

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ
ІМЕНІ МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА

АЛЛА ДУШКА

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД РОДИН ДІТЕЙ З
РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА В УМОВАХ
СТРЕСУ**

Методичні рекомендації

Київ - 2023

УДК 376-056.2/3(036) Д 8

*Рекомендовано вченою радою
Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України
(протокол № 6 від 19.06.2023)*

Рецензенти:

КОВАЛЬОВА Ольга Вікторівна, Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, професор кафедри психології (м. Мелітополь);

МІРОНОВА Вікторія Михайлівна, директорка Приватного дитячого закладу «Дитячий клуб-садок Вікторії Міронової», м.Київ

Душка А.Л.

Психологічний супровід родин дітей з розладами аутистичного спектра в умовах стресу [Текст]: методичні рекомендації; Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ., 2022. 99 с.

У методичних рекомендаціях з'ясовано, що народження і виховання дитини з РАС зумовлює у батьків виникнення комплексу негативних реакцій і переживань, таких емоційних станів, які узагальнено можна характеризувати як стресові, кризові, з притаманними для них: емоційною пригніченістю, депресивними тенденціями, ситуативною та особистісною тривожністю. Наслідками цих станів є: екзистенційна криза, когнітивна дезорієнтація батьків, прихована аутодеструкція батьків, криза їхньої самоідентифікації, втрата життєвих перспектив, дисгармонійні стосунки у родині, «втеча» батьків у роботу або самозречення як наслідок надцінного ставлення до дитини, соціальна ізоляція. Визначено, що інтегративний характер психоемоційних станів зумовлює їхню важливу роль в плані спрямованості, активності та послідовності у діях щодо допомоги власній дитині; їхню власну батьківську позицію, а також спроможності повноцінно реалізовувати себе у родині й суспільстві.

Орієнтація на концептуальне обґрунтування сучасного підходу до розвитку психологічної допомоги сім'ям дітей з РАС в умовах стресу надає можливість батькам знаходитися в позитивних психоемоційних станах та керувати ними, а також визначати та впроваджувати власні сценарії життєдіяльності для своїх дітей, себе та сім'ї взагалі.

Методичні рекомендації адресовано фахівцям закладів загальної середньої освіти зі спеціальною та інклюзивною формами навчання, навчально-реабілітаційних центрів, інклюзивних ресурсних центрів; слухачам курсів підвищення кваліфікації педагогічних кадрів; студентам педагогічних спеціальностей; батькам дітей з РАС.

УДК 376-056.2/3(036) Д 8

© Душка А.Л., 2022

© Інститут спеціальної педагогіки і психології
імені Миколи Ярмаченка НАПН України

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ПЕРЕДМОВА	6
РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ ПРО РАС І ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ.....	8
1.1. Особливості психічного розвитку при РАС.....	18
РОЗДІЛ 2. КЛАСИФІКАЦІЯ СТИЛІВ БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН...	
2.1. Вплив сімейного виховання на емоційний стан дітей з РАС.....	26
2.2. Особисті характеристики батьків, що впливають на стиль ставлення до дитини з РАС.....	32
2.3. Рівні деформації сім'ї, що виховує дитину з РАС.....	47
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНЕ СПРЯМУВАННЯ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ, ЯКІ МАЮТЬ ДИТИНУ З РАС В УМОВАХ СТРЕСУ	56
3.1. Тренінг для батьків дітей з РАС.....	68
ДЖЕРЕЛА ЛІТЕРАТУРИ.....	76
ДОДАТКИ.....	87

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Аберантний – спотворений, той, що відхиляється від норми.

Адаптація - пристосування організму, органів почуттів до навколишніх умов; взагалі пристосування до нових умов.

Аномалія - відхилення від норми.

Асоціальний - який відкидає соціальну взаємодію або нездатний до соціальної взаємодії.

Аутоstimуляція - наполегливе стереотипне викликання сенсорних відчуттів за допомогою навколишніх предметів і свого тіла.

Афективний - відноситься до почуттів або емоцій при відсутності вольового контролю.

Вакцинація - застосування вакцин з метою попередження тієї чи іншої інфекційної хвороби.

Вегетативна нервова система - частина нервової системи, що регулює діяльність внутрішніх органів (травлення, кровообігу і т.д.), а також обмін речовин в організмі.

Ген - матеріальна одиниця спадковості; гени лінійно розташовані в хромосомах і визначають переважну більшість ознак організму.

Генеza - походження, виникнення, процес розвитку.

Гіпер - в складних словах вказує на надлишок чого-небудь, перевищення норми.

Гіпо - в складних словах вказує на зниження, зменшення чого-небудь проти норми.

Дегенерація - погіршення біологічних і психічних ознак організму, виродження.

Дефіцітарність - недостатність.

Дизиготні (двойцеві) близнюки – походять в результаті запліднення 2-х яєчних клітин, при цьому обидва плода розвиваються абсолютно самостійно і мають окремі плаценти і всі інші елементи плодового яйця.

Дизонтогенез - (dysontogenesis; диз- + онтогенез) порушення індивідуального розвитку організму; термін частіше застосовується по відношенню до внутрішньоутробного періоду і раннього дитячого віку.

ДСС - Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — DSM) — це посібник з діагностики і статистики, довідники, розроблені Американською психіатричною асоціацією

(АПА/АРА). Вони містять реєстри і опис психіатричних діагнозів, аналогічні керівництвам Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ).

Енцефаліт - запалення головного мозку.

Епідеміологічний – той, що відноситься до вивчення причин виникнення та закономірностей поширення хвороб.

Етіологія - вчення про причини й умови виникнення хвороб.

Ехолоалія - мимовільне повторення звуків, складів, слів, чужої мови.

Ехолоалія відставлена - повторення слів або фраз через якийсь період часу.

Ехолоалія негайна - повторення слів або фраз відразу ж після того, як вони були вимовлені.

Когнітивний - відноситься до пізнання, інтелектуальної сфери.

Компенсаторний – той, що заповнює або той, що відшкодовує.

Конкордантність - співвідношення, відповідність.

Конотація - (позднелатинське «connotatio», від лат. Con («cum») - разом і «noto» - наголошую, позначаю) - супутнє значення мовної одиниці.

Сенсорні стимули - предмети або явища навколишньої дійсності, що впливають на органи чуття.

Лімбічна система - група взаємопов'язаних структурних відділів мозку, що відповідають за прояв емоцій і мотивацію поведінки.

Макро - в складних словах вказує на значну величину чого-небудь.

Метаболізм - обмін речовин в організмі.

Мікро - в складних словах вказує на малі розміри чого-небудь.

Монозиготні (однойцеві) близнюки походять з одного заплідненого яйця.

МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляду). На англійській мові використовується термін International Classification of Diseases (ICD).

Мутизм - повна відсутність цілеспрямованої мовної комунікації при можливості випадкового проголошення окремих слів або фраз.

Невербальний - що не володіє мовою.

Нейроінфекція - інфекція, що вражає нервову систему.

Неологізм - нове слово, мовне нововведення (мовний зворот, граматична особливість), що з'являється в мові.

Нозологія - розділ медицини, який розглядає класифікацію хвороб.

Онтогенез - індивідуальний розвиток живої істоти, що охоплює всі зміни організму від стадії запліднення яйця до закінчення індивідуального життя.

Первазивний - загальний, всепроникаючий.

Перцентиль - одиниця за 100-бальною шкалою.

Перцепція - сприйняття, безпосереднє відображення дійсності органами почуттів.

РАС- розлад аутичного спектру.

Ремісія - тимчасове ослаблення проявів хвороби.

Рецептори - кінцеві утворення чутливих нервових волокон тваринного організму, що здатні сприймати подразнення із зовнішнього або з внутрішнього середовища.

Сензитивність - чутливість.

Сенсорний – той, що відноситься до органів почуттів.

Симбіоз - спільне нероздільне існування.

Симбіотичний зв'язок - зв'язок по типу симбіозу, що не припускає змістовного спілкування та емоційної взаємодії.

Сиблінг - (англ. Sib, sibling) генетичний термін, що позначає нащадків єдиних батьків. Рідні брати і сестри, але не близнюки.

Симптом - характерні прояви або ознаки хворобливих станів.

Синдром - сукупність симптомів, що характеризує певне порушення або захворювання.

Стереотипії - стійкі форми одноманітних дій.

Тактильний – той, що відноситься до відчуттів дотику і тиску.

Толерантність - відсутність або ослаблення реагування на якийсь несприятливий фактор в результаті зниження чутливості до його впливу.

Тріада порушень - порушення комунікації, соціальної взаємодії і уяви (згідно Л. Вінг).

Фонема - найкоротша смислова (фонологічна) одиниця мови.

Характерологічні особливості - характер (грец. Charakter - друк, карбування, зарубка) - підструктура особистості людини, утворена індивідуально-своєрідним комплексом стійких особливостей (рис, диспозицій), що визначають властиві даній людині типові форми і способи досягнення цілей (інструментальні прояви характеру).

ПЕРЕДМОВА

Останнім часом Україна, як член міжнародної спільноти, переходить до нової світоглядної парадигми, а саме «Єдине суспільство», яке водночас об'єднує людей і з різноманітними проблемами. Формується нова культурна і освітня норма – повага до людей фізично і психічно хворих, яка закріплена міжнародним законодавством на рівні Організації Об'єднаних Націй. Для розвитку дитини з РАС освіта є надзвичайно важливим фактором реалізації її особистісного потенціалу, засобом виправлення аутистичних порушень, одним із шляхів інтеграції в соціум. Діти з РАС, які здобули освіту та отримали професію в спеціально створених для цього умовах, підтверджують необхідність та психологічну значущість освітнього процесу в їхньому житті.

Зокрема, важливість супроводу родин дітей з розладами аутистичного спектра неодноразово підкреслювали вітчизняні та зарубіжні автори: В. Бондар, Т. Блеч, Б. Брьозе, Л.Кислян, І. Кузова, Г.Кукуруза, О. Манько, М. Нудельман, Н. Сакуліна, В. Синьов, Т.Скрипник та ін.

Питання соціалізації та формування соціальних навичок в дітей із РАС дедалі частіше з'являється в сучасній українській науковій літературі. Зокрема, В.Тарасун розглядає проблему соціалізації дитини з РАС через її емоційно-соціальний розвиток,

Д.Шульженко розробила та адаптувала корекційні програми формування інтелектуальної та пізнавальної сфери таких дітей; Г. Хворова пропонує ряд тренінгів, спрямованих на формування у дітей здатності сприймати та переробляти отриману інформацію, формування адекватної активної соціальної поведінки.

Народження дитини з порушеннями психофізичного розвитку належить до значних психотравмуючих, стресових, кризових чинників для всієї сім'ї. Наслідки дії цих чинників можуть виявлятися у: порушеннях сімейних взаємин («втеча» батьків у роботу або, навпаки, – надмірна самопошва дитині; сімейні конфлікти – аж до розлучення тощо), негативних думках і переживаннях батьків (крах всіх сподівань та планів на майбутнє, трагічне сприйняття життя тощо), формуванні патологічних виховних стратегій (недооцінювання можливостей дитини чи надмірні вимоги до неї, гіперопіка, вседозволеність тощо), порушенні соціального функціонування родини (втрата соціальних зв'язків, агресивне налаштування до навколишнього світу. Батькам важливо усвідомити, що становлення здатності до самоорганізації та саморозвитку, що

здійснюється за внутрішнім (вдосконалення процесу комунікації, взаємин і узгодженості в родині, психологічної атмосфери, що сприяє розвиткові дитини) і зовнішнім вимірами (формування, збереження і розширення системи міжособистісних контактів, підвищення їх якості, регулярна оцінка важливих для повноцінного функціонування родини контактів й інформаційного поля, впровадження в життєдіяльність послідовних значущих соціальних подій) є вкрай важливим для психологічного благополуччя дитини з РАС.

Набуття батьками дітей з РАС здатності до продуктивної самореалізації, і всередині родини, і за її межами, робить їхню родину «відкритою системою», здатною розкривати, примножувати й продуктивно використовувати внутрішні та зовнішні ресурси, запобігати руйнівному впливу можливих ризиків і усвідомлювати, як від процесу самоорганізації й саморозвитку залежить успіх функціонування їхньої дитини та всієї сім'ї. Цей процес співставний з рівнем соціальної адаптації батьків, коли вони не просто пристосовуються до наявної ситуації, в якій опиняються, а й спроможні протистояти зовнішньому тиску, підпорядковувати собі зовнішні обставини, перетворювати досягнутий результат у засіб саморозвитку. При реалізації цих вимог спостерігається зростаюча здатність батьків підвищувати організованість (самоорганізовуватися) в особистісному і соціальному аспектах життєдіяльності.

Така позиція дає змогу батькам: знайти новий життєвий сенс; гармонізувати взаємини з дитиною; підвищити власну самооцінку; досягти вищого рівня самосвідомості; використовувати гармонійні моделі виховання, а в перспективі забезпечує оптимальну соціальну адаптацію дитини.

РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ ПРО РАС І ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ

Перші історичні описи аутичних порушень психічного розвитку з'являється у 19 ст. Французький лікар Жан Марк Гасп'яр Ітар відомий як вихователь «Аверонського дикуна», хлопчика, який до 12 років був ізольований від людського суспільства. В результаті довгих старань лікаря, завдяки систематичним заняттям, хлопчик набув деяких навиків (рівня нормального розвитку він не досяг). Стан пацієнта дослідник назвав «інтелектуальним мутизмом», основна його ознака – це відсутність, або затримка мовного розвитку при наявності симптом порушення інтелекту. Завдяки такому випадку зародилась спеціальна педагогіка, досвід роботи Ж. М. Итара довів можливості та ефективність корекційної роботи. У своїй праці «Мутизм спричинений ураженням інтелектуальних функцій» (1828) Ж. М. Итар підсумував результати своїх 28-річних досліджень в інституті Сур-Муе (Париж). Він детально описав реабілітацію Віктора-хлопчика з Аверона. Психіатр досліджував рівень уваги, здібностей, у дітей, які мали схожі симптоми, і дійшов висновку, що діти з інтелектуальним мутизмом асоціальні, мають великі труднощі при налагодженні дружніх відносин з однолітками, використовують дорослих лише як знаряддя для задоволення своїх потреб, мають значні порушення в розвитку мови (особливо у вживанні особових займенників). Також французький дослідник описав розроблені ним методи діагностики і корекції таких дітей з метою визначення можливостей дитини до відновлення мови і навчання. Ж. М. Итар запропонував відокремити описаних ним дітей від тих, в яких були ознаки розумової відсталості та ідіотії. Він описав основні клінічні характеристики інтелектуального мутизму, способи його діагностики і корекції.

Перші наукові уявлення про аутизм як психічне порушення, яке пов'язано зі зниженими можливостями доволіно управляти своїм мисленням, відключатися від болісних думок, зосереджених навколо обмеженого кола тем і бажань, і виявляються в спробах уникнення будь-яких контактів, належать Е.Блейлеру. Однак, вводячи термін «аутизм», він фактично описував клінічну картину шизофренії.

Опис аутизму, як синдрому, вперше зустрічається в роботах Л.Каннера, використовуючи метод лонгитюдного дослідження дітей, які страждають аутизмом, емпірично їм були виділені найбільш загальні риси випробовуваних, основними з яких були: надмірна ізоляція, замкнутість, відхід від будь-яких контактів з людьми,

порушення мовного розвитку і потреба в багаторазовому повторенні одних і тих же слів і рухів. Згідно з визначенням Л.Каннера, головним симптомами аутизму були:

- вроджена нездатність дитини мати нормальні відносини з людьми і справлятися з ситуаціями;
- розвиток складних повторюваних стереотипних рухів і видів діяльності;
- наполеглива прихильність до встановленого порядку, бажання зберегти все в незмінному вигляді.

У 1944 році, після того як Каннер опублікував свою працю, австрійський терапевт Ганс Аспергер опублікував дисертацію, присвячену «аутистичній психопатії» в дітей. Визначення Каннера і Аспергера схожі у багатьох відношеннях, що й особливо дивно, якщо згадати, що жоден з них не знав про новаторську роботу іншого: для опису пацієнтів обох дослідників і термін «аутистичний» сам по собі є незвичним збігом, що й відображає їхню спільну переконаність у тому, що соціальні проблеми дітей є найважливішою характерною ознакою цього порушення. І Каннер, і Г.Аспергер вважали, що при аутизмі соціальний дефект є вродженим (згідно з Каннером), чи конституційним (згідно з Аспергером) і зберігається протягом усього життя. Крім того, і Каннер, і Аспергер відмічали труднощі зі зоровим контактом, стереотипні слова і рухи, а також супротив змінам.

Проблема РАС і основних причин його виникнення, будучи однією з досить вивчених в зарубіжній науці і частково у вітчизняній, носить міждисциплінарний характер і на даному етапі розвитку науки представляє актуальність в загальній, диференціальній і спеціальній психології, виступає як комплексне дослідження психічних властивостей і відносин особистості (загальна психологія), індивідуально-типологічних особливостей, що лежать в основі аутичного поведінки (диференціальна психологія) і основних механізмів, що лежать в основі формування глибокої відгородженості від подразників зовнішнього світу (спеціальна психологія).

Як було зазначено вище, перші і найбільш значущі, прикладні дослідження в даному напрямку проводилися в зарубіжній психології. Розглядаючи в даній площині особистість, Л.Вінг підкреслювала відхилення в комунікації, соціальній взаємодії і уяві дітей з аутизмом, що склало тріаду порушень. У ряді її робіт було відзначено, що аутичним дітям властиві стереотипні механічні рухи і дії (наприклад, дитина може замість вмивання багаторазово повертати ручку крана то в одну, то в іншу сторону або

нескінченно включати і вимикати світло). «Іноді він подовгу здійснює безцільні однотипні рухи тілом: розгойдується, розмахує рукою, палицею або вдаряє по м'ячу».

U. Frith припустила, що аутизм характеризується специфічним дисбалансом в інтеграції інформації. На думку автора, нормотиповий пропроцес переробки інформації полягає в тенденції зводити розрізнену інформацію в єдину картину, пов'язану загальним контекстом або «центральної зв'язком» («central coherence»). Вона вважає, що при аутизмі порушується саме ця універсальна властивість процесу переробки інформації людиною. У той час, як нормальні суб'єкти інтерпретують інформацію, виходячи з контексту, в якому пред'явлені стимули, хворі аутизмом вільні від такого «контекстуального примусу».

Вчені S. Baron-Cohen, U. Frith, описуючи особливості аутичної поведінки, підкреслюють характерну для аутизму наявність ритуалів і сверхприв'язаності до деяких предметів. Подібні феномени нерідко зустрічаються при різних психопатологічних розладах, що пояснюється їх регресом до архаїчних форм мислення. Архаїчні форми мислення характеризуються, зокрема, тим, що об'єкт і уявлення про нього ще злиті в єдину, відзначають вчені і звідси виникає ритуалізація, за допомогою якої індивід намагається впливати на ситуацію. До клінічних симптомів аутизму дослідники відносять також не тільки пристрасть до обертових предметів, а й прагнення до самотності, руйнівну поведінку, спалахи гніву, нездатність говорити, що здається глухотою, загострену чутливість до раптових звуків і підвищений інтерес до запахів. Подібна виборча чутливість до зовнішніх стимулів (підвищена до одних і знижена до інших), досить звичайна для аутистів. Вчені висловлюють припущення, що ця виборча чутливість пов'язана з нездатністю аутичної особистості об'єднувати одержувані враження в цілісну картину світу і вибирати, на які стимули реагувати.

Багато зарубіжних авторів, як окремий предмет дослідження, виділяють емоційно-афективну сферу дітей з РАС. Так, P. Vermeulen вказує на недостатність емоційно-вольових сторін психіки аутистів, що виражається не в незрілості (як при інфантилізмі), а в спотвореному їхньому стані, відсутності адекватного віку емоційного резонансу, потреби в спілкуванні, в порушенні формування емоційно-мотиваційних комплексів, необхідних для вироблення нормальних форм поведінки, соціальної перцепції, а J. Bruner підкреслює ослабленість емоційної реакції на близьких (аж до повної відсутності зовнішнього реагування), недостатність реакції на зорові і слухові подразники, що надає

таким дітям схожість зі сліпими або глухими: «У зовнішньому вигляді, при звичайній миловидності, звертає на себе увагу погляд, звернений в порожнечу, у всередину себе, погляд повз, погляд, з переважанням зорового сприйняття на периферії поля зору », зазначає автор. Міміку такої дитини (по фотографіях і відеофільмах раннього віку) відрізняють бідність мімічних комплексів (посмішки, переляку, плачу), напруженість погляду, неадекватні гримаси, відзначають К.Гіблерт і Т. Пітерс. Авторами також підкреслюється незграбна моторика, неритмічність рухів, «закостенілість», ходьба навшпиньки, одноманітний біг, стрибки з опорою не на всю ступню.

Високу вразливість і схильність до фобій в разі рідкісних контактів зі світом у дітей з РАС зазначає R.Abramson, підкреслюючи, що ці страхи згодом переростають в заборони і самообмеження (страх працюючого пилососа або звуку фена). Тому, одноманітні рухи, характерні для цього типу розладу- є аутоstimуляції, що компенсують нервову напругу. А за даними досліджень А. Gardziel, аутична дитина ставиться до людей, як до речей, «ходить повз людей», «дивиться крізь людей», не реагує на звернення, і зазвичай веде себе з людьми, як з неживими носіями окремих, що цікавлять її властивостей. Вона може відреагувати бурхливим і незрозумілим для батьків збудженням у відповідь на незначні зміни в обстановці, констатує автор. Таке явище L.Kanner назвав «феноменом тотожності», трактуючи його як симптом аутизму, що виявляється прагненням підтримувати незмінною навколишнє оточення. Найбільш яскраво цей феномен проявляється в ранньому віці. Дитина, що здається відгородженою від реальності і не сприймає нічого навколо, реагує бурхливим протестом на найдрібніші зміни обстановки.

Продовжуючи займатись клінічною практикою Л. Каннер разом із Л.Ейзенбергом публікує статтю «Ранній дитячий аутизм: 1943-1955», в якій переглядає ознаки аутизму і доводить їх до п'яти основних:

- повна відсутність афективної контакту з іншими людьми;
- наполегливе прагнення до збереження одноманітності в навколишньому середовищі і повсякденних діях;
- прихильність до предметів, постійне маніпулювання ними;
- мутизм або мова, не призначена для комунікації;
- пізнавальний потенціал, який проявляється в прекрасній пам'яті або виконанні перевірочних тестів.

Ряд вчених вказують на динаміку розвитку моторних функцій у дітей з РАС, що характеризується затримкою формування навичок жування, сидіння, повзання, вставання, тривалим інтервалом між здатністю стояння і початком ходьби, раптовим переходом з ходьби до бігу. Звертає увагу не координованість, «холодність» ходи (на негнучких ногах, по типу «заводної іграшки»), слабкість імітацій рухів дорослого. Чітко виступає дефіцитарність елементарної дрібної моторики (Я.Крет, Т. Скрипник, Ю.Тарнавська).

Дослідники J.Kret, E.Cook, H. Coon, G. Dawson підкреслюють, що мова аутичної дитини зазвичай не спрямована до співрозмовника, а в іншу сторону, з боку мови відсутня експресія, жестикуляція, мелодика мови порушена. Спостерігаються відхилення тональності, швидкості, ритму, немає інтонаційного переносу, часті ехолалії, незв'язність, нездатність до діалогу. Тривало зберігається тенденція до манірної словотворчості, а експресивна мова розвивається з відставанням. У промові часті фрази-штампи, мутизм. Мовна продукція спонтанна, обмежується ехолаліями (неситуативно і стереотипним відтворенням десь, колись почутого (відставлені ехолалії)). Згідно А.Валлону, ехолалії відображають слабкість уявлень: «Кожен раз, коли враження відривається від свого уявного відображення і залишається ізольованим в сенсорній сфері, проявляється його моторний еквівалент. Ехолалія не виходить за межі сенсорної сфери». А за даними досліджень Л.Нурієвої існує певна невідповідність граматично і синтаксично правильною і складною мови і нездатності до діалогу. На думку автора, навіть до 5-6 років більшість аутистів називають своє ім'я, або в другій чи третій особі, не використовуючи слово «Я», яке, однак, вимовляють в ехолалічній мові.

I. Matczak, A. Pala зазначають, що у дітей з РАС абстрактні форми пізнання поєднуються з первинними порушеннями процесів пізнання, мислення схематичне, відірване від реальних життєвих потреб. Порушення символічної функції призводить не тільки до порушення гри, але і до неможливості формувати уявлення про наміри інших людей, що в свою чергу породжує труднощі соціального функціонування. Цей же механізм лежить в основі труднощів розуміння та використання метафор.

В останні роки з'явилися різні концепції аутизму, які стверджують, що ця недуга пов'язана із порушеннями у сенсорно-перцептивній сфері; всі симптоми аутизму розглядаються як наслідки пошкодження мозку, які призводять до того, що мозок аутичних дітей сприймає інформацію не так, як інші люди. Ця теорія підтверджується

результатами досліджень в області неврології, які започаткував К. Делагато, він вважає, що діти з аутизмом не в змозі усвідомити інформацію, що надходить через органи чуття, оскільки один або кілька сенсорних каналів (зір, слух, дотик і т.ін.) дефіцитарні.

