

Розділ 1. Теоретичні засади дослідження проблеми соціально-емоційного розвитку дитини з аутизмом

1.1. Етапи становлення і розвитку цілеспрямованої поведінки дитини.....	
1.1.1. Потребносно-мотиваційна сфера: визначення, базальні різновиди, психологічні механізми регуляції	2
1.1.2. Фази проходження соціалізації дитиною	20
1.1.3. Емоції: різновиди, функції, основні категорії, мозкові механізми.....	24
1.2. Сучасні теорії пояснення відхилень соціально-емоційної взаємодії дитини-аутиста (рівні пояснення, фактори ризику і захисту)	
1.2.1. Етіологічний (базальний) рівень пояснення аутизму.....	34
1.2.2. Нейробіологічний рівень пояснення – рівень мозкових структур і процесів.....	39
1.2.3. Нейропсихологічний рівень пояснення аутизму (теорія регулятивної дисфункції, теорія ослаблення центрального зв'язування, лімбічна теорія).47	
1.2.4. Симптоматичний рівень пояснення – рівень симптомів і поведінкових особливостей	56
Висновки.....	74-78

Етапи становлення і розвитку цілеспрямованої поведінки дитини

На сьогодні вважається, що аутизм значною мірою постає як антипод синдрому госпіталізму, тобто синдрому патології дитячого психічного і особистісного розвитку, що є результатом відділення немовляти від матері і його ранньої інституціоналізації. За Р.Спітсом, госпіталізм у дітей обумовлюється переважно розлукою з матір'ю; він може виникати і в різних закладах, де догляд за дітьми та їхнє виховання здійснюються при повній або частковій відсутності матері, і в умовах сім'ї, якщо матері не люблять своїх дітей або не приділяють їм належної уваги. При госпіталізмі розвиток і поведінка дитини порушуються в силу того, що повноцінні біологічні програми емоційної поведінки не піддаються своєчасно соціальним навчальним впливам. При аутизмі ж, навпаки, повноцінні соціальні навчальні впливи гальмуються патологічно зміненим мозковим субстратом біологічних програм емоційної поведінки. Як правило, аутизм, пов'язують з екзогенними шкідливостями, що впливають на організм внутрішньоутробно і

під час пологів. Це відповідає уявленню про те, що *при цьому синдромі перш за все страждають емоційні передумови комунікативно-пізнавальної і соціальної поведінки*, які саме в цей час найбільш інтенсивно формуються, в силу чого виявляються найбільш уразливими для шкідливих впливів. Водночас провідним симптомом аутизму є *зниження потреби дитини в соціальній взаємодії з оточуючим її середовищем* (в спілкуванні з матір'ю, дорослими, однолітками). *Доводиться, що потреба в емоційній взаємодії розлагоджена в таких дітей внаслідок руйнації патологічним процесом в стовбурово-підкіркових відділах мозку відповідних вроджених програм поведінки.*

При відсутності або не підкріпленні цих програм (в тривалому емоційному процесі) погляд матері, звуки її голосу, наближення і дотик можуть викликати лише *оборонну реакцію* у вигляді: відсторонення та уникнення, відгородженості від оточуючих, характерної рухової поведінки, байдужістю або різкою сором'язливістю, підвищеною чутливістю до звуків, до швидких рухів, прагненням до самотності, різноманітних страхів, прагнення до підтримання незмінності оточення, нерозуміння емоційної поведінки оточуючих, нездатності до емоційного зараження. Узагальнюючи зазначене, механізм утворення розладів емоційно-соціальної сфери в дитини з аутизмом нами представлено в таблиці (див. табл.1).

Таблиця 1

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Патологічно змінений мозковий субстрат (в стовбурово-підкіркових відділах) ▪ Руйнація біологічних програм емоційної поведінки ▪ Розлади емоційних передумов комунікативно-пізнавальної поведінки ▪ Зниження потреби в соціальній взаємодії ▪ Гальмування соціальних навчальних впливів ▪ Формування оборонних реакцій дитини (відсторонення й уникнення) |
|---|

Отже, в дітей з аутизмом, перш за все, страждають емоційні передумови соціальної і комунікативно-пізнавальної поведінки і знижується потреба у взаємодії. У цьому зв'язку, базуючись на аналізі відповідних теорій в галузі психологічної, нейробіологічної, нейропсихологічної наукової літератури необхідно, на наше переконання, коротко *розкрити природу потреб і емоцій.*

1.1.1.Потребносно-мотиваційна сфера: визначення, базальні мотиваційні різновиди, місце в структурі психіки, значення

Мотиваційні процеси спрямовують поведінку людини і *лежать в основі активності як дорослої людини, так і дитини. Водночас вони є базовим для її психічного функціонування, оскільки визначають той чи інший напрям поведінки, її траєкторію.* Кожен бажає, але рідко досягає повного завершеного задоволення всіх своїх потреб. Якщо в житті людини і виникає момент «мотиваційного затишшя», коли їй властива повна відсутність бажань та потреб, то такий момент є надзвичайно коротким або ж свідчить про порушення особистісного функціонування. Заспокоєння однієї

актуальної потреби викликає прибуття іншої. Всі люди завжди чогось бажають і є мотивованими на пошук особистих цілей, однак мотиваційні процеси відзначаються яскравою своєрідністю й утворюють осередок структури особистості.

А. Потребносно-мотиваційна сфера: визначення, базальні різновиди.

Основу мотиваційної сфери особистості становлять *потреби* – динамічно-активні стани, що виражають залежність дитини від конкретних умов існування і породжують діяльність, спрямовану на зняття цієї залежності. Потреба виявляє себе психологічно у формі мотиву поведінки. Потреба – це нестаток особистості в чомусь конкретному, а мотив – обґрунтування рішення задовольнити або не задовольнити цю потребу. Потреба може стати *мотивом* тільки в тому разі, якщо задоволення цієї конкретної потреби безпосередньо переходить в дію. Різноманітні потреби можуть як співіснувати, так і суперечити одна одній. Із суто пізнавальної точки зору людину може цікавити одна професія, з матеріальної – інша, з позиції престижу – третя. *Прагнення* – це мотиви, в яких виявляються потреби особистості в умовах спеціально організованої діяльності. Іноді, залежно від змісту цілі та рівня усвідомленості, прагнення може набувати вигляду *потягу* чи бажання. *Потягові* властивий невисокий рівень усвідомленості цілі. Він має вигляд емоційного пориву, незадоволення існуючим станом речей. Щось не влаштовує людину в житті, але вона ще не знає точно, що саме, бо потяг не має чітко виявленої спрямованості до цілі. Тому самі по собі потяги не спонукають особистість до цілеспрямованої активності. *Бажання* становлять більш або менш чітке усвідомлення цілі, вони спонукають людину до вольових дій, спрямованих на досягнення значущих цілей. Чинником, що має мотиваційне значення та виявляє постановку людиною певних цілей, є *рівень домагань* – прагнення досягти цілей того ступеня складності, на який людина вважає себе здатною. В основі рівня домагань лежить *самооцінка*. Проблема рівня домагань особистості вперше була поставлена у психологічній школі К. Levin, методика дослідження якого полягає в тому, що досліджуваний одержує завдання, наприклад, виконати ряд задач зростаючого рівня складності. Приступаючи до роботи, він обирає для себе одну з градуйованих задач, тобто визначає рівень, після досягнення (або недосягнення) якого його просять повідомити, задачу якого рівня складності він вибере наступною. Цей вибір після попереднього успіху (або невдачі) і дає можливість визначити рівень домагань особистості.

Основу соціогенних мотивів становлять *переконання*, які втілюють усвідомлені потреби особистості діяти відповідно до своєї внутрішньої позиції, поглядів і принципів. Основою таких потреб виступає сукупність знань про природу, суспільство й людину, тобто світогляд. *Світогляд* структурно пов'язаний з інтересами, прагненнями та установками. Це зумовлює опору світогляду на життєвий досвід особистості та індивідуальні особливості відображення нею дійсності. *Установка* відображає стійку схильність індивіда до певної форми реагування, за допомогою якої може

бути задоволена потреба. *Стан, який виникає в особистості на основі взаємодії її потреб та відповідної ситуації їхнього задоволення, забезпечує легкість, майже автоматизм та цілеспрямованість поведінки.* Установка може виступати, зокрема в дитини, як основоположний фактор, який опосередковує активну взаємодію малюка та соціального середовища. Установки можуть бути як позитивними, так і негативними.

Мотивація не тільки детермінує діяльність дитини, а й пронизує більшість сфер психічної активності, в тому числі й пізнавальну. Це стосується усіх пізнавальних процесів: сприйняття, мислення, уяви та пам'яті. Психологи відмітили зміни в мисленні, що відбуваються під впливом зміни мотивації. Це ж стосується і поведінки, яка може здійснюватися у вигляді безпосередньої реакції чи цілеспрямованої активності. ***Більш елементарні реактивні форми поведінки людини – є емоційними процесами, складніші – цілеспрямовані – здійснюються завдяки мотивації.*** Доводиться, що мотиваційний процес можна розглядати як форму емоційного. ***Мотивація – це емоція в єдності зі спрямованістю дії.*** Емоційна поведінка є експресивною, а не спрямованою до мети, її напрям змінюється разом зі зміною емоційного стану. Сила мотиву зумовлює стійкість особистості, що відбивається на ефективності діяльності. Якщо сила потреби, що спонукає до діяльності, є невеликою, то невдача і пов'язана з нею негативна емоція впливають переважно на активність дитини, спонукаючи її до якнайшвидшого виходу з ситуації. Якщо сила потреби досягає середнього рівня, то пов'язані з невдачею негативні емоції діють активніше, що веде до мобілізації зусиль та зростання ефективності діяльності. Якщо ж сила потреби надзвичайна, то невдача і пов'язані з нею негативні емоції викликають таке перевищення рівня емоційного збудження, що з'являються ознаки дезорганізації діяльності та поведінки. ***Отже, в основі будь-якої дії дитини лежить потреба, яка психологічно виявляється як мотив, що реалізується у низці форм: інтересах, прагненнях, переконаннях та установках.*** Водночас різноманітні потреби спонукають до діяльності мозок як орган психіки і організації поведінки.

Отже, *потреба є специфічною (сутнісною) здатністю, що забезпечує дитині зв'язок із зовнішнім середовищем для самозбереження і саморозвитку, і є джерелом активності в навколишньому світі.* Мотивація ж являє собою другий етап організації цілеспрямованої поведінки в порівнянні з актуалізацією потреби; її розглядають як «опредмечену потребу». Мотивація є фізіологічним механізмом активізації слідів (енграм) тих зовнішніх об'єктів, що зберігаються в пам'яті і які здатні задовольнити наявну в дитини потребу, а також тих дій, які можуть призвести до задоволення цієї потреби. У цьому зв'язку вчені підкреслюють роль саме потреб у структуруванні характеру й особистості дитини.

Філогенетичною передумовою формування потреб дитини є складні безумовні рефлексі. Найбільш істотною рисою будь-якого безумовного

рефлексу є його вродженість, яка протиставляється індивідуально набутому онтогенетичному досвіду. Реалізація того чи іншого безумовного рефлексу дитини залежить від її наявного функціонального стану, зумовленого домінуючою потребою і сформованою в даний момент ситуацією. Безумовні рефлекси малюка зазнають істотних змін в залежності від його віку. Так, реакцію посмішки в дитини спочатку можна отримати на широке коло стимулів, проте пізніше дитина відповідає посмішкою тільки на знайоме обличчя.

Доведено, що вроджене й індивідуально набуте в організації цілеспрямованої поведінки знаходяться в складних відносинах навіть у тварин. Дослідження Harlow H. Frederick (свого часу президента Американської психологічної асоціації) і його послідовників показали, яких серйозних негативних змін зазнає батьківський інстинкт, наприклад, у мавп, сепарованих в дитинстві від матері, коли пізніше в них з'являються власні дитинчата. Дослідження останніх десятиліть переконливо свідчать і про вкрай небезпечні наслідки відчуження дитини від матері (особливо протягом перших трьох років), оскільки накладає важкий відбиток на характер і подальшу поведінку дитини.

Базуючись на цих даних, створюються всебічно аргументовані концепції постнатального дозрівання безумовних рефлексів під впливом і при взаємодії з умовними. В основному *безумовні рефлекси поділяють на дві категорії*: підготовчі (драйвові, мотиваційні) і виконавчі (консуматорні, тобто в умотивованій поведінці стереотипні послідовні дії, спрямовані на досягнення мети). У процесі сприйняття нового стимулу Ю.Конорський розрізняв: а) рефлекс націлювання для кращого аналізу цього стимулу і б) власне орієнтовний рефлекс на його новизну. *Підготовчий дослідницький рефлекс*, ініціюється сенсорним голодом, потребою в нових стимулах. Так, підготовчий харчовий безумовний рефлекс (голод) в дитини проявляється руховим занепокоєнням і активізацією сенсорних систем; підготовчий захисний безумовний рефлекс – страхом, наступальний – люттю.

Суб'єктивні переживання, пов'язані з певними видами драйвів, - це *емоції*. Тому, *коли мова йде про соціально-емоційну поведінку дитини (ігру, навчальну і т. п), мається на увазі цілісний поведінковий комплекс як системно-морфофункціональне утворення*.

Встановлено, що *мотивації й емоції виникають в дитини як результат взаємодії декількох рефлексів (подразників)*. Доведено, що *активізація мотивації відбувається за схемою*: вплив метаболічних зрушень на інтерорецептори – активація енграм аферентних моделей – пошукова активність. Так, безумовна харчова мотивація активізує в дитини відчуття голоду шляхом збудження генетично заданих енграм тих зовнішніх об'єктів, які здатні задовольнити відповідну потребу. Аналогічно вроджена емоційна реакція дитини на їжу формується при конвергенції (сходженні) до одного нейрону двох або декількох збуджень від сенсорних подразників. Внаслідок цього відчуття голоду формується від спонукального (безумовного) стимулу

та афферентації від підкріплючого безумовного стимулу – їжі, що виявилася в роті. Навіть вроджена реакція дитини на подразнення болем має два компоненти: сенсорний, пов'язаний з такими характеристиками стимулу, як його локалізація, гострота або тупість, ступінь генералізації і т. д. і власне емоційне забарвлення больового впливу як міру страждання, ступінь його перенесення. Разом з тим, підкреслюється наявність в структурі больової реакції «когнітивного» сенсорного компонента.

Етапи організації цілеспрямованої поведінки дитини представлені в таблиці (див. табл.2).

Таблиця 2

Етапи організації цілеспрямованої поведінки дитини

- Потреба – специфічна здатність для забезпечення зв'язку дитини з навколишнім середовищем
- Складні вроджені безумовні рефлекси (драйвові і консуматорні) як філогенетична передумова формування потреб дитини
- Період формування досоціально детермінованих потреб дитини. Вітальні (біологічні) потреби (харчові, питні, оборонні, в регуляції сну, в економії сил, в температурному комфорті, в захисті від зовнішніх шкідливостей тощо)
- На основі соціальних (рольових) безумовних рефлексів здійснюється формування соціальних потреб (займати в соціальній групі певне місце, користуватися прихильністю і увагою оточуючих, бути об'єктом їхньої поваги і любові тощо). Шляхом взаємодії з іншими людьми – формування співвідношення прав і обов'язків, репрезентоване в мотиваційній сфері дитини потребами «для себе» і «для інших»; потреба наслідувати норми, прийняті в суспільстві.
- Період задіявання безумовних рефлексів саморозвитку – рефлексу опору (рефлекс свободи, за термінологією І.Павлова), рефлекс превентивної «озброєності» (імітаційний та ігровий); формування початкової дослідницької поведінки
- Формування похідних від потреб дитини – прагнень, мотивів, бажань, інтересів, цілей, установок, ціннісних орієнтацій
- Етап формування мотивацій – фізіологічного механізму активізації дій дитини для задоволення її потреб
- Формування мотивацій, що лежать в основі статевої, батьківської, територіальної поведінки, в основі феномена емоційного резонансу («співпереживання»), здатності осягання внутрішнього світу іншої людини шляхом його «перенесення» на свій власний емоційний досвід
- Активізація мотивації за схемою: вплив метаболічних зрушень на інтерорецептори – активізація енграм аферентних моделей – пошукова активність дитини
- Період формування безумовних рефлексів саморозвитку, звернених до майбутнього і орієнтованих на освоєння дитиною нових просторово-часових середовищ і не зведених до інших мотивацій
- Оволодіння складом дій, які перебираються в процесі організації поведінки, здатної забезпечити досягнення мети; склад дій визначається не первинним мотивом, а характером перепони

- Поступова трансформація наслідувальної поведінки дитини в усвідомлене прагнення «брати приклад»
- Формування ігрової потреби (як специфічного різновиду потреб розвитку) забезпечує оволодіння й удосконалення найрізноманітніших навичок використання предметів, спілкування з іншими дітьми, засвоєння групових соціальних норм поведінки

Отже, як показує аналіз матеріалів таблиць 1 і 2, найскладніші безумовні рефлексивні, які є філогенетичною передумовою формування потреб, своєю чергою сформовані в процесі еволюції таким чином, щоб, з'явившись на світ, дитина була здатною зайняти своє місце в геосфері (фізично заселивши її), в біо-, та в соціосфері серед інших істот, а також в ноосфері (інтелектуально освоївши світ). Освоєнню дитиною кожної з перерахованих вище сфер відповідають безумовні рефлексивні: вітальні, рольові (соціальні) і рефлексивні саморозвитку.

1. *Вітальні безумовні рефлексивні* забезпечують індивідуальне збереження дитини. До їх числа відносяться харчові, питні, регуляції сну, оборонні (включаючи орієнтовно-оборонний рефлекс «біологічної обережності»), рефлекс економії сил тощо. Дві ознаки можуть слугувати дефінітивним критерієм для віднесення даного безумовного рефлексивного до групи вітальних: а) незадоволення відповідної потреби веде до фізичних проблем і б) реалізація безумовного рефлексивного не вимагає участі іншої людини. Зокрема, конкретна форма реалізації дитиною того чи іншого оборонного рефлексивного багато в чому залежить від ситуації, що склалася і від взаємодії з іншими безумовними рефлексивними.

2. *Соціальні (рольові) безумовні рефлексивні* дитини можуть бути реалізовані лише шляхом взаємодії з іншими людьми. Ці рефлексивні лежать в основі статевої, батьківської, територіальної поведінки, в основі феномена емоційного резонансу («співпереживання») і в основі формування групової ієрархії, де окремо взята дитина незмінно виступає в ролі партнера, господаря території або прибульця, лідера. Дослідження більш ранніх і особливо останніх десятиліть переконливо показали, яке величезне значення має раннє дитинство для подальшої соціалізації дітей. Доведено, що потреба в соціальному контакті, у спілкуванні і ласці має самостійне генетично зумовлене походження, а не є вторинним наслідком ранньої сексуальності (як стверджує фрейдизм) або потреби в їжі. Так, встановлено, що характерна для сепарованих дітей поза охоплення руками свого тіла і голови є, по суті, реакція самоконтакту, що компенсує відсутність контакту з іншою людиною. Наслідки сепарації дитини в певній мірі залежать від її індивідуальних особливостей. Виявлено *три типи таких наслідків* (відносин): а) комунікабельний-доброзичливий, б) ворожий і в) боягузливий (А.Сharnove, Н.Еysenck, Н.Нarlow). Ці дані вказують на *фундаментальне значення трьох видів емоцій: радості, гніву і страху*, які корелюють (що було помічено ще Павловим) з рисами сангвінічного, холеричного і меланхолійного

темпераменту (П.Сімонов). Встановлено, що в дітей наслідки сепарації можуть проявлятися двома основними емоціями: *станом дистресу (фрустрації) і реакцією страху на будь-який незнайомий об'єкт*. Вказується, що наявність періодів такої підвищеної сприйнятливості необхідно брати до уваги незалежно від того, чи йде мова про усиновлення дітей, їхньому навчанні другої мови, зміні місця проживання і т. п. (P.Scott).

