погляду Скіннера, в основному поведінка людини контролюється не позитивними підкріпленнями, а аверсивними (неприємними або больовими) стимулами. Два найбільш типових методи аверсивного контролю – це покарання і негативне підкріплення. Позитивне підкріплення спрямоване на посилення бажаної поведінки, включає забезпечення позитивного наслідку (похвала, улюблена їжа, вільний час) і веде до повторення бажаної поведінки. Негативне підкріплення фокусується на підсиленні можливості дитини набути бажану поведінку. Але підсилення є негативним тому, що дитина переходить до бажаної поведінки тільки після застосування неприємного для неї стимулу (відмови в улюбленій їжі, відмови в перегляді телепередачі тощо).



Коротко розглянемо мету, завдання і методику поведінкової терапії для аутистів за програмою АВА. Засновник методики АВА – Івар Ловаас.

Кінцева мета АВА терапії – дати дитині з аутизмом

засоби для освоєння навколишнього світу самотійно.

Головне завдання поведінкової корекції аутизму дітей – це дитина, якій, незважаючи на певні порушення в розвитку, необхідно брати участь в житті суспільства і бажано найбільш повноцінно.

Методи АВА-терапії. На сьогодні поведінкова терапія для аутистів або метод АВА, тобто скорочена англійською мовою назва прикладного аналізу поведінки (*Applied behavior analysis*), є одним з найбільш ефективних методів корекції дитячого аутизму. Метод АВА при аутизмі, носить ще одну назву, а саме «Модифікація (зміна) поведінки». В її основу покладені поведінкові технології та методики навчання, що дозволяють вивчати вплив на поведінку аутиста факторів довкілля та маніпулювати цими факторами, змінюючи дитину.

Дослідження, які проводилися на протязі більше 30 років, підтвердили цінність прикладних методів поведінкової терапії.

Що дає прикладний аналіз поведінки?

АВА-терапія дозволяє поліпшити навички комунікації, адаптаційної поведінки, здібності до навчання і досягти відповідної поведінки, обумовленої соціально. Прояви поведінкових відхилень при цьому значно зменшуються. Крім того, отримано беззаперечні докази на користь твердження, що чим раніше починається терапевтичний курс (дошкільний вік, переважно), тим кращими є його результати.

АВА-терапія поєднує цілий ряд методів корекції поведінкових відхилень, розроблених вченими. В основі цих методів, насамперед, принципи прикладного поведінкового аналізу.

Як працює АВА терапія? При поведінковому підході всі важливі навички, включаючи мовлення, творчу гру, уміння дивитися у вічі та ін. розбиваються на дрібні блоки, тобто дії поведінки (*behaviors* - поведінка). Кожна дія розучується з дитиною окремо, а згодом дії з'єднуються в єдиний ланцюг, утворюючи одну складну дію. При розучуванні дії дитині дають завдання. Якщо вона не може справитися з ним самотійно, їй дають підказку, а потім нагороджують за правильне виконання (відповідь) або ігнорують неправильне виконання. Негативне підкріплення, поки відбувається дія, карають після того, як все сталося.

Наведемо приклад поетапного формування дій для виконання вправи з програми АВА «Мовлення-розуміння» у низькофункціональних аутистів.

Етап 1: «Мовлення – розуміння»

▪ Спеціаліст-терапевт дає дитині з аутизмом завдання, наприклад, «підніми руку»; водночас підказує, як виконати цю вправу (сам піднімає руку дитину вгору); потім винагороджує її за правильну

відповідь (дитину хвалять, відпускають грати, дають щось смачне і т.п.).

▪ Зробивши деяку кількість спроб спільно (*завдання - підказка - винагорода*), робиться спроба виконання завдання дитиною без підказки. Для цього спеціаліст дає завдання дитині: «Підніми руку», і очікує, чи вона зможе самостійно і правильно виконати його. Якщо дитина без підказки/допомоги терапевста правильно виконує завдання, то отримує винагороду. Якщо ж не виконує завдання або виконує його неправильно, терапевст знову проводить кілька спроб, використовуючи підказку/допомогу, а потім пробує знову пред'явити завдання без підказки для його самостійного виконання дитиною.

▪ Закінчується формування дії по виконанню вправи «підніми руку», коли дитина в 90% випадків пред'явлених завдань починає виконувати цю дію самостійно (тобто, без підказки і допомоги) і правильно. Тільки після цього вводять новий стимул, наприклад, «кивни головою». Завдання «кивни головою» відпрацьовують таким же чином, як «підніми руку».

Етап 2: Ускладнення завдання. Коли дитина в 90% випадків освоїть правильне виконання завдання «кивни головою», відпрацьовується ускладнене завдання «кивни головою – підніми руку».

Два стимули вважаються освоєними дитиною, коли вона у довільному порядку дає 90% правильних відповідей при чергуванні двох завдань.

Важливо, щоб перші два завдання були максимально несхожими. Після цього завдання починають чергувати у вільному порядку, «кивни головою» і «підніми руку»: спочатку «кивни головою» - «підніми руку», потім «кивни головою» - «кивни головою» - «підніми руку» і т.д. у будь-якому іншому порядку.

Після цього вводять і відпрацьовують для засвоєння третій стимул, наприклад, «поверни голову». Далі всі три завдання чергують, відпрацьовують і вводять четвертий, і так далі.

Етап 3: Генералізація (узагальнення) навичок. Коли в запасі у дитини накопичується достатньо освоєних стимулів (включно таких необхідних для щоденного життя, як «*візьми (назва предмета)*», «*дай (назва предмета)*», «*йди сюди та інші*»), починають працювати з дитиною над узагальненням.

Генералізація навичок – це не що інше, як проведення вправ в якихось несподіваних місцях, незвичних для занять: у ванній кімнаті, в магазині, на вулиці. Тобто, це певним чином той прийом, який у

вітчизняній педагогіці і психології носить назву *перенос засвоєних навичок на виконання нових завдань*.

Потім ці ж завдання починають почергово відпрацьовувати з дитиною люди з її близького і далекого оточення (терапевт, мама і тато, дідусі та бабусі, інші діти).

Етап 4: Вихід у світ. Дитина в якийсь момент не просто освоює ті стимули, які відпрацьовувались з нею, але й починає самостійно розуміти зміст нових стимулів без додаткового відпрацювання, Наприклад, достатньо один-два рази відпрацювати з дитиною дію «зачини двері», щоб цього вже було достатньо для її подальшого правильного виконання. Після цього програма вважається освоєною дитиною.

Далі аутична дитина може освоювати нову інформацію з навколишнього середовища вже самостійно так, як роблять це зазвичай діти з типовим розвитком.

Висновки

В арсеналі АВА-терапії є кілька сотень різних програм, що включають корекцію розвитку:

- невербальної і вербальної імітації,
- загальної і дрібної моторики,
- розуміння мовлення,
- називання предметів і дій,
- уміння здійснювати класифікацію предметів (розкладання карток з собакою та кішкою в одну стопку, а карток з ложкою і виделкою - в іншу; знаходити пару (поклади предмет на відповідний малюнок); розкласти кружечки за зразком (наприклад, за кольором),
- уміння виконувати символічні дії, типу: «покажи, як ти ...» (дитина робить вигляд, що надягає шапку/причісується/гасить пожежу/ крутить кермо/нявкає/ловить мишей та інше); уміння правильно вживати займенники «я стою»-«ти стоїш» тощо),
- відповідей на питання «хто?», «що?», «де?»),
- уміння вживати слова «так» і «ні» та ін.

Питання, яка програма є більш ефективною, по суті, не має значення, оскільки у кожної дитини свої індивідуальні особливості і підхід до неї так само потрібен індивідуальний.

Водночас на сьогодні **більш просунутими програмами АВА** вважаються ті, що забезпечують формування в дитини з аутизмом лексико-граматичних конструкцій типу: «Скажи, що буде, якщо ...» (дитина передбачає результат дії), «Роби, як... (будь-яке ім'я однолітка)», «Розкажи історію...», «Поклич гратися (ім'я однолітка)» і т.п.

Необхідною умовою для ефективної корекції дитячого аутизму за програмою АВА є поелементне розучування і відточування багатьох десятків дій, що вимагає багато часу і зусиль. Вважається, що найбільшого ефекту поведінкова терапія дає, якщо дитину за цією методикою навчати по 30-40 годин на тиждень.

Ідеальним варіантом занять з дитиною з РАС за даною методикою вважається початок до того, як вона досягне 6-річного віку. Програма АВА допомагає також і більш старшим дітям. Але чим раніше почнуться заняття, тим кращим буде кінцевий результат.

Ця поведінкова терапія для аутистів багатьма спеціалістами вважається надзвичайно дієвою. За результатами засновника методики АВА І. Ловааса, приблизно половина дітей, які навчалися за нею, після закінчення програми корекції розвитку змогли продовжити навчання у звичайній загальноосвітній школі. Більше 90% дітей із загального числа тих, хто отримував АВА, поліпшив свій стан і поведінку.

Істотним мінусом цього способу корекції аутизму є недостатня фінансова забезпеченість сучасних батьків. Справа в тому, що навіть за наявності часу і сил, батьки, як правило, не можуть самотійно надавати дитині по сорок годин інтенсивних тренувань на тиждень протягом декількох років. Тому домашня програма АВА з фінансової сторони є надто важким питанням. Наприклад, Київ, 2017– найвища платня 2000 дол. на місяць; найнижча – 100 грн./год. Але якщо хоча б 30 год. на тиждень – то це вже 1500 грн., за місяць 6000 грн.. Проте батькам самотійно здійснити програму АВА неймовірно тяжко. Щоб домашня програма АВА принесла очікувані результати, батькам потрібно звернутися в Центр допомоги дітям з аутизмом до кваліфікованих фахівців.

Крім правильної організації і ефективних методик навчання для дитини з аутизмом, батьки потребують приєднання до цього процесу кількох спеціально навчених людей – терапевтів (термінологія оригіналу програми АВА), зазвичай студентів, і супервайзера, досвідченого фахівця, добре обізнаного з програмами центру.

Схема роботи команди фахівців приблизно така:

Один терапевт з дитиною займається дві-три години (проходячи за цей період часу п'ять-шість програм).

Протягом одного дня з дитиною послідовно можуть працювати два-три терапевти, даючи їй, таким чином, п'ять-шість годин навчання в день.

Терапевти фіксують свої дії в журналі: над якими програмами з дитиною працювали, скільки було зроблено спроб, з якими підказками, скільки отримано правильних відповідей, скільки отримано неправильних відповідей.

Кожен наступний терапевт, перш ніж приступити до роботи, переглядає записи попереднього, починаючи працювати з того місця з дитиною, де зупинився попередній.

Приблизно раз на 2-3 тижні відбуваються загальні збори. При цьому супервайзер переглядає журнал, оцінюючи результати роботи, просить терапевтів продемонструвати, як і що вони роблять, приймає рішення про те, які стимули вже освоєні, які програми варто ще відточувати, і ставить перед терапевтами нові цілі.

ТЕАССН-програма. Застосування в корекційному навчанні дітей з програми ТЕАССН нерідко відбувається з одночасним використанням методів допоміжної альтернативної комунікації (Alternative Augmentative Communication – ААС). Це надає можливість дітям з комунікативно-мовленнєвими порушеннями користуватися способами комунікації, які альтернативні мовленню. Це – реальні об'єкти, фото, картинки, символи, жести, що спрощує розуміння дітьми навколишнього середовища через його чітку організацію. **Основною метою** програми є поліпшення якості життя людей, які страждають аутизмом. Ця мета досягається за допомогою мінімізації деструктивних форм їхньої поведінки і розширення соціальних і професійних можливостей.

Програма ТЕАССН входить в список програм медико-соціальної реабілітації, рекомендований до застосування в роботі з дітьми з розладами загального розвитку (Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.02.2010, N 108).

Програма ТЕАССН – це міжнародно визнана, комплексна програма для людей з РАС та їхніх сімей. Вона розроблена більше 30 років тому в Школі медицини Університету Північної Кароліни в Чапел-Хілл. Розроблена на основі результатів досліджень Е. Шоплера у співпраці з університетом, об'єднанням батьків і державних установ.

Підхід ТЕАССН спрямований на розвиток індивідуальних навичок та формування соціальної адаптації дитини за допомогою методів структурованого навчання. Тому *центральним поняттям* в підході ТЕАССН є саме структуроване навчання – науково обґрунтована стратегія інтервенцій з метою освіти людей з РАС.

- Структуроване навчання (*Structured TEACCHing*) – **це система організації середовища навчання** дітей для розвитку у них необхідних практичних навичок і підвищення рівня розуміння вимог вчителя. Це створення такого середовища навчання, яке б мінімізувало стрес, тривогу і фрустрацію, характерні для цієї категорії дітей.

- **Стратегії структурованого навчання** ефективно застосовуються для підвищення варіативності і незалежності поведінки, розвитку навичок соціальної взаємодії, соціального розуміння і комунікації.

- Стратегії структурованого навчання є ефективними в будь-якому віці і в будь-яких ситуаціях: у школі, на роботі, вдома і в суспільстві. Допомагають організувати як навчальну діяльність, так і повсякденну побутову активність аутичних людей.
- Методи структурованого навчання *спираються на сильні сформовані навички людей з аутизмом в цілях зміцнення їхніх слабших навичок.*

Основними принципами структурованого навчання, розробленого в межах програми ТЕАССН, є:

- Відмова від стандартних навчальних програм на користь індивідуального планування корекційних заходів.
- Чітка організація навколишнього середовища.
- Врахування сенсорних труднощів дітей з РАС.
- Опора на візуальне мислення – сильну сторону дітей з аутизмом, оскільки їм значно важче переробляти вербальну інформацію. Використання візуальних опор (предметів, картинок) для передбачуваності і розуміння дітьми послідовності навчальних видів діяльності (індивідуальних та групових).
- Застосування різноманітних методів для навчання навичкам, а саме: візуальна підтримка; програма PECS – система комунікації за допомогою обміну картинками; сенсорна інтеграція; прикладний поведінковий аналіз; музичні/ритмічні стратегії, метод ігрової терапії Грінспена.

Як працюють методи структурованого навчання з аутичними дітьми?



кожної аутичної дитини та її сім'ї.

Структуроване навчання використовує в першу чергу зорові опорні сигнали. Це зумовлене тим, що аутичним дітям важко зосередитися на актуальній інформації і складно відокремити важливу інформацію від несуттєвої. Тому стратегії структурованого навчання розробляються з урахуванням всіх особливостей

Один з найважливіших складових компонентів забезпечення структурованого середовища навчання є **розробка візуального розкладу занять**. За цим розкладом дитині повідомляється, які заняття будуть проводитися і в якій послідовності. Дитину з аутизмом навчають

користуватися візуалізованим розкладом, який вона буде використовувати постійно. До візуалізованого розкладу потрібно ставитися як до свого роду *постійного допоміжного технічного засобу*, який здатний допомогти дитині знизити рівень залежності від інших людей протягом життя – в дитсадку, школі, вдома, в суспільстві. Проте розклад не можна вважати «милицями» і від його використання потрібно з часом все ж відмовитися.

Візуалізовані розклади для дітей з аутизмом допомагають:

- *Організувати їхній час* і, таким чином, подолати складнощі, які є результатом слабкої пам'яті аутистів.

- *Зрозуміти вимоги вчителя* (особливо дітям з тяжкими мовленнєвими проблемами).

- *Знизити рівень поведінкових проблем* (особливо тривожності) за допомогою формування здатності передбачати події і вид діяльності, які відбуватимуться в певний період часу (наприклад, сніданок-заняття-прогулянка-сон). Крім того, візуалізований розклад готує дітей до таких змін видів діяльності.

- *Самостійно перейти від одного виду діяльності до іншого*, повідомляючи, в якому напрямі дитині необхідно прямувати після закінчення конкретної роботи. При цьому візуалізований розклад може використовуватися в усіх зонах (у приміщеннях групи, класу, спортивного залу, в зоні трудотерапії, на логопедичних заняттях, вдома, в недільній школі і т.д.).

- Ефективніше використовувати *стратегію «спочатку-потім»*, тобто «Спочатку ти робиш ось це завдання, а потім ти робиш це завдання» (але не «якщо-тоді»). Така стратегія дозволяє при необхідності модифікувати те, що очікується від дитини: «спочатку» виконуєш вправу, завдання, потім ідеш, наприклад, гуляти. Модифікації можуть знадобитися також і в частині завершення завдання, з більшою чи меншою допомогою педагога, залежно від змін у стані дитини і її здатності сприймати інформацію. Потім дитина може перейти до наступного виду діяльності, який також візуалізований в розкладі.



- *Підвищити мотивацію* дитини виконувати до кінця менш привабливі завдання, які включені у візуалізований розклад, перемишуючи їх з більш привабливими для нього видами діяльності. Наприклад: розташовуючи малюнок «комп'ютера» у візуалізованому розкладі після «математичного

прикладу», педагог мотивує дитину виконати завдання з математики. А вже після завершення виконання цього завдання вона зможе перейти до роботи за комп'ютером.

Безпосередня розробка і використання візуального розкладу як складового компоненту структурованого середовища навчання **включає в себе декілька етапів.**

I етап – Розробка візуалізованого розкладу і його використання.

✓ Дотримання вимоги організувати розклад у **форматі «зверху вниз» або «зліва направо».** У ньому для дитини повинна бути закладена можливість відзначити, що певний вид діяльності закінчений; викреслити або позначити завдання як виконане; перемістити картку із завданням в конверт або в коробку «виконано»; провести лінію, що відокремлює виконане завдання від не виконаного і т.п.

Для візуалізації розкладу можна використовувати *безліч форматів* в залежності від індивідуальних потреб конкретного учня.



Візуалізований розклад може складатися з окремих об'єктів, або зі скріплених між собою аркушів з позначенням видів діяльності, або папки з файлами, або дошки, з якої можна стерти виконане

завдання, або липкої стрічки по краю столу з прикріпленими в певній послідовності картками з видами діяльності і т.п.

Можна *використати різні системи позначень видів діяльності*: реальні об'єкти, фотографії, картинки в реалістичному стилі, системи картинок.

Водночас для кожної дитини з аутизмом *на додаток до загального розкладу* необхідно розробити індивідуальний розклад.

✓ Забезпечити, щоб у кожний конкретний момент часу перед дитиною **були представлені два пункти розкладу** з тим, щоб вона поступово зрозуміла, що види діяльності чергуються один за одним, а не існують кожен сам по собі.

1. **Уважно ставитися** при складанні візуалізованого (від лат. visualis, зоровий) розкладу **до довжини розкладу**, тобто до кількості включених видів діяльності. Кількість таких пунктів у розкладі може бути змінена у випадку, якщо якийсь з майбутніх видів діяльності викликає в учня тривогу. Наприклад, в розкладі дитину може тривожити перспектива «час відпочинку». Якщо на самому початку дня вона побачить в розкладі «час відпочинку», її увага буде поглинена цією перспективою і в результаті протягом усього ранку вона буде нетерплячою, не зможе зосередитися на актуальних видах діяльності. У такому випадку виданий дитині візуалізований розклад повинен складатися з декількох пунктів, що передують «час відпочинку».

✓ Зважати, що деяким дітям можуть знадобитися **опорні сигнали-нагадування** про необхідність зверитися з розкладом для того, щоб визначитися, який вид діяльності буде йти за щойно закінченим і куди для цього потрібно перейти. Такими *візуалізованими підказками можуть бути*: ламіновані різнокольорові смужки з написаним на них ім'ям дитини, палички або шматочки картону з намальованою на них галочкою і т.п. Ці візуальні підказки допомагають дитині, незалежно від дорослого, переходити від одного виду діяльності до іншого, звіряючись при цьому з розкладом.

Проте необхідно пам'ятати: дитина, яка покладається тільки на візуалізовані підказки дорослого, а не на опорні сигнали розкладу, не буде повністю розуміти важливого значення розкладу і не буде успішно ним користуватися.

✓ Враховувати ту обставину, що деякі діти потребуватимуть того,



щоб обов'язково взяти в руки картку або об'єкт з позначенням наступного виду діяльності і **фізично перемістити його** в місце, де буде відбуватися наступний вид діяльності. Це може бути в силу того, що в дитини підвищене відволікання під час переходу з однієї робочої зони в іншу. Ця особливість не пов'язана напряду з

когнітивним або вербальним рівнем розвитку дитини. Є невербальні діти-аутисти, розвиток яких відповідає когнітивному рівню більш молодшої вікової групи, однак вони здатні краще утримувати увагу і не потребують перенесення картки з позначенням на ній наступним видом діяльності в нову зону. З іншого боку, є діти з більш високим рівнем когнітивного розвитку, які легко відволікаються і постійно потребують опорного об'єкта для переходу до наступного виду діяльності в призначеній для цього зоні.



П ЕТАП – РОЗРОБКА СИСТЕМИ ЗАВДАНЬ ДЛЯ НАВЧАННЯ ДИТИНИ САМОСТІЙНО ПРАЦЮВАТИ без допомоги дорослого включає:

✓ **Визначення конкретного виду завдання**, наприклад, розсортувати предмети за кольором, виконати приклади на додавання і віднімання двозначних чисел, приготувати бутерброд, почистити зуби.

✓ **Встановлення обсягу роботи**. Потрібно візуально уявити в точності, який обсяг роботи дитина повинна виконати. Наприклад, якщо дитині потрібно вирізати 5 етикеток для баночок, то не потрібно давати їй цілу пачку аркушів і чекати, що вона сама зрозуміє, що спочатку

потрібно відрахувати 5 аркушів, а потім вирізати на них 5 етикеток і тільки тоді завдання буде вважатися виконаним. Навіть якщо аутичній дитині пояснити, що вирізати потрібно тільки 5, то при вигляді цілої стопки вона може почати турбуватися через те, що не розуміє, скільки в точності етикеток вона повинна вирізати.



Визначення, коли дитина має закінчити пред'явлений вид роботи. Для цього можна використовувати таймери, пісочні годинники або візуальні сигнали, наприклад, на аркуші із завданнями поставити червону крапку, що позначає кінець завдання на даному занятті.

✓ Продумування **системи підкріплення**, тобто видів мотивації дитини для успішного завершення запропонованого завдання. Це може бути безпосереднє матеріальне підкріплення, якийсь улюблений вид діяльності або зміна діяльності за бажанням дитини. У деяких випадках дитину мотивує сама перспектива того, що дане заняття буде закінчено.

Досвід **використання системи підкріплення** показує, що загальна продуктивність роботи дитини підвищується, якщо дитина розуміє, який обсяг роботи вона повинна виконати і коли вона повинна закінчити її.

Наведемо приклади різних систем підкріплення – від найпростішого до більш складного:

▪ **послідовність завдань зліва направо.** Це найбільш конкретне втілення системи презентації, коли завдання розташовуються зліва від робочого місця (на полиці, в папці, кошику, коробці і т.д.). Дитині пояснюють, що їй потрібно ліворуч взяти предмет із завданням, виконати завдання і покласти предмет праворуч в ящик (папку, коробку і т.п.);

▪ **індивідуальні позначення послідовності виконання завдань за допомогою символів** (кольору, форми, букв, цифр). Така система вимагає оволодіння більш складною навичкою, оскільки дитина повинна виконати робочі завдання в послідовності, позначеній символічно. Наприклад, у дитини є смужка і числа від 1 до 5, послідовно прикріплені до смужки липучкою. Зліва знаходяться завдання, також помічені числами. Дитина має числа зі смужки наклеїти на завдання. Таким чином вона *встановлює для себе порядок*, в якому далі буде виконувати ці завдання;

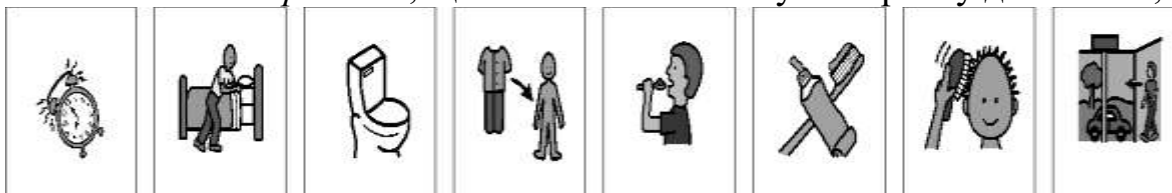


▪ **написи** – така система підкріплення вимагає більш просунутої навички самоорганізації і є *списком завдань* в порядку їхнього виконання;

✓ **візуальні опорні сигнали** (візуальні структури) допоможуть дитині не чекати вербальної чи фізичної підказки від педагога для розуміння того, що саме вона повинна зробити. Осмислення світу, який дитина сприймає візуально, відбувається такими шляхами: *встановлення схожості* (за фотографією чи малюнком при повному зображенні предмету); *встановлення ситуативного зв'язку* (дим – вогонь); *розуміння умовних символічних значень* (книга, зошит, ручка – школа) тощо. Для виконання таких завдань дитина використовує добре розвинену навичку візуального розпізнавання з тим, щоб зрозуміти зміст завдання без допомоги аутолога. Таким чином, візуальні опори створюють для дитини кращі можливості не тільки для розуміння завдання без допомоги педагога, в їй загалом – для успішної самостійної роботи.

✓ **візуальні інструкції**. Дитині потрібно презентувати завдання так, щоб вона змогла виконати його послідовно, спираючись на візуальну інструкцію. Візуальна інструкція допомагає їй провести *серію послідовних кроків* для досягнення поставленої мети. Наведемо приклади візуальних інструкцій, які можуть мати різні форми. Їх пропонує ТЕАССН з метою ілюстрації дитині з аутизмом послідовності дій чи діяльностей, які вона має виконати, а саме:

▪ візуальна підтримка може бути представлена у вигляді *послідовності картинок*, що позначають кожен конкретну діяльність;



▪ сам *матеріал завдання* визначає необхідні дії (наприклад, зібрати пірамідку: кільця лежать в коробці ліворуч, стрижень стоїть праворуч, тобто знову дотримується послідовність зліва направо);

▪ *графічне зображення*. Наприклад, намальовані тарілки, на які дитина повинна поставити реальні предмети;

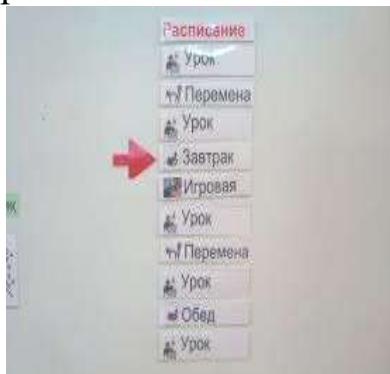


▪ *малюнки предметів*. Наприклад, картинки іграшок або одягу на тих місцях, куди дитина повинна їх покласти. Таким чином у дитини формується навичка утримувати в порядку свої речі;

▪ *письмова інструкція* – покроковий опис виконання завдання або послідовних дій. Наприклад, ранкового режиму або правильного написання слова чи розв’язання математичної задачі;

▪ *зразок завершеного завдання*. Наприклад, малюнок, виконаний іншою дитиною.

✓ *візуальна організація* може включати в себе: використання різноманітних ємностей для організації робочих матеріалів (наприклад, матеріали для кожного виду діяльності кладуться в окрему коробку, букви алфавіту не звалюється в коробку, а прикріплюються до спеціального лотка і т.п.), а також для організації візуальних меж зони для виконання завдання (наприклад, використання клейкої стрічки для обмеження площі підлоги, яку дитина повинна пропилесосити чи підмести тощо).



✓ *візуальна чіткість*. Метою візуальної чіткості є побудова завдання так, щоб у самій побудові містилася підказка дитині, на яких деталях слід зосередити увагу. Такі деталі виділяються кольором, картинками, цифрами або буквами.

Інші приклади візуальної чіткості: *використання кольорового коду* (наприклад, у кожної дитини – свій кольорний ідентифікатор і за кольором вона знаходить своє робоче місце, стілець під час групових заходів, шафу для зберігання своїх речей, робочих матеріалів, місце за столом тощо.); *використання етикеток* (при сортуванні предметів).

На самому конкретному рівні візуальна чіткість проявляється в *обмеженні об'єктів на робочому місці* дитини лише тими матеріалами, які необхідні їй при виконанні конкретного завдання (непотрібні або додаткові матеріали повинні бути прибрані з її робочого місця).

• Використання методу візуального структурування дозволяє навчити дитину з аутизмом **виконувати завдання самостійно, без підказок** і спрямовуючої ролі дорослого. Діти зможуть працювати самостійно протягом різних відрізків часу в будь-якому середовищі (вдома, в школі, в майстерні) при освоєнні будь-якої навички – академічної, практичної тощо.

• Застосування в аутологічній роботі стратегії структурованого навчання дозволить дитині з аутизмом навчитися **концентрувати увагу** на візуальних опорних сигналах в різних ситуаціях.

• Зі стратегією структурованого навчання **успішно поєднуються різні системи навчання та терапії**: сенсорна інтеграція, система комунікації за допомогою обміну картинками, ігрова терапія Грінспена, АВА.

Водночас в рамках TEACCH Autism Program передбачені й інші навчальні програми: «Вимірювання, оцінка та діагностика осіб з РАС», «Структуроване навчання і керування поведінкою людей з аутизмом», «Сексуальне виховання (семінар для батьків)», «Соціальні та комунікативні навички і навички проведення дозвілля», «Структуроване навчання дітей з РАС: рання інтервенція», «Стратегії освіти учнів з високофункціональним аутизмом і синдромом Аспергера».

Проте науковцями з різних країн підкреслюється, що, тільки взявши участь у семінарі з основ структурування навчання, можна отримати необхідні навички, обов'язково підтверджені відповідним сертифікатом. І тільки після цього можна ділитися (але не викладати) набутим досвідом з колегами з питань:

- організації навчального процесу для людей з аутизмом різного віку та рівня функціонування;
- структурування щоденної побутової активності дітей з аутизмом;
- управління та контролю проблемною поведінкою дітей і дорослих з аутизмом;
- розвитку комунікативних та соціальних навичок людей з РАС.

Навчальний семінар з основ структурованого навчання розрахований, в першу чергу, на фахівців, у практиці яких зустрічається робота з аутистами. Це – дитячі психологи, педагоги, логопеди, терапевти, дефектологи та ін. Крім того, батьки дітей з аутизмом також можуть спонсорувати фахівців, що займаються з їхніми дітьми, у навчанні їх TEACCH-підходу, з метою підвищення ефективності і різнобічності терапії.

❖ Як співвідносяться між собою TEACCH-підхід і АВА-терапія?

Отже, на сьогодні в роботі з аутистами застосовуються два основні підходи: АВА-терапія і TEACCH-підхід, які є базовими для розробки сотень методик. Водночас автори виділяють як основний третій підхід – **сенсорну інтеграцію**. Не можна сказати, що ці методи взаємовиключні, скоріше вони взаємодоповнюють.

Обидві програми – TEACCH і АВА – відносяться до методів поведінкової терапії. Проте вони істотно розрізняються за організаційною структурою, в постановці цілей і завдань корекції, а також у методичних аспектах.

Основне завдання АВА - максимально можлива соціальна адаптація дітей з аутизмом, яка досягається **за допомогою навчання якомога більшої кількості окремих навичок методами оперантного обумовлення** (реакція - стимул - підкріплення). Основна увага

приділяється скоріше **зовнішнім проявам**, ніж внутрішнім особливостям людей з аутизмом.

TEACCH-підхід фокусується **на внутрішніх чинниках та індивідуальній специфіці** кожної окремої аутичної дитини або дорослого. В основі методу TEACCH лежать фундаментальні теоретичні та емпіричні дослідження, присвячені проблемі аутизму, його проявам, особливостям, причин виникнення і ймовірного результату. Програма TEACCH передбачає широкий коригувальний підхід, що включає **ретельну індивідуальну оцінку сильних сторін аутичної людини**. Таким чином, **практичне завдання стає двоїстим**:

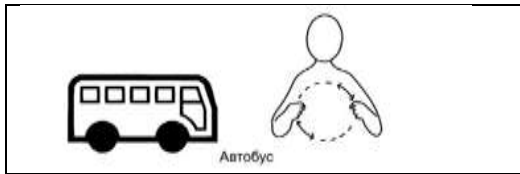
- навчити дитину з аутизмом максимально широкому спектру навичок (в тому числі методами *АВА-терапії*, тобто поведінкового аналізу)
- і в той же час, спираючись на *TEACCH-підхід*, – структурувати простір і час навколо неї, відповідно до її особливостей та умінь.

Віддаючи перевагу TEACCH-підходу і АВА-терапії, зазначимо, що в роботі з дітьми з РАС з успіхом використовуються такі ефективні методики¹⁹, як:

- групова терапія,
- метод вибору,
- метод комунікативної терапії,
- альтернативна мовленнєва комунікація,
- Снузелен – терапія, спрямована на формування найпростіших психічних функцій,
- ігрова психотерапія (В.В.Ковальова),
- кінезітерапія,
- арттерапія, музична терапія,
- анімалотерапія,
- методика розвитку міжособистісних відношень (С. Гаїстін, Р.Шопі),
- метод подолання аутизму як афективного розладу (К.С.Лебединська, О.С.Нікольська),
- МАКАТОН – об'єднання мови жестів (**відрізняється від мови жестів для глухих**), візуального ряду і підкріплення,



¹⁹ Зміст зазначених методик див. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів / В.В. Тарасун, Г.М. Хворова; За наук. ред. Тарасун В.В. - К.: Наук, світ, 2004. - 100 с.



- методика Домана (глобальне читання)²⁰,
- методика Нурієвої (розвиток усного мовлення).

С. Врахування факторів інтенсифікації корекційно-превентивної діяльності аутолога

Важливою умовою ефективної аутологічної роботи є врахування педагогом факторів, що впливають на прийняття його рішення про надання психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом та правильний вибір шляхів конструктивного підсилення цього процесу. Базуючись на аналізі й узагальненні результатів відповідних наукових досліджень, до таких факторів можна віднести декілька.

Фактори інтенсифікації превентивно-розвивальної допомоги дітям з аутизмом є:

- знання аутологом стратегічних орієнтирів і ключових пріоритетів вирішення проблеми розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом;
- дотримання основних установок (готовностей) при плануванні і здійсненні аутологічної допомоги;
- правильний вибір оптимальних методів втручання і передбачення можливих побічних ефектів;
- врахування додаткових факторів підсилення корекційно-превентивної діяльності аутолога;
- дотримання етичних норм як фактору розвитку самосвідомості.

Коротко розкриємо сутність зазначених факторів інтенсифікації аутологічної допомоги дітям.

❖ **Урахування стратегічної лінії аутологічної роботи** - консолідації проблем дошкільної і шкільної освіти дітей з аутизмом та їхнього сімейного виховання на основі уявлень про:

- наближення спеціальної освіти і виховання до вимог сучасної цивілізації з метою повнішого задоволення освітніх і соціокультурних потреб осіб з аутизмом на протязі всього життя;

²⁰ В.Тарасун. Писемне мовлення: запобігання і корекція порушень. Науково-методичний посібник для загальних і спеціальних освітніх закладів. 2007. – 153 с.