Вченими встановлено, що слово має складну смислову будову - з одного боку, воно має «предметну віднесеність», а з іншого - аналізує та узагальнює її, відносячи до певної категорії, тобто має певне значення. У той же час, кожне слово збуджує цілу систему зв'язків, будучи центром семантичної мережі. Наявність цих зв'язків забезпечує можливість переходу від постійного «денотативного» значення до «конотативного» змістом. Для розуміння метафор і переносного сенсу необхідно абстрагуватися від безпосередньої системи значень і виявити внутрішній зміст, який виражається алегорично, за словами А. Лурія: «ця здатність оцінювати внутрішній підтекст, являє собою зовсім особливу сторону психічної діяльності, яка може абсолютно не корелювати зі здатністю до логічного мислення. Ці обидві системи - система логічних операцій при пізнавальній діяльності та система оцінки глибокого сенсу тексту - є різними психологічними системами».

Аналіз вітчизняних і зарубіжних першоджерел дозволяє нам виділити кілька основних теорій походження аутизму:

1. Психогена теорія походження аутизму (теорія «холодної матері» Б. Бетельхейма) яка стверджує, що аутизм викликається холодною, ворожою навколо дитини атмосферою. Теорія була популярна в 1950-60-х роках, але не знайшла наукового підтвердження.

2. Біологічна теорія походження аутизму розглядає його, як результат ураження ЦНС, що викликає аномальний розвиток мозку.

Пре-, пери і постнатальні ушкодження ЦНС:

- пренатальні чинники: токсоплазмоз, вроджена краснуха;
- перинатальні фактори: родові травми, застосування деяких медикаментів під час вагітності, психологічні стреси матері;
- постнатальні фактори: асфіксія, реанімація дитини, постнатальний енцефаліт;
- вірусні інфекційні чинники: вірус краснухи, цитомегаловірус, вірус простого герпесу і інші віруси.

3. Теорія органічних порушень мозку, які можуть бути викликані різними причинами:

генетичними:

- конкордантність по аутизму в 99% у монозиготних близнюків при 25% у дізиготних;
- конкордантність по аутизму серед братів і сестер становить від 3% до 7%;
- конкордантність по аутизму у людей з синдромом ламкої X-хромосоми в 2,5% вище, ніж у загальній популяції;
- конкордантність у людей з туберозним склерозом по аутизму - від 3% до 9%;
- рідкісні випадки аутизму у людей з фенілкетонурією;
- нейрофіброматоз у 8% людей з аутизмом.

Структурними і функціональними порушеннями мозку:

- аномаліями в різних відділах мозку: в лобових частках, в лімбічній системі, в стовбурових відділі, в IV шлуночку, в мозочку, в медіотемпоральній області та ін .;
- біохімічними патологіями мозку: високий рівень серотоніну в крові 1/3 - 1/4 аутичних людей.

Метаболічними розладами:

- неповним засвоєнням певних протеїнів і казеїну;
- метаболічні порушення трансмітерів при аутизмі (дефіцітарність ферменту і сірки);
- порушення імунної системи (аномалії лімфоцитів і різних класів і підкласів імуноглобуліну).

4. Теорія отруєння ртуттю, яка є консервантом вакцин (тімеросал). Симптоми аутизму відповідають симптомам отруєння ртуттю. У дослідження понад 95 000 дітей були включені 15 000 нещеплених дітей від 2 до 5 років і майже 2000 дітей з високим ризиком розвитку аутизму. У найбільшому в історії дослідженні такого роду 2015 року вчені знову виявили, що щеплення від Кору-паротиту-краснухи (КПК) не збільшують ризик появи РАС. Результати підтвердилися навіть серед дітей з вже визначеним високим ризиком виникнення розладу. В цілому, дослідники проаналізували медичні записи 95 727 дітей, у тому числі понад 15 000 нещеплених дітей у віці 2 і більше і 8000 нещеплених ще у віці 5 років. Майже 2000 дітей були в групі ризику розвитку аутизму, тому що вони народилися в сім'ях, які вже мають дитину з розладом. Результати досліджень були опубліковані в журналі американської медичної Асоціації JAMA. «Згідно з результатами досліджень у інших популяціях, ми спостерігаємо відсутність зв'язку між

вакцинацією КПК і підвищеним ризиком РАС», - пишуть автори. «Ми також не знайшли жодних доказів того, що прийом однієї або двох доз вакцини КПК був пов'язаний з підвищеним ризиком аутизму серед дітей, які мали старших братів і сестер з аутизмом». Був проведений аналіз кореляції частоти виникнення аутизму та вакцинацій КПК у віці 2, 3, 4 і 5 років. Він не показав підвищення ризику аутизму після імунізації в будь-якому віці. Насправді, частота виникнення аутизму була нижчою в групі вакцинованих дітей. Однак, автори пишуть, що це може бути тому, що батьки, які бачать ранні ознаки аутизму були більш налаштовані на те, щоб затримати або уникнути вакцинації. Більш низькі темпи вакцинації серед сімей, постраждалих від аутизму. Зростаючий обсяг досліджень продовжує підтверджувати відсутність зв'язку. Невизначеність того, що викликає аутизм залишило занепокоєння у деяких людей. Такі побоювання, швидше за все, пояснюють, чому показники вакцинації знизилися в сім'ях, які мають дитину з розладом. У новому дослідженні, темпи вакцинації дітей у кого немає рідних з аутизмом були 84% на 2 роки і 92% у віці 5 років. Частота вакцинації для дітей з старшим братами або сестрами, які страждають аутизмом були значно нижчі: 73% на 2 роки і 86% у віці 5 років. У супровідній передовій статті, Доктор Брайан Кінг, директор дитячого центру аутизму в Сіетлі, пише: «Взяті разом, кілька десятків досліджень показали, що вік початку РАС не відрізняється у щеплених і нещеплених дітей, тягар або перебіг РАС не відрізняється у щеплених і нещеплених дітей, і тепер ризик рецидиву РАС в сім'ях не відрізняється у щеплених і нещеплених дітей». Дослідження стало можливим завдяки великій базі даних. З 95 727 дітей в дослідженні, близько 1 відсотка (994) були діагностовані з аутизмом під час проведення дослідження в наступний період. Серед тих, хто мав старшого брата або сестру з аутизмом (1929), приблизно 7% (134) розвинули розлад. Ця різниця у поширеності аутизму у дітей з або без старшого брата або сестри, які страждають від аутизму – цілком узгоджується з більш ранніми дослідженнями.

5. Н. Francesca , висуває опіоїдну теорію, в якій стверджує, що аутизм у дітей розвивається в результаті раннього і довготривалого перевантаження центральної нервової системи препаратами опіоїдного ряду, ймовірно, мають екзогенне походження в результаті неповного розщеплення білків харчового походження глютену і казеїну. Такі обставини призводять до вироблення потенційно біологічно активних пептидів.

Дослідили, що рівень протеїну цереброспинальної рідини нервових клітин у 47 обстежених аутичних дітей був в 3 рази вище нормального рівня . Високий рівень

протеїнів спричинює утворення надлишку гліальних клітин, або збільшення синаптичних мембран. У такому разі, можливе запровадження безглутеново-казеїнової дієти.

Основна її ідея – цілком повне виключення із раціону дитини продуктів, які містять казеїн (молочний білок) і глютен (пшеничний білок). Впродовж трьох тижнів діти не вживають продукти, які містять казеїн (молоко тваринного походження замінюється на рослинне (рисове, мигдальне, кокосове, каштанове)). Безглутенова дієта дуже складна і має тривати не менше 4 місяців і застосовувати цю дієту слід за наглядом фахівця.

Розлади аутичного спектру (РАС) - це широкий спектр різних форм розладів, об'єднаних спільними характеристиками, а саме: труднощами у побудові соціальних стосунків, спілкуванні та особливою стереотипністю поведінки. І власне введення поняття спектру підкреслює, що ці характеристики можуть бути виражені дуже по-різному і що в групі таких дітей можливі дуже різні ступені важкості цього розладу: діти з РАС можуть дуже відрізнятися один від одного своєю здатністю встановлювати контакт з оточенням як за допомогою мови, так і невербального спілкування, рівнем інтелектуального розвитку. Важко відшукати хоча б двох дітей з однаковими симптомами аутизму. І якщо говорити про спектр та крайні форми вираженості симптомів, то це, з одного боку, соціально ізольовані немовні діти з вираженою інтелектуальною недостатністю, а з іншого – діти з високим інтелектом, розвиненою мовою, але дуже обмеженим колом інтересів та труднощами у спілкуванні й встановленні стосунків (ця частина спектру отримала назву синдрому Аспергера).

Крім ступеня та характеру вираженості симптомів, діти з РАС відрізняються між собою й ступенем мовленнєвого розвитку (від немовних дітей до дітей з фактично відсутніми порушеннями у цій сфері, як при синдромі Аспергера), наявністю чи браком супутньої розумової неповносправності (від дітей з нормальним та вище середнього інтелектом до дітей з різного ступеня інтелектуальною недостатністю), наявністю тих чи інших супутніх (коморбідних) розладів. Треба сказати, що нелегко визначити крайню межу спектру – в багатьох людей можуть бути наявні «елементи», мікросимптоми аутизму, незважаючи на те, що ці люди більш-менш добре соціально адаптовані і не стикаються із значними обмеженнями у функціонуванні.

Розлади аутичного спектру належать до розладів психологічного розвитку – тому важливо усвідомлювати, що це є позитивна особливість дитини, зумовлена специфічністю будови та функціонування центральної нервової системи, і попри те, що у

розвитку дитини завжди можливий прогрес і що в різному віці дитина буде дуже різною, вона завжди залишатиметься з певними «аутичними» особливостями. Ми маємо бути свідомі, що відповідно до того, наскільки спектральним є цей розлад у дітей, настільки ж спектральним є прогноз стосовно дорослого віку.

Частота РАС - 2-6 випадків на 1000 дітей – вони є доволі поширеними і зустрічаються не менш часто, аніж інші, але часто вчасно не виявляються або ж невірно діагностуються, а відповідно, дітям із цими розладами не надається вчасна, адекватна допомога.

Усі підвиди розладів спектру аутизму об'єднують порушення у сферах соціального розвитку дитини, розвитку мови/здатності спілкуватися та стереотипною, обмеженою поведінкою (винятком є діти з синдромом Аспергера, у яких нема порушень у мовленнєвому розвитку, але є інші симптоми).

Для дітей з РАС типовим є присутність інших супутніх розладів. Насамперед, це розумова відсталість – вона присутня у 30-70% дітей з аутизмом, хоча визначити ступінь її часто дуже складно з огляду на труднощі проведення тестування інтелекту у дітей. Іншими супутніми розладами можуть бути інші медичні/неврологічні/генетичні розлади (наприклад, епілепсія, порушення зору, синдром ламкої Х-хромосоми, туберозний склероз та ін.), інші психіатричні розлади (гіперактивний розлад із дефіцитом уваги, тривожні розлади, тіки та ін.). Виявлення цих супутніх розладів є важливе для планування комплексної програми допомоги дитині.

1.1. Особливості психічного розвитку при РАС

Для того, щоб зрозуміти все різноманіття психічних явищ в їх найбільш істотних внутрішніх взаємозв'язках, необхідно, перш за все, знайти ту одиницю виміру або точку відліку, яка дозволить розкрити зачатки всіх елементів психіки. В контексті методології нашого дослідження такою точкою відліку виступає специфіка розвитку зорово-просторового сприйняття при РАС.

Аутизм як крайня форма психологічного відчуження традиційно викликало в науці велику кількість дискусій і різночитань. Так, одні автори розглядають аутизм не як первинне порушення контактів, а як розлад сприйняття в цілому. Інші, більш категоричні в своїх судженнях (B.Freeman, L.Eisenberg, M.Rutter), вважають першопричиною проявів

аутизму саме порушення сприйняття, треті підкреслюють полімодальний характер порушень, що зачіпає базові механізми перцептивних процесів (L.Wing).

Серед онтогенетических досліджень даної проблеми особливе місце займають роботи Т.Grandin, яка сама аутист, тому її висновки мають особливе прикладне значення. Автор стверджує, що патологічні феномени сприйняття полягають або у відсутності здатності до емпатії, або в болісно-нав'язливою емпатії (чужа психічне життя захоплює беззахисну жертву), або, нарешті, в фантастично оманливої емпатії. Подібних же поглядів дотримується В.Freeman, стверджуючи, що для аутизму як порушення, типово вроджена відсутність здатності людини сприймати і відповідати на афективну експресію інших. Це підтверджується результатами його експериментальних досліджень, спрямованих на вивчення здатності оцінювати емоційний вираз обличчя серед обстежуваних їм дітей. У зв'язку з таким дефіцитом, дитина з аутизмом не отримує необхідного соціального досвіду в період від 0 до 7 років, зазначає Т. Пітерс, що призводить до неповноцінності когнітивних структур, необхідних для нормального спілкування. Автор, описуючи процеси пізнання у людей з аутизмом, підкреслює: «У всьому світі діти народжуються з біологічно закладеною здатністю додавати значення до сприйняття при мінімальному соціальному стимулюванні. Завдяки цій здатності вони інтуїтивно вважають за краще людські звуки, в певний період починають аналізувати і розуміти спілкування і, в кінцевому підсумку можуть спілкуватися самі. Ця здатність також допомагає їм правильно розуміти поведінку інших людей, а потім не тільки розуміти, а й розвивати адекватну соціальну поведінку. Саме ця вроджена біологічна здатність порушена у людей, що страждають на аутизм. Вона не відсутня у них, а тільки порушена ».

Дитина проробляє ряд принципово послідовних етапів у розвитку відносин з навколишнім світом, у відношенні з предметним світом: послідовне виділення людей зі світу предметів (мати - інші дорослі - старші діти - молодші діти - однолітки) і відповідне розширення кола спілкування з формуванням ставлення до іншої людини як суб'єкту, потім- ідентифікація себе як суб'єкта спілкування (поява слова «Я»), особистості.

Останні два етапи і при сприятливій динаміці рідко можуть буди повністю завершеними - глибоке і диференційоване сприйняття суб'єктності іншого лишається малодоступним для більшості дітей з РАС. Усвідомлюючи себе вже як суб'єкта спілкування, аутична дитина завжди відчуває труднощі співвіднесення власних

суб'єктності і об'єктності, що, на думку J. Kret, характеризується самоізолеваністю з нездатністю до встановлення контакту з оточуючими, відсутністю поведінкового орієнтування на людей, нездатністю до відмінності їх від неживих предметів.

Як відомо, в період дитинства першим проявом соціалізації дитини, її потреби до спілкування з дорослими є набір поведінкових реакцій, іменованій «комплексом пожвавлення» (посмішка, зорове зосередження, рух рук і ніг у відповідь на усмішку, обличчя, голос дорослого), а у більшості аутистів «комплекс пожвавлення» взагалі не був виражений. Батьки згадують, що діти абсолютно не посміхалися, що не оживали при звуці голосу. Поряд з цим все компоненти реакції пожвавлення спостерігалися у ряду дітей при відсутності дорослого.

Багато дітей з РАС мають проблеми сприйняття зорової інформації, такі як тунельний зір, невпевненість в периферичному зорі, або труднощі в розрізненні близького від далекого. Вони можуть мати підвищену чутливість до мерехтливого світла, до флюоресцентного світла, який мерехтить і випускає високочастотний звук. Часто ці діти не можуть фокусуватися на постійно мінливому зоровому стимулі, такий як очі іншої людини. Діти з аутизмом не можуть часто одночасно дивитися на кого-то і слухати його в той же самий час. T.Grandin пише: «Я дуже погано дізнаюся особи. Це ще одна проблема аутистів. Я не пам'ятаю, скільки часу проводила з ними ».

Відзначається гіперчутливість до запахів, через що деякі діти з аутизмом можуть відмовлятися від певної види їжі, ходити в зоопарк, не переносять парфумерні запахи, дим сигарет або запахи приготування їжі, які можуть викликати підвищену чутливість. Багато дітей з аутизмом дуже чутливі до тактильних стимулів.

G.Dawson говорить про те, що найчастіше дитина, що страждає на аутизм, біжить від навколишньої дійсності зовнішнього світу, намагаючись сховатися від нестерпного потоку вражень (сенсорних). Аутизм як порушення, відокремлює людину від світу міжособистісних відносин.

G.Miller, K.Pribram, E.Galanter, які підтверджують, що рідкісний фізичний контакт з оточуючими носить незграбний і маніпулятивний характер, нерідко виробляючи формальне враження агресії: дитина може наступити на ногу іншій дитині або обійняти за голову так, що та не зможе дихати. Мова, незалежно від того, розвивається вона в звичайні терміни, із затримкою або, навпаки, з випередженням, не використовується або використовується вкрай обмежено.

К.Гіблерт і Т. Пітерс відзначають, що для раннього розвитку при аутизмі характерні специфічні особливості прелінгвістичного розвитку, такі як утруднена інтерпретація плачу, обмеженість або незвичайність гуління (швидше нагадує вереск або крик), відсутність імітації звуків. За даними інших авторів, незалежно від рівня розвитку мови, при РАС у дітей, в першу чергу страждає можливість використання її з метою спілкування. Слід підкреслити, що відхилення від нормального онтогенезу досліджуваних особистостей спостерігаються вже на стадії прелінгвістичного розвитку. Спектр мовних розладів варіює від повного мутизма до випереджаючого (в порівнянні з нормою) розвитку.

Особливості комунікації у аутичних дітей взаємопов'язані з формуванням «Я», яке у багатьох з них відбувається лише до 6-8 років. Слово «Я» з'являється в мові не раніше, ніж дитина починає досить вільно і правильно використовувати займенники «Він», «Вона», «Вони» і «Ти». Відображенням початкових стадій цього процесу виступає вміння дитини впізнавати себе в дзеркалі, на фотографіях, а також правильне використання особистих займенників. На наш погляд, ця теза вимагає додаткового емпіричного підтвердження, так як за результатами досліджень різних авторів, вказівки на час появи можливості впізнавати себе в дзеркалі сильно варіюються. Так, Ж. Лакан описує її у немовлят у віці 6 місяців, Р.Заззо вказує на вік після двох років, коли дитина починає вважати зображення в дзеркалі своїм власним. Дослідник пише, що в 2 роки дитина дізнається на фотографії інших людей, але себе починає дізнаватися приблизно через 6 місяців після цього. Це тісно пов'язано з еволюцією мови. У віці близько 3 років дитина починає використовувати займенник «Я». В цей же час виникають непрямі відмінки від «Я» і «Ти» і присвійні форми. Приблизно на даний період припадає криза 3 років, що виражається в протиставленні себе навколишньому і негативізм.

На думку М. Mahler, поведінка дитини з РАС, відрізняється байдужістю або захисною реакцією по відношенню до «нормальних» пропозицій контакту, спілкування; напружено-боязкою прихильністю до певних щоденних порядків та процедур; недостатнім розвитком засобів вираження, комунікації (мови, міміки); неготовністю до практичних вимог життя. На наш погляд, все перераховане вище є концентрованим виразом стану соціально-афективної і пізнавальної (логічної) незрілості.

Представником нейрофізіологічної концепції В. Rimland особливості розвитку видів сприйняття у дітей з аутизмом кваліфікуються, в першу чергу, як прояв

центральної порушень процесів обробки подразників нервової системою. На противагу цьому, з позицій психології підсвідомості Б. Бетельхейма, підкреслюється значення неправильного ставлення матері до дитини в ранньому дитинстві, як істотної причини розвитку аутичних порушень. В даний час більшістю дослідників визнається поліетіологічність виникнення і розвитку раннього дитячого аутизму, однак виникає складність у визначенні суті синдрому.

Особливості зорового сприйняття дітей з РАС, починаючи з раннього віку, мають свої специфічні відмінності. Однак, саме в другій половині першого року життя, як відзначають G.H.Moll, M.H. Schmidt і ін., Особливості поведінки дітей з РАС виявляються більш чітко і диференційовано: одні діти постійно бездіяльні і пасивні, не зацікавлені в нових іграшках, швидко випускають предмети з рук, інші, навпаки, відрізняються підвищеною рухливістю і метушливістю, схоплюють всі які попадаються на очі предмети (але без характерного обмацування, який вивчає властивості предмета) зі стереотипними, повторюваними рухами руками, пальцями. На думку T.Grandin, типовим стереотипом поведінки аутичних дітей є обертання, дану тенденцію автор пов'язує зі слабкою виразністю ністагму, а також з необхідністю обертання, як фактора, своєрідно коригуючого незрілості нервової системи.

У дітей з РАС становлення всіх видів сприйняття - зорового, тактильного, рухового, слухового, смакового, які формують в нормі уявлення про предмети і явища навколишнього світу, відбувається нерівномірно і неузгоджено, зазначає R.Chilvers.

Цілісне сприйняття предмета, будучи важливою умовою правильного орієнтування дитини в навколишньому матеріальному світі, лежить в основі багатьох видів діяльності - предметної, ігрової, трудової, образотворчої. Воно складається, коли діти з аутизмом в ході дидактичних ігор навчаються не сприймати навколишній світ разом, глобально, а бачити в предметі форму, величину, можуть виділити суттєві частини предмета, необхідні для дії з ним. Формування цілісного образу істотно затримується у дітей з РАС, що відбивається на виникненні дій з самообслуговування, предметно-ігрових дій, предметного малюнка, відзначають Е.Шоплер та Т. Пітерс. По-справжньому чіткими, рухливими уявлення стають тільки тоді, коли вони з'єднуються зі словом - назвою даного предмета (якість, ознака, дія). Таке слово може викликати в пам'яті знайоме уявлення в будь-який час. Але навіть по званім ознаками, без конкретної опори на образ дитині з РАС складно його уявити, так як образне уявлення у них особливо порушено.

Правильне з'єднання слова з тим, що воно означає, не тільки закріплює в свідомості дитини образ предмета, образне уявлення про нього, але і дає можливість викликати даний предмет, властивість або відношення в пам'яті дитини, підкреслює Т.МакКерн.

Інтелектуальний розвиток у більшості дітей з РАС понижений, у них є когнітивні порушення. «Їм легше живеться в світі, обмеженому конкретними і видимими речами. Важко даються узагальнення і відмінності між двома подібними і різними стимулами або подіями. Вони нерідко використовують частину як ціле або ціле як приватний компонент. Візуально-просторові завдання даються легше, ніж мовні. Конкретність їх інтерпретації у вирішенні проблеми зберігається протягом усього життя. Розвиток здібностей до абстрагування має центральне значення (основа навчання читання, письма, арифметики). Їх необхідно тренувати в контексті певної задачі, в порівнянних контекстах. При цьому повинна проводитися постійна підготовка завдання до потреб », вказує М.Rutter.

Аналіз літератури дозволяє нам припустити, що для адекватного розуміння та інтерпретації описаних закономірностей характеру дитини з РАС і побудови подальшої корекційної програми, необхідно відштовхуватися від важливого теоретико-методологічного підходу, згідно з яким розвиток комунікативності передуює вікового розвитку спілкування, кожний наступний рівень відображення дійсності і ставлення до неї формується не раніше, ніж сформовані необхідні для цього психічні властивості і функції.

Процес антиципації (передбачення, передбачення, передбачення) виконує три важливі функції в процесі відображення світу. По-перше - це передбачення одних і тих же подій; по-друге - готовність до подій, попередження їх в поведінці. Нарешті, третя функція антиципації - комунікативна - забезпечує можливість нормального спілкування. Формування антиципації у людини в результаті онтогенетичного розвитку - безперервний процес, який починається з моменту народження, проявляючись у вродженої здатності вибірково реагувати на певні параметри оточення, розрізняти мімічну експресію, віддавати перевагу людському обличчю і мові і ін. Порушення цього процесу на ранніх етапах онтогенезу позначається певним чином на час всього розвитку особистості.

Виходячи з усього сказаного вище, ми вважаємо, що, аномалії спілкування і реципрокної взаємодії, характерні для РАС, багато в чому обумовлені саме недостатнім розвитком процесу антиципації.

Аналіз наукової літератури та отримані результати власних досліджень, дозволили нам виділити і обґрунтувати ряд теоретичних моделей аномального сприйняття (перцепції) для дитини з РАС:

1. За кількістю сенсорних каналів, що працюють одночасно, діти з РАС поділяються на «багато-канальний» і «моно-канальний» прийом.

Більшість людей в результаті свого розвитку в нормі, застосовують всі органи чуття одночасно. Коли вони що-небудь чують, то продовжують бачити і відчувати як емоційно, так і фізично. Людина знає, який стан приймає її тіло, кола вона говорить, або який вираз обличчя, коли вона жестикулює. Людина відчуває все це, отже, її сприйняття «багато-канальне». Для людей, які живуть з «моно-канальним» прийомом або принципом сприйняття, зрозуміти, що їм кажуть, при одночасному до них фізичну дотику, просто неможливо: вони або розуміють, що їм говорять, але не відчувають дотику, або відчувають дотик, але не розуміють сенсу розмови. Якщо вони усвідомлюють місце дотику, або те, що до них торкаються, одночасно в той же час, коли їм що-небудь показують, то вони не бачать нічого, крім кольору, форми і руху. Так, за описом власного сприйняття Д. Вільямс свого тіла, як і всього іншого, було в основному в «моно-канальному» принципі сприйняття. Якщо вона доторкалась рукою своєї ноги, то вона відчувала це або на руці, або на нозі, але не одночасно, тобто сприймала своє тіло фрагментарно, і була або рукою, або ногою, або носом.