Доводиться, що *при нормальному розвитку емоційно негативні впливи(голод, страх, біль, самотність) посилюють потреби дитини в контакті і прискорюють процес соціалізації*. У цьому контексті увагу привертають цікаві досліді, коли ізольованих цуценят випускали для спілкування з експериментатором. При цьому одну групу заохочували грою, другу - то заохочували, то карали, а третю тільки карали за наближення до людини. Годування всіх трьох груп здійснювалося механічно без участі експериментатора. Виявилось, що найбільшою мірою до людини прилучилися щенята другої групи, а найменш - першої, тобто, в тій, де заохочувалися лише грою.

Виняткову за своїм значенням роль в житті дитини відіграє її *ієрархічна власне соціальна поведінка*. Це важливо, тому що, як встановлено, механізми, які забезпечують соціальну організацію, нерідко виявляються сильнішими, ніж голод, агресивність і страх. У цьому зв'язку величезне значення для дитини має *потреба наслідувати норми поведінки і рефлексии*, що забезпечують задоволення цієї потреби. Будь-яке порушення характерних норм поведінки викликає різку агресивну реакцію з боку інших членів групи. Як правило, «порушник» норм виганяється з групи. Так подібну реакцію можна поки що достатньо часто спостерігати в дітей молодшого віку, які з неусвідомленою ворожістю можуть ставитися до своїх однолітків, що мають якісь відхилення в розвитку (K.Lorenz), що, своєю чергою, вимагає відповідної кропіткої роботи, спрямованої на попередження таких реакцій.

Водночас встановлено, що фактором, який здійснює виражений вплив на поведінку дитини можуть слугувати *сигнали емоційного стану іншої особи – вокалізація, специфічні пахучі речовини, особливості поведінки партнера тощо*. Ці явища названі феноменом емоційного резонансу, відмінним від наслідувальної поведінки, тому що дитина не повторює дії партнера, але мотивується висхідними від нього сигналами. Здатність реагувати на сигнали емоційного стану іншої людини призводить до формування в дитини двох базальних різновидів мотивацій: «для себе» і «для інших». З іншого боку, інтелектуальне освоєння світу (тобто знання, яке може бути передане, розділене з іншими членами спільноти) виявилось доповненим механізмом співпереживання, співчуття, здатністю осягнення внутрішнього світу іншої людини шляхом його «перенесення» на свій власний емоційний досвід. Так, нейрофізіологи стверджують, що емоційне, негативно забарвлене сприйняття «власних» подразників (звукових, тактильних, температурних тощо) є абсолютно необхідним для реакції на сигнали емоційно негативного стану партнера.

3. *Безумовні рефлекс саморозвитку.* До їхнього числа відносяться дослідницька поведінка, безумовний рефлекс опору (рефлекс свободи, за термінологією І.Павлова), рефлекс превентивної «озброєності» (імітаційний та ігровий). Для рефлексів саморозвитку найбільш характерним є той факт, що вони не пов'язані з індивідуальною адаптацією до ситуації, існуючої в даний момент. Образно кажучи, безумовні рефлекс саморозвитку *звернені до майбутнього, орієнтовані на освоєння дитиною нових просторово-часових середовищ.*

Друга характерна риса цієї групи безумовних рефлексів полягає в їхній самостійності, і не зведенні до інших мотивацій. Так, реакція дитини на перешкоду (рефлекс свободи) здійснюється незалежно від того, яка потреба первинно ініціювала поведінку і якою є мета, на шляху до якої виникла перешкода. Вважається остаточно вирішеним питання про те, що *дослідницька поведінка дитини збуджується самостійною потребою в отриманні інформації*, тобто в отриманні нових стимулів з нез'ясованим прагматичним значення. Формулюється положення, що *нормальна життєдіяльність дитини потребує притоку із зовнішнього середовища не тільки енергії, але й інформації.* Важливим є висновок Т.Schneirla (1959), який експериментально обґрунтував універсальне правило, згідно з яким *відносно слабкі незнайомі стимули викликають в дітей дослідницьку реакцію наближення до стимулу, а більш сильні - уникнення і страх.*

При цьому враховується, що задоволення найрізноманітніших потреб виявилось б неможливим, якби не задіювалася реакція подолання (рефлекс свободи). Так, опора спробам обмежити рухову активність, є незрівнянно більшою, ніж різновид захисної реакції. Рефлекс свободи - це самостійна форма поведінки дитини, для якої перешкода слугує не менш адекватним стимулом, ніж для пошуку їжі, біль - для оборонної реакції, а новий і несподіваний подразник - для орієнтовної. Ідея І.Павлова про рефлекс свободи отримала свій розвиток в концепції «стимульно-перешкоджувальної ситуації», розробленої В. Протопоповим (1950). Автор експериментально показав, що реакція подолання, що виникає при наявності перешкоди, і додаткова реакція стосовно ігрової, харчової, статевої тощо потреби, первинно ініціює поведінку і відіграє важливу роль у формуванні пристосувальних дій. *Саме характер перепони, а не первинний мотив визначає склад дій, які перебираються в процесі організації поведінки, здатної забезпечити досягнення мети.*

В англомовній літературі рефлекс свободи описаний як мотивація опору примусу (drive to resist compulsion). Дослідження свідчать про наявність специфічної потреби (точніше, групи потреб) керувати подіями (master events), яка найчастіше в дитини трансформується в потребу вміти, бути озброєною в широкому сенсі слова, бути компетентною (competence drive). Виникає припущення про можливість того, що в аутистів ця здатність керувати подіями – гіпертрофована? Самостійність цієї потреби може в деякій мірі пояснювати загадковість тих фактів, коли аутист

багаторазово повторює якусь дію, тривалий час не отримуючи підкріплення. Цей ефект спостерігається і в світі тварин. Наприклад, клювальні рухи курчати стають все точнішими, навіть у тих випадках, коли воно і не отримує підкріплення їжею. Етолог N. Tinbergen, лауреат Нобелівської премії в галузі біології (має роботи по проблемі аутизму) відмовся від пропонованого біхевіористами розуміння поведінки як простої сукупності реакцій організму на стимули зовнішнього середовища (принцип «стимул - реакція») і вважав, що для того щоб зрозуміти будь-який тип поведінки, слід перш за все з'ясувати: *для чого вчиняється той чи інший поведінковий акт; яка його роль для виживання; визначити його онтогенетичний розвиток і еволюційне становлення.* У разі мотивації таке вміння (тобто, озброєності підкріпленням) стає удосконаленою навичкою. *Потреба в озброєності задовольняється за допомогою двох основних безумовних рефлексів саморозвитку: наслідувального та ігрового.*

Наслідувальна поведінка забезпечує передачу досвіду і лежить в основі того феномену, який М. Лобашев назвав «сигнальною (не генетичною) спадковістю». Спеціальними дослідженнями доведено, що ефективність імітованого впливу надзвичайно залежить від віку дитини, від періодів підвищеної чутливості до такого роду дій. При цьому доведено, що дуже важливим є ранг людини, чия поведінка слугує для дитини зразком для наслідування. Сліпому наслідуванню незмінно протистоїть індивідуально набутий досвід. Саме тому *наслідувальна поведінка дитини поступово трансформується в усвідомлене прагнення «брати приклад»* (Л. Орбелі). Так, наприклад, завдяки вродженій здатності до наслідування дитина несвідомо опановує норми мовлення задовго до того, як познайомиться з цими нормами за шкільною партою. Можна сказати, що наслідувальне засвоєння стереотипів поведінки та моральних норм являє собою прямий канал до сфери підсвідомості, оскільки значною мірою вислизає з під контролю логічного мислення, від критичної оцінки відтворюваних дій.

Потреба в озброєності, як зазначалося, задовольняється як за допомогою наслідувального рефлексу, так і в значній мірі ігрового. Завдяки ігровій поведінці, діти набувають навичок, які знадобляться їм у подальшому. *Гра забезпечує їм фізичне тренування, навички використання предметів, спілкування з іншими дітьми, засвоєння групових норм поведінки.* Маніпуляційна гра з предметами сприяє формуванню символічного інтелекту (H. Smith). Наприклад, в процесі дитячої гри засвоюється рольова поведінка «доньки-матері». *На самотійність ігрової потреби вказує існування феномена депривації:* ізоляція від однолітків вже через день подвоює час їхніх ігор при наступній зустрічі. Ретельне вивчення дитячих ігор виявило існування власне *ігрової мотивації*, відмінної від біологічних та соціальних потреб. В англійській літературі ця потреба визначається як мотивація уміння (competence drive), як прагнення до оволодіння і вдосконалення найрізноманітніших навичок, як специфічний різновид потреб розвитку

(Н.Северова). Підкреслюється виняткова роль гри в розвитку фантазії і творчості.

Таким чином, *потреби розглядаються як основа, рушійна сила, спонукання і мета дитячої поведінки. Мотиви, прагнення, бажання, інтереси, цілі, установки, ціннісні орієнтації є похідними від потреб дитини і, своєю чергою, породжуються ними.*

У вивченні проблеми потреб найбільш важливим і разом з тим надзвичайно складним для з'ясування є період *досоціально детермінованих потреб дитини*. В даному випадку фокусуються інтереси цілого комплексу наук: теоретичної біології, еволюційної теорії, порівняльної фізіології вищої нервової діяльності, антропогенезу і психології. Підкреслюється, що, *якщо виключити період новонародженості і глибоку патологію мозку, в людини не має чисто біологічних потреб, оскільки їхні задоволення опосередковані впливом соціального середовища, починаючи з самого раннього дитинства.* (E.Wilson). Разом з тим, уявлення про можливості набутої поведінки без будь-якої вродженої основи несумісне з наукою про вищу нервову діяльність. Сутність взаємодії вродженого і набутого у вищій нервовій діяльності людини сформулював Д. Беляєв: *«... форми і норми суспільної свідомості сприймаються і реалізуються в соціальній практиці кожного індивідуума по-різному в залежності від його природних сил - задатків, здібностей, потягів.* Немає спеціальних генів, наприклад, гуманізму або альтруїзму або генів антисоціальної поведінки. Проте є генетично детерміновані властивості психіки, поєднання яких, переломлюючись через певні соціальні умови, сприяють формуванню дитини, яка зазнає огиду до злочинної діяльності, або ж дитини, яка погано розуміє, що таке совість».

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що для дитини висхідними, самостійними за походженням, базисними за своїми характеристиками є вітальні (біологічні) потреби в їжі, воді, сні, температурному комфорті, в захисті від зовнішніх шкідливостей тощо, покликані забезпечити індивідуальне і видове існування дитини. Ці потреби породжують безліч матеріальних квазіпотреб (в одязі, житлі, техніці, засобах захисту від шкідливих впливів і т. п.). До числа біологічних відносять і потребу в економії сил, що спонукає малюка шукати найбільш короткий, легкий і простий шлях до досягнення своїх цілей. *Принцип економії сил лежить в основі вдосконалення дитиною навичок, але може набути і самодостатнє значення, трансформувавшись в лінощі.* Водночас важливими є соціальні потреби у вузькому і власному розумінні слова, які включають потребу належати до соціальної групи (спільної) і займати в цій групі певне (не обов'язково лідируюче) місце, користуватися прихильністю і увагою оточуючих, бути об'єктом їх поваги і любові.

Соціальні потреби класифікують за сферою суспільних відносин, будь-то сім'я, колектив, соціальна система в цілому. Вважають, що, взаємодіючи з групою, дитина прагне до двох цілей: злитися з соціумом і разом з тим, виділити, відстояти своє «Я». Ці дві тенденції розглядають як прагнення

належати до групи і займати в ній певне місце, відповідне уявленням дитини про справедливість. Поняття про справедливість - це відображення в свідомості дитини співвідношення прав і обов'язків, яке в його мотиваційній сфері репрезентовано потребами «для себе» і «для інших». Потреба «для себе» породжує почуття власної гідності, незалежність суджень, самостійність думки. Потреба «для інших» робить дитину доброзичливою, здатною до співчуття і співпраці.

Серед соціальних потреб дитини особливо виділяється потреба наслідувати норми, прийняті в суспільстві, яку розуміють як таку, що нормує задоволення від усіх інших вітальних, соціальних і духовних потреб людини. Добре усталені норми стають звичкою і в певний момент перестають контролюватися свідомістю, переходять в сферу підсвідомості. Виникає припущення: *можливо, в аутистів всі звички якимось чином відразу знаходяться в підсвідомості? Адже ніхто їх не вчить їхній особливій поведінці. Глибоко сформована НЕНорма робить поведінку аутиста автоматичною, інстинктивною, внаслідок чого в цьому випадку, мабуть, можливо говорити про «інстинктивну» поведінку як таку, що означає «вроджена».* Водночас норми поведінки дитиною засвоюються в процесі виховання, їх неусвідомленість історично вторинна й належить підсвідомості. Ретельні спостереження показали, що в процесі спілкування потреба, що актуалізується, не обумовлює в аутистів появу прихильності.

До числа безумовних рефлексів саморозвитку відносяться дослідницька поведінка, безумовний рефлекс опору (свободи, за термінологією Павлова), рефлeksi превентивної «озброєності» - імітаційна та ігрова. Для рефлексів саморозвитку найбільш характерним є той факт, що вони не пов'язані з індивідуальною адаптацією до існуючої в даний момент ситуації. *Безумовні рефлeksi саморозвитку звернені до майбутнього, орієнтовані на освоєння нових просторово-часових середовищ.* Друга характерна риса цієї групи безумовних рефлексів полягає в їхній самостійності, оскільки вони не виводяться з інших потреб організму. Так, реакція на перешкоду (рефлекс свободи) здійснюється незалежно від того, яка потреба первинно ініціювала поведінку дитини і якою є та мета, на шляху до якої виникла перешкода. Ігрова поведінка дитини дошкільного віку нерідко вимагає партнера і здавалося б, її слід віднести до рольових рефлексій. Однак ця гра, як правило, не містить елементи конкуренції і частіше вільна від агресивності (K.Lorenz, 1967). Її єдине призначення - тренування тих навичок і вмій, які знадобляться лише пізніше для задоволення безлічі вітальних і соціальних потреб дитини.

В даний час вважається, що дослідницька поведінка маленької дитини спонукається також і самостійною потребою в отриманні інформації, тобто нових стимулів з нез'ясованим прагматичним значенням (S.Eisenberger, 1972; D.Berlyne, 1974, 1979). На базі цього безумовного рефлексу можна виробити умовні інструментальні реакції, де єдиним підкріпленням для дитини слугуватиме можливість здійснювати дослідницьку активність. При цьому

експериментально обґрунтовано і впроваджується в практику універсальне правило, згідно з яким відносно слабкі незнайомі стимули викликають в дітей дослідницьку реакцію наближення до стимулу, а більш сильні - уникнення і страх.

В. Потребносно-мотиваційна сфера: психологічні механізми регуляції активності (соціальних форм поведінки).

Функція мобілізації й активізації активності дитини при здійсненні соціальної поведінки забезпечується за допомогою психологічного механізму, виникнення якого зумовлено двома факторами: *потребами дитини і ситуаціями зовнішнього середовища* (Н.Узнадзе). Тільки за наявності певної потреби і реальної ситуації, в якій вона може бути задоволена, в дитини виникає *передготовність до певної дії, тобто установка* на даному рівні соціальної поведінки. Розвиваючи цю теорію, Ш.А.Надірашвілі виділив три якісно різних рівні регуляції психічної активності:

- а) перший рівень – це імпульсивна, неусвідомлена активність, що реалізується в зв'язку з конкретними, чуттєво даними предметами і здійснюється на основі імпульсивної (моментної) установки практичної поведінки. Тобто, *активність виникає під дією ситуації та імпульсів потреби*. Це так званий план актуальної потреби. Завдяки установці така активна поведінка може відрізнитися доцільністю;
- б) активність другого рівня є складнішою структурою, у формуванні якої дитина робить ситуацію предметом пізнання – план об'єктивації. Цей план виникає при затримці задоволення потреби у зв'язку зі зміною ситуації (обстановки). Перед дитиною виникає питання стосовно подальшої програми поведінки і, як наслідок, *провідна роль від установки переходить до активного мислення*. У цьому випадку дитина, визначивши своє ставлення до ситуації, діє на основі нових установок. Завдяки саме механізму об'єктивації, поведінка дитини стає більш адекватною, проте в кінцевому результаті поведінка все ж залишається практичною.
- в) третій рівень психічної активності стосується соціальної поведінки дитини – це так званий план вольової активності, яка *регулюється системою ціннісних орієнтацій, моральних принципів*, як вони фіксуються в самосвідомості дитини, в її *«психологічному автопортреті»*.

Таким чином, на нашу думку, установка може значною мірою стати психологічним механізмом регуляції як неусвідомленої, так і свідомої активності дитини з аутизмом, оскільки містить механізм як найпростіших, так і складних соціальних форм поведінки.

Існує також ряд підходів, що мають пряме відношення до формування зазначеної диспозиційної концепції. Так, в роботах Л. Божович, присвячених

дослідженню закономірностей формування особистості в дитячому та підлітковому віці, системоутворюючою ознакою структури особистості виступає *«внутрішня позиція особистості»* чи її *спрямованість*. Остання являє собою стійке домінування деяких мотивів діяльності і визначає цілісність, цілеспрямованість поведінки і всього життя дитини. Основна увага в дослідженнях Л.Божович приділялася з'ясуванню ролі індивідуального і соціального досвіду, а також соціальних умов у формуванні загальної спрямованості особистості. Експериментально показано, що внутрішня позиція особистості взаємодіє з ситуаційними мотивами за принципом супідрядності, надаючи тим самим безпосередній вплив на реальну поведінку в умовах *«боротьби мотивів»*. В.Мерліна, Л.Божович, виходячи з того, що основу мотивації формує емоційна значущість предмета, потреби трактують головним чином як *емоційний феномен*.

Є спроба об'єднати в більш загальну категорію свідомі й емоційні компоненти цілісної спрямованості особистості. Це - концепція умонастрою, запропонована Б. Паригінім. Він зазначає, що умонастрій – це особливий вид стійкого настрою почуттів, які групуються навколо певних установок і визначають спосіб сприйняття й оцінки людиною навколишньої дійсності, а також спрямованість її волі та інтересів. Запропоноване поняття узагальнює цілий ряд понять, в числі яких і соціальна позиція особистості, і її спрямованість, і домінуюча мотивація.

До предмета нашого аналізу прямо відноситься використання таких багатозначних понять, як *«цінність»* і *«ціннісна орієнтація»*. У *філософії* або її спеціальному розділі, що досліджує проблему цінностей (аксіології галузі, що розглядає об'єктивну істинність і ставлення до неї людини); в *соціології* - це проблема загальносоціальних регулятивних механізмів, де цінності суспільства розглядаються як елементи суспільної свідомості і культури, виконують стосовно до особистості нормативні функції; в *соціальній психології* - це сфера дослідження соціалізації індивіда, його адаптації до групових норм і вимог, а в *загальній психології* - вивчення вищих мотиваційних структур життєдіяльності.

У західноєвропейських і особливо американських соціально-психологічних дослідженнях регуляції поведінки, поняття цінність в основному пов'язане атитюдним підходом, з поняттям *«attitude»* або *«соціальна установка»*. В понятті «атитюд» фіксують такі аспекти: *стан свідомості та нервової системи; готовність до реакції на зовнішнє середовище; організованість такої готовності; її зв'язок з попереднім досвідом; здатність надавати динамічний вплив на поведінку*. По кожному з цих аспектів атитюду існують певні розбіжності.