- унікальність кожної аутичної дитини, що диктує неможливість точного передбачення конкретних результатів педагогічної діяльності, особливо на переломних етапах її дезонтогенетичного розвитку;

- культуру, засновану на стосунках гідності, де провідною є цінність особистості людини, незалежно від того, чи може ця людина приносити користь, чи ні, чи може брати участь у суспільно-корисній праці, чи ні;

- важливість врахування в педагогічній діяльності і в сім'ї суперечності між потребами і вимогами суспільства («треба») та потребами і можливостями аутичної дитини («хочу» і «можу»);

- закономірності особистісного зростання у виховно-освітніх взаємодіях дітей і дорослих;

- мозкову організацію когнітивних процесів і емоцій;

- загальні закономірності спотвореного розвитку;

- соціалізацію (її складові і фази становлення) як процес і результат взаємодії особистості і суспільства;

- сімейне виховання як одного з механізмів розвитку, навчання і соціалізації дитини та про становлення сім'ї в якості психічної спільності.

Така консолідація дозволить надати проблемі освіти, розвитку і соціалізації аутичної дитини комплексну форму, а в її вирішенні (в теоретичному і практичному аспектах) певною мірою можуть бути усунені вузько відомчі традиції її розв'язання. При цьому першочергове значення для розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом на етапі визначення стратегічних орієнтирів мають **такі загальні завдання:**

- вивчення природи дитинства аутичної особи як соціокультурного феномена (а не просто явища);

- аналіз закономірностей, механізмів і умов присвоєння аутистом здобутків освіти і культури як процесу, здійснення якого можливе на основі поняття про детермінацію і самодетермінацію психічного розвитку;

- визначення культуруотворюючих засад проектування корекційно-розвивального і превентивного навчання даної категорії дітей;

- виявлення джерел особистісного зростання аутиста і значущих для нього дорослих в умовах сімейного виховання;

- організація навчального процесу і особливого педагогічного середовища;

- координація співпраці спеціалістів і родини аутичної дитини;

- уточнення системи психолого-медико-педагогічного супроводу аутичної дитини;

- визначення організаційно-економічних аспектів розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом.

❖ **Знання ключових пріоритетів розвитку, навчання і соціалізації дітей з РАС** (завдання і принципи створення комплексної психолого-педагогічної моделі допомоги дітям з аутизмом).

Враховуючи визначену стратегічну лінію аутологічної роботи, педагог зможе правильно намітити і здійснити вже наступні пріоритетні напрями роботи з аутичними дітьми. При цьому важливо спиратися на результати вирішення проблеми навчання і соціалізації аутичних дітей зарубіжними і вітчизняними спеціалістами, які використовують широкий комплекс методів – медичних, соціально-педагогічних, нейропсихологічних і психологічних. Однак ці зусилля (за науковими даними) часто залишаються недостатньо ефективними, що зумовлено значною мірою відсутністю єдиної теоретичної позиції спеціалістів, різноманітністю підходів, теоретичних установок, що використовуються, а також недостатньо критичним запозиченням вітчизняними спеціалістами технологій і методів психотерапії і психолого-педагогічної корекції, розроблених за кордоном. Так, для психологічних і психотерапевтичних моделей, розроблених на Заході, характерним є розподіл роботи з інтелектуальною і поведінковою сферами дитини (біхевіоральні і біхевіорально-когнітивні напрями) та з її емоційно-особистісною сферою. При всіх відмінностях цілей і методів, що застосовуються, в цих роботах зосереджені зусилля гуманістичного та психоаналітичного напрямку. Тенденція подібного розподілу спостерігається й у вітчизняній практиці, коли завдання корекції когнітивної сфери аутичної дитини відокремлюються від корекції її емоційно-мотиваційної та особистісної сфер і навпаки.

На сьогодні виникає необхідність об'єднання цих моделей для встановлення балансу між емоційним та інтелектуальним модусами і знаходження теоретичного підґрунтя такої інтеграції. ***Фундаментальними для розв'язання цієї проблеми є положення про зміну взаємовідношень між афектом (сильним емоційним переживанням) і інтелектом у процесі онтогенетичного розвитку дитини (Л.Виготський).*** Це положення може бути покладене в основу інтегративної моделі організації психологічного впливу на систему «аутична дитина – значущі дорослі». Така система передбачає організацію корекційно-розвивального процесу для формування у дитини недостатньо розвинутих психічних процесів і функцій при використанні двох взаємопов'язаних середовищ, а саме: штучно створеного в умовах надомного навчання, з однієї сторони, і реальної ситуації переборення труднощів дошкільного і шкільного навчання (шкільної дезадаптації) та соціальної взаємодії аутиста, – з іншої.

Спираючись на теоретичні принципи вікового розвитку дитини, корекційно-розвивальний вплив має, у першу чергу, спрямовуватися на

формування конструктивних форм взаємодії в середині системи «аутична дитина – значущі дорослі». Стратегія такої роботи полягає у виведенні дитини з РАС із замкнутого кола переважно малоефективних взаємодій.

Реалізація зазначеної стратегії може бути забезпечена за умови:

- комплексного психолого-педагогічного впливу шляхом організації педагогом і психологом «модельного» середовища і діяльності у формі індивідуальних занять. Завдання занять полягає у розвитку зрілих і корекцію та розвиток порушених психічних функцій дитини. Така робота сприятиме формуванню в аутиста новоутворень, що наближено відповідатимуть віковому етапу його розвитку;

- залучення в цю діяльність значущих для дитини дорослих на принципах співробітництва. Такий підхід сприятиме усуненню спотвореного чи порушеного контакту всіх членів освітнього процесу з наступним перенесенням нових стосунків дитини і значущих дорослих в реальний навчально-виховний процес;

- зміни позицій всіх учасників системи «дитина – батьки – вчитель – психолог – лікар». На основі чіткого врахування нерівномірності і спотвореності психічного розвитку дитини та індивідуальних варіантів проходження нею вікових етапів досягається покращення взаєморозуміння і емоційного контакту аутиста і дорослих;

- цілеспрямованого уникнення використання в навчально-виховному процесі стресових педагогічних тактик, а також інтенсифікації навчального процесу і технологій, що не відповідають функціональним можливостям аутичної дитини.

Модель психолого-педагогічного впливу на соціальну систему «дитина – значущі дорослі» характеризується принципами:

- системності (одночасна допомога дитині і значущим дорослим);
- комплексності (одночасний вплив на пізнавальну, емоційно-вольову, перцептивну сфери психічної діяльності дитини);
- інтегративності (поєднання різних психотерапевтичних і корекційних напрямів).

Особливістю зазначеної моделі є те, що корекційно-розвивальний процес передбачається здійснювати з використанням двох взаємопов'язаних середовищ: штучно створеного педагогом і психологом модельного середовища (індивідуальні заняття) і реальної ситуації навчання дитини з РАС. Особливістю процесу корекції є послідовна зміна штучного середовища і розширення його до реального процесу навчання дитини.

Модель психолого-педагогічного впливу аутолог може реалізувати у декількох напрямках:

- не сформованості мотивації, неадекватності або відсутності самооцінки, в наявності емоційних станів (страхи, тривожність, агресія),

що перешкоджають адаптації дитини, тобто у порушеннях емоційно-вольової сфери;

- не сформованості соціальних норм і навичок спілкування, педагогічній занедбаності і захисних ролях, тобто знаходиться в соціальній площині;

- не сформованості одних і прискореному розвитку інших компонентів ВПФ (зокрема в неузгодженій роботі систем сприймання і моторики), тобто у сфері системної організації психічних процесів,

- не сформованості п і з н а в а л ь н о ї с ф е р и, а саме: раціональних способів організації навчальної діяльності, логічних операцій тощо. Аналіз стану кожної сфери дозволить локалізувати центр проблем дитини і намітити основні напрями її розвитку, навчання і соціалізації.

- **Додаткові фактори підсилення корекційно-превентивної** консультативно-корекційної допомоги і корекційно-превентивного навчання в умовах реабілітаційного центра;

- консультативно-корекційної роботи педагога і психолога в умовах надомного навчання;

- психолого-педагогічного супроводу процесу навчання дітей з аутизмом. В залежності від гостроти проблеми, рівня розвитку дитини, ступеня участі значущих дорослих в корекційній роботі модель може допускати скорочену чи розгорнуту форму її реалізації.

Основними структурними одиницями моделі корекції розвитку є:

- виявлення провідних і основних причин дезадаптації кожної аутичної дитини;

- обґрунтування змісту корекційно-розвивальної і превентивно-корекційної роботи та форм її реалізації;

- вибір способів організації цієї роботи з урахуванням психофізіологічних ресурсів самої дитини, її соціального оточення і можливостей дорослих, які включені в реалізацію цієї моделі.

Стратегія аутолога/психолога включає аналіз стосунків між дитиною, батьками і вчителем з урахуванням того, що всі учасники загальноосвітнього процесу взаємно обумовлюють поведінку одне одного. Вплив аутолога може здійснюватися одночасно на всіх учасників освітнього процесу і на зв'язки між ними, зумовлені характером взаємостосунків, що склалися. При цьому педагог має враховувати, що *причини кризового стану взаємостосунків* членів системи «дитина з РАС – значущі дорослі» можуть полягати у :

- ❖ **діяльності аутолога.**

До факторів, що підсилюють діяльність фахівця, і, як наслідок, покращують результати процесу корекції розвитку дитини з РАС відносимо:

✓ *Установки й очікування, пов'язані зі здійсненням аутологічної допомоги.* Відомо, що за відсутності у фахівця необхідних знань ймовірність нанесення дитині шкоди є цілком реальною. На відміну від медиків, спеціальні психологи та корекційні педагоги досі не особливо прагнули закріпити це правило в якості незаперечної вимоги до своєї професії. Проте вони все більше усвідомлюють, що погано продумане втручання або невміле вторгнення в хід життя дитини може принести їй шкоду. «Втручання», або інтервенція, якщо використовується для опису будь-яких корекційно-розвивальних дій, дійсно означає, що фахівець «втручається» в систему взаємодіючих між собою елементів, що може надати або благотворний, або згубний вплив на життя дитини.

Приймати рішення і проводити втручання так, щоб принести відчутну користь і не спричинити ніякої шкоди, – важлива установка, важке завдання. Тут не існує чітких рекомендацій і простих рецептів і *майже кожне твердження, яке висувається спеціалістом, може виявитися в тій чи іншій мірі спірним.* Проте фахівець завжди повинен враховувати *можливість мінімального втручання або навіть невтручання*, тобто виходити з того, що в окремих (хоча і нечисленних) випадках для блага дитини краще певний час не робити нічого. Корекційні педагоги, спеціальні психологи та соціальні працівники часто перебувають під певним громадським і професійним тиском, що змушує їх вживати будь-які дії з метою допомогти дитині з аутизмом подолати труднощі, які вона відчуває. У критичних випадках часто виявляються необхідними негайні дії, проте, якщо ситуація не є критичною, добре підготовлений спеціаліст повинен вміти протистояти подібному тиску. Особливо це стосується тих випадків, коли втручання не призводить до поліпшення або коли своїми діями можна ненавмисно погіршити ситуацію.

На рішення, що приймаються в процесі аутологічного втручання, як правило, впливають безліч факторів, включаючи: установки та очікування фахівця і батьків дитини; теоретичний підхід, якого дотримується аутолог; діагностичну категорію, до якої він відносить дитину тощо. У багатьох випадках процес втручання може включати кількох спеціалістів та/або інших людей, особливо батьків, чия роль у цьому процесі нерідко виявляється дуже істотною. При цьому всі вони привносять в ситуацію власні установки й очікування.

Окремі підгрупи дітей з аутизмом, які отримують психолого-педагогічну допомогу, можуть відрізнятися за ступенем поширеності і серйозності проблем, що в них виникають. Численні дослідження

показують, що багато дітей та їхніх батьків потребують комплексного обслуговування та підтримки – часто їм необхідне лікування від соматичних захворювань, потрібна допомога в пошуку житла, у забезпеченні нормального харчування, місця роботи для батьків, а також допомога у вирішенні психічних і поведінкових проблем. Це так звані багатопроблемні сім'ї. Проте багато з них нічого не знають про психолого-педагогічні служби або не розуміють, чим ці служби могли б їм допомогти. Ця частина населення часто потребує психологічної допомоги такого роду, яку практикуючий спеціаліст не може надати.

Отже, аутологи, спеціальні психологи, корекційні педагоги та соціальні працівники повинні не тільки надавати професійні послуги, а й знати і думати про те, як організувати додаткову допомогу, якої потребують як окремі діти, так і групи малюків. Дуже важливо, щоб аутолог брав до уваги і з повагою ставився до релігійних, етнічних і загальнолюдських життєвих цінностей батьків дітей.

Згідно з висновками деяких досліджень, результати терапії є більш позитивними в тому випадку, якщо батьки дитини відчують, що фахівець з повагою ставиться до їхніх життєвих цінностей (Alladin, 1993; Petet, 1994). Зацікавленість батьків і їхньої дитини, їхня готовність до співпраці і позитивні очікування, своєю чергою, сприяють досягненню позитивних результатів корекційно-розвивальної роботи. Тому їхнє загальне ставлення до аутологічної роботи, їхні установки й очікування повинні також бути небайдужі фахівцю.

✓ *Знання основних установок при плануванні і здійсненні психолого-педагогічної допомоги.* На сьогодні розглядаються декілька фундаментальних теоретичних підходів, пов'язаних з індивідуальним розвитком і проблемою вибору корекційно-превентивних засобів. При цьому аутолог в своїй практичній роботі і при прийнятті рішення має керуватися декількома орієнтаціями, а саме:

▪ **психопатологічна орієнтація** (лікувальна модель) є способом, який найбільш широко застосовується для вирішення психофізичних проблем. Ця орієнтація спрямовується на виявлення в дитини патології і відповідь на питання: які порушення наявні, яким має бути лікування фізичних проблем малюка і які лікарські препарати при цьому повинні використовуватися? Термін «лікувальна орієнтація» використовується з метою підкреслити той факт, що основна увага приділяється виявленню порушення. При цьому мається на увазі, що існує надія усунути виявленні патологічні порушення за допомогою терапевтичного впливу. Лікувальна орієнтація співвідноситься з концепцією, згідно з якою будь-які психологічні, емоційні та/або поведінкові труднощі викликані

захворюваннями або патологічними станами, аналогічні соматичним; при цьому проведення корекційно-розвивальної роботи після встановлення формального діагнозу дозволяє полегшити симптоми, хоча повне коригування може виявитися недосяжним.

▪ **освітня орієнтація** (научувальна модель, зорієнтована на навчання), що надає особливого значення стилям поведінки або мислення, які, проте, вимагають корекції. Педагог спостерігає за поведінкою дитини з аутизмом, виявляє її характерні особливості і застосовує тактику заохочень і покарань для закріплення бажаної й усунення небажаної поведінки, а також для набуття дитиною нових патернів поведінки і мислення. Научувальна орієнтація заснована на припущенні про те, що індивідуальні стилі поведінки і мислення засвоюються в результаті обумовлення або за допомогою механізму «сприйняття-увага» і що ці стилі можна змінити, виконуючи основні принципи корекційно-превентивного і корекційно-розвивального навчання.

▪ **орієнтація на особистісне зростання** (еволюційна модель), що базується на передбаченні того, що в особистості дитини з аутизмом завжди є процеси розвитку, які вимагають заохочення. Передбачається, що особистість дитини вже має в своєму розпорядженні необхідні позитивні і коригуючі сили. При такому підході спеціаліст уникає виставляти діагноз того чи іншого розладу. Його рішення стосовно роботи з дитиною базується на визнанні наявності в малюка нормальних процесів розвитку особистості. Основна увага приділяється поточним подіям в житті дитини, допомозі, спрямованій на більш глибоке розуміння дитиною самої себе, і виявленню можливостей, які вона могла б використати при виборі способу вирішення запропонованого завдання. Орієнтація на особистісне зростання є відображенням концепції, згідно якої всередині особистості діють прогресивні сили, що дозволяють дитині досягти самоактуалізації і реалізувати свої здібності. Крім того, включає форми втручання, орієнтовані на особистісне зростання і спрямовані на усунення блокування, що перешкоджає цим природним процесам.

▪ **орієнтація на оточуюче середовище** (екологічна модель), метою якої є аналіз і використання всіх факторів, які мають відношення до проблеми дитини з аутизмом. Даний підхід є інтерактивним, тобто таким, що визнає той факт, що зміни, які відбуваються в особистості, впливають на її оточення, а зміни в оточуючому середовищі, своєю чергою, впливають на особистість. Таким чином, рішення, що приймаються педагогом, стосуються не тільки особистості дитини, а також її соціального оточення, матеріального забезпечення (доступність транспортних засобів, наявність спортивних майданчиків тощо), комунікативного або інформаційного середовища (включаючи

телебачення й інтернет). Ці напрями поєднують в собі положення загальної психології, нейропсихології, психології співтовариства і передбачають надання основної уваги питанням профілактики. Прихильники екологічної орієнтації стверджують, що поведінка і мислення є функціями взаємодії дитини з середовищем і що будь-яку систему можна зрозуміти, розглядаючи процеси комунікації у взаємозв'язку і взаємообміну з її фізичним і соціальним оточенням. Очевидно, що вибір орієнтації в кожному окремому випадку робить значний вплив на прийняття принципів рішень, що стосуються проведення психолого-педагогічного втручання.

✓ *Важливість вибору оптимальних методів корекції розвитку.* На всіх стадіях проведення корекційно-розвивальної роботи з аутичною дитиною (збір інформації, постановку цілей, вироблення і керування процесом втручання) постійно існує загроза того, що власний життєвий досвід педагога, установки або припущення нададуть прийнятому ним рішенням більш істотний вплив, ніж це слід, виходячи з міркувань ефективності методів корекційної роботи. Неможливо вказати всі причини, через які можуть виникати перекручення і помилки у професійній діяльності аутолога.

Найбільш істотними помилками для практики є неоптимальний вибір методу роботи з дитиною та її сім'єю; переоцінка фахівцем своїх здібностей до прогнозування; перевантаженість роботою; особисті чинники; фінансові проблеми.

Професійна етика зобов'язує аутолога, як і інших фахівців з надання психолого-педагогічної допомоги, вибирати найбільш ефективний для кожного окремого випадку метод впливу. Початкові етапи історії аутологічного втручання свідчать про те, що фахівці просто робили те, що вони вміли робити. Однак *результати багатьох досліджень і узагальнюючих робіт (число яких постійно зростає) свідчать про те, що різні методи виявляються неоднаково ефективними при вирішенні тих чи інших проблем аутичної дитини.* Оглядові статті та метааналітичні дослідження (в рамках яких розглядаються результати різних робіт, присвячених одному і тому ж колу проблем) дозволяють зробити практичні узагальнення стосовно того, що при корекції певних типів аутичних розладів деякі підходи можуть бути більш ефективними, ніж інші. Тому важливо підкреслити, що аутологи повинні не просто «робити свою справу», а шукати найбільш ефективні методи обслуговування.

✓ *Врахування можливих побічних ефектів.* Застосування різних форм психолого-педагогічного втручання в цілому приносить позитивні результати. Це – наявність наукової бази, проведення ретельних клініко-

психологічних обстежень, письмове складання планів роботи, співставлення застосованого методичного підходу з характером проблем дитини, аналіз результатів терапії тощо. Однак при цьому, як свідчить практика, необхідно розуміти, що досягнення позитивних результатів не є абсолютно гарантованим. Втручання в життя аутичної дитини завжди може призводити до непередбачених наслідків і негативних ефектів. При цьому важливо враховувати ті засоби, до яких звертаються при вирішенні проблеми допомоги дітям з аутизмом.

Одним із заходів, до якого в нашій країні стали значно рідше вдаватися в результаті проведення оціночних досліджень її ефективності – це *інституціоналізація* (institutionalization). В установах для дітей з психічними захворюваннями, в яких перебували аутичні діти, не забезпечувався, всупереч обіцянкам, якісний та ефективний розвиток. У рамках лікувальних програм їх привчали до відносно невеликого числа форм поведінки, пристосованих переважно до умов закритого лікарняного середовища. Це призводило до втрати або до недостатнього формування багатьох практичних навичок, надзвичайно важливих для звичайного життя дитини поза лікарняних стін (наприклад, навичок самостійного вирішення проблем, що виникають, адаптації до умов, що змінюються, прийняття на себе відповідальності тощо). *Деінституціоналізація* (deinstitutionalization), що стала наступним етапом, вважалася достатньо перспективною, оскільки було доведено ефективність лікування і розвитку таких дітей в умовах природної корекційно-розвивальної спільноти, тобто система суспільних і благодійних установ, що включає табори, майстерні, школи, невеликі житлові будинки, в яких діти з аутичними та іншими розладами під наглядом дорослих можуть вести відносно самостійний спосіб життя.

Багато хто вважає, що деінституціоналізація означає велику економію грошей, однак (як показує досвід деінституціоналізації закладів в США) вони помиляються.

Високоякісні громадські програми, призначені для дітей з аутизмом, які знаходяться, наприклад, поза лікарняних стін, можуть обходитися в суми, що не поступаються вартості в закладах стаціонарного перебування, які вони покликані замінити. Друга ключова помилка може допуститися в разі того, що влада закриває стаціонарні установи (зокрема спеціальні школи), в яких можуть забезпечити їм доступність лікування і навчання з урахуванням особливостей їхнього розвитку. В результаті (як показує аналіз американського досвіду) багато дітей, що зазнають серйозних психофізичних проблем, виявилися викинутими на вулиці, де змушені страждати від відсутності даху над головою, хвороб і злочинців.

Аутолог має виявляти особливу обережність і в тих випадках, коли втручання підміняє собою базову соціальну систему – родину, яка, перекладаючи всю відповідальність за навчання і розвиток дитини на

інших, може так ніколи не знайти в собі достатньо сил, щоб справлятися з власними завданнями, а спеціальна служба, яка заміщає її, незабаром виявиться перевантаженою. *Водночас аутолог завжди повинен остерігатися спокуси рекомендувати певний тип втручання тільки тому, що є можливості для його здійснення.* Так, не слід направляти дитину в приватні центри чи клініки, розраховані на тривале перебування, і нехтувати місцевими державними установами лише на тій підставі, що в батьків дитини є фінансові можливості. Аналогічним чином, не слід направляти дітей на складні діагностичні процедури лише тому, що подібні заходи доступні їхнім батькам.

Три головні проблеми, пов'язані з психічним здоров'ям дітей, зокрема дітей з аутизмом: а) дорогі послуги доступні лише небагатьом дітям, б) більшість дітей, що мають психофізичні проблеми, отримує недостатню допомогу або зовсім не отримує її, оскільки всі ресурси витрачаються на тих, хто в змозі оплатити сервіс; в) якість надаваних послуг у багатьох відношеннях є низькою (Берні, Burns, 1989).

З урахуванням зазначеного на сьогодні аутологи та інші фахівці починають все більше усвідомлювати необхідність насамперед ретельної оцінки результатів корекційно-розвивальної роботи.

➤ *Важливість надійної і валідної інформації для точної ідентифікації симптомів аутизму.* Рішення про проведення втручання завжди ґрунтувалося на інформації, зібраної в процесі клініко-психолого-педагогічної діагностики. К.Роджерс (K.Rogers) одним з перших заявив про те, що поділ людей за діагностичними категоріями знеособлює їх і перешкоджає формуванню у спеціалістів належної уваги до людини, яка потребує допомоги. Деякі автори (Hobbs, 1975; Schaughency & Rothlind, 1991) *попереджають про небезпеку навішування діагностичних ярликів, оскільки одного разу поставлений діагноз надовго, а часом і назавжди закріплюється за людиною і може мати значний вплив на все її подальше життя.* Дослідники також попереджають про небезпеку спрощеного підходу до визначення адекватних методів втручання, які є наслідком застосування «діагностичних стереотипів» аутизму.

Причиною численних помилок, що виникають у процесі проведення втручання, є не тільки не правильно встановлений діагноз, а й не правильне прогнозування результатів роботи з аутичною дитиною, оскільки неодноразово доводилося, що *фахівці не так добре вміють прогнозувати поведінку дитину з аутизмом, як вони схильні вважати.* Так, переважною більшістю спеціалістів вважається, що при інтерв'юванні батьків, в особистій бесіді з дитиною і за допомогою методу спостереження аутолог здатний отримати більше суттєвої інформації, ніж при проведенні навчально-діагностичних тестів. Проте при цьому необхідно враховувати, що за результатами декількох

досліджень, присвячених складанню психологічних прогнозів, *доведено перевагу статистичних методів*. Цей висновок базується на тому, що статистичні процедури, в яких використовуються однакові дані, дозволяють приходити до однакових висновків, тоді як *педагоги, що аналізують одні й ті ж дані, можуть приходити до різних висновків*. У статистичних процедурах використовуються тільки валідні прогностичні змінні; тоді як люди, що виносять судження, часто не можуть сказати, наскільки валідні дані, якими вони оперують. При оцінці педагоги неминуче змушені покладатися на власний досвід, проте водночас повинні усвідомлювати, що висновки, які виводяться на подібній суб'єктивній основі, *можуть включати як правильні, так і не зовсім правильні, а іноді і зовсім помилкові судження*.

Порівняльні дослідження статистичного та педагогічного прогнозування вказують на те, що, якщо існують вже готові статистичні таблиці, як це має місце у випадку прогнозування стану розвитку навчальних здібностей, то *слід покладатися на ці статистичні дані, а не чіплятися за стару тезу, згідно з якою «педагог (лікар, психолог) знає краще»*. При відсутності готових статистичних формул, як це є у вітчизняній педагогічній практиці, слід робити дуже обережні прогнози, регулярно перевіряючи їх в міру здійснення запланованої програми.

Точне прогнозування – лише одна зі складових розвиненої здатності фахівця до формулювання умовиводів. Здатність до точних умовиводів має вкрай важливе значення для фахівців-аутологів, які працюють в тісному контакті з людьми і в умовах необхідності приймати важливі рішення, які стосуються життя інших людей. Розвинута здатність фахівця до умовиводів є наслідком глибокого інтересу та поваги до людей, поваги до системи цінностей тієї спільноти, в якій він працює, визнання того факту, що в житті дитини завжди є місце для розвитку і в постійній готовності оволодівати новими знаннями та оцінювати рівень своєї компетентності, а також розвивати свій педагогічний досвід.

➤ *Основні орієнтації при плануванні (проектуванні) і здійсненні аутологічної допомоги*. Після прийняття рішення про проведення втручання аутолог складає план роботи, а потім реалізує цей план на практиці. *У процесі проектування виділяють декілька стадій:*

- складання характеристики поточної ситуації з визначенням основних факторів впливу;
- встановлення бажаних результатів з точки зору сім'ї дитини та соціуму;
- дослідження ресурсів і можливостей проведення превентивної і корекційно-розвивальної роботи.

Отже, аутолог має визначити: хто зможе працювати з дитиною або з програмою і що в змозі зробити особи, які здійснюватимуть втручання. 3

цією метою аутолог:

- складає план роботи для конкретного випадку або формулює конкретну програму переходу від поточної ситуації до бажаної;
- оцінює зміну, що відбувається в ході реалізації програми і переглядає корекційно-розвивальний план в разі потреби;
- повторно обстежує дитину після реалізації плану чи програми з метою подальшого впровадження проекту та застосування його в майбутньому.

Водночас на сьогодні для проведення втручання вже бажано (або необхідно) встановлення контрактних відносин – висновок усного договору або підписання письмового контракту. У *договорі чи контракті визначається*: мета допомоги, характер взаємодії між сторонами, міра взаємної відповідальності, строки дії та умови розірвання або продовження. Контракт потрібен для того, щоб чітко визначити цілі втручання, забезпечити дотримання взаємних інтересів, визначити міру взаємної відповідальності і отримати офіційну згоду батьків дитини на проведення роботи. Крім того, за наявності письмового контракту обидві сторони можуть у будь-який момент оцінити ступінь досягнутого успіху.

➤ *Дотримання аутологом етичних норм.* Етичні рекомендації та кодекси традиційно відіграють істотну роль у професійній діяльності фахівців, що надають людям різні види допомоги. Оскільки в Україні не створено етичного кодексу і етичних стандартів дефектолога, то, на нашу думку, з цією метою є можливим за основу покласти принципи, розроблені в етичному кодексі і нормах ведення практики Американської асоціації консультування. Відповідно до цих принципів кожен з практичних працівників має звіряти свою роботу, щоб бути впевненим в тому, що його діяльність узгоджується з ними і що він робить все, щоб підтримувати і удосконалювати свій професійний рівень. До основних етичних принципів і кодексу поведінки аутолога віднесено: компетентність, професійну та наукову відповідальність, турботу про благополуччя інших, порядність, повагу до прав і гідності людей, соціальну відповідальність.

Необхідно також враховувати, що застосування етичних стандартів на практиці може породжувати численні запитання, зокрема зачіпати тему *інформованої згоди* – процедури, за допомогою якої батьки дитини добровільно підтверджують свою згоду на аутологічне втручання, а також питання, пов'язані з конфіденційністю інформації і привілеями на її надання іншим особам. Можуть виникати проблеми, якщо результати обстеження стосуватимуться питань соціальної політики або негативно характеризуватимуть представників соціальних чи етнічних меншин. І в цих випадках дотримання етичних норм позитивно впливатиме на вміння аутолога *встановлювати раппорт* (фр. rapporteur). Відомо, що

встановлення раппорта є основною, а, можливо, і головною умовою здійснення ефективних змін і одержання позитивних результатів.

На наше переконання, урахування аутологом таких факторів, як установки (власні і батьків дитини), основні орієнтації при плануванні, вибір методів і дотримання етичних норм значно сприятимуть інтенсифікації процесу аутологічного втручання.

Завдання і запитання

1. *Визначте стратегічні орієнтири і ключові пріоритети вирішення проблеми розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом.*
2. *Розкрийте зміст і значення основних факторів підсилення когнітивної діяльності аутолога.*
3. *У чому полягає важливість вибору оптимальних методів корекції розвитку дітей з аутизмом?*
4. *Сформулюйте загальні етичні вимоги щодо даних, отриманих в ході обстеження стану психофізичного розвитку дитини.*
5. *Схарактеризуйте особливості дотримання аутологом етичних норм.*

Література

1. Тарасун В.В. Фактори інтенсифікації аутологічної допомоги дітям дошкільного віку /до наукового вісника Миколаївського НУ ім. О.Сухомлинського: зб. наукових праць. – вип.1. 42 (94).М., 2013.
2. Тарасун В.В Роль етики у формуванні професійної самосвідомості аутолога /до збірника наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І.Огнієнка (20-й випуск). – К-П., 2013.
3. American Psychological Association (1992). «Ethical principles of psychologists and code of conduct»; и American Psychologist, 47, 1597-1611 (Етичні принципи і кодекс поведінки психологів).

Тема 11. Корекція розвитку соціальної та емоційної сфери дитини з РАС: методичне забезпечення послідовності і наступності в роботі аутолога

Наступний крок в роботі аутолога – це визначення і методичне забезпечення напрямів корекції розвитку дитини з РАС.

11.1. Програма методичного забезпечення корекції розвитку соціально-емоційної сфери дитини з аутизмом

З метою подолання труднощів соціально-емоційного розвитку в дітей з порушеннями аутичного спектра нами визначено рівні, які визначають послідовність і наступність психолого-педагогічної роботи у цьому напрямі.

<i>Рівні розвитку соціально-емоційної сфери дитини з РАС</i>
<i>Рівень 1 –Виокремлення дитиною себе з довкілля. Розпізнавання емоційно виразних облич та емоційно забарвленого голосу</i>

Рівень 2 – Допуск іншої людини в свій простір у супроводі адекватних емоцій

Рівень 3 – Становлення соціальної та емоційної взаємодії

Рівень 4 – Здатність конструктивно та емоційно виразно впливати на навколишнє середовище

Рівень 5 – Здатність до соціальної поведінки (вміння конструктивно керувати своїми діями, поведінкою та емоціями).

Розкриємо зміст і особливості аутологічної допомоги на кожному із зазначених рівнів.

Рівень 1. Формування в дитини вміння виокремлювати себе з довкілля. Розпізнавання емоційно виразних облич та емоційно забарвленого голосу

Показники успішного розвитку дітей: починає усвідомлювати відчуття, які надходять від її м'язів, сухожилів тощо і численні повторення яких утворюють її тілесні відчуття. Вирізняє себе від інших об'єктів. Виявляє вибірковість, швидкоплинність емоцій, що супроводжують різноманітні маніпуляції.

Завдання:

Навчальні:

- формувати в дитини уявлення про власне тіло;
- розвивати здатність до поширення досвіду пізнання навколишнього світу та елементарного усвідомлення себе в ньому.

Корекційні:

- формувати вміння дитини виокремлювати себе з довкілля: відчувати власне тіло (незрілу, але, тим не менш, надійну схему тіла); виявляти реакції на різні подразники; вміти виокремити з довкілля предмети і маніпулювати ними. При цьому важливо всі зусилля спрямовувати на те, щоб збагачення тактильних, вестибулярних, зорових і звукових вражень дитини здійснювалося з метою одержати хоча б короткочасну посмішку дитини;
- коригувати так звану польову поведінку дитини.

А. Розвиток в дитини схеми тіла

- Для цього варто застосувати, перш за все, **стимулювати відчуття**, що надходять від окремих частин тіла дитини. Це відбувається при лагідних емоційних взаємодіях з дорослим за рахунок диференційного масажу дитини, рефлекторного схоплення й утримання нею м'яких і теплих предметів.



предметів.

Такі дії підготують появу *дотикового відчуття*, що спонукатиме дитину наштовхуватися і схоплювати однією рукою іншу, схоплювати коліно, відшукати своєї ступні, знаходити великий палець тощо; можливо, обмацувати обличчя дорослого, своє обличчя в положенні на спині, на колінах, на руках у дорослого. У результаті такі дії можуть стати *передумовою для формування в дитини потреби в спілкуванні з дорослим*.

➤ Розвивати елементарне *відчуття дитиною власного тіла* шляхом відпрацювання в неї відчуття рівноваги, глибинної чутливості, що дає їй змогу відчуті прояви окремих частин тіла. З цією метою дуже поступово і дуже обережно, під тиху музику, в ігровій формі викликати в дитини бажання виконувати доступні їй танцювальні рухи («пружинку», «бокові переступання»), здійснювати повороти кистей рук, обертання), відгукуватися на легеньке відбиття дорослим ритмів на її грудях (з одночасним проспівуванням ритмічної пісеньки). Все це *може викликати в неї певне задоволення, радість, відчуття захищеності*, а також – посмішку при приємних для неї маніпуляціях (підкиданні, лоскотанні, танцювальних рухів).

➤ Надалі (за рахунок багаторазових повторень) формувати *вміння орієнтуватися в схемі власного тіла* («Ось це (відповідний жест) носик Лесика. Покажи, де в Лесика носик?» Можна взяти пасивну руку дитини і спрямувати до її носика.). При цьому варто стимулювати в дитини бажання роздивлятися своє відображення в дзеркалі; потім формувати увагу малюка до обличчя членів сім'ї («Де в Лесика носик? А де носик у мами?» тощо). Результати такої роботи значною мірою *залежать від стану розуміння малюком зверненого до нього мовлення*. Тому мова дорослого має бути максимально адресована дитині й включати в себе схвалення, які стосуються її особистості, а також позитивну оцінку її дій («Лесик – молодець, носик правильно показав») і з частим називанням дитини на ім'я.