2. По введеним каналам (або каналу), що включає зір, слух, нюх, дотик, тактильність, і є дефіцитарним.

Однією з причин, по якій діти з РАС отримують спотворення уявних образів при сенсорної стимуляції ззовні, є те, що один або кілька введених каналів (зір, слух, нюх, дотик, тактильність) дефіцитарні в тій чи іншій мірі. Встановити який саме канал або канали вражені важко, так як, всі органи чуття в організмі людини взаємопов'язані, а порушення одного з них призводять до порушень інших. Як показав аналіз літератури і наші дослідження, в результаті порушень сприйняття ряд методів корекції неефективні. Наприклад, аудіоінтеграційна терапія, метод Ірлен і ін., допомагають одним дітям з РАС і не приносять жодних поліпшень іншим. За нашим спостереженням, корекція

дефіцитарності каналу призводить до виправлення декількох перцептуальних порушень. Можна навести приклад, який яскраво демонструє порушення каналів сприйняття, описаний А. Stehli, про її дочку Джорджіану, яка страждала гіпер слухом. Після проходження аудіоінтеграційної терапії, проведеної доктором Г. Берарді, її гіперсенситивність до звуків знизилась, поступово функція слухання нормалізувалася, що призвело до нормалізації роботи і інших каналів в такій мірі, що зараз вона вже не вважається аутистом.

3. За інтенсивністю сприйняття органами почуттів різняться гіпер- і гіпосензитивність. Так, С. Delacato класифікує кожен сенсорний канал як гіпер- і гіпо- або «білий шум» (перешкоди / інтерференція всередині системи). Кожен сенсорний канал у дитини з РАС може бути вражений по різному, наприклад, він може бути гіпо- по зору, «білий шум» по слуху, гіпо- по нюху і смаку, і гіпер- по тактильній чутливості.

С. Delacato, спираючись на результати свого дослідження, додає ще одну категорію до вищеперелічених - «фрагментарність» зору, слуху і т.д.

4. За (не) постійності сприйняття сенсорних стимулів (слухових, візуальних, тактильних).

Однією з найскладніших рис дитини з РАС є мінливість сприйняття ними сенсорних стимулів: в одні моменти суб'єкт здається глухим, тоді як в інші реагує на самий звичайний звук, як ніби-то він заподіює йому гострий біль; візуальні стимули також можуть здаватися йому або занадто яскравими, або дуже тьмяними, зазначає В. Freeman.

Так, Д. Вільямс відчувала перцептуальні проблеми глухоти, німоти і сліпоти як дуже реальні. Вона пояснює це «відключеннями» сприйняття, викликаними сильним стресом, оскільки в подібних ситуаціях люди з аутизмом не здатні впоратися з інформацією, що надходить. Автор порівнює аутизм з дитячими саморобними гойдалками (дошкою, покладеної на колоду): коли вона піднімається вгору або опускається вниз, не видно життя таким, яким воно є, коли гойдалки проходять через середину, з'являється можливість мигцем побачити життя, яке б відчувалось, якби НЕ аутизм.

Згідно з аналізом вітчизняних досліджень, єдиного підходу до розуміння витоків мінливості сприйняття сенсорних стимулів у дітей з РАС, в науці поки що не склалося. Низка авторів розглядають аутизм не як первинне порушення контактів, а як розлад

сприйняття в цілому; інші дослідники - більш категоричні в своїх судженнях, вважаючи, що більшість проявів аутизму мають своєю причиною порушення сприйняття. Ряд авторів відзначають, що ці порушення носять полімодальний характер і зачіпають базові механізми перцептивних процесів або характеризуються підвищеною селективністю, тим або іншим ступенем дефіцитарності та ін.

РОЗДІЛ 2. КЛАСИФІКАЦІЯ СТИЛІВ БАТЬКІВСЬКИХ ВІДНОСИН

З аналізу наукової літератури випливає, що сім'я, виконуючи функції соціалізації, створює певні моделі соціальної поведінки, і, як наслідок, дитина опирається на досвід свого спілкування з близькими родичами та взаємодії з іншими людьми, використовуючи моделі сімейних комунікацій.

Вчені розрізняють основні форми сім'ї:

- ядерна сім'я складається з батьків і дітей, об'єднуючи два покоління;
- розширена ядерна сім'я включає ядерну сім'ю, всіх її родичів і тих, хто є близькими з різних причин;
- повна сім'я відповідає ядерній, включає батька, матір і дітей;
- неповна сім'я - якщо один із батьків відсутній (додаткова категорія: функціонально неповна сім'я - батьків двоє, але професійні та інші причини не залишають їм часу для сім'ї);
- велика сім'я - група кровних родичів різних поколінь, які живуть в одному місці, мають спільну власність і т.д.

У сім'ї реалізуються основні види відносин: домінування-підпорядкування, відповідальності та емоційної близьості. Домінувальний член сім'ї несе відповідальність за сім'ю, за збереження нормальних відносин у сім'ї. Домінування одного з подружжя вважається необхідною умовою стійкості сім'ї. Відповідальність належить до числа найбільш складних понять. У сім'ї це - відповідальність члена сім'ї за інших окремих членів сім'ї та за всю сім'ю в цілому, роль голови сім'ї передбачає відповідальність за сім'ю, її теперішнє, минуле та майбутнє. Емоційна близькість психологічно ґрунтується на афіліації. Афіліація - це контакт, спілкування - вона протилежна владі і призводить до встановлення дружніх відносин і симпатій. Емоційна близькість задовольняє потребу в

психологічному комфорту, підтримці, теплі та любові, а сім'я виконує функцію емоційного притулку її членів.

Основні стилі дитячо-батьківських відносин були виділені на основі аналізу взаємодії матері та дитини: співпраця, псевдоспівпраця, ізоляція, конкуренція.

Розглянемо вищезазначені типи відносин:

- співпраця враховує потреби та бажання дитини, дає можливість йому вільно проявлятися, а в складних ситуаціях надають йому допомогу;
- псевдоспівпраця - тип відносин, при яких відбувається домінування дорослого або дитини, формалізоване спілкування, яке супроводжується лестощами, а псевдоспільні рішення досягаються за рахунок поспішної згоди одного з партнерів, який відчуває страх перед можливою агресією іншого;
- при ізоляції повністю відсутня кооперація та об'єднання зусиль, ініціативи один одного відхиляються і ігноруються, учасники взаємодії не чують і не відчувають один одного;
- для стилю конкуренції характерна змагальність при відстоюванні власної ініціативи та пригніченні ініціативи партнера. У дитячо-батьківських відносинах важливо визначити роль дитини в системі сімейних відносин, зміст якої визначається тією потребою батьків, яку дитина задовольняє.

Під стилем виховання в науковій літературі розуміється певна стратегія виховання, включеність дітей у обговорення сімейних проблем, успішність дитини при готовності батьків завжди прийти на допомогу та прагнення до об'єктивності в баченні дитини.

Виділяють два стилі батьківського виховання - демократичний і контролюючий:

- контролюючий стиль виховання - поведінка дитини обмежена рядом дисциплінарних заходів при нерозумінні дитиною сенсу обмежень. Вимоги батьків можуть бути жорсткими, але вони пред'являються послідовно і постійно, і дитина визнає їх справедливими і обґрунтованими.

- демократичний стиль найбільш ефективний для виховання - враховуючи потреби дитини в позитивних емоціях і визнанні, батьки використовують вплив і переконання при доброзичливості та любові. Порушення системи сімейного виховання, дисгармонія відносин «мати-дитя» призводять до виникнення неврозів у дітей. А.Є. Личко і Е.Г.

Ейдеміллер виділили наступні типи сімейного виховання дітей, які формують негативні акцентуації характеру:

- гіпопротекція (гіпоопіка): відсутність турботи про дитину, вона практично залишена сам на сам і відчуває себе залишеною;
- гіперпротекція: нав'язлива надмірна турбота блокує ініціативу та самостійність дитини або у формі домінуючої гіперпротекції (ігнорування реальних потреб дитини та жорсткий контроль над її поведінкою), або у формі потворної гіперпротекції (виконання всіх потреб і капризів дитини, яка грає роль кумира сім'ї);
- емоційне відкидання: неприйняття батьками дитини у всіх її проявах явною та прихованою формою (насмішка, іронія);
- жорстокі взаємини: явні (покарання, фізична агресія, побої) та приховані (емоційна ворожнеча, холодність, насмішки);
- підвищена моральна відповідальність: завищені вимоги до дитини, делегація дитині опіки та турботи про інших членів сім'ї.

Вперше проблема стилів батьківського виховання була досліджена А. Адлером. Вчений описував неблагополучні ситуації дитинства, пов'язані з батьківським вихованням, на основі яких дитина формує помилкові уявлення про життя. До них відносяться балування дитини і пренебрежливе ставлення до неї. Ці деструктивні стилі відносин з дитиною перешкоджають розвитку у неї соціального інтересу, або громадського почуття - здатності цікавитися іншими людьми. Вчений підкреслює, що лагідність і вседозволяючий підхід з боку батьків призводить до розвитку неадекватних уявлень про себе, про навколишній світ, про способи конструктивної взаємодії з іншими людьми. Емоційно відхилені, пренебрежені батьками діти будуть недооцінювати власні сили, перебільшувати складності життєвих завдань, у них можуть бути труднощі у міжособистісних відносинах.

Обраний стиль відношення до дитини залежить від життєвого стилю особистості батька, тобто від значення, яке людина надає світові і самому собі, її цілей, напрямку її зусиль і тих підходів, які вона використовує при вирішенні життєвих проблем. А стиль батьківських відносин, в свою чергу, впливає безпосередньо на формування стилю життя дитини, оскільки життєвий стиль формується дуже рано (до п'яти років).

Класичною вважається робота G.H Brody, виконана в рамках клінічного підходу. Спостерігаючи відеомагнітофонні записи 4-годинного спілкування матері з дитиною, було виділено 4 типи материнського відношення:

1 тип - мати легко і органічно адаптується до потреб дитини. Для неї характерне підтримуюча, дозволяюча поведінка.

2 тип - свідомо мати намагається адаптуватися до потреб дитини, але через напруженість та відсутність прямолінійності в спілкуванні з дитиною її спроби часто безуспішні. Мати частіше домінує, ніж вступає в компроміс.

3 тип - в основі материнства - почуття обов'язку. Відсутність інтересу, теплоти, спонтанності у відносинах з дитиною. Інструмент - жорсткий контроль.

4 тип - мати веде себе невідповідно до віку та потреб дитини. Її виховані реакції непослідовні та протирічливі.

На думку автора, найшкідливішим для дитини виявився 4-й стиль материнства, оскільки постійна непередбачуваність материнських реакцій позбавляла дитину світу стабільності і спонукала до підвищеної тривожності.

J.A. Simpson, W.S. Rholes, J.S. Nelligan виділяють 3 типи батьківських відносин:

- спокійна мати, переважно використовуючи похвалу як інструмент виховання;
- екзальтована мати з широким спектром емоційних реакцій на будь-які дрібниці у поведінці дитини;
- «соціальна» мати - для неї характерна легка відволіканість від дитини на будь-які стимули.

Е.Н. Болдуин виділив два стилі батьківського виховання: демократичний і контролюючий.

Демократичний стиль характеризується наступними параметрами: висока ступінь вербального спілкування між батьками і дітьми, включеність дітей у обговорення сімейних проблем, успішність дитини при готовності батьків завжди прийти на допомогу, прагнення до зниження суб'єктивності в баченні дитини.

Контролюючий стиль передбачає значні обмеження поведінки дитини при відсутності розбіжностей між батьками і дітьми щодо дисциплінарних заходів, чітке розуміння дитиною сенсу обмежень.

D. Baumrind у своєму циклі досліджень намагалася подолати описовість попередніх робіт, виділивши сукупність дитячих рис, пов'язаних з факторами батьківського контролю і емоційної підтримки. На основі своїх спостережень вчений виділяє 3 типи дітей, характер яких відповідає певним методам виховної діяльності їх батьків.

Авторитет користуються батьки, які люблять і розуміють дитину, віддаючи перевагу не покаранню, а поясненню дитині, що у його поведінці викликало смуток, вимагають обдуманого поведінки і намагаються допомогти йому, чутливо ставлячись до його запитів. Одночасно такі батьки зазвичай проявляють твердість, стикаючись з дитячими капризами, а тим більше з немотивованими вибухами гніву.

D.Baumrind, R.E. Larzelere, P.A. Cowan підкреслюють, що у авторитарних батьків діти стають роздратованими, схильними до конфліктів. Авторитарні батьки вважають, що дитині не слід надавати занадто багато свободи та прав, що вона повинна підкорятися їх волі, авторитету. Ці батьки, у своїй виховній практиці, прагнучи виховати у дитини дисциплінованість, як правило, не залишають йому можливості вибору варіантів поведінки, обмежують його самостійність, позбавляють права виступати проти старших, навіть якщо дитина права. Авторитарні батьки частіше за все не вважають потрібним якимось обґрунтувати свої вимоги. Жорсткий контроль за поведінкою дитини - основа їх виховання, яке не виходить за межі суворих заборон, наруг, і часто фізичних покарань. Найбільш часто зустрічаний спосіб дисциплінарного впливу - залякування, загрози.

Такі батьки, відзначають автори, виключають душевну близькість з дітьми, вони заощаджують на похвалах, тому між ними та дітьми рідко виникає відчуття прив'язаності. Однак жорсткий контроль рідко дає позитивний результат. У дітей при такому вихованні формується лише механізм зовнішнього контролю, розвивається почуття вини або страху перед покаранням і, як правило, занадто слабкий самоконтроль, якщо взагалі з'являється. Діти авторитарних батьків з важкістю встановлюють контакти з однолітками через свою постійну обережність і навіть ворожість до оточуючих. Вони підозрілі, злостиві, тривожні, і через це - нещасні.

Також є батьки, які дозволяють дітям робити все, що їм заманеться, навіть не звертаючи уваги на вибухи гніву і агресивну поведінку, внаслідок яких трапляються неприємності. У дітей частіше виникають проблеми з дисципліною. Зазвичай вони приходять у відчай і реагують дуже гостро - грубо і різко насміюють дитину, а в поривах гніву можуть застосовувати фізичне покарання, вони позбавляють дітей батьківської любові, уваги і співчуття (Л.Б. Шнейдер).

D.Baumrind, R.E. Larzelere, P.A. Cowan виділили чотири параметри зміни батьківської поведінки, відповідальні за описані патерни дитячих рис.

Батьківський контроль: на високому рівні батьки віддають перевагу здійснювати великий вплив на дітей, здатні наполягати на виконанні своїх вимог, послідовні в них. Контролюючі дії спрямовані на модифікацію проявів залежності у дітей, агресивності, розвиток гри, а також на більш досконале засвоєння батьківських стандартів і норм.

Другий параметр - батьківські вимоги, що спонукають до розвитку у дітей зрілості; батьки стараються, щоб діти розвивали свої здібності в інтелектуальній, емоційній сферах, міжособистісному спілкуванні, наполягають на необхідності та праві дітей на самостійність.

Третій параметр - способи спілкування з дітьми під час виховних впливів: батьки намагаються використовувати переконання, щоб досягти слухняності, обґрунтовують свою точку зору і одночасно готові обговорювати її з дітьми, слухають їх аргументацію. Батьки з низьким рівнем частіше вдаються до криків, скарг і лайки.

Четвертий параметр - емоційна підтримка: батьки здатні виражати співчуття, любов та теплі відносини, але дії та емоційне ставлення спрямовані на сприяння фізичного та духовного росту дітей, вони відчують задоволення і гордість від успіхів дітей.

Отже, найбільш поширеним механізмом формування характерологічних рис дитини, відповідальних за самоконтроль та соціальну компетентність, є інтеріоризація засобів та навичок контролю, використовуваних батьками (Л.Б. Шнейдер).

А.Я. Варга виділяє чотири типи батьківського ставлення:

1. Приймаюче-авторитарне - суб'єктивне благополуччя батьків: тепле ставлення та прийняття дитини з вимогами соціального успіху та досягнень при контролі в цих областях.

2. Відкидаючий з елементами інфантилізації та соціальної інвалідизації - емоційне відкидання дитини, низька цінність її індивідуально-характерологічних властивостей, ставлення як до меншого за віком порівняно з реальним віком, приписування поганих схильностей.

3. Симбіотичний - прагнення встановити з дитиною тісний напружений емоційний контакт, співчувати в усіх дрібницях її життя.

4. Симбіотично-авторитарний - гіперпротекція та загальний контроль поведінки психічного життя дитини, блокування здійснення дитячої потреби в психосоціальній ідентифікації.

Отже, з аналізу наукової літератури випливає, що сім'я, виконуючи функції соціалізації, створює певні моделі соціальної поведінки, на які дитина спирається у своєму спілкуванні з близькими родичами та у взаємодії з іншими людьми, оскільки в сім'ї реалізуються основні види відносин: домінування-підпорядкування, відповідальності та емоційної близькості. Комплекс рис компетентних дітей відповідає наявності у батьківському ставленні всіх чотирьох вимірів - контролю, вимогливості до соціальної зрілості, спілкування та емоційної підтримки, тобто оптимальною умовою виховання є поєднання високої вимогливості та контролю з демократичністю та прийняттям.

2.1. Вплив сімейного виховання на емоційний стан дітей з РАС

У зв'язку зі своїми особливостями аутистична дитина вже обмежена в можливостях свого соціального та особистісного розвитку. Наявність аутичної дитини в сім'ї ставить до неї підвищені вимоги. Досвід спілкування з здоровими людьми тут не завжди корисний, і на початку батьки часто саме на нього спираються. Те, наскільки швидко вони навчаться розуміти і, отже, допомагати своїй дитині, залежить не стільки від неї, скільки від них. Чим вище рівень емпатії, тим більше ймовірність того, що конфліктних ситуацій буде менше. Працюючи над собою та підвищуючи рівень своєї психологічної компетентності, батьки, безумовно, полегшують положення дитини.

Дані літератури свідчать, що материнське ставлення до дитини з РАС залежить від порядку її народження: у сім'ях, де дитина з аутизмом - єдинонароджена, частіше спостерігається її емоційне прийняття. Деякі вчені зауважують, що найменш сприятлива психологічна ситуація складається щодо другої за порядком народження дитини з аутизмом: в матерів частіше складається комплекс рольової неповноцінності і неможливість гнучкої адаптації до особливостей дитини. Важка задача зміни власних очікувань щодо дитини, з одного боку, і неможливість змінити біологічний та емоційний статус дитини, з іншого, - призводять до відкидання дитини матір'ю і її власної невротизації.

А.Уокер вважає, що батьки, як правило, уникають щоденного стресу, пов'язаного з вихованням аутичної дитини, проводячи більше часу на роботі. Проте вони також відчують почуття вини, втрати, хоча і не виражають цього так явно, як матері аутичних

дітей. Батьки також турбуються про важкість стресу, який відчувають їхні дружини; на них лягають особливі матеріальні тягарі, пов'язані з вихованням дитини, які відчуваються все гостріше через те, що обіцяють бути тривалими, майже пожиттєвими, пише автор.

Т.В. Скрипник підкреслює, що важливо не кількість проведених годин з дитиною, а коефіцієнт корисної дії батьків. Повний відмов батьків від себе обмежує дитину, обмежує коло явищ та подій, з якими вона може стикатися та через них знайомитися з життям, знаходити себе в ньому.

Ряд авторів відзначають, щоб максимально допомогти дитині, дорослим доводиться навчатися допомагати не лише їй, а й собі - поповнювати свої життєві сили та досвід самореалізації, вчитися відчувати задоволення навіть в складних ситуаціях, вирішувати проблеми.

Т. Грендин, у автобіографічній книзі пише: «Коли мені було півроку, мама помітила, що я перестала ласкуватися до неї і застигаю, якщо вона бере мене на руки. Ще через кілька місяців, коли вона спробувала мене обійняти, я набросилася на неї, ніби піймана звірка, і подерла їй руку. За словами мами, вона не могла зрозуміти, чому я дивлюся на неї, як на ворога. Адже інші діти моєї вікової категорії спокійно сидять на руках, гомонять і лацаться до матерів. Що вона робить не так? ».

С.А.Сошинський, описуючи життя дитини-аутиста, відзначає: «причина, яка не могла не виявитися, - особливості його матері, яка не вміла, і, здається, до сих пір не навчилася спілкуватися зі своїми власними дітьми. Мати зразково виконувала обов'язки з догляду за дітьми... Але вона з ними не розмовляла, не спілкувалася! Тобто не розмовляла і не спілкувалася в тому розумінні, в якому тільки мати може розмовляти зі своєю дитиною». Автор відзначає, що мати повинна вводити дитину в світ співучасті та співпереживання, резонансу душ, на енергії якого пізніше ґрунтується все пізнання та навчання дитини дорослими, чого не було в житті хлопчика. «Генетика Андрюші, і проблеми внутрішньоутробного розвитку, і дефіцит спілкування в його власній сім'ї - все могло сприяти розвитку у нього аутизму», підводить підсумок автор.

Наші спостереження показують, що стан стресу для сім'ї, яка продовжує «боротьбу» за свою дитину, з цього моменту часто стає хронічним, що в багатьох випадках пов'язано з відсутністю будь-якої системи допомоги дітям з РАС, з тим, що в

існуючих дитячих закладах не підтримуються діти з нестандартною, складною поведінкою.

L.P.Barakat, J.A. Linney у своїх дослідженнях виявили, що стрес найбільше проявляється саме у матерів дітей з РАС. Вони не лише відчують надмірні обмеження особистої свободи та часу через надмірну залежність від своїх дітей, але й мають дуже низьку самооцінку, вважаючи, що не достатньо добре виконують свою материнську роль.

Наші спостереження показали, що в особливій ситуації зростають брати і сестри таких дітей: вони також відчують побутові труднощі, і батьки часто змушені жертвувати їхніми інтересами. У якийсь момент вони можуть відчути обділеність увагою, вважати, що батьки їх люблять менше. Іноді вони, бачучи турботи сім'ї, рано дорослішають, а іноді «переходять в опозицію», формуючи особливі захисні особистісні установки, і тоді їхня відчуженість від турбот сім'ї стає додатковим болем батьків, про який вони рідко говорять, але який гостро відчують.

Терапевтичні заходи потрібні не лише дитині з РАС (розладами аутистичного спектра), а й члени їхніх сімей, передусім - матері, зауважує А.С.Спиваковська. Мова, зокрема, йде про те, що будь-яка ефективна психотерапевтична робота з дітьми потребує включення в процес батьків дитини, при цьому перевагу віддають гральним методам. Інша проблема, яка має безпосереднє відношення до батьків аутичної дитини - це його уявлення про себе та його самооцінка. Значна частина уявлень аутичної дитини про себе формується на основі суб'єктивних оцінок оточуючих його людей. Головним чином таку інформацію діти отримують від батьків (як негативну, так і позитивну).

Л.С. Печникова вважає, що біологічно обумовлена дефіцитарність адаптивних механізмів аутичної дитини в значній мірі могла б бути компенсована підтримкою сім'ї. Але далеко не завжди така підтримка є, більше того, часто як механізм, який запускає афективний стан у дитини, виступає неправильна поведінка матері, неможливість або небажання відчути і зрозуміти потреби дитини та перебудувати свою поведінку з урахуванням цих потреб. Сім'я очікує змін від дитини, але не здатна змінитися сама, що у найвищій мірі не логічно. Дитину закликають прийняти зовнішній світ, не приймаючи його внутрішнього, хоча б і особливого, світу. Крок назустріч, таким чином, повинен робити самий слабкий і незахищений. Позитивні зміни можливі лише при зустрічному русі.

Не менш важливою для батьків є здатність розвивати та зберігати в дитини вміння і навички, властиві їхнім звичайним ровесникам, починаючи з найпростіших - самообслуговування, і закінчуючи працездатністю. Кількість і якість аутичних проявів знижуються при тривалій терапії, але, як правило, аутична дитина виходить у світ погано підготовленою, що сприяє наступній дезадаптації, підкреслює Т.В. Скрипник.

Дані психологічних досліджень спростовують наявність у матерів аутичних дітей високого рівня усвідомлення того, що необхідно дитині для найбільш оптимального її розвитку.

Д.Н. Штатт виділяє декілька типів материнських стосунків, найбільш неблагоприємних щодо виникнення аутистичних форм поведінки. Перший - мати, яка настільки емоційно залежить від дитини, настільки підвищено тривожна, що пригнічує дитину своєю неадекватною афектацією. Другий тип - періодичне, раптове відкидання своєї дитини від матері, яка страждає від депресивних станів. Третій тип - мати, повністю відкидаюча свою дитину, беземоційна і байдужа до неї.