Зокрема, продовжується розпочата ще в 40-ті роки дискусія про *трикомпонентну структуру атитюду*: емотивної, когнітивної та конативної (поведінкової). Труднощі фіксування різних аспектів схильності до поведінки і реакції на зовнішнє середовище часто призводять до того, що

одним і тим же терміном позначають різні феномени. Автори, які притримуються *трактування атитюду як переважно емоційної схильності*, виділяють в ньому такі параметри, як спрямованість і інтенсивність. Ті, хто розглядає *атитюд як поведінкову готовність (біхевіористичне спрямування)*, концентрують зусилля на типологічному аналізі поведінкових планів. Прихильники *когнітивістського напрямку* вважають важливими такі його параметри, як чисельність когнітивних елементів і їхню ієрархічність, спрямованість до центру або периферії «особистісного ядра», *здатність до прийняття нових когнітивних елементів або їх замкнутість* тощо.

Крім атитюдного підходу, склався також цілий напрям, що отримав назву *функціонального підходу*, в якому міститься найбільш повний перелік функцій, згрупованих згідно з підґрунтям: *інструментальним або утилітарним*, яке виражає пристосувальні тенденції поведінки (згідно Д. Кацу, цей напрям розробляється переважно біхевіористами); *его-захисний*, досліджуваний фрейдистами; *функція вираження цінностей*, є предметом досліджень тих авторів, які підкреслюють важливість самовираження і самореалізації; нарешті, *когнітивна, або функція знання*, заснована на прагненні до змістового упорядкування внутрішнього світу особистості - це галузь досліджень прихильників гештальтпсихології.

Оснoву *диспозиційного підходу* склали положення *диспозиційної концепції* В.Ядова про ієрархічну систему людини, яка регулює її поведінку і діяльність на різних рівнях соціальної дійсності. Диспозиційна концепція (від лат. *dispositio* - розташування) - концепція, яка характеризує соціальну поведінку особистості залежно від станів її готовності до певного способу дій. Диспозиційна концепція пов'язує готовність особистості до поведінки в даній соціальній ситуації з соціальними умовами попередньої діяльності, в яких формується стійка схильність до реалізації певних потреб об'єкта у відповідних умовах. Концепція розглядає диспозиції особистості як ієрархічно організовану систему, вершину якої утворюють загальна спрямованість інтересів і система ціннісних орієнтацій як продукт впливу загальних соціальних умов, середні рівні - система узагальнених соціальних установок на багатоманітні соціальні об'єкти й ситуації, а нижній - ситуативні соціальні установки як готовність до оцінки і дії в конкретних («мікросоціальних») умовах діяльності. Концепція дозволяє встановити зв'язки між соціологічними, соціально-психологічними та загально психологічними підходами до вивчення соціальної поведінки особистості. Диспозиції особистості являють собою зафіксовані в соціальному досвіді *схильності сприймати й оцінювати умови діяльності, власну активність і дії інших, а також готовність діяти в певних умовах відповідним чином*. В основу механізму утворення диспозицій в теорії А. Ядова покладена схема Д.Узнадзе, розроблена ним для пояснення виникнення первинних установок (set): диспозиції виникають при «зустрічі» певного рівня потреб і певного рівня ситуацій їхнього задоволення. На різних рівнях потреб та різних рівнях ситуацій діють відповідно різні диспозиції. У концепції А. Ядова в ієрархії

потреб виділяються чотири рівні, відповідно до того, в яких сферах діяльності потреби знаходять своє задоволення. Підставою класифікації є послідовне розширення меж активності особистості.

Перша сфера реалізації потреб дитини, – найближче сімейне оточення. Друга сфера – контактна (мала) група, в рамках якої діє індивід. Третя сфера – більш широка сфера діяльності, пов'язана з певною сферою праці, дозвілля, побуту. Четверта сфера – сфера діяльності, що розуміється як певна соціально-класова структура, в яку дитина включається через освоєння ідеологічних і культурних цінностей суспільства.

Ситуації задоволення потреб, структуровані за тривалістю часу, розглядаються як такі, що швидко змінюються або ж є стійкими: швидка зміна предметних ситуацій; ситуації групового спілкування, характерні для діяльності дитини в рамках малої групи. За своєю тривалістю подібні ситуації є набагато довшими, ніж попередні; ситуації, що мають місце в різних соціальних сферах (праці, дозвілля, сімейного життя дитини); найбільш тривалі, стійкі умови діяльності дитини в рамках певної частини суспільства або культурної структури її функціонування.

Отже, певна диспозиція виникає (і діє) на перетині певного рівня потреб і ситуацій їх задоволення. При цьому виділяються чотири рівні диспозицій (готовностей, схильностей до поведінкового акту):

Перший рівень диспозицій – елементарні фіксовані установки, які формуються на основі вітальних потреб і в найпростіших ситуаціях. Ці установки позбавлені модальності (переживання «за» або «проти») і неусвідомлені дитиною. Другий рівень диспозицій – соціальні фіксовані установки або атитюди – більш складні диспозиції, які формуються на основі потреби дитини в спілкуванні, здійснюваному в малій (контактній) групі. Соціальні установки утворюються на базі оцінки окремих соціальних об'єктів (або їхніх властивостей) і окремих соціальних ситуацій (або їхніх властивостей). Третій рівень диспозицій – базові соціальні установки, загальна спрямованість інтересів дитини стосовно конкретної сфери соціальної активності. Ці установки мають трикомпонентну структуру (як і атитюди), але це не стільки вираз ставлення до певного соціального об'єкту, скільки до якихось більш значущих соціальним галузей. У цьому випадку спрямованість може бути представлена як ідентифікація особи зі значущою для неї соціальною діяльністю. Наприклад, можна виявити домінуючу спрямованість у сфері діяльності (тоді основні інтереси дитини будуть пов'язані, наприклад, з розширенням певних знань і умінь, розширенням кола спілкування тощо). Четвертий рівень диспозицій – система ціннісних орієнтацій на цілі життєдіяльності, а також на засоби їхнього досягнення. Система ціннісних орієнтацій формується на основі вищих соціальних потреб дитини і їхньої детермінованості загальними соціальними умовами.

Запропонована ієрархія диспозиційних утворень виступає як регулятивна система поведінки дитини. Тобто, основна функція диспозиційної системи - психічна регуляція соціальної діяльності або поведінки дитини в соціальному середовищі.

На підставі структурування діяльності щодо найближчих або більш віддалених цілей виділяються кілька ієрархічних рівнів поведінки дитини. При цьому кожен з рівнів диспозицій «відповідальний» за регуляцію певного рівня поведінки. Перший рівень регуляції поведінки – «поведінковий акт» – означає регуляцію безпосередніх реакцій дитини на актуальну предметну ситуацію. Доцільність поведінкових актів диктується необхідністю встановити адекватну відповідність (рівновагу) між специфічними і такими, що швидко змінюють один одного, впливами зовнішнього середовища та вітальними потребами дитини в даний момент часу. Другий рівень регулює вчинки дитині як елементарну соціально значиму «одиницю» поведінки. Доцільність здійснення вчинку виражається у встановленні відповідності між найпростішою соціальною ситуацією і соціальними потребами дитини. Третій рівень регулює вже деякі системи вчинків, що утворюють поведінку в різних сферах життєдіяльності, де дитина переслідує істотно більш віддалені цілі, досягнення яких і забезпечується системою вчинків. Четвертий рівень - регулює цілісність поведінки, або власне діяльність дитини. «Цілепокладання на цьому вищому рівні являє собою певний «життєвий план», найважливішим елементом якого виступають окремі життєві цілі, пов'язані з головними соціальними сферами діяльності дитини (з працею, пізнанням, сімейним і суспільним життям)» (В.Ядов).

На підставі аналізу відповідних наукових джерел (А.Маслоу, Г.Олпорта, Д.Узнадзе, В.Ядова та ін.) нами структурована регулятивна система поведінки дитини в соціальному середовищі (див. табл. 3).

Таблиця 3

Ієрархія диспозиційних утворень як регулятивна система поведінки дитини в соціальному середовищі

Регулятивна система поведінки дитини			
Категорії потреб (динамічно-активні стани особистості)			
<i>вітальні</i>	<i>соціальні (рольові)</i>		<i>саморозвитку</i>
Сфери задоволення потреб			
<i>найближче сімейне оточення</i>	<i>контактна (мала) група</i>	<i>різні види спільної діяльності</i>	<i>пізнання, самоідентифікація, реалізація здібностей</i>
Аспекти готовностей (диспозицій) до поведінкового акту			
<i>елементарні фіксовані установки</i>	<i>більш складні диспозиції, сформовані на основі потреби в спілкуванні, увазі до себе, в прихильності</i>	<i>загальна спрямованість інтересів дитини стосовно конкретної сфери соціал. активності</i>	<i>система ціннісних орієнтацій</i>

Рівні регуляції поведінкового акту			
<i>регуляція безпосередніх реакцій на актуальн. предметну ситуацію</i>	<i>регуляція вчинків як елементарної соціально значимої «одиниці» поведінки</i>	<i>регуляція системи вчинків в різних сферах життєдіяльності</i>	<i>регуляція цілісності поведінки</i>

Таким чином, *на всіх рівнях поведінка дитини регулюється її диспозиційною системою. При цьому в кожній конкретній ситуації і в залежності від мети провідна роль належить певному диспозиційному утворенню. У цей час інші диспозиції являють собою «фонові рівні»* (за термінологією Н. Бернштейна). Так, нижчі диспозиційні рівні активізуються і перебудовуються для забезпечення реалізації поведінки, регульованої адекватним ситуації більш високим диспозиційним рівнем. А більш високі диспозиційні рівні при цьому активізуються для узгодження поведінкового акту або для узгодження вчинку в рамках цілеспрямованої поведінки в даній сфері діяльності. *В момент, що безпосередньо передує поведінковому акту, вчинку або початку діяльності дитини, вся диспозиційна система приходить в стан актуальної готовності, тобто утворює актуальну диспозицію.* Однак, як уже зазначалося, провідну роль тут відіграють саме ті рівні диспозиційної ієрархії, які відповідають певним потребам і ситуації.

В цілому диспозиційна регуляція соціальної діяльності особистості описана наступною формулою: «Ситуації» (= умови діяльності) > «диспозиції» > «поведінка» (= діяльність) (В.Ядов, 1975, с.99). За допомогою моделі диспозиційної регуляції соціальної поведінки особистості можуть бути пояснені *різні ситуації, які актуалізують диспозиції різного рівня, тим самим визначаючи «різну» поведінку дитини.* Таким чином, в різних за рівнем ситуаціях актуалізуються різні рівні диспозиції. Цим пояснюється безліч фактів, де в певних ситуаціях (зокрема, в ситуації аутичного розладу) атитюд «не в змозі» управляти поведінкою дитини, оскільки актуалізується диспозиція зовсім іншого рівня. Соціальна ж установка може виступати лише засобом, що впливає на деякі окремі, периферійні моменти цілісної поведінки людини.

В контексті майбутніх аутологічних досліджень «диспозиційна концепція регуляції соціальної поведінки особистості» В.Ядова може бути прийнятною, оскільки вона дає змогу розглядати ієрархічну систему диспозиційних утворень, тобто готовностей дитини з аутизмом до дії в певних умовах і для задоволення певних потреб. Крім атитюдів, в процес регуляції поведінки і діяльності дитини включені й інші диспозиційні складові (первинні установки, базові соціальні установки і ціннісні орієнтації), що діють на різних рівнях ситуації (або в різних умовах діяльності). Саме за концепцією А.Ядова (не заперечуючи застосування й інших підходів) поведінку та діяльність дитини з аутизмом можливо розглядати як таку, що здійснюються нею не тільки в безпосередній предметній ситуації, але і в умовах широкої системи соціальних зв'язків і

відносин. Водночас сама соціальна ситуація, в якій розгортається поведінка дитини, розглядається як внутрішнє утворення диспозиції і як стимул для її актуалізації. Таким чином, ситуація перестає бути (як в основному в зарубіжних теоріях) зовнішнім фактором. *У даному випадку зв'язок між ситуацією і поведінкою встановлюється саме через систему диспозицій,* тобто через фіксовані в соціальному досвіді дитини схильності сприймати й оцінювати умови діяльності, а також діяти в цих умовах певним чином.

Характеризуючи місце диспозицій в практичному прогнозуванні, визначають можливі помилки передбачення поведінки дитини в деякій соціальній ситуації (В.Ядов). Доводиться, що такі помилки можуть спричинятися: переоцінкою її рефлексивних здібностей з приводу поведінкових намірів; відмінностями в рівні розвитку навичок у певній діяльності; недосконалістю методик, за допомогою яких реєструються усвідомлені чи неусвідомлені наміри дитини; помилок у визначенні адекватного рівня диспозиційної регуляції тощо. І все-таки практична потреба в прогнозі поведінки дитини (зокрема дитини з аутизмом) необхідна. Структурними компонентами прогнозу визначено п'ять основних «блоків»: *аспекти умов діяльності; оцінка умов діяльності; узагальнені психологічні особливості дитини; диспозиції різного рівня; характеристики реальної поведінки.* Підсумовуючи всі отримані дані, стає можливим визначення стану диспозиційної структури і її складових для практичного передбачення поведінки дитини. Тобто, досягнути основну мету аналізу — встановити прогностичні здібності диспозицій стосовно реальної поведінки дитини. Для успішного прогнозу виділяють обмежений і доступний спеціалісту-практику комплекс відомостей, який дозволить передбачити перебіг деяких подій і визначити: а) структуру ціннісних орієнтацій як показника для прогнозу загальної спрямованості поведінки (цілеспрямованої - або порівняно хаотичної, такої, що важко або легко піддається зовнішній регуляції); б) узагальнені соціальні установки (зокрема стосовно норми) як бази для передбачення характерних рис реальної поведінки дитини; в) інформативні ситуативні соціальні установки про намір (на підстав відповіді на пряме запитання) дитини здійснити вчинок, якщо сам вчинок і ситуація, в якій він очікується, чітко визначені; г) дані хоча б про деякі структурні стани диспозиційної системи і перш за все - про спрямованість інтересів дитини, рівні її залучення в діяльність і рівні залучення в прогнозовані способи діяльності.

1.1.2. Фази проходження соціалізації дитиною з аутизмом

Соціалізація науковцями розглядається як процес і результат взаємодії особистості і суспільства, входження дитини в суспільні структури шляхом вироблення соціально необхідних якостей. Основними формами соціалізації особистості визначені *інтеріоризація і соціальна адаптація.* Інтеріоризація розуміється як процес включення (запозичення) із зовнішнього середовища різноманітної інформації та її засвоєння в якості знань, умінь, норм, зразків

поведінки, цінностей. При цьому процес ресоціалізації особистості розглядається як примусова інтеріоризація у дорослому житті. *Під адаптацією* розуміється, по-перше, стан, в якому потреби дитини, з однієї сторони, і вимоги середовища, з іншої, повністю задовольняються, тобто досягається стан гармонії між дитиною і соціальним середовищем, і по-друге, як процес, завдяки якому цей гармонійний стан досягається (Н. Eysenck).

Важливим є трактування поняття «адаптація» як ефективна відповідь на ті соціальні сподівання, соціальні вимоги, з якими зустрічається кожна людина (L.Filips). Так, з часом сподівання, які пред'являються до соціалізації особистості стають все складнішими. Маля захищають від усіх небезпек, задовольняють всі його потреби, опікуються ним; до дошкільника пред'являють складніші вимоги, оскільки передбачається, що він має перейти від стану повної залежності до незалежності та прийняття відповідальності за благополуччя інших. Разом з тим підкреслюється, що адаптованість – це гнучкість і ефективність при зустрічі з новими потенційно небезпечними умовами, а також здатність надавати подіям бажаної для себе спрямованості. У цьому смислі адаптація означає, що людина успішно користується умовами, що створилися, для здійснення своїх цілей і намірів. Адаптованій поведінці притаманне успішне прийняття рішень, ініціатива, здатність визначати власне майбутнє. Адаптована особистість не уникає проблем, а перетворює ці ситуації, використовуючи їх для здійснення своєї мети, прагнень, і не особливо чекаючи допомоги і порад. Т.Шибутані відмічає, що кожна особа характеризується комбінацією прийомів, яка дозволяє їй долати труднощі, і яка може розглядатися як форма адаптації. Автор проводить ідею про необхідність розрізнення і формування ситуативної адаптації і загальної адаптації до типових проблемних ситуацій.

Адаптація (як узгодження самооцінок і прагнень суб'єкта з його можливостями і реальністю соціального середовища) для дитини з аутизмом є надзвичайно складною проблемою, оскільки у переважної більшості з них засвоєння правил середовища, «уподібнення» середовищу, «перетворення середовища» і т.п. є практично неможливим. Тому адаптацію у цьому контексті можна розглядати як механізм соціалізації (П.Сорокін) і відшукувати додаткові засоби соціалізації аутичної дитини. При цьому важливим може виявитися положення про те, що соціальна адаптація охоплює біологічну, психічну і соціальну сфери буття людини (П.Караків), а, отже, пошуки шляхів забезпечення соціалізації дитини з аутизмом повинні йти у плані розгляду кожної із зазначених складових.

Поряд з цим необхідна як *повна перебудова вимог і очікувань суспільства стосовно цієї категорії дітей, так і пошуки умов полегшення засвоєння аутичною дитиною знань, навичок і норм суспільного життя, оскільки оволодіння саме ними сприятиме процесу соціалізації.* Цей процес певним чином забезпечить переборення дитиною проблемних ситуацій, а,

Отже, її адаптацію до зміни умов середовища. При цьому набутий соціальний досвід використовуватиметься не тільки репродуктивно, але й, можливо, за допомогою нових способів поведінки і вирішення проблем. Для цього, в першу чергу, у дітей з аутизмом необхідно сформувати ті риси особистості, які б пом'якшували перепони на шляху їх соціалізації. Так, для здійснення різних типів взаємодії (батьки, педагоги, однокласники тощо) дитина має оволодіти специфічними соціальними знаннями, які набуваються лише в процесі соціалізації в різних соціальних групах і в процесі виконання певних соціальних ролей.

Отже, спілкування і соціалізація – два взаємопов'язаних процеси, які в дітей з аутизмом є надзвичайно ушкодженими. А в силу того, що у них в різному ступені несформовані відповідні уміння і навички, у переважній своїй більшості вони не здатні нормально спілкуватися майже з усіма категоріями людей і зустріч з ними для таких дітей є суцільною і постійною проблемою.

Недостатність знань, брак досвіду, проникливості, помилкове наділення членів тієї чи іншої групи непритаманними їм рисами, недооцінка чи переоцінка цих людей (і взагалі, яким чином у дітей з аутизмом здійснюється, якщо здійснюється, ця оцінка?), несприйняття того чи іншого виду діяльності – все це в умовах довготривалої адаптації (наприклад, до навчального виду діяльності) не може не призвести до додаткових змін особистісних характеристик аутиста. Крім того, відсутність або недостатність цілеспрямованого оволодіння прийомами взаємодії дитини в умовах навчальної діяльності, її змістом призводять до того, що процес адаптації (особливо у дітей першої – третьої груп) проходить спонтанно, стихійно, призводячи до появи негативних (для організму і внутрішнього світу дитини) новоутворень, які ще більше ускладнюють її подальшу соціалізацію.

В доступній нам аутологічній літературі ми не знаходимо даних про особливості процесів інтеріоризації та адаптації у дітей з аутизмом. Однак саме знання причин і механізмів труднощів формування цих процесів сприятимуть розробці адекватних шляхів становлення і розвитку їхньої спільної діяльності. Роль соціалізації у формуванні особистості аутичної дитини важко переоцінити, оскільки соціалізація, по-суті, єдиний шлях формування і розвитку їх особистості, адаптованості до тих чи інших суспільних або внутрішньогрупових умов.