➤ Відпрацьовувати *вираз обличчя, пози і жести тіла, формувати мовлення в поєднанні з рухами тіла*. Для цього включаються біг, стрибки, зорове зосередження на одних і тих самих об'єктах (шалик, розміщений між дитиною і дорослим, повітряна кулька тощо). Така робота готуватиме поступовий розвиток в дитини *вміння використовувати невербальні типи поведінки як засобу регуляції соціальної взаємодії*.



➤ Довготривало, з багаторазовими повторами формувати в дитини *передумови не уникати погляду в обличчя людини*. Спочатку тактовно змушувати дитину, хоча б на протязі короткого часу, спостерігати за предметами, які переміщують дорослі (горизонтально, зверху вниз тощо); фіксувати їх поглядом, шукати предмет, що зник; стежити за ігровими діями інших дітей, не приєднуючись до них. Не відвертатися, коли її покличуть, а почувши ім'я матері, повертати голову на знайомий голос; реагувати на «Іди до мене», піднімаючи ручки, а також протягувати руку, щоб показати, що вона тримає в руці, посилати повітряні поцілунки тощо. Формувати в дитини вміння жестом вказувати на предмети на прохання дорослого.

➤ Навчати дитину *адекватно й емоційно сприймати і обстежувати живі і неживі предмети* оточення: не обнюхувати, не облизувати тощо. Основним завданням при цьому є *навчання дитини прийомам наслідування*. При цьому імітація на ранніх етапах в основному – невербальна, на пізніших – невербальна і вербальна. Імітаційна підготовка полягає в навчанні малюка спостерігати за тим, як інші діти сидять, їдять, стрибають, малюють тощо. В результаті в дитини *шляхом показу-демонстрації і прямого заохочення до наслідування й відтворення рухових дій дорослого* розвиваємо довільні рухи. Відпрацьовану навичку батьки відшліфовують вдома ще до того, як дитина почне брати участь в нетривалій колективній діяльності за межами родини.

➤ *Коригувати рухову польову поведінку* дитини, наприклад, блукання по кімнаті без будь-якого заняття. Цієї мети домагаємося за допомогою *введення в її нецілеспрямовану діяльність простих маніпуляцій з сенсорним ігровим матеріалом*. Водночас постійно коригуємо потребу дитини в ізоляції, яку вона здійснює за допомогою рухових стереотипів (особливо при здійсненні режимних моментів) і набору аутостимулюючих дій (*розхитування, стрибків, трясіння руками тощо*).

Б. Розвиток в дитини відчуття руки

➤ Важливо систематично розвивати *дрібну моторику руки* дитини: *вміти щось попросити*, протягуючи руку і виконуючи хапальний жест (розкриваючи і закриваючи долоню), продовжувати досить тривалий час гратися з дитиною у схованку (ховати обличчя долонями). Надалі *вчити дитину утримувати іграшки* (однією, двома руками), *відпускати іграшки*, виготовлені з різних матеріалів (з дерева, гуми, тканини, поліетилену). Коригувати нав'язливі рухи рук, характерні



для аутичної дитини: вертіння перед очима кистями рук, ссання пальців тощо.

➤ Варто застосовувати комплекс завдань, спрямований на **розвиток кінетичної організації рухових дій дитини**. Цю роботу можна розпочати зі складних для аутичної дитини завдань – навчання навичкам самообслуговування і навичкам побутової поведінки (миття рук, умивання і чищення зубів, сортування білизни в комоді; витирання пилу тощо). Надалі переходити до формування все складніших кінетичних програм, спрямованих на розвиток моторної сфери дитини.

➤ У дітей старшого віку **коригувати вади осмислення предмета** як об'єкта маніпуляцій, цілеспрямованих дій і відповідних емоцій. Для



цього в дитини формувати, перш за все, **вміння орієнтуватися в квазіпросторовому полі**, тобто в логіко-граматичних конструкціях. Спочатку використовуючи прості конструкції: збирання пазл, вкладинок, робити витинанки, відкривати засуви, наливати рідину. Після цього поступово вводити в роботу прийменник. Потім – формувати

орієнтацію дитини в лінійній і числовій послідовності предметів: розкладемо по порядку. Спочатку (першим) кладемо ананас, другим – яблуко і т.д.. При цьому намагатися, наскільки це можливо, узгоджувати рухи різних частин тіла дитини.

➤ Дорослий може спонукати дитину **перерозподіляти пальці руки на іграшки** за допомогою різних за величиною, товщиною й об'ємом предметів; захоплювати предмет двома, трьома пальцями. Для розвитку **тактильної чутливості руки** можна підбирати предмети, різні за своїми якостями (матеріалу, фактурі, щільності, пружності); використовувати ігри з дитячим кремом, який малюк може розмазувати на різних поверхнях (люстерку, гумовому килимку, мисочці). Важливо також розвивати **координацію рухів руки** шляхом навчання дитини викладати, а потім складати у відерце різні предмети, знімати і нанизувати на стержень кільця пірамідки, роз'єднувати на частини матрийки, бочечки, дерев'яні яйця, формочки для піску тощо.

В. Формування в дитини реакції на різні подразники доквілля (слухові, зорові, тактильні, нюхові) в процесі сприймання предметів і маніпулювання ними.

➤ Активізувати слухові, зорові, тактильні **компоненти «комплексу поживлення»** можна за допомогою гри з повітряними кульками різного кольору, наспівування дитині пісенок, наспівування тих голосних звуків, які є в мовленні дитини, читанням віршованих потішок.

➤ Планомірно розвивати в дитини **вміння прислуховуватися до голосу дорослого**, шукати і знаходити очима джерело звучання. Для цього використовувати: дитячі пісеньки, казочки, віршики, змістом яких **передбачена зміна голосу дорослого, його міміки** («Ведмедик-клишоногий», «Сіренька кішечка», «Сопілочка» тощо).

➤ Розвивати шляхом багаторазових і довготривалих повторень **слухове передбачення** – **вчити прислуховуватися** до невидимих іграшок, предметів, що звучать; прислухатися до низького і високого звучання музичних інструментів, до танцювальних і спокійних мелодій. **Вчити розрізняти та орієнтуватися на інтонацію**: лагідну і сувору, питальну і спонукальну, а також інтонацію заборони і заохочення. Враховувати в корекційній роботі те, що більшість дітей з аутизмом мають хороший слух і **особливий потяг до музики**, що сприятиме появі в дитини (в разі вдалих музичних спроб) впевненості в собі, почуття радості і задоволення. **Коригувати підвищену реакцію дитини на слухові подразники**. При цьому важливо враховувати, що малюк водночас може бути дуже чутливим до слабких подразників (не переносить шум побутових приладів, капання води тощо).



➤ Багато часу варто надавати розвитку в малюка **зорового передбачення** – стану чекання того, що предмет ось-ось з'явиться в певному місці, **вміння знаходити** напівзаховану іграшку, потім – повністю заховану. Надалі спонукати дитину чекати на появу іграшки, заховану в іншому місці. **Вчити дитину слідкувати за рухом іграшки, що падає**.

➤ Розвивати **зорові диференціації кольору і форми**, стимулювати зорове зосередження на предметі, формувати **сенсо-моторні функції** (розміщення вкладишів, близьких за формою у відповідних отворах, нанизування кілець, що змінюються за величиною, розкладання однорідних предметів різної величини на дві групи тощо).

➤ Паралельно із застосуванням індивідуальних програм з розвитку в дитини **вміння виокремлювати себе з навколишнього середовища**, створювати умови для **стабілізації її емоційної сфери**

❖ Рівень 2. Формування здатності допускати іншу людину в свій простір.

Показники успішного розвитку дітей: розширює простір свого «Я», виявляє відчуття приналежності їй як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей. Починає приймати іншу людину. Виявляє емоції, що супроводжують цей процес – вибірково терпимість, почуття безпеки, зацікавленість. Певною мірою регулює свої елементарні дії для досягнення простого результату (наприклад, при виборі предмета або партнера для елементарної діяльності).

Завдання

Навчальні:

- формувати здатність звертати увагу на яскраві іграшки та предмети, їхні властивості;
- розвивати уміння до різноманітних дій з предметами, спільного й самотійного їх виконання, здатність діяти за зразком;
- формувати здатність до емоційних інтеракцій.

Корекційні:

- розвивати відчуття приналежності як власного фізичного тіла, так і приналежності інших предметів та людей;
- формувати здатність до прийняття іншої людини. Спонукає до емоцій, що супроводжують цей процес – вибіркова терпимість, почуття безпеки, зацікавленість;
- долати обмежені інтереси та емоції щодо певного предмету;

А. Формування в дитини відчуття приналежності їй об'єктів навколишнього середовища

➤ Розвивати відчуття *приналежності різних предметів* навколишнього середовища варто здійснювати з урахуванням труднощів розуміння дитиною з аутизмом зверненого мовлення. Спочатку розвивати в малюка *вміння обстежувати навколишнє середовище* й орієнтуватися в його предметному світі. Цю роботу здійснювати за допомогою багаторазових повторень і спираючись на коментуюче та звернене мовлення дорослого, перш за все, матері: «Подивись, це (відповідний жест) – годинник. Годинник каже: цок-цок. Де годинник?»; «Пташка (відповідний вказівний жест дорослого). Яка гарна пташка». «Де пташка? Покажи» тощо). Формувати в дитини елементарний інтерес до іграшок та до інших, предметів довкілля. Далі вживати назви тих предметів, які їй добре відомі («Це – лялька. Лялька – твоя. Де твоя лялька? Покажи»).

➤ Забезпечувати (за допомогою багаторазових, довготривалих повторень ситуації) *звикання дитини до людей, які оточують матір* і яких малюк *починав би сприймати як її продовження*. Поступово здійснювати відлучення дитини від матері на все триваліший час. Формувати адекватну поведінку в менш стабільних і більш складних (ніж домашні) ситуаціях: вихід в гості, поїздка в транспорті, зустріч з іншими дітьми на ігровому майданчику тощо. Тобто, всіяко, за допомогою різних методів сприяти менш болісному виходу дитини за межі звичного для неї родинного кола. Формувати таку поведінку дитини, яка б допомогла зменшити її агресивні реакції, спрямовані на себе та інших (спалахів гніву, стереотипних дій, що спричиняють шкоду як малюку, так й іншим).

➤ Формування в дитини *елементарного образу себе й Іншого* (узагальненого образу людини) може відбуватися за допомогою ігор, спрямованих на: спостереження в люстерці і впізнання дитиною себе й інших дітей і дорослих; на формування ставлення дитини до свого дзеркального відображення і до відображення інших людей; розвивати її *поведінку перед дзеркалом в різних ситуаціях*. Коли дитина почне реагувати на дзеркало і на своє відображення в ньому, тоді дорослий, показуючи на її відображення у дзеркалі, називає її ім'я: «Подивися, хто там? Це – Оксанка. Де Оксанка? Покажи». При цьому, якщо хтось з дітей на початку цієї роботи може навіть не подивитися на своє відбиття в дзеркалі й прагне зайнятися чимось іншим, *проте рано чи пізно малюк почне виявляти інтерес до свого відображення*. Тільки після цього до гри «Хто в дзеркалі?» приєднуємо дорослих, а потім і дітей з близького оточення дитини.

➤ Всіляко підтримувати намагання дитини (за наслідуванням чи самостійно) *означити іншу людину певним буквосполученням*, а потім назвати її ім'я. Розвивати увагу до іншої людини (до її зовнішності й дій). Розвивати вміння наслідувати її елементарні дії. На цій основі в подальшому можливе формування в дитини вміння вносити елементи самодіяльності у власні функціональні та ігрові дії.



➤ Важливо навчати дитину адекватним методам сприйняття і обстеження живих і неживих предметів з її оточення. Основним завданням при цьому є навчання малюка *прийомам наслідування дій дорослого*. Важливо, щоб і дорослий за можливості приєднувався до відображувальних дій дитини та імітував їх. Навчати дитину *впізнавати себе й близьких дорослих на фотографіях*.

➤ Застосовувати планомірну співпрацю дитини з дорослим для того, щоб співпраця дитини з дорослим у неї перед очима завжди був еталонний варіант, з яким вона хоча б зрідка пробувала порівняти свій виріб та інші результати своєї діяльності, а також споглядати дії, рухи дорослого, чути його роздуми. Партнерство з дитиною в різних спільних з нею справах допомагатиме заспокоїти і дати відчуття захищеності.

Б. Формування в дитини відчуття власності



➤ Формувати в дитини *вміння розрізняти приналежність предметів* їй і членам її сім'ї. Стимулювати елементарні прояви в неї почуття того, що певні предмети належать саме їй, тобто *формуємо почуття власності*. Для цього

найчастіше використовуємо ситуацію, коли у дитини хтось забирає її іграшку. Тоді дитині треба пояснювати, що своєю іграшкою вона має відстоювати, міцно тримаючи її в руках. Ймовірно, що втрата іграшки породить в дитини думку про те, що іграшка належить саме їй. Чинячи опір, дитина впевнюється в знаннях про те, що щось, з чим вона діє, належить саме їй.

➤ Бажана поведінка дитини повинна бути змодельована і повторена багаторазово. Важливо при цьому *формувати в дитини також розуміння того, що в неї є своє місце за столом, свій куточок для гри, свої ліжечко, чашка, одяг* тощо, а, отже, сприяти розвитку уявлення дитини про себе як володаря певних речей.

Це не прояв жадібності, себелюбства, як іноді інтерпретують таку поведінку малюка дорослі, а *зростання його знань про себе і про навколишній світ*. У подальшому житті оціночні уявлення, доступні його розумінню, він зможе переносити на аналогічні ситуації в новій групі осіб, з якою, можливо, буде спілкуватися.

➤ Одночасно необхідно навчати дитину *зважати на аналогічні права інших людей*. З цією метою використовувати гру, завданням якої є сформувати в малюка вміння просити щось в однолітка.

➤ Запобігати/коригувати **фіксацію циркулярних (повторюваних) реакцій**, що виникають в дитини в результаті захоплення нею певними сенсорними відчуттями (малюк не возить машинку, а з дня на день крутить її коліщата; не будує башту з кубиків, а стереотипно розкладає їх в одноманітний горизонтальний ланцюг тощо). Це негативно впливає на можливість формувати в неї знання про різні предмети і розширювати межі приналежності їй цих предметів. Основна вимога при здійсненні цього напряму корекційної роботи – порівнювати дитину ні з кимось іншим, у кого краще виходить, а з нею самою, коли є поліпшення в чомусь («Сьогодні свою машинку ти навантажив краще, ніж учора»).

➤ Формувати в словнику дитини (спочатку в імпресивному, а потім в експресивному) слово «мій». При цьому варто пам'ятати, що займенники в активному мовленні і в дитини з типовим розвитком з'являються відносно пізно. Діти ж з аутизмом на протязі довгого часу говорять про себе, використовуючи в основному слова хлопчик чи дівчинка. Тому потрібно формувати в дитини займенник «Мій» після певним оволодінням нею займенниками «Він», «Вона», «Я».

Цю роботу здійснювати, навчаючи дитину називати: а) членів родини («Моя мама, Мій тато, Мої дідусь і бабуся»); б) власні частини тіла перед дзеркалом («Мій рот, Мій ніс, Мій лікоть, Моя нога, Моя рука, Моє око, Моє волосся»), а потім - в) предмети, що належать їй («Моя собачка, Моя пірамідка, Моє платтячко»). Подальша робота спрямовується на оволодіння дитиною вмінням називати членів родини,

частини тіла і предмети, що належать іншій особі («Твій тато, Твоя бабуся, Твої родичі»). Це започаткує зміну ставлення дитини до себе і до інших і формуватиме в неї відчуття своєї приналежності до певної групи людей.

❖ Рівень 3. Розвиток соціальної та емоційної взаємодії

Показники успішного розвитку дітей: іноді демонструє усмішку, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; вирази обличчя, контакт очей; доступні одиниці висловлювання і розуміння мовлення. Реагує на емоційно-словесні контакти з навколишніми. Підпорядковується вимогам дорослих і домагається досягти результату в тій чи іншій не складній діяльності; усвідомлює своє ім'я (зачатки самоідентичності).

Завдання

Навчальні:

- формувати здатність до розширення простору «Я»;
- формувати статеву ідентифікацію і диференціацію за допомогою використання спеціальних ігор та іграшок;
- формувати прагнення поводитися відповідно до своєї статевої приналежності.

Корекційні:

- формувати реакції на емоційно-словесні контакти з навколишніми людьми;
- розвивати здатність ідентифікувати себе з іншою людиною (завдяки ідентифікації дитина певною мірою почне звертати увагу на почуття дорослого чи іншої дитини, на їхні переживання, можливо, спробує поставити себе на їхнє місце);
- культивувати і підтримувати прояви симпатії та прихильності дитини до однолітків, запобігаючи при цьому виникненню проявів емоційної та фізичної агресії.

У процесі цієї роботи дорослі мають бути готовими до відчуття в них *відсутності хоча б невеликого руху* в налагодженні взаємодії дитини з навколишнім середовищем. Проте, не зважаючи на це, мають планомірно і цілеспрямовано здійснювати її шляхом привертання уваги дитини до самої себе, до дорослих, до інших дітей:

А. Формування уміння привертати увагу дитини до дорослих людей

➤ Започатковувати формування цього процесу шляхом **приєднання дорослого до стереотипної поведінки малюка**, що полегшить йому встановлювати контакт очей, розвивати взаємодію, дасть можливість долучатися до дитячої гри. При цьому дорослий підхоплює зацікавленість дитини так, начебто сам цікавиться саме тим предметом чи тією ситуацією, на яку дитина звернула увагу.

З цією метою йому необхідно, *так би мовити, «підключитися» і спробувати за допомогою емоційного коментаря* надати нового смислу тому, з чим дитина діє чи на що дивиться. Вчити дитину переходити до

елементарної спільної діяльності з дорослим, підпорядковуючись хоча б деяким його вимогам.

Водночас формувати в дитини вміння *звертатися до дорослого з близького оточення по допомогу, дивитися на нього, відшукувати його поглядом, розуміти його ситуативні невербальні підказки* (жести, інтонацію, напрям погляду тощо). Постійно звертати увагу малюка на інших людей, особливо, в зв'язку з тією чи іншою емоційно-комунікативною ситуацією: викликати в дитини усмішки, вокалізації, жести з наміром привернути увагу; вирази обличчя, контакт очей; доступні одиниці висловлювання і розуміння мовлення.

➤ Формувати в дитини **вміння зосереджуватися на обличчі** матері за допомогою того сильного занепокоєння, яке в неї викликає відсутність зв'язку з матір'ю і задоволення, коли вона з'являється. Намагатися всіляко спрямувати погляд дитини на обличчя матері, формувати здатність реагувати на її емоційно-словесну поведінку – на різні тембри її мовлення і на пестливі слова, звернені до дитини. За допомогою різних методів здійснювати систематичне *формування в малюка прихильності до матері*



➤ Цілеспрямовано, в процесі будь-яких спільних ігор чи дій забезпечувати **взаємодію дитини з близькими їй дорослими**. Багаторазово *формувати в дитини бажання хоча б епізодично експериментувати з частинами обличчя дорослого, його тіла, одягу; обстежувати волосся, гладити його, не агресивно щипати, розтягувати ніс і вуха, стукати по кінцівках дорослого руками й ногами*. Водночас на етапі встановлення контакту *підбирати безпечну дистанцію для спілкування і ненав'язливо демонструвати власну комунікативну готовність, кожного разу обов'язково починаючи з того психічного рівня, на якому знаходиться дитина*. Надалі формувати *в дитини ідентифікацію і диференціацію з сім'єю* за допомогою розвитку почуття приналежності і захищеності, що може стати основою її спокою.

➤ Формувати дії, спрямовані на вміння дитини **розрізняти імена рідних людей і відрізняти імена «своїх» від імен «чужих»**. У взаємодії малюка з іншими людьми, які часто називають його стать та ім'я, розвиваємо в нього відчуття безпеки і довіри. Формувати вміння відгукуватися на своє ім'я, вимовляти своє ім'я або відповідне йому звукосполучення; демонструвати різне реагування на власне і чуже ім'я.

Б. Розвиток вміння привертати увагу дитини до самої себе

➤ Вчити дитину у взаємодії з дорослими *реагувати на власне ім'я, вимовлене ними з різною інтонацією*. Для цього з імені дитини потрібно розпочинати як звертання до неї із заохоченням («Петя – хороший хлопчик!»), так і осуд за його, наприклад, недозволені дії.

➤ Формувати в дитини (із застосуванням для цього в основному невербальних прийомів побудови контакту) вміння *реагувати на своє і чуже відображення в люстерку*: зацікавлено роздивлятися, спостерігати за діями, реагувати на міміку дорослого, на питання «Де Катруся?» вказувати в дзеркалі. Використовувати з цією метою гру зі зміною зовнішнього вигляду дитини з наступним її самовпізнанням.

➤ Формувати в дитини *відчуття присутності іншого*. Усвідомлення того, що його присутність не є загрозовою сприятиме виникненню і розвитку в малюка почуття безпеки і довіри до перебування в спільному просторі з іншим. Формувати елементарні соціальні навички з метою послаблення відгородженості дитини від навколишнього світу і захищеності, що може стати основою її спокою (наприклад, жести прощання, вітання тощо).

В. Розвиток вміння привертати увагу до інших дітей

➤ Починаючи з віку немовляти, формувати і розширювати простір «Я» дитини за рахунок *встановлення контактів з іншими дітьми*.



Для цього дорослий лагідно розмовляє з тією дитиною, на яку зрідка дивиться аутична дитина. Якщо зорове зосередження викликати не вдається, то дорослий, підтримуючи дитину з аутизмом, злегка підштовхує до іншої дитини й обхоплює руками її обличчя. *Інший*

спосіб допомогти дитині зорово зосередитися – показати цікаву яскраву іграшку з боку іншої дитини. Формувати сильні засоби взаємодії дітей (дотик, користування тими чи іншими невербальними діями, регуляція інтонацій та інші просодичні елементи). Розвивати *спільну увагу і спільну взаємодію з іншими дітьми*, прагнення і вміння, хоча б на нетривалий час включатися в різні види ігор.

Рівень 4. Формування здатності конструктивно та емоційно виразно впливати на навколишнє середовище

Показники успішного розвитку дітей: намагається практично вплинути на людей з метою привернути їхню увагу до себе і до своєї діяльності. Спостерігаються прояви перших бажань: «хочу», «не хочу» і заборон «можна»-«не можна». Відстоює в різній формі власність – «моє». Виявляє емоції у відповідь на події, ситуації). Виконує доступні їй види

діяльності, насамперед завдання, запропоновані батьками; демонструє почуття змагальності.

Завдання

Навчальні:

- формувати в дитини вміння брати участь в ігровій діяльності;
- розвивати здатність аналізувати свою і чужу поведінку;
- формувати елементарні уміння наслідувати позитивну поведінку дорослих і дітей.

Корекційні:

- коригувати методи і способи впливу на іншу людину з метою повернути її увагу до себе, до своєї діяльності;
- формувати здатність в доступній формі адекватно емоційно відповідати на події, ситуації та емоції іншої людини тощо.

➤ У цьому разі важливо підтримувати найменше прагнення дитини **наслідувати позитивну поведінку** дорослих і однолітків, намагання об'єднатися з ними для спільної діяльності. Підживлювати інтерес малюка до змісту і форм людських взаємин і *особливо до правил поведінки в суспільстві*.

➤ Розвиток здатності орієнтуватися в тому, що для її «Я» є корисним, а що шкідливим, уміння чинити опір негативним впливам і самостійно зменшувати ці впливи; **осягати значення слова «мій»; проявляти ревності** («Це мій м'яч», «моя мама» тощо).

➤ Необхідно також формувати в дитини вміння **брати участь в ігровій діяльності**, виявляти ініціативу, прагнення здобути в ній провідну роль, вигідно продемонструвати себе, прагнути отримати схвалення. Започатковувати *виникнення в дитини особистої дії*, що ґрунтується на певній самостійності та об'єктивується вимогою «**Я сам**». Надавати цим діям малюка незмінно позитивну оцінку.

➤ Важливо навчати дитину **аналізувати («вираховувати») свою і чужу поведінку**. Таку роботу в її елементарній формі необхідно розпочинати якомога раніше. При цьому враховувати, що дитина з аутизмом цього віку вже здатна проаналізувати ситуацію (*в деяких випадках навіть краще, ніж нейротипові однолітки*). Проте, поки вона зрозуміє, що відбувається, ситуація вже змінюється і її дії виявляються недоречними. При цьому допомагати дитині справлятися з можливими різкими спалахами гніву і відходу від спілкування, що виникатимуть внаслідок можливих насмішок з боку оточуючих.

➤ Треба також формувати в дитини розуміння того, що її батьки, вчителі, друзі **хочуть бачити її «саме такою»**, «саме хорошою» (розвиваємо в дитини образ себе), формуємо розуміння різниці між «я – хороший» і «я – поганий».

Для цього важливо пояснювати, що *завдання не завжди і не відразу можна виконати добре*, що навіть дорослі люди можуть виконати щось погано, але потім постаратися і виконати його добре, без помилок. При здійсненні всіх видів роботи пояснювати їй ситуацію взаємодії як безпечну і потрібну для того, щоб вона стала «ще кращою». Активно використовувати спільні заняття із залученням музичних, арт-терапевтичних засобів та ігор з пластичними матеріалами, що (в разі вдалих спроб) підвищує її адаптаційні здібності до повсякденного життя.



➤ Необхідно вчити дитину *реагувати і зважати на оцінки дорослого*, визначати, що і як в неї вийшло, оцінювати елементарний результат своєї діяльності.

➤ Важливо підтримувати найменші *бажання наслідувати дорослого*, вчити вносити в свої дії елементи самодіяльності (зачекати, поки дорослий не підійде, не піддаватися істеричі в разі відмови в чомусь бажаному). *Вводити в доступну ігрову діяльність дитини елементи рольової гри* з відображенням в них нескладних людських стосунків. Вчити дитину елементарному вмінню переходити до спільної діяльності з дорослим, наслідувати дорослого, бути схожим на нього, відтворювати його емоційні поведінкові реакції.



Розвивати в дитини *уміння впливати на оточення*: будь-якими засобами привертати увагу дорослого до себе, правильно реагувати на його прохання: «Не плач», «Заспокойся» тощо. Формувати невербальні засоби спілкування, *в першу чергу, вказівний жест*, що супроводжується відповідною емоцією дитини. Відпрацьовувати можливість адекватно використовувати стверджувальну і заперечну частку «так» і «ні» в супроводі доступних їй емоційно-виразних реакцій.

➤ Треба також формувати *вміння розпізнавати і відповідно реагувати на прості емоції* навколишніх людей і позначати їх різними звукосполученнями; формувати елементарні навички розуміння малюком форм емоційної поведінки матері й інших дорослих з близького оточення. Необхідним є і стимуляція відтворення елементарного комплексу емоційних поведінкових реакцій у спілкуванні з матір'ю.

➤ Важливим напрямом роботи постає всіляке підтримання наявних в більшості дітей з аутизмом окремих розрізнених реакцій на звертання дорослого, *спроби вступити в контакт, наявність найменшого спонтанного пошуку обміну радістю*, інтересами чи досягненням

➤ Треба також допомагати дитині *приспосовуватися до нових соціальних умов життя, орієнтуватися в деяких моральних вимогах*, враховувати їх в своїх вчинках, *диференціювати соціально схвальну та не схвальну поведінку*. Це пом'якшить значні, а інколи непереборні, труднощі в налагодженні контактів з однолітками, в товаришуванні з певним колом дітей, у визначенні своєї прихильності чи неприязні до інших людей.

➤ Заради *набуття дитиною позитивного досвіду діяльності* треба здійснювати цілеспрямований супровід її предметної діяльності та гри (намагатися завершити справу, в доступній формі звертатися по допомогу, шукати необхідний матеріал). У цьому зв'язку необхідно забезпечити виважене ставлення дорослого до добору іграшок та предметів, продумувати цілі з позиції міри їхньої складності, прискіпливого ставлення до організації дитячої діяльності.

➤ Варто також створювати сприятливі умови *для розвитку дитячої самооцінки*. *Партнерство з дитиною в різних спільних з нею справах* допомагатиме наповнити її уявленнями щодо власних можливостей, заспокоюватиме і даватиме відчуття захищеності.

❖ Рівень 5. Розвиток здатності до соціально-емоційної поведінки

Показники успішного розвитку дітей: виявляє елементи керованості в діях і в поведінці, підкорення соціальним правилам, виявляє саморегуляцію при вирішенні своїх життєвих проблем, прагне до спільної діяльності, виявляє емоційну рефлексію. Розуміє різницю між «я хороший» і «я поганий».

Завдання

Навчальні:

- розвивати вміння керуватися в поведінці контекстом соціально-емоційних відносин;
- формувати елементарну рефлексію.

Корекційні:

- розвивати здатність керувати власними діями і поведінкою;
- формувати вміння коритися соціальним правилам;
- формувати елементарну саморегуляцію при вирішенні життєвих проблем, здатність до спільної діяльності, до елементарної емоційної рефлексії.



А. Формування в дитини вміння регулювати свої дії

➤ На цьому етапі важливо формувати вміння дитини *регулювати дії* при виборі *предмету для ігор*, отримати його в руки,

використати для досягнення простого результату. При цьому за допомогою простих завдань важливо *вчити дитину результативним діям*. Для цього дитині, наприклад, можна показати пірамідку в зібраному вигляді. Потім на її очах зняти і знову надягнути всі кільця на стрижень пірамідки. Свої дії супроводжувати словами: «Була пірамідка, кільця зняли – не має пірамідки. Зараз знову зберемо пірамідку. Будемо кільця на стрижень надягати. Ось так!» Потім знову розбираємо і збираємо пірамідку. І тільки потім пропонуємо дитині самій здійснити необхідні дії. Цю роботу можемо здійснити, використовуючи природні життєві ситуації. Наприклад, коли дитина просить пити, то можна, поставивши перед нею тарілку і чашку, запропонувати: «Дивися, ось чашка, а ось тарілка. Куди Марійці налити водички? В тарілочку? В чашечку? Куди? Покажи».

➤ Важливо формувати вміння дитини *керувати такими своїми емоціями*, як роздратування, гнів, напади люті. Для цього дорослому необхідно бути уважним і обережним при обмеженні дитини в поведінці і вчасно заспокоювати її, не даючи



засмутитися через невдачу, прагнути уникати впливу надмірно сильних подразників, які посилюють її оборонну поведінку (відвертання й уникнення).

➤ З метою *емоційного розвитку з елементами регуляції емоційних станів* треба продовжувати роботу, спрямовану на корекцію емоційної сфери дитини: збагачення спектра її емоційних проявів, здатність до мімічного наслідування й емоційного відгуку, погляд в очі, здатність розуміти вираз обличчя чи інтонацію мовлення.

➤ Потрібно також формувати *вміння дитини керуватися в своїх діях зразками поведінки* значущого дорослого, розвивати тенденцію до наслідування, прагнення бути схожим на нього, порівнювати результати своєї діяльності й діяльності дорослого.

Б. Формування соціально та емоційно прийнятної поведінки

➤ Розвивати в *дитини вміння в своїй поведінці керуватися контекстом відносин* з іншими людьми, а саме: розуміти статево-рольові та емоційні стандарти поведінки; мати уявлення про себе в минулому, теперішньому і майбутньому часі; розуміти доступні їй права й обов'язки; формувати чуття оптимальної



дистанції в стосунках з різними людьми; визнавати певні межі припустимої поведінки, регулювати соціально та емоційно неприйнятні її форми; підтримувати бажання дитини бути визнаною іншими, схвалюваною ними.

➤ Здійснювати також **корекцію порушень соціально-емоційної поведінки** – *відпрацьовувати її невербальні типи*: погляд очі в очі, вираз обличчя, пози і жести тіла, формувати мотив та інтерес дитини до себе, до людей та різних сфер життя, поширювати її інтереси, навчати соціальним правилам.

➤ Підкреслення та заохочення правильної поведінки дитини, схвальна оцінка результатів виконаної нею роботи позитивно впливає на формування в неї **відчуття самоповаги** стосовно свого «Я» та розуміння того, як вона повинна поводити себе серед інших людей.

➤ Соціально-емоційний розвиток дітей з аутизмом стає визначальним на їхньому шляху до світу різноманітних можливостей і набуття нового досвіду життєдіяльності разом з іншими людьми. *Визначальну роль в цьому процесі відіграють ті дорослі, які опікуються дитиною.* І чим краще вони розуміють, як їй допомогти та розкрити її потенційні можливості, тим успішнішою буде інтеграція в суспільство такої дитини. Якість тієї праці, яку роблять фахівці, має значення особливо задля подальшого включення дитини в соціум і оптимальної адаптації в ньому.

Завдання

- 1. Схарактеризуйте рівні розвитку соціально-емоційної сфери дитини з РАС.*
- 2. Визначте завдання і зміст роботи по виокремленню дитиною себе з довкілля.*
- 3. Розкрийте значення формування соціальної взаємодії дитини з навколишнім середовищем.*
- 4. Схарактеризуйте особливості формування здатності дитини з РАС до соціальної поведінки.*

Запитання

- 1. У чому полягають особливості роботи аутолога по формуванню у дитини вміння допускати іншу людину у свій простір?*
- 2. Як у дитини з аутизмом формувати здатність конструктивно впливати на навколишнє середовище?*

Література

1. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: Навч.посібник. – К.: Либідь, 2007. – 256 с.
2. Коломийцева О.В. Розвиток та корекція дитячих емоцій у процесі сприймання музичних творів. Словянськ: 2008. – 99 с.
3. Костин И.А. Работа по развитию социально-бытовых навыков аутичных подростков и юношей // Дефектология, 1981, № 2, С.. 52–59.

4. Марценковський, І. А. Соціальна та медична допомога хворим на аутизм у дорослому віці / І. А. Марценковський. - Здоров'я України. Темат. номер: Неврологія. Психіатрія. Психотерапія: мед. газета. – Київ.: 2013, № 4. С.42-43.

5. Олпорт Г. Становление личности: Избранные труды / [Пер. с англ. Л. В. Трубицыной и Д. А. Леонтьева]; под общ. Ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002., С,94-151.

Тема 12. Корекція комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС: напрями і методичне забезпечення

12.1. Програма методичного забезпечення послідовності і наступності корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС

Від початку ще раз уточнимо, що більшість авторів виділяють такі характерні для дітей з аутизмом особливості мовленнєвих порушень:

- ехолалії, тобто мимовільне повторення звуків, складів, слів чужого мовлення, слів і мелодій пісень, повторюване нав'язливе вживання фраз і запитань;
- часто скандоване вимовляння складів, слів;
- своєрідна інтонація;
- характерні фонетичні розлади;
- порушення голосу з переважанням високої тональності в кінці фрази або слова;
- тривале називання себе в другій або третій особі;
- відсутність в активному словнику слів, що позначають близьких для дитини людей, наприклад, «мама», «тато» та ін.