М.М. Либлин вважає, що не можна розглядати аутистичну дитину поза її емоційним і психосоматичним симбіозом з матір'ю. У матері аутичної дитини існує потреба в розширенні соціальної і професійної потреби, яку вона не може задовольнити, будучи емоційно і фактично занадто міцно прив'язаною до дитини.

В результаті проведеного нами аналізу літератури можна виділити ще одну групу проблем, пов'язаних з розвитком дитини з РАС, які створюють батьки, орієнтовані на виконання дитиною соціальних норм. При позитивній динаміці обов'язково настає момент підвищення рівня руйнування у поведінці, з чого виникає необхідність будувати відносини з дитиною на іншому, вищому рівні взаєморозуміння і пояснення дитині умов успішної взаємодії людей в суспільстві. Підвищення ж рівня деструкції в поведінці дитини деякі батьки сприймають як погіршення його стану, а не як необхідний кризис розвитку і ставлять під сумнів цінність терапії для такої дитини в цілому.

Серед інших факторів, пов'язаних з батьками дитини з РАС і впливають на його динаміку, деякими авторами називається можливість координації дій батьків, лікаря, психолога і педагога - з цим тісно пов'язаний успіх соціальної адаптації аутичної дитини.

З таким рівнем супроводу батьки вчаться способам «емоційного приєднання» до дитини, щоб, формуючи вплив середовища, допомогти йому їй розпізнати емоційний зміст всіх подій, що відбуваються з нею. Батьки так само, як і фахівці, в даній системі

повинні виробити у собі певні навички, що дозволять їм стати для дитини певним «інструментом», що посереднює його контакт з середовищем, формуючи способи взаємодії з ним.

Отже, сім'я, яка виховує дитину з РАС, є системою з встановленими взаєминами, в якій дитина займає своє певне місце. Схильність аутичної дитини до створення численних стереотипів не може не впливати на систему взаємин в сім'ї і в багатьох випадках змушує сім'ю створювати свої стереотипи реагування на поведінку дитини. Розуміти проблеми сім'ї, у якій є аутична дитина, і намічати основні напрямки допомоги такій сім'ї можна не лише і не стільки за рахунок експериментів і спостережень, скільки в процесі корекції, що включає в себе всю сім'ю в цілому.

2.2. Особисті характеристики батьків, що впливають на стиль ставлення до дитини з РАС

Сім'я - це місце фізичного з'явлення, першої соціалізації, духовного розвитку та становлення нової цілісної особистості. Від типу сім'ї, особливостей її функціонування, характерів та особистих якостей батьків залежить, якою буде вихована їхня дитина. Особливо на формування особистості дитини впливає стиль виховання, обраний батьками.

Стиль сімейного виховання - це спосіб взаємодії батьків і дітей, який характеризується застосуванням певних засобів і методів виховного впливу та виявляється в особливому способі вербального та невербального спілкування.

Існує ряд різних (загальних та деталізованих) класифікацій стилів сімейного виховання, на основі яких лежать особливості внутрішньосімейних та міжособистісних відносин, виражених у ставленні батьків до особистості дитини, його способу мислення та діяльності; застосування методів покарання та заохочення; формування моральних принципів та цінностей; ставлення до навколишніх людей та середовища.

Розповсюдженим у психолого-педагогічній літературі є розділення стилів сімейного виховання на демократичний (авторитарний), авторитарний, ліберальний (снисхідливий) та індіферентний (байдужий). В основі того чи іншого стилю сімейного виховання знаходиться певне батьківське ставлення до дитини. Батьківське ставлення - це цілісна система різноманітних почуттів щодо дитини, поведінкових стереотипів, які

практикуються у спілкуванні з дитиною, особливостей сприйняття та розуміння індивідуально-психологічних особливостей дитини та її дій. Вплив виховання, батьківського ставлення, що стоїть за батьківською поведінкою, стилем виховання, величезний і затрагує найрізноманітніші аспекти психічного життя та поведінки дитини. Саме батьківське ставлення різноманітне та складне утворення, яке складається під впливом багатьох детермінант.

Ставлення батьків до дитини є суттєвим фактором у формуванні та розвитку індивідуально-особистісних особливостей та поведінки дитини. Батьківські установки, або позиції - один з найбільш вивчених аспектів дитячо-батьківських відносин. Багато досліджень присвячено питанню детермінації вибору батьком стилю ставлення до дитини (Д. Боулбі, В. Кукуруза, І. Шеффер), як детермінант батьківського ставлення до дитини поряд з клініко-психологічними особливостями дитини, соціокультурними та сімейними традиціями, особливостями спілкування дорослих членів сім'ї виділяють особливості особистості батька.

Окремо дослідниками виділяється надмірна турботливість, пов'язана з почуттям провини у батьків, тобто надмірна турбота, породжена винною відчуттям.

Деякі дослідники (Д.Боулбі, І.С. Шеффер) вважають, що різноманіття батьківської поведінки диктується різноманіттям потреб і конфліктів особистості. У взаємодії з дитиною батько відтворює свій досвід переживань раннього дитинства. У відносинах з дітьми батьки відтворюють свої власні конфлікти.

І.С. Шеффер також стверджує, що за певним батьківським ставленням стоять певні риси особистості батька. Так, він включив до своєї моделі батьківського ставлення дані про особистість, отримані за допомогою ММРІ. Виявилася кореляційна зв'язок між факторами, на які розпадаються шкали ММРІ - інтроверсія, екстраверсія та сила «Я», і факторами батьківського ставлення «любов – ненависть», «автономія – контроль». Так, фактор «екстраверсія – інтроверсія» представляє собою структурну одиницю особистості людини, а фактор «любов – ненависть» - це складова батьківського ставлення. Поєднання цих структурних одиниць представляє собою варіанти соціальної поведінки людини:

- екстраверсія;
- агресивність дружелюбність;
- ненависть любов;

- аутизм, ізоляція конформізм;
- інтроверсія.

Л. Ловінджер вважає, що основою того чи іншого батьківського ставлення є показник АРІ (авторитарна сімейна ідеологія). Цей показник відображає когнітивний аспект «Я» - усвідомлення власного внутрішнього життя та внутрішнього життя дитини; він, як би, визначає рівень когнітивного розвитку «Я». АРІ відображає тривогу щодо проявлення інстинктивних імпульсів і захист особистості від цієї тривоги. Аспекти цього процесу - пригнічення та відмова. Пригнічення власного внутрішнього життя призводить до пригнічення внутрішнього життя дитини.

Клініко-психологічні особливості батька також впливають на специфіку батьківського ставлення. Наприклад, специфічність депресивних матерів описує Г. Орвасел. Депресивні матері у порівнянні з нормальними з великим трудом встановлюють інтерактивні взаємодії з дитиною, не можуть відокремити свої потреби від потреб дитини.

Деструктивний стиль ставлення до дитини часто призводить до її невротизації.

З свого боку, деструктивний стиль залежить, на думку того ж автора, від таких рис особистості батька, як сензитивність та гіперсоціалізація. Під сензитивністю розуміється підвищена емоційна чутливість, вразливість, образливість, виражена схильність усе приймати «близько до серця», легко засмучуватися, а під гіперсоціалізацією - загострене відчуття обов'язку, обов'язковість, складність компромісів.

Крім цього, деструктивність у ставленні до дитини обумовлена відсутністю у батька відкритості, безпосередності та невимушеності в спілкуванні, що частіше за все має в своїй основі існуючий раніше травмуючий досвід міжособистісних відносин.

В результаті досліджень, крім вищезгаданих даних, було виявлено, що «деструктивні» матері мають наступні риси особистості: вони чутливі, схильні до підозрливості, недовірливості. Їм властива упертість, ригідність мислення. Вони формують ситуативно умовлені переоцінені ідеї. У них виявлені проблеми самоконтролю, складнощі взаємин з оточуючими; наявність хронічних міжособистісних конфліктів, зниження біотонусу, нестійкі соматичні скарги, схильність до роздратованості і конфліктної переробки переживань. У таких матерей відсутня життєрадісність, оптимізм, внутрішнє задоволення. Вони тривожні і невпевнені у собі. Для них характерна недостатня емоційна чутливість.

Таке поєднання рис характеру ускладнює відносини матерей з іншими людьми, робить ці відносини зайво напруженими та конфліктними. По-перше, це стосується сфери сімейних та побутових відносин, де у матері проявляється зайва принциповість і негнучкість, неспроможність переглянути свою позицію та піти на поступки та компроміси.

Цікавим є отриманий автором факт високого зв'язку між тривожністю матері та дитини. Фактично, мати виступає для дитини основним джерелом тривоги.

У «деструктивних» батьків чіткі психопатологічні зміни не простежуються. У них виділяються риси певної мінливості, пасивності та м'якості характеру, що є наслідком неповної сім'ї у дитинстві, недостатньої ролі батька і замісного впливу матері. Крім цього, виражено занепокоєння, невпевненість, відчуття вини, консерватизм і моралізування. Обидва подружжя внутрішньо конфліктні, у них низький ступінь самоприйняття.

Невротичні зміни особистості дітей виникають в результаті драматичного досвіду міжособистісних відносин, відсутності можливості створення прийнятної «я-концепції» з впливом з цього нестійкості самооцінки, хворобливо-чутливого, емоційно-нестійкого і тривожно-невпевненого «Я», на що також вказує Д. Боулбі.

До конструктивного стилю ставлення батьків до дитини впливають такі риси особистості, як:

- прагнення якнайповніше виявити свої задатки та здібності;
- подолання егоцентризму через включеність у діяльність;
- творчість;
- здатність самозабутньо і безкорисливо відчувати;
- помірна тривожність;
- здатність брати на себе відповідальність;
- схильність до самоаналізу, рефлексії.

Індивідуально-типологічні особливості особистості батька є умовою формування стилю сімейного виховання. Стиль сімейного виховання визначається в основному такими контрастними рисами батьків як екстраверсія - інтроверсія; чутливість - спонтанність, агресивність.

Стиль сімейного виховання пов'язаний не лише з індивідуально-психологічними особливостями батьків і дитини, але й з характеристиками (суб'єктивними та

об'єктивними) сім'ї з точки зору її функціонування. Зокрема, чим менше рівень задоволеності браком у батьків, тим більше у батьків відхилень від гармонійного стилю сімейного виховання у бік психогенного. І навпаки, чим вище задоволеність браком, тим успішніше батько чи мати у своїх виховних впливах. Крім того, батьки із збалансованої, з точки зору структурно-функціональних характеристик сім'ї, задоволені браком більше, ніж батьки із незбалансованої сім'ї, і реалізують, як правило, менш психогенний, більш благоприємний, стиль сімейного виховання.

Наші спостереження дозволяють констатувати, що в процесі близьких взаємин з матір'ю, батьком, братами, сестрами, дідусями, бабусями та іншими родичами у дитини з перших днів життя формується структура її особистості, вона вступає в світ своїх рідних, усвідомлює патерни їх поведінки, а її розвиток спрямований на гармонійний тип.

Батьки дають дитині приклади поведінкових ролей, і дитина прагне бути схожою на матір або батька. Коли батьки усвідомлюють, що в багатьох відносинах від них залежить формування особистості дитини, вони поводяться так, що всі їх дії і поведінка в цілому сприяють формуванню у дитини тих якостей і такого розуміння людських цінностей, які вони хочуть передати. Такий процес виховання можна вважати цілком свідомим, оскільки постійний контроль над своєю поведінкою, стосунками з іншими людьми, увага до організації сімейного життя дозволяє виховувати дітей в найбільш доброзичливих умовах, що сприяють їх всебічному та гармонійному розвитку. Велику роль у сім'ї відіграють взаємини між представниками різних поколінь, а також в межах одного покоління. Сім'я як мала соціальна група впливає на своїх членів, одночасно кожен з них своїми особистими якостями, своєю поведінкою впливає на життя сім'ї. Окремі члени цієї малої групи можуть сприяти формуванню духовних цінностей її членів, впливати на цілі та життєві установки всієї сім'ї. Чим менше сім'я, тим вище вимоги психологічної сумісності її членів. У великій сім'ї психотерапевтичне навантаження розподіляється, і виникають мікрогрупи за інтересами та духовною близькістю: батько-син, бабуся-внук тощо.

Основний вплив на розвиток особистості людини має сім'я - батьки та родичі. Діти, позбавлені можливості безпосередньо і постійно брати участь у житті малої групи, що складається з рідних і близьких людей, на нашу думку, відстають у своєму емоційному та соціальному розвитку.

Завдяки своїм особливостям сім'я як мала група створює своїм членам такі умови для емоційних виявів і задоволення емоційних потреб, які допомагають людині відчувати свою приналежність до суспільства, посилюють відчуття її безпеки і спокою, збуджують бажання надавати допомогу та підтримку іншим людям, підкреслює Т.В. Скрипник.

Однією з найважливіших функцій сім'ї є створення умов для розвитку особистості всіх своїх членів. Відхилення у поведінці дітей можуть свідчити про серйозні порушення в житті сім'ї. Можливо, що діти з цих сімей, наслідуючи своїх батьків, неправильно сприймають духовні та матеріальні цінності.

А.В. Мудрик виділяє шість функцій сім'ї у процесі соціалізації:

- фізичний та емоційний розвиток людини. У немовлятстві та у ранньому дитинстві ця функція відіграє визначальну роль, яка не може бути компенсована іншими інститутами соціалізації. У дитинстві, молодшому, шкільному та підлітковому віці її вплив залишається провідним, але припиняє бути єдиним.

- сім'я відіграє визначальну роль у формуванні психологічної статі дитини в перші три роки його життя. Як показали фахівці, вирішальне значення у цьому має батько, оскільки саме він, як правило, диференційовано ставиться до доньки та сина (сприяє активності у сина і жіночності у доньки). Тоді як мати, зазвичай, однаково ставиться до дітей обох статей. Відсутність у сім'ї батька або його формальна присутність робить ефективність статевої соціалізації проблематичною.

- сім'я відіграє провідну роль у розумовому розвитку дитини. Американський дослідник Баум виявив, що різниця в коефіцієнті розумового розвитку дітей, які вирішили в щасливих і нещасливих сім'ях, сягає двадцяти балів, а також впливає на ступінь залучення людини до культури на всіх етапах соціалізації.

- у сім'ї формуються фундаментальні ціннісні орієнтації людини в сферах сімейних та міжнетічних відносин, а також визначають його стиль життя, сфери та рівень прагнень, плани та способи їх досягнення;

- сім'ї властива функція соціально-психологічної підтримки людини, від чого залежить його самооцінка, рівень самоповаги, міра самоприйняття, аспекти та ефективність самореалізації.

Первинна соціалізація служить зв'язковим ланцюгом між «малим світом» дитини та великим, що оточує його світом дорослих. Вчені спробували визначити механізм

зв'язку між правильними позиціями батьків та нормальним розвитком, поведінкою дитини, з одного боку, а також неправильними позиціями батьківських відносин та порушеннями у поведінці дітей - з іншого.

Під час дослідження проблеми виділяли такі стилі батьківських відносин, як, наприклад, відстороненість від процесу виховання, поблажливе ставлення до дитини, надмірна опіка. Остання позиція, складається з ряду більш конкретних, наприклад розмова з дитиною в такому тоні, словно їй менше років, ніж є насправді. До цієї ж позиції ми відносимо обмеження свободи дитини, надмірне турбування про її здоров'я, зайвий контроль і т. д. Деякі конкретні позиції можуть входити до складу двох складних різних позицій. Так, наприклад, надмірна вимогливість до дитини або її соціальна ізоляція можуть виглядати як оберігання. Ці батьківські відносини є виразом занадто великої емоційної концентрації уваги батьків на дитині, яка дає, як правило, негативні результати. Постійна критика на адресу дитини також може бути характерним для позицій занадтої авторитарності. Загальною рисою стосунків батьків до дітей у кожному з цих випадків є тенденція до повного контролю над дитиною.

Серед складних позицій можна виділити основні типи, які дозволяють пояснити різні стилі поведінки батьків щодо дітей:

- занадто велику емоційну відстань між батьками та дитиною та занадто велику концентрацію уваги на дитині;
- домінування та підкорення щодо дітей.

Для стилю виховання з підкоренням характерні такі риси поведінки батьків, як м'якість, неспроможність чи невміння керувати ними. Вимоги таких батьків невеликі, а їхні розпорядження та накази діти рідко виконують.

На відміну від цього стилю виступає домінування, яке характеризується тенденцією до обмежень та строгості у вихованні. Дисципліна та режим диктуються, до них дитина звикає під загрозою покарання, яке може бути суворим і навіть жорстоким, зовнішньо можливо м'яким, але фактично образливим для дитини, болісно сприймається нею.

При занадто великій емоційній відстані прагнення батьків до контактів з дитиною відрізняється недостатньою інтенсивністю. Слово «відстань» вжите для визначення психічної віддаленості батьків від дитини. Батьки з «відстанню» спрямовані не до дитини, а проти або поза неї. Їхні контакти в основному поверхневі, батьки або байдужі,

або стримані в прояві своїх почуттів, або відкрито виражають ворожість до своєї дитини. Контакт з нею для батьків, ймовірно, неприємний, в будь-якому випадку, не приносить радості і задоволення.

В межах синергетичних досліджень, виділено два основні фактори, які впливають на неорганізованість (хаотичний стан) системи. Це напруженість і розірваність (розсогласування). Відповідно до ситуації в сім'ї ці поняття можна розкрити як: напруженість - стан людини (батьків), які психотравмуючий тиск, обумовлений підвищеним ускладненням життєвої ситуації, а розірваність - це взаємне відчуження, відсутність конструктивного спілкування, іноді - опозиційне протистояння учасників процесу.

Характерологічні особливості батьків дозволяють визначити, наскільки вони можуть володіти стресостійкими якостями, необхідними для підтримки дитини, її виховання та соціального супроводу протягом всього її життя.

Наші спостереження показують, що постійне нав'язування контактів дуже часто заважає розвитку активності дитини. Батьки, занадто сконцентровані на своїй дитині, схильні нав'язувати йому численні пропозиції, тому дитина перебуває під постійним «обстрілом» їхніх думок та дій. Одночасно батьки уважно слідкують за поведінкою дитини.

Формуванню контакту з дитиною сприяє підхід до дітей без перебільшеної концентрації уваги, але й без занадто великої емоційної відстані, отже, контакт має бути вільним, а не напруженим або випадковим. Мова йде про підхід до дітей, який можна охарактеризувати як збалансований, вільний, спрямований на дитину, орієнтований на її реальні потреби. З іншого боку, це повинен бути підхід, заснований на певній незалежності, у міру категоричний і настійливий, що є для дитини опорою і авторитетом, а не владним, командним наказом або пасивною просьбою.

При занадто великій емоційній концентрації уваги до дітей з'являється наполегливе і тверде прагнення батьків коригувати поведінку дитини, тримати її при собі, обмежувати її соціальні контакти. Тим часом, підкорення не обов'язково означає лише підпорядкування батьків дитинівським вподобанням. Це може бути абсолютним підпорядкуванням йому всього свого існування, яке повністю залежить від вимог і потреб їхньої дитини. Такі батьки майже припиняють жити власним життям. Покірні

батьки щодо дитини демонструють свою пасивність, душевну відстань. Частіше за все вони ухиляються від спілкування з дитиною, ігнорують її емоційні потреби.

Вказані порушення контакту з дитиною визначають основні типи позицій: відкидаючу, ухильну, чрезмерно вимагальну і чрезмерно оберігаючу. При чрезмерній емоційній відстані і домінуванні батьків ми маємо справу з відкидаючою позицією. Дитина сприймається батьками як «важкий груз». Вони не люблять дитину і не бажають мати її, відчувають почуття розчарування і розгрому своїх планів. Піклування про дитину вони вважають неприємною справою.

Ми також вважаємо, що позиція, що відкидає дитину, характерна також при виявленні таких негативних почуттів, як докори, постійна критика дитини, диктаторське, не допускаюче заперечень ставлення до неї, небажання розбиратися в мотивах поведінки або потреб, керівництво шляхом наказів, численні вимоги і суворі покарання. При цьому у деяких батьків відсутнє визнання будь-яких позитивних якостей дитини. Вони навіть не допускають деяку частку поступливості або терпимості щодо її недоліків.

Ухиляння виникають при чрезмерній емоційній відстані батьків щодо своєї дитини або при їхній покірності і пасивності. Цей вид ставлення до дітей характеризує людей з бідними почуттями, емоційно байдужих. Спілкування з дитиною не приносить їм задоволення, вони не знають, що робити. Контакти таких батьків мають випадковий і рідкісний характер, хоча зовні створюється враження про хороші стосунки, оскільки дитині надається чрезмерна свобода, а в сім'ї панує показовий лібералізм. При цьому характерні: пасивність встановлення контакту з дитиною, ухилення від спроб дитини спілкуватися з батьками, ігнорування матеріальних потреб дитини. Крайня ступінь позиції цього типу - уникання дитини.

При чрезмерно вимагальній, примушувальній позиції батьки зазвичай пристосовують дитину до викладеного ними зразка, не враховуючи її розвиток, індивідуальні особливості і можливості. Вони вимагають від дитини високих досягнень. Такі батьки намагаються прискорити природний процес розвитку дитини, не визнають права дитини на самостійність, обмежують свободу. Батьки орієнтуються на її успіхи у майбутньому, тому нав'язують дитині численні пропозиції.

Протилежністю вищезазначеної позиції є позиція визнання прав дитини. Батьки ставляться до проявів активності дитини вільно, неформально, виявляють повагу до її індивідуальності. Вони готові пояснити і обґрунтувати свої вимоги або застосоване

покарання. Дитина в такій сім'ї знає, чого від неї очікують, розуміє, що ці очікування вона може виправдати.

Інший тип складної батьківської позиції характеризується тим, що батьки сконцентровані на дитині, але мають покірливість. У цьому випадку виникає занадто оберігання. Ставлення батьків до дитини в основному є не критичним. Дуже часто вони вважають свою дитину зразком відмінності. Батьки ставляться до дитини як до малюка; перебільшена опіка і занадто багато лагідності; вирішення всіх її проблем, перешкод для її самостійності; занадто багато цікавості до життя дитини; соціальна ізоляція дитини; перебільшена турбота про її здоров'я; підтримка однобічного розвитку здібностей. При вказаній батьківській позиції мати постійно уступає дитині, терпить її капризи і неправильні вчинки, задовольняє кожен каприз, проте не надається свобода дитині.

Варто також звернути увагу на можливість непослідовної поведінки батьків. При неправильних виховних позиціях поведінка батька і матері характеризується наявністю у них певної двозначності. Так, наприклад, мати, яка мало цікавиться дитиною, не проявляє турботи, час від часу раптово береться «робити з дитини людину», кричить, вимагає дисциплінованості, погрожує вигнати з дому. Поведінка такої матері свідчить скоріше про її ухильну позицію, яка періодично наближається до відкидаючої, зауважує І. К. Фрідман.

Можна зустріти батьків, які занадто оберігають дитину і багато від неї вимагають. Ці батьки завжди сконцентровані на дитині, з тією тільки відмінністю, що в одних випадках вони уступають їй або оберігають її, а в інших - суворо і непохитно ставлять вимоги і нав'язують свої судження.

Зустрічаються батьки з тенденцією до домінування над дитиною, які стараються, щоб дитина була зразковою у всіх відношеннях. Але час від часу вони як би втрачають терпіння і починають застосовувати суворі покарання і загрози. У цьому випадку спостерігається перехід від занадто вимагальної позиції до відкидаючої.

Від ставлення до дитини батька і матері, від задоволення її психічних потреб, в багатому відношенні залежить виникнення і розвиток певного типу поведінки людини протягом життя.

Слід зазначити, що сім'я для дитини - це місце народження і основне середовище проживання. В сім'ї в неї близькі люди, які розуміють і приймають її такою, якою вона є. Саме в сім'ї дитина отримує основи знань про навколишній світ, а при високому

культурному і освітньому потенціалі батьків - продовжує отримувати не лише основи, а й саму культуру протягом всього життя. Сім'я - це певний морально-психологічний клімат, для дитини це перша школа відносин з людьми. Саме в сім'ї складаються уявлення дитини про добро і зло, про порядність, про поважне ставлення до матеріальних і духовних цінностей. З близькими людьми в сім'ї дитина навчається почуттю любові, дружби, обов'язку, відповідальності, справедливості. За природою своєю сімейне виховання ґрунтується на відчутті. Сімейне виховання органічно поєднується з усією життєдіяльністю зростаючої людини: в сім'ї дитина включається в усі життєво важливі види діяльності - інтелектуально-пізнавальну, працю, суспільну, ціннісно-орієнтовану, художньо-творчу, гру, вільного спілкування та ін. При цьому проходить всі етапи: від елементарних спроб до складних соціально і особистісно значущих форм поведінки. Сімейне виховання також має широкий часовий діапазон впливу: воно триває все життя людини, відбувається у будь-який час доби, у будь-яку пору року.

Відносини прив'язаності, які виникають у сім'ї, складають не лише основу її майбутніх взаємин з людьми, але й сприяють зниженню почуття тривоги, що виникає у дитини в нових або стресових ситуаціях.