Отже, при розробці програми і методик соціалізації дітей з аутизмом важливо враховувати те, що соціалізація як феномен має декілька форм, фаз, які практично існують одночасно й утворюють органічну взаємодію. Початкова форма включає в себе соціологуючий вплив суспільства, який відчувається людиною на протязі всього життя. Соціологізація особистості, в свою чергу, включає, по-перше, фази інтеріоризації, тобто процес знайомства особистості із чимось запропонованим (у широкому смислі – з

культурним досвідом), для вибіркового запам'ятовування, засвоєння чогось та для емоційного переживання і осмислення. Другою фазою є адаптація, тобто процес перетворення і перебудови запропонованого з метою його застосування з власною метою (основною метою є можливість влитися в ту чи іншу групу людей, а для дітей з аутизмом – це, можливо, навіть означає «знайти своє місце під сонцем»).

Формуючи процес соціалізації особистості дитини з аутизмом, важливо враховувати те, що цей процес здійснюється у соціальній взаємодії таких типів, як «індивід - індивід», «індивід – група», «індивід – суспільство», а також зважати на кількість взаємодіючих індивідів: між двома індивідами (мати – дитина, дитина – педагог, двоє однолітків, з яких один може бути як аутичною, так і нормально розвинутою дитиною); між трьома особами (мати – батько – дитина; педагог – однокласник – дитина); між дитиною з аутизмом і чотирма, п'ятьма і більше індивідами. Тому важливо при цьому визначити, який тип взаємодії є найбільш комфортним для соціалізації конкретної дитини з аутизмом. Чи є можливим, щоб кожна дитина хоча б частково змогла правильно відшукати цей тип взаємодії? Яким чином їй повинні запропонувати, особливо на початковому етапі, чітко індивідуалізований шлях соціалізації (як фази інтеріоризації, так і фази адаптації)?

Процес соціалізації особистості включає в себе також дезадаптивні та змішані комплекси дій і процесів, завдяки чому одна і та ж дитина виявляється адаптованою в одній групі осіб і дезадаптованою в іншій. Цей факт також необхідно враховувати при організації процесу соціалізації аутичної дитини, адже відомо, що міжособистісне спілкування аутичної дитини, як правило, носить конфліктний характер. У конфлікті як різновиду суперництва (на відміну від того, коли адаптаційний процес носить характер співробітництва) а кожна зі сторін (а не тільки аутична дитина) прагне до того, щоб мета опонента не була досягнута. Це, можливо (а не тільки страхи), стає джерелом агресивної поведінки аутиста. Зрозуміло, що і співробітництво, і суперництво, перш за все, характеризується пізнавальними процесами, адже дитина постійно сприймає і так або інакше інтерпретує ті чи інші правила поведінки. Разом з тим, в процесі адаптації значну роль відіграє можливість переорієнтації особистості. Тому не менш важливим є відпрацювання у дитини з аутизмом таких оцінок і такого розуміння ситуації, які б у подальшому її житті не суперечили цінностям і ціннісним орієнтаціям нової групи осіб, з якою дитина, можливо, повинна буде спілкуватися і співпрацювати.

Як свідчить викладене, засвоєння знань, навичок і норм поведінки (фаза інтеріоризації) має також адаптаційне значення, а, отже, інтеріоризація й адаптація в реальному житті тісно взаємопов'язані і не можуть існувати одна без одної. Розмежування їх необхідне для глибшого розуміння процесу соціалізації дитини з аутизмом з метою розробки і впровадження спеціальних методик.

1.1.3. Емоції: визначення, різновиди, класифікації, функції, основні категорії, мозкові механізми

Вітальні, соціальні й ідеальні потреби, своєю чергою, діляться як позначалося раніше, на *два різновиди*: на потреби збереження і потреби розвитку (за термінологією англословних авторів – потреба «потреби» і потреба «зростання»). Ці два різновиди репрезентують (на рівні індивідуальної поведінки) суперечливий характер процесу саморуху і є *джерелом системи емоцій, складовими якої є дві основні форми емоцій - негативна і позитивна*. Вважається, що «...система емоцій - це єдина організація, здатна здійснювати оцінку ступеня релевантності (відповідності) дій з домінуючою мотивацією і прогнозованою вірогідністю її задоволення» (А.Батуев). Водночас підкреслюється, що, «... по-перше, емоція сама по собі не несе інформації про навколишній світ; по-друге, відсутня інформація поповнюється шляхом пошукової поведінки, вдосконалення навичок, мобілізації енгам, збережених в пам'яті» (А.Ухтомський).

Позитивні емоції - інструмент потреб розвитку, у зв'язку з чим їх значення зростає в міру переходу до все більш складних і вищих форм мотивацій. Специфіка співвідношення емоцій до потреб збереження і розвитку має виняткове значення для практики виховання. Народна спостережливність давно відзначила, що прагнення до нагороди сильніше прагнення уникнути покарання. Спостереження за дітьми показали, що покарання за вчинення якоїсь дії не виключає її повторення в майбутньому. Для надійного запобігання небажаних дій необхідно, щоб ця дія втратила свою привабливість для дитини, перестала викликати в неї позитивні емоції.

Негативні емоції виникають при загрозі незадоволення потреби збереження і переживаються як тривога. Незадоволення потреби розвитку породжує так звану фрустрацію (лат. frustratio - «омана», «невдача», «марне чекання», «розлад задумів»), тобто психічний стан, що виникає в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб. Обидва ці стани – негативні, тяжкі для дитини, вона обох їх прагне позбутися, але це різні стани. У першому випадку малюк відчуває навислу загрозу, страх покарання, в другому - роздратування і тугу, породжені відсутністю удачі. Специфіка незадоволених потреб лежить в основі трьох основних *різновидів реактивних депресій: апатії, тривоги і туги*.

При *апатії* потреби дитини ослаблені, бажань немає, предметний зміст емоційних переживань обмежений або відсутній. Ця відсутність бажань додає до стану дитини негативне емоційне забарвлення. Для тривожної депресії характерним є відчуття малюком своєї нездатності подолати, запобігти свої життєві труднощі. *Депресія тривоги* (відчуття провини) в дитини пов'язана переважно з незадоволенням потреб збереження, які можуть бути орієнтовані як на себе, так і на інших. *Депресія туги* - патологія потреб розвитку, потреб, пов'язаних з цінностями більш високого порядку.

Функції емоцій. Таким чином, емоції дозволяють провести інтегральну оцінку будь-якої події, будь-якої зміни в середовищі і в самій дитині. Як універсальна міра цінностей, емоції малюка в їхній оцінній та регуляторній функції дозволяють втрутитися в його конкурентні мотивації, визначаючи напрям і мету поведінкового акту дитини. Емоції виконують функцію не відображення об'єктивних явищ, а функцію вираження суб'єктивного до них ставлення. Тому дані про те чи інше емоційне переживання необхідно порівнювати лише з даними про інші емоційні переживання в однієї і тієї ж дитини, а не з деяким об'єктивним еталоном (Я.Рейковський).

З урахуванням зазначеного при майбутній розробці теорії емоцій дітей з аутизмом, на нашу думку, зусилля вчених мають спрямовуватися на впорядкування, класифікацію емоцій, що спостерігаються в житті дитини, запропонувавши, по можливості, теоретичний принцип подібної класифікації. Однак, враховуючи об'єктивні труднощі вирішення цього завдання, швидше за все, доведеться піти чисто емпіричним шляхом. Прикладом такого підходу може слугувати класифікація Б.Додонова. Узагальнивши відносну кількість людей про те, які саме емоції вони переживають особливо часто і які з цих переживань їм видаються найбільш цінними і бажаними, автор згрупував отримані відповіді і прийшов до висновку про існування: альтруїстичних, комунікативних, глоричних, практичних, пунічних, романтичних, гностичних, естетичних і акізитивних емоцій. Використовуючи ці типи позитивних емоцій, надалі пошук можна спрямувати у відповідності з тим, яка з них проявляється в дитини з аутизмом особливо яскраво.

Альтруїстичні емоції виникають завдяки бажанню допомагати, опікати, піклуватися, бути захисником, покровителем. За умови встановлення того, що в емоційному світі дитини переважає ця емоція, то необхідно спрямовувати її на ті види діяльності, де в неї буде можливість допомогти тим, хто цього потребує (батькам, дитині, молодшої за віком, домашній тварині тощо). *Глористичні емоції* (від лат. «gloria» - слава) пов'язані з потребою в самоствердженні, з бажанням завоювати визнання. Діти, для яких характерні ці емоції, найбільше задоволення отримують тоді, коли стають предметом загальної уваги і діють самостійно. Щоб ця позитивна, по суті своїй, емоція не перетворилася в постійну озлобленість ураженого самолюбства, треба надати дитині можливість попрацювати заради визнання й успіху. Її емоційний потребі відповідають декламування дитячого вірша, доступні фізичні вправи і т.п. *Комунікативні емоції* виникають на основі бажання спілкуватися, знаходитися в процесі взаємодії з однолітками. Дітям з підвищеною потребою спілкування особливо корисні командні види ігор. *Праксичні емоції* - це радість, задоволення від успішно завершеної роботи. Дитині з переважаючими праксичними емоціями важливо бачити результати своєї праці у вигляді конкретного предмета: «Ось що я сама зробила».

Пугнівні емоції - це емоції боротьби і ризику, що спонукують дитину до небезпечних пригод, гострих переживань. Задовольнити ці потреби можуть заняття силовими видами спорту. *Романтичні емоції* - в їх основі лежить тяжіння до всього незвичного, дивного, почуття «чудесності світу». У цьому випадку дітям можна запропонувати поспостерігати за природою, за зоряним небом тощо. *Гностичні емоції* (від грец. «gnosis» - знання) пов'язані з пізнавальною діяльністю дитини, яка вміє дивуватися і хоче докопатися до суті того, що її здивувало. Для такої дитини важливо зрозуміти, з чого зроблена іграшкова машинка, як працює мукомолка тощо. *Естетичні емоції* виникають під впливом творів мистецтва або споглядання природи. *Гедонічні емоції* засновані на задоволенні потреби дитини в душевному та фізичному комфорті. Якщо на душевній палітрі переважають ці емоції, дитину не захоплять ніякі види спорту, вона не прагнучиме перемог, а їй сподобаються басейн, танцювальний гурток. Близькими їй можуть бути заняття, присвячені красі і зручності побуту, домоведення, кулінарія, флористика. *Акзитивні (накопичувальні) емоції* виражають інтерес дитини до накопичення речей, що виходить за межі практичної необхідності. Якщо в неї найбільш розвинені ці емоції, їх потрібно спрямувати в русло пізнавального колекціонування - філателії, нумізматики, мінералогії. Не знаходячи позитивного застосування, ці емоції теж можуть становити певний ризик, оскільки можуть сформувати «шопоголіка», який вимагає купити очевидно непотрібну йому річ, придбання якої викличе лише хвилине задоволення. Нерідко буває так, що педагог і батьки правильно визначають провідну емоцію малюка, але засуджують її і намагаються виправити «емоційну карту» дитини, спеціально пропонуючи їй види діяльності, які протилежні її внутрішнього настрою. При такому підході емоції дітей виявляться різними, а їх об'єднання в одну і ту ж групу - переважно формальним. Така класифікація може слугувати основою для подальших досліджень особливостей емоційної сфери дітей з аутизмом.

Імовірність досягнення мети у величезній мірі залежить від ефективності дій дитини, що визначає другу функцію емоцій - характер взаємодії дитини з об'єктами, здатними задовольнити наявну потребу. Взаємодія може бути контактною (вже відбувається) або дистанційною у вигляді оволодіння, захисту і подолання (боротьби). У подібній системі координат формуються чотири пари «базисних» емоцій: задоволення-відраза, радість-горе, впевненість-страх, торжество-лють (П. Симонов, В.Небіліцин). Що стосується якісної специфіки емоцій (насолоди, радості, страху, гніву тощо), то вона цілком визначається потребою, у зв'язку із задоволенням якої виникає даний емоційний стан.

Наступна, підкріплююча, функція емоцій ґрунтується на тому, що як універсальна міра значущості подій, що відбуваються в зовнішньому середовищі, емоції беруть безпосередню участь у процесах формування нових навичок, нових умовних рефлексів. Феномен підкріплення займає

центральне місце в системі понять науки про вищу нервову діяльність, оскільки саме від факту підкріплення залежать виникнення, існування, згасання й особливості будь-якого умовного рефлексу. Експериментально показано, що діти 8 років через 10 днів після першого досвіду краще відтворювали той словесний матеріал, який відповідав мотиву, що домінує в їхній особистісній ієрархії, будь то ворожість, лідерство, допитливість, прихильність тощо. Підкріплювальними факторами можуть бути також сигнали емоційного стану іншої дитини або дорослого. На базі механізмів «емоційного резонансу» формується вражаюча здатність дитини до співпереживання, до осягнення світу іншої людини шляхом її переносу на свій власний внутрішній світ. Тим самим для неї стає можливим пізнання тих сторін дійсності, які в принципі недоступні дискурсивному мисленню, яке спирається на систему вербалізованих понять.

Перемикаюча функція емоцій базується на розгляді участі позитивних і негативних емоцій у визначенні вектора поведінки вже в разі конкуренції вроджених і набутих поведінкових актів, спрямованих на задоволення різних потреб дитини. У цьому випадку конкурують не потреби, а породжувані цими потребами емоції, які залежать не від однієї лише потреби, але й від ймовірності (можливості) її задоволення.

Компенсаторна (заміщуюча) функція емоцій. Емоції як активний стан системи спеціалізованих мозкових структур впливають на інші церебральні системи, що регулюють поведінку. Крім того, емоції впливають на процеси сприйняття дитиною зовнішніх сигналів і вилучення енгам цих сигналів з пам'яті, а також - на вегетативні функції організму. Так, в останньому випадку особливо наочно виявляється компенсаторне значення емоцій. Справа в тому, що при виникненні емоційної напруги обсяг вегетативних зрушень (почастішання серцебиття, підйом кров'яного тиску, викид у кров'яне русло гормонів тощо, як правило, перевищує реальні потреби організму. У ситуації прагматичної невизначеності (а саме вона так характерна для виникнення емоцій), коли невідомо, скільки і чого буде потрібно в найближчі хвилини, краще мати надлишкову мобілізацію ресурсів, на надмірно енергетичні витрати, ніж у розпал напруженої діяльності (боротьби або втечі) залишитися без достатнього забезпечення киснем та метаболічною «сировиною». Компенсаторна функція емоцій не обмежується гіпермобілізацію вегетатики. Виникнення емоційного напруження супроводжується переходом до інших, ніж у спокійному стані, форм поведінки, принципам оцінки зовнішніх сигналів і реагування на них. Фізіологічну сутність цього переходу А.Ухтомський визначив як реагування за принципом домінанти. Емоційно збуджений мозок починає реагувати на широке коло ймовірно значущих сигналів, чиє справжнє значення, відповідність або невідповідність реальній дійсності з'ясовується лише пізніше в міру зіставлення з цією дійсністю. Що стосується позитивних емоцій, то їх компенсаторна функція реалізується через вплив на потребу, яка

ініціоє поведінку. У важкій ситуації з низькою ймовірністю досягнення мети навіть невеликий успіх породжує в дитини позитивну емоцію наснаги, яка посилює потребу досягнення мети згідно виду тієї чи іншої емоції. Прикладом компенсаторної функції слугує наслідувальна поведінка. *Перехід до імітаційної поведінки надзвичайно характерний для емоційно збудженого мозку.* По суті, це окремий випадок домінантного реагування дитини на сигнали з малою ймовірністю їх підкріплення, в даному випадку на сигнали, що йдуть від інших людей. Коли дитина не має необхідних даних або часу для самостійного і цілком обгрунтованого рішення, *їй залишається покладатися на приклад інших, оточуючих її людей.* Однак доцільність пристосувальних реакцій відносна, тому позитивні емоції також спонукають дитину порушувати досягнуту рівновагу з навколишнім середовищем.

Мозкові механізми емоцій. Аналізуючи нейроанатомічні основи емоцій, дослідники переконалися в тому, що їхнє вивчення має включатися в більш широкий контекст, *в контекст організації цілісної поведінки дитини з урахуванням як вербальних, так і невербальних її проявів.*

Так, в експериментах по *відтворенню емоційної міміки і пред'явлення фотографій, склеєних з двох правих чи двох лівих половинок встановлена переважаюча залежність емоційної міміки від правої півкулі.* Емоційний стан осіб на лівосторонніх фотографіях оцінювався як більш інтенсивний (Sackeim, Gur, 1978). Разом з тим, сприйняття знайомих облич частіше страждає при двосторонніх ураженнях, особливо нижньопотиличної області, а порушення сприйняття незнайомих осіб пов'язані з односторонніми ушкодженнями правої півкулі (Benton, 1980). Пацієнти з ураженням правої півкулі впізнавали знайомі обличчя не на основі їх особистісних характеристик, а за другорядними ознаками – за одягом, особливостями емоційної експресії тощо (Dricker, Butters, Berman, Samuels, Carey, 1978). Отже, численні спостереження показують, що розпізнання емоційної міміки більшою мірою страждає при ураженні функції правої півкулі (Cicone, Warner, Gardner, 1980; Brugger, 1981). Ці висновки підтверджуються і даними комп'ютерної томографії про те, що *впізнання емоційної міміки є функцією правопівкульової скроневої кори* (Benowitz, Bear, Rosenthal, Mesulam, Zaidel, Sperry, 1983).

Пошкодження патологічним процесом скроневої долі (особливо справа) порушує впізнання емоційної інтонації мовлення (Н.Тархан, Н.Трауготт, Меерсон, 1981). Упізнання міміки за інтонаційним зразком особливо утруднено при ураженні лівої півкулі. Ці дані показують, що на відміну від інтонації зорове сприйняття міміки вербалізується і вимагає участі мовних зон (Л.Сидорова, 1979). Якщо *пред'являти для впізнання емоційно забарвлений текст, інтонацію і міміку,* то для пацієнтів з однобічним ураженням правої чи лівої півкулі найбільші труднощі викликає впізнання інтонації. Правопівкульові пацієнти гірше розрізняють негативні

емоції, для позитивних емоцій напівкульових відмінностей не встановлено (De Bastiani, Di Palma, Monetti, Palmonari, 1983).

Тонким тестом функціональної асиметрії, за результатами досліджень, слугує стан сформованості почуття гумору. Пацієнтам пропонували вибрати найсмійнішу картинку із запропонованого набору сюжетних картинок. Ураження правої півкулі робить гумор нерозбірливим: пацієнти були готові сміятися з приводу будь-якої картинки. Гумор лівосторонніх пацієнтів більше схожий з гумором здорових. Х. Браунелл з співавторами вважають, що *оцінка вербального гумору* включає в себе два компоненти: 1) виділення несподіваного в оповіданні і 2) зіставлення цього несподіваного зі змістом всього оповідання. У найзагальнішому вигляді сформульовано висновок, що *права півкуля більше пов'язана з мотиваційними компонентами емоцій, а ліва - з їх інформаційними компонентами* (Gardner, Ling, Flamm, Silverman, 1975). *Образно кажучи, людина з ураженням лівої півкулі - це суб'єкт з багатим набором потреб (сфера мотивів) і дефіцитом засобів їх задоволення. Хворий з ураженням правої півкулі має в розпорядженні надлишок засобів для задоволення різко збідненої, звуженої, спрощеної сфери мотивів. Звідси виникає схильність до переважно негативних чи позитивних емоцій. У цьому зв'язку виникає закономірне завдання* для майбутніх досліджень: яка схильність до емоцій переважає в аутистів? У будь-якому випадку ураження передніх відділів нової кори ймовірно призводить до найбільш сильного порушення емоційної сфери людини в порівнянні з іншими ділянками неокортексту.