На відміну від інших функцій мовлення при аутизмі на ранніх етапах може розвиватися нормально або навіть прискорено. За темпом розвитку така дитина іноді випереджає здорових однолітків. Але незабаром починається зворотний процес: приблизно до трирічного віку мовлення поступово втрачається. Нерідко дитина перестає говорити з тими, хто її оточує, хоча іноді продовжує розмовляти сама з собою або уві сні. Втрата мовлення завжди супроводжується порушенням невербальних комунікацій, зменшенням кількості жестів та імітацій. Діти з аутизмом зрідка використовують повноцінне мовлення у спілкуванні. У старшому дошкільному віці вони звичайно погано говорять за межами звичного для них оточення. Нерідко у них спостерігаються стійкі аграматизми, вони майже ніколи не використовують особистий займенник «я» і ствердне слово «так».

Прояви мовленнєвих розладів у дітей з аутизмом надзвичайно багатоманітні і відрізняються різним ступенем вираженості. Дослідження порушень мовлення в дітей з аутизмом проводилися психологами та психіатрами у трьох напрямках: клінічному; клініко-психологічному і педагогічному.

Доведено, що в дітей з РАС відсутній взаємозв'язок між рівнем розвитку мовленнєвих та комунікативних навичок. Порушення комунікації (вербальної та невербальної) відносять до діагностичних

критеріїв РАС. Так, дитина, яка має достатній словниковий запас та структурно складні речення, може не розуміти або недостатньо розуміти зміст почутого висловлювання або не використовувати наявні в неї мовленнєві навички для спілкування. **При цьому більш важливим є визнання того, що, навіть маючи засоби для спілкування, у дітей з РАС недостатня або відсутня потреба у спілкуванні.** Стосовно комунікативно-мовленнєвого розвитку загалом, то складно визначити, порушення якої складової (мовленнєвої чи комунікативної) потребує більшого аутологічного втручання. Разом з тим, лише корекція розвитку складових експресивного мовлення у дитини з РАС без формування комунікативної складової не забезпечує головної мети корекційно-розвивальної роботи. Адже без достатнього рівня сформованості комунікативної складової дитина не спроможна здійснювати спілкування з людьми як з близького, так і з її далекого оточення.

Науковими дослідженнями встановлено, що мовленнєві і комунікативні труднощі дітей з РАС залежать від стану їхнього когнітивного та соціального розвитку, сформованості функціональної та символічної гри. Ці труднощі загалом визначають результативність оволодіння дитиною багатьма іншими навичками в процесі здійснюваного психолого-педагогічного втручання.

Ступінь порушення комунікації та усного мовлення при аутизмі є різним – від неможливості набути будь-яких функціональних мовленнєвих навичок до багатого літературного мовлення та здатності вести діалог на різноманітні теми. В останньому випадку, як правило, не враховуючи інтерес співрозмовника до теми розмови і не використовуючи невербальне мовлення (зокрема жести) для компенсації комунікативних труднощів. Щонайменше третина дітей та дорослих з РАС не користуються мовленням взагалі. Проте більшість дітей не мають значних проблем із звуковимовлянням і звукосприйняттям.

Проблеми полягають в тому, що переважна їх більшість зі значними труднощами використовує сформовані засоби мовлення, а також має проблеми із застосуванням імпресивного мовлення та просодичного компонента звукової системи мовлення (акцентуації, інтонації, ритму, голосу). Стосовно писемного мовлення, то деякі діти рано навчаються читати, але стикаються зі значними труднощами в розумінні прочитаного.

Разом з тим, значна кількість дітей з РАС взагалі не має таких складних і численних мовленнєво-комунікативних труднощів. У них наявний значний за обсягом словниковий запас, достатньо сформована лексико-граматична система усного мовлення, вони використовують жести, спроможні, хоч і не завжди, зрозуміти жарт. Проте і для них найбільш характерними є порушення спілкування.

Головним же є те, що від самого народження в переважній більшості дітей не виникає мотивації спілкування, а навпаки – спрацьовує установка на його руйнування.

Спонтанно формуються різні форми ланцюгової реакції процесу спілкування:

- стимул до комунікації йде від дорослих → від дитини реакція зупинки, не продовження спілкування;
- послаблення стимулу від дорослого → відторгнення дитиною спілкування;
- відсутність стимулу від дорослого → припинення комунікативних дій дитини, установка на усамітнення;
- виникнення установки розчарування у дорослого → у дитини виникає мотивація заміщення комунікативної діяльності власною індивідуальною (від систематичного стереотипного розкачування до аутостимуляцій, агресії, самоагресії у випадку, коли дитину заохочують до спілкування).

У відповідній літературі знаходимо відповідь на питання: що виступає психологічним механізмом такого способу дій аутичної дитини? ***Відповідь – це захисний механізм на нерозуміння аутичною дитиною особливостей оточуючого середовища.*** Ці особливості визначаються темпом і ритмом мовлення, тоном та висотою звуку, сприйманням самою дитиною властивостей і ознак живих та неживих предметів. Дитина з аутичними порушеннями в цій ситуації сама обирає той предмет, який за її відчуттями і несвідомими переконаннями їй підходить. Це можуть бути для інших людей зовсім незрозумілі, іноді шокуючі речі, як-от: томи книг, картки зі схемами, гральні картки, предмети побуту (унітаз), предмети будівництва (цвяхи, палки), пляшки з водою, механічні пристрої тощо.

Науковці такий захисний механізм називають ***авторським комунікативним інструментарієм аутичної дитини.*** Якщо дорослий навчиться спілкуватися з дитиною, використовуючи суто індивідуальні способи, які нав'язує аутична дитина, результат спілкування буде позитивним. Дорослий зможе в такому разі спрямувати цей специфічний комунікативний процес на формування соціально необхідних навичок у дитини.

Вся корекція розвитку комунікативно-мовленнєвої складової може здійснюватися, спираючись на психолого-педагогічні принципи – розвитку, системного підходу, врахування зв'язку порушень мовлення з іншими сторонами психічного розвитку дитини. Разом з тим, використовуються основні методи навчання – словесні, наочні, практичні, тобто ті, що застосовуються при подоланні у дітей тяжких форм загального недорозвинення мовлення.

Водночас корекція комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини здійснюється з урахуванням того, що мовлення дитини з аутизмом у процесі онтогенетичного розвитку проходить декілька етапів. Зазначимо

деякі основні з них, що є необхідними для конструктивного спілкування дитини з РАС з оточуючими її людьми. Це формування:

- *потреби у спілкуванні, що спонукає дитину вступити в контакт з іншими людьми.* Уміння висловлювати прохання (вербально або не вербально); соціально-відповідні реакції на ім'я, вміння висловити відмову, відповісти на привітання, дати стверджувальну відповідь, погодитись, відповідати на питання та коментарі інших людей;

- *мовленнєвих і невербальних засобів для спілкування і вміння вибрати їх для конкретного спілкування.* Вміння використовувати присвійний займенник "мій" для пояснення предметів власного вжитку, описувати дії, місце знаходження, якості, ознаки та властивості об'єктів, а також більш складні навички - опис минулих і майбутніх подій;

- *уміння орієнтуватися в ситуації спілкування.* Діалогові навички, вміння ініціювати та завершувати діалог стандартною фразою, виявляти наполегливість, повторюючи повідомлення, підтримувати розмову. Вміння розмовляти обличчям до співбесідника; дотримуватись дистанції відносно співрозмовника; регулювати гучність голосу в залежності від ситуації; чекати підтвердження слухача перед тим, як продовжити спілкування;

- *уміння планувати зміст своєї участі у спілкуванні* (уявляти, що саме скаже). Навички коментування та повідомлення інформації; вміння дати коментарі у відповідь на раптову подію, вміння називати оточуючі предмети, близьких людей, персонажів дитячих книжок, мультфільмів;

Формування комунікативної діяльності аутичних дітей – надзвичайно складний корекційний етап. При цьому необхідно зважати на те, що діти можуть як володіти мовленням, так і бути тотально мутичними. Порушення комунікації, як вже зазначалося, не обов'язково має носити вербальну форму. Відомо, що люди з порушенням слуху за допомогою мови жестів не тільки спілкуються між собою, але й із навколишнім світом. Для людей з порушеним зором є базована на тактильне сприйняття мова Брайля.

При виборі комунікації для дітей з РАС слід пам'ятати, що вони не здатні абстрагуватися і їм необхідна візуальна підтримка – картинка. Такого спілкування необхідно навчати, як абетці. Візуальною підтримкою може бути графічне зображення людини, предмета, дії, властивостей, ознак живих та неживих об'єктів. Це – піктограми, фотографії, картинки, реальні (або іграшкові) предмети. Комунікативні картки, зошити або таблиці складаються індивідуально, виходячи з потреб дитини. Кількість піктограм повинна збільшуватись у міру їхнього засвоєння. Причому їх обсяг розширюється від позначень життєво важливих понять (туалет, пити, їсти тощо) до піктограм, які визначають коло інтересів дитини.

Так, пропонуючи дитині воду, педагог показує піктограму «пити»; ідучи в їдальню, демонструє піктограму «їсти»; збираючись на прогулянку показує картинку «гуляти», при відвідуванні туалету – піктограму «туалет». Під час засвоєння карток педагог разом з дітьми шукає їх у

комунікативній картці. Щодня по кілька разів разом з дітьми ці картки переглядаються. Батьки також працюють у тому самому напрямку, хоча при цьому не всі з них вірять в успішність такого методу навчання.

Одночасно тим самим способом формується поняття про розклад уроків. Щодня розклад видається кожній дитині. Наприклад, починаючи заняття, педагог показує піктограму «увага», потім коли урок закінчився, картинку забирає. Спільно з дітьми педагог розробляє розклад занять і виховних заходів, що стимулює невербальне спілкування між ними.

У результаті формування комунікації за методикою піктограм багато дітей навчаються висловлювати свої потреби, набувають можливості спілкування з іншими людьми.

Підвищенню ефективності спілкування з дитиною з РАС сприятиме дотримання аутологом таких загальних рекомендацій:

- *Бути активним слухачем.* Коли дорослий демонструє розуміння того, що говорить дитина, то тим самим викликає в неї довіру та повагу. Обличчя співрозмовників мають бути на одному рівні, щоб була можливість дивитись один одному в очі. Необхідно показувати свою увагу за допомогою жестів, міміки (кивання головою, посмішка).

- *Говорити чітко і виразно.* У розмові використовувати короткі речення з 3-4 слів; повторювати ключові слова, які добре відомі дітям. Ускладнювати речення, використовувати нові слова, зменшувати кількість повторів. Намагатися менше говорити.

- *Робити паузи між реченнями,* щоб дати дітям час осмислити сказане педагогом. Паузи можуть слугувати для заохочення дитини до висловлення власної думки. Не задавати запитань, відповіді на які для дитини є очевидними.

- *Говорити про те, що відбувається в цей час і в цьому місці.* Опис дії дитини – один з найефективніших педагогічних прийомів. Коментарі педагога щодо дій дитини показують послідовність дій, які вона виконала чи буде виконувати.

- *Намагатися зрозуміти, що дитина хоче сказати.* Для цього аналізувати окремі звуки, слова, напрям її погляду, жести тощо. Заохочувати невербальні намагання дитини спілкуватися. Повторювати дитячі коментарі і запитання. У такий спосіб педагог зможе перевірити, чи правильно він зрозумів сказане дитиною.

- *Використовувати наочні посібники* для пояснення матеріалу і підтримки зацікавленості дітей у занятті (схеми, плакати, малюнки із зображеннями людей, речей, процесів).

- *Заохочувати дітей розповідати* про улюблені речі та події з їхнього життя. Під час таких розповідей діти вчаться висловлювати власну думку.

Пропонуємо авторську програму корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС.

Програма корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС.

Корекція комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС

1-й рівень. Формування початкових форм потреби у спілкуванні

Завдання: Формування потреби в елементарних видах комунікації

✓

Методика формування в дитини потреби в

доступних засобах емоційного спілкування. Це досягається шляхом *примусового підсиленого емоційного контакту* малюка з матір'ю. Зокрема, застосування (як можливого) *методу тісного фізичного контакту* між дитиною та дорослим, який полягає в притисканні долоні дорослого до долоні дитини, поплескуванні, підштовхуванні, протягуванні малюка. За допомогою тілесних відчуттів дитини дорослий допомагає їй встановлювати безпечний контакт з довкіллям.



✓ *Формування потреби повернути увагу дорослого до себе.* З цією метою правильно реагувати на крики і голосові реакції дитини. Сприймати їх, як її бажання повернути до себе увагу. Для цього спробувати заговорити до дитини лагідним голосом, проспівати дитячу пісеньку, ніжно

доторкнутися до неї, погладити по голівці тощо.

✓ *Всебічний розвиток бажання і потреби дитини вибірково зупиняти погляд* і обстежувати своїм особливим (збоку або коротким з поштовхом) поглядом обличчя, зовнішній вигляд, одяг членів родини; показувати на їхні очі, ніс, вуха, волосся тощо. Для цього використовувати все, що здатне повернути зорову увагу дитини: грим, великі окуляри, яскравий одяг, яскраве намисто, сережки, великі капелюхи, хустинки, стрічки, перуки, маски тощо.



✓ *Формування бажання експериментувати з частинами обличчя і одягу дорослого:* гладити



волосся, щипати, розтягувати ніс і вуха, не агресивно стукати по кінцівках дорослого руками і ногами. З цією метою дорослий спочатку тактовно, але примусово задіює руку дитини, розвиваючи одночасно прагнення і потребу дитини до співпраці з дорослим. Надалі – спонукає дитини до самостійних дій. При цьому необхідно всіляко підтримувати і стимулювати в неї пошук відповіді, висловлюючи схвальну оцінку її діяльності лагідним голосом, лагідним

поглажуванням.

✓ **Розвиток потреби використовувати сформовані моторні навички:** елементарні жести у взаємодії з оточуючими людьми, достатньо розвинені навички ходьби, бігу, стрибки. При виконанні пред'явленого завдання можна використовувати бажання дитини, щоб її розгойдували або підкидали. Ці дії, проте, застосовувати для заохочення виконання завдання дуже обережно, щоб надмірно не стимулювати їх. При цьому діяльність дитини має супроводжуватися розгорнутою оцінкою дорослого, максимально адресованою їй і включати в себе схвалення, що стосуються її особистості та її дій. Обов'язковим має бути часте називання дитини на ім'я.



✓ **Формування мовленнєвої уваги.** Для цього вчити дитину реагувати на словесну інструкцію руховою дією, або звуковим сигналом. Постійно звертати зорову і слухову увагу дитини на інших людей та предмети і особливо у зв'язку з тією чи іншою емоційно-комунікативною ситуацією (Подивися, хто це прийшов? Куди киця втекла? Хто розбив мисочку? Хто це стукає по дереву? Тук-тук. Тощо). У даному разі дорослий діє, навіть не чекаючи на адекватну реакцію дитини, а розраховуючи лише на повільне формування в неї потреби виявляти інтерес до оточуючого її середовища. При цьому розширювати межі простору Я-фізичного дитини. Для цього необхідно під час обстеження нею предметів залучати її дотикові, вестибулярні, зорові і слухові відчуття, тобто формувати в неї міжаналізаторні зв'язки.

✓ **Започаткування прагнення означити себе певним звукосполученням,** що сприятиме усвідомленню нею свого імені. Викликати в дитини протест, коли її називають іншим ім'ям. Привертати увагу дитини до інших дітей, в яких таке ж ім'я, як і в неї. Всіляко підтримувати прагнення дитини, хоча б зрідка намагатися певним звукосполученням означити іншу дитину чи дорослого, посилюючи це прагнення вказівним жестом.

✓ **Формування прагнення до спільної гри.** Для цього створюються певні умови. Спочатку значною мірою примусово стимулюються її спостереження за грою іншої дитини. Надалі розвивається прагнення не тільки звертати увагу на інших дітей, але й приєднуватися до них хоча б на нетривалий час. У цьому разі важливо відповідно підготувати для такої спільної гри й іншу дитину, пояснюючи їй, яким чином її допомога може здійснюватися (візьми за руку, поділися іграшкою, допоможи вибрати олівець, погладь по голівці тощо).



II-й рівень. Розвиток імпресивного мовлення (з його поступовим ускладненням на всіх етапах корекції

комунікативно-мовленнєвого розвитку)

Завдання: Формування традиційних і альтернативних форм розуміння зверненого мовлення

Відомо, що майже половина дітей з РАС не користуються мовленням взагалі, інші діти стикаються з різного ступеня труднощами в розумінні зверненого до них мовлення. Окрім того, переживають почуття тривоги та відстороненості через не розуміння і не передбачуваність для них подій у навколишньому середовищі. З метою пом'якшення зазначених труднощів розуміння явищ навколишнього середовища необхідно:

✓ **Активне застосування найбільш поширених та вживаних в світі систем допоміжної альтернативної комунікації** для дітей з РАС – жестову мову (American Sign Language – ASL), комунікативну систему обміну картинками (Picture Exchange Communication System – PECS) і Makaton (жестово-символьної системи комунікації).

✓ **Поетапне навчання дитини з РАС умінню застосовувати комунікативну систему обміну картинками PECS** (друкованими символічними, фотографічними, мальованими) як допоміжним засобом формування імпресивного мовлення і ініціювання соціальної взаємодії. Для цього здійснювати формування здатності:



- розуміти ситуацію обміну картинки на бажаний предмет. Навчання не вербально просити бажану річ: дитина віддає педагогу картку із зображенням бажаного предмета; після цього педагог дає дитині цей предмет;

- навчання дитини розрізняти пред'явлені символи; формування здатності розуміти прості інструкції педагога і конструювати прості речення-відповіді за допомогою серії предметних і сюжетних малюнків. Застосування мовленнєвої програми The Makaton Language Program (Makaton), що використовує жести, символи та мовлення, і розроблена для допомоги у спілкуванні дітям з труднощами у спілкуванні. Жести Makaton підтримують (дублюють) вербальне мовлення, а символи – писемне.

✓ **Здійснення корекції розвитку розуміння мовлення** із застосуванням багаторазових повторень та жестового супроводу. Розпочинати роботу необхідно з вживання коротких фраз, що стосуються добре відомої дитині ситуації. Наприклад, «прокидайся»,



«йдемо вмиватися (снідати, гуляти, спати тощо)». «сідай за столик, будемо малювати» і т.п. За умови, коли педагог помічає, що дитина розуміє звернене до неї мовлення, кількість жестів та інших паралінгвістичних підказок (напряму погляду, інтонацію), що супроводжують мовлення, можна зменшувати.

✓ **Розвиток у малюка здатності розуміти елементарні взаємозв'язки подій світу**, що оточують його. Постійно формувати елементарний інтерес, цікавість до інших предметів. Навчати дитину розуміти взаємозв'язок предметів і формувати вміння асоціювати предмет зі звуками, що він може продукувати (годинник тікає, механічна іграшка грає, кіт нявчить, коник цокає копитами). Навчати дитину виокремлювати з навколишнього середовища звуки, що їх вимовляють дикі і домашні тварини, асоціюючи їх з їхнім зображенням на картинці. З цією метою використовувати гру «Хто так каже?».

✓ **Розвиток вміння орієнтуватися в предметах оточуючого середовища**, впізнавати (знаходити) предмет із найближчого оточення, спираючись на коментуюче та звернене мовлення дорослого («Подивись. Це – годинник. Каже: цок-цок. Покажи, де годинник?»). Встановлення взаємозв'язку між словом і предметом або дією шляхом багаторазових повторень дорослим дій із цим предметом у супроводі мовлення. Наприклад, з приводу певної іграшки: Це – киця, киця нявчить: няв-няв, киця іде: топ-топ, киця шипить: шшшш і т.п.).



Усіляке стимулювання появи і закріплення власного вказівного жесту, перших дій в ситуації ритуальної взаємодії, що повторюється багато разів в ранніх іграх («А де в нас годинничок? Ось годинник», «А де в нас носик? Ось носик», гра «Сорока-злодійка» тощо).



Поступове і багаторазове формування здатності розуміти невербальні комунікативні засоби. Такі, як: вказівний, прощальний, заперечливий жести і жест згоди тощо.



✓ **Навчання розуміти виразні невербальні засоби** для встановлення контактів (усмішку,

приятний погляд, лагідний дотик, поглажування тощо).

Стимулювання в дитини розуміння елементарних стереотипів емоційної взаємодії. Для цього здійснювати подальший розвиток адекватних реакцій на власне ім'я, формувати вміння розрізняти як імена рідних людей, так і імена деяких «своїх» дорослих від «чужих». Для цього дорослий використовує прямий показ (вказівний жест) на особу, ім'я якої виголошується. У подальшому вказує на її окреме зображення на фотографії, а потім – серед фотографій інших людей.

Заохочення і поступовий розвиток уміння розуміти ситуації спілкування у спеціально створених побутових та ігрових обставинах. Ця мета досягається за допомогою мовленнєвих і не мовленнєвих засобів, наприклад, в ситуації зацікавлення іграшкою на відстані або в ситуації, коли дитині потрібна допомога, чи в ситуації переривання цікавого для неї заняття тощо. За допомогою не мовленнєвих засобів здійснюється формування предметної віднесеності слова на полісенсорній основі, а саме: на основі зорового сприйняття предметів з виділенням суттєвих ознак, підкріплених через дотик, нюх і смак.

Навчання дитини умінню звертати увагу на нюанси і смислові відтінки мовлення. При достатньо сформованому експресивному мовленні розвивати здатність розуміти зміст простих речень. Надалі послідовно з максимально унаочненим мовленнєвим матеріалом та його наступним ускладненням розвивати здатність розуміти лексико-граматичні конструкції однини-множини іменника (напр., квітка-квіти)



іменників із суфіксами зменшеності та згрублості (наприк., тарілка-тарілочка), дієслів із префіксами зі значенням протилежності дій (*наливає - виливає*), присвійних прикметників, утворених від іменників і відміни (бабин, мамин, Олексіїв), безприйменникових та прийменникових конструкцій з прийменниками *в, у (на), під, над, з, із, за, по*; зміст коротких казок, віршів на основі розвитку умінь слухати, сприймати текст, а також питань за змістом прочитаного.

Ш-й рівень. Формування різних форм довербального мовлення

Завдання: Формування передумов спільної уваги; стійкості та концентрації уваги; здатність до наслідування рухів і звуків; здатність до зорового контакту; вміння використовувати жести у взаємодії з оточуючими людьми; розвиток альтернативного мовлення

На довербальному рівні корекції розвитку мовлення дитини, звертаючись до неї, необхідно висловлюватися якомога простіше та супроводжувати своє мовлення жестами. Дитина повинна звикнути до того, що дорослий може долучатися до її дій, виконувати певні дії з нею (обіймати, лоскотати, крутити, колисати) або з предметом, що її цікавить (заводити іграшку, будувати з кубиків, котити м'яч). На цьому етапі корекції розвитку мовлення дитини з аутизмом важливо розглядати її не мовленнєві прояви (використання простих жестів, можливого особливого погляду, міміки тощо) як її спробу вступати в контакт з людьми з близького і далекого оточення. Для цього аутолог забезпечує:

✓ **Розвиток доступних форм довербальної комунікації:** гуління та лепету (агукання); соціальної посмішки, пози та жестів, що супроводжують соціальну взаємодію при стимулюванні первинних відчуттів, що надходять від окремих частин її тіла при лагідних взаємодіях з матір'ю;

✓ **Формування орієнтації (погляду) на обличчя іншої людини** за допомогою використання різноманітних прикрас, яскравого одягу. **Розвиток уміння виявляти джерело звучання:** почувши звук, лагідно крутити голову дитини в напрямку звучання.

✓ **Започаткування в малюка уваги до іншої людини** з метою наслідування її елементарних дій. Для цього координувати увагу та погляд між дитиною та іншою людиною. Систематично і цілеспрямовано встановлювати і підкріплювати контакт поглядів дитини і дорослого як одного зі значимих компонентів її соціальної поведінки. Кожен погляд дитини з аутизмом в обличчя іншої особи повинен зустріти усмішку у відповідь. Можна підморгнути, вимовити ім'я дитини чи сказати «Агуууу! Привіт!». У відповідь на спробу встановити контакт, якщо дозволяє відстань, можна торкнутися дитини, погладити її по голові, обняти у відповідь на погляд. Важливо підтримувати приємний для обох сторін взаємодії зоровий контакт якомога довше.

✓ **Формування хапальних рухів**, що слугуватиме дитині основою для її елементарного ознайомлення з різноманітними властивостями речей та розвитку процесів сприйняття. Розвиток пасивної функції хапання різних за формою, величиною, фактурою, температурою іграшок, пасивні згинання і розгинання пальців немовляти. Стимуляція реакції захоплення предмету: вкладання іграшки в руку дитини, фіксація положення пальців на декілька секунд. Спонування інтересу до іграшки, бажання взяти її в руку, тощо.

✓ **Підтримування в дитини проявів елементарного впливу на оточення:** постійно реагувати на плач дитини як на її пошук дорослого і на можливість привернути до себе його увагу. Виклик і підкріплення в неї поживлення як ознаки ставлення немовляти до партнера по емоційному спілкуванню.

✓ **Формування в дитини посмішки при маніпуляціях** (підкиданні, лоскотанні за умови, якщо вони приємні для неї) і особливо – в разі появи людського обличчя.

✓ **Формування в дитини «ротової уваги».** Намагатися, щоб у відповідь на звернення до неї лагідним голосом, з усмішкою (особливо при їхньому багаторазовому повторюванні) дитина хоча б зрідка «завмирала», а губи злегка витягувала вперед («ротова увага»). Це свідчатиме про те, що дитина починає ніби «слухати» губами. Поява цієї ознаки характеризуватиме початок її соціальної адаптації і взаємодії. Розвиток тактильно-кінестетичного сприйняття органів артикуляції: доторкання до губ, легке надавлювання на них, розтягування та стискання куточків ротика. Спроби формувати рухи мимічної мускулатури за наслідуванням (заплющити очі, надути щоки тощо), розвиток оральної моторики за допомогою пасивних рухів, активних ігрових вправ за наслідуванням.



✓ **Формування соціально-адаптивних реакцій дитини:** «комплекс поживлення» за допомогою обережних ігор з ручками, ніжками; по можливості взяття дитиною предметів, що рухаються, під зоровий контроль; сприяння появі умовно-рефлекторного гуління; заохочення до наслідування дитиною звуків і голосових реакцій дорослого при спільному розгляданні іграшок; формування слухового зосередження за допомогою звукових дитячих іграшок. Залучення дитини до ігрових вправ у супроводі мовлення («Ладки-ладусі», «Сорока-ворона», «Баран-баран»).

✓ **Формування в дитини жестів для привертання уваги до себе** іншої людини (торкатися іншої людини, дивитися на неї).

✓ **Започаткування розвитку в малюка тілесних відчуттів**, що надходять від м'язів, ручок, ніжок тощо. Для цього необхідно впливати на слухові, нюхові і чуттєві рецептори із застосуванням строго дозованого методу ароматерапії, музичної терапії і легкого масажу.

✓ **Формування погляду дитини**, спрямованого на обличчя матері, що закладатиме розвиток у неї вміння віддиференціювати себе від інших. Цієї мети досягаємо за допомогою використання ситуації занепокоєння, яке в дитини може викликати відсутність матері і задоволення, коли вона з'являється.

✓ **Формування емоційних «діалогів»** у вигляді спонукання дитини до вимовляння голосних звуків,



звуконаслідувальних комплексів, повертання голови або всього її тіла в бік дорослого тощо. Спонування до ігрових словесних вправ: ховання обличчя («ку-ку»), притупування ногами («дожену-дожену»), поглажування по голівці («Оля – цяця») тощо.

✓ **Постійне привертання дорослим уваги дитини до своїх дій.** Купаючи, одягаючи чи оглядаючи дитину, дорослий не повинен мовчати чи ігнорувати дитину, а, навпаки, постійно лагідно стимулювати її до наслідування. При цьому дорослий має пам'ятати, що дитина здатна наслідувати лише те, що в загальній формі вона вже сама може виконати.

✓ **Стимулювання перших спроб дитини гратися перед дзеркалом** із застосуванням зміни в її зовнішньому вигляді: зав'язування хустинкою на голові малюка кульки з вати, одягання нового капелюшка, бантика. При цьому лагідно, але наполегливо спонукати дитину до красування перед дзеркалом тощо.



✓ **Застосування виразних і адресованих дитині засобів емоційного спілкування:** наспівування пісеньок, виголошення найпростіших потішок. Підтримка посмішкою емоційно-виразних реакцій дитини у відповідь. Формування емоційної реакції на смішні гримаси матері. Систематизація дорослим емоційно-пізнавального досвіду дитини за допомогою вокалізацій, сміху, сегментів звучності голосу, що змінюється.

✓ **Формування емоційної зацікавленості до людського обличчя** за допомогою спеціально підібраних ігор. Наприклад, гра у схованки при затулянні дорослим свого обличчя руками – спочатку частково, а надалі повністю. Встановлення і підтримка контакту поглядами дорослого і дитини.



✓ **Формування перших контактів між дітьми:** обережно наближувати дітей один до одного, тримаючи їх у вертикальному положенні, повертаючи їх голову один до одного і встановлюючи між ними зоровий контакт. Водночас у різний спосіб необхідно підтримувати ці зусилля дитини похвалою і прихильним ставленням.

✓ **Спонування дитини до того, щоб вона була змушена різними способами привертати увагу дорослого до себе.**

Спонування дитину вживати найнеобхідніші для спілкування жести, а саме: «Це – лялька? Так (стверджувальний

кивок головою). Давай пограємо?. Ні» –заперечувальні рухи голови чи руки. «Дай» - відкрита долоня простягнутої вперед руки та вказівний жест. Бажаний предмет при цьому знаходиться на відстані від дитини.

ІУ-й рівень. Оволодіння лексико-граматичною системою мовлення: А) формування і розширення словникового запасу усного мовлення. Формування і корекція розвитку лексичної системи мовлення дитини; В) формування граматичної будови мовлення

Завдання: Формування і корекція розвитку лексичної системи мовлення дитини. Формування уміння складати різні типи речень. Розвиток уміння використовувати мовленнєві навички з метою комунікації

А. Формування і розширення активного і пасивного словника дитини

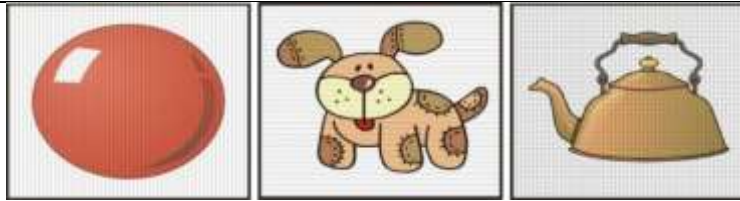
Робота з розвитку мовлення у дітей з РАС здійснюється переважно за програмою логопедичної роботи, широко представленої в спеціальній літературі за напрямками: формування лексико-семантичної системи, граматичної і звукової систем; формування різних форм комунікації. Наведемо деякі приклади такої роботи.

✓ **Формування в дитини розуміння значення слова** за допомогою «зчитування» ситуативних невербальних підказок: напряду погляду людини, що говорить, її жестів, інтонації.

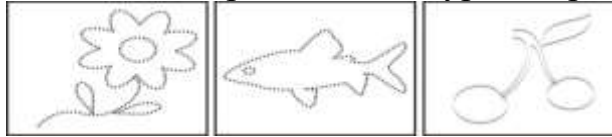
✓ **Формування універсального словника**, що може бути корисним для дитини на початку оволодіння нею активним мовленням: Найперші семантичні категорії для засвоєння: їжа, одяг, іграшки, предмети щоденного вжитку, тварини, транспорт, імена членів сім'ї, вчителя чи вихователя, домашніх улюбленців. Крім того, це слова «так» і «ні» (надають можливість відповісти на запитання іншої особи, прийняти участь в діалозі); «ще» означає повторення чи бажання щось повторити, «немає» (позначає семантичну категорію зникнення); «це», «ось (тут)», «он» (там)» - корисні для привертання уваги до об'єктів; «дай», «зроби», «дивись» (слова-команди, що комбінуються з словами-назвами предметів, іменами найближчих людей).

✓ **Розвиток розуміння значення окремого слова**, коли дитина впізнає (знаходить) певний предмет із найближчого оточення за його назвою: «Де лялька? Покажи. Скажи, що це?».

✓ **Розширення обсягу пасивного й активного словника:** «Покажи, де чайник, м'яч» і т.д. Скажи, що це?». При цьому враховувати, що всі однослівні висловлювання виконують дві найважливіші функції: по-перше, *прохання* чи *вимогу* об'єктів, дій, уваги та взаємодії тощо і, по-друге, *посилання*, привертання уваги до предметів чи подій через їх називання та вказування на них.



- ✓ Назви, що це намальовано (на малюнках зображення контурних предметів).



- ✓ Виділи і назви зображені предмети, що накладені один на одного.



- ✓ **Навчання дитини здійснювати вимушений вибір** з двох (трьох і більше), наприклад: «Ти хочеш цукерку чи машинку?». У відповідь дитина, здійснивши вибір, повинна відтворити одне зі слів із запитання дорослого.

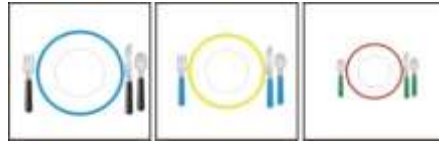


- ✓ **Навчання дитини техніці зміни ролей**, коли педагог спочатку моделює бажану поведінку та висловлювання, віддаючи для цього двоскладову команду (наприклад, «Дай м'яч»). Далі відбувається обмін ролями – тепер вже дитина має віддати таку саму або схожу команду.

- ✓ **Формування уміння утворювати зв'язок іменника і прикметника**. «Послухай казку «Три ведмеді». А тепер підбери (покажи), яка тарілка для тата-ведмеда? мамі-ведмедиці? синочка ведмежати? Скажи, чия велика



тарілка? А маленька? А та що залишилася? Чия вона? Скажи».



«Посели трьох звірят у будинки. Великого – у великий, меншого – в середній, маленького – у малий. Звірята такі: мишка, жираф, лисиця. Починай. А тепер скажи, чий це будинки?».



✓ **Формування вміння імітувати**, тобто якомога точніше відтворювати дії або конкретне висловлювання дорослого відразу ж, або через певний проміжок часу.

✓ **Навчання вмінню коментувати події**, що відбуваються в середовищі, що її оточує, або про події, що зображені на спеціально підібраних малюнках. Для цього аутолог має долучатися до її гри або до її улюблених видів діяльності. При цьому має коментувати ці ситуації. Наприклад, «Хлопчик намалював будинок» і спонукати дитину («Тепер твоя черга») прокоментувати наступні дії: «Дівчинка намалювала кошеня» і т.д.



✓ **Формування вміння використовувати прийменники** за допомогою спеціально організованої гри «Схованки». Наприклад, аутолог, коментуючи свої дії, ховає ляльку під столом, на високій шафі, за дзеркалом і т.д. Потім пропонує дитині відповісти на питання: «Де лялька? А тепер? А тепер?».