Отже, за думкою ряду авторів, головна функція сім'ї - забезпечити базове почуття безпеки, гарантуючи безпеку дитині під час взаємодії з зовнішнім світом, освоєнні нових способів її дослідження та реагування.

Підростаючи, дитина починає ідентифікувати себе з дорослими, копіювати моделі батьківської поведінки та переймати специфіку взаємин між батьками. Діти заражаються певними звичками (експерименти Бандури), легко переймають від батьків або інших близьких особливості жестикуляції, ходи, манери спілкуватися.

Аналогічний вплив мають і міжособистісні відносини. Так, для хлопчиків ставлення батька до матері в значній мірі визначає характер їхніх власних відносин з дівчатами. Якщо модель відносин у сім'ї включає в себе теплоту, взаємну турботу та повагу, то, ймовірно, цими ж рисами буде відзначатися і поведінка сина. Презирливе ставлення батька до матері може справити відповідний вплив на ставлення сина до дівчат.

Діти вчаться від батьків певним способам поведінки, не лише засвоюючи безпосередньо передані їм правила (тобто готові рецепти), але й завдяки спостереженню за існуючими взаєминами батьків моделями (тобто прикладу).

У.Бронфенбреннер намагався встановити зв'язок між домінуючістю у сім'ї одного з батьків та активністю дитини, її самостійністю. Він вважає, що у дитини формується почуття відповідальності та самостійності у випадку, якщо у сім'ї править батько того ж статевого ряду, що і дитина. Хлопчики більш дисципліновані у випадку, якщо за дисципліною вдома доглядає батько, дівчатка більш активні, якщо авторитет матері сильніший. Але найбільш сприятливі умови для розвитку активності та самостійності дітей складаються в такій сім'ї, де обидва батьки активно беруть участь у вихованні дитини, але діють по-різному: один бере на себе підтримуючу функцію, інший дисциплінарну.

Відсутність материнської турботи як у вигляді ізоляції та сепарації від матері, так і у вигляді прихованої депривації, коли дитина живе в сім'ї, але мати не забезпечує адекватного догляду за нею (грубо поводить, емоційно відкидає, ставиться байдуже), відбивається у вигляді порушень психічного розвитку дитини, затримок рухового, інтелектуального та емоційного розвитку. Нерідко ці негативні наслідки необоротні.

Виховання поза сім'єю негативно впливає на формування психологічної статі дитини, оскільки, за думкою вітчизняних психологів, на основі формування психологічної статі лежить активна взаємодія дитини і батьків, при цьому певну роль відіграє форма контролю за поведінкою дитини в поєднанні зі статтю контролюючого батька.

Отже, сімейне виховання органічно зливається з усією життєдіяльністю дитини, включаючи його у всі життєво важливі види діяльності - інтелектуально-пізнавальну, працю, суспільну, ціннісно-орієнтовану, художньо-творчу, ігрову, вільне спілкування. Крім того, сімейне виховання має також широкий часовий діапазон впливу: воно триває все життя людини, відбувається у будь-який час доби, в будь-яку пору року. Відносини прив'язаності, які виникають у сім'ї, складають не лише основу майбутніх взаємин дитини з суспільством, але й сприяють зниженню почуття тривоги, що виникає у нього в нових або стресових умовах.

2.3. Рівні деформації сім'ї, що виховує дитину з РАС

Сім'я, в якій народилась і живе дитина з РАС, зі своїми труднощами та складнощами взаємодії, значно відрізняється від щоденних забот, якими живе сім'я, що виховує дитину в нормі розвитку. Так само необхідно враховувати, що практично всі функції сім'ї, за невеликим винятком, не реалізуються або реалізуються не в повній мірі, оскільки після народження дитини з РАС відносини всередині сім'ї, а також контакти сім'ї з оточуючим соціумом спотворюються, що пов'язано з поведінковими особливостями дитини та емоційним навантаженням на членів її сім'ї у зв'язку з тривалим стресом. І, як наслідок, багато батьків у такій ситуації відчувають негативні емоційні стани - депресивність, аутистичність, агресивність, фрустрацію тощо.

У сім'ях з дітьми з РАС часто використовуються деструктивні моделі виховання:

- гіперпіклування - батьки намагаються зробити все за та для дитини, таким чином, зберігаючи її в тепличні умови (чашка Петрі), не даючи при цьому можливості для навчання в подоланні труднощів та не формуючи навіть елементарних навичок самообслуговування, тим самим створюючи ґрунт для вторинної інвалідизації. Оберегаючи дитину, батьки таким чином, самі гальмують проявлення можливостей її розвитку, множинне відставання в розвитку дитини спонукає батьків використовувати деструктивний виховний підхід;

- протирічливе виховання - модель виховання, при якій спостерігаються розбіжності членів сім'ї в використанні виховних методів (наприклад, батько є прихильником жорстких методів виховання і висуває до дитини завищені вимоги, а мати жаліє дитину, всіляко оберегає її, це підтверджують дані нашого опитування батьків;

- виховання за типом підвищеної моральної відповідальності призводить до постійного перенапруження дитини, оскільки батьки покладають на неї такі обов'язки та таку відповідальність, з якою дитині складно справитися, в результаті чого виникає підвищена втомлюваність, тривожність, а у дитини відсутня адекватна оцінка своїх можливостей, вона завжди трохи не досягає оптимального результату, тому невдачлива, вона завжди відчуває себе винною, що формує її занижену самооцінку;

- авторитарна гіперсоціалізація - до цієї моделі частіше нахиляються батьки, які самі мають високий соціальний статус, завищуючи можливості дитини, прагнучи за допомогою власних авторитарних зусиль розвинути в неї соціальні навички;

- культ хвороби - ставлення до дитини як до хворого, на тлі чого в дитини формується підозрілість, страх, уявлення про себе як про слабкого, неспроможного;

- симбіоз - батьки повністю розчиняються у проблемах дитини. Зазвичай цієї моделі виховання слідкують матері-одиначки, вони створюють особливу атмосферу абсолютної, всепоглинаючої любові до дитини, практично повністю забуваючи про власні проблеми та соціальну реалізацію. Таке материнське кохання профанує можливості особистісного розвитку дитини, формує егоїстичну особистість, неспроможну до виявлення любові;

- модель при якій батьки приписують своїй дитині соціальну непридатність, відчувають відчуття роздратування та сорому через те, що вона неуспішна, впевнені в тому, що дитина ніколи не досягне успіху в житті. Деякі розглядають життя з такою дитиною як невиносиме брем'я, хрест.

- гіпоопіка - ця модель виховання частіше зустрічається в сім'ях з низьким соціальним статусом або в сім'ях, де дитина не має цінності через порушення розвитку. Батьки майже не забезпечують за нею догляд, дитина може бути погано одягнена, погано нагодована, ніхто не стежить за її режимом дня та дотриманням умов, які забезпечують її розвиток. Однак у такому ж положенні можуть бути і його здорові брати та сестри.

Відкидання дитини, відсутність любові до дитини може бути у сім'ях не лише з низьким, але й з високим соціальним статусом. Відкидання дитини може бути пов'язане у свідомості батьків з ідентифікацією самого себе з дефектом дитини. Частіше це зустрічається у батьків. У випадку материнського відкидання дитини ситуація пояснюється незрілістю особистісної сфери матері та несформованістю у неї материнського інстинкту.

Відхилення в психофізичному розвитку дітей раннього віку не тільки є можливим наслідком органічних та функціональних порушень, але мають і вторинний характер, обумовлений дефіцитом спілкування та відсутністю адекватних способів взаємодії батьків з дітьми. У поведінці батьків, які виховують таких дітей, виділяється ряд особливостей: нездатність створювати умови для спільної діяльності, малоемоційний

характер співпраці, неадекватність позиції щодо дитини та неадекватний стиль виховання, недостатня потреба в спілкуванні з дитиною.

Батьки дітей з РАС проходять наступні стадії:

- стадія постановки діагнозу (може бути під час УЗД-діагностики або одразу після народження, у випадках РАС у дитини - ближче до 3-х років). На цій стадії батьки збентежені, пригнічені, шукають спростування або підтвердження діагнозу.

- стадія пошуку фахівця або корекційного центру;

- стадія «кокон», коли батьки згортають майже всі свої соціальні контакти і вдходять в режим горя;

- конструктивна стадія - на цій стадії батьки визначилися з методами корекції, беруть активну участь в заняттях з дитиною.

Аналіз спостережень за розвитком міжособистісних відносин в сім'ях, які виховують дітей з РАС, свідчить про те, що таке положення, ймовірно, пояснюється якісними змінами в таких сім'ях, що проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному, соматичному.

Психологічний рівень - народження дитини з РАС сприймається її батьками як горе і є причиною сильного стресу. Стрес, який має пролонгований характер, сильно деформує психіку батьків і стає вихідною умовою гострої травматичної зміни сформованого в сім'ї життєвого порядку.

У цьому процесі стають деформованими:

- сформований стиль внутрішньосімейних взаємин;

- система відносин членів сім'ї з соціумом;

- особливості світовідчуття та ціннісних орієнтацій кожного з членів сім'ї.

Всі надії, пов'язані з очікуванням народження дитини та її майбутнім, виявляються не відповідними реальності, а здобуття нового сенсу життя може затягнутися на дуже тривалий період. Цей процес може бути пов'язаний з багатьма причинами:

- психологічними особливостями особистостей саміх батьків;

- ступінню вираженості психофізичних відхилень у дитини;

- відсутністю підтримки з боку соціуму в контактах з сім'єю, яка виховує дитину з РАС.

Проблеми, пов'язані з внутрішнім станом і забезпеченням життєдіяльності сім'ї (господарські, побутові), а також з вихованням і навчанням дітей, включаючи дітей з

РАС, в основному лягають на жінку. Чоловік - батько дитини - забезпечує в першу чергу економічну базу сім'ї. Він не залишає і не змінює профіль своєї роботи через народження дитини і, таким чином, не виключається, як мати дитини, зі звичайних соціальних відносин. Його життєвий стереотип не піддається настільки сильним змінам, оскільки він проводить більшу частину часу в тій же соціальній середовищі (на роботі, з друзями тощо). Тому його психіка не піддається патогенному впливу настільки ж інтенсивно, як психіка матері дитини. Подані характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Для матері сам факт того, що саме вона привела на світ дитину з РАС, є крайньою психотравмуючою ситуацією, що призводить до депресивності.

Часто для таких матерів характерно зниження психічного тону, занижена самооцінка, що проявляється в втраті смаку до життя, перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів.

Виражені психофізичні порушення дитини, а також особистісні особливості матері можуть служити джерелом материнської депривації, що може ініціюватися недостатністю позитивних соціально-психологічних проявів у дитини.

Внаслідок того, що народження дитини з РАС, а потім її виховання, навчання і, взагалі, спілкування з нею є тривалим патогенно діючим психологічним фактором, особистість матері може зазнати значних змін. Депресивні переживання можуть трансформуватися в невротичний розвиток особистості і суттєво порушити її соціалізацію.

Соціальний рівень - після народження дитини з відхиленнями в розвитку її сім'я, через виникаючі особливості її психоемоційної поведінки, замикається в собі та стає надзвичайно вибірковою в контактах, значно звужуючи коло знайомих, що може бути пов'язано з особистісними установками батьків, з почуттям сорому або страху відкидання. Такий спосіб життя має деформуючий вплив на взаємовідносини між батьками дитини, що, у деяких випадках, може призвести до розлучення.

Проте, об'єктивним стресором, що негативно впливає на психіку членів сім'ї, є сам факт народження такої дитини і стан її здоров'я у подальший період; складна ситуація стає випробуванням для перевірки почуттів між подружжям. Проте ми можемо зазначити, що не рідко подібні труднощі зближували сім'ю. Деякі сім'ї не витримують такого випробування і розпадаються, що негативно впливає на процес формування

особистості дитини. Відносини в сім'ї можуть погіршуватися не лише між подружжям, але і між членами сім'ї, які проживають разом (брати, сестри, бабусі, дідусі та інші).

Соматичний рівень - стрес, що виникає в результаті комплексу незворотних психофізичних відхилень у дитини, може спричиняти різноманітні захворювання у її матері, як буде якимось запусковим механізмом цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: хвороба дитини спричиняє психогенний стрес у її матері, який у тій або іншій мірі спонукає до появи у неї психосоматичних захворювань. Отже, захворювання дитини, її психічний стан може бути психогенним і для батьків, перш за все матері.

Для батьків дітей з РАС в першу чергу патогенними є психологічні особливості розвитку їхньої дитини - ознаки інтелектуального недорозвитку, зовнішність дитини, рухові та мовні порушення. «Шоківі травми, так само як і пролонговані травми, зазвичай торкаються афектологічних реєстрів психічного апарату та викликають розлади у вигляді емоціогенів», відзначає J. J. Włeszyński.

Почуття страху, невпевненості у собі, різні форми депресії - усі ці хворобливі стани батьків є не лише відповідною реакцією їх особистості на травмуючий досвід, але й відповідною захисною реакцією всього їхнього організму.

Г. В. Кукуруза відзначає, що «жінки з ігнорувальним типом захисно-копінгової поведінки проявляють більшу соматизацію проблеми і депресивні симптоми, з дефіцитарним типом - більшу тривожність, а жінок із продуктивним типом характеризує найнижчий рівень депресії у досить виражених соціальних дисфункціях. У всіх жінок у зв'язку з народженням та вихованням дитини з вадами у розвитку погіршується ефективність їхньої діяльності, знижується рішучість, самостійність, тобто з'являються соціальні дисфункції».

Особливо значущим в даному контексті є вплив на окремих матерів повторних психотравм, вже не пов'язаних безпосередньо з станом здоров'я та особливостями розвитку їхньої дитини. До таких травм можна віднести як досить легкі - конфлікти у транспорті, магазині, конфлікт з начальством, звільнення з роботи, сварка з родичами, побоювання перед виключенням дитини з навчального закладу через неуспішність, так і більш важкі - виїзд чоловіка в іншу родину, розлучення, смерть близької людини. Нова травмуюча ситуація оцінюється такими матерями як більш важка, тривала та глибока. Вони як би приймають від життя удар за ударом, і кожен новий, травмуючий їх психіку стрес збиває їх все нижче і нижче. Повторне зовнішнє впливання навіть іншого

характеру - «другий удар» сприяє виявленню тих порушень, які мали місце при минулих хворобливих станах, а також слідів давніх психічних травм, що не призвели в момент своєї дії до розвитку хворобливих реакцій.

В результаті перенесених психотравм у матерів цієї категорії можуть розвинутися різноманітні соматичні захворювання. Ведучою підсистемою, що об'єднує біологічний рівень адаптації (гіпоталамічний, нейродинамічний рівень) і психологічні процеси захисту, є емоція. При розвитку психогенного процесу дезадаптаційні механізми проявляються в різній послідовності і в залежності від того, на якому рівні емоційної системи відбувалася напруга. На рівні психологічного захисту (емоційно-соціальний стрес) це призводить до розвитку невротичних станів.

Варто зазначити, що як психотравмуючий фактор, що визначає особисті переживання батьків дітей з відхиленнями, виступає комплекс психічних, сенсорних, мовних, рухових та емоційно-особистісних розладів, які характеризують те чи інше відхилення розвитку дитини. Вираженість порушень, їх стійкість, тривалість і необоротність впливають на глибину переживань батьків таких дітей.

Психічна травматизація батьків, спричинена порушеннями в розвитку дитини, більш глибока, якщо вони самі психічно здорові і не мають психофізичних відхилень. В нормі розглядається психоемоційний стан саме цієї категорії батьків. Батьки, які мають сенсорні, рухові, а тим паче інтелектуальні відхилення, легше адаптуються до проблем дитини, порушення розвитку дитини батьків практично не травмують через ідентифікацію дефекту дитини зі своїм власним, що їх свідомість сприймає як норму.

Внутрішньосімейна атмосфера, міжособистісні соціальні контакти та переживання батьків дітей з РАС мало вивчені, виявлені лише деякі аспекти відносин. Глибокі емоційні переживання батьків і близьких викликані недостатністю інтелектуальної діяльності дитини. Важкість патогенного впливу на психіку батьків залежить від таких характеристик дитини, як стійкість (необоротність), тривалість (протягом усього життя), ступінь вираженості (вага, глибина поразки) і характер інтелектуального дефекту. У ситуації інтелектуального дефекту дитини на психіку батьків пригнічено впливає уявлення про те, що дане відхилення, незважаючи на наявний потенціал розвитку в цілому, виключає можливість повного одужання дитини, її успішної соціально-працевлаштованої адаптації і самостійного повноцінного життя в суспільстві.

Симптоматика порушень у цьому діагнозі відрізняється великим поліморфізмом. Вчені як основний симптом розглядають особливу дефіцитарність емоційно-вольової і комунікативної сфер, а саме: сенсоафективну гіперстезію і слабкість енергетичного потенціалу, простими словами: в відсутності або значному зниженні потреби в контактах з оточуючим світом.

У дитини порушені акти комунікації та мова (мутизм, мовні штампи, ехолалія, автодіалог); несформовані міміка та жести. Спостерігається несформованість навичок соціально-побутової орієнтації та самообслуговування, дітям потрібні особливі умови для прийому їжі та життєдіяльності. Виявлені особливості сенсорної сфери та недостатність розвитку об'єктної діяльності. Багато хто мають інтелектуальні розлади, частина з них виражені, у деяких розвивається часткова обдарованість в якій-небудь галузі знань.

Специфіка розвитку особистісної сфери проявляється в ранньому дитинстві аутичної дитини. Відхилення від очного контакту з матір'ю та близькими, небажання (іноді до повного уникнення) вступати в мовний контакт, відсутність використання займенника «я», мовна стереотипність та багато іншого визначають особистісну специфіку дитини з РАС.

Негативний вплив на формування особистісної зрілості аутичної дитини здійснюється порушенням розуміння себе як «системи Я», порушенням ідентифікації себе з мовним знаком - займенником першої особи.

Особливою психотравмуючою проблемою є відсутність можливості віддати дитину в спеціально створений для таких дітей освітній заклад – такого виду заклади в нашій країні на жаль є в невеликій кількості. Більшість аутичних дітей навчаються в масових або спеціальних (корекційних) школах. Частина дітей отримує допомогу в реабілітаційних та психолого-медико-педагогічних центрах. Діти з РАС, що живуть на периферії, більш за все позбавлені такої допомоги.

Особливості аутичних дітей вимагають від батьків специфічних умов внутрішньосімейного життя і формування особливих моделей взаємодії і виховання. Незалежно від ступеня важкості розладу характерним ознакою дітей з аутизмом є недостатність соціальних якостей: відсутність інтересу до інших людей, уникаючи їх уваги, присутності поруч, неуміння спілкуватися, несформованість здатності до відповіді, діалогу та ініціювання контакту. Другою суттєвою відмінністю цієї категорії

дітей є вибірковість сприйняття навколишнього світу (гіперфокус уваги), що впливає на їх реакції на зовнішню інформацію – стимули, які поглинають їх увагу або яких вони уникають. Те, що відбувається в навколишньому середовищі, може бути стресовим для них, викликати їх істеричні реакції, причини яких можна зрозуміти, якщо відстежувати закономірності їх проявів.

Травмируючим фактором емоційного статусу батьків дітей з РАС є порушення здатності дитини до встановлення адекватного контакту з навколишнім соціумом і з ними особисто. Батьки важко страждають через відсутність у дитини потреби до адекватного контакту (притулитися, приласкатися до матері або батька, подивитися їм у очі, побалакати).

Холодність і байдужість аутичних дітей навіть до близьких поєднуються з підвищеною вразливістю та емоційною крихкістю. Діти лякаються різких звуків, голосного голосу, найменших зауважень в свій адресу, що особливо ускладнює їх взаємодію з близькими і потребує постійного створення спеціальних умов для їхнього життя. Недостатність енергетичного потенціалу дитини травмує особистість батька, підвищує його власну вразливість і часто перетворює батька в «емоційного донора».

Діти з затримкою психічного розвитку, ускладненою вираженими порушеннями поведінки, мають більш сприятливе майбутнє, ніж діти з іншими порушеннями розвитку. Можлива «оборотність» порушень при реалізації корекційних заходів передбачає тимчасовий характер труднощів і робить дітей перспективними для батьків.

Проблеми соціального характеру батьків таких дітей – це виражені і стійкі психопатоподібні розлади поведінки, які спостерігаються при психогенній затримці, що виникає в результаті патологічного впливу соціального оточення на дитину з перших днів її життя. Батьківське ставлення та внутрішньосімейна атмосфера відіграють при цьому першочергову роль.

Психогенна затримка розвитку виникає як результат соціальної депривації дитини, коли або відсутня сімейне середовище, або дитяча особистість формується під деформуючим впливом невідповідних моделей виховання, застосовуваних батьками. Результати такого впливу проявляються негайно у вигляді спотворення комунікативної взаємодії з соціальним оточенням, і в першу чергу – з самими батьками. Фруструючим чином впливають на батьків цієї групи різноманітні форми порушення поведінки їх дітей, що проявляються в безглуздій упертості, немотивованій грубості, злості та

агресивності, в наявності постійного бажання бути в центрі уваги, яскраво вираженому егоїзмі. Патологічний розвиток особистості, що проявляється в постійних конфліктах, соціальній неадекватності та соціально неприйнятних формах поведінки дітей, викликає у батьків почуття безвихідності та повної втрати зв'язку з дитиною.

Скарги батьків, що включають переживання щодо основного дефекту дитини, розкривають характер і глибину травматизації їх особистості. Нерідко на цю ситуацію накладається ставлення до дитини представників суспільства-сусідів, матерів дітей з розвитком у нормі, з якими доводиться стикається на дитячих майданчиках або в інших місцях соціального життя. Батькам складно пояснити особливості психоемоційного прояву своєї дитини, що викликає бажання обмежити або зведення до мінімуму соціальні контакти, закритися в собі зі своїми проблемами.

Напружена внутрішня сімейна атмосфера виникає в результаті наступних факторів:

- високого рівня психічної травматизації членів сімей як наслідок народження дитини з відхиленнями у психофізичному розвитку;
- відсутності як мотивів до надання допомоги такій дитині, так і елементарних психолого-педагогічних знань у батьків;
- неприйняття особливостей дитини батьками через особливості особистості батьків і їх культурно-ціннісні орієнтації.

Отже, метою роботи психолога в рамках синергетичного підходу є зміна самосвідомості батьків – формування у них позитивного сприйняття особистості дитини з порушеннями розвитку, що дозволить їм знайти новий життєвий зміст, вибудує позитивні взаємини з дитиною, підвищить власну самооцінку, спрямує батьків на використання продуктивних моделей виховання і, в перспективі, забезпечить оптимальну соціальну адаптацію дитини. Робота з батьками передбачає підвищення їх компетентності та відпрацювання з ними навичок створення вдома розвиваючого середовища для дитини і вміння продуктивно спілкуватися та взаємодіяти з нею.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНЕ СПРЯМУВАННЯ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ, ЯКІ МАЮТЬ ДИТИНУ З РАС В УМОВАХ СТРЕСУ

Згідно з теорією соціодинаміки, зміна і розвиток суспільства, соціальних структур, процеси і явища піддаються трансформації. У сучасний час усі кризові, протирічливі і неоднозначні процеси, що відбуваються в нашій країні, відбиваються на всіх соціальних інститутах, серед найвразливіших з яких це - сім'ї, які виховують дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Через відсутність соціальних гарантій, послідовної медичної допомоги та безперешкодної реалізації права на освіту, ці сім'ї знаходяться в нестабільному, а іноді екстремально кризовому стані. Чрезмірний та тривалий психологічний тиск, ситуація невизначеності (часто невдачі) викликають психотравматичні наслідки, наприклад індивідуально-психологічну та соціальну дезадаптацію.

Ми пропонуємо інноваційний підхід до організації та впровадження психологічної допомоги батькам дітей з РАС, заснований на синергетичному підході. Технологія психологічної допомоги (як і будь-яка інша технологія) є науковим проектуванням і втіленням послідовних дій, що забезпечують досягнення запланованих результатів; вона має чітко визначену мету; сприяє відбору та структурі вмісту, оптимальній організації, підбору методів, прийомів і засобів; враховує рівень професійної компетентності фахівців та об'єктивні методи оцінки результатів.

Наша думка полягає в тому, що психологічна допомога сім'ям, у яких є діти з РАС, набуває конкретики, коли полісуб'єктна (міждисциплінарна) команда фахівців на чолі з координатором бере відповідальність за розробку індивідуального плану супроводу сім'ї, продумує разом з батьками та послідовно здійснює колегіальну роботу з реалізації компетентного освітнього маршруту для дитини. У спеціальній психології вже були спроби розглядати синергетику для глибшого проникнення в природу таких складних явищ, як, наприклад, сім'я, в тому числі, сім'я дитини з особливими потребами та розробки шляхів допомоги (Т.В. Скрипник). Ми ж більше концентруємося на особистісному потенціалі батьків і умовах здійснення позитивних змін в сім'ї, завдяки яким вона стає свідомою відкритою системою, здатною здійснювати свою повноцінну самореалізацію в суспільстві.