Для ушкодження лобових відділів характерні як синдром аспонтаності, емоційної тупості, байдужості, так і синдром розгальмовування з ознаками ейфорії, неадекватного реальному стану суб'єкта. При цьому *переважно порушуються вищі емоції, пов'язані з діяльністю, соціальними відносинами, творчістю, поряд з розгальмовуванням примітивних вітальних потягів* (Т. Доброхотова, 1968).

Підводячи підсумки результатів дослідження функцій передніх відділів нової кори, гіпокампа, мигдалини і гіпоталамуса, В. Симонов констатує, що взаємодія цих чотирьох структур виявляється необхідною і достатньою для організації поведінки в системі координат «потреба-ймовірність її задоволення в навколишньому зовнішньому середовищі». Всі інші утворення мозку відіграють виконавчу або допоміжну роль, будь-то сенсорні системи, механізми побудови рухів (пірамідні й екстрапірамідні), системи регуляції рівня неспання і вегетативних функцій. Таким чином, *саме ці чотири структури (передні відділи нової кори, гіпокамп, мигдалина і гіпоталамус) визначають, на які зовнішні стимули і якою поведінковою реакцією в кожен даний момент відповідь дитина*. Базуючись на результатах відповідних наукових джерел (В. Симонов), спеціалізацію окремих мозкових структур та їхню інтегративну динамічну взаємодію в

організації цілеспрямованої поведінки дитини ми спробували представити схематично (див табл.4).

Таблиця 4

Психофізіологічні механізми організації цілеспрямованої поведінки

Мозкові структури і стимули	Взаємодія різних мозкових структур і їхня функціональна спеціалізація	Організація поведінки
внутрішні (метаболізм) і зовнішні (біль, запах тощо) стимули	стимулювання гіпоталамусу, в структурах якого виникають ранні стадії організації поведінки, а на пізніших – її реалізація	активізація мотиваційних структур
широке коло зовнішніх стимулів гіпокампу	активізація гіпокампу, який моделює світ у тримірному просторі (в часі і просторі)	підсилення домінантного стану
широке коло зовнішніх стимулів мигдалини	розпізнання екстероцептивних стимулів, формування емоційного забарвлення стимулів і енграм	виділення домінуючої мотивації, яка підлягає першочерговому задоволенню
фронтальна кора, стріатум, тім'яна кора	складання програми дії, вибудовування ймовірного прогнозу поведінки	«вписування» програми дії в просторові координати майбутньої дії
фронтостріатна система збудження	надходження збудження (через моторну кору) на ефекторні органи	реалізація цілеспрямованої поведінки

Запропонована схема дає, хоча й обмежену, але можливість розглянути інтегративну діяльність різних мозкових структур в організації поведінки дитини.

Водночас вченими доводиться, що не менш важливим є розгляд проблеми індивідуальних (типологічних) особливостей. Досліджуючи індивідуальні особливості (типологічні відмінності) людини, і зокрема дитини, що проявляються в її соціальній поведінці, зазвичай, користуються трьома термінами: «темперамент», «характер», «особистість».

Темперамент – це характеристика людини з боку динамічних особливостей її психічної діяльності, тобто *темпу, ритму, інтенсивності окремих психічних процесів і станів*. У структурі темпераменту виділяють три головні компоненти: загальну активність індивіда, його рухові прояви та емоційність. Характер - це «цілісний і стійкий індивідуальний склад душевного життя людини, її тип, «вдача», що виявляються в окремих актах і

станах її психічного життя, а також в її манерах, звичках, складі розуму і властивому їй колі емоційного життя. Характер людини виступає в якості основи її поведінки. У темпераменті переважно виражається ставлення людини до подій навколо неї. Характер проявляється в дії - активній, цілеспрямованій, нерішучій, покірно-наслідувальній тощо. Особистість включає в себе і темперамент, і характер, і здібності людини, але не обмежується ними, оскільки особистість – це ядро, що інтегрує, зв'язує воедино різні психічні процеси індивіда і забезпечує його поведінці необхідну послідовність і стійкість.

«Особистість людини визначається як біологічною спадковістю, так і середовищем. Сила нервової системи (темперамент) - вроджена властивість, характер (форма поведінки) багато в чому складається з майбутніх звичок» (І.Павлов). Кожну особистість визначає індивідуально неповторна композиція і внутрішня ієрархія основних (вітальних, соціальних і ідеальних) потреб, включаючи їх різновиди щодо збереження та розвитку, «для себе» і «для інших». В підході до розгляду проблеми індивідуальних відмінностей психіки та поведінки виділяють два рівні аналізу.

По-перше, це мікрорівень, тобто властивості процесів збудження і гальмування нервових клітин - їхня сила, врівноваженість і рухливість. За класифікацією І.Павлова холерикові відповідає сильний збудливий неврівноважений тип, а меланхоліку - слабкий. Оскільки холерик (сильний нестриманий тип) спонукається стійкою домінуючою потребою, його дії, як правило, характеризуються рисами подолання і боротьби з властивими для цих дій емоціями гніву, люті, агресивності. Меланхолік (слабкий тип), навпаки, завжди тяжіє до оборони, до захисту, нерідко забарвленого емоціями страху, невпевненості і розгубленості. Володіє вираженою мотиваційною домінантою і одночасно допитливий, який шукає відкрите середовище. Сангвінік - сильний урівноважений рухливий тип, а флегматик - сильний урівноважений інертний. Сильний неврівноважений тип схильний до люті, слабкий - до страху; для сангвініка характерне переважання позитивних емоцій, а флегматик взагалі не виявляє бурхливих емоційних реакцій на навколишнє середовище. Сангвінік (сильний рухливий тип) частіше за інших відчуває позитивні емоції. Що стосується флегматика, то при всій його емоційній індиферентності, він тим не менш тяжіє до позитивних емоцій. При цьому підкреслюється, що у всіх випадках мова йде саме про тенденції, про більшу схильність, оскільки представники будь-якого типу наділені всім арсеналом людських емоцій.

Засновуючи свою класифікацію на властивостях збудження і гальмування, І. Павлов не обмежується цим рівнем. Він доводив, що шлях від елементарних нервових процесів до зовнішньої поведінки лежить через взаємодію макроструктур, тобто різних функціонально спеціалізованих відділів головного мозку. При цьому вказував, що саме крайні типи - сильний неврівноважений і слабкий є основними «постачальниками» нервово-

психічних захворювань. Водночас підкреслюється, що – реальне життя пред'являє нескінченну різноманітність проміжних варіантів цього макрорівня. Тому Б.Теплов і В.Небиліцин запропонували говорити *не про типи, а про властивості, що характеризують ту чи іншу індивідуальність*. З'ясувалося, що про силу і рухливість нервових процесів потрібно говорити окремо стосовно їхнього збудження і гальмування, а перелік властивостей доповнити параметром динамічності, від якого залежить швидкість вироблення нових умовних рефлексів. Якщо сильний тип виявляє високу стійкість в екстремальних ситуаціях, то підвищена чутливість слабкого типу становить не менш цінну якість в інших умовах, де потрібна здатність до швидкого і точного розрізнення зовнішніх сигналів.

Спеціальні експерименти показали, що *представники різних типів нервової системи вирішують одні й ті ж завдання в рівній мірі успішно, тільки кожен з них використовує свою тактику діяльності*. За результатами досліджень ставало очевидним, що експериментальні методики, які традиційно використовуються для визначення типів, виявляють тільки окремі властивості нервової системи. Прагнучи знайти вихід з цієї кризи, В. Д. Небиліцин ввів поняття про *загальні властивості нервової системи*, до числа яких відніс *два основних параметри: активність і емоційність*. В. Д. Небиліцин вважав, що *в основі активності лежать індивідуальні особливості взаємодії, яку активізує ретикулярна формація мозкового стовбура і передні відділи неокортексу, в той час як емоційність визначається індивідуальними особливостями взаємодії передніх відділів нової кори з утвореннями лімбічної системи головного мозку*.

За допомогою спеціально розроблених тестів, спрямованих на визначення типологічних відмінностей людини, Г. Айзенк (Eysenck, Eysenck, 1976; Eysenck, 1981) виділив їхні інші основні параметри. Так, Г.Айзенк характеризує відкритого, соціабельного, балакучого, активного суб'єкта як *екстраверта*, а інтроверта як нетовариського, замкнутого, пасивного. Екстраверти високо цінують активне, діяльне життя. Інтроверти - свободу і самоповагу. На думку Г.Айзенка, в основі *екстраінтроверсії* лежать індивідуальні особливості взаємодії, яку активує *ретикулярна формація* і передні відділи нової кори. Дж. Грей (Gray, 1972) додав до цих двох структур гіпокамп і медіальну частину перегородки. В інтроверта більш розвинена система, що гальмує поведінку, в *екстраверта* - спонукальна система. На відміну від екстравертів інтроверти краще відтворюють пред'явлений для запам'ятовування матеріал через деякий час після експозиції. Екстраверти чутливіші до нагороди, а інтроверти - до покарання (R. Wilson, 1978).

В.Смирнов розглянув чотири варіанти функціонального переважання структурних «пар» і виявив їх відповідність психологічним характеристикам типів І.П.Павлова. Переважання *«інформаційної» пари лобова кора - гіпокамп* дає гіпотетичного суб'єкта, переважно орієнтованого на зовнішнє середовище і поведінково залежного від подій, що відбуваються в цьому

середовищі. Такого суб'єкта віднесено до екстраверта, з характерною для нього товариськістю, прагненням до інших людей, схильністю до змін, руху, освоєння середовища (В.Смирнов, А.Панасюк, 1977). Інші риси виявляються в суб'єкта з переважанням *«мотиваційної» системи (пара гіпоталамус-мигдалина)*. У даному випадку сфера внутрішніх мотивів і установок характеризується достатньою ригідністю стосовно зовнішніх впливів. І дійсно, за описом В.Смирнова та А.Панасюка, інтроверти схильні дотримуватися раніше засвоєних етичних норм поведінки, вони витримані, прагнуть до порядку, сором'язливі, нетовариські з оточуючими.

Доводиться, що індивідуальні особливості функціонування чотирьох структур головного мозку, безсумнівно, мають вроджений компонент, який надалі піддається онтогенетичній трансформації. Визнається, що різна легкість соціалізації екстра- та інтровертів дозволяє думати, що взаємодія чотирьох структур певним чином корелює з індивідуальним набором потреб. Так, ймовірність прийняття функцій лідера суб'єктом холеричного темпераменту вища, ніж у меланхоліка - слабкого типу нервової системи за класифікацією Павлова. І все ж визнається, що вирішальна роль у формуванні структури потреб безперечно належить вихованню і макросоціальному оточенню.

Підкреслюється, що в основі двох поширених різновидів невротичних депресій (депресії тривоги і депресії туги), як правило, лежить хронічне незадоволення потреб збереження і розвитку з *типовими для цих потреб емоціями тривоги, відчуття якоїсь постійної загрози, невідомої небезпеки, навислої над людиною, її становищем у сім'ї, над її близькими*. Депресія туги породжується незадоволенням потреб розвитку, просування, поліпшення своєї життєвої позиції. При всьому зазначеному все ж підкреслюється, що дитиною потреби усвідомлюються лише частково і далеко не адекватно їхньому реальному змісту.

Водночас доводиться, що в розумінні етіології та патогенезу різних функціональних порушень вищої нервової діяльності (неврозів) не можна ігнорували сферу неусвідомлених проявів вищої нервової діяльності людини. Це пов'язано з тим, що вища нервова (психічна) діяльність людини, як відомо, має *трирівневу структуру, включаючи в себе свідомість, підсвідомість та надсвідомість*. *Свідомість* оперує знаннями, які актуально чи потенційно можуть бути передані іншим, можуть стати надбанням інших людей. Саме свідомість формулює питання, що підлягає вирішенню, і ставить його перед дитиною, яка пізнає дійсність. До сфери *підсвідомості*, яка може бути певною мірою порівняна з «особистим несвідомим» К. Юнга і «над-Я» З.Фрейда, відноситься все те, що було усвідомленим або може стати усвідомленим за певних умов (автоматизовані навички, засвоєні соціальні норми і мотиваційні конфлікти, тяжкі для дитини). Підсвідомість захищає свідомість від зайвої роботи і психічних перевантажень. *Надсвідомість* виявляється у вигляді *первинних етапів діяльності*, які не контролюються

свідомістю і волею. Неусвідомлення цих етапів являє собою захист гіпотез, що народжуються («психічних мутацій і рекомбінацій») від консерватизму свідомості, від надмірного тиску раніше накопиченого досвіду. За свідомістю залишається функція відбору цих гіпотез шляхом їхнього логічного аналізу і за допомогою критерію практики.

Отже, принципом продуктивної теорії соціоемоційного виховання дитини з аутизмом може стати перехід від навчання знанням норм поведінки до формування доступного набору і доступної ієрархії потреб дитини, які є найбільш сприятливі для розвитку і реалізації її потенційних можливостей. У цьому сенсі можна сказати, що на відміну від навчання, що адресується майже виключно до свідомості дитини, виховання спрямовуватиметься насамперед і головним чином на підсвідомість. Саме завдяки підсвідомості зовнішні стосовно дитини соціальні норми ставатимуть внутрішніми регуляторами її поведінки, набуваючи в процесі цієї інтеріоризації раніше невластиву їм імперативність (зобов'язання, чітко встановлені для виконання). Щоб досягти цього, поки що відомий тільки один спосіб прямого впливу на підсвідомість - сила безпосереднього прикладу, що базується на потребі дитини в наслідуванні, особливо яскраво вираженої в'ранньому дитячому віці.

Обмеженість способів прямого впливу на підсвідомість дитини з аутизмом, так само як і їхня уразливість (оскільки наслідувальна поведінка з легкістю відтворює і фіксує приклади соціально неприйнятних дій), спонукає шукати опосередковані шляхи до сфери потреб і мотивів. Одним з таких опосередкованих шляхів (механізмів) трансформації потреб, їхньої конкуренції одна з одною в дитини з аутизмом можуть бути емоції, породжені інформацією про засоби і способи задоволення тих чи інших спонукань. Разом з тим, шлях до потреб все ж таки вимагає озброєння дитини такою інформацією, яка сприяла б розвитку та зміцненню її соціально цінних мотивацій, по можливості виключаючи їхні соціально неприйнятні трансформації. Процес каналізації (canalization) задоволення потреб аутиста в бажаному для дорослого напрямку може полегшитися тією обставиною, що додаткова потреба в озброєності, як такої, займає домінуюче положення в ієрархії мотивів дітей. Гіпотеза каналізації (П.Жане) намагається дати пояснення процесу, в ході якого від початку нейтральний стимул набуває позитивну цінність як «задовільний» (satisfier) при одночасному звуженні діапазону інших стимулів, здатних забезпечити задоволення спонукання. Тренуючи свої рухові координації в «безцільній», з точки зору дорослого, метушні, наслідуючи дії дорослих, відтворюючи їхню поведінку в своїх іграх, дитина з аутизмом зможе несвідомо накопичувати навички та вміння, більша частина з яких їй знадобиться лише надалі. На жаль, дорослі далеко не завжди розрізняють і використовують цю додаткову специфічну потребу в педагогічній практиці, хоча її задоволення здатне бути джерелом для не менш яскравих позитивних емоцій, ніж задоволення дитячої допитливості.

1.2. Сучасні теорії пояснення відхилень емоційно-соціальної взаємодії дитини-аутиста (теорія регулятивної дисфункції, ослаблення центрального зв'язування, лімбічна теорія)

Сучасні критерії аутизму відображають досягнення значної згоди щодо того, на підставі яких ознак слід діагностувати цей складний синдром, хоча вони і несуть в собі різні точки зору на це порушення. На сьогодні в світовій теорії і практиці аутизму розроблено декілька **рівнів аналізу пояснювальної моделі аутизму**, основними з яких є етіологічний, нейробіологічний, нейропсихологічний, психологічний і симптоматичний. На наше переконання, ці рівні аналізу значною мірою пояснюють і відхилення в формуванні соціально-емоційної сфери дітей з аутизмом.

1.2.1. I рівень пояснення аутизму – етіологічний (найбільш базальний рівень) – має справу з генетичними факторами, а, можливо, і з факторами середовища, які викликають аутизм. На сьогодні основним етіологічним фактором визнається генетичний, тобто фактор органічного ураження центральної нервової системи, який може бути основним чи додатковим етіологічним фактором у меншій частині випадків. Щодо фактору ураження ЦНС, то лише в 10% випадків причиною розладу спектру аутизму є діагностований медичний розлад, який власне і супроводжується ураженням головного мозку (нейрофіброматоз, синдром ламкої Х-хромосоми, туберозний склероз, фенілкетонурія та інші генетичні захворювання, що призводять до ураження нервової системи). Встановлено, що діти і дорослі з розладами спектра аутизму мають «атиповий» мозок, який в особливий спосіб сприймає і обробляє інформацію, зокрема соціальну, - власне цим пояснюються їхні труднощі в соціальній взаємодії та спілкуванні з іншими людьми. Етіологічні фактори дозволяють наблизитися до мозкових процесів, які лежать в основі поведінкових особливостей і симптомів і складають феномен аутизму (Pennington & Welsh. 1995). Так само інтенсивно досліджується можлива роль аутоімунних процесів в ураженні мозку. Втім однозначних даних, які б підтверджували роль цих факторів, наразі не має. Не має також однозначних даних, які б вказували на роль харчової алергії чи вакцинальних реакцій в розвитку РСА – на даний момент можна стверджувати про відсутність вагомих доказів щодо етіологічної ролі цих факторів.

Водночас в журналі The Guardian опубліковані результати досліджень американських і британських учених, які доводять, що аутизм може бути викликаний певними видами спадкових змін, які призводять до порушень зв'язків у головному мозку ще в ранньому дитинстві. Зокрема, вдалося виявити генетичну мутацію, відповідальну за 15 % випадків захворювання аутизмом. Так, у Великобританії біля 500 тис. людей страждають цим захворюванням, з них 133,5 тис. – діти. У них виникають значні труднощі

при оволодінні процесом читання, у спілкуванні з людьми, серед них значна кількість людей з психічними захворюваннями. Дослідники переконані, що їхні висновки допоможуть загальному процесу по виявленню людей з розладами аутичного спектра і покращити їхнє медичне лікування. Результати досліджень, проведені в Центрі прикладної молекулярної генетики в госпіталі для дітей (штат Філадельфія) і опубліковані в журналі Nature, свідчать: генетичні мутації відіграють важливу роль в порушеннях зв'язків в мозку, що значно підвищує можливість дитини захворіти аутизмом. Поодинокі випадки не являють собою загрозу, але вчені стверджують, що їм вдалося виявити певні види змін, відповідальні за 15 % випадків захворювання. Значущість цього дослідження порівнюють з відкритою декілька років тому схильністю до захворювання раком. У дослідженні, опублікованому генетиками в Molecular Psychiatry, також вказується на гени, пов'язані з ростом і розвитком нервових клітин в мозку дитини, які можуть збільшити ризик виникнення аутизму.