✓ **вміння використовувати словосполучення і займенники**: спочатку займенники третьої особи (Хлопчик ловить рибу. Він ловить рибу). Потім – за допомогою сортування іграшок в дві коробки із зображеннями хлопчика та дівчинки або з написами «Він» і «Вона». Формування займенника «Я» після закріплення вказівного жесту дитини на себе (жесту

на власні груди). Використання при цьому люстерка і фото дитини.

✓ **Формування навички вживання присвійних особових** називання частин тіла (Моє око), предметів, що належать дитині («Мій...», «Моя...», «Моє...»). Називання частин тіла та предметів, що – «Твій», «Твоя», «Твоє». Називання частин тіла та предметів, що особам – «Його», «Її», «Їхнє».



займенників:
(займенники належать іншій особі належать третім

✓ **Формування знань** про категоризацію предметів (овочі, транспорт) і їх функціональне призначення, кількість та величини (одне, багато, велике, маленьке), про положення предмета в просторі (далеко, близько), часові характеристики (зараз, потім, завтра), про причинно-наслідкові зв'язки (Цукерки виробляють на фабриці. Вони смачні. Їх можна їсти. Їх можна подарувати).

✓ **Розвиток уміння вибирати і комбінувати слова.** Спочатку за допомогою простих команд і прохань («Дай м'ячик». «На (візьми) м'ячик»). А надалі – з використанням прийменників і займенників («Візьми м'ячик у шухляді»).

✓ **Збагачення активного і пасивного словника дитини епітетами, метафорами, фразеологізмами.** При цьому необхідно детально пояснити дитині їхній зміст та заохочувати вживати в мовленні, починаючи з найпростіших порівнянь («білий, як сніг», солодкий, як цукор; гіркий, як полин; холодний, як лід; легкий, як пух; твердий, як камінь «повільний, мов черепаха» і т.п.).



В. Формування граматичної системи усного мовлення

✓ **Формування уміння вживати в реченнях різні словосполучення** з додаванням: слів-звертань (імен, назви іграшок), прохань чи команд («Мама, дай пірамідку», «Сашко, кидай м'яч!»); займенників («Мама, дай мені пити», «Таня, на тобі ляльку») та інших додатків як членів речення - «Мама поливає квіти», «Хлопчик катається на велосипеді»; прикметників (ознак предметів «Це – маленький будиночок», «Хочу блакитний бантик»); прислівників (обставин часу, мети, місця, причини, умови); числівників («Дай мені дві цукерки»).

✓ **Навчання умінню ініціювати контакт, використовуючи питальну інтонацію** («Що це?», «Де...?»).

✓ **Формування уміння розуміти зміст речення**, орієнтуючись на цілісне сприйняття (а надалі – застосування у власному мовленні) закінчень слів у реченні: «Покажи, де на малюнках»:

Оленка вишила троянду. Троянда вишита Оленкою.

✓ **Формування в мовленні дитини речень різної структурної складності.** З цією метою – створення для дитини (за малюнками) програми речень за допомогою різних зовнішніх опор (схем речень, фішок). Наступний крок – згортання та переведення схем «в середину» (операція інтеріоризації). Пересуваючи вказівний палець від однієї фішки до другої, дитина складає за малюнками речення :

- оволодіння навичками відповідати на запитання



Дівчинка сидить.

Дівчинка сидить і п'є молоко.

Дівчинка сидить за столом і п'є молоко.....



✓ **Формування програми лінійного розгортання речення у такій послідовності:**

– використання дитиною у відповіді слів, що входять до запитання, але з тим, щоб дитина додала ще 1-2 слова (Куди ти сьогодні підеш? – Сьогодні я піду...);

актуалізація значення дієслова. Називання дитиною виду діяльності за названою педагогом професією (Хто що робить?): Лікар – лікує, прикордонник – ..., пекар – ..., столяр – ..., муляр – ..., ткаля –

закінчення дитиною речення за його початком:

Суп варять, а молоко ... (кип'ять).

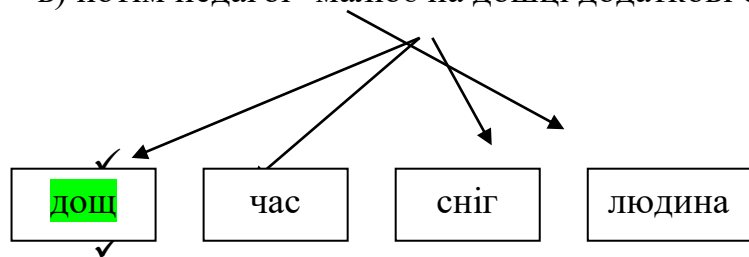
V-й рівень – Оволодіння доступними формами комунікації

Завдання: Розвиток здатності поєднувати речення, утворюючи розповідь чи коментар. Розвиток здатності розрізняти інтонації мовленнєвого висловлювання. Формування здатності спілкуватися за визначеними правилами соціальної взаємодії.

✓ Підтримка і заохочення навіть неумілих та недосконалих вербальних спроб дитини ініціювати контакт, оскільки

їй значно складніше користуватися мовленнєвими навичками для комунікації, аніж для називання предметів, імен людей, подій та явищ.

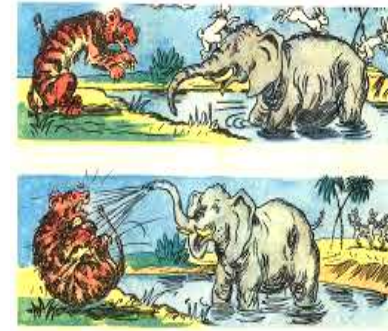
- ✓ Формування в дитини уміння задля досягнення своїх цілей спочатку привернути увагу людини, назвавши її по імені, а вже потім, наприклад, вказати на бажану річ, аніж мовчки тягнутися до чогось.
- ✓ Навчання дитини умінню відновлювати невдалу спробу встановлення контакту шляхом повторення звертання, жестів і слів.
- ✓ Формування в дитини уміння правильно встановлювати зв'язки між словами в такій послідовності:
 - a) на набірному полотні (на дошці) прикріплюється малюнок, на якому зображено, наприклад, слово «дощ»;
 - ✓ б) із запропонованих педагогом дієслів «пливе», «стрибає», «іде», вимовлених (або записаних на дошці) до слова «дощ» дитина добирає відповідне слово;
 - ✓ в) потім педагог малює на дошці додаткові схеми і діти добирають до них «гнізда» слів.



Дощ → що робить?



- ✓ Навчання дитини умінню виголошувати прохання, спочатку одним словом, потім словосполученнями і, нарешті, реченнями, де є звертання та ввічливі слова.
- ✓ Поступове введення в активне мовлення дитини слів, що означають часову категорію, у подальшому важливу для правильного позначення послідовності розгортання події, про яку розповідає дитина: «спочатку», «на початку», «потім», «далі», «нарешті», «у кінці», «наостанок», «в решті решт». Важливо, щоб дитина такі слова використовувала при розповіді про події з власного досвіду. Такі вставні слова особливо необхідні дитині при складанні оповідання за сюжетними і серійними картинками.



- ✓ Створення програми діалогу. З цією метою використовуються ситуації-інсценування. З дітьми старшого віку попередньо обговорюється тема діалогу, даються ключові слова і план, який дитина використовує під час бесіди (наприклад, бесіда з лікарем, в аптеці, у гостях тощо). Використання на початку складання програми оповідання (в якості опори) серії послідовних малюнків, а потім – опорних слів. Для цього використовуємо:
 - розгорнутий запитальник;
 - потім – тільки ключові слова до окремих абзаців;
 - далі – опору на план.
- ✓ Паралельно у старших дітей здійснюється формування вміння складати плани до текстів (спочатку розгорнуті, потім короткі, згорнуті), а далі діти вчаться переказувати прочитаний текст за складеним планом.
- ✓ Формування комунікативних навичок як безперервний процес навчання, інтегрований в кожний вид активності дитини. Навчати дитину активно використовувати набуті комунікативно-мовленнєві навички, переносити їх на нові ситуації, адаптувати до потреб соціальної взаємодії і приносити дитині задоволення.
- ✓ Формування уміння користуватися засобами допоміжної альтернативної комунікації (використовується в роботі як з дітьми з РАС, так і з дорослими). З цією метою застосовуються різні методики.
- ✓ За допомогою друкованих карток (символьних, фотографічних, мальованих - Picture Exchange Communication System – PECS) аутолог розвиває в дітей уміння конструювати прості речення і компонент ініціації комунікації. Для формулювання свого прохання дитина віддає аутологу (батькам, одноліткам) картку із зображенням бажаного



предмета. У відповідь отримує сам предмет, який є винагородою за правильну дію.

✓ Для допомоги у спілкуванні, а також навчання навичкам письма і читанню у дітей з РАС розвиваються навички користуватися жестами, символами та мовленням (The Makaton Language Program (Makaton)). Жести Makaton підтримують (дублюють) вербальне мовлення, а символи – писемне.

✓ З метою проілюструвати дитині послідовність дій конкретної діяльності, які на неї очікують, використовують ТЕАССН-підхід. За сприяння ТЕАССН-підходу здійснюється підтримка у вигляді пред'явлення послідовності предметів, фото, картинок або символів, що позначають кожну конкретну діяльність. За допомогою серії предметів або картинок (в залежності від рівня розвитку дитини) можна організувати і схематично представити від початку до кінця послідовність дій будь-якого виду мовленнєвої діяльності дитини.

Завдання і запитання

1. *Визначте основні питання, включені в Дорожню карту психолого-педагогічної допомоги дітям-аутистам в різні періоди їхнього життя.*
 2. *Коротко схарактеризуйте стратегії допомоги педагогам і дорослим з близького та далекого оточення дитини з аутизмом.*
 3. *Схарактеризуйте програму методичного забезпечення корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС*
 4. *Розкрийте зміст методики формування потреби дитини з РАС в елементарних видах комунікації.*
 5. *Визначте основні напрями розвитку довербального мовлення у дітей.*
 6. *Які методики є базовими для розробки більшості програм корекції розвитку дітей з аутизмом?*
9. *У чому полягають особливості формування традиційних і альтернативних форм розуміння зверненого мовлення у дітей з РАС?*
10. *Які основні напрями формування лексико-граматичної системи мовлення у дітей з аутизмом ?*

Література

1. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей. Изд. 2-е.- М.:Теревинф, 2006. – 112 с. (серия «Особый ребенок»).
2. Психологічні умови ефективності дошкільного навчання дітей з особливими потребами. За наук. ред. Тарасун В.В. К.: Вид. «Актуальна освіта» , 2004. – 225 с.
3. Скрипник Т.В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям): навч.-метод. посіб. / Т.В.Скрипник. – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. – 54 с.
4. Тарасун В.В., Шевченко М.В. Развитие понимания речи у младших школьников с речевым недоразвитием: Метод. рекомен. /За наук. редак. Тарасун В.В. К.: РУМК, 1992. – 98 с.
- 5.Тарасун В., Хворова Г.Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. /За наук. редак. Тарасун В.В. -К.: Вид-во «Науковий світ», 2004. – 102 с

МОДУЛЬ V
СУЧАСНІ НАПРЯМИ АУТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РАС:
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД

Тема 13. Корекція розвитку нейропсихологічних систем дітей з РАС

13.1. Нейропсихологічна концепція корекції розвитку дитини з РАС

Визнаючи беззаперечну важливість застосування в аутологічній роботі психолого-педагогічного підходу, ми вважаємо, що програму корекції розвитку дитини з аутизмом доцільно визначати, базуючись на положеннях сучасних нейропсихологічних теорій. Їхнє використання на етапі аутологічної діагностики, на наше переконання, забезпечить не тільки визначення стану сформованості соціально-емоційної сфери дитини, але й *виявлення можливих причин її розладів*.

Такий висновок базується на результатах відповідних наукових джерел – F. Arpe , Baron-Gohen, Гилберг К., Питерс Т., Н.Г. Манелис. 2011, Robert M. Joseph, Eunice Kennedy Shriver Center, Waltham, 1999 та ін. У цьому зв'язку вважаємо, *що особливості соціоемоційної сфери дитини з аутизмом можуть бути визначені за допомогою спеціального розробленого діагностико-розвивального комплексу завдань. Застосування такого комплексу дозволяє вивчити стан сформованості, трьох нейропсихологічних систем – програмування, зв'язності, репрезентативності*. Саме ці системи, за результатами наукових досліджень забезпечують формування пізнавальної діяльності дитини.

На сьогодні в аутології визнається, що перебіг дитячого аутизму та близьких до нього станів у кожної дитини може набувати індивідуального характеру – від регрідієнтного (поступового покращення стану дитини) до хвилеподібного (з періодичними повтореннями аутичного загострення) і до прогрідієнтного (несприятливого типу перебігу) (Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels Jet al., 2007, А.П. Чуприков, 1998 та ін.). Водночас, не залежно від форми аутичного розладу, за результатами досліджень цієї проблеми виділяють тріади поведінкових порушень і доводиться необхідність при психолого-педагогічному обстеженні дитини спрямовувати діагностичну діяльність на знаходження (перевірку, уточнення) саме цих відхилень в поведінці аутичної дитини.

Найчастіше, нагадаємо, *в психолого-педагогічній теорії і практиці* як основні діагностичні критерії аутизму на сьогодні виділяються:

- порушення в сфері соціальних відносин і соціального регулювання (труднощі у використанні різних форм невербальної поведінки – зорового контакту, міміки, пози і жесту);
- порушення в комунікативній сфері (стереотипність, відсутність або затримка експресивного мовлення і значні порушення імпресивного мовлення; не використання засобів невербального мовлення, відсутність потреби в колективній ігровій діяльності);
- обмеженість патернів поведінки, інтересів і видів занять (повторювальний репертуар поведінки – ритуальність, одноманітність, «зацикленість», обмеженість, постійність інтересу до певних предметів чи деталей).

Разом з тим, для нас є особливо важливим те, що **центральною симптомом цього тріадного розладу визнається соціально-емоційне порушення**. Так, глибоко аутична дитина в сфері соціоемоційної взаємодії взагалі не прагне до соціальної комунікації, з помірним ураженням – прагне до взаємодії лише заради кінцевої мети (бажаного предмета), з легкою формою аутизму – виявляє значні труднощі в розпізнанні потреб іншої людини.

У нейропсихологічній теорії і практиці існують теорії, сенс яких полягає в асоціації поведінки дітей-аутистів з діяльністю їхньої мозку. Такі теорії розділяють на дві категорії.

До першої категорії відносять теорію «емпатії-систематизації». Головна ідея теорії полягає у визнанні дефіциту соціального пізнання в аутистів. Прихильники цієї теорії стверджують, що при аутизмі існує схильність до гіперсистематизації, в результаті якої людина створює свої, власні правила уявної взаємодії з подіями, які від неї залежать. Але при цьому вона збіднена в емпатії, яка вимагає вміння взаємодіяти з подіями, викликаними іншими особами. У рамках першої категорії існує теорія «надмаскулинного мозку», сенс якої полягає в більшій психометричній здатності до «систематизації» мозку чоловіка, а мозку жінки до – «емпатії». З приводу цієї теорії ведуться суперечки, оскільки численні дослідження вказують на відсутність будь-яких відмінностей в реакції на оточуючих людей і об'єкти в хлопчиків і дівчаток з цим діагнозом. Зазначені теорії мають відношення до більш ранньої теорії, яка ґрунтується на понятті «theory of mind» (ТоМ), яка припускає, що аутичний розлад – це нездатність аутиста накладати ментальні стани на себе й інших. На підтримку цієї теорії особливо говорять результати класичного Sally-Anne test, в якому в аутистів зафіксовані серйозні відхилення в здібностях, що оцінюють мотивації інших людей.

Теорії другої категорії основну увагу приділяють обробці мозком більш загальної інформації, що не носить соціального характеру. Розглядаючи аутизм з точки зору дисфункції виконавчої системи, дані теорії припускають, що характерна поведінка аутистів заснована на дефіциті робочої пам'яті, недостатньому плануванні, стримуванні та неповній працездатності інших виконавчих функцій. Сильною

стороною цих теорій називають можливість передбачати стереотипну поведінку і вузькість інтересів в аутистів. Однак в змісті цих теорій відзначають дві слабкі ланки: утруднений вимір виконавчих функцій і відсутність при цих вимірах стійких дефіцитів функцій аутичних дітей раннього віку.

Стосовно теорій обох категорій, то варто зауважити, що окремо взяті категорії визнаються досить слабкими. Так, теорії першої категорії, які засновані на соціальному пізнанні, не дають чіткого і ясного пояснення причин акцентованої і повторювальної поведінки аутиста. А теорії загального плану, що відносяться до другої категорії, не дають розуміння походження соціальних і комунікативних труднощів в дітей з аутизмом.

На сьогодні вважається, що найімовірніше, *майбутнє за розробками комбінованих теорій, здатних об'єднати і зв'язати в єдине ціле всі дані про численні відхилення в розвитку аутистів.*

З урахуванням зазначеного і на підставі аналізу результатів відповідних нейропсихологічних досліджень, зокрема англійських і американських учених (F. Appe, 2005, Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels Jet al., 2007, Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M, 2004 та ін.), ми дійшли висновку про те, що ***тріаду поведінкових розладів в дітей з аутизмом можуть скласти інші, ніж зазначені вище, порушення і які значно частіше зустрічаються в аутичних дітей.*** Саме ця тріада поведінкових розладів, на нашу думку, має стати об'єктом як діагностичної, так і корекційної діяльності аутолога.

До тріади поведінкових розладів в дітей з аутизмом відносимо не сформованість/недорозвинення функцій:

- *програмування і контролю соціальної взаємодії;*
- *сприйняття емоцій;*
- *репрезентації внутрішніх уявлень.*

Отже, віддаючи належне позитивним результатам застосування психолого-педагогічних підходів, вважаємо, що для вирішення проблеми корекції розвитку даної категорії дітей в центрі уваги мають перебувати кілька нейропсихологічних теорій пояснення аутизму. У цьому зв'язку зазначимо, що найбільш розробленими і затребуваними на сьогодні є декілька нейропсихологічних теорій, які пояснюють поведінкові особливості при аутизмі.

Теорія регулятивної дисфункції розглядає аутизм як прояв первинного порушення здатності дитини програмувати і контролювати соціоемоційну поведінку. ***Теорією ослаблення центрального зв'язування*** стверджується, що когнітивна (в тому числі й перцептивна) обробка інформації аутистом відбувається частинами, а

не цілісно. Це зумовлює чимало як поведінкових особливостей, так і особливостей когнітивних і соціально-емоційних стратегій, якими характеризується аутизм. Плюсом даної теорії вважається можливість пояснення наявності особливих талантів в аутистів і появи у них піків працездатності. *Лімбічною теорією* доводиться тісний зв'язок лімбічної ділянки мозку з соціоемоційними функціями аутичних дітей. Згідно зазначеного і з урахуванням тріади поведінкових порушень в дітей з аутизмом нами визначено напрями корекції розвитку нейропсихологічних систем. З урахуванням зазначеного розроблені напрями корекції розвитку нейропсихологічних систем (табл. V.1.).

Таблиця V.1.

Корекція розвитку нейропсихологічних систем скерована на:
<ul style="list-style-type: none"> • розвиток функції програмування і контролю соціоемоційної поведінки дитини (відповідно до нейропсихологічної теорії регулятивної дисфункції) – <i>1-ий напрям</i>; • формування функції послідовного і цілісного опрацювання соціоемоційної інформації (згідно нейропсихологічної теорії ослаблення центрального зв'язування) – <i>2-ий напрям</i>; • корекцію дефіцитарності повторного відтворення (репрезентацій) функції внутрішніх уявлень дитини від побаченого, почутого, відчутого (згідно нейропсихологічної лімбічної теорії і теорії ослаблення центрального зв'язування) – <i>3-ий напрям</i>.

Коротко розкриємо сутність і значення кожного із запропонованих напрямів.

❖ **1-ий напрям аутологічної допомоги**, як зазначалося,



спрямований на формування функції програмування і контролю. Функція програмування і контролю, як відомо, включає такі різні психічні операції, як: планування, оперативну пам'ять; обробку інформації, що зберігається в короткочасній пам'яті; підтримку одного ряду уявлень; переключення з одного ряду уявлень

на інший; гальмування певних реакцій. Доведено, що *достатній рівень сформованості функції програмування і контролю сприяє підвищенню рівня можливості аутиста брати участь в соціальній взаємодії. Така взаємодія потребує оперативної оцінки і вибору необхідних реакцій дитини у відповідь на інформацію, що постійно змінюється.*

У цьому зв'язку важливим є висновок нейропсихологічних досліджень (Wimmer і Perner, 1983, Baron-Gohen, 1985) про те, що саме порушення функції програмування і контролю є причиною розладів розуміння аутистом переживання іншої людини і пояснення собі

поведінки інших, виходячи з оцінки їхнього душевного стану. Серйозні відхилення в соціоемоційній сфері при аутизмі, з цієї точки зору, виникають внаслідок окремого порушення і мають парціальний характер у вигляді зниження здібності до соціального пізнання. У відповідності до цього *низька здібність аутиста розуміти переживання інших людей є відображенням більш широкого порушення – порушення процесів програмування і контролю*, що може лежати в основі вираженої соціальної дезадаптації, характерної для аутизму.

Разом з тим, доводиться, що випадки успішного виконання різних видів діяльності визначаються не тільки станом сформованості в дітей з аутизмом тих когнітивних операцій, що безпосередньо пов'язані з функцією програмування. Необхідним є також врахування стану сформованості в аутиста уявлень про відмінні ознаки предметів і явищ; здатності виводити принцип класифікації на основі одержаного зворотного зв'язку; рівня розвитку вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюються операції логіки; стану можливості пригнічувати прагнення діяти за заданим принципом і при необхідності перебудовувати когнітивну систему.

Саме тому в сучасніших аутологічних дослідженнях (Feinberg, Fagan, 1997) *робиться висновок про необхідність здійснювати корекцію розвитку здібності до переробки інформації в дітей-аутистів із застосуванням методів когнітивної нейропсихології*. Ці методи ґрунтуються на врахуванні розмежування порушених і збережених компонентів, які входять до функції програмування і контролю. При цьому особливого значення надається формуванню таких компонентів програмування і контролю, як *здібність до переключення з однієї когнітивної установки на іншу, гальмування неадекватних реакцій та розвиток оперативної пам'яті*.

❖ **II-ий напрям аутологічної допомоги забезпечує корекцію розвитку функцій послідовного і цілісного опрацювання інформації дитиною** (згідно теорії ослаблення центрального зв'язування). За результатами аутологічних досліджень встановлено, що для дітей з аутизмом характерним є достатня сформованість різних рівнів послідовного і не сформованість цілісного опрацювання інформації. У цьому зв'язку вважаємо, що корекція розвитку послідовно-цілісної переробки інформації в дітей з аутизмом має базуватися на одному з положень корекційно-превентивного навчання. Змістом цього положення передбачається, що *встановлення особливостей розвитку дитини має здійснюватися шляхом визначення в першу чергу достатньо зрілих функцій, а також виявлення недорозвинених і порушених функцій*. У кінцевому результаті, впровадження такого підходу сприятиме



подальшому визначенню шляхів запобігання виникнення в неї значних труднощів в оволодінні різними видами діяльності.

Наша точка зору в цьому питанні полягає в розгляді процесу формування різних психічних функцій як таких, що значною мірою забезпечуються спільними інваріантними групами дій та операцій. Це положення ґрунтується на нейропсихологічних дослідженнях, якими встановлено, що всі види діяльності, не зважаючи на їхні відмінності, мають одну й ту ж будову, яка включає одні і ті ж функціональні елементи. Тому аутологічна допомога передусім повинна спрямовуватися на розвиток базового обсягу загальних інваріантних (тобто, одних і тих же, але в різній формі в різних видах діяльності) дій та операцій. Ці дії, своєю чергою, визначають стан сформованості в дітей здібності переробляти інформацію, що, неперервно і весь час змінюючись, поступає до дитини.

До таких базових інваріантних дій та операцій традиційно відносять логічні прийоми (їх послідовність, закріпленість за певними видами діяльності), прийоми організації самостійної діяльності, а також (за результатами наших досліджень) суцесивно-симультанну (тобто, послідовно-цілісну) переробку інформації.

❖ **Ш-ий напрям аутологічної допомоги спрямований на корекцію дефіцитарності відтворення (репрезентації) функції внутрішніх уявлень дитини з аутизмом від побаченого, почутого, відчутого** (згідно лімбічної теорії і теорії ослаблення центрального зв'язування).

При цьому зазначимо, що лімбічна теорія є поєднанням кількох теорій (біологічних, нейропсихологічних і поведінкових), в яких підкреслюється особливий зв'язок між лімбічною системою та аутизмом (А. Сиротюк, 2004). Кожна з п'яти основних структур лімбічної системи впливає на якість розвитку, бо саме ця система напрацьовує емоції. Так, таламус працює як «розподільча ділянка» для всіх відчуттів, що поступають в мозок, передає рухові імпульси і бере участь в емоційних процесах. Гіпоталамус відповідає за поведінку в екстремальних ситуаціях, прояви агресії, болю і задоволення. Мигдалеподібне тіло координує реакції страху і неспокою, спричинені внутрішніми сигналами. Гіпокамп використовує сенсорну інформацію для формування короткочасної і довготривалої пам'яті. Базальний ганглії сприяє контролю за тонкою моторикою м'язів обличчя і очей, які відображають емоційні стани, координує мисленеві процеси, що беруть участь у плануванні порядку і злагодженості наступних у часі дій.

Отже, саме лімбічна система дозволяє дитині встановлювати соціальні зв'язки, формувати складні емоції з соціальним компонентом (злість, сум, радість), розуміти їх, а в подальшому розрізняти такі тонкі почуття, як любов,



альтруїзм, співпереживання, щастя. Водночас лімбічна система забезпечує поєднання сенсорних і моторних схем з емоціями. Крім того, лімбічна система, забезпечуючи синтез моторно-сенсорних схем емоцій і пам'яті, сприяє формуванню уяви.

Дослідженнями лімбічної системи в дітей з аутизмом виявлено, що при збереженості здатності до безпосереднього відтворення інформації (Bartak, 1975) у них знижена здатність до відстроченого відтворення (Boucher, Warrington, 1976). У роботі Vachevalier (1994) доводиться, що *ключову роль в ранніх аутичних проявах порушень соціально-емоційної поведінки* (пасивність, відсутність ініціативи у процесі взаємодії з іншими людьми, послаблення контакту очей, збіднення мімічної та тілесної експресії тощо) *відіграють саме розлади лімбічної системи.* Dawson (1998), з'ясовано, що при аутизмі порушуються як функція програмування (відстрочене реагування), так і функція лімбічної системи (сенсорно-моторні реакції і соціально-емоційні функції)²¹. Отже, базуючись на викладеному, ми вважаємо, що в основу розробки програми корекції розвитку аутичної дитини мають бути покладені зазначені пояснювальні нейропсихологічні теорії аутизму. Водночас особливо важливо при цьому акцентувати і врахувати те, що змістом цих теорій чітко визначено, що в основі первинних порушень аутизму лежать переважно розлади діяльності префронтальної кори головного мозку і лімбічної системи.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що, наукові результати, отримані в численних нейропсихологічних дослідженнях, мають якомога повніше і ширше використовуватися при подальшому створенні методичних розробок корекції розвитку аутичних дітей. У цьому зв'язку розробку програми корекції розвитку дітей з аутичними розладами пропонуємо здійснювати базуючись переважно на зазначених нейропсихологічних теоріях.

Тема 13.2. Методика корекції розвитку дітей з РАС: нейропсихологічний підхід

Основним завданням методики корекції розвитку нами визначено формування трьох нейропсихологічних систем дитини: програмування, зв'язності, репрезентативності. Достатній рівень їхньої сформованості, на наше переконання, сприятиме тому, що аутологічна робота на її корекційно-формульованому етапі спрямовуватиметься не на подолання безпосередньо симптомів і симптомокомплексів відхилень в поведінці дитини, а на їхні спонукаючі фактори.

У запропонованій нами методиці корекції розвитку дитини з РАС представлені (як і в попередньому діагностичному комплексі, див.

²¹ Повний виклад зазначеного матеріалу див. у монографії Тарасун В.В. Аутологія. – К.: 2014.

Модуль 4 цього підручника) завдання, розраховані на їхнє виконання як низькофункціональними, так і високофункціональними аутистами. У випадках утруднень при виконанні дітьми корекційно-розвивальних завдань змістом методики передбачено застосування дозованої педагогічної допомоги.

А. Корекція розвитку функції програмування і контролю

На сьогодні існує значна кількість методик, спрямованих на формування функції програмування і контролю поведінки в *аутистів з високим, середнім і низьким рівнем психічного розвитку*. При цьому (згідно теорії регулятивної функції програмування і контролю поведінки) робота спрямовується на корекцію розвитку функцій:

- планування;
- обробки інформації, що зберігається в оперативній і короткочасній пам'яті;
- підтримку одного ряду уявлень про відмінні ознаки предметів і явищ;
- формування операції класифікації на основі одержаного зворотного зв'язку;
- підвищення рівня розвитку вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюються логічні операції, розпізнавання голосових інтонацій а також спроможність пригнічувати прагнення діяти за від початку правильним принципом і перебудовувати когнітивну систему відповідно до інформації, що змінилася.

Ці функції розглядаються як такі, що утворюють *єдину високоорганізовану систему, яка є універсальною і яка відрізняється від таких базових функцій, як відчуття, сприйняття (перцепція), мовлення*. Хоча традиційно вважалось, що функція програмування і контролю з'являється в достатньо пізньому віці, на сьогодні росте кількість даних *про розвиток цієї функції на протязі раннього і дошкільного дитинства*. Як наслідок, робиться висновок про те, що не сформованість зазначених функцій значною мірою спричиняє відсутність соціальних навичок в дітей з аутизмом, труднощі переключення з одного ряду уявлень на інший і неспроможність гальмувати побічні реакції.

Базуючись на цих даних, можна вважати, що формування і розвиток функції програмування і контролю *сприятиме підвищенню можливостей дитини з аутизмом брати участь в соціальній комунікації*, яка потребує оперативної оцінки і вибору необхідних реакцій у відповідь на інформацію, що постійно змінюється.

При розробці відповідної корекційно-розвивальної методики (див. далі, комплекс завдань А) ми враховували, що успішне виконання різних видів діяльності залежить від стану сформованості в дітей з аутизмом тих когнітивних операцій, що безпосередньо пов'язані з

функцією програмування (див. наприклад, Feinberg, Fagan, 2007) При цьому особливе значення надається стану сформованості таких компонентів програмування і контролю, як: *здатність до переключення з однієї когнітивної установки на іншу, гальмування неадекватних реакцій і розвиток оперативної пам'яті*. Водночас важливим є урахування даних (одержаних в результаті досліджень, що проводилися з використанням різних методик) про те, що в дітей з аутизмом найбільше *страждають оперативна пам'ять, гальмування побічних реакцій* (Heqhes, 1996), *спроможність утримувати в оперативній пам'яті правила реагування з одночасним пригніченням імпульсивних емоційних реакцій*.



Дотримуючись класичної ідеї О. Лурії (1971) про роль вербальних процесів в розвитку функції програмування і самоконтролю, дослідженнями останніх років (наприклад, Russell) встановлено, що в дітей з аутизмом може бути *значно ослаблена здатність використовувати внутрішнє мовлення для програмування і утримання в свідомості послідовності виконання інструкцій, застосування правил* тощо. Висловлюється думка, що ця обставина виникла внаслідок не сформованості в дітей з аутизмом внутрішнього мовлення і проміжної форми мови, що, своєю чергою, призводить до порушення у них функції регуляції власної діяльності. При порушенні внутрішнього мовлення в аутистів за відносно достатнього володіння граматикою і лексикою мовлення наявні труднощі в адекватному виборі і комбінуванні слів, речень безпосередньо в живому спілкуванні. Тобто, ***володіння формальними синтаксичними і семантичними мовленнєвими конструкціями не забезпечує дитині з аутизмом ефективну й адекватну комунікацію***.

Таким чином, вважаємо, що корекція розвитку функції програмування та контролю має проводитися в напрямку формування *вміння дитиною з аутизмом інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, оперативно оцінювати і реагувати на інформацію, що надходить, розуміти переживання іншої особи* (див. завдання А.1.-А.7.).

З урахуванням зазначеного розроблена нами ***методика формування функції програмування і контролю поведінки*** в аутичних дітей включила наступний комплекс завдань.

А.1. Формування здатності до переключення з однієї когнітивної установки на іншу (від запропонованого дитині завдання 1 до завдання 2, від завдання 2 до завдання 3 і т. д.). При цьому в аутолога є можливість одержати додаткові дані про стан задіявання дитиною оперативної пам'яті; особливості виведення принципу класифікації на основі уявлень про відмінні ознаки предметів і явищ; гальмування неадекватних реакцій. Джерелом застосованого комплексу відповідних завдань є модифікована

нами система завдань, розроблена для дітей з аутизмом, які мають достатній рівень розвитку мовлення (джерело: <http://kindergarten.com/>).

Діагностичні завдання		
№	Інструкція	Стимульний матеріал
1.	Знайди і покажи предмет («Покажи чайник, капці, предмет для спальної кімнати, предмет для спорту тощо.	
2.	Розкажи, що ти знаєш про цей предмет.	 <p>Сир: виготовляється з молока; може бути білим або жовтим; зберігається в холодильнику. Капуста – круглий овоч; може бути білої або зеленої барви; можна їсти сирію або вареною.</p>
3.	Які предмети можна використати разом (поєднати)? Які два предмети сумісні?	 <p>Відповідь: ми їмо ложкою суп</p>
4.	Який предмет не належить (не підходить) сюди? Що зайве?	 <p>Відповідь: холодильник не належить до ванної кімнати</p>

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред’явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання






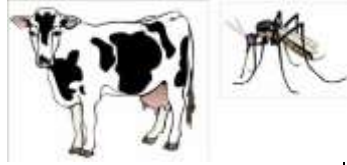



Типи виконання пред’явленого завдання/ Бали




Правильне самостійне виконання завдання. Дитина достатньо повно розповідає, що вона знає про предмети, зображені на малюнках. Надалі правильно здійснює переключення з однієї запропонованої когнітивної установки на іншу (від першого до наступних завдань)	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина правильно самостійно виконує три завдання з чотирьох. Не змогла здійснити переключення для виконання четвертого завдання, що потребує подальшого формування уявлень про відмінні ознаки цих предметів. З цією метою педагог говорить дитині: «Подивись на ці малюнки (вказує тупим кінцем олівця на малюнки). Це – рушники, холодильник, капці, умивальник. Який предмет тут зайвий?»	
Дитина правильно самостійно виконує два завдання з чотирьох. Не виконання інших двох завдань спричинено недостатньою сформованістю здатності гальмувати попередню когнітивну установку. Для подолання цих труднощів педагог вказує на предмети, зображені на малюнках і пояснює: «Це – рушники, холодильник, капці, умивальник. Які серед цих предметів є такі, що підходять для ванної кімнати? То який предмет зайвий, не підходить для ванної кімнати?»	3
Педагог бере руку дитини і, послідовно доторкуючись її вказівним пальцем до предметів, зображених на малюнках, називає їх. Потім пояснює: «На картинках намальовані рушники, холодильник, капці, умивальник. Рушники, капці, умивальник підходять для ванної кімнати. Холодильник не підходить для ванної кімнати. Він – зайвий. То який предмет зайвий, не підходить для ванної кімнати? Покажи».	2
Не виконання завдання	1

А.2. Формування здатності гальмувати неадекватні реакції (на основі уявлень про відмінні ознаки протилежних властивостей предмета) (див. табл.У.1).