Під час надання психологічної допомоги батькам дітей з РАС ми вбачаємо головну мету - формування здатності батьків до самоорганізації, що передбачає можливість батьків планувати життєдіяльність дитини і сім'ї, досягати успіху в ситуації з дитиною, набувати оптимальну самореалізацію в мікросоціумі (сім'ї) та макросоціумі (суспільстві). Позитивні психоемоційні стани батьків у цьому процесі є фактором і наслідком успішного протікання психокорекційних заходів.

Напрямки психологічної допомоги сім'ям, що виховують дітей з РАС:

- надання відповідних мікросоціальних умов для розвитку особистості дитини з РАС в сім'ї;
- оптимізація самосвідомості батьків;
- формування позитивного ставлення осіб, близьких до дитини.

Психологічна робота з сім'ями, які виховують дітей з РАС, може бути представлена трема напрямками:

- психологічне вивчення проблем, що виникають у членів сім'ї у зв'язку з вихованням в ній дитини з РАС;
- психологічне консультування сімей, які мають дітей з РАС;
- психолого-педагогічна та психокорекційна робота з дітьми, їх батьками та родичами.

Ми виходимо з синергетичної ідеї, що порядок, в якому знаходиться особистість (її свідомість), має поліваріантність щодо певних шляхів розвитку. У цьому розумінні самоорганізація особистості - це нелінійний процес. Принцип нелінійності вказує на наявність у свідомості як актуальних, так і потенційних структур. З опорою як на актуальні, так і потенційні структури формується стратегія розвитку сім'ї, в розробці та впровадженні якої батьки відіграють активну роль, перебуваючи в тісному співробітництві з фахівцями.

Синергетика як міждисциплінарний напрям наукового пошуку має глибокі світоглядні наслідки. Вона не просто змінює поняттєвий засіб мислення, але частково перебудовує і наше світосприйняття, сприйняття простору і часу, розуміння ходу еволюційних процесів, а також і наше ставлення до життя, життєву позицію.

Синергетика відкриває іншу сторону світу: його нестабільність, нелінійність та відкритість (різні варіанти майбутнього), зростаючу складність формоутворення та їх об'єднання в еволюційні цілісності.

Синергетичний підхід до дослідження соціалізації передбачає, як нам здається, спільне розглядання дії та її результату. Відбувається певне розширення предмета дослідження, тобто предмет (соціалізація) набуває процесуального характеру, таким чином підкреслюється спільне розглядання становлення, особливостей отримання того чи іншого результату. У контексті синергетики соціалізація виступає як синергетична система-процес, що забезпечує соціальне становлення особистості, в якій міжсистемні відносини між особистістю та суспільством складаються в режимі синергії та опонентності. Ця система-процес має дихотомічний характер, оскільки поєднує в собі організацію (діяльність інститутів та класів, що утворюють соціум, визначають філософію соціалізації, відповідають за її ефекти) та самоорганізацію (діяльність окремих осіб та мікрогруп, самообумовлюють свої соціальні ролі та статуси).

Соціалізуюче управління, здійснюване інститутами соціалізації, не повинно виглядати як організоване насильство на основі відомої необхідності. Соціалізація як синергетичний процес ґрунтується на поєднанні втручання інститутів соціалізації з істотою внутрішніх тенденцій розвиваючоїся (соціалізуючоїся) особистості. Такий підхід постулює ідею про те, що джерело трансформації особистості зазвичай знаходиться у ній самій, тобто особистість як система має здатність до самоорганізації та саморозвитку. Тому синергетика виявляє в соціалізації в певному сенсі вищий тип детермінізму - детермінізм з розумінням неоднозначності майбутнього та з можливістю виходу на бажане майбутнє. Це детермінізм, що посилює роль людини.

Незважаючи на важливі орієнтири, розроблені в рамках синергетики, та головну мету нашого втручання ми визначили розроблену технологію як психолого-синергетичну, що включає наступні етапи реалізації: мотиваційний, концептуальний, адаптивний, творчий, моніторингово-перспективний.

Результати:

1) створені умови для досягнення батьками здатності керувати власними психоемоційними станами: активізація мотивації батьків, з опорою на ситуацію дитини; розкриття їх очікувань і прагнень, формулювання цілеполагання; активне залучення до процесів навчання та розвитку дитини, а також - набуття сім'єю здатності повноцінно функціонувати в суспільстві; набуття батьками можливостей проявляти саморегулятивні функції та реалізовувати свій потенціал;

2) встановлено внутрішнє спілкування в сім'ї (між усіма членами) та зовнішнє спілкування (сім'я - інші соціальні структури);

3) розвинена здатність мобілізувати власні ресурси батьками, вміння робити вибір відповідно до певної стратегії позитивних перетворень, що дозволить наробити гнучкості, пластичності та конструктивності психоемоційних і поведінкових проявів в соціальних ситуаціях як у середині сім'ї (мікросоціум), так і за її межами (макросоціум), а також здатність досягати психоемоційної стійкості (протистояння руйнівним впливам і ризикам) як щодо власних проявів, так і щодо функціонування всієї сім'ї.

Першочерговою темою у процесі спілкування з батьками є ситуація з дитиною, адже це те, що найбільше їх турбує і викликає психотравмуючий тиск. При цьому типовим є стан, коли самі батьки не бачать не продуктивність власного становища, не розуміють і недооцінюють власну роль у розвитку дитини та загального стану в сім'ї.

Перший, мотиваційний етап спрямований на визначення запиту батьків, їх очікувань; встановлення довірчого контакту та поступове формування терапевтичного альянсу як досягнення загального поля, розподіленого контексту. На цьому етапі фахівець створює умови для сприяння батькам здійснювати спільну діяльність, спрямовану на позитивні перетворення в сім'ї. Початковий етап терапевтичного альянсу передбачає розгортання довірчого діалогу фахівця з батьками, теми якого мають таку послідовність, як: перша група обговорюваних питань стосується особливостей розвитку дитини, особистісної позиції, обізнаності та компетентності батьків щодо шляхів допомоги їй (наявний досвід участі в тих чи інших психокорекційних програмах, переваги і переконання батьків і т.д.), їхніх прагнень і очікувань; друга група питань пов'язана з життєдіяльністю сім'ї: «внутрішня природа» сім'ї як системи (психоемоційна атмосфера; ціннісні орієнтації, психологічні установки; позиційні ролі, особливості життєдіяльності) склад сім'ї, особи, які займаються дитиною; ситуація в сім'ї в цілому, розклад дня, завантаженість батьків, відносини всередині сім'ї.

Така розмова потребує від фахівця щирої цікавості, делікатності, поваги до батьків, а також таких навичок, як техніка активного слухання, методи ненасильницького спілкування роджеріанської терапії, емпатії тощо.

З точки зору синергетики, неефективне управління відкритими системами полягає в нав'язуванні їм «чужої» форми організації та/або поведінки, що не дозволяє передбачити результат. За синергетичним підходом фахівець допомагає батькам

«вписатися» в парадигму насиченого змістом, цілеспрямованої та послідовної життєдіяльності, яка дає змогу знайти просторово-часову визначеність для розгортання життєдіяльності дитини, їх самих та сім'ї в цілому. Тільки тоді може відбутися самовиявлення батьків, становлення їх стосунків з фахівцем як з надійним компетентним партнером, таким чином починаються основи командної роботи між ним і батьками.

На другому, «концептуальному», етапі відбувається безпосередня розробка стратегії розвитку, змісту та алгоритму перетворень ситуації з дитиною (як пріоритетного об'єкта інтересу батьків), сім'єю та самими батьками - образу бажаного майбутнього. Це відповідає розробленому в рамках синергетики поняттю структура-аттрактор, як механізм подолання кризових станів - розкриття та використання структур-аттракторів як уявлення про бажаний стан речей (образ «бажаного майбутнього») та визначення напрямку руху.

Аттрактор - важка категорія (системоутворюючий концепт) синергетики; ключове поняття процесу самоорганізації. Поняття «аттрактор» близьке до поняття «ціль». Наявність цілі розкривається в найширшому, позаантропологічному змісті як цілеподібність, спрямованість поведінки відкритої нелінійної системи, як наявність «кінцевого стану» (звичайно, відносно кінцевого, завершується лише певний етап еволюції) системи. Під «аттрактором» в синергетиці розуміють відносно стійкий стан (структуру) системи, який як би «притягує» (лат. : attrahere - притягувати; англ. : to attract - привертати, притягувати).

Спеціаліст створює ситуацію вибору, при якій батьки, опираючись на свою компетентність, впевненість, переваги, життєві орієнтири повинні визначитися, як з планом розвитку дитини, так і сім'ї в цілому і зробити його продуктивним. У відношенні до дитини мова йде про вибір тих науково обґрунтованих практик, які, на думку батьків, можуть бути ефективними на даному етапі розвитку дитини. Якщо це діти з РАС, то серед таких науково обґрунтованих практик можуть бути: поведінковий пакет (АВА, Pivotal) TEACCH, PECS, DIR / Floortime, відеотренінг і т.д. У сім'ї вже може бути досвід участі в тих чи інших програмах, а можуть тривати певні заняття і в період звернення батьків до спеціаліста. Тому необхідно розібратися, що не влаштовує батьків і як з ними зробити так, щоб дитина постійно знаходилася в розвиваючому середовищі, а набуті під час психокорекційного процесу вміння, навички і новоутворення могли б генералізуватися в повсякденне життя. Спеціаліст може висловлювати своє бачення

складної ситуації та шляхи її перетворення, може пропонувати і обґрунтовувати той чи інший похід, але остаточний вибір залишається за батьками. При цьому важливо розподілити відповідальність за ті чи інші складові процесу отримання позитивних змін у ситуації дитини і сім'ї між спеціалістом (спеціалістами) та визначення ступеня участі батьків і цьому процесі. Варто відзначити, що здатність до цілепокладання і прийняття власної відповідальності за процес перетворень є індикаторами певного рівня особистісної зрілості батьків.

Адаптивний, третій етап передбачає впровадження в життєдіяльність дитини, самих батьків і сім'ї в цілому певних стратегій; створення спеціалістом умов, коли він «керує не керуючи»: вплив на розвиток у батьків здатності самоорганізовуватися, орієнтуватися на обраний план, опиратися на ключові моменти як показники цілеспрямованого руху в напрямку досягнення образу бажаного майбутнього відносно дитини і сім'ї. Тут мова йде про те, що сформульовані стратегії (інноваційні рішення) не можуть входити в резонанс з попередніми непродуктивними традиціями, а стимулюють активність власних сил батьків, на які спрямовані їхні цінності і перспективні цілі, забезпечуючи розвиток і самореалізацію в суспільстві. Так досягається і психологічна адаптація як перебудова динамічного стереотипу батьків відповідно до нових вимог і очікувань, і соціально-психологічна адаптація - зближення цілей між всіма членами сім'ї самі по собі, між ними та спеціалістом (спеціалістами), між ними та тими соціальними структурами, з якими вони взаємодіють.

На цьому етапі спеціаліст сприяє встановленню зворотного зв'язку з батьками як важливої складової взаємодії з ними - лише з опорою на зворотний зв'язок можна відчувати повне взаєморозуміння, узгодженість в темпі здійснюваного процесу і в його змісті. Спеціаліст застосовує елементи індивідуальної і / або групової психотерапії за тими напрямками, які відповідають синергетичному підходу в побудові паритетних відносин з клієнтом. Це можуть бути прийоми і методи: транзакційний аналіз, гештальт-терапія, клієнт-центрована і системна сімейна терапії, метод розстановок, а також елементи тренінгів особистісного росту, асертивності, подолання тривожності, смислотворчої фасилітації та інше.

На цих заняттях (сесіях, тренінгах) відбувається відпрацювання адекватних форм поведінки та реагування на проблеми дитини, на основі досягнень у пізнавальній та емоційній сферах; формування навичок вирішення конфліктних ситуацій у

міжособистісному спілкуванні; техніки саморегуляції емоційних станів: тривожності (особистісної і ситуативної), афективної, депресивності, аутистичності, внутрішнього дискомфорту. Очікуваним результатом від індивідуальних психокорекційних занять є підвищення рівня усвідомлення батьками їх батьківської компетентності, здатності до самоорганізації та поява в них гармонійно-розсудливого стилю взаємодії з дитиною, який впливає на формування «Я-образу» та самооцінки дитини, «озброюючи» її конкретними оцінками та стандартами виконання тих чи інших дій, частковими та більш загальними цілями, до яких слід прагнути, ідеалами та еталонами, на які варто наводитися, планами, які необхідно реалізовувати. Такі батьки не діють під впливом зовнішніх спонукань і емоцій, а завжди переводять в свідому, розумну діяльність, пояснюючи мотиви своїх вчинків. З'явлення на третьому етапі напрямку сенсомоторна інтеграція, яку слід застосовувати як до дітей з порушеннями розвитку, так для їх батьків, пов'язано з тим, що завдяки дослідженню емоційної сфери доведено, що в багатьох випадках емоційні прояви залежать від фундаментальних характеристик психофізіологічної та психомоторної сфер: емоції базуються на сенсоричі та мають просторово-часові, модальні та інтенсивні характеристики (Л. Веккер); емоційність має тілесну природу (Дж. Айрес). Отже, напрямом впливу, який здійснюється як у індивідуальних, так і групових форматах, є не лише когнітивна та емоційна сфери, а й психомоторна як звільнення напруги, подолання стиснутості, підвищення енергетичного потенціалу батьків.

На четвертому етапі вже починає проявлятися придбане батьками новоутворення. У синергетиці це явище називається «фазою трансформації». Назва етапу - творчий - полягає в застосуванні засвоєних прийомів та методів для конструктивного впливу на складну ситуацію, не збігається з очікуваними результатами; поява здатності пристосовуватися до зміни обставин та креативно використовувати контекст ситуації для реалізації певної стратегії розвитку дитини.

П'ятий, моніторингово-перспективний етап - це довгострокове планування з урахуванням здійснених досягнень, нових бажаних результатів, можливих ризиків, нових внутрішніх і зовнішніх ресурсів. Якщо система набуває нових якостей і при цьому продовжує функціонувати як єдине ціле, її ефективність може зростати настільки, що вона здатна гнучко проявлятися в змінених вимогах оточуючого середовища. Головним

результатом успішного набуття сім'єю ознак самоорганізації системи є продовження змін, які відбулися на рівні мікрорівня (сім'я) на стан макрорівня (суспільство).

Формат занять з батьками:

а) психокорекційні: індивідуальні, мікрогрупові, групові;

б) психолого-синергетичні: кооперація, терапевтичний альянс, планування життєдіяльності, аналіз комунікації всередині сім'ї та поза нею, а також самореалізація кожного члена сім'ї в суспільстві.

Одним із найважливіших психокорекційних напрямків сім'ям, які мають дитину з РАС, є рання допомога - це сімейно-орієнтована комплексна медична, психологічна та соціальна допомога дітям раннього віку, у яких виявлені відхилення в психофізичному розвитку, а також ризики їх виникнення у старшому віці, а також - сім'ям, які виховують таких дітей. Рання допомога як система заходів передбачає розробку та впровадження індивідуалізованого навчання дитини з психолого-медико-педагогічним супроводом в умовах сім'ї, закладів освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.

Система ранньої допомоги таким дітям і їх сім'ям включає наступні етапи:

- виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги (скринінг) та направлення їх до служби ранньої допомоги.

- розробка та реалізація програм ранньої допомоги: міждисциплінарна оцінка розвитку дитини, диференційна діагностика, робота з сім'єю та дитиною за індивідуальною програмою.

- перехід дитини в дошкільний навчальний заклад, супровід дитини та сім'ї: вибір закладу; підготовка команди спеціалістів обраного закладу (передача технологій роботи з сім'єю та дитиною, а також передача та коментування необхідної документації з історією роботи з сім'єю), забезпечення переходу дитини з програм служби ранньої допомоги в освітні програми інших закладів, взаємодія спеціалістів служби ранньої допомоги та спеціалістів обраного закладу в період адаптації в ньому дитини.

Основна форма надання послуг дитині та її сім'ї в межах служб ранньої допомоги - це психолого-педагогічний супровід як діяльність, спрямована на оцінку та підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківських взаємодій та подолання поведінкових проблем.

Розглянемо взаємозв'язки психоконсультування, психокорекції та психотерапії. Психологічна консультація тісно пов'язана, а в багатьох випадках безпосередньо переплітається з психологічною корекцією та психотерапією. Психологічна корекція та психотерапія (разом з психологічною консультацією) є видами психологічної допомоги і передбачають активний цільований вплив на особистісний, поведінковий та інтелектуальний рівні функціонування людини і, як правило, вимагають більшого часу для здійснення.

Психологічна корекція представляє собою коректне втручання в процеси психічного та особистісного розвитку людини з метою перетворення наявних відхилень в цих процесах і часто впливає не лише на особистість, а й на її оточення, організацію життєдіяльності.

Психотерапія спрямована на глибоке проникнення в особистість і здійснює прогресивний зсув в її взаємодії зі світом через зміну само- та світогляду.

Розглядаючи терміни психотерапії та психологічної корекції, слід зазначити, що в психологічній теорії та практиці вони часто вживаються як синоніми. Це пов'язано з тим, що поняття психотерапії в українській психології з'явилося порівняно недавно, оскільки протягом тривалого часу психотерапія розвивалася як галузь виключно медичної допомоги. Термін корекція, вийшовши з області дефектології, в подальшому перейшовши в вікову та педагогічну психологію, зараз активно використовується в роботі та почав застосовуватися щодо дорослих при наданні їм психологічної допомоги.

Мета психотерапії - створення умов для повноцінного становлення особистості, мета психологічної корекції - усунення недоліків у розвитку особистості.

Задача психологічної корекції має певне смислове відмінність, хоча й може підпорядковуватися психотерапевтичній меті як більш загальній. Щодо методів, то психологічна корекція, на відміну від психотерапії, не має своїх спеціальних методик, а користується залежно від потреб методами психотерапії, педагогіки, медицини.

Отже, психологічна корекція наближається до психотерапії і навіть збігається з нею, коли здійснення корекційного впливу допомагає реалізації психотерапевтичної мети, а також коли вона використовує виключно (або переважно) психотерапевтичні методи допомоги людині.

Важними ознаками психологічної корекції є дискретність та орієнтація на вікові норми. Дискретність означає вплив психолога на відносно незалежні конкретні складові

внутрішнього світу людини. Вплив здійснюється на основі теоретичних уявлень про норми протікання пізнавальних та емоційних процесів, про норми розвитку у тому чи іншому віковому періоді. Орієнтація на вікові норми визначає контингент корекційного впливу (переважно діти, підлітки, юнацтво) та використання психодіагностичних методик.

Завдання психологічної корекції формулюються в залежності від адресата - дитини з РАС або дорослої людини, яка має певні відхилення та труднощі в межах психологічної норми. Вони також визначаються змістом корекційної роботи:

- корекція інтелектуального розвитку;
- корекція емоційного розвитку;
- корекція та профілактика невротичних станів, неврозів.

Корекційна робота з дітьми та їх батьками здійснюється у формі психологічного супроводу сімей, які виховують дітей з РАС. Адекватне сприйняття проблем, пов'язаних з вихованням у сім'ї дитини з РАС, досягається не відразу та не всіма батьками, оскільки тривала психотравміруюча ситуація впливає психогенно, фруструюче на психіку батьків таких дітей та опосередковано негативно впливає на їхнє ставлення до дитини.

У якості механізмів корекційного впливу в особистісно орієнтованій психотерапії розглядаються: коригуюче емоційне переживання, конфронтація, навчання.

Коригуюче емоційне переживання передбачає наявність емоційної підтримки батькам з боку психолога, прийняття дитини і проблем сім'ї в цілому. Конструктивно перероблений зміст зворотного зв'язку сприяє прийняттю батьками нової інформації про себе і свою дитину. Низька самооцінка знижує можливість батьків до сприйняття нової інформації, сприяє виникненню захисних механізмів і таким чином закриває їм шлях до здобуття нового досвіду. Емоційна підтримка надає стабілізуючий, позитивний вплив на самооцінку, трансформуючи відношення особистості до себе.

Конфронтація здійснюється за рахунок «зворотного зв'язку» між учасниками психокорекційного процесу. Під час індивідуальної роботи основним інструментом «зворотного зв'язку» виступає психолог, який не стільки вносить у неї свій зміст, скільки відображає різні аспекти психологічної реальності батьків. У груповій психотерапії «зворотний зв'язок» є більш багатоплановим, оскільки здійснюється між кожним з членів групи та групою як цілею. У контексті внутрішнього конфлікту батьків з самим собою

дуже важливим представляється факт оптимізації самосвідомості батька, переструктурування ієрархії його життєвих цінностей.

Задача психолога полягає в тому, щоб допомогти учаснику групи розширити існуючий у його свідомості власний образ «Я» шляхом інтеграції отриманої інформації (спеціально спрограмованих типових ситуацій, в яких доводиться бути учаснику групи, а також особистісно-філософських установок, отриманих частково від психолога, частково від інших осіб та ін.).

Навчання дає кращі результати при його використанні на групових заняттях, ніж на індивідуальних. Група виступає як мінімодель реального соціуму, в якій проявляється всю різноманітність поведінки учасника. Беручи участь у взаємодіях, батьки проявляють типові для них поведінкові паттерни, отже, з'являється можливість для виділення як позитивних, так і неадекватних форм поведінки батьків. Групова взаємодія є показовим для емоційного міжособистісного спілкування, що сприяє як відмові від неконструктивних поведінкових стереотипів, так і здобуттю навичок конструктивної комунікації.

Психокорекційний процес в особистісно-орієнтованому підході спрямований на зміни у трьох площинах вимірювання: когнітивній (пізнавальній), емоційній та поведінковій. Кожне з цих напрямків ставить певні завдання.

Когнітивна сфера (інтелектуальна усвідомленість батьками виникаючих проблем):

- усвідомлення зв'язку між психогенними факторами та виникненням та збереженням невротичних (тривожність, страх бути непорозумілим, відчуття безпорадності) або психопатичних розладів (агресивний настрій, що характеризується асоціальними формами поведінки), з урахуванням того факту, що психогенним фактором для всіх батьків дітей з РАС є стан здоров'я їхньої дитини;

- визначення ситуацій, які викликають напруження, тривожність, агресивність, негативні емоційні стани;

- розуміння особливостей своєї поведінки та емоційної реакції на дії представників соціуму;

- усвідомлення того, що виявлена потреба в підтримці ззовні у батьків дитини з психофізичними відхиленнями може мати форму невротичної потреби;

- виявлення внутрішніх особистісних психологічних проблем та конфліктів;

- розуміння того, що причиною розлучення або псевдосолідарних відносин у сім'ї є не народження дитини з РАС, а деструктивність відносин, складених між її батьками в більш ранній період життя сім'ї;

- виявлення причин ізоляції та відчуження батька (матері) від контактів з дитиною;

- усвідомлення того, що для усунення конфліктних форм взаємин в сім'ї необхідно переглянути власні сімейні ролі;

- розуміння своєї ролі та міри своєї участі у виникненні та збереженні конфліктних та психотравмуючих ситуацій.

Розвиток емоційної сфери, чутливості, емпатії, терпимості:

- батьки отримують підтримку з боку психолога та членів групи;

- навчаються бути уважнішими як до себе, так і до інших людей, навчаються позитивному ставленню до себе;

- здобувають здатність виражати більш вільно власні негативні та позитивні емоційні стани;

- навчаються вербалізувати та розуміти власні почуття;

- проводять перегляд та корекцію своїх відносин.

Психокорекційні заходи поведінкової сфери дають можливість:

- впізнати власні не конструктивні поведінкові реакції;

- здобути навички адекватної комунікації в соціумі;

- розвинути комунікативні форми поведінки, що сприяють самоактуалізації та самовираженню;

- сформувати здатність до закріплення адекватних форм поведінки та реагування на проблеми дитини на основі досягнень у пізнавальній та емоційній сферах.

3.1. Тренінг для батьків дітей з РАС

Сім'ї, в яких виховуються діти з РАС, живуть під тягарем безлічі проблем, що ускладнює внутрішньосімейну атмосферу, а іноді досягає крайньої напруги. Не кожен батько чи мати виявляється здатним прийняти особливість дитини та адекватно реагувати на її проблеми, які постійно виникають у процесі життя.

Адекватне сприйняття проблем, пов'язаних з вихованням в сім'ї дитини з РАС, досягається далеко не відразу та не всіма батьками. Необхідно врахувати і той факт, що пролонгована психотравмуюча ситуація справляє психогенний, фруструючий вплив на психіку батьків таких дітей та опосередковано негативно впливає на їх ставлення до дитини. Деякі батьки важко переносять вплив такого стресу, інші знаходять у собі сили протистояти виниклим труднощам, вміють самореалізовуватися та досягати максимальних успіхів у соціалізації дитини. Отже, виявляється, що при подібних варіантах фрустраційного навантаження реактивні можливості та адаптаційні можливості у різних батьків проявляються по-різному. Батьки, які відчувають труднощі у взаємодії з дітьми з психофізичними порушеннями, потребують надання їм спеціальної психологічної допомоги.

Успіх корекційної роботи з дитиною можливий лише за умови тісного співробітництва між сім'єю, спеціальним (корекційним) навчальним закладом та фахівцями служби психологічної допомоги сім'ї.