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

Крім того, дослідники Гарвардського університету налаштовані оптимістично стосовно розробленого ними методу ранньої діагностики аутизму не за допомогою медичної генетики, а за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ) і передбачають, що впровадження їхнього методу займе біля 5 років. При цьому на обстеження за допомогою МРТ буде відводитися не більше 10 хв. замість багатьох годин, які на сьогодні змушені проводити батьки зі своїми дітьми на прийомах у медичних генетиків, психологів, психіатрів, аутологів. Проте визнається, що в новому методі присутній суб'єктивний фактор, коли спеціаліст у зв'язку зі специфікою захворювання не має можливості одержати точні дані (аналізи, УЗД тощо), які допомагають визначити наявність захворювання чи його відсутність. У даному випадку МРТ допомагає встановити, як різні ділянки мозку взаємодіють між собою, що допомагає чітко виявити специфічні порушення, властиві аутизму. Доводиться, що новий метод дозволяє одержати конкретний діагноз в дітей молодшого віку (починаючи з 3-х років), що дуже важливо для їхніх наступних результатів розвитку, терапії, а також соціальної адаптації

Водночас аутологу при розробці проблеми аутизму, на нашу думку, важливо знати і враховувати результати тих психологічних досліджень, що спрямовані на визначення ролі генетичних чинників в розвитку особистості дитини. Так, позиція К. Юнга (Carl Gustav Jung) полягала в тому, що він вважав, що кожна *дитина з'являється на світ з «певним особистісним ескізом»*, який потенційно наявний від самого народження. *Навколишнє ж середовище лише виявляє закладене в особистості, а не визначає його.* К.Юнг

висловив ідею про те, що існує спадкова структура психічного. Наприклад, кожне немовля народжується з готовністю до сприйняття матері та реагування на неї; з готовністю до тривимірного бачення світу, яке воно розвиває досвідом і тренуваннями; з готовністю до мислення, сприйняття, почуттів тощо.

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

Г. Айзенк (Hans Jürgen Eysenck) дотримувався позиції, згідно з якою *оточення практично не має впливу на формування особистості. Генетичні чинники визначають подальшу поведінку особистості більшою мірою, ніж враження та досвід дитинства*. За Айзенком, невротичні симптоми розвиваються в результаті впливу генетичних факторів і певного досвіду, що призводить до формування сильних емоційних реакцій на певні стимули. Відповідно до цієї концептуальної позиції, можна визначити, що для вразливої дитини важливо уникати потенційно травматичних ситуацій, а також поступово навчитись поведінки, що відповідає соціальним нормам.

Унікальність (Raymond Bernard Cattell) як вченого полягала в тому, що він зробив спробу за допомогою розробленої ним статистичної процедури багатопрофільного абстрактного варіантного аналізу *порівняти внесок у розвиток особистості та її рис таких чинників, як спадковість і соціальне оточення*. У дослідженні було виявлено роль спадковості у формуванні таких рис, як інтелект, інтроверсія-екстраверсія тощо. У результаті з'явилося таке поняття в теорії рис, як часткова спадковість, тобто індикатор того, наскільки варіація певної риси залежить від спадковості.

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

К.Роджерс (Carl Ransom Rogers) доводив, що організм, як і система «Я» особистості, *мають вроджену тенденцію до актуалізації, однак вони є об'єктом сильних впливів соціального оточення і середовища*. Дитина буде успішно розвиватися, пристосовуватися та функціонувати, якщо вона виховується в умовах безумовного позитивного ставлення; тоді між організмом і «Я» не виникає дистанції (неконгруентність, невідповідність). Якщо ж оцінки батьків то позитивні, то негативні, дитина починає розуміти,

що одні її дії та почуття цінні (схвалювані), а інші - нецінні (не схвалювані). Поступово її «Я-концепція» стає дедалі більш спотвореною чужими оцінками. Дитина намагається стати такою, якою її хочуть бачити, а не такою, як вона є. К. Роджерс же переконував, що постійна увага до власних переживань, акцентування персональної точки зору призведе не до постійних конфліктів та соціального хаосу, а якраз навпаки, оскільки всі люди мають ті самі потреби, серед яких і потреба бути прийнятим іншими.

Водночас А.Н.Леонтьєв доводив, що особистість - *це цілісне утворення особливої природи, не зумовлене генотипом*. Тому в цьому значенні не можна говорити про особистість немовляти, а лише про яскраві риси його індивідуальності. Особистість визначається природою стосунків, які є суспільними і до яких людина залучається через предметну діяльність. Хоча б якими різноманітними не були види діяльності, вони мають спільну внутрішню структуру і передбачають свідому регуляцію, тобто свідомість та самосвідомість. Основою ж особистості є діяльність.

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

Увагу учених і експертів, зазвичай, не міг не привернути різкий сплеск числа захворювань аутизмом, що спостерігається в каліфорнійській Силіконовій долині. Насьогодні вважається, що цей сплеск може бути пов'язаний з генами, що часто зустрічаються у співробітників сфери високих технологій, які тут працюють. З 1987 по 1998 роки кількість дітей з цим захворюванням, які відвідують один з 21 спеціалізованих медичних центрів Силіконової долини, збільшилася на 273 %, повідомляє Бі -Бі -Сі. Є також деякі свідчення того, що схожа ситуація складається і в Силіконовій топі, зоні зосередження хайтек - підприємств у районі англійського Кембриджа. Вчені вважають, що багато співробітників, які володіють тонкими аналітичними здібностями, необхідними для успішного ведення бізнесу в сфері високих технологій і які при цьому дещо відсторонені від суспільства, якщо самі і не є носіями аутизму в його класичному вигляді, то щонайменше мають кілька генів, здатних розвинути цю хворобу.

Крім того, сучасні дослідження, як і досвід, переконують в тому, що люди, яких підтримують інші, фізично і психічно розвиваються краще, ніж ті, хто позбавлений соціальної підтримки. Однак і сама підтримка зумовлена та забезпечується не тільки виключно оточенням. Генетичні дослідження свідчать, що спадковість певних осіб є більш сприятливою і робить їх більш вправними в пошуку соціальної підтримки. *Тож не лише умови оточення, а й спадковість визначає те, що деякі люди отримують більшу соціальну підтримку.*

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

Генетика внесла основний внесок у створення уявлень про те, що РАС являють собою не обмежену кількість поведінкових варіантів аутизму, а безліч, можливо, сотні різних за етіологією форм, «які конвергують в загальні поведінкові фенотипи (Abrahams, Geschwind, 2008; Geschwind, 2009). В останні роки показано, що до 10% спорадичних і 2% сімейних випадків РАС пов'язані з мікроскопічними або субмікроскопічними хромосомними абераціями за типом варіації кількості копій (copy number variations, CNV), що виникають *de novo* (Sebat et al., 2007). Деякі CNV зустрічаються часто і в цілком певних ділянках 15-й (дуплікації q11-13), 16-й (дуплікації і делеції p11) і 22-й (делеції q11-13) хромосом; кожна з цих CNV зустрічається приблизно з частотою 0,5-1,0%, можлива кількість варіантів таких мікроаберацій невідома.

Повільніше йде вивчення генних взаємодій, окремих зацікавлених локусів, широких геномних асоціацій; ці механізми, безумовно, вносять певний (поки неоцінений точно) внесок у загальний пул генетичних ризиків. Головний стримуючий фактор - малі обсяги контингентів дослідження (зараз, як правило, кілька десятків, потрібно - тисячі). Частина кандидатів на звання «аутичних генів» відома: це патогенні мутації, пов'язані з генами нейролігіна, нейрексина і SHANK 3, що впливають на синаптичну адгезію і синаптичний

гомеостаз. Однак це мутації рідкісні, і на їх частку припадає навряд чи більше 1% випадків РАС.

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

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

1.2.2. II рівень пояснення аутизму – нейробіологічний (нейрональний) рівень аналізу аутизму (рівень мозкових структур і процесів: Frith, 1989; Ozonoff, 1997). Нейробіологічні дослідження останніх років чітко вказують на те, що походження аутизму є результатом особливостей будови та функціонування головного мозку, причини яких багаточисельні й різні. Цим, власне, пояснюється широкий спектр розладів в аутистів інтелектуального розвитку і здатності встановлювати контакт з оточуючими як за допомогою мовлення, так і невербального спілкування. Цей спектр розладів охоплює від соціально ізольованих немовленнєвих дітей з вираженою інтелектуальною недостатністю до дітей з високим інтелектом, розвиненим мовленням, але дуже обмеженим колом інтересів і труднощами в спілкуванні (діти з синдромом Аспергера). Водночас різні причини сходяться довкола спільного кінцевого нейробіологічного субстрату – порушення функцій та взаємодії певних структур мозку, що відповідають за *інтеграцію та синтез інформації, як тієї, що надходить з різних сенсорних каналів, так і спеціально мовленнєвих та соціальних стимулів.* Водночас це стосується і тих зон мозку, що відповідають за організацію поведінки загалом і соціальної зокрема.

Дані експериментальних досліджень, результати діяльності спеціалістів-практиків, зусилля батьків, окремі свідчення самих осіб з

є такі дії, як затуляння вух, примруження/затуляння очей, уникнення зорового контакту (людське обличчя сприймається як масивний потік інформації), тілесного контакту з іншою людиною чи бурхливий протест проти певного виду одягу, їжі (смакова/нюхова гіперчутливість). Відповідно, сенсорний канал, який є гіперчутливим, функціонально «вимикається», і дитина, для прикладу, немов глуха, ігнорує більшість звуків, а інші канали, які не є надчутливі, можуть навпаки стимулюватися з метою «врівноваження» та збалансування, досягнення певного суб'єктивного комфорту: наприклад, стереотипні гойдання та підскакування (вестибулярна чутливість), тривале розглядання світла, гра з водою, шнурочками тощо. На основі цієї теорії сенсорних порушень розвинена методика сенсорної інтеграції, як і ряд інших методів щодо зменшення ізольованої гіперчутливості дитини. Наприклад, лінзи від Ірен (Lenses by Irene), які сприяють десенсибілізації (зменшенню) оптичних гіперчутливостей. Метод аудіоінтеграції Томатіса (AIT – auditory integration method), який полягає в тому, що діти слухають через навушники спеціальну музику і це, як передбачається, має призвести до десенсибілізації акустичних гіперчутливостей і до покращення слухового сприйняття. Втім однозначних доказів ефективності цього методу поки що немає. Ці підходи об'єднує ідея зменшення гіперчутливості шляхом поступової десенсибілізації та регулювання входу сенсорної інформації і врівноваження інших сенсорних систем за допомогою систематичної їхньої стимуляції.

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

Крім того, виявлено, що в деяких дітей з аутизмом мозок має більший об'єм. Це породило теорію «крайньої виразності чоловічого мозку», бо статистично у чоловіків теж більший мозок, ніж у жінок. Цей факт гіпотетично пов'язують із такими нейрофізіологічними особливостями, як зменшений рівень зв'язку між зонами, більша спеціалізація зон та півкуль, що відповідно впливає на зменшення інтеграції інформації.

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

Дані електроенцефалографії, поєднаної з різними формами сенсорної стимуляції, вказують на порушення міжпівкульової латералізації (процес, за допомогою якого різні функції зв'язуються з однією чи іншою половиною головного мозку) і, як наслідок, порушення процесів інтеграції акустичної та візуальної інформації. Ці матеріали, зокрема, підтримують дані *теорії про те, що при аутизмі порушені диференціація і спеціалізація лівої півкулі щодо її функцій сприйняття та розпізнавання мовлення, інших секвенцій них (упорядковано послідовних) форм соціальної взаємодії*. Так само запис ЕЕГ, поєднаної із акустичною мовленнєвою стимуляцією, показав: у дітей є сповільнена реакція на кожне окреме слово. Цей факт розглядається і пояснюється як порушення/сповільнення реєстрації мозком одиниць мовлення. Висловлюється припущення, що в дітей з РСА поки мозок реєструє перше слово речення, інші тим часом «летять повз вуха», що певним чином пояснює проблему мовленнєвого розвитку в цих дітей.

Згідно *теорії порушеної інтеграції інформації* («крайньої виразності чоловічого мозку») діти з РСА обробляють інформацію в особливий спосіб: переважно моноканально та секвенційно (послідовно, ланцюжком). Такий тип обробки інформації характеризується тим, що увага дитини одномоментно зосереджена на одному сенсорному каналі (аудіальному, візуальному тощо). В той час як обробляється інформація, що надходить по цьому каналу, інші канали свого роду «відключені». Відповідно увага вузько зосереджена на конкретних деталях однієї сенсорної модальності, а усе інше є начебто поза полем зору/слуху. І лише по тому, як одні деталі опрацьовані, увага переходить на опрацювання інших.

Таким чином, *вузький фокус уваги, її «деталізованість» та моноканальність призводять до такого селективного (вибіркового) та незінтегрованого сприйняття світу, за якого лише частина інформації реєструється, інша ж – ігнорується*. Реєстрація інформації відбувається теж у формі «файлів» в одній сенсорній модальності (звуковій, зоровій тощо), але ця інформація не інтегрується (на кшталт об'єднуючих папок, які тематично синтезують зорову, слухову та іншу інформацію). Така моноканальна реєстрація інформації та відсутність аудіовізуальної інтеграції може, з одного боку, пояснювати особливі здібності окремих дітей із РСА – наприклад, чудову зорову чи слухову пам'ять (деякі діти з РСА запам'ятовують великі

обсяги акустичної чи візуальної інформації), з іншого – пояснювати труднощі мовленнєвого та соціального розвитку. Адже для розуміння соціальної взаємодії та розвитку мови і мовлення як засобу цієї взаємодії надзвичайно важливо обробляти соціальну інформацію «цілісно», а не за деталями, інтегрувати те, що бачимо, з тим, що чуємо. І власне розвиток мовлення є наслідком того, що дитина інтегрує почуте слово з візуальною інформацією щодо тієї ситуації, в якій воно було вжите (наприклад, поєднання образу предмета, який бачимо, зі словом м'ячик, що позначає цей предмет і яке чуємо).

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

Результати окремих нейробіологічних досліджень останніх років показали також, що діти з аутизмом можуть мати особливий «профіль» обробки акустичної інформації, при якому кожне почуте слово сприймається/реєструється з певною затримкою, повільніше, аніж у ровесників з типовим розвитком. Отже, можна передбачити, що поки реєструються перші слова, останні вже проходять «повз вуха», а відповідно, навіть при зосередженні уваги на акустичному каналі інформація реєструється частково, що призводить до труднощів чути і розуміти мовлення. Так само гіпотезується, що діти з аутизмом *не тільки сприймають інформацію моноканально, але й мають труднощі переключати увагу з одного каналу на інший, а відповідно, можуть мати орієнтацію лише на один канал обробки інформації* – часто, але не завжди, візуальний. Це стало передумовою до розвитку методик спілкування для дітей з РСА, які і відповідно *орієнтовані переважно на візуальний канал спілкування – через картинки, символи та інші способи візуального представлення інформації*. Такий тип сприйняття інформації пояснюють охарактеризованими вище нейробіологічними особливостями мозку, зокрема, порушенням формування

зв'язків між зонами мозку, які забезпечують інтеграцію різних видів інформації та формування цілісного сприйняття світу. Відповідно передбачається, що за такого типу сприйняття світ в неї представлений як «набір візуальних, акустичних та інших пазлів», не пов'язаних між собою, незрозумілих, непередбачуваних.

Англійський дослідник S. Baron-Cohen запропонував певну аналогію між таким типом сприйняття сенсорних стимулів і чоловічо-аналітичними особливостями обробки інформації. Своїй моделі аутизму він дав назву «крайня виразність чоловічого мозку». Дослідник передбачає, що власне особливістю умовно «чоловічо-аналітичного» сприйняття світу є вузький фокус уваги та обробка інформації від деталей до цілого (на відміну від жіночого широкого фокусу уваги та цілісного, гештальтного сприйняття інформації). Відповідно чоловічий тип добре підходить для наукової діяльності, сфокусованості на деталях у пошуку того, як деталі «допасовуються» один до одного. Проте визнає, *що такий підхід зовсім не підходить для соціальних стосунків, де потрібно вловлювати цілісно суть того, що відбувається, і бути уважним до багатьох аспектів спілкування (мовлення, невербального спілкування тощо)*. Таким чином, в цілому можна сказати, що жінки більш компетентні у соціальних стосунках, а чоловіки – в аналітично-технічній сфері. Попри це можна також гіпотезувати, що в мозку кожної людини існує ці дві моделі обробки інформації, що дає можливість відповідно міняти широту фокусу уваги/зосередженості на окремих деталях чи на ситуації в цілому залежно від потреб ситуації.

Згідно з моделлю «крайньої виразності чоловічого мозку» в дітей з РСА ця здатність керувати широтою фокусу уваги та інтеграції інформації дуже обмежена. Як наслідок, вони *застосовують аналітично-деталізований підхід і до соціальних ситуацій, де його однозначно недостатньо, а відповідно, дитина не може збагнути «логіки» соціальної взаємодії*. Дитина почувається розгублено, вона не може передбачити, що буде відбуватися і як їй діяти. Цей світ для неї хаотичний, непередбачуваний і незрозумілий. І, як наслідок, вона або ізолюється від цього світу, зменшує взаємодію з ним, або ж пробує вловити певні правила у соціальній взаємодії. Тоді намагається поводитися згідно цих правил, організовуючи взаємодію з людьми згідно цих правил з тим, щоб зробити цей світ більш структурованим і передбачуваним, а, отже, менш стресогенним. І, можливо, саме це лежить в основі одного з окремих симптомів аутизму, коли дитина примушує інших робити щось стереотипно, відповідно до певних її правил.

Розвиток «амигдальної» теорії аутизму пов'язаний з нейробіологічними дослідженнями останніх років, які виявили, що в дітей з аутизмом спостерігається низька порівняно з ровесниками типовим розвитком активація мигдалевидного тіла при зіткненні з соціальними стимулами. *Мигдалевидне тіло є свого роду емоційним центром мозку, частиною лімбічної системи*. Одна з основних функцій мигдалевидного тіла,

яке першим сприймає вхідну сенсорну інформацію, – швидка її обробка та надання значення інформації, що у відповідь визначає те, якій інформації ми надаємо більше значення, і в який спосіб реагуємо на неї. *Відповідно мигдалевидне тіло пов'язане з оцінкою інформації про небезпеку, і воно «вмикає» підкіркові реакції «втікай/нападай».* Так само мигдалевидне тіло надає значення соціальній інформації і робить нас селективно зосередженими на соціальних стимулах, таких, що є більш значущі, ніж інші. Власне зосередження уваги на соціальних стимулах веде до активації зон лобної кори, пов'язаних із реакціями, які спостерігаємо в дітей уже з віку немовляти, імітацією, розвитком емпатії, здатності розуміти соціальну поведінку, соціальну інформацію.

Для прикладу, орієнтація уваги на обличчі веде до поступового формування читання невербальної інформації про емоції інших людей з їхнього обличчя. Ця інформація реєструється в окремому підкірковому центрі «читання обличчя». Дослідження виявили, *що в дітей із РСА в ситуаціях, коли їм показують людські обличчя, не активується не лише мигдалевидне тіло, але й відповідні зони лобної кори та центр «читання обличчя».* Натомість активуються зони, які в інших дітей відповідають звичайно за аналіз візуально-просторової інформації (як аналіз пазлів). Відповідно на основі даних цих досліджень гіпотезується, що в дітей із РСА мигдалевидне тіло належним чином не зосереджує з раннього віку увагу дитини на соціальних стимулах. Внаслідок цього дитина сприймає людей як інші звичайні об'єкти навколишнього простору – деталізовано. При цьому *не задіюються імітаційні чинники освоєння соціальної поведінки через наслідування моделей поведінки інших людей.* Відповідно у дитини порушується процес розуміння людей та їх стосунків, не накопичується належний соціальний досвід, не формуються шаблони соціальної поведінки, які звичайно зберігає і організовує лобна доля кори головного мозку. Як наслідок, *дитина має порушену здатність розуміти також не лише поведінку інших людей, але й те, що стоїть за нею, – емоції, мотиви інших людей.* Цей дефіцит розуміння дітьми з РСА перспективи поведінки інших людей, їх внутрішнього світу отримав назву *порушена здатність «читати, що діється всередині іншої людини» (mind read).* Власне без цієї здатності дітям з РСА важко будувати стосунки з іншими людьми, гнучко взаємодіяти з іншою людиною. На подолання дефіциту розуміння іншої людини націлені також і методики соціальної реабілітації, породжені цією теорією.