Таблиця У.1.

Якість	п/п	Інструкція	Стимульний матеріал
Зорова модальність			
Форма		«Покажи (скажи), який предмет має форму, а який – безформний?»	
Колір		«Покажи, який з цих двох предметів пофарбований в темний колір, а який – у світлий?»	

Розмір		«Покажи (скажи), який предмет великий за розміром, а який – маленький?»	
Висота		«Покажи (скажи), який предмет високий, а який – низький?»	
Довжина		«Покажи (скажи), який предмет довгий, а який – короткий?»	
Товщина		«Покажи (скажи), якої рослини стебло товсте, а у якої – тонке?»	
Слухова модальність			
Гучність звуку	7	«Тут зображені півень і курча. Подумай і покажи (скажи), у кого голос голосніший, а кого – тихіший?»	
Висота звуку	8	«Розглянь малюнки корови і комара. покажи (скажи), у кого голос високий, а у кого – низький?»	
Нюхова модальність			
Сила запаху	9	Педагог, звертаючись до дитини, пропонує: «Понюхай і скажи, яка з цих двох квіток пахне сильніше, а яка – слабше?»	
Тактильна модальність			
Якість поверхні	10	«Покажи (скажи), який з цих двох предметів має гладку поверхню, а який – жорстку?»	
Твердість	11	«Покажи (скажи), який з цих двох предметів твердий, а який – м'який?»	

Температура	12	«Покажи (скажи), який з цих двох предметів теплий, а який – холодний?»	
Вага	13	«Покажи (скажи), який з цих двох предметів важкий, а який – легкий?»	
Смакова модальність			
Смак	14	«Покажи (скажи), який з цих двох предметів солодкий на смак, а який – кислий?»	

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. При виконанні завдання, представленого двома модальностями, дитина змогла здійснити функції планування, переключення і контролю.	5
Дозована педагогічна допомога	
Педагог говорить дитині: «На цих малюнках (відповідний жест аутолога без вказівки на конкретний предмет) зображені телефони – один темний, другий світлий. Покажи, який телефон темного кольору, а який – світлого?»	4
Педагог вказує на предмети, зображені на малюнках, і пояснює дитині: «Ось цей телефон темного кольору. А цей – світлого. Покажи світлий телефон, а тепер покажи темний телефон»	3
Педагог бере руку дитини, її вказівним пальцем послідовно доторкується до предметів, зображених на малюнках, і називає їх. Після цього просить дитину повторити за ним: «Цей телефон світлого кольору, а цей – темного кольору»	2
Не виконання завдання. Не виконання дитиною завдання цієї модальності спричинено не сформованістю функції уявлень про відмінні ознаки предметів, зображених на малюнках. Дитина потребує подальшої корекції розвитку у цьому напрямку	1

А.3. Формування уявлень про зміну міри властивості предметів

Інструкція: Педагог демонструє малюнки чотирьох предметів, знайомих дитині. Потім пояснює, як розкласти їх в порядку збільшення (або зменшення) кількісного вираження тієї чи іншої якості предмета

(колір, розмір, температура, смак тощо). Далі пропонує наступні завдання (див. табл.V.2).

Таблиця V.2.

Якість	Завдання			
	Номер завдання	та інструкція	Стимульний матеріал	
Колір	1	«Розклади предмети, які зображені на картках, від світлого до найсвітлішого»		
Розмір	2	«Розклади предмети, які зображені на картках, в порядку збільшення їх розміру: від великого до найменшого»		
Висота	3	«Розклади предмети, які зображені на картках, в порядку зменшення їх висоти: низький – нижчий – найнижчий»		
Довжина	а	«Розклади предмети, які зображені на картках, в порядку збільшення їх довжини: довгий – довший – найдовший»		
Товщина	а	5	«Розклади предмети, які зображені на картках, в порядку зменшення їх товщини: тонкий – тонший – найтонший»	
Температура	б	6	«Розклади предмети, які зображені на картках, в порядку зменшення їх теплоти: холодний – холодніший – крижаний»	
Вага	7	7	«Розклади предмети, які зображені на картках, в порядку збільшення їх ваги: важкий – важчий – найважчий»	
Смак	8	8	«Розклади предмети, які зображені на картках, від солодкого до кислого»	

Наведемо відповідний приклад можливих особливостей виконання завдання дітьми і спосіб оцінювання результатів його виконання.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

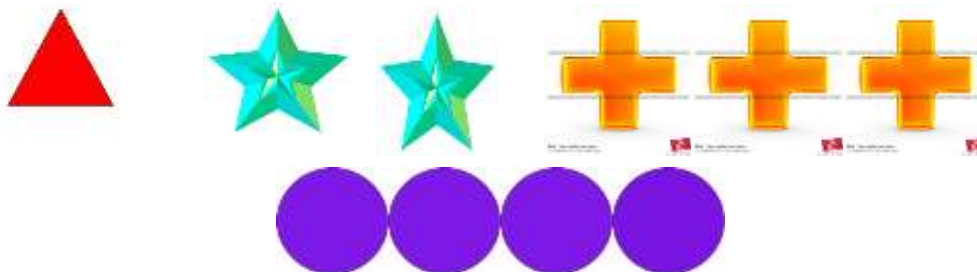
Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина при його виконанні виявила сформовану здатність до переключення при визначенні поступового збільшення якості (розміру) тварин, зображених на малюнках	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина правильно визначила розмір двох тварин, представлених на малюнках. Проте не змогла до кінця виконати завдання, здійснивши для цього переключення на підставі уявлень про їхній розмір як відмінну ознаку. Тому аутолог, звертаючись до дитини, говорить: «Подивись уважно на малюнки. Яка тварина найбільша? Поклади її біля себе. На столі залишились ще малюнки тварин. А тепер покажи, яка серед них найбільша? Поклади її біля себе. А далі розклади інші малюнки тварин самостійно»	4
Дитина не змогла правильно виконати завдання через не сформованість здатності гальмувати попередню когнітивну установку. Тому, звертаючись до дитини, аутолог говорить: «На цих малюнках зображені тварини. Серед них є великі і маленькі. Найбільший – ось цей слон. Я покладу його біля тебе. Тепер найбільшим залишився буйвол. Я покладу його біля слона. Залишились корова і свиня. Хто з них більший? Покажи. Правильно. А яка тварина найменша? Свиня. Правильно. Поклади її біля корови»	3
Педагог від початку до кінця самостійно виконує завдання. Кожного разу його виконання він супроводжує детальним поясненням того, яка тварина більша серед тих, що залишилися. Далі бере руку дитини, доторкується нею до кожного малюнка із зображенням тварини. Просить дитину щоразу промовляти за ним назву тварини, вказуючи при цьому її розмір – від великого до найменшого	2
Не виконання завдання	1

А.4. озвиток функції переключення. З цією метою застосовують *Вісконсійський тест сортування карточок (WCST)*. Змістом тесту передбачена класифікація карток за правилом, яке періодично змінюється: або класифікація карток за кольором, або за формою, або за кількістю. Тест розроблено для достатньо функціональних (з достатнім рівнем психічного розвитку) аутистів. Нами цей тест пропонується для роботи з дітьми з РАС 7–8 років.

Мета: Вчити дитину перебудовуватися при зміні принципу сортування карточок для виведення принципу класифікації. Формувати вміння пригнічувати прагнення виконувати завдання за від початку

правильним принципом. Вчити дитину вміти перебудувати (на вимогу педагога) свою когнітивну систему.

Стимульний матеріал: чотири **ключові стимули** (зразок), що розрізняються за такими параметрами, як *колір, форма і число*: 1 червоний трикутник, 2 зелені зірочки, 3 жовтих хрестики і 4 синіх кола – всього 10 фігур. *Примітка:* Їхню кількість можна зменшити, пристосовуючи до рівня інтелектуального розвитку дитини.



Дітям дається колода карточок, на яких зображені фігури, які відрізняються між собою за тими ж параметрами (кількість, форма і колір), але вже в іншому поєднанні, ніж ключові (наприклад, 2 червоні зірочки, одне синє коло тощо).

Інструкція: Обвівши кожну фігуру зі зразкової колоди олівцем, дорослий говорить: «Ось тут намальовано трикутник. Він червоного кольору. Скільки трикутників? Правильно. Він один. А це – зірочки. Вони зеленого кольору. Їх дві. Правильно. І т д. А зараз я дам тобі багато карточок, на яких також намальовані трикутники, зірочки, кола, хрестики. Бери карточку по одній. Уважно розглянь, що на ній намальовано. Потім подивися на ці карточки (вказує олівцем на ключові карточки). Серед них знайди пару для своєї карточки. Ось для цієї, що у тебе в руках».

Після виконання дитиною завдання дорослий повідомляє їй, чи правильно вона поклала карточку. Проте при цьому *принцип сортування карточок* (наприклад, колір) дорослий не розкриває. Цей принцип дитина повинна зрозуміти за допомогою оцінки результату виконання нею завдання.

Надалі, після того, як карточки розкладені, *принцип сортування без попередження з боку дорослого змінюється*. Принцип, на розсуд педагога, можна змінити таким чином, щоб правильний до цього спосіб сортування карточок став неефективним.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання цього корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Самостійне правильне виконання завдання. Дитина розкладає (класифікує) всі картки за правилом, яке періодично змінюється: або за	5

кольором, або за формою, або за кількістю	
У дитини недостатньо сформована функція переключення. Вона не спроможна при зміні принципу сортування карточок пригнічувати прагнення діяти за правильним принципом, встановленим на початку. Внаслідок цього дитина здатна правильно класифікувати картки лише за двома ознаками, наприклад, за кольором і за формою. Проте надалі не спроможна на вимогу педагога перебудувати когнітивну систему. Тому педагог, звертаючись до дитини, говорить: «Ти правильно виконала завдання, коли розкладала червоні трикутники, червоні зірочки, червоні хрестики і червоні кружечки. А тепер будь уважною. Ось багато карточок, на яких також намальовані трикутник, зірочки, кола, хрестики (при цьому педагог інший принцип класифікації – кількість – не розкриває). Бери одну карточку, уважно розглянь, що на ній намальовано. Так, кола. Тепер подивися на ці карточки (вказує олівцем на ключові карточки). Серед них знайди пару для своєї карточки. Ось для цієї, що у тебе в руках. Молодець. А тепер бери наступну карточку. На ній намальовані зірочки. Знайди для неї пару (вказує олівцем на ключові карточки). А тепер бери наступну карточку і далі виконуй завдання самостійно»	4
Дитина може вивести принцип класифікації пред'явлених предметів лише за однією ознакою. Не здатна на вимогу аутолога самостійно змінити принцип сортування решти карток. Аутолог застосовує педагогічну допомогу за аналогією з попередньою. Проте ця допомога надається дитині від початку до кінця виконання нею завдання	3
Дитина не здатна вивести принцип класифікації пред'явлених предметів. При спробі виконати завдання виявляє значну кількість персеверативних і хаотичних помилок. Педагогічна допомога у вигляді натяку і пояснення не забезпечує виконання завдання. Тому педагог від початку до кінця самостійно виконує завдання, здійснюючи прямий показ його розв'язання дитині. При цьому кожного разу детально пояснює дитині принцип виконання. Далі намагається робити спроби разом з дитиною реалізувати його виконання	2
Не виконання завдання	1

Додаткова шкала якісного оцінювання за показниками: 1) кількість встановлених і утриманих заданих категорій; 2) загальна кількість помилок; 3) кількість персеверативних відповідей; 4) число спроб до виконання завдання (наявність спонтанності); 5) кількість хаотичних відповідей.



А.5. Розвиток в дитини функції планування власної діяльності і контролю за нею. З цією метою використовується *Тест Ханойська вежа* – відтворення фігури, що складається з дисків на трьох стійках. Призначається для дітей з аутизмом з середнім і високим рівнем інтелекту.

Мета: Розвиток вміння планувати послідовність кроків виконання пред'явленого завдання і

дотримування цієї послідовності; стимулювання вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюються логічні операції.

Стимульний матеріал: Три стержні. На першому стержні знаходяться декілька дисків зверху донизу за зростанням розміру диска. Два інші порожні (проміжні).

Інструкція: Звертаючись до дитини, аутолог говорить: «Потрібно перенести усі диски з цього стержня (вказує олівцем на перший стержень) на другий (вказує олівцем на інший стержень). Це ти зможеш зробити за допомогою цих порожніх стержнів. Переносити диски дозволяється лише по одному. Не дозволяється класти більший диск на менший. Перенести потрібно всі диски. За один раз можна рухати лише один диск.

Примітка: У тесті може бути задіяна (за результатами американських дослідників дітей-аутистів) будь-яка кількість дисків. У версії для високофункціональних аутистів їх може бути сім-дев'ять. Нами апробовано цей тест з використанням у більшості випадків – до чотирьох дисків, а в роботі з аутистами з порушеннями інтелекту – чотири диски і дві вежі. Діти з типовим розвитком і високофункціональні аутисти (за науковими джерелами) вежу з трьома дисками розв'язують за сім кроків.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина виявляє вміння планувати послідовність кроків для виконання пред'явленого завдання і дотримується цієї послідовності	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина виявляє достатній рівень розвитку вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюється функція планування власної діяльності і контролю за нею. Проте не в змозі виконати завдання до кінця правильно. У цьому випадку аутолог показує і роз'яснює: «Спочатку потрібно зняти верхнє кільце з першого стержня. Потім дивимось, якого воно розміру. Якщо найбільше, то відразу переносимо на третій стрижень (проминувши проміжний). А якщо невелике, то переносимо на другий і там його залишаємо. Як ти думаєш, чому? Правильно, бо не можна потім буде покласти більший диск на менший. Ось я беру це кільце. Воно найбільше. Тому я його нанизую на третій стержень. Тепер ти бери наступне кільце і самостійно виконуй завдання	4
При спробі виконання пред'явленого завдання дитина не виявляє достатнього рівня розвитку вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюються логічні операції по плануванню послідовності	3

кроків. Виявляє значну кількість хаотичних помилок. Як наслідок – потребує аналогічної попередній (але на протязі виконання всього завдання) допомоги з боку педагога	
Дитина не спроможна відтворити фігуру, що складається з дисків на трьох стійках, навіть при застосуванні аутологом всіх видів дозованої педагогічної допомоги. Виявляє значну кількість персеверативних і хаотичних помилок. У цьому випадку є можливим застосувати простіший варіант завдання – чотири диски і дві вежі	2
Не виконання завдання	1

А.6. Формування в дитини функції переробки інформації (програмування, переключення, контролю), що зберігається в короткочасній оперативній пам'яті



Стимульний матеріал: Іграшкові жабки: три зелені і три коричневі. Ноутбук з грою «Жабки». В разі відсутності ноутбуку використовується малюнок озера, який викладається на столі. Завдання призначено для дитини-

аутиста з високим рівнем розумового розвитку. Для дітей з середнім і низьким рівнем розумового розвитку кількість жабок зменшується.

Інструкція: «Поміняй зелених і коричневих жабок місцями, клікаючи на них мишкою (якщо дитина володіє мишкою). Спробуй!».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бал	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина демонструє вміння переробляти інформацію, що зберігається в її короткочасній оперативній пам'яті. Завдання виконує за шість кроків	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина демонструє вміння правильно переробляти інформацію, що зберігається в короткочасній пам'яті. Водночас при розв'язанні завдання допускає помилки, які самостійно виправляє після допомоги педагога у вигляді натяку на правильне виконання: «Дивись уважно. Зелена жабка стрибає на порожній камінчик. А коричнева жабка стрибає на її спорожніле місце. А друга зелена жабка, як ти думаєш, що зробить? Куди вона стрибне?»	4
При виконанні завдання допускає помилки, які виправляє після застосування педагогом дозованої допомоги, аналогічній попередній. Проте у цьому разі допомога дитині здійснюється на протязі виконання всього пред'явленого завдання. Окрім того, аутологом	3

застосовується прямий показ способу виконання: «Подивись, як я виконую це завдання. А тепер ти спробуй виконати його».	
При виконанні завдання потребує постійної дозованої педагогічної допомоги. Завдання до кінця не виконує. У цьому разі є можливим використати спрощений варіант завдання, зменшивши кількість жабок.	2
Не виконання завдання	1

А.7. Розвиток здатності до переключення з одного ряду уявлень про емоційний стан людини на інший (функція переключення при «зчитуванні» внутрішніх уявлень людини).

Як зазначалося, дослідники проблеми аутизму (Baron-Cohen, F. Auye, Premack і Wood-roof) припускають, що триада поведінкових порушень при аутизмі обумовлена порушенням базової здатності людини до «зчитування внутрішніх уявлень». У дитини з типовим розвитком, починаючи приблизно з 4 років, вже достатньо сформовані уявлення про відмінні ознаки предметів і явищ; вона розуміє (нехай вона про це й не говорить у розгорнутій формі), що в людей є бажання й уявлення про ситуацію і що саме ці уявлення (в більшій мірі, ніж фізичні характеристики ситуації) визначають їхню поведінку. Пояснення аутизму з позиції моделі психічного (theory of mind) припускає, що в аутистів втрачається ця здатність уявляти внутрішні переживання, і, таким чином, у них ослаблені певні (хоча й не всі) можливості до соціальної взаємодії, комунікації та уяви. Інакше кажучи, термін «theory of mind» стосовно аутичної дитини не означає, що вона (як дитина з типовим розвитком) вже в ранньому віці здатна розуміти внутрішні уявлення. Тобто, сприймати як своє власне переживання, так і переживання іншої людини з метою прогнозування чужої поведінки і програмування та контролю власної.

Стимульний матеріал: Сюжетні малюнки чи світлини.

Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог пропонує: «Покажи, яка світлина підходить до дітей, що посварилися? А на якій зображено друзів? Покажи світлину, на якій зображено неслухняну дитину».



Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання всіх пред'явлених завдань	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина виявляє вміння самостійно і правильно переробляти інформацію про емоційний стан дітей, зображених на двох (з трьох) світлинах. Виявляє розуміння внутрішнього стану цих дітей у їхній взаємодії. При виконанні, наприклад, останнього (третього) завдання допускає помилки, які виправляє після допомоги аутолога: «Ти допустила помилку. Подивися на всі фотографії уважно і виправ помилку самостійно. Так на якій з них зображені діти, що посварилися?»	4
При визначенні виду міжособистісних відносин дитина часто орієнтується на окремі зовнішні другорядні обставини ситуації, зображеної на фотографії: у чому одягнені діти, де вони сидять, які меблі зображено на світлині тощо. У цьому зв'язку при виконанні завдання допускає помилки, які виправляє за допомогою педагога. Для цього аутолог, звертаючись до дитини, пояснює: «Ось дві дівчинки про щось радісно і весело говорять. Вони друзі. А ці двоє – хлопчик і дівчинка – відвернулися один від одного, набурмосилися, незадоволені один одним. Вони посварилися. А на цій світлині зображено неслухняну дівчинку. Вона затулила вуха і не хоче слухати, про що їй говорить тато. То тепер покажи, на якій фотографії зображено дітей, які посварилися?». Тощо.	3
При виконанні завдання відчуває значні труднощі при визначенні типу міжособистісних відносин дітей, зображених на фотографіях. Через це потребує застосування різних видів постійної дозованої допомоги у вигляді прямого показу способу виконання всіх завдань від їхнього початку до кінця.	2
Не виконання завдання	1

Кожне завдання цієї частини тесту оцінюється за п'ятибальною шкалою; максимально можлива оцінка за даною частиною комплексу діагностичних завдань складає 35 балів, мінімально можлива – 7 балів.

В. Формування функції послідовного і цілісного опрацювання інформації (розвиток суцесивно-симультанних синтезів).

Нейропсихологічна теорія ослаблення центрального зв'язування спирається на принципи, закладені в гештальтпсихології. Доведено, що *при аутизмі виникає руйнування «вродженої схильності» дитини опрацьовувати інформацію таким чином, щоб із розрізнених стимулів утворювалися якомога довші ряди, в яких ці стимули були б пов'язані між собою.* При цьому страждає узагальнення різноманітних контекстів, наприклад, бачити в новій ситуації схожість з тією, що була раніше (за Frith, 1989). Вважається, що такі порушення є наслідком домінування саме фрагментарної (суцесивної) обробки інформації,

коли складні стимули сприймаються як певна **сукупність розрізнених частин, а не як зв'язне ціле**, об'єднане єдиним смислом.

Внаслідок цього аутична дитина виявляє *схильність фокусувати увагу на окремих властивостях предмета замість того, щоб використовувати цей предмет належним чином*. Наприклад, крутити коліщата у машинці, видлубувати очі у ляльки, дивно і незвично поглинатися предметами (наприклад, кнопками, гвіздками), які зазвичай не викликають підвищеного інтересу; проявляти надчутливість до незначних змін у навколишньому оточенні; мати інтереси, що свідчать про достатній рівень розвитку дитини (наприклад, інтерес до географічних відомостей), але які формуються відірвано від решти досвіду дитини. Встановлено, що такі поведінкові особливості є проявами саме ослаблення центрального зв'язування, діапазон якого сягає від порушень зв'язування окремих сигналів в єдиний образ до порушень інтеграції різномірної інформації

У межах цієї ж теорії пояснюється й інша *особливість дітей з аутизмом* – неоднаковий ступінь порушення різних когнітивних функцій і особливо – наявність у них «острівців видатних здібностей» на тлі загального зниження інтелекту.



Результати цих досліджень (Lezak, 1995) дають підставу в аутологічній роботі брати до уваги, що в таких дітей наявне порушення синтезу вже на елементарному рівні сприйняття. Розвиток мозкового механізму центрального зв'язування, відповідно, залежить від стану сформованості в аутиста здатності до симультанної обробки як вербальної, так і наочно-образної інформації (Benovitz, 1990). Водночас, згідно з Harpe (1990) та Riven (1995), фрагментарна стратегія обробки інформації (інакше – сукцесивна обробка інформації), що задіюється аутистом при виконанні завдання, перешкоджає використанню ним більш економної та ефективної симультанної стратегії. Адже саме така стратегія необхідна, наприклад, аби прискорити виокремлення основного смислу у вербальній інформації, а не для того, щоб здійснити детальний аналіз певного слова з вербального повідомлення або букв, з яких складаються слова цього повідомлення тощо.

Згідно теорії центрального зв'язування нами здійснено підбір серії завдань, спрямованих на формування в дітей з аутизмом симультанного і сукцесивного синтезу.

❖ **Методика розвитку симультанних синтезів**

В.1. Називання контурно зображених предметів, накладених один на одного.

Стимульний матеріал: фігура Поппельрейтера

Інструкція: Педагог кладе перед дитиною аркуш із зображенням предметів і каже: «Тут намальовані різні предмети. Вони накладені один на одного. Подивись уважно і скажи, які предмети ти бачиш?». Якщо в дитини не сформоване усне мовлення, педагог пропонує їй комплекс малюнків, де серед інших малюнків вона має відібрати (відшукати) предметні малюнки запропонованої фігури Поппельрейтера.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання пред'явленого завдання: дитина назвала всі предметні малюнки запропонованої фігури Поппельрейтера	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина не називає 2-3 предмети. Педагог пропонує їй продовжити виконання завдання. Для цього обводить тупим кінцем олівця контурне зображення не названого предмета, називає його, передає олівець дитині і каже: «Відшукай на рисунку ще один предмет. Той, який ти ще не називала. Обведи його олівцем. Назви його». Дитина обводить по контуру наступний предмет, зображений на малюнку. Називає його. При виконанні завдання допускає помилки, які знаходить і виправляє самостійно. Проте перейти далі до самостійного виконання завдання не спроможна – знову потребує аналогічної допомоги аутолога	4
Аутолог дає в руку дитини олівець. Потім бере її руку в свою руку і разом з дитиною обводить контур кожного предмета тупим кінцем олівця. При цьому педагог багаторазово називає черговий предмет. За допомогою педагога дитина проводить олівцем по контуру кожного з предметів, зображених на малюнку. Назву предметів на малюнку відображено називає за аутологом. При виконанні завдання допускає помилки, які не прагне виправляти за допомогою педагога	3
При виконанні завдання дитина відчуває непереборні труднощі при визначенні предмета і його назви. Потребує постійної дозованої педагогічної допомоги	2
Не виконання завдання	1

В.2. Розвиток в дитини вміння сприймати і схоплювати зміст малюнка, смисл якого може бути зрозумілим завдяки одночасному співставленню деталей, «зчитуванню» пози, виразу обличчя персонажів малюнку.

Стимульний матеріал: Сюжетний малюнок «Дитина на прийомі у зубного лікаря».



Інструкція: Педагог сідає перед дитиною, звертає її увагу на малюнок і пропонує: «Подивись уважно і скажи, кого тут зображено? Чому дитина себе так поводить?».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого

корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання
Типи виконання пред'явленого завдання / Бали**

Правильне самостійне виконання пред'явленого завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина розглядає сюжетний малюнок. Правильно визначає характер ситуації, що зображена на ній. Промовляє: «Лікар». «Зубки». «Болить». При виконанні завдання допускає незначні помилки, які виправляє самостійно	4
При виконанні завдання аутист уважно розглядає малюнок. Проте тривалий час не може зрозуміти, чому дитина злякано дивиться на лікаря і що відбувається і де саме (в якому закладі). З виконанням завдання справляється за допомогою навідних запитань аутолога: «У хлопчика заболів зуб. Куди хлопчика привела мама? (У лікарню). У кабінеті лікаря його посадили у спеціальне крісло. Де сидить хлопчик? (У кріслі). Хто його лікує? Що робить лікар? Як себе поводить хлопчик? (Він злякався). Чому хлопчик зляканий». І т.д.	3
При виконанні завдання відчуває непереборні труднощі при поясненні поведінки дитини, яка зображена на малюнку. Потребує постійної дозованої педагогічної допомоги	2
Не виконання завдання	1

В.3. Впізнання предметів на дотик

Стимульний матеріал: Гра «Чарівний мішечок».

Інструкція: Педагог кладе перед дитиною «чарівний» мішечок, в якому знаходяться різні предмети (наприклад, дерев'яні олівець, грибок і яйце; металеві кільце і ложка). Звертаючись до дитини, аутолог каже: «Чарівник приніс подарунки в мішечку. У ньому знаходяться різні іграшки. Але щоб їх отримати, треба засунути руку в мішечок, обмацати і впізнати на дотик, що це за іграшка. Засунь руку в мішечок. Знайти іграшку. Обмацай її. Саме головне: Поки не назвеш іграшку



витагувати її з мішечка не можна. То який предмет ти там відшукала? Скажи».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання цього корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання пред'явленого завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина вивчає поглядом «чарівний» мішок, в якому знаходяться іграшкові предмети. Засовує руку в мішок, обмацує по одному кожний предмет, що там знаходиться. Називає предмет, після чого витягує його. Потім переходить до обмацування наступного предмета і т.д. При виконанні завдання допускає незначні помилки, які виправляє самостійно	4
При виконанні завдання дитина може негативувати на пропозицію засунути руку в мішечок. Після додаткових пояснень педагог обережно бере руку дитини і засовує в мішок. Допомагає дитині обмацувати іграшку. Потім запитує: «Яка це іграшка? Скажи». Якщо дитина відмовляється відповісти, педагог сам називає іграшку. Після цього разом з дитиною виймає з мішка названу іграшку. Педагог при цьому радісно демонструє цю іграшку дитині: «Бачиш, ми з тобою правильно впізнали іграшку. Що ми витягли з тобою з мішка? Скажи». Далі разом з дитиною обмацує по одному кожний наступний предмет, що там знаходиться. Зазвичай, дитина витягає предмет, але не називає його.	3
При виконанні завдання відчуває значні (іноді непереможні) труднощі при визначенні предметів, що знаходяться в «чарівному» мішечку. Потребує постійної дозованої педагогічної допомоги.	2
Не виконання завдання	1



В.4. Повертання подумки запропонованої фотографії знайомої людини з наступним її впізнанням

Стимульний матеріал: Світлина, на якій зображена людина, знайома дитині (наприклад, мама).

Інструкція: Педагог кладе перед дитиною на столі одну фотографію із зображенням знайомої їй людини. Фотографія перевернута догори низом. Звертаючись до дитини, аутолог каже: «На

цій фотографії хтось зображений. Щоб впізнати, хто це, фотографію треба повернути. Повернути так, щоб голова людини була не внизу (показує олівцем), а вгорі (переводить олівець вгору). Проте повертати рукою не можна. Це треба зробити подумки. Повернув? Тепер скажи, хто зображений на фотографії?».

Американськими вченими встановлено, що аутисти розпізнання перевернутих облич виконують краще, ніж не перевернутих облич.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне, навіть з певною легкістю, виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина розглядає фотографію людини. (Фотографія перед дитиною перевернута так, що голова людини знаходиться внизу). Проте не в змозі самостійно розпочати виконувати завдання. Педагог, вказуючи дитині на фотографію, говорить: «Уяви, що ти тільки подумки, ось так (показує олівцем) розвернула фотографію. І голова людини буде на фотографії не внизу, а вгорі». Після такої підказки дитина змогла правильно сказати, хто зображений на фотографії	4
Дитина своїм особливим поглядом скоса довго розглядає фотографію знайомої їй людини (на фотографії голова якої повернута донизу), але не може встановити, хто на ній зображений. Починає нервувати і відштовхувати від себе фотографію. Педагог заспокоює дитину. Потім бере фотографію, повертає її в потрібне положення. Звертаючись до дитини, запитує: «Хто це?». Після навідних питань педагога і повороту ним фотографії в потрібне положення дитина змогла сказати, кого зображено на фотографії	3
Педагог поруч із запропонованою фотографією викладає ще одну, на якій зображена та ж сама людина, але у звичному положенні (з головою повернутою догори). Далі пояснює, в чому полягає різниця між двома фотографіями. Неодноразово перевертає фотографію людини головою донизу і знову пояснює різницю між двома світлинами. Після цього пропонує дитині сказати, хто зображений на цьому фото. Дитина робить спроби дати відповідь	2
Не виконання завдання	1



В.5. Формування вміння вказувати предметом на предмет

Стимульний матеріал: Фотографія хлопчика, олівець.

Інструкція: Педагог сідає перед дитиною і каже: «Я кладу на стіл перед тобою олівець. Ось так. А це – фотографія хлопчика. Візьми олівець. Покажи олівцем хлопчика».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина розглядає фотографію хлопчика і олівець, але не розпочинає виконання завдання. Педагог ще раз пропонує: «Покажи олівцем хлопчика». Робить при цьому наголос на потрібному слові (покажи) і доторкується до олівця, яким треба показати хлопчика на фотографії. Після цього дитина правильно виконує пред'явлене завдання	4
Педагог неодноразово пояснює і самостійно вказує олівцем на хлопчика, зображеного на фотографії. Тільки після цього дитина, хоча і не зовсім впевнено, але повторює за ним всі дії, потрібні для виконання завдання.	3
Педагог вкладає в руку дитини олівець. Потім говорить: «Давай разом покажемо олівцем хлопчика». Разом виконують завдання	2
Не виконання завдання	1

В.6. Формування вміння встановлювати послідовність явищ на



основі їхнього співставлення

Стимульний матеріал: Сюжетні малюнки, на яких зображені пори року.

Інструкція: Звертаючись до дитини, педагог запитує: «Які ти знаєш пори року? Яка пора року була перед літом? Після літа? Яка пора року між весною і осінню? Між літом і

зимою? Між осінню і весною?».

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина правильно називає послідовність пір року і у правильній послідовності викладає відповідні малюнки. Проте не може визначити, яка пора року була перед літом. Педагог, звертаючись до дитини, каже: «На цьому малюнку зображене літо. (Кладе відповідний малюнок перед дитиною). Потім продовжує: «Після літа була осінь. Де малюнок	4

осені? Поклади його після малюнку, де зображена осінь». (Дитина правильно кладе малюнок осені після малюнку із зображенням літа). Далі педагог запитує: «Так яка пора року була перед літом? Знайди такий малюнок і поклади сюди». (Олівцем на столі вказує на місце перед малюнком із зображенням осені). Дитина правильно знаходить відповідний малюнок і викладає його перед малюнком із зображенням літа. Після цього педагог пропонує дитині, дивлячись на малюнки, відповісти на запропоноване запитання: «Так яка пора року між весною і осінню?» Після цього дитина правильно і самостійно виконує наступні завдання	
Дитина відчуває значні труднощі при виконанні завдання. Тоді педагог говорить, що перед літом була весна (вказує на відповідний малюнок). Далі запитує: «То яка була пора року перед літом? (Весна). Так, ти правильно відповіла». Далі педагог каже: «А між зимою і літом – також була весна». (Вказує на відповідний малюнок). Далі запитує: «То яка була пора року перед літом? (Весна). Так, ти правильно відповіла». Вказує дитині знову на відповідний малюнок. Далі дитина так само спільно з аутологом виконує подальші завдання	3
Педагог за методикою, аналогічною попередній, демонструє дитині від початку до кінця правильне виконання завдання. Дитина з постійною допомогою аутолога повторює дії зі значною кількістю спроб і помилок	2
Не виконання завдання	1

❖ Методика формування суцесивних синтезів

В.7.Формування здатності відтворювати послідовність рухів пальців руки за тактильним відчуттям

Інструкція: Педагог просить дитину заплющити очі, потім бере її праву руку і стискає пальці в кулак, а 2 (вказівний) і 3 (середній) пальці витягує з кулака. Потім знову стискає пальці в кулак і витягує 2 (вказівний) і 5 (мізинець) пальці. Після цього педагог просить дитину повторити виконані рухи самостійно спочатку правою рукою, а потім – лівою.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання/Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина заплющує очі, але не відразу може правильно відтворити рухи, які виконувалися пальцями руки	4
Дитина заплющує очі, педагог стискає її пальці в кулак і витягує її вказівний та середній пальці. Після цього дитина повторює всі рухи від	3

початку і до кінця	
Дитина заплющує очі, педагог стискає її пальці в кулак і просить, щоб вона назвала цю дію із заплющеними очима. Після цього педагог витягує її вказівний і середній пальці, а дитина називає, які пальці руки у неї витягнуті і т.д. Після цього педагог просить дитину розплющити очі і виконати всі ці дії самостійно	2
Не виконання завдання	1

В.8. Відтворення символічних рухів (за словесною інструкцією)

Інструкція: Педагог запитує дитину, як у неї розпочався ранок, що вона робила. Далі пропонує дитині показати, як вона вмивалася, чистила зуби, пила молоко. Потім можна дати дитині іграшковий чайник, чашечку і попросити: «Налий мені в чашку чаю», спостерігаючи, чи буде і яким чином дитина «наливає» чай.



Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС

Типи виконання пред'явленого завдання Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина намагається відтворити відповідні рухи, але при цьому відчуває труднощі. Тому педагог пропонує їй ще раз пригадати, як вона вмивається (чистить зуби, п'є молоко, наливає чай). Водночас аутолог супроводжує символічні дії дитини своїми коментарями	4
Дитина зі значними труднощами робить спроби відтворити відповідні рухи. Педагог демонструє їй, як треба вмиватися (чистити зуби, наливати і пити чай). Після цього дитина змогла відтворити ці дії	3
Дитина відмовляється виконувати завдання. Аутолог бере руки дитини і її руками виконує уявні дії. Після цього просить дитину виконати ці дії самостійно	2
Не виконання завдання	1

В.9. Розвиток вміння відтворювати пред'явлені предмети попарно

Стимульний матеріал: Сюжетні малюнки.

Інструкція: Педагог демонструє дитині малюнки, просить їх роздивитись і назвати, хто на них зображений. Потім педагог дає інструкцію до виконання завдання: «Подивись уважно – ці малюнки розкладені парами: дитина усміхнена біля дитини усміхненої. А це

діти, які плачуть, А це діти, які сердиті. Тепер запам'ятай ці пари малюнків. Зараз я змішаю малюнки, а тобі потрібно буде знову розкласти їх попарно. Покласти так, як це було спочатку».



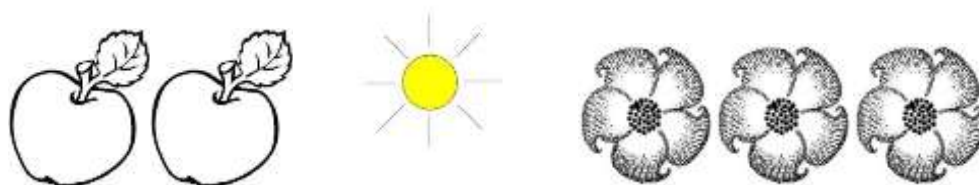
Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Педагог кладе перед дитиною малюнок (чи фотографію), на якому зображена дитина, яка плаче. Потім знаходить серед інших малюнків той, який є його парою. Після цього педагог пропонує дитині продовжити виконувати завдання самостійно	4
Педагог спільно з дитиною викладає першу пару малюнків і кладе одну з картинок другої пари (усміхнений хлопчик). Після чого дитина продовжує виконувати завдання	3
Дитина відмовляється виконувати завдання. Педагог сам викладає всі пари малюнків. Після цього він змішує малюнки і просить дитину відтворити пари малюнків. Дитина відтворює одну пару малюнків	2
Не виконання завдання	1

В.10. Формування вміння виконувати серійні інструкції

Інструкція: Педагог, звертаючись до дитини, говорить: «Спочатку скажи, чи ти знаєш, що таке яблуко? Намалюй його. Що таке сонце? Намалюй, як воно виглядає. Що таке квітка? Намалюй її». Після уточнення педагог пропонує дитині; «А тепер слухай уважно: намалюй два яблука, одне сонечко, три квітки. Запам'ятала? Починай».



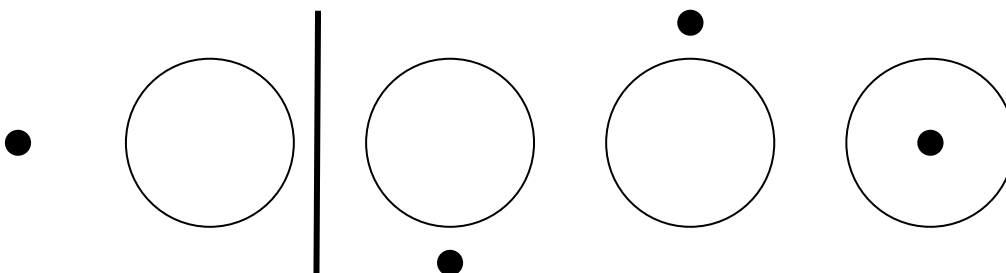
Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого завдання дитиною і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина довго не починає виконувати завдання. Тому аутолог виявляє: «Ти любиш малювати? А ти можеш намалювати яблучко? А сонечко? Квітку? Молодець». Далі педагог, звертаючись до дитини, пропонує: «Пригадай, скільки я просив намалювати яблук? Так, два. А сонечок, квітів? Ти правильно відповів. А тепер малюй»	4
Дитина старанно малює, але не правильно зображає кількість заданих предметів. Педагог: «Ти гарно намалював яблука, сонечко, квіти. Але я просив тебе намалювати два яблука, а у тебе скільки намальовано? Виправляй. Сонечко намальовано правильно, воно – одне. Так, як я просив тебе. А скільки у тебе намальовано квітів? Так. Але я просив намалювати три квітки. Намалюй їх. А тепер подивись на малюнки, які намалював я. У тебе тепер яблук, сонечок і квітів намальовано стільки ж, як у мене, чи ні? Скільки сонечок намальовано у мене? А у тебе?» і т.д.	3
Дитина виконує завдання разом з педагогом. Слухаючи пояснення педагога, дивлячись на пред'явлені малюнки, дитина малює предмети разом з аутологом (педагог малює її рукою)	2
Не виконання завдання	1

В.11. Виконання серійної інструкції (зорово-просторове уявлення)

Інструкція: Педагог звертається до дитини: «Ти любиш малювати? Давай ми з тобою ще помалюємо. Спочатку намалюй коло. А тепер (педагог розмірено вимовляє серійну інструкцію) постав крапку під колом, далі постав крапку над колом і останнє постав крапку в середині кола».



Наведемо приклади можливих варіантів виконання пред'явленого завдання дитиною і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина безпомилково відтворює заданий ряд серійної інструкції.	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина малює коло. Довго роздумує, де поставити крапку. Педагог: «Дивись – це коло. Де крапочка повинна знаходитись, якщо нам треба, щоб вона стояла під колом? Постав крапку під колом». Дитина правильно виконує завдання. Педагог: «А тепер постав крапку над колом. Так. А тепер в середині кола»	4
Педагог звертається до дитини: «Ти правильно розпочала виконувати завдання. Правильно поставила крапку під колом». Проте, коли далі дитина відмовляється виконувати завдання, педагог говорить: «А тепер дивись – я ставлю крапку над колом. Ось так. Правильно? Крапка знаходиться над колом? А крапку в середині кола поставиш сама? Ні? То давай разом поставимо крапку над колом. А самостійно ще одну крапку можеш поставити? Постав ще одну крапку в середині кола»	3
Педагог від початку до кінця виконує завдання, коментуючи кожну свою дію. Далі дитина разом з педагогом повторює виконання завдання	2
Не виконання завдання	1

В.12. Розвиток вміння складати оповідання за серією сюжетних малюнків

Стимульний матеріал: серія сюжетних малюнків.

Інструкція: Педагог демонструє дитині малюнки з послідовним розгортанням сюжету і звертається до дитини: «Розглянь уважно малюнки. Розкажи, що на них намальовано. Склади оповідання про те, що на малюнках зображено. Для цього подумай і визнач, що було спочатку, що – потім».



**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Педагог пропонує дитині послухати початок оповідання: «На цьому малюнку зображена пора року – весна. На річці розтанула крига. З вирію повертаються пташки». Після чого просить дитину продовжити	4

самостійно скласти оповідання за наступними малюнками	
Дитина складає оповідання, відповідаючи на питання педагога: «Яка пора року? Покажи цей малюнок. Що хоче зробити хлопчик? Для чого хлопчик виготовував кораблик?» і т.д.	3
Педагог повністю складає оповідання за серією малюнків. Після цього дитина з допомогою педагога і зі значною кількістю помилок повторює це оповідання від початку до кінця.	2
Не виконання завдання	1

С. Розвиток функцій сприймання та уявлень (репрезентацій) про навколишній світ (тобто, внутрішніх уявлень від побаченого, почутого, відчутого дитиною). Розвиток цих функцій здійснюється відповідно до лімбічної теорії і теорії ослаблення центрального зв'язування.

«Репрезентативний світ – це психічна модель світу. У людини вона розвивається на основі сенсорного досвіду. Репрезентація ж – це схема, побудована з безлічі вражень. Слугаючи еталоном, вона постійно модифікує усвідомлений і неусвідомлений досвід і поведінку людини» (J. Sandler D). Репрезентації стають «путівником» дитини у взаєминах зі значущими іншими людьми (Stern). Аутизм більшістю аутологів розглядається як переважно емоційне і соціальне порушення (Hobson, 2003 та ін.). Тому його корекцію не можливо здійснити без прийняття до уваги формування в дитини різних форм репрезентацій, тобто відносин дитини зі своїм оточенням. У сучасній науці прийнято виділяти декілька форм репрезентацій від побаченого, почутого, відчутого. Це – *репрезентації, пов'язані з дією, соціальні репрезентації, мовленнєві, концептуальні й образні*. З урахуванням зазначеного і на підставі результатів аналізу відповідних наукових джерел механізм ослаблення (або порушення) формування різних форм репрезентацій в дитини з аутизмом може бути представлений *за схемою*.

Схема механізму ослаблення формування репрезентацій в дитини з аутизмом
Вроджена мозкова дисфункція (поломка) > порушення спільної уваги, особливо тристоронньої уваги і тих переживань, що включають дитину, дорослого та об'єкт у взаємодію > нездатність сприймати емоційні прояви інших людей (як первинне порушення репрезентації внутрішніх уявлень або міжособистісних відношень) і адекватно відповідати на них > не отримання досвіду соціальної взаємодії в дитячому віці > труднощі формування когнітивних компонентів, що відповідають за розуміння соціальних аспектів навколишнього оточення.

Уже ранні прояви соціально-когнітивних порушень дитини можуть призводити до розладів репрезентації її внутрішніх уявлень і, як наслідок, до труднощів сприйняття емоцій іншої людини. Дефіцитарність репрезентацій внутрішніх уявлень іншої людини,

своєю чергою, призводить до порушення уявлень від побаченого, почутого, відчутого, наприклад, до не розуміння дитиною навмисного обману.

Розробляючи завдання для цієї частини (субтесту) корекційно-розвивального комплексу, ми враховували, що першою ознакою появи в дитини здатності до репрезентації внутрішніх уявлень іншої людини вважається зафіксована *спільна увага*. В нормі спільна увага з'являється раніше символічної гри і є ранньою формою комунікативної поведінки дитини. Це, перш за все, напрям погляду як механізм спільної уваги для надання інформації. Цей механізм забезпечує побудову відносин «я-інший-об'єкт». В аутистів даний механізм ушкоджений, що порушує соціальний розвиток дитини і сприйняття нею інших людей, здатних спрямувати її увагу на ті чи інші об'єкти. Більшість аутистів, як відомо, не використовує контакт очей як джерело інформації і виявляє нездатність швидко перемикає увагу. Все це перешкоджає формуванню адекватного переживання і накопичення досвіду в дитини для розвитку уявлень про внутрішні переживання інших людей.

Із урахуванням зазначеного нами розроблені комплекси завдань для формування *основних форм репрезентацій в дітей з аутизмом*. З цією метою здійснено підбір відповідних завдань (групи завдань комплексу С) для розвитку *рухових репрезентацій, соціальних репрезентацій і метарепрезентацій* (простих, уявних, мовленнєвих). Кількість завдань для кожної групи із запропонованого комплексу аутологом може бути значно розширений з урахуванням конкретних завдань корекційно-розвивальної роботи.

❖ Розвиток рухових репрезентацій (тобто, пов'язаних з дією)

С.1. Розвиток спільної уваги; уміння концентрувати увагу на предметі (або звуці), перемикає її для накопичення досвіду соціально-емоційної взаємодії.

Для формування зазначених умінь вважається особливо важливим рівень розвитку тристоронньої уваги і переживань, що включають дитину, дорослого і предмет у взаємодію (Leslie і Harpe, 1989, Baron-Cohen, 1994). Перш ніж запропонувати відповідне завдання, аутологу необхідно налаштуватися на одну емоційну хвилю з дитиною. Без встановленого емоційного контакту всі зусилля дорослого можуть бути безрезультатні. Якраз саме *встановлення контакту для дитини з аутизмом, як вже неодноразово зазначалося, часом виявляється найскладнішим завданням*. Для цього, доклавши зусиль, увагу дитини можна, наприклад, залучити, повільно видуваючи мильні бульбашки, або спокійно переливаючи воду з однієї склянки в іншу. Аутичні діти люблять спостерігати за рухами дзиги, сонячними зайчиками на стіні, колесами машини, що крутяться. Здійснюючи приємну для дитини дію,

дорослий зможе залучати її увагу до себе. Як тільки дорослий відчує, що налаштувався на одну емоційну хвилю з малюком, можна приступати до подальших дій.

Ознакою появи здатності до репрезентації внутрішніх уявлень є саме спільна увага. Така рання форма комунікативної поведінки висловлює бажання дитини спілкуватися. Саме наявність детектора напряму погляду забезпечує їй інформацію для механізму спільної уваги. Зазвичай цей механізм відповідає за побудову тріадної репрезентації відносин «я – інший – об'єкт». У більшості аутичних дітей цей механізм виявляється ушкодженим, що істотно порушує соціальний розвиток дитини. На відміну від дітей 9–18-місячного віку з типовим розвитком аутичні діти (у віці 3,4–7,2 років) не достатньо або взагалі не використовують контакт в якості джерела інформації (Philips зі співавторами, 1992, Baron-Cohen, 1994).

Отже, для аутичних дітей характерною є не сформованість концентрації уваги: на людині (що, зазвичай, здійснюється шляхом підтримки зорового контакту); на предметі або звуці; на предметі одночасно з іншою людиною (спільна увага). Стан розвитку спільної уваги значною мірою визначає особливості психічного розвитку дитини. Без цієї навички дитина не здатна оволодіти соціальними навичками, уміннями спілкування, а в подальшому – і навичками використання тонкої моторики (міміки, жестів) в процесі спілкування.

Мета завдання: Формування спільної уваги (через жести дитини, її міміку, рухи тіла, траєкторію погляду та інші особливості погляду тощо).

Стимульний матеріал: дидактичні іграшки, сюжетні малюнки, фотографії.



Інструкція: Педагог кладе іграшку поруч з дитиною, рухає її, впускає додолу, піднімає, видає догори тощо. Малюка в момент вправи не повинні відволікати ні інші іграшки, ні інші особи, ні сторонні звуки. Всі ці подразники

заважатимуть концентрації уваги дитини. Адже для переважної більшості аутичних дітей ця вправа є дуже не простою.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

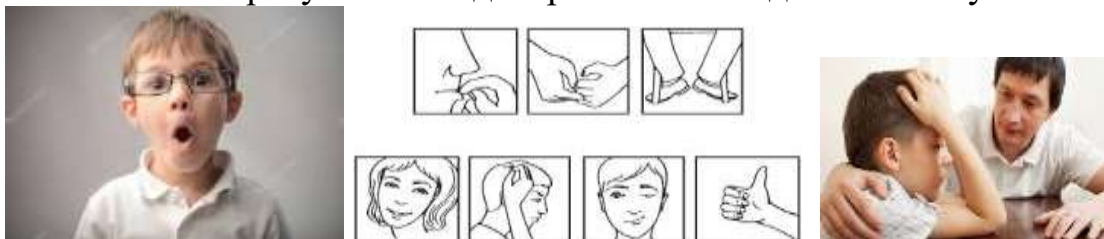
Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Яскравий предмет привертає увагу дитини. Вона фіксує іграшку поглядом у полі свого зору. Разом з аутологом спостерігає не тільки за статичним предметом,	5

але й коли предмет рухається на неї і від неї, падає додолу, злітає вгору; реагує поглядом на постукування м'ячем	
Дозована педагогічна допомога	
Дитина скося фіксує іграшку поглядом у полі свого зору. Спільно з педагогом спостерігає за статично-динамічним предметом (наприклад, м'ячиком), коли він нерухомий, коли рухається на неї та від неї. Якщо дитина не реагує на м'ячик, що падає додолу, то у цьому випадку аутолог може спочатку м'ячик замінити його, наприклад, дзигією, що швидко рухається і видає тихий звук. Коли погляд дитини зупиниться на дзигі, аутолог швидко замінює її м'ячем, що падає вниз. Такий маневр зможе змусити дитину повернути увагу до м'ячика, простежити поглядом його падіння додолу	4
Дитина за характерним для неї поглядом-поштовхом спостерігає за статичним м'ячем і за м'ячем, який рухається до неї. Якщо не реагує на інші рухи м'яча, то аутолог повертає її увагу способом, аналогічним попередньому. Крім того, застосовує голосне і сильне постукування м'ячем об підлогу. Це сприятиме поверненню уваги дитини до м'яча, що підстрибує угору і вниз	3
Якщо дитина реагує тільки на статичний м'ячик, аутолог для розвитку її рухової репрезентації використовує всі засоби, що зазначені вище	2
Не виконання завдання	1

С.2. Формування навички розуміння і відтворення жестів, спрямованих на просту маніпуляцію поведінки іншого (наприклад, «підійди», «замовкни», «заспокойся», «сідай», «слухай» тощо).

Стимульний матеріал: Сюжетні малюнки.

Мета: Розвиток розуміння і відтворення жестів дитиною з аутизмом.



Інструкція: Педагог пропонує дитині за зразком (за наслідуванням) чи за словесною інструкцією відтворити рухові репрезентації для кожної з базових емоцій (здивування, страх, смуток, гнів, непокору, радість).

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання/ Бали	
Правильне самостійне виконання дитиною завдань. Дитина рухається достатньо легко, координація рухів відповідає рухам дитині з типовим розвитком цього ж віку. Концентрує (хоча і не надовго) увагу на людині. Зазвичай така фіксація здійснюється шляхом специфічного зорового контакту на предметі або слухового – на звуці. Зосереджує (не тривалий час) увагу на предметі одночасно з іншою людиною (маніфестація «спільної уваги»). Не завжди, проте адекватно,	5

<p>відтворює за наслідуванням жест, спрямований на обраний предмет (протоімперативне вказування). Розуміє вказівний жест педагога з метою привернути її увагу і відтворює його за наслідуванням (протодекларативне вказування). Розуміє певні експресивні жести, які регулюються уявленнями про переживання іншої людини – прагнення втішити, порадіти, гніватися, підтвердження готовності до співпереживання людині тощо. За наслідуванням, а іноді за словесною інструкцією відтворює їх</p>	
Дозована педагогічна допомога	
<p>У дитини спостерігаються прояви незначних відхилень у функціонуванні моторної сфери: незграбність, повторювальні рухи, труднощі в координації рухів, незвичні рухи. За словесною інструкцією разом з педагогом концентрує не тривалий час увагу на предметі та дії з ним (наприклад, «спільна увага» на піску, що сиплеться з пляшечки).</p> <p>Може відчувати труднощі при сприйнятті, розумінні чи відтворенні експресивних жестів, які мають регулюватися її уявленнями про переживання іншої людини. У цьому випадку аутолог застосовує спеціальні прийоми корекції, які в основному базуються на використанні дидактичної гри, пантоміми, піскової терапії тощо.</p> <p>Основним методом формування невербальних компонентів спілкування дитини можуть бути пластичні етюди, які сприяють розвитку вміння передавати емоції за допомогою міміки і виразних рухів: «День народження» (вираз радості, інтересу і подиву); «Самотній сумний цуцик» (вираз смутку); «Хто до нас прийшов? Подивися.» (вираз інтересу, подиву і радості). Щоб діти зрозуміли сенс кожного емоційного стану, треба використовувати реальні життєві ситуації, які відбувалися в дитячому садку, на вулиці, вдома</p>	4
<p>Поведінка дитини може включати дивні рухи пальцями, незвичні пози пальців або тіла, може витріщатися, смикати частинами тіла, проявляти аутоагресію, розгойдуватися, крутитися, ходити навшпиньках. Використовує жест, спрямований на обраний предмет (протоімперативне вказування). З труднощами розуміє вказівний жест іншої людини, адресований комусь з метою привернути її увагу.</p> <p>У роботі з такими дітьми особливого значення надається навчанню їх способам самовираження: від простих рухів головою, рукою до більш складних – вибору піктограм, що зображують певні почуття й емоції людини. Навчання умінню використовувати піктограми проходить паралельно з навчанням розумінню мовлення. При цьому необхідно враховувати, що засвоєння дітьми з РАС таких понять, як здивування, страх, смуток, гнів, непокора, радість тощо і їхнє відтворення проходить повільно, зі значною кількістю повторень. При цьому необхідно звертати увагу дитини на різноманітність мімічних проявів конкретного емоційного стану (наприклад, страху). Дітей необхідно вчити, яка поза може бути у людини, яка боїться, яка її хода тощо.</p>	3
<p>Інтенсивні і часті рухи, як знак серйозних відхилень у функціонуванні моторної сфери дитини. Ця поведінка може продовжуватися, не</p>	2

дивлячись на всі спроби педагога засудити, зупинити або залучити дитину в інші заняття. Використовує жест, спрямований на обраний предмет. Проте не розуміє вказівний жест іншої людини, адресований комусь з метою привернути увагу; не розуміє і не відтворює (за інструкцією) експресивні жести, які регулюються уявленнями про переживання іншої людини (прагнення втішити, підтвердження готовності, співпереживання людині тощо). Формування навички розуміння і відтворення жестів у дитини треба проводити не автономно, а в сукупності з іншими формами роботи: вправами на м'язову релаксацію (знижують рівень збудження, знімають напругу); дихальною гімнастикою (діє заспокійливо на нервову систему); мімічною гімнастикою (спрямовану на зняття загальної напруги), руховими вправами для рук. Використовують різноманітні малюнки)	
Не виконання завдання і не сприйняття допомоги аутолога	1

Примітка: У ході навчання можуть задіюватися (демонструватися дитині з подальшим їхнім відтворенням) *специфічні рухові репрезентації для кожної з базових емоцій:*

- для рухової репрезентації *страху* – характерні різкі і плавні повороти голови, закривання обличчя в області рота руками, рухи тазом вперед або/і назад, напівприсідання і випростання, хода навшпиньках. Характерними мімічними проявами для страху можуть бути широко відкриті очі, відкритий рот, підняті вгору брови, заціпеніння тощо;

- при руховій репрезентації *печалі* – нахили голови вниз, плавні повороти і обертання голови, затуляння руками обличчя в області очей, глибокі зітхання, опускання куточків вуст, спрямовування погляду в підлогу;

- характерними рухами репрезентації *гніву* є різкі обертання голови, розкриття рук на рівень передпліччя, пальці, стиснуті в кулаки, обертання передпліччя, рухи грудної клітини вперед, махи вперед, випади тулуба вправо і вперед. Під час передачі гніву можуть спостерігатися стиснуті губи або демонстрація «оскалу», зсунуті брови;

- при руховій репрезентації *радісті* частіше використовуються розкриття обох рук догори і на рівень плеча, рухи ліктями вперед – назад і вгору – вниз, підстрибування. Репрезентуючи радість, діти можуть посміхатися.

С.3. Формування функції розпізнавання голосових інтонацій

Мета: З'ясування стану сформованості концентрації уваги на звуці.

Стимульний матеріал: Відповідні предметні малюнки, наприклад, мишки і вовка.



Інструкція: Звертаючись до дитини, аутолог пропонує: «Згадай, який голос у мишки, а у вовка? Покажи (розкажи), яким голосом «говорить» (кричить) вовк, а яким – мишка».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина безпомилково відтворює голоси і їхню силу у вовка і мишки; правильно коментує виконання свого завдання	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина відтворює злий і грубий голос вовка та тоненький, тихий голос мишки. Коментуючи своє виконання завдання, може пояснити, що у вовка голос високий і страшний. А мишка «говорить» маленьким та хорошим голосом, тому він у неї низький. Педагог звертає увагу дитини на цю помилку, пояснюючи (але не демонструючи), яким голосом кричить кожна з тварин. Дитина правильно виконує завдання.	4
Дитина не спроможна правильно відтворити голоси тварин, зображених на малюнках. Аутолог здійснює певну підготовчу роботу. Наприклад, показує дитині картинку, на якій намальована хуртовина і зображує, як хуртовина завиває. При цьому педагог спочатку говорить тихим тоненьким голосом: у-у-у ..., потім – голоснішим і грубішим голосом, а далі – знову тихіше і тонше. Дитина, наслідуючи педагога, відтворює зміну силу голосу. У цьому випадку словесні вказівки, можна замінити диригуванням: плавний рух руки вгору – дитина говорить голосніше, плавний рух руки вниз – дитина говорить тихіше. Після такої додаткової роботи дитина починає виконувати основне завдання, відтворюючи за аутологом голоси тварин	3
Дитина відмовляється виконувати завдання. Аутолог почергово багаторазово демонструє їй, як «говорять» вовк і мишка. Далі пропонує їй почергово відтворити почуті голоси. Дитина може намагатися повторити почуте, проте ці спроби, як правило, безрезультатні	2
Не виконання завдання	1

❖ Формування соціальних репрезентацій

Соціальний інтелект – це здатність дитини розуміти і передбачати поведінку інших людей в різних життєвих ситуаціях, а також вміти розпізнати почуття, наміри й емоції за вербальними і невербальними проявами та прогнозувати поведінкові реакції людей в різних ситуаціях (Е. Thorndike). J. Guilford визначив соціальний інтелект як систему інтелектуальних здібностей, які не залежать від загального інтелектуального чинника, а в першу чергу пов'язані з пізнанням інформації про поведінку. Соціальний інтелект забезпечує розуміння сукупності дій і вчинків людей, міміки, поз, жестів, мовлення. Порушення соціального інтелекту можуть бути внаслідок не сформованості: а) простої (первинної) репрезентації, б) репрезентації внутрішніх уявлень, в) міжособистісних відносин.

Разом з тим, Н. Ozonoff зі співавторами вважає, що більш вірогідним базовим первинним дефектом при аутизмі є не порушення репрезентації внутрішніх уявлень, а зниження програмування і контролю. Однак ці автори не відкидають порушення репрезентації внутрішніх уявлень в якості пояснення більшості проявів з тріади порушень у дітей з аутизмом. Вони розглядають можливі взаємозв'язки між цими двома психологічними розладами. Зниження програмування і контролю може бути наслідком утруднення репрезентації внутрішніх уявлень, а утруднення репрезентації внутрішніх уявлень може виникати внаслідок слабкості програмування і контролю. Або ж обидва ці порушення можуть бути результатом дії третього чинника. У цьому випадку зниження репрезентації внутрішніх уявлень ці автори пояснюють тим, що за обидва порушення має нести відповідальність деяке третє порушення на біологічному рівні, а саме: ураження префронтальних відділів кори головного мозку.

С.4. Розвиток в дитини здатності уявляти очікування та наміри інших людей, розуміти їхні переживання (здатності до обману). З цією метою застосовується Тест помилкових очікувань («Льодяники»), призначений для аутичних дітей з середнім і високим рівнем психічного розвитку.

Стимульний матеріал: Жменя льодяників, яка насипається в одну з двох коробок. У кожній коробці є віконце, так що вміст коробки може бачити тільки дитина, а дорослий, який одночасно є і учасником гри, цього не бачить.



Інструкція: Аутолог ставить перед дитиною дві коробки. Далі, звертаючись до неї, говорить: «Дивись, в кожній коробці є по одному віконцю. В цю коробку я висипаю льодяники. У віконце якої коробки потрібно заглянути, щоб відшукати льодяники? Так, правильно, саме в цю. Ти відгадала, в якій коробці льодяники, тому забирай їх собі. Вони твої».

Далі педагог (супроводжуючи слова відповідним жестом) говорить: «Зараз я відвернуся від столу. А ти сама висип льодяники в якусь коробку – в цю або в цю. Висипала? Тепер я повернуся обличчям до столу. Підкажи, де мені шукати льодяники. Правильно, цукерки саме в цій коробці. Тому цукерки знову твої, можеш їх забрати».

А тепер слухай уважно. Ти можеш знову виграти льодяники, але маєш діяти зовсім інакше. Ти виграєш цукерки, якщо *вказеш мені на порожню коробку*». Аутолог знову відвертається від столу. Повернувшись, запитує дитину: «У віконце якої коробки тепер я маю заглянути, щоб льодяники стали моїми, щоб я могла забрати їх собі?».

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання завдання на репрезентацію внутрішніх уявлень іншої людини. Дитина не без значних вагань, проте спроможна правильно вказати аутологу на порожню коробку, в яку має заглянути педагог. Тобто, дитина здатна уявити собі очікування та плани іншої людини	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина правильно виконує пробне завдання – вказує на коробку, в яку аутолог висипав льодяники. Радіє одержаним цукеркам. При подальшому виконанні завдання дитина спроможна вказати на порожню коробку тільки за показом і допомогою педагога, що засвідчує ослаблення її внутрішньої репрезентації	4
Правильно самостійно виконує пробне завдання – вказує на коробку, в яку аутолог висипав льодяники. Дитина задоволена, що виконала завдання і одержала цукерки. Надалі, на порожню коробку не спроможна вказати навіть при неодноразовій допомозі аутолога, виявляючи нездатність до обману	3
Пробне завдання виконує тільки за допомогою педагога. Продовжити виконання завдання при багаторазовій допомозі педагога – не спроможна	2
Не виконання завдання	1

С.5. Розвиток здатності передбачати поведінку іншої людини, розуміти її переживання. Це завдання пропонується дитині з метою, яка є аналогічною меті попереднього завдання. Тест розроблений для дітей-аутистів з середнім і високим рівнем психічного розвитку, тобто

чий розумовий вік не менше 4 років. Даний тест є спрощеним варіантом тесту помилкових очікувань «Де м'ячик?» (Wimmer і Perner), розроблений для діагностики і розвитку здатності аутичної дитини до «репрезентації внутрішніх уявлень». Тобто, в даному разі формується здатність дитини до «зчитування» уявлень про те, де, за думкою іншої людини, має знаходитися кулька.

Стимульний матеріал: коробка, кошик, тенісний м'ячик.

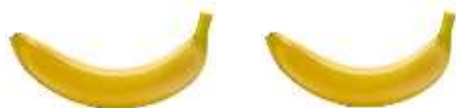


Інструкція: Дві дівчинки, Марічка і Тетянка, сидять перед аутологом за столом. Перед ними педагог ставить кошик і коробку. Далі він кладе на столі тенісний м'яч і говорить: «Біля тебе, Марічко, стоїть кошик, а біля тебе, Тетянко, – коробка. Зараз, Марічко, поклади м'ячик у свій кошик. Так. Ти правильно поклала м'ячик». Тетянка бачить, як Марічка кладе м'ячик у свій кошик. На прохання аутолога Марічка йде з кімнати. Поки Марічки немає, за інструкцією аутолога Тетянка перекладає м'ячик з кошика в свою коробку. Перед тим, як Марічка повертається, дорослий, звертаючись до Тетянки, запитує: «Як ти думаєш, де Марічка буде шукати свій м'ячик?».

Дослідженнями американських учених доведено, що Тетянка-аутист обов'язково вказуватиме на коробку, в яку вона сама щойно переклала м'ячик.

С.6. Розвиток простого (символьного) типу метарепрезентації (простої реальності, за Ф.Аппе). Проста форма символізації передбачає використання в якості символів, перш за все, форму і колір предметів. З цією метою пропонується застосувати, наприклад, гру «Телефонна розмова». При цьому дитина «спілкується» зі співрозмовником за допомогою телефонної слухавки-банану.

Стимульний матеріал: Використовуються будь-які



реальні предмети-замісники. У даному разі аутолог викладає перед дитиною фрукти.

Інструкція: Педагог переконується, що дитина знає назви викладених на столі предметів («Покажи, де яблуко, груша, банан» тощо). Потім, звертаючись до дитини, говорить: «Зараз ми з тобою пограємо в гру «Телефон». Ось я беру слухавку свого телефону (бере банан і прикладає його до свого вуха). А де твоя слухавка? Знайди. Бери її». Якщо дитина бере предмет-замісник, то аутолог продовжує: «Починаємо розмовляти

по телефону». Надалі «телефонна розмова» відбувається на рівні, доступному для конкретної аутичної дитини.

Примітка: Виконання цього завдання вимагає затребування інших психологічних здібностей дитини (в першу чергу, мовлення), так що ослаблення в цій сфері може також спричиняти не виконання завдання.

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

**Шкала оцінювання
виконання корекційно-розвивального завдання**

Типи виконання пред'явленого завдання /Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина спроможна застосувати просту форму репрезентації (просту форму символізації) використавши для «телефонної розмови» реальний предмет-замісник. «Телефонна розмова» відбувається на доступному їй рівні мовленнєвого розвитку	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина з незначною допомогою аутолога у вигляді натяку на правильне виконання (педагог пальцем вказує їй на свою слухавку-банан біля вуха) відбирає реальний предмет-замісник, потім правильно його називає. «Телефонну розмову» розпочинає також правильно, але не здатна підтримати її самостійно	4
Дитина не відразу розуміє, який реальний предмет можна використати в якості замісника справжньої слухавки. Довго вагається, дивлячись на різні фрукти і не наважуючись взяти один з них. Після цього аутолог пояснює: «Ось я беру слухавку (знову бере банан і прикладає його до свого вуха). Тепер скажи, що у мене біля вуха? Так. Банан. Це моя слухавка. А де твоя слухавка? Вона така ж, як і моя». Далі дитина бере банан, розпочинає «телефонну розмову» і продовжує її за допомогою педагога	3
Реальний предмет-замісник дитині відбирає педагог. Дитина може слухняно дозволити педагогу прикласти банан до свого вуха. Проте започаткувати, а тим більше продовжити «телефонну розмову» вона неспроможна навіть при багаторазовому застосуванні аутологом різних видів дозованої педагогічної допомоги.	2
Не виконання завдання	1

С.7. Формування в дитини здатності до уявної метарепрезентації (уявної реальності).

Мета: Формування в дитини здатності дистанціюватися від запропонованого об'єкта. З цією метою застосовується Фотографічний тест (Тест очікування). У цьому тесті дитина має вказати місце, де знаходиться предмет насправді (Leekam і Perner, 1991, Leslie і Thaiss, 1992, Charman та Baron-Cohen, 1992). Встановлено, що нейротипові трьохлітки відчувають дуже великі труднощі при виконанні

фотографічного тесту (Zaitchik 1990). Припускається, що в цьому випадку мають місце певні проблеми з переробкою інформації загального порядку. Зокрема такі, як відсторонення від того, що відразу «кидається» в очі. Встановлено, що до неправильного виконання дитиною з аутизмом Тесту очікувань призводить її нездатність дистанціюватися від об'єкта (Leslie і Frith, 1988).

Дитині пропонується завдання, розроблене для виконання дітьми-аутистами семи років з високим або середнім рівнем інтелектуального розвитку. Зазначимо, що це завдання, як правило, викликає в дітей відчутні труднощі при самостійному його виконанні. Проте застосована аутологом допомога сприяє правильному завершенню.

Стимульний матеріал: іграшкова кішка (або при можливості – жива), фото іграшкової (живої) кішки.