На групових заняттях інструментом впливу є психокорекційна група (горизонтальний «контур взаємодії»). У якості найбільш продуктивної та об'єктивно реконструюючої самосвідомість батьків форми роботи виступає групова дискусія. Матеріалом для дискусій є спеціально відібрані психологом теми, особливо значущі для даної категорії осіб. Такими темами є теми, які освітлюють:

- внутрішні психологічні проблеми батьків;
- проблеми, що виникають при взаємодії батьків з дитиною в мікро- та макросоціумі;
- проблеми, що виникають у взаємовідносинах подружжя, членів сім'ї, в якій виховується дитина та ін.

У психокорекційній роботі з сім'ями виділяються два напрямки: психолого-педагогічний та психокорекційний.

Здійснюючи психолого-педагогічну корекцію, психолог організовує заняття з дитиною з РАС та її батьком (частіше матір'ю). На цьому етапі перед фахівцем ставляться наступні цілі:

- створення оптимальних умов для гармонійного розвитку дитини з РАС в сім'ї;
- переструктурування ієрархії життєвих цінностей батьків дитини з РАС, оптимізація їх самосвідомості;

- гармонізація психологічного клімату в сім'ї;
- корекція міжособистісних взаємин в сім'ї (дитячо-батьківських, подружніх, батьківсько-дитячих, сіблінгових);
- формування психолого-педагогічних знань та навичок, підвищення компетентності батьків.

Орієнтуючись на ці цілі, психолог вирішує наступні завдання:

- навчання батьків спеціальним корекційним і методичним прийомам, необхідним для проведення занять з дитиною в домашніх умовах;
- допомога у розумінні батьком проблем дитини (виключення гіперболізації, мінімізації або заперечення наявності проблем у дитини);
- корекція внутрішнього психологічного стану батька: стан невдачі, пов'язаний з недоліками дитини, повинен поступово перейти в розуміння можливостей дитини.
- корекція неконструктивних форм поведінки батьків (агресія, пригнічення негативних бажань, примітивізація поведінки та ін.), їх заміна на продуктивні форми взаємин в суспільстві;
- здійснення особистісного зростання батька (чи матері) у процесі взаємодії зі своєю дитиною, у процесі її навчання та виховання за допомогою психолога;
- перехід батька (чи матері) з позиції переживання за свою дитину на позицію творчого пошуку реалізації можливостей дитини;
- підвищення особистісної самооцінки батька (чи матері) у зв'язку з можливістю побачити результати своєї праці у успіхах дитини;
- трансформація освітньо-виховного процесу, реалізованого батьком (чи матері) стосовно дитини, в психокорекційний процес щодо себе самого;
- творча діяльність батька (чи матері), спрямована на їх дитину, допомагає їй самій, звільняючи від негативного впливу психотравмуючої ситуації.

Форми роботи:

- демонстрація батькам прийомів роботи з їх дитиною;
- конспектування батьками занять, проведених психологом;
- виконання домашніх завдань зі своєю дитиною;
- читання батьками спеціальної літератури, рекомендованої психологом;
- реалізація батьками творчих задумів у роботі з дитиною.

Психокорекція:

- формування нових життєвих орієнтирів батьків;
- корекція взаємин у діаді батько - дитина з РАС;
- корекція порушеного психологічного стану батьків (тривога, очікування постійного неуспіху в навчанні своєї дитини, стани, пов'язані з розумінням себе як невдахи);
- корекція неадекватних поведінкових реакцій батьків як стосовно своїх дітей (покарання за будь-яку провину, пригнічення особистості дитини), так і відносно соціуму (скандальна поведінка, неадекватні поведінкові реакції, агресивна поведінка, реакції протесту);
- гармонізація міжособистісних відносин між діадою, представленою матір'ю з дитиною, і членами сім'ї; членами сім'ї та сторонніми особами.

Розглянемо блоки тренінгу, який ми пропонуємо:

Перший блок - особистісний, спрямований на усвідомлення батьками своїх особистісних особливостей, переконань, установок та формування творчої дослідницької позиції.

Другий блок тренінгу - комунікативний, він присвячений розвитку навичок спілкування з дітьми. Здатність ефективно спілкуватися, отримуючи при цьому радість не лише від результатів, але й від самого процесу спілкування - це справжнє мистецтво, для оволодіння яким необхідно не лише знання законів комунікації, але й оволодіння прийомами спілкування.

Третій блок тренінгу присвячений формуванню навичок вирішення конфліктних ситуацій у міжособистісному спілкуванні. В середині будь-якої кооперації людей неминуче виникає змагання і суперництво між її членами (в тому числі між членами сім'ї). Безконфліктне життя - ілюзія. Крім того, конфлікти виконують багато позитивних функцій в житті людини. Завдання блоку - навчити учасників видобувати користь з конфліктів та знаходити конструктивні виходи з деструктивних конфліктних ситуацій.

В спілкуванні з дітьми часто виникають ситуації, які, мовляв, ставлять батьків перед випробуванням на терпіння, витримку, вміння керувати собою. Нерідко батьки не стримуються, вони втомлюються від непослуху, набридає їм декілька разів повторювати одне й те ж саме, і тоді вони втрачають самовладання, розгублено кричать і загрожують. Контролювати подібні пориви емоцій допомагають техніки емоційної саморегуляції.

Освоєння даних технік – завдання четвертого блоку тренінгу: збільшення пластичності психіки, її адаптивних можливостей; освоєння нових ефективних стратегій управління сприйняттям; одночасне включення образної і логічної сфер свідомості; активізація творчих здібностей; здобуття практичних навичок діагностики; підвищення стійкості до зовнішніх інформаційно-енергетичних впливів.

У процесі проведення тренінгу самосвідомість батьків оптимізується, що спрямовано не стільки на розкриття ними психологічного конфлікту (хвороба дитини з вираженими порушеннями розвитку може бути не виліковною), скільки на переорієнтацію батьків з загальноновизнаних моделей цінностей (дитина не може бути неповноцінною, вона повинна народитися здоровою, інтелектуально та фізично збереженою), які були у них сформовані у вигляді батьківських репродуктивних установок до народження дитини з РАС, на загальнолюдські цінності. Відбувається формування нових життєвих орієнтирів у батьків щодо дитини.

Психокорекційний процес у особистісно орієнтованому підході спрямований на зміни в трьох площинах вимірювань: когнітивній (пізнавальній), емоційній та поведінковій. Кожне з цих напрямків ставить певні завдання.

Когнітивна сфера (інтелектуальне усвідомлення батьками виникаючих проблем):

- усвідомлення зв'язку між психогенними факторами та виникненням і збереженням невротичних (тривожний настрій, сльози, страх, почуття безперспективності майбутнього) або психопатичних розладів (агресивний настрій, що характеризується асоціальними формами поведінки), з урахуванням того факту, що психогенним фактором для всіх батьків дітей з РАС є стан здоров'я їхньої дитини;
- визначення ситуацій, що викликають напруження, тривогу, страх та інші негативні емоції;
- усвідомлення особливостей своєї поведінки та емоційної реакції на дії представників соціуму;
- усвідомлення того, що виявлене потребує підтримки ззовні у батька (матері) дитини з РАС може мати форму невротичної потреби;
- виявлення внутрішніх особистісних психологічних проблем і конфліктів;
- усвідомлення того, що причиною розлучення або псевдосолідарних відносин у сім'ї є не народження дитини, а неконструктивність відносин, які склалися між її батьками в більш ранній період життя сім'ї;

- виявлення причин ізоляції та відстороненості від батька (матері) від контактів з дитиною;
- усвідомлення того, що для усунення конфліктних форм взаємин у сім'ї необхідно переосмислити власну сімейну роль;
- виявлення невідповідності між образом «Я» та сприйняттям батьком іншими особами;
- усвідомлення своєї ролі та міри своєї участі в виникненні та збереженні конфліктних та психотравмуючих ситуацій.

Розвиток емоційної сфери, чутливості, емпатії, терпимості:

- отримує підтримку з боку психолога та членів групи;
- вчаться бути уважнішими як до себе, так і до інших людей, вчаться цінувати себе, вчаться позитивному ставленню до себе;
- набувають здатність виражати більш вільно власні негативні та позитивні емоції.
- вчаться вербалізувати та розуміти власні почуття;
- здійснюють емоційну корекцію своїх відносин.

Психокорекційні заходи у поведінковій сфері надають можливість:

- визначити власні неконструктивні поведінкові реакції;
- здобути навички адекватного спілкування в соціумі;
- розвинути комунікативні форми поведінки, сприяючи самоактуалізації та самовираженню;
- сформувати здатність до закріплення адекватних форм поведінки та реагування на проблеми дитини на основі досягнень у пізнавальній та емоційній сферах.

На групових заняттях інструментом впливу є психокорекційна група (горизонтальний «контур взаємодії»). У якості найбільш продуктивної та об'єктивно реконструюючої самосвідомість батьків форми роботи виступає групова дискусія.

Матеріалом для дискусій стають спеціально відібрані психологом теми, особливо значущі для даної категорії осіб. Такими можуть бути теми, які висвітлюють:

- внутрішні психологічні проблеми батьків, які виховують дітей з РАС;
- проблеми, що виникають при взаємодії батьків з дитиною в мікро- і макросоціумі;
- проблеми, що виникають у взаємин з подружжям, членами сім'ї, в якій виховується дитина з психофізичними недоліками та інше.

Групове психокорекційне заняття має наступні етапи роботи.

1. Розминка. Це етап заняття, на якому учасники групи готуються до психологічної роботи. Для цієї цілі використовуються спеціальні вступні психогімнастичні вправи, які налаштовують батьків на певний вид внутрішньої психологічної роботи. Виділення розминки в окремий етап заняття особливо важливо на початкових стадіях розвитку групи, оскільки це дозволяє зняти напруженість та затисненість учасників. Основним засобом комунікації на цьому етапі виступає рухлива експресія. На етапі розминки використовуються вправи на увагу, на зняття напруження, на скорочення емоційної відстані, на тренування розуміння невербальної поведінки, а також на тренування здатності виражати свої почуття за допомогою невербальної поведінки. Розпочинається розминка з вітання.

2. Вітання. На початку розминки учасники групи, ставши в коло, вітають один одного. Вимовляючи слова вітання, учасники групи виконують інструкції психолога. На наступних заняттях вітання може бути перенесено на невербальний рівень і замінено рукоштовуванням, обіймами, реверансами або здійснено яким-небудь іншим нетрадиційним способом. Одним із варіантів вітання може бути і форма звернення до індивідуальності кожного з учасників, наприклад: «Ви, як завжди, сьогодні енергійні, вітаю Вас», або «Ваш образ завжди викликає в мене відчуття оптимізму» і т. д.

3. Основна частина. Цей етап заняття присвячений переосмисленню життєвих позицій та світоглядних установок батьків. Для реалізації основної мети психологічної корекції - переструктурування життєвого стереотипу батька дитини з РАС включена спеціальна форма проведення занять, яка дозволяє обговорювати певні життєві ситуації, добре знайомі батькам. Прийоми, які використовуються для підведення учасників до інсайту та катарсису, відповідають психокорекційним технікам вищих рівнів базальної емоційної регуляції. Також обговорюються внутрішні відчуття, почуття та власні висновки батьків щодо тієї чи іншої ситуації.

Психокорекційний ефект під час проведення дискусії досягається за допомогою спеціально написаних оповідань (психоаналітичний підхід). Ці оповідання, позбавлені побутових фраз і жаргонних висловів, є літературною обробкою «життєвих» історій батьків дітей. В них представлено узагальнений життєвий досвід учасників групи, а також запропоновані психологом нові філософські та світоглядні установки, що сприяють реконструкції життєвого стереотипу кожного з учасників.

Одночасно члени групи отримують домашнє завдання, яке може мати різні форми та зміст, наприклад:

- обдумати свою позицію або поведінку з певного питання;
- проаналізувати свою життєву ситуацію, подібну до тієї, що пропонується в оповіданні, та записати її;
- вести щоденник своїх відчуттів.

Вспоміжні форми психокорекції, які використовуються в основній частині тренінгу, вирішують ті ж завдання, що і дискусія, але з використанням вже інших психокорекційних технік. Деякі з них, а саме тематичні опитувальники, є підготовчим етапом до проведення дискусій за представленими оповіданнями.

Визначаючи чисельний склад та форму роботи групи, слід пам'ятати про те, що найбільш ефективною формою є «частково відкриті» групи, що складаються з 7-10 осіб, або малокомплектні групи, що складаються з 2-5 осіб. «Частково відкрита» група - це група, яка не має фіксованого складу учасників. Вона може працювати, не виключаючи тих членів, які за станом здоров'я своїх дітей змушені відсутні на якихось заняттях. Заняття можуть проводитися щотижня або двічі на місяць в установлені дні. З цією метою спеціально складається розклад, з яким ознайомлюються батьки. Тривалість роботи групи, що дозволяє вирішити психокорекційні завдання, враховуючи глибину і постійність фруструючого фактора, повинна бути не менше одного навчального року, а краще - двох і більше років. Після завершення роботи групи слід врахувати необхідність створення циклу підтримуючих психокорекційних занять для окремих членів колишньої групи (1-2 рази за півроку). На першому занятті батьки обов'язково повинні бути ознайомлені з правилами роботи групи.

У процесі роботи група проходить різні стадії свого розвитку, а саме:

- стадія незалежності - характеризується проявом напруженості, тривоги та страху у членів групи;
- стадія наростаючої напруги. На цьому етапі виникає і зростає негативне ставлення до психолога та до самого процесу психокорекції. Батьки починають ставити питання та висловлювати критичні судження: «Навіщо це потрібно? Нам зараз це не потрібно. Потрібно було тоді, на початку, коли народилася наша дитина». Зростаюча агресія до психолога може проявлятися і в скаргах до адміністрації закладу про те, що подібні експерименти нікому не потрібні.

- стадія формування групового згуртування. На цьому етапі рівень напруженості в групі знижується. Зростає зацікавленість до змісту занять, з'являється співчуття до проблем інших членів групи, виникає інтерес до психолога.

- конструктивна стадія. На цьому етапі встановлюється динамічна рівновага між батьківським саморозкриттям та «зворотним зв'язком» між психологом і учасниками групи.

Медико-соціальний та психолого-педагогічний супровід сім'ї, що виховує дитину з РАС, повинен здійснюватися на кожному віковому етапі на основі принципів всебічного вивчення та задоволення потреб сім'ї, принципів конфіденційності, психологічної довіри, гуманного та чутливого ставлення до членів сім'ї дитини.

Отже, успіх корекційної роботи з дитиною можливий лише за умови тісного взаємодії між сім'єю, спеціальним (корекційним) навчальним закладом та фахівцями служби психологічної допомоги сім'ї. У психокорекційній роботі з сім'ями виділяються два напрямки: психолого-педагогічний та психокорекційний. Здійснюючи психолого-педагогічну корекцію, психолог організовує заняття з дитиною з РАС і її батьками. На цьому етапі перед фахівцем ставляться цілі - створення оптимальних умов для гармонійного розвитку дитини з РАС в сім'ї; переструктурування ієрархії життєвих цінностей батьків дитини, оптимізація їх самосвідомості; гармонізація психологічного клімату в сім'ї.

Орієнтуючись на ці цілі, психолог вирішує завдання навчання батьків спеціальним корекційним і методичним прийомам, необхідним для проведення занять з дитиною з РАС в домашніх умовах; корекція неконструктивних форм поведінки батька (агресії, пригнічення негативних бажань, примітивізації поведінки тощо), їх заміна на продуктивні форми взаємовідносин у соціумі; творча діяльність батьків, спрямована на їх дитину, допомагає їм самим, звільняючи від негативного впливу психотравмуючої ситуації.

ДЖЕРЕЛА ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти / За загальною редакцією Бойчука Ю.Д. – Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2020. – 376 с.
2. Артемова Л. В. Вчись граючись. Навколишній світ у дидактичних іграх дошкільнят. – К.: Томіріс, 1995. – 112 с.
3. Аутизм - ознаки, причини, лікування аутизму - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://diagnoz.net.ua/xvorobu/25027-autizm-oznaki-prichini-lkuvannya-autizmu.html>
4. Аутизм у дітей. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2015. - 254 с.
5. Базима Н. В. До проблем обстеження стану мовленнєвого розвитку у дітей з аутистичними порушеннями. Логопедія. 2011. № 1. С. 5–10.
6. Багрій Я. Т. Дитячий аутизм: монографія. К., 2009. - 200 с.
7. Блейхер В. М. Патопсихологічна діагностика/В. М. Блейхер, І. В. Крук. – Київ : Здоров'я, 1986. – 280 с.
8. Богдашина О. Б. Аутизм. Визначення та діагностика / О. Б. Богдашина. – Донецьк : ТОВ Лебідь, 1999. – 112 с.
9. Бондар В. І. Стан соціальної освіти та динаміка її змін / В.І. Бондар // Кроки до компетентності та інтеграції у суспільство: наук.-метод. зб. / 87 ред. кол.: Н. Софій (гол.), І. Єрмаков (кер. авт. кол. і наук. ред.) та ін. – К.: Контекст, 2000. – С. 29–33
10. Биковська О. Створюємо дитині можливість набувати особистісний досвід організації своєї самостійної діяльності. Освіта. 2015, № 2-3. С. 40–41.
11. Булахова Л. А. Дитяча психоневрологія/Л. А. Булахова. – Київ : Здоров'я, 2001. – 495 с.
12. Василевський Т. Сенсорна інтеграція та її значення для функціонування та розвитку мовлення дитини. <https://autism.ua/about-autism/20-terapiia/896-sensorna-intehratsiia-znachennia-dlia-funktsionuvannia-rozvytku-movlennia-dytyny>
13. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук [та ін.] – К. : Просвіта, 2001. – 416 с.
14. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Укл. і гол. ред. В. Т. Бусел. – К. – Ірпінь: ВТФ «Перун», 2001. – 1140 с.

15. Вісковатова Т. П. Стреси у повсякденному житті дітей / Т. П. Вісковатова // Спецвипуск: матеріали міжнародного конгресу. Одеса, 25-29 квіт. 2000. – С. 8.
16. Воробей О., Бобир Р. Місце дитини-аутиста в сучасному Українському суспільстві. Етнічна історія народів Європи. 2012. Випуск 37. С. 79-82.
17. Виновславська О.В. Психологія: навч. посіб. — К: Фірма ІНКОС, 2009. —390 с.
18. Гагаріна Н. Формування соціальної компетентності дітей у розвивальному середовищі / Н. Гагаріна // Дошкільне виховання. – 2008. – № 3. – С. 10-13.
19. Галах Т. В. Діагностика і корекція дітей з раннім дитячим аутизмом. Нетішин, 2016.- 49 с.
20. Глоба О.П. Соціалізація дітей та молоді з обмеженими можливостями в умовах регіонального реабілітаційного простору: зб. наук. праць / О.П.Глоба // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. – Серія 19. – Корекційна педагогіка та психологія. – № 10. – К.: НПУ імені М.П.Драгоманова. – 2010. – С. 111– 117.
21. Грабовська С. Л., Островська К.О. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям. Матеріали науково- практичної конференції «Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення». Львів, 2009 с. С.54–58.
22. Данілавичюте Е. А., Литовченко С. В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник. К.: А.С.К., 2012.- 360 с.
23. Дефектологічний словник : навчальний посібник / за ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова. К.: МП Леся, 2011. - 528 с.
24. Діти з особливими потребами: поради батькам / В.І.Бондар, Л.В.Борщевська та інші; За ред.: В.І.Бондаря, В.В.Засенка. – К.: Наук.світ, 2004. – С. 88-128.
25. Дуткевич Т.В. Дитяча психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
26. Загальноосвітня програма виховання і навчання дітей від 3-х до 7-ми років «Дитина» // «Богдана». – К., 2003.
27. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / В. В. Засенко // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. : Вип. 8. / [ред. : В. І. Бондаря, В. В. Засенка] – К.: Наук. Світ. – 2006. – С. 85 – 88.

- 28.Ігнат'єва О. Формування комунікативних навичок у дітей із розладами аутистичного спектру в умовах інклюзивного навчання. Соціальне партнерство в інклюзивній освіті : акмеологічні засади, сучасні реалії : збірник наук. праць за матеріал. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Ізмаїл : 15 квітня 2019 р.). Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2019. С. 47-51.
- 29.Індивідуальне оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі: навч. курс та наук.-метод. посіб. Т. В. Сак. К.: Плеяди, 2011.- 168 с.
- 30.Інноваційні технології в корекційній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посібник / за заг. ред. Л. Галенко. Харків : «Друкарня Мадрид», 2018.- 110 с.
- 31.Кисляк Л.А. Проблеми адаптації сім'ї до виховання дитини з особливими потребами // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наукових праць. – К.: Університет “Україна”, 2007. – 395 с.
- 32.Кожухівська В.Д. Особливості формування соціальної компетентності старших дошкільників у предметно-розвивальному середовищі ЗДО /В.Д. Кожухівська. – Кваліфікаційна робота. – Ніжин, 2019. – 117 с.
- 33.Кононко О.Л. Соціально-емоційний розвиток особистості. – К.: Освіта, 1998. – 256 с.
- 34.Крет Я. В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом / Я. В. Крет. – Запоріжжя: Запорізький нац. ун-т, 2007. – 228 с.
- 35.Кузьменко В. У. Розвиток індивідуальності дитини 3-7 років: Монографія. – К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2005. – 354 с.
- 36.Кузьменко В. Соціальна компетентність дошкільнят: особливості, показники та шляхи розвитку / В. Кузьменко // Дошкільне виховання. – 2001. № 9. – С.12.
- 37.Кукуруза Г. В. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку : дис. докт. псих. наук : 19.00.04 / Кукуруза Г. В. – Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2013. – 350 с.
- 38.Купчак О. М. Система логопедичної корекції з дітьми із розладами спектру аутизм. Актуальні питання корекційної освіти. - 2011. Вип. 2.- С. 11–19
- 39.Курінна С.М. Особливості соціалізації дітей 6-7 років в різних умовах життєдіяльності / С.М. Курінна // Вихователь-методист. – 2004. – № 4.

40. Куценко Т. О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра. Освіта осіб з особливими потребами. 2013.- № 4. С. 33–36.
41. Лебединська К., Микольська О. Діагностична карта. Дослідження дитини перших двох років життя при припущенні у його раннього дитячого аутизму - [Електронний ресурс] – Режим доступу <http://www.autism.ru/read.asp?id=30&vol=0>
42. Логінова І. П. До проблем формування невербальних засобів комунікативної діяльності дітей з розладами спектру аутизму. Логопедія. 2012. № 2. С. 163–168.
43. Лопатіна Г. О. Особливості використання системи графічних символів у роботі з дітьми з аутизмом / Г. О. Лопатіна // Комунікація для всіх: матеріали ІХ Східно- та Центральноєвропейської альтернативної та допоміжної комунікації; за ред. В. М. Синьова, М. К. Шеремет. – Київ: ДІА, 2013. – С. 65-69.
44. Мазяр О. В. Особистісний дисонанс: системний аналіз : монографія. Житомир : Видавець О. О. Євенок, 2020. -332 с.
45. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія.: Навчальний посібник. – К.: МАУП, 2000. – 256 с.
46. Малятко: Програма виховання дітей дошкільного віку. – К., 1991. (Розділ «Гра»).
47. Марценковський І. А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, О. В. Ткачова – К., 2009. – 46 с.
48. Матеріали другого міжнародного симпозіуму «Освіта і здоров'я підростаючого покоління»: Зб. наук. праць в 2-х частинах / За ред. Страшка С. В. – Вип. 2. – Ч. 2. – К.: Алатон, 2018. – 149 с.
49. М-СНАТ Модифікований скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://dytpsycholog.com/2015/08/31/m-chat>
50. Мудрик А. В. Соціальний інтелект та соціальна компетентність / А. В. Мудрик // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – №3. – С. 4-6.
51. Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. - Суми: НВВ СОІППО. 2016.- 60 с.
52. І. Ніколаєску О. « Формування соціальної компетенції учнів загальноосвітніх навчальних закладів відповідно до вимог нових державних освітніх стандартів» Науково- методичний посібник. ОПОПП.- 2014.-76 с.