Результати біохімічних досліджень показують порушення в нейромедіаторних системах серотоніну (зокрема, зменшений синтез серотоніну у фронтальній корі та підкірці). Дослідження цієї та інших систем наразі інтенсивно тривають. Порушення в системі серотоніну, яка частково причетна до регуляції «чутливості, вразливості, тривожності», а також схильності до «зациклення», підтверджуються також посередньо даними

щодо ефективності медикаментів (SSRI), що діють на систему серотоніну в регуляції тривожності та зменшенні «зацикленості» в дітей з РСА.

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

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

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

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

1.2.3. III рівень пояснення аутизму – нейропсихологічний – виконує роль посередника між мозком і поведінкою (Baron-Cohen S, Leslie, Frith 1985, Duncan, 1986; Bennetto et al., 1996, Pennington & Ozonoff, 1996; Robert Joseph, 2002, Robbins, 2006). Саме цей рівень виявляє зв'язки між структурами мозку і психічними та поведінковими функціями, які вони опосередковують. Як наслідок, вважається, що нейропсихологічна модель пояснення аутизму в принципі здатна дати єдине пояснення для широкого спектру поведінкових реакцій і симптомів, які, як правило, можуть здаватися цілком самостійними і ніяк не пов'язаними між собою. Водночас, за умови знаходження на нейропсихологічному рівні *основного порушення при аутизмі*, такий підхід дає змогу пролити світло і на мозкові основи аутизму. Це пояснюється тим, що в її рамках прагнуть виділити і відмежувати «ослаблений» компонент з тих компонентів, які є в арсеналі психіки і *дати єдине пояснення* для різних поведінкових проявів аутизму. Проте на сьогодні відбувається переосмислення пояснювальних моделей аутизму з метою переорієнтації на пошук нейропсихологічних ознак аутизму з урахуванням результатів, одержаних в нейробіологічних дослідженнях. Передбачається, що така переорієнтація допоможе виявити зв'язки нейрональних механізмів і поведінки при такому складному типу розвитку, як аутизм.

У контексті нашого дослідження проблеми корекції розвитку дитини з аутизмом особливого значення надаємо *висвітленню саме нейропсихологічного рівня розуміння порушень соціоемоційної сфери при аутизмі*. Узагальнюючи результати відповідних досліджень цієї проблеми (Pennington, Ozonoff, 1996; M. Joseph, 2002, Robbins, 2006), до *нейропсихологічних порушень соціоемоційної сфери при аутизмі* ми відносимо: порушення здатності програмувати і контролювати поведінку; переважне опрацювання соціально-емоційної інформації частинами, а не цілісно, що зумовлює поведінкові особливості; глибокі порушення соціальних і комунікативних здібностей.

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

- *теорія регуляторної дисфункції*, в якій аутизм розглядається як прояв первинного відхилення в дитини формування здатності програмувати і контролювати поведінку;
- *теорія ослабленого центрального зв'язування*, в якій стверджується, що когнітивна (в тому числі і перцептивна) обробка інформації відбувається частинами, а не цілісно, що зумовлює багато як поведінкових особливостей, так і особливостей когнітивних стратегій, якими характеризується саме аутизм;
- *лімбічна теорія*, за якою порушення соціальних і комунікативних здібностей при аутизмі можуть бути пояснені ослабленням тих психічних функцій, відповідальність за які, зазвичай, приписуються медіальним відділам вискових долей і лімбічній системі.

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

Ключовим в теорії регулятивної дисфункції є положення про порушення в дітей з аутизмом здібності програмувати і контролювати поведінку (Damasio і Maurer, 1978, Rumsey, 1985, S. Baron-Cohen, 1985, Russell, 1991, Ozonoff, 1997 та ін). Хоча традиційно вважається, що здібність програмування і контролю з'являється у досить пізньому віці, на сьогодні зростає кількість даних про її формування й розвиток на протязі раннього і дошкільного дитинства (Gerstadt, 1994, Hughes, 1998 та ін.). Це забезпечує дитині можливість виходу за межі ситуації з тим, щоб спрямовувати свою поведінку, керуючись образом мети. *Здібності програмування і контролю включають в себе тісно пов'язані, але, в принципі, різні психічні операції*: планування; роботу з інформацією, що зберігається в короткочасній пам'яті; підтримку одного ряду уявлень і переключення з одного ряду на інший; гальмування певних реакцій. У

той же час всі ці операції утворюють єдину високоорганізовану систему, яка є універсальною (не має власного продукту) і відрізняється від таких базових функцій, як сприймання, пам'ять, мовлення, відчуття.

Беручи до уваги таку складну картину, зосередимо свою увагу саме на даному нейропсихологічному підході до розгляду когнітивних і поведінкових порушень при аутизмі. Так, для визначення шляхів корекційно-розвивальної роботи важливо спиратися на дані про те, що виявлені порушення програмування і контролю при цьому виді відхилення від нормального розвитку можуть викликатися ураженням одних і тих же мозкових систем, тобто зумовлюватися одним і тим же нейропсихологічним порушенням (О. Лурія, 1947, Т. Ахутіна, 1979, А.Семенович, 2002, Rumsey, 1985). Своєю чергою, саме розлади програмування і контролю призводять до вад інтеграції і врахування сукупності особливостей ситуації, порушень вибіркової уваги до суттєвих аспектів оточуючого середовища, а також порушень індуктивної логіки. Отже, *формування, розвиток і корекція функції програмування і контролю тим самим сприятимуть підвищенню рівня можливості аутиста брати участь в соціальній комунікації, яка потребує оперативної оцінки і вибору необхідних реакцій у відповідь на інформацію, що постійно змінюється.*

Важливим є й висновок нейропсихологічних досліджень (Wimmer і Perner, 1983, Baron-Gohen, 1985) про те, що саме порушення функції програмування і контролю є причиною розладів розуміння аутистом переживання іншої людини і пояснення собі поведінки інших, виходячи з оцінки їх душевного стану. Серйозні відхилення у соціальній сфері при аутизмі, з цієї точки зору, виникають внаслідок окремого порушення і мають парціальний характер у вигляді зниження здібності до соціального пізнання. У відповідності до цього *низька здібність аутиста розуміти переживання інших людей також є відображенням більш широкого порушення процесів програмування і контролю, що проникає у всі сфери життя дитини і може лежати в основі вираженої соціальної дезадаптації*, характерної для аутизму. У цьому зв'язку підкреслюється низький рівень розвитку в аутистів здібності змінювати когнітивні установки і пригнічувати реакцію на яскраві, привабливі стимули, виявляючи при цьому когнітивну гнучкість.

При методичній реалізації цих положень важливо враховувати те, що успішне виконання різних видів діяльності залежить не тільки від стану сформованості у дітей з аутизмом тих когнітивних операцій, що безпосередньо пов'язані з функцією програмування. Необхідним є також врахування стану сформованості в аутиста уявлень про відмінні ознаки предметів і явищ; виведення принципу класифікації на основі одержаного зворотного зв'язку; рівня розвитку вибіркової уваги до тих ознак, на основі яких здійснюються операції логіки; стан можливості пригнічувати прагнення діяти за від початку правильним принципом і перебудовувати когнітивну систему. Саме тому в сучасніших аутологічних дослідженнях (Feinberg,

Faran, 1997) робиться висновок про необхідність використовувати в корекційно-педагогічній роботі з аутистами способи формування здібності до переробки інформації із застосуванням методів когнітивної нейропсихології. Ці методи ґрунтуються на врахуванні розмежування порушених і збережених компонентів, що входять до функції програмування і контролю. При цьому особливого значення надається формуванню таких компонентів програмування і контролю, як здібність до переключення з однієї когнітивної установки на іншу, гальмування неадекватних реакцій та розвиток оперативної пам'яті. При цьому важливими є дані (одержані в результаті досліджень, що проводилися з використанням різних методик) про те, що в дітей з аутизмом найбільше страждають оперативна пам'ять і гальмування побічних реакцій (Neqhes, 1996). Для пом'якшення (усунення) цих порушень необхідна розробка і застосування спеціальних завдань, спрямованих на розвиток в дітей здібності утримувати в оперативній пам'яті правила реагування з одночасним пригніченням імпульсивних реакцій.

Дотримуючись класичної ідеї О.Лурія (1971) про роль вербальних процесів в розвитку функції програмування і самоконтролю, в дослідженнях останніх років (Russell, 1997) також встановлено, що в дітей з аутизмом може бути значно ослаблена здібність використовувати внутрішнє мовлення для утримання в свідомості послідовності виконання інструкцій, застосування правил тощо, тобто здібність здійснювати регуляцію своєї діяльності. При порушенні внутрішнього мовлення в аутистів навіть при відносно хорошому володінні граматикою і лексикою мовлення, наявні труднощі в адекватному виборі і комбінуванні слів, речень в живому спілкуванні. Тобто володіння формальними синтаксичними і семантичними мовленнєвими конструкціями не забезпечує аутисту достатньо ефективну й адекватну комунікацію. З метою підвищення ефективності комунікації необхідне застосування спеціальних методик, які сприятимуть підвищенню якості зв'язку між тим, що говориться, з ситуативним, соціальним і лінгвістичним контекстом.

Таким чином, базуючись на результатах сучасних нейропсихологічних досліджень, здійснених в рамках теорії регулятивної дисфункції, вважаємо, що корекція функції програмування і контролю при аутизмі повинна проводитися в напрямку розвитку спілкування і соціальної поведінки дітей, а саме: формування вміння інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, здійснювати вибірково уважність, оперативну оцінку і вибір реакцій у відповідь на інформацію, що поступає, розуміти переживання іншої особи.

Для розробки програми розвитку, навчання і соціалізації аутичних дітей важливою є, також теорія ослаблення центрального зв'язування (U. Frith). Спираючись на принципи, закладені в гештальтпсихології, цією теорією передбачається, що при аутизмі виникає руйнування «вродженого нахилу» людини опрацьовувати інформацію таким чином, щоб із розрізнених стимулів утворювалися якомога довші ряди, в яких ці стимули були б пов'язані між

собою. При цьому страждає узагальнення різноманітних контекстів (наприклад, бачити в новій ситуації схожість з тією, що була раніше). Вважається, що такі порушення є наслідком домінування фрагментарної (сукцесивної) обробки інформації, коли складні стимули сприймаються як деяка сукупність розрізнених частин, а не як зв'язне ціле, об'єднане єдиним смислом.

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

Результати цих досліджень дозволяють передбачати можливість використання в корекційно-розвивальній роботі з аутистами методів, спрямованих на задіявання їх перцептивної організації і здібності до мисленнєвих операцій з невербальною інформацією (Lezak M.D., 1995). В даному разі важливою є та обставина, що в заданому предметі (явищі, ознаці тощо) аутист бачить його частину, а не ціле, тобто повинна враховуватися фрагментарність стратегії сприймання аутиста і зниження у нього тенденції бачити фігуру як єдине ціле, що є характерним для звичайної людини. Тобто в роботі з аутичними дітьми необхідно враховувати ту обставину, що у них наявне порушення операції синтезу, починаючи з елементарного рівня сприйняття.

Дослідженнями стану сформованості центрального зв'язування при аутизмі також встановлено, що переробка інформації в аутистів здійснюється переважно незалежно від більш широкого контексту, в якому дається інформація (Friht, 1994, Baron-Gohen, 1997). Ця обставина вимагає проведення корекційно-розвивальної роботи по формуванню в аутистів механізму зв'язного тлумачення, який сприятиме об'єднанню ними різноманітної інформації в осмислене ціле. Розвиток мозкового механізму центрального зв'язування, своєю чергою, залежить від стану сформованості в аутиста здібності до симультанної обробки як вербальної, так і наочно-образної інформації (Benovitz, 1990). Разом з тим, відповідно Нарре (1990) та Riven (1995), здійснюється фрагментарна стратегія обробки інформації і научуваності (інакше сукцесивна обробка інформації), що зашкоджує розвитку

більш економної та ефективної симультанної стратегії. Адже саме така стратегія необхідна, наприклад, для того, щоб прискорити виокремлення основного смислу у вербальній інформації, а не для того, щоб здійснити детальний аналіз певного слова з цього вербального повідомлення або букв, з яких складаються слова цього ж повідомлення тощо.

Теорія ослаблення центрального зв'язування, на нашу думку, є найбільш сильною з точки зору її можливостей пояснити всі незвичні здібності, а також грубі порушення, що притаманні аутизму. І хоча перед цією теорією у подальшому стоїть завдання довести, що різні психічні порушення при аутизмі мають характер розладу загально мозкового процесу, ми схиляємося до думки про її правильність. Адже в роботах О.Лурії (1947, 1963), О.Лурії і Л.Цветкової (1974) та ін. встановлено, що в основі таких психічних функцій, як рахунок, конструктивний праксис, наочно-образне мислення, розуміння «зворотних» логіко-граматичних конструкцій тощо. лежать симультанні структури. У роботах В.Тарасун (1997,1999,2004, 2008) підтверджено, що на процес формування в дітей з тяжкими порушеннями мовлення внутрішньої схематизації («внутрішньої геометрії»), без якої не можливе здійснення логіко-граматичних відношень, негативно впливає недостатня зрілість саме симультанного виду синтезу. Рівень сформованості сукцесивних синтезів визначає стан сформованості у них динамічних схем і денерваційних процесів, без яких не можливе формування «кінетичних мелодій, що забезпечують плавне протікання мовленнєвої та інтелектуальної діяльності.

Ці дані дають підставу по-перше, для передбачення можливості раннього прогнозування особливостей, що можуть виникнути в кінетичній організації різних психічних операцій і дій (рухових, мовленнєвих, мисленнєвих, слухового контролю та уваги, слухомовленнєвої пам'яті). По-друге, - для прогнозування виникнення труднощів у розумінні дітьми з аутизмом складних логіко-граматичних структур, у виконанні конструктивно-образотворчої діяльності, рахункових дій, у формуванні зорово-просторової пам'яті. Врахування у змісті корекційно-превентивної роботи якісної специфіки провідної недостатності симультанної структури зумовить необхідність застосування відповідних методів і прийомів в процесі навчання і соціалізації дітей з аутизмом.

Лімбічна теорія являє собою поєднання декількох теорій (біологічних, нейропсихологічних і поведінкових), в яких підкреслюється зв'язок між лімбічною системою і аутизмом. Лімбічна ділянка мозку являє собою особливий інтерес для аутології, оскільки тісно пов'язана з соціально-емоційними функціями людини. Кожна з п'яти основних структур лімбічної системи впливає на якість навчання і розвитку, оскільки саме ця система напрацьовує емоції (А.Сиротюк). Так, таламус працює як «розподільча ділянка» для всіх відчуттів, що поступають у мозок, передає рухові імпульси і бере участь в емоційних процесах та роботі пам'яті. Гіпоталамус відповідає

за поведінку в екстремальних ситуаціях, прояви агресії, болю і задоволення. Мигдалевидне тіло координує реакції страху і неспокою, що викликані внутрішніми сигналами. Гіпоколамп використовує сенсорну інформацію для формування короткочасної і довготривалої пам'яті. Базальний ганглії, сприяє контролю за тонкою моторикою м'язів обличчя і очей, які відображають емоційні стани, координує мисленнєві процеси, що беруть участь у плануванні порядку і злагодженості наступних у часі дій.

Отже, саме лімбічна система дозволяє дитині встановлювати соціальні зв'язки, формувати складні емоції з соціальним компонентом (злість, сум, радість), а в подальшому розвивати такі тонкі почуття, як любов, альтруїзм, співпереживання, щастя. Таким чином, лімбічна система забезпечує поєднання сенсорних і моторних схем з емоціями, а також утворює пам'ять. Нервові схеми, які при цьому утворюються в перші п'ять років життя дитини, пов'язують з мозковими центрами (висковим, потиличним) і являють собою матеріальну основу індивідуального мислення, пам'яті, здібностей, поведінки. Нервові схеми кожної людини специфічні й унікальні, що дозволяє говорити про необхідність розробки для кожної дитини індивідуальної програми навчання і розвитку. Крім того, лімбічна система, забезпечуючи синтез моторно-сенсорних схем емоцій і пам'яті, сприяє формуванню уяви (К.Ханнафорд), яку А.Енштейн вважав важливішою за знання, оскільки «знання говорять про все, що є, а уява - про все, що буде».

Дослідженнями лімбічної системи в дітей з аутизмом виявлено, що при збереженості здатності до безпосереднього відтворення матеріалу (Bartak, 1975) знижена здатність до відстроченого відтворення пізнання (Boucher, Warrington, 1976). Ці дані мають якомога повніше використовуватись при створенні методичних розробок навчання і розвитку аутичних дітей. Пізнішими дослідженнями (Benneto, 1996; Mishew, 1997), підтверджено, що аутисти відчують значні труднощі в організації матеріалу і мають особливості в стратегії запам'ятовування (по типу синдрому регулятивної дисфункції), які потребують відповідного коригуючого впливу.

У роботі Vachevalier (1994) доводиться, що ключову роль у ранніх аутичних проявах порушень соціальної поведінки (пасивність, відсутність ініціативи у процесі взаємодії з іншими людьми, послаблення контакту очей, збіднення мимічної та тілесної експресії та ін.) відіграють саме розлади лімбічної системи. Лінія досліджень ролі порушень функціонування даної системи при аутизмі, продовжена Dawson (1998), дала змогу з'ясувати роль цієї системи в розвитку аутизму. Автором показано, що при аутизмі порушується як функція програмування (відстрочене реагування), так і функція лімбічної системи (сенсо-моторні реакції, соціально-емоційні функції).

Таким чином, точна природа нейропсихологічного порушення, яке викликає ослаблення соціальної поведінки при аутизмі, продовжує

з'ясовуватися. Цьому присвячені дослідження ролі медіальних відділів скроневої ділянки і лімбічної системи у виникненні аутизму. Разом з тим, вже на сьогодні одержані результати стають підґрунтям корекційно-превентивної і корекційно-розвивальної роботи з аутистами.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що в нейропсихологічних теоріях аутизм переважно розглядається як комплексне порушення розвитку, яке має генетичну природу, що виявляється у вадах розвитку нервової системи. Аутизм ставить перед дослідниками, медиками і педагогами питання про те, як порушення мозкової структури і функціональної організації може призводити до настільки різних, важко порівнювальних сполученнях симптомів і поведінкових особливостей. Всі розглянуті теорії вказують на те, що те чи інше нейропсихологічне порушення може розглядатися в якості первинного. Тобто, воно може пояснювати багато, якщо не всі, поведінкові прояви аутизму. Також передбачається, що дане порушення має певну мозкову локалізацію.

Отже, гіпотеза центрального зв'язування і гіпотеза регуляторної дисфункції припускають когнітивне порушення, яке охоплює всі рівні переробки інформації, або (як у випадку регуляторної дисфункції) порушення в основному механізмі управління переробкою інформації та планування дій. Проте ці теорії схиляються більше до визначення загально мозкових порушень, ніж до порушень, які мають певну мозкову локалізацію. У разі лімбічної гіпотези склалася протилежна ситуація: порушення соціальної поведінки при аутизмі пов'язуються з дисфункцією медіальних відділів скроневої ділянки і інших лімбічних структур (Pennington & Ozonoff, 1996; Robert M. Joseph, 2002, Robbins, 2006). При цьому, однак, не пропонується певного психологічного механізму, який би виконував роль посередника між мозком і поведінкою. *Вважається, що майбутні дослідження, спрямовані на вивчення зв'язку між нейропсихологічним і поведінковим рівнями, будуть мати особливе значення для розмежування первинних і вторинних порушень в дітей з аутизмом.* Водночас це важливо і для віддиференціювання тих порушень, які мають місце при різних затримках психічного розвитку, але при цьому не є специфічними саме для аутизму.

Лонгітюдні дослідження, хоча й складні для здійснення, коли мова йде про не чисельні популяції аутистів в одному закладі, але саме вони можуть виявляти причинні зв'язки між первинними нейропсихологічними порушеннями і основними симптомами аутизму. *Вважається, що лонгітюдні дослідження, які стосуються раннього розвитку аутистів, особливо інформативні в силу двох причин. По-перше, можливість застосування відносно простих завдань полегшує виділення та вимірювання компонентів, що входять в нейропсихологічну функцію і дозволяє уникнути впливу порушень інших функцій на результати виконання цих завдань. По-друге, за допомогою відстеження поведінкових особливостей протягом*

ранніх етапів розвитку можна встановити, які порушення носять первинний, а які вторинний характер. Наприклад, до *зниження здатності до соціальної взаємодії* призводить ослаблення функції програмування і контролю, чи навпаки, зниження орієнтованості на взаємодію з соціальним оточенням заважає розвитку функції програмування і контролю.

Водночас визнається, що *дані про множинні мозкові зміни при аутизмі не цілком укладаються в систему припущень про множинні мозкові зміни*, стосовно інших аномалій, пов'язаних з порушеннями розвитку нервової системи, але якими керуються більшість нейропсихологів, що займаються аутизмом. Ці припущення є наслідком традиційного нейропсихологічного підходу, де досліджуються наслідки уражень головного мозку, що нормально розвивався. Результатом класичних досліджень уражень мозку стало виділення компонентів когнітивних функцій і тих ділянок мозку, які опосередковують ці компоненти. Як наслідок, мозок став розглядатися як такий, що складається зі спеціалізованих блоків (модулів), які уражаються в разі інсульту, травми тощо. При такому підході поведінкові прояви аутизму та інших аномалій, пов'язаних з порушенням розвитку нервової системи, тлумачаться як відображення роботи порушених і збережених блоків або нейрональних механізмів.

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

1.2.4. IV рівень пояснення аутизму – симптоматичний (рівень симптомів і поведінкових особливостей)

Отже, як показує аналіз експериментальних матеріалів, одержаних на різних рівнях пояснення аутизму, основні симптоми аутичного спектра дуже сильно відрізняються один від одного, проте в усіх людей, які страждають аутизмом, ці симптоми *проявляються в галузі соціально-емоційної взаємодії і взаємин.*

Такі симптоми можуть включати: значні проблеми в розвитку навичок невербального спілкування, наприклад, звичка не дивитися в очі; специфічні вирази обличчя; положення тіла; припинення розвитку вміння наслідувати (на відміну від нейротипової дитини, яка навчається, наслідуючи щось і когось); невміння розвинути дружні стосунки з дітьми такого ж віку;

недоліки інтересу розділити задоволення, захоплення або досягнення з іншими; недоліки співпереживання; важкість зрозуміти почуття і емоції інших людей. Детальніше розглянемо, *по перше*, прояви основних симптомів аутизму, об'єднавши їх у відповідні групи (у сфері вербального і невербального спілкування, інтересів, емоцій, соціальної поведінки тощо) і, *по друге*, коротко проаналізуємо (на рівні симптоматичного пояснення аутизму) причини, механізми виникнення і класифікацію цього складного порушення розвитку.

А. Основні симптоми, що виявляються у сфері соціальної поведінки, вербального і невербального спілкування, в особливостях інтересів, у видах діяльності та в іграх.

1. Особливості соціальної поведінки:

- ✓ Порушення саме соціальних взаємодій відрізняють розлади аутичного спектру від решти розладів розвитку. Людина з аутизмом нездатна до повноцінного соціального спілкування і найчастіше не може, подібно звичайним людям, інтуїтивно відчутти стан іншої людини. Т. Грандін, відома жінка-аутист, нездатність аутистів вникнути в соціальні взаємодії нейротипіків або людей з нормальним нейророзвитком описала як відчуття «антрополога на Марсі».
- ✓ Соціальні порушення стають помітними вже в ранньому дитинстві. Немовлята з аутизмом приділяють менше уваги соціальним стимулам, рідше посміхаються, рідше дивляться на інших людей, рідше відгукуються на власне ім'я. У період навчання ходьбі дитина ще помітніше відхиляється від соціальних норм: зрідка дивиться в очі, не передбачає зміною пози спробу взяти її на руки, а свої бажання частіше висловлює, маніпулюючи рукою іншої людини. У віці від трьох до п'яти років такі діти рідше демонструють здатність до розуміння соціальної обстановки, не схильні спонтанно наближатися до інших людей, реагувати на прояв ними емоцій або імітувати чужу поведінку, брати участь в невербальному спілкуванні, діяти по черзі з іншими людьми. У той же час вони прив'язуються до тих, хто безпосередньо про них піклується. Впевненість у прихильності в них помітно нижча, хоча при більш високому інтелектуальному розвитку або менш вираженому аутичному розладі цей показник нормалізується. Більш дорослі діти з розладами аутичного спектру гірше справляються із завданнями на розпізнавання осіб і емоцій.
- ✓ Всупереч поширеному переконанню, діти-аутисти аж ніяк не прагнуть до самотності, до повної ізоляції. Водночас їм складно зав'язувати і підтримувати дружні стосунки. Згідно з результатами деяких наукових досліджень почуття самотності у них пов'язане

швидше з низькою якістю наявних стосунків, ніж з невеликим числом друзів.

- ✓ Незважаючи на безліч розрізнених повідомлень про акти насильства і прояви агресивної поведінки з боку осіб з розладами аутичного спектру, систематичних досліджень на цю тему мало. Як наслідок у відповідності з обмеженими даними аутизм в дітей асоційований в основному з агресією, знищенням майна та нападами гніву. За даними опитування батьків серйозні напади гніву відзначалися в двох третин дітей з розладами аутичного спектру, а кожен третій проявляв агресію, при чому напади гніву частіше виникали в дітей, що мали проблеми з засвоєнням мовлення. У шведському дослідженні 2008 року показано, що в когорті осіб старше 15 років, що вийшли з клініки з діагнозом розлади аутичного спектру, вчинення насильницьких злочинів асоційоване з супутніми психопатологічними станами, такими як психоз.
- ✓ Генералізована недостатня соціальна научуваність є в більшості аутистів. Так, встановлено, що в дітей з найважчими формами аутизму цей показник становить: у 50% $IQ < 50$, у 70% < 70 , і майже у 100% $IQ < 100$. Незважаючи на те, що синдром Аспергера та інші розлади аутичного спектру все частіше виявляються в дітей з нормальним інтелектом (в тому числі і вище середнього), ці більш легкі аутичні розлади також часто супроводжуються генералізованою недостатністю соціальної научуваності: приблизно у чверті аутичних осіб з недостатньою научуваністю і близько 5% аутичних з нормальним IQ зустрічаються розлади поведінки, які часто маніфестують в підлітковому віці.
- ✓ Гіперактивність, дефіцит концентрації уваги і негативні прояви поведінки нерідко в дітей спостерігаються при виконанні завдань, нав'язаних дорослими. При цьому дитина може добре зосереджуватися на самостійно обраних задачах (напр., на вибудовуванні кубиків в ряд, перегляді одного і того ж мультфільму знову і знову тощо). Тяжкі і часті спалахи гніву й агресії можуть бути викликані переважно тим, що дитина не здатна повідомити про свої потреби, або ж втручанням когось в її ритуали і звичайний розпорядок.
- ✓ У дітей з аутизмом частіше відзначаються незвичні поведінкові реакції на сенсорні стимули, проте немає твердих доказів того, що ці симптоми можуть бути рисою, що відрізняє аутизм від інших розладів розвитку. Більш виражені відмінності в поведінці виявляються в недостатній реактивності (наприклад, дитина натикається на предмети), на другому місці стоїть надлишкова реактивність (наприклад, плач від гучних звуків), потім - прагнення до сенсорної стимуляції (наприклад, ритмічні рухи). У декількох дослідженнях відзначена асоціація аутизму з проблемами моторики, включаючи

ослаблений тонус м'язів, погіршене планування рухів, і ходьба навшпиньки; хоча не відзначається асоціація розладів аутичного спектру з важкими руховими порушеннями.

- ✓ Серед дітей з розладами аутичного спектру приблизно в двох третинах випадків спостерігаються відхилення в харчовій поведінці, настільки помітні, що раніше ця ознака вважалася діагностичною. Найпоширенішою проблемою є вибірковість у виборі страв, однак також можуть відзначатися ритуали і відмова від їжі; при цьому не зазначається недоїдання. Хоча в деяких дітей-аутистів також можуть відзначатися симптоми порушення роботи шлунково-кишкового тракту, в наукових публікаціях немає впевнених доказів теорії, яка припускає підвищену частоту або особливий характер таких проблем в аутистів. Результати досліджень різняться і зв'язок проблем травлення з розладами аутичного спектру залишається неясною.
- ✓ У дітей з порушеннями розвитку частіше виникають проблеми зі сном, і у випадку з аутизмом, за деякими даними, ці проблеми поширені ще більш; дітям-аутистам буває складніше заснути, вони можуть часто прокидатися серед ночі і рано вранці. За результатами досліджень, близько двох третин дітей-аутистів в своєму житті відчували проблеми зі сном.
- ✓ Стосовно необхідних і достатніх симптомів (ознак) аутизму. Коли постає питання, які ознаки визначають таке порушення розвитку, як аутизм то, по суті, визначаються ті симптоми, які є необхідні і достатні для постановки діагнозу. У будь-якого порушення є основні ознаки, наявність яких дає можливість поставити діагноз. Однак зустрічаються ще й необов'язкові ознаки, які в дитини можуть існувати, а можуть бути і відсутніми. *Основні ознаки повинні бути достатні для постановки діагнозу і давати можливість відрізнити дане порушення від усіх інших.* Оскільки перші погляди Каннера були засновані на спостереженнях за обмеженою кількістю дітей, направлених в його клініку, природно, в його опис увійшло багато необов'язкових і навіть не пов'язаних з аутизмом ознак (наприклад, соціальне походження). Успіх дослідження природи і причин аутизму пов'язаний зі зверненням до численних клінічних даних, що дозволило виключити ті симптоми, які, хоча і присутні в деяких дітей з аутизмом, але не є симптомами аутизму як такого. *Без такої постійної «чистки» спроби пояснити аутизм навряд чи були б успішними, оскільки дослідники витрачали б час, намагаючись дати пояснення випадковим і не специфічним для аутизму симптомам.*
- ✓ У минулому випадкові ознаки відхилень у поведінці деколи розглядалися як найважливіші симптоми і навіть як причини аутизму, в результаті чого дослідження йшли помилковим шляхом. Як приклад, наводиться «гіпотеза надвибірковості», запропонована Lovaas та ін (1971), згідно з якою причина аутизму - надвибірковість уваги. Ця

багатообіцяюча теорія похитнулася, коли було виявлено, що труднощі дитини при розподілі уваги між різними аспектами навколишнього оточення і у взаємодії з іншими зустрічаються при затримці психічного розвитку в цілому і *не специфічні саме для аутизму*.

- ✓ Огляди епідеміологічних робіт змусили вчених також зробити висновок про те, що багато інших симптомів, які зустрічаються в поведінці аутистів, є не специфічні для аутизму. Так, наприклад, L.Wing і J.Wing (1971) знайшли, що хоча більше 80% з обстежених аутистів віддавали перевагу проксимальним відчуттям (запахи, смаки, дотик), такі ж переваги були виявлені у 87% дітей з частковою втратою зору і слуху, у 47% пацієнтів з синдромом Дауна та у 28% дітей з типовим розвитком. Оскільки такі прояви, як труднощі навчання, стереотипії і відставання когнітивного розвитку, можна зустріти і в неаутичних дітей, вони не можуть бути первинними і достатніми причинами аутизму.
- ✓ Бажаючи виділити ознаки, характерні і специфічні саме для аутизму, зазвичай дослідники проводять порівняння аутистів з контрольною групою, що складається з дітей або дорослих з таким же ступенем затримки когнітивного розвитку, але не страждають на аутизм. Порівняння груп за IQ і розумовим віком дає впевненість, що відмінність груп обумовлена аутизмом, а не затримкою когнітивного розвитку.
- ✓ Завдяки Л. Каннеру і Г. Аспергеру аутизм і в той час, як і тепер, визначається на підставі поведінкових ознак. За Л.Каннером, необхідними і визначальними симптомами аутизму є «аутична самотність» дитини і «нав'язливе прагнення до постійності» (Kanner і Eisenberg, 1956). Хоча перші каннерівські описи дуже красномовні, і сьогодні здається, що багато дітей з аутизмом в точності відповідають намальованій ним картині. Проте по мірі того, як про аутизм ставало відомо все більше і більше, діагностичні критерії зазнали деяких змін. Як результат, первісний опис Л. Каннера був згодом змінений, в міру того як з'ясовувалося, що одне і те ж порушення може проявлятися по-різному. Так, незважаючи на те, що деякі аутичні діти дійсно уникають соціальної взаємодії, як це було в каннерівських пацієнтів, інші просто пасивні або навіть можуть проявляти активність в соціальній взаємодії, але певним своєрідним чином (WingHGould 1979). Було відмічено, що клінічна картина аутизму варіює як між різними людьми, так і в одній і тій же людині, в залежності від інтелектуальних здібностей і віку. Оскільки прояви аутизму виявилися настільки різноманітні, L.Wing (1988) ввела поняття «аутичний спектр», щоб зафіксувати ідею про те, що одне і те ж порушення може проявлятися різним чином.

2. Особливості інтересів можуть включати:

- ✓ Незвичну концентрацію уваги на окремих деталях, окремих частинах предмета. Такі діти часто фокусують увагу не на цілій іграшці, а на її деталях, наприклад, їх довготривало можуть цікавити лише коліщата на машинці, замість того, щоб гратися з цілою іграшкою. Проте подібні ознаки деякими вченими не розглядаються як найважливіші для аутизму, оскільки надвибірковість уваги, труднощі розподілу уваги між різними аспектами навколишнього оточення зустрічаються також при затримці психічного розвитку в цілому і тому не можуть бути специфічними саме для аутизму.
- ✓ Захопленість певними темами. Наприклад, діти можуть розважатися за допомогою лише відеоігор або номерних знаків на автомобілі.
- ✓ Необхідність в одноманітності і стабільності режиму. Наприклад, дитина може вимагати перед тим, як з'їсти салат, *завжди* з'їсти хліб, наполягати, щоб кожен день її відвозили в школу одним і тим же маршрутом тощо.
- ✓ стереотипна циклічність рухів (наприклад, погойдування тіла, біг по колу, вертіння предмета або лякання в долоні тощо).

3. Особливості вербального та невербального спілкування. Ця симптоматика може включати:

- ✓ Набагато пізніше становлення і розвиток мовлення або взагалі його відсутність (припускається, що близько 40% людей, які страждають аутизмом, ніколи не зможуть говорити). Їм важко розпочати розмову, важко її продовжувати після того, як вона вже почалася. Спостерігається *стереотипне і повторне використання мовлення*: люди, які страждають аутизмом, дуже часто знову і знову повторюють одну і ту ж раніше почуту фразу (ехолахія). Їм важко зрозуміти свого співрозмовника. Наприклад, аутист може не розуміти, що той, хто з ним розмовляє, використовує гумор, оскільки *розуміють спілкування дослівно і можуть не розуміти прихованого значення*. Порухення соціальної взаємодії пов'язують з відсутністю здатності до сприйняття інших людей як активних суб'єктів зі своїми власними уявленнями; характер комунікативних порушень буде обумовлювати *неможливість уявити собі наміри співрозмовника або сприймати його висловлювання як відображення його думок*. Поведінка для дитини стає осмисленою лише з точки зору внутрішніх переживань. Без такої «моделі психічного» світ соціальних відносин повинен бути таким, що лякає і є непередбачуваним. Не дивно, що аутисти часто захищаючись від нього, відходять від нього у фізичному або психологічному сенсі. Більшість дивацтв у комунікативній поведінці аутиста можна краще зрозуміти, якщо пам'ятати, що він *не може «зчитувати внутрішні уявлення»*, так

як це роблять більшість людей. Уявлення про «психічну сліпоту» аутичних дітей також може допомогти їхнім батькам, які часто стикаються з абсолютно неймовірною поведінкою своїх дітей.

- ✓ У комунікативній діяльності більшості дітей з аутизмом така складова функції програмування і контролю, як «придушення підготовленої, але неадекватної відповіді» є недорозвиненою. Як наслідок, *діти не розуміють, яка відповідь буде підходящою в даній ситуації, особливо при зміні ситуації*. Тобто, якщо стимул сприймається незалежно від ситуативного контексту, це може виглядати як нездатність до придушення. У випадку, коли контекст не має ніякого значення, в аутистів може і не бути проблем з придушенням. Хоча в деяких з них поряд з порушенням сприйняття і певними мовленнєвими проблемами можуть бути додаткові труднощі із придушенням неадекватної відповіді. Діти можуть чудово розуміти окремі слова, але *не сприймають весь зміст речення в цілому, що дозволяло б їм правильно інтерпретувати двозначності* (наприклад, слова-омографи). Ці діти користуються фрагментарною стратегією обробки інформації, що призводить до того, що вони дуже погано уявляють собі, як правильно вимовляти ключові слова-омографи і як змінюється значення окремого стимулу в залежності від контексту.
- ✓ За даними спеціальних досліджень, базові показники володіння мовленням, в тому числі словниковим запасом і правописом, у високофункціональних дітей-аутистів 8-15 років виявилися не гірші, ніж в контрольній групі, а в дорослих аутистів – навіть кращі. У той же час обидві вікові групи аутистів показали нижчі результати в складних завданнях, що вимагають використання образного мовлення, які оцінюють здатності розуміти мовлення і робити висновки. Оскільки перше враження про людину найчастіше складають за його базовими мовленнєвими здібностями, то результати відповідних досліджень дозволяють припустити, що люди при спілкуванні з аутистами схильні переоцінювати ступінь їх розуміння.

4. Особливості проявів симптомів аутизму в різні періоди вікового розвитку.

Симптоми аутизму зазвичай першими помічають батьки або ті, хто доглядає дитину *в перші три роки*. І хоча аутизм в дитини є від народження (врожений), ознаки порушень в період раннього дитинства дуже важко виявити і діагностувати. Батьки правильно починають тривожитися і турбуватися, коли помічають, що їхня *однодворічна дитина*:

- ✓ Не любить, щоб її обіймали; здійснює циклічні рухи; не виявляє зацікавленості в певних іграх (наприклад, у грі в ку-ку); не починає говорити; може довгий час одноманітно розгойдуватися; часто здається, що дитина не чує, а іноді може здаватися, що вона чує

віддалені фонові звуки, наприклад, гудок поїзда. Вже в перший рік життя можуть спостерігатися такі відхилення, як більш пізні виникнення белькотіння, незвична жестикуляція, слабка реакція на спроби спілкування, різнобій при обміні звуками з дорослим. На другий і третій роки життя діти-аутисти рідше і менше белькочуть, в їхньому мовленні менше приголосних звуків, менший словниковий запас, вони рідше комбінують слова, їх жести рідше супроводжуються словами. Вони зрідка звертаються з проханнями і діляться своїми переживаннями, схильні до ехолалії і