Інструкція: Аутолог саджає кішку в крісло. Далі бере мобільний телефон і фотографує її. Після цього фотоапарат демонстративно кладе в ящик стола і зачиняє його. Фотографію збільшує і показує дитині. Далі педагог запитує малюка: «На чому (де) кішка сидить на фотографії?». Дитина або відповідає словесно (якщо мовлення сформоване), або жестом (якщо володіє) показує, де сидить кішка на фотографії (в кріслі). Потім аутолог переносить (так, щоб дитина бачила його дії) кішку з крісла і саджає на ліжку. Всі свої дії педагог виконує повільно, підкреслюючи кожен рух і супроводжуючи їх словесно: «Ось я беру кішку з крісла і перенесу її. Тепер саджаю кішку на ліжку». Далі, звертаючись до дитини, запитує: «Де зараз сидить кішка?» і чекає поки дитина скаже словесно чи вкаже жестом, де тепер сидить кішка (на ліжку). Після цього педагог знову бере в руки фотографію (але повернуту від дитини так, щоб вона не бачила зображену на ній кішку) і запитує: «Подумай і скажи. А де тепер на фотографії сидить кішка?».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання / Бали	
Правильне самостійне виконання дитиною завдання для визначення особливостей розвитку уявної метарепрезентації (уявної реальності)	5
Дозована педагогічна допомога	

Дитина правильно самостійно показує, де сидить кішка на фотографії до того, як її перенесли на ліжку. (В кріслі). Правильно визначає, де сидить кішка після того, як її перенесли на ліжку. (На ліжку). Здатна зрозуміти, що на фотографії кішка продовжує сидіти на кріслі. Проте спромоглася правильно відповісти тільки після багаторазової відповідної допомоги педагога у вигляді навідних запитань: «Я фотографувала кішку, яка сидить на ліжку? Так чи ні? То де кішка сидить на фотографії?» і т.д.	4
Дитина правильно самостійно показує, де сидить кішка на фотографії (в кріслі) до того, як її перенесли на ліжку. Здатна дистанціюватися від кішки, яка сидить на ліжку, і зрозуміти, що на фотографії кішка насправді продовжує сидіти на кріслі. Проте таке виконання досягається тільки після багаторазового показу фотографії із зображенням кішки і порівняння її з кішкою, яка сидить на ліжку. Крім того, правильна відповідь, як правило, є не стабільною	3
Дитина за допомогою педагога показує, де сидить кішка на фотографії: до того, як її перенесли на ліжку (в кріслі) і після того, як її перенесли на ліжку. Проте не здатна дистанціюватися від об'єкта, не здатна зрозуміти (як після багаторазової словесної допомоги педагога, так і після показу фотографії), що на фотографії кішка насправді продовжує сидіти у кріслі	2
Не виконання завдання	1

❖ Оволодіння способами лексичної репрезентації (представництва) емоцій в усному мовленні

С.8. Формування у дитини репрезентації емоцій іншої людини (засобами мовлення і невербалики)

Емоції, як відомо, досить чітко відрізняються від інших феноменів сприйняття світу, а до їхньої диференціації здатні навіть маленькі діти. Емоції сприймаються як самі по собі, так і в складі цілісного сприйняття ситуації (Г.Олпорт). Емоції тісно пов'язані з ментальною діяльністю людини. Все різноманіття емоцій систематизоване різними мовними репрезентаціями, тобто емоції представлені в мові. Формування емоційних репрезентацій сприятиме попередженню грубих помилок і прорахунків в емоційній комунікації дітей з РАС. Наведемо приклад завдання для формування емоційних репрезентацій в мовленні дітей з РАС.

Метою завдання є розвиток уміння дитини словесно означати емоції на підставі сукупності дій людини, її міміки, пози, жести.

Стимульний матеріал: Фотографії дітей з різними емоційними станами (можливе включення відео) і малюнки зі схематичним зображенням облич.



Інструкція: «Розглянь уважно ці фотографії. А зараз розглянь рисунки (схеми), що знаходяться внизу фотографій. Тепер фото дітей (олівцем вказує на малюнки) треба покласти під цими схемами (вказує на них олівцем). Скажи, який з рисунків (схем), що знаходяться внизу (відповідний жест педагога олівцем), підходить до дитини, яка весела? Чому? Правильно. Поклади фото під схемою. А який підходить до дитини, яка сумна? Злякана? Скажи, що відчуває ця дитина? А ця? Розклади ще раз фотографії дітей під цими рисунками».

Наведемо приклад, що характеризує можливі особливості виконання пред'явленого корекційно-розвивального завдання дитиною з РАС і спосіб оцінювання його результатів.

Шкала оцінювання

виконання корекційно-розвивального завдання

Типи виконання пред'явленого завдання /Бали	
Правильне самостійне виконання завдання. Дитина правильно розуміє паралінгвістичний простір (сукупність дії, пози і жести) персонажів, зображених на фотографіях. Адекватно репрезентує в мовленні емоції і почуття кожної дитини. Правильно співвідносить фотографію зі схемою	5
Дозована педагогічна допомога	
Дитина правильно розуміє і співвідносить зі схемами дві фотографії з трьох. Адекватно репрезентує в мовленні відповідні емоції і почуття. Уживає слова-номінали: сміється, боїться; описує кінесику (др.-грец.κίνησις – рух), тобто сукупність рухів (жестів, міміки) дітей, зображених на фотографіях, за допомогою слів, які є непрямими репрезентантами почуттів (закричав, ахнув)	4
Дитина правильно розуміє і співвідносить зі схемою одну фотографію з трьох. Адекватно використовує відповідну словесну одиницю, що описує емоції і почуття дитини, яка зображена на фотографії. Проте і в цьому випадку допускає помилки, що свідчать про орієнтацію дитини на зовнішні другорядні обставити ситуації, зображеної на малюнках	3
Дитина не має чіткого розуміння сукупності дій дітей, зображених на фотографіях, їхньої міміки, пози, жести. При виконанні завдання	2

застосовує метод спроб і помилок. Не використовує словесні одиниці, що репрезентують емоції і почуття персонажів, зображених на фотографіях	
Не виконання завдання	1

Як зазначалося вище, кількісне оцінювання результатів виконання кожного навчального завдання забезпечується застосуванням п'ятибальної шкали. Це дасть можливість аутологу, по-перше, визначити, якими є результати рівня сформованості в дитини нейропсихологічних систем і, по-друге, тим самим мати уявлення про ефективність застосованої методики корекції розвитку. *Загальна максимально можлива оцінка за трьома частинами діагностичного комплексу складає 135 балів, мінімально можлива – 27 балів.*

Висновки

Узагальнюючи матеріали, представлені в Темі 13 Модуля V, зазначимо наступне.

1. Основним результатом застосування нейропсихологічного підходу є корекція розвитку нейропсихологічних систем дитини з аутизмом: програмування, зв'язності, репрезентативності. Корекція цих систем значною мірою забезпечує подолання/пом'якшення симптоматики порушень соціоемоційної сфери дитини. Застосування такого підходу сприяє тому, що аутологічна робота на її корекційно-формувальному етапі спрямовуватиметься *не тільки на подолання симптомів і симптомокомплексів відхилень в поведінці дитини, а, в першу чергу, на їхні спонукаючі і викликаючі причини. Тобто, на максимально можливе усунення виявлених розладів нейропсихологічних систем.*

2. Важливо в аутологічній роботі даних розглядати сім'ю дитини як складну систему, розуміти, що сім'ї виникають в різноманітних контекстах, які впливають і на функцію, і на дисфункцію, на вміння усвідомлювати роль і значення меж, а також на процеси, що відбуваються в сімейному середовищі. Тому виявлені проблеми розвитку дитини мають розглядатися і оцінюватися як *«сімейно-контекстуальна допомога de facto», тобто в контексті як великої сімейної системи, так і соціальної системи.* Крім того, необхідно враховувати, що залежність дитини від дорослих впливає на ефективність як діагностування, так і корекції через такі перемінні, як побутові конфлікти, батьківська патологія, фінансові труднощі, життєві обставини і соціоекономічний статус.



3. Застосування нейропсихологічного підходу дозволить аутологу врахувати в роботі *основні способи мовленнєвої репрезентації (представлення) дитиною з аутизмом емоцій (емоційних концептів – смислів слова)*. Це дасть змогу педагогу врахувати в аутологічній і логопедичній роботі диференційний спосіб представлення емоцій тим засобом мовлення, який є для конкретної дитини провідним, а саме:

- різні емоції і почуття людини дитиною номінуються (називаються) за допомогою слів;



- при відсутності номінативних засобів (системи лексем) для позначення відповідних емоцій і почуттів дитина їх описує або пояснює;

- характер емоції або почуття розкриваються за допомогою так званого емотивного лексикону (мовної ситуації, контексту). При

цьому головною функцією вважається саме емотивна, яка полягає у конструктивному впливі на неконтрольовані емоції дитини і сприяє встановленню більш тісного контакту з нею. Це досягається за допомогою частини сформованих паралінгвістичних засобів у взаємодії з наявними вербальними засобами.

4. Наступний висновок полягає в необхідності врахувати особливості ставлення дитини до партнерського діалогу:

- дитина спокійно, терпляче слухає педагога; з труднощами, але прагне домовитися з ним і достатньо адекватно емоційно прилаштовується до взаємодії;

- можливості до партнерського діалогу характеризуються рядом варіантів – дитина вміє слухати, але не виявляє спроможності емоційно прилаштовуватися до аутолога; проявляє нетерпіння при його слуханні, не адекватно розуміє його експресію, не здатна до емоційно-експресивної перебудови тощо.

5. Проведення нейропсихологічного втручання вимагає від аутолога *достатнього рівня сформованості власних спеціалізованих навичок і підготовки до роботи з категорією дітей з РАС*. Підвищенню ефективності професійної підготовки аутологів, на нашу думку, сприятиме введення нового спеціалізованого розділу корекційної педагогіки і спеціальної психології – *дитяча аутологія* – з включенням в якості структурних компонентів підспеціальностей, що відображають різні функції, умови і знання в даній галузі.

У студента має сформуватися знання того, що перехресна природа таких дисциплін, як корекційна педагогіка і спеціальна психологія, аутологія, дитяча аутологія, дитяча психологія, дошкільна педагогіка, клінічна дитяча психологія, дитяча нейропсихологія, педіатрична нейропсихологія,

сімейна психологія передбачає і дозволяє застосовувати необхідні знання з усіх зазначених дисциплін.

6. Новітні електронні наукові журнали на зразок Treatment and Prevention («Лікування та профілактика»), Українського терапевтичного журналу, Часопису факультету корекційної педагогіки та спеціальної психології ПУ ім.М. Драгоманова тощо обговорюють питання **поєднання профілактики і корекції розвитку** аутичної дитини, тобто інтеграції лікування, психолого-педагогічного втручання і наукових досліджень в галузі психіатрії, педагогіки і психології.

На сьогодні суспільство має значні людські й економічні витрати, оскільки поки що віддає перевагу традиційній, зорієнтованій на патологію, моделі корекційно-розвивального навчання. За цією моделлю увага практиків і майже будь-якого дослідження залишається прикутою до порушеної поведінки і розладу. Ця модель не розрахована на те, щоб якомога раніше, до того, як дитина остаточно перетвориться на особу з обмеженими можливостями здоров'я, здійснювати кроки, в першу чергу, спрямовані *на запобігання розвитку в неї психофізичних проблем*.

Профілактична система вимагає від аутолога враховувати фактори ризику і захисні фактори, тобто володіти знаннями і вміннями планувати корекційно-розвивальну допомогу не тільки для того, щоб усунути наявні симптоми аутичного розладу, але й передбачити наступні проблеми в розвитку дитини. Важливо, щоб майбутні покоління аутологів визнали важливість *інтегрування профілактичної концепції в свою корекційно-превентивну практику*. У даному разі профілактика емоційних і поведінкових проблем вимагатиме від аутолога розуміння ключових процесів розвитку і важливості комунітарного (від лат. *communitas* – спільнота, громада) мислення. У цьому зв'язку застосування нейропсихологічного підходу дозволить сфокусуватися як на виявлені наявних в дитини симптомних аутологічних патернах (шаблонах поведінки), так і враховувати важливість (починаючи з переддошкільного віку) профілактичного впливу на розвиток особи з порушенням аутичного спектра.

Проте концептуалізація проблеми корекційно-превентивного підходу і його упровадження в спеціальній та інклюзивній освіті потребує свого самостійного висвітлення у змісті окремого підручника.

Завдання і запитання

1. За якими теоріями аутизму – майбутнє?
2. Не сформованість/недорозвинення яких нейропсихологічних систем пов'язують з поведінковими розладами в дітей з аутизмом?
3. Схарактеризуйте комплекс завдань для корекції розвитку функцій програмування і контролю.

4. *Яке значення має формування функцій послідовного і цілісного опрацювання інформації для дитини з РАС?*
5. *Розкрийте зміст роботи покорекції функції відтворення внутрішніх уявлень дитини від побаченого, почутого, відчутого.*

Література

1. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. www.ksu.ru Н.Г. Манелис. Нейропсихологический анализ расстройств аутистического спектра.
2. Морозова С.С. Составление и использование индивидуальных коррекционных программ для работы с аутичными детьми. М., 2008.
3. Baron-Cohen, S. (1990). Autism: a specific cognitive disorder of 'mindblindness'. Аутизм: специфічний когнітивний розлад "mindblindness".
4. Міжнародний огляд психіатрії. International Review of Psychiatry, 2, 79-88.
- Frith, U. & Happe, F. (1994). Autism: beyond 'theory of mind'. (Аутизм: поза «теорією розуму»). Cognition, 50, 115-132.
5. Happe, F.G.E. (1999). Autism: cognitive deficit or cognitive style? (Аутизм: когнітивний дефіцит чи когнітивний стиль?). Trends in Cognitive Sciences, 3, 216-222. (Тенденції в галузі когнітивних наук).
6. Robert M. Joseph Eunice Kennedy Shriver Center, Waltham. (1999) Neuropsychological frameworks for understanding autism International Review of Psychiatry (Нейропсихологічні основи розуміння аутизму. Міжнародний огляд психіатрії). 11, 309 – 325.

ЗАКЛЮЧЕННЯ

Останнім часом у співтоваристві, представники якого або вивчають, або коригують, або живуть з діагнозом «розлади аутичного спектра», намітився розкол навколо ідеї, здатної вплинути на фундаментальні уявлення про життя з цим розладом. На думку одних вчених, аутизм – це довічний нейро-поведінковий розлад з песимістичним безнадійним прогнозом. Багато хто при цьому вірить в зумовленість аутизму: діти будуть прогресувати настільки, наскільки дозволяє їхній внутрішній потенціал. Проте вважають, що для більшості дітей єдине, що можна зробити – це підготувати їхні сім'ї до переведення дитини до відповідної установи.

Водночас батьки і лікарі, з іншого боку «цієї прірви» (за висловом С. Едельсона), з недовірою ставляться до такого формулювання. Замість цього вони використовують нове для термінології аутизму слово, яке підводить підсумок цих розбіжностей – «відновлення». Все більше і більше батьків дотримуються саме цієї точки зору в міру того, як все нові і нові діти повертаються із загадкового світу аутизму. Ця точка зору відбиває реалії, починаючи з того часу, коли дослідження цієї проблеми було розпочато (більше п'ятдесяти років тому) в США, в Інституті вивчення аутизму (проект ARI і ARI-пух; сайт www.AutismIsTreatable.com, сайт www.Autism – RecoveredChildren.org). Ще на початку своєї діяльності цей інститут отримав біля десятка повідомлень про відновлення аутичних дітей. Однак через катастрофічне збільшення числа випадків аутизму за останні 20 років в ці дебати тільки тепер залучено безліч блискучих дослідників і батьків, внаслідок чого відкриті нові перспективи.

Інститут Дослідження Аутизму (ARI) з моменту свого заснування (1967) перебував у перших рядах досліджень причин і лікування аутизму. У той час аутизм вважали психологічним захворюванням, яке виникає в результаті емоційного неприйняття дитини матір'ю. Б. Римланд, Ph. D., засновник ARI (а також засновник Товариства аутизму в Америці), розв'инчав теорію «материнської провини» і спрямував дослідження аутизму на шлях пошуку відповідей в біомедичній галузі. Так, до 2003 року, по мірі того, як несподівано велике число аутичних дітей добре прогресували на комбінованому біомедичному та навчальному підході, батьки і лікарі почали все частіше повідомляти про свої успіхи. Багато дітей, яким раніше був поставлений діагноз аутизм, більше не відповідали критеріям цього діагнозу і їхні лікарі, вчителі та батьки були щасливі від того, що більше не вважали їх інвалідами.

До таких результатів можна поставитися скептично, адже сьогодні лікування від класичного аутизму зустрічається рідко (хоча 20 років тому діагноз «аутизм» був теж достатньо рідкісний). Тепер же у багатьох дітей, яким був поставлений діагноз «аутизм», встановлюють лише незначні прояви їхніх колишніх дивацтв, наприклад, в деяких можуть залишатися «стимуляції» в стертій формі або перебільшений інтерес до певних тем. Незважаючи на ці залишкові явища, діти, які відновилися, в багатьох випадках зможуть жити незалежно і щасливо, побудувати успішну кар'єру і насолоджуватися спілкуванням з іншими людьми. Їх, можливо, і не вилікували, але вони однозначно відновилися від руйнівних симптомів, які колись робили нормальне життя неможливим для них. Проте ідея про можливість відновитися від аутизму неминуче викликає нападки. Критики стверджують, що відновитися неможливо, що так звані «відновлені» діти ніколи й не були аутичними, що вони просто «відновилися самостійно» і т. п.

З урахуванням зазначеного дуже важливо не давати батькам помилкових надій. Але не давати ніякої надії – ще більша помилка, коли відновлення є можливим. Необхідно прагнути давати реалістичну надію, стверджуючи: «Аутизм – складний розлад, але відновлення можливе для багатьох». Очевидно, що на сьогодні ніхто не може гарантувати повне або практично повне відновлення кожної дитини, яка страждає аутизмом, хоча є сподівання, що колись це стане реальністю.

І ця надія не примарна. Одним з прикладів аналогічної ситуації є фенілкетонурія (ФКУ) – аутосомно-рецесивне генетичне захворювання, пов'язане з порушенням метаболізму амінокислот, – яке спостерігається в 1 з 8000 людей. Раніше ФКУ була однією з найпоширеніших причин розумової відсталості. Діти з фенілкетонурією страждали від розумової відсталості від середнього до важкого ступеня і спочатку надій на їхнє одужання не було. Однак, коли дослідники зрозуміли причину цього розладу, вони розробили простий аналіз забору крові для визначення стану фенілкетонурії у новонароджених у віці 4–5 днів і відразу ж запропонували відповідне дієтичне втручання. В результаті, випадки ФКУ в США вкрай рідкісні. Тому, можливо, настане час, коли аутизм вдасться не тільки повністю вилікувати, а навіть запобігти.

Для цього, вважають нейробіологи (див. наприкл., публікації Т. Строганової та її школи), потрібно поступово вирівнювати порушений баланс між «сьогодні і завтра». Сьогодні дійсно треба допомагати дітям з РАС за допомогою поведінкових методик. При відсутності

ефективних засобів лікування сьогодні – це неминуче єдиний спосіб підвищити якість життя дітей та їхніх сімей, створити їм соціальний маршрут. Поведінкова терапія заснована на принципі підкріплення бажаної поведінки, може виробити в дитини корисні навички і це грандіозне досягнення, тому що воно полегшує життя дитини і батьків. Тільки не треба, вважають науковці, говорити, що, якщо у хвороби немає лікування зараз, то його не буде ніколи. Тепер ключові відкриття йдуть одне за іншим: ідентифікують гени, відповідальні за різні хвороби, при яких у дітей виникають симптоми аутизму, почали розбиратися в генетичних і в молекулярних мережах, вивчати, як взаємопов'язані їх продукти між собою, з'явилися роботи з мозковою тканиною людини, на тваринних моделях навчилися за допомогою нових ліків пом'якшувати симптоми, зростає число клінічних випробувань ліків і в частини дітей з аутизмом наступають поліпшення.

А більшість фахівців з корекції поведінки чомусь вважають, що нейробіологія їм не потрібна. Тим часом біологічна наука вже починає наближатися до розуміння механізмів виникнення аутизму і знаходиться на підйомі. Дійсно, тільки-тільки почали розбиратися з тваринними моделями аутизму, але суспільний запит такий сильний, що вже зараз йдуть клінічні проби деяких нових ліків у пацієнтів з аутизмом. Проте у людей, звичайно, все може бути зовсім інакше, еволюційна дистанція величезна, та й генетичні зміни більш різноманітні, ніж ті, що моделюють на тваринах. Тому оцінка нейробіологів полягає в тому, що перші ліки, які допомагатимуть пацієнтам з аутизмом з'являться через 10-15 років. Ці препарати засновуються на нових знаннях про клітинні і молекулярні механізми аутизму, отриманих в результаті досліджень на тваринах.

На сьогодні ж ми повинні усвідомлювати, що зараз немає ні «чарівної таблетки», ні корекційних підходів, які здатні допомогти дитині позбутися основних симптомів аутизму. Аутизм – важка хвороба. Називати це «альтернативною нормою», на думку нейробіологів, – нечесно, як і вести лінгвістичні суперечки про те, що аутизм – це порушення розвитку, а не хвороба, тому що він є від народження і не лікується. Але, доводять нейробіологи, коли ми дізнаємося, як лікувати аутизм, він перестане бути розладом розвитку і стане хворобою. Версія номер два: аутизм це і не хвороба, і не порушення розвитку, а нейрорізноманіття. Ніби як норма, тільки інша, але хіба аутистам від цієї політкоректності легше? Перед нами дитина,

яка страждає від того, що у неї затримка в розвитку і нейробіологи пропонують шукати засіб, щоб їй допомогти, а не говорити, що у неї «інша норма».

Це ж стосується і терміну РАС, який, як доводять нейробіологи, є звалищем хвороб з подібними проявами і незрозумілим походженням. І, як вони вважають, треба залишити в спокої будь-які спроби систематизувати аутизм, орієнтуючись на поведінкові симптоми. Тільки на нейрофізіологію і генетику. Цей підхід називають зараз стратифікацією (розшаруванням, поділом) пацієнтів з аутизмом. Біологи вважають, що необхідно розбити спектр на більш-менш однакові підгрупи і для кожної шукати ліки. Поступово спектр починають розбирати і на сьогодні такі синдроми, як Ангельмана, Ретта, Мартіна-Белла нейробіологи вже не відносять до РАС, тому що знайшли їхні причини. А у нас в країні мало помічають, який у світі йде прорив в дослідженнях і скаладається враження, що ми поки перебуваємо на рівні 1943 року, коли Лео Каннер вперше описав аутизм. Далі не рушили. Державі у нас поки не до науки.

На сьогодні ж, завдяки зусиллям науковців, практиків і батьків, все ж стає можливим сказати не песимістичне «надії немає», а «надія є для багатьох» і цілеспрямовано досягати кінцевої мети – запобігання та відновлення для всіх осіб з аутизмом шляхом інтеграції різних галузей науки: медичної, психолого-педагогічної та нейронаук.

В Україні стійка увага науковців і практиків до проблем аутології, зокрема до забезпечення соціально-емоційної підготовки аутичних дітей до входження в соціум, зберігається вже більше двох десятиліть. Різноманітні методики, спрямовані на діагностику стану сформованості пізнавальної і соціально-емоційної сфери аутистів, широко використовуються в практичній діяльності спеціальних та інтегрованих освітніх закладах.

На процес діагностики при цьому неминуче впливають теоретичні знання педагога, система професійних цінностей та особисті переконання. Існує величезна кількість інструментів діагностування. Тому аутолог, володіючи широким діапазоном діагностичних методик, завжди зможе вибрати найбільш доречні з них для конкретної дитини і діагностичної проблеми, що стоїть перед ним. За допомогою застосованих діагностичних методик отримують не тільки знання про особливості психофізичного розвитку категорії дітей з аутизмом. Вони слугують також робочим інструментом для перевірки тих чи інших теоретичних положень фахівця.

На розробку аутологічних діагностичних (і таким же чином навчальних) методик впливали і впливають різні, інколи протилежні одна одній психолого-педагогічні та біолого- і нейропсихологічні теорії. Кожна з них наклала свій відбиток на розуміння сутності діагностичного процесу, осмислення та інтерпретацію отриманих діагностичних даних.

У процесі пошуку й опрацювання психолого-педагогічних і нейропсихологічних шляхів діагностики і корекції розвитку дитини-аутиста в основу відповідних методик покладаються наукові теорії і положення, зокрема про: забезпечення необхідного рівня енергетики і тону кори головного мозку дитини (І.Павлов, О.Лурія), стійкий патологічний стан (Н.Бехтерева), позитивну реінтеграцію особистості дитини (Н.Захарова), ієрархію потреб та ієрархічну структуру поведінкових мотивів (А.Маслоу, М.Лісіна) та ін.

Застосування зазначених підходів сприяє:

- інтенсифікації процесу діагностики особливостей психофізичного і соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом;
- дослідженню причин порушень розвитку її соціально-емоційної взаємодії, зокрема визначенню труднощів формування процесів афективного життя дитини – її потреб і форм переживань;
- розробці шляхів інтеграції процесів профілактики і корекції розвитку цієї надзвичайно складної категорії дітей.

На сьогодні ж професійна діяльність аутолога спрямовується на вирішення існуючого протиріччя між потребою суспільства в здорових дітях і недостатньою ефективністю існуючої системи корекції розвитку дітей з аутизмом, зокрема недосконалою системою профілактики утворення у них вторинних і третинних аутичних розладів.

Зазначене дає підставу для формулювання поняття «аутологія», її головного завдання, об'єкту і основних вимог. **Аутологія** – це методологія персоніфікованого управління процесом корекції розвитку дитини з аутизмом. Таке управління досягається шляхом знаходження психофізичних резервів її організму і соціоемоційних потенцій для забезпечення якості життя. У такому контексті аутологія виступає в ролі координуючого центра процесу попередження і подолання РАС. **Метою аутології** є розробка теоретичних і практичних основ процесу попередження виникнення і розвитку соціоемоційних відхилень в дитини з аутизмом і наступне їхнє максимально можливе усунення. **Головне завдання аутології** – це застосування адресних заходів для

своєчасного запобігання подальшого розвитку відхилень (змін) в розвитку дитини з РАС. У цьому зв'язку особливого значення надається проведенню регулярних превентивно-діагностичних обстежень дітей переддошкільного і дошкільного віку з метою своєчасного виявлення таких змін. **Головні вимоги аутології** формулюються з урахуванням фундаментальних положень корекційної і превентивної психології, педагогіки і превентивної медицини. Ці вимоги спрямовані на медико-психолого-педагогічне попередження розвитку подальших відхилень у психофізичному і соціоемоційному розвитку дитини.

До таких вимог відносять:

- всебічне оцінювання психічного і фізичного стану дитини;
- вивчення сімейного анамнезу;
- здійснення (на основі результатів генетичної діагностики) індивідуальної оцінки можливих віддалених ризиків утворення і розвитку негативних змін психофізичної сфери дитини і вироблення стратегії щодо їхнього зниження;
- регулярний моніторинг стану маркерних (від англ. «marker» – мітка, мітити) показників, що відображають особливості морфофункціональних систем дитини;
- призначення адресних, переважно не медикаментозних заходів, здатних забезпечити запобігання розвитку критичних ситуацій психофізичного здоров'я аутичної дитини.

Перспектива виявлення аутичного розладу, що тільки починає розвиватися (тобто, ще на стадіях певної зворотності), надасть можливість ефективно (принаймні потенційно) усувати або реверсувати (від лат. *reversus* – зворотний) небажані зміни. Такий підхід є важливим, оскільки передбачає можливість запобігання подальшого розвитку порушення замість того, щоб боротися, часто безуспішно, з уже сформованими і закріпленими в аутиста соціоемоційними розладами.

Для розв'язання завдань аутології, окрім **психолого-педагогічних методів спостереження, опитування, анкетування, тестування**, в аутологічній діяльності пропонується **орієнтуватися на методах**:

- науково-теоретичної інтеграції, що передбачає обов'язкове здійснення процесу координування і об'єднання знань з різних галузей науки та інших форм соціального досвіду;
- теоретичної конвергенції (від лат. *convergo* – «зближення»; процес знаходження компромісів) – це спроба знайти «золоту середину» в

тлумаченні ролі чинників у становленні особистості дитини з РАС. Цей метод передбачає володіння аутологом відповідними знаннями і вміннями враховувати те, що різнопланові наукові уявлення відрізняються тлумаченням взаємодії спадковості і середовища, дозрівання і наuczіння, біології та культури, вроджених і набутих якостей. При цьому педагогу важливо враховувати зміни в науковому, політичному і соціально-економічному розвитку країни, регіону, сім'ї;

- транстеоретичний метод (від лат. *transire* – переходити межі чого-небудь). Як правило, аутологи досить швидко підбирають ряд вправ, які з певних причин здаються їм найбільш відповідними для вирішення поставленого завдання. Однак у процесі пошуку фахівцю необхідно задумуватися про те, чим та чи інша вправа або техніка краща за інші? Як вибрати найбільш ефективні корекційно-розвивальні і корекційно-превентивні вправи щодо виявленої проблеми? Якими принципами користуватися при їхньому відборі? Адже за даними на 2014-ий рік в Європі налічується близько 5000 різних психотерапевтичних методів (Л. Наріцин). Навіть якщо витратити на вивчення кожного методу тиждень, то потрібно близько 100 років, щоб ознайомитися з усіма ними. Тому аутологу необхідне знання того, що існують різні спроби інтеграції різних теорій особистості і психопатології, теорій корекційно-розвивальної допомоги та психотерапевтичних шкіл. Це дасть йому змогу припустити, що саме «інтегративні» підходи допоможуть краще зорієнтуватися в цьому різноманітті методів і зробити правильний вибір найбільш ефективних технік і вправ для аутологічного втручання.

- деякі ідеї і методи саногенезу (лат. *Sanus* – здоровий і грец. [Γενεσις](#) походження, виникнення) також покладаються в основу опрацювання шляхів превентивно-корекційної допомоги дітям з аутизмом. Зокрема, це ідея про необхідність знаходження комплексу захисно-приспосувальних механізмів, що розвиваються на протязі хвороби (в даному разі – на протязі аутичного розладу) і спрямовані на корекцію/відновлення порушеної саморегуляції. Такий підхід дозволяє розробляти профілактичні індивідуально-інтегративні програми, які базуються на впровадженні комплексної системи заходів:

- зміцнення нервово-психічного здоров'я дитини;
- виділення групи ризику дітей переддошкільного віку, в яких передбачається можливість виникнення аутизму;
- здійснення ранньої диференційованої діагностики форм аутизму;

- застосування комплексу засобів, спрямованих на запобігання виникнення і розвитку порушень соціально-емоційної сфери;
- нормалізація порушених внутрішньосімейних зв'язків і використання глибинної психоемоційної єдності матері й дитини і особливої ролі для дитини материнського мовлення і голосу.

На сьогодні в основу концептуальних підходів до визначення перспектив подальшого розвитку і соціалізації дитини з РАС покладається *принцип інтеграції профілактики і корекції розвитку як засобу вирішення проблеми підготовки аутичної дитини до входження в соціум*. При цьому основним визначено трансєоретичний метод, змістом якого передбачається інтеграція знань і практик в галузі психології, нейронаук і педагогіки для опрацювання шляхів запобігання виникнення в дитини ризиків (найближчих і віддалених) погіршення аутологічного прогнозу. Ця система роботи спрямовується на забезпечення традиційно визначеної первинної, вторинної і третинної профілактики. Утім концептуалізація проблеми інтеграції процесів профілактики і корекції та можливості її впровадження в спеціальній та інклюзивній освіті потребує свого самостійного висвітлення у змісті окремого підручника.

Узагальнюючи матеріали підручника «Аутологія: теорія і практика», зазначимо:

- розробка проблеми корекції розвитку дитини з РАС продиктована сучасною потребою у виборі і застосуванні відповідних превентивно-корекційних засобів практичного впливу;
- вибір засобів впливу залежить від теоретичних переконань, знань і умінь педагога. Тобто, якими б спеціальними і далекими від переконань педагога не здавалися профілактичні і корекційно-розвивальні завдання чи дитяча гра, чи навчальна вправа ними (переконаннями) завжди править складна методологічна система. У ній знаходить відображення як логіка формування власної думки педагога, так і розвиток психолого-педагогічної науки. Отже, практична діяльність спеціаліста залежить від його конкретних науково-психологічних уявлень, а ці уявлення – від його філософських позицій;
- об'єкт впливу – це дитина з РАС як цілісна психофізична система, розвиток якої описується біологічним фактором і неврологічним механізмом. Водночас становлення індивідуального життя дитини з аутизмом не є її лише комунікативно-пізнавальним розвитком, а невіддільне і залежне від емоційного;
- необхідною умовою ефективного становлення емоційного і

комунікативно-пізнавального розвитку особистості аутичної дитини є забезпечення інтеграції процесів профілактики і корекційно-розвивальної допомоги. Підсилення процесу інтеграції можливе за умови досягнення: цілеспрямованої стимуляції енергетичного потенціалу організму дитини; попередження розвитку дезадаптивного процесу; запобігання погіршення соціально-емоційного прогнозу; профілактики розвитку часто непереборних труднощів процесу підготовки дитини до програми дій в залежності від інформації, що поступає з навколишнього середовища, і яка швидко змінюється;

- при визначенні змісту корекції розвитку дитини особливого значення надається розробці методик попередження затяжних труднощів формування базових потреб дитини з аутизмом. При цьому підкреслюється необхідність враховувати, в якому віці при типовому розвитку дитини базові потреби є сформованими;

- програми корекції розвитку дитини з РАС мають бути не тільки сімейно-центрованими, тобто спрямованими на допомогу дитині та її сім'ї. Обов'язково такі програми мають бути сімейно-контекстними, оскільки проблеми дитини повинні порушуватися у контексті як великої сімейної системи, так і системи соціальної.

Отже, в підручнику представлено аналіз і узагальнення значного досвіду дослідницької і практичної роботи в галузі теорії і практики аутології. У той же час неодмінними і доцільними є розробки нових превентивних, корекційно-превентивних і корекційно-розвивальних методик, оскільки необхідне подальше розкриття цієї однієї з найважливіших проблем сучасної корекційної педагогіки та спеціальної психології.

Навчальне видання

ТАРАСУН Валентина Володимирівна

АУТОЛОГІЯ
ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

Підручник

Друкується в авторській редакції
Дизайн, обкладинка: Товмач Д.А.

В оформленні підручника використано фрагмент композиції **стрічки Мебіуса** джерело: <https://www.pinterest.co.uk/pin/410109109803377014/>

Фотографія на обкладинці і частково малюнки у тексті взяті
з інтернет-мережі

Всі права інтелектуальної власності та суміжні права автора захищено ст.
55 Конституції України та статтями 176, 177, 229, 231, 232 КК України

Видавець ТОВ «ВАДЕКС»

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру України суб'єктів
видавничої справи ДК № 4285 від 27.03.2012 р.