53. Овчинникова С. В. Нейропсихологічна корекція при аутизмі / С. В. Овчинникова // [Електронний ресурс].- режим доступу: URL: http://neirokid.ru/stati/article_post/neypsikhologicheskaya-korreksiya-pri-autizme.
54. Олійник В. В. Інклюзивна школа : психолого-педагогічний супровід дітей з розладами спектру аутизму в умовах інклюзії. К. : Крок за кроком, 2010.- 27 с.
55. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: зб. статей молодих вчених: / за ред. В.В.Засенка, А.А.Колупаєвої. – К.: 2011 – Вип. 2. – С. 90-97.
56. Особливі діти в умовах загальноосвітньої школи (досвід закладів освіти Дніпровського району м. Києва). Практично-методичний посібник / Упорядник Сидоренко Н.А. – К.: РНМЦ Дніпровського району, 2015.- 64 с.
57. Островська К.О., Островський І.П., Сайко Х.Я. Індивідуальний маршрут дитини з розладами спектру аутизму. Навчальний посібник, 2017. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. – 52 с.
58. Островська К. О., Химко М. Б. Гіперактивність із дефіцитом уваги у дітей з аутизмом: прояви та способи допомоги. Методичний посібник. Львів.: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006.- 40 с.
59. Островська К. О., Химко М. Б. Проблеми психологічної діагностики аутичних дітей. Методичні рекомендації. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006.- 38 с.
60. Островська К., Рибак Ю. Реабілітація дітей із спектром аутизму у центрі денного перебування. Львів, Тріада плюс. 2010.- 136 с.
61. Павелків Р. В., Цигипало О. П. Дитяча психологія: Навч. посіб. – К.: Академ-видав, 2008. – 432 с.
62. Поліщук В. М. Вікова та педагогічна психологія (програмні основи, змістові модулі, інформаційне забезпечення) : навч.-метод. посіб. / В. М. Поліщук – Суми : ВТД «Університетська книга», 2007. – 330 с.
63. Поніманська Т.І. Людина і я. Світ дорослих як чинник соціалізації особистості дитини // Дошкільне виховання. – 1999. – № 8. – С. 14–15.
64. Програма розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку від 3 до 7 років «Віконечко»/ за ред. Л.І. Прохоренко. – 2018.– 236 с.
65. Приходько Ю. О. Дитяча психологія: Нариси становлення та розвитку. – К.: Міленіум, 2003. – 192 с.

66. Психологічна допомога та соціальний супровід батьків, у яких народилися діти з вадами психічного та фізичного розвитку: методичні рекомендації / А. М. Кравцова, Г. В. Кукуруза, О. О. Близнюк // Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді. – К. : Держсоцслужба, 2008. – 28 с.
67. Психологічні проблеми сприймання: матеріали XX Всеукраїнської науково-практичної конференції (25 травня 2020 року, м. Київ) / за ред. В.О. Моляко. К: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. – 116 с.
68. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение - [Електронний ресурс] – Режим доступу:
<http://www.autism.ru/read.asp?id=151&vol=0>
69. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник / А. П. Чуприков, М. І. Винник, Я. Т. Багрій. – Івано-Франківськ: Видавництво Івано-Франківської державної медичної академії. – 2005. – 48 с.
70. Рибак Ю.В., Мурашук О.М. Корекційно-розвивальна робота із формування комунікативної компетенції засобами альтернативної комунікації з дітьми із розладами спектру аутизму. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2013. Вип. 23(3). С. 241–248.
71. Савчин М.В. Вікова психологія : навч. посіб. / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. – К. : Академвидав, 2005. – 360 с.
72. Сак Т. В. Особлива дитина: від народження до 6 років / Т. В. Сак. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 144 с.
73. Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасека О. В. Вікова психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 376 с.
74. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму / Т. В. Скрипник. – К.: Видавництво «Фенікс». – 2010. – 388 с.
75. Скрипник Т. В. Системно-феноменологічний підхід до діагностики та корекції розвитку дітей з аутизмом : дис. д-ра психол. наук: 19.00.08 Скрипник Т. В.; Ін-т спец. педагогіки НАПН України. К., 2010. – 385 с.
76. Скрипник Т. В., Куценко Т. О., Риндер І. Д., Недозим І. В. Зміст корекційно-розвиткових занять для дітей з аутизмом в спеціальних загальноосвітніх

- зкладах. Реалізація оновленого змісту освіти дітей з особливими потребами: початкова ланка: навчально-методичний посібник. Київ, 2014.- 304 с.
77. Соціалізація дітей в комплексі «школа – дитячий садок»: праця в природі // Соціалізація особистості: Міжкафедральний збірник наукових статей // [за ред. А. Й. Капської]. – Вип. 2. – К. : НПУ, 1999.– 93 С. 77.
78. Сохань Л. В., Єрмакова І. Г., Життєва компетентність особистості: науково-методичний посібник / Л. В. Сохань та ін. – К.: Богдана, 2003. – 222 с.
79. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний, корекційний і медичний аспекти : матеріали всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 12–13 трав. 2022 р. / за заг. ред. Н. Г. Пахомової, В. І. Березан. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2022. -266 с.
80. Столярник О. Доступність послуг для сімей, які виховують дітей з аутизмом, як мета соціальної роботи. *Social Work and Education*, 7(3). -2020, С. 289-303.
81. Столярник О., Семигіна Т. (2020). Наснаження у інтервенціях соціальної роботи із сім'ями, які виховують дитину з аутизмом. Соціально-гуманітарні дослідження та інноваційна освітня діяльність. Матеріали II Міжнародної наукової конференції (26-27 червня 2020 р., м. Дніпро). Дніпро: СПД «Охотник», 43-45.
82. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Київ, 2004.- 104 с.
83. Тарнавська Ю. Проблема поведінки у дітей із розладами аутичного спектру / Юлія Тарнавська. // Дефектологія. – 2013. – №6. – С. 44–48.
84. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології / За ред. Т.В. Сак // Збірник наукових праць: Вип. 8. – Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю». – Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. – 138 с.
85. Токарева Н.М. Основи вікової психології : навчально-методичний посібник / Н. М. Токарева, А. В. Шамне – Кривий Ріг, 2013 – 283 с.
86. Тарасун В. В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації) / В. В. Тарасун // Дефектологія, 2005. – № 1. – С. 8 – 15.

87. Чайка М. С., Усатенко Г. В., Кривоногова О. В. Теорія та практика використання альтернативної комунікації для осіб з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник. — Київ : ФОП Усатенко Г. В., 2021. - 80 с.
88. Чуприков А.П. Розлади спектра аутизму/А.П.Чуприков, Г.М.Хворова. – Львів: Мс. – 2012. - 184с.
89. Хворова Г. М. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку аутичної дитини / Г. М. Хворова // Дефектологія. – 2008. – № 3. – С. 20 – 27.
90. Хворова Г. М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис. на здобуття наук. ст. канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / Хворова Г. М. – Київ, 2010. – 22 с.
91. Цюман Т. П., Бойчук Н. І. Кодекс безпечного освітнього середовища: метод. посіб. / за заг.ред. Цюман Т. П. – К. : 2018. – 56 с.
92. Шеремет М. К. Корекційно-розвивальна робота з розвитку комунікативної функції мовлення у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. Актуальні проблеми корекційної освіти. 2015.- № 5. С. 369-378.
93. Шульженко Д. І. Аутизм – не вирок. Львів: Кальвія, 2010.- 234 с.
94. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей. Київ, 2009.- 382 с.
95. Шульженко Д. І. Діагностико-диференціальні тенденції аутизму: 3б. наук. пр. Кам'янець-Подільського держ. ун-ту: серія соціально-психологічна. 2007. Вип. 5.- С. 333–338.
96. Шульженко Д. І. Формування готовності дітей з аутистичним спектром порушень до навчання у школі. Корекційна педагогіка. Вісник української асоціації корекційних педагогів.- 2008. No1. С. 9–15.
97. Эрц Ю. Вспомогательный метод коммуникации PECS - все «за» и «против» // Прикладной анализ поведения [Официальный сайт]. URL: <http://autism-aba.blogspot.ru/2010/10/s.html>
98. Яковлева Л. М. Психологічний супровід дітей-аутистів / Л. М. Яковлева. – Київ: Бібліотека "Шкільного світу", 2013. - 119 с. 9.
99. Abramson R. Autism: the difficult hunt for disease genes / Ruth Abramson, Harry Wright // Journal of the South Carolina Medical Association. – 2006. – 102 (8). – p. 9-

100. Autyzm i zespół Aspergera [red.U. Frith]. – Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL, 2005. – 294 p.
101. Baron-Cohen S. Autism and symbolic play / S. Baron-Cohen // *The British Journal of Developmental Psychology*. – 1987. – Vol. 5. – p. 139-148.
102. Baumrind D. Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff / D.Baumrind, R.E.Larzelere, P.A. Cowan // *Psychological Bulletin*. – 2002. – Vol. 128. – № 4. Pp. 580 – 589.
103. Błeszyński J. J. Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem. / J. J. Błeszyński – Oficyna wydawnicza “Impuls” – Kraków – 2004.
104. Chilvers R. The Hidden World of Autism: Writing and Art by Children With High-functioning Autism / Rebecca Chilvers. – Jessica Kingsley, 2007. – 124 p.
105. Dzikowski S. Autismus heute. Neue Aspekte der Forderung autistischer Kinder / Stefan Dzikowski, Christiane Arens. – Dortmund : 1990.
106. Fombonne E. Thimerosal disappears but autism remains / Eric Fombonne // *Archives of general psychiatry*. – 2008. – 65(1). – p. 6-15.
107. Gardziel A. Wokół diagnozowania autyzmu. / A. Gardziel T. [red. Gałkowski, J. Kossewska] // *Autyzm wyzwaniem naszych czasów* – Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogiczne. – 2000.
108. Grandin Temple. Thinking in pictures : and Other Reports from My Life with Autism (англ.). — Vintage, 1996. — ISBN 0-679-77289-8.
109. Happé Francesca. Theory of mind and the self. / Francesca Happé // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2003. – 1001. – p. 44-134.
110. Leaf R. Sense and Nonsense in the Behavioral Treatment of Autism: It Has to Be Said / Ron Leaf , John McEachin, Mitch Taubman. – Publisher: DRL Books, 2008. – 288 p.
111. Lord C. ADOS / C. Lord, M. Rutter, P. DiLavore, S. Risi. – Richmond : Psycan Corporation, 2002.
112. Lotze H. Rudolf. Medizinische Psychologie oder Physiologie der Seele / Rudolf H. Lotze. – Leipzig : Verlag Dr. Müller, 2006.– 632 p.
113. Lovaas O. I. The autistic child. Language development through behavior modification / O. I. Lovaas. – NY : Wiley, 1977. – 43 p.

114. Kret Ja. V. Rannja diagnostika ta korekcija psihomotoriki ditej z autizmom / J. V. Kret – Zaporizhzhja: Zaporiz'kij nac. un-t, 2007. – 228 s. 2.
115. Cook E. H. Autism and the serotonin transporter: the long and short of it. / E. H. Cook, H. Coon, G. Dawson at al. // *Molecular Psychiatry* – 2005. – 10: p. 1110 – 1116.
116. Wasilewski Tadeusz Paweł. Integracja sensoryczna i jej znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju mowy dziecka. Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Polska. *Medical Communications. Pediatría i Medycyna Rodzinna.*-2018/14/1.
117. Markiewicz K. Diagnostyczne różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego. / K. Markiewicz, E. Ciećkiewicz // *Autyzm wyzwaniem naszych czasów* – Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej. – 2000.
118. Miller E. *The Girl Who Spoke with Pictures: Autism Through Art* / Eileen Miller, Kim Miller. – Kingsley : Singing Dragon, 2008. – 208 p.
119. Matczak I. Edukacja i wspomaganie rozwoju osób z autyzmem- międzynarodowa konferencja naukowa. / I. Matczak, A. Pala – Częstochowa. – 2005.
120. O'Leary J. J. Measles virus and autism. / J. J. O'Leary, V. Uhlmann, A. J. Wakefield – *Lancet*, 2000. – 772 p.
121. Ornitz E. M. Autism. A disorder of directed attention / E. M. Ornitz // *Brain Disfunction*. – 1988. – P. 309-322.
122. Pisula E. *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia.* / E. Pisula – Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. – 2005.
123. Rutter M. Concept of autism / M. Rutter // *New directions in childhood psychopathology*. – 1982. –Vol. 2. – P. 983-1017.
124. Scheuermann B. *Autism: Teaching does make a difference* / Brenda Scheuermann, Jo Webber. – Wadsworth Publishing, 2001. – 300 p.
125. Schopler E. *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* / Eric Schopler, Gary B. Mesibov, Linda J. Kunce. – Springer, 1998. – 428 p.
126. Singh V. K. Neuro-immunopathogenesis in autism. / V. K. . Singh // *INeuroImmune Biology: New Foundation of Biology*, Vol. 1: 2001. – p. 443–454.
127. Stanghellini G. *Autism: Disembodied Existence* / G. Stanghellini // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 2004. – Vol. 11, № 3. – P. 259 – 268.
128. Sturm H. *Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels;*

- associated impairments and subgroups / H. Sturm, E. Fernell, Ch. Gillberg – *Develop Med Child Neurol.* – 2004; 46(7) – p. 44 – 71.
129. Williams D. *Autism: An Inside-Out Approach* / Donna Williams. – Jessica Kingsley Publishers, 1996. – 336 p.
130. Walker A. Czym jest autyzm? / A. Walker // *Dziecko autystyczne*. Krajowe Towarzystwo Autyzmu. – Warszawa, 2003. – T. IX– № 1, p. 13–22.
131. Wing L. Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner / L. Wing – PZWL: Warszawa, 2005. – p.115 – 149.

ДОДАТКИ

Інформаційні ресурси для підтримки осіб з аутизмом

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Реєстр медико-технологічних документів</p> <p>www.dec.gov.ua/mtd/reestr</p>	<p>Реєстр медико-технологічних документів містить затверджені МОЗ України медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги при аутизмі тощо.</p>
<p>Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім»</p> <p>www.cwf.com.ua</p> <p>м. Київ</p>	<p>Міжнародна громадська організація «Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім»» спрямована на створення та впровадження в Україні комплексної допомоги людям з аутизмом, підвищення обізнаності громадськості про проблему аутизму та налагодження діалогу між всіма учасниками, які задіяні у процесі надання допомоги людям з аутизмом в Україні.</p>
<p>Громадська організація системної допомоги дітям з аутизмом «Маленький Принц»</p> <p>www.autism.kiev.ua</p> <p>м. Київ</p>	<p>Громадська організація системної допомоги дітям з аутизмом «Маленький Принц» спрямована на роботу з дітьми, підтримку сімей, де виховуються діти з аутизмом, та створення інформаційного простору з аутистичної проблематики в Україні.</p>

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Благодійний фонд «Асоціація батьків дітей з аутизмом»</p> <p>067-402-04-73</p>	<p>Робота батьківської організації спрямована на створення сучасного життєвого простору освіти, медичного, правового та соціального забезпечення родин, що опікуються дітьми з аутизмом.</p>
<p>Благодійний фонд взаємодопомоги та захисту дітей з аутизмом «Контакт»</p> <p>www.autism-contact.org.ua</p> <p>м. Львів</p>	<p>Центр діагностики, терапії та реабілітації осіб з аутизмом благодійного фонду «Контакт» проводить діагностику дітей із РАС. Проводяться групові та індивідуальні терапевтичні заняття, навчання батьків, волонтерів та фахівців.</p>
<p>Проект «Особлива дитина»</p> <p>(050) 287-22-39</p> <p>м. Дніпро</p>	<p>Проект «Особлива дитина» є батьківським об'єднанням і здійснює свою діяльність на базі православного сімейного центру «Відрада». Головна мета проекту – створення системи комплексної підтримки сімей, які виховують дитину з вадами розвитку аутичного спектра.</p>
<p>Благодійна організація «Джерело»</p> <p>www.dzherelocentre.org.ua</p> <p>м. Львів</p>	<p>Навчально-реабілітаційний центр «Джерело» забезпечує ранню діагностику та комплексну, індивідуальну до потреб кожної дитини з РАС і сім'ї реабілітаційну програму.</p>

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Благодійний фонд «Відкрите Серце»</p> <p>03222-64-04-29</p> <p>м. Львів</p>	<p>Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите Серце» надає фахову допомогу особам із загальними розладами розвитку та підтримує сім'ї, у яких вони живуть.</p>
<p>Благодійний фонд взаємодопомоги та захисту дітей з аутизмом «Погляд»</p> <p>(093) 947-64-52</p> <p>м. Рівне</p>	<p>Благодійний фонд «Погляд» проводить заняття у мінігрупах з дітьми 2-18 років. З дітьми працюють логопеди, музтерапевти, інструктор ЛФК.</p>
<p>Громадська спілка «Захисту прав осіб з розладами спектру аутизму»</p> <p>www.xn--80aocr1af.com.ua</p>	<p>Головні завдання Спілки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) захист та контроль дотримання прав цільової групи в Україні; 2) лобювання змін на рівні законодавства і виконавчої влади щодо створення гнучкої системи соціальних, освітніх та медичних послуг для осіб з аутизмом; 3) розвиток партнерства та міжвідомчої взаємодії, як підґрунтя для якісних змін у житті аутичних людей; 4) стимулювання науково-практичних досліджень щодо підтримки осіб з розладами аутичного спектру.

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Громадська організація «Всеукраїнська психодіагностична асоціація»</p> <p>www.vpa.org.ua</p>	<p>Всеукраїнська психодіагностична асоціація була створена за ініціативи професійних психологів, що займаються розробкою та адаптацією психологічних тестів в Україні.</p>
<p>Громадська організація системної допомоги дітям з аутизмом та тяжкими розладами мовлення «Аутизм. Альтернатива»</p> <p>066-63-55-834</p> <p>м. Харків</p>	<p>Комплексна системна допомога дітям з аутизмом віком від 3 до 18 років.</p>
<p>Інститут психічного здоров'я Українського Католицького університету</p> <p>www.ipz.ucu.edu.ua</p>	<p>Місією Інституту психічного здоров'я є сприяння психічному здоров'ю та розвитку людини, родини і суспільства шляхом реалізації відповідних освітніх програм для фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, а також загалом різних орієнтованих на розвиток і психологічне благополуччя програм та активностей для широкої групи осіб.</p>

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Глобальне співробітництво у сфері аутизму (Global Autism Collaboration)</p> <p>www.autism.org</p>	<p>Глобальне співробітництво у сфері аутизму створене для навчання та інформування громадськості про проблеми аутизму, а також забезпечення міжнародного діалогу та обізнаності про аутизм.</p>
<p>Національна аутистична асоціація (National Autistic Society), Великобританія</p> <p>www.autism.org.uk</p>	<p>Національна аутистична асоціація є британською благодійною організацією для людей з РАС. Метою організації є поліпшення життя людей, які страждають на аутизм.</p>
<p>Американське товариство аутизму</p> <p>www.autismsociety.org</p>	<p>Американське товариство аутизму є найбільшою національною спільнотою з аутизму, яка покликана сприяти доступу і можливостям для осіб з аутизмом і членам їх сімей бути повністю включеними у свої громади через програми, які включають захист, інформування громадськості, освітні заходи і дослідження, пов'язані з аутизмом.</p>
<p>Освітня мережа синдрому Аспергера «ASPEN TM» (Asperger Syndrome Education Network)</p> <p>www.aspennj.org</p>	<p>«Освітня мережа синдрому Аспергера» є неприбутковою організацією із забезпечення сімей та осіб з синдромом Аспергера і пов'язаними з ним розладами інформацією, підтримкою та захистом.</p>

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>«Autism Speaks»</p> <p>www.autismspeaks.org</p>	<p>«Autism Speaks» є науковою і правозахисною організацією з аутизму, призначеною для фінансування досліджень причин аутизму, профілактики та лікування аутизму; підвищення обізнаності про РАС і захисту людей з аутизмом та їх родин.</p>
<p>Програма аутизму TEACCH Університету Північної Кароліни (The University of North Carolina TEACCH Autism Program)</p> <p>www.teacch.com</p>	<p>Сайт Програми аутизму TEACCH містить інформацію про програми, освітні та комунікаційні підходи до навчання осіб з аутизмом, можливості досліджень та навчання, а також інформацію і ресурси з аутизму.</p>
<p>Американська асоціація з порушень здатності до навчання (Learning Disabilities Association of America)</p> <p>www.ldanatl.org</p>	<p>Американська асоціація з порушень здатності до навчання надає інформацію і ресурси з багатьох проблем навчання, в тому числі проблем, пов'язаних із порушенням здатності до навчання, наприклад, через аутизм і синдром Аспергера.</p>

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
<p>Он-лайн підтримка та інформація щодо синдрому Аспергера «OASIS» (Online Asperger Syndrome Information and Support)</p> <p>www.asperger.org</p>	<p>Сайт «OASIS» містить загальну інформацію про синдром Аспергера і пов'язані з ним розлади, у тому числі ресурси і матеріали, оголошення про основні заходи та публікації, а також основні «місця» для спілкування між батьками, лікарями, педагогами та особами з обмеженими соціальними можливостями.</p>
<p>«Дослідницький центр дитини» Єля (Yale Child Study Center) www.autism.fm</p>	<p>«Дослідницький центр дитини» Єля надає інформацію про аутизм, синдром Аспергера та пов'язані розлади, списки ресурсів, організованих державою, та організації підтримки батьків і адвокатські агенції.</p>
<p>Інформаційний ресурс</p> <p>www.autism.about.com</p>	<p>Ресурс, де освітлюються проблеми щодо аутизму, який містить різноманітну актуальну інформацію про діагностику та лікування аутизму, а також посилання на інші інформаційні ресурси.</p>
<p>«Аутизм-Європа» (Autism Europe)</p> <p>www.autismeurope.org</p>	<p>«Аутизм-Європа» є міжнародною асоціацією, основним завданням якої є просування прав людей з аутизмом та їх сім'ї і допомога для покращення якості їхнього життя.</p>

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
http://autism.com.ua/	Електронний ресурс, де освітлюються проблеми щодо аутизму – діагностика та лікування, а також посилання на інші інформаційні ресурси.
https://www.happytoday.social/	інформаційні матеріали про аутизм, діагностику, корекцію.
http://www.autism.in.ua/	інформаційний ресурс, покликаний забезпечити необхідною інформацією всіх тих, хто потенційно її потребує: сім'ї осіб з аутизмом, фахівців сфери, представників організацій, що займаються даною проблематикою, тощо.
https://cwf.com.ua/ru/autizm-segodnya-zhurnal/	Електронний журнал «Аутизм сьогодні» щомісячне видання в Україні
http://pecs.in.ua/	магазин карток пекс для дітей з РАС

Назва ресурсу, посилання	Опис ресурсу
https://child.ua/wp-content/uploads/2019/04/POSOBIE-rekomendovannoe.pdf	<p>Посібник. Поради родинам щодо отримання важливої інформації перші 100 днів після діагностування аутизму у дитини.</p> <p>Рекомендовано до видання в якості навчального посібника для батьків дітей з розладами загального розвитку Вченою радою ДУ «Науководослідний інститут психіатрії МОЗ України» (Київ, Україна), протокол від 29.05.2019 №5.</p> <p>Рецензенти: Марценковський І. О., Скрипник Т.В.</p>

1. МОО ««Фонд допомоги дітям із синдромом аутизму «Дитина з майбутнім»»

4070, м. Київ, ул. Г.Сковороди, 21/16

моб.тел.: +38(050) 449-49-59

e-mail: info@cwf.com.ua

<http://www.cwf.com.ua/>

2. Школа-сад повного дня [«Дитина з майбутнім»](#)

<http://childfuture.kiev.ua/>

м. Київ, вулиця Героїв Севастополя, 41/15

Контактні телефони: (050) 352-90-97

e-mail: info@cwf.com.ua

e-mail: struchek@cwf.com.ua

3. Громадська організація «Системна допомога дітям з аутизмом «Маленький Принц» (попередня назва – «Сонячне коло»)

Контактні дані: (050) 38-095-38, (044) 383-61-28, (063) 271-48-78

<http://www.autism.kiev.ua>

4. Благодійна організація «Школа-Сходинки»

Контактні дані: (044) 332-96-16

www.shodinki.at.ua

5. Благодійна організація «Школа-Життя»

Контактні дані:

(044) 296-88-91.

6. Центр лікувальної педагогіки «Сонячне подвір'я»

Контактні дані: (044) 257-13-05, (050) 589-37-74, (097) 954-22-34

www.detisun.org

7. Спеціальна загальноосвітня школа «Надія»

Контактні дані: (044) 242-23-07.

8. Центр соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Подолання»

Контактні дані: (044) 457-10-13.

9. Центр дитячої та сімейної психології "Світ сім'ї"

Контактні дані: (044) 239-22-43, 501-03-96.

10. Львів. Благодійна організація "Джерело"

Контактні дані: Львів, пр. Червоної Калини, 86а

Попередній запис за телефоном: (032) 223-04-37

Послуги центру надаються безкоштовно

11. Благодійний фонд "Відкрите серце"

Контактні дані:

Адреса: м. Львів, вул. І. Пулюя, 27, корп. 3.

Тел.: +380-3222-64-04-29; +380-3222-64-47-55

e-mail: iostrov@polynet.lviv.ua

12.Благодійний фонд взаємодопомоги та захисту дітей з аутизмом "Контакт"

Контактні дані:

Львів, вул. Озаркевича, 4. Тел. 032 224 89 24, 050 661 37 55

e-mail: contact@autism-contact.org.ua

www.autism-contact.org.ua

13.Одеса. Центр корекції та розвитку «Особлива дитина»

Контактні дані:

м. Одеса, Фонтанська дор. 83-б.

Телефон: (063) 342-77-22, (050) 9999-100

14. М.Рівне. Благодійний фонд взаємодопомоги та захисту дітей з аутизмом "Погляд"

Контактні дані: (093) 947-64-52

email: cfpoglad@gmail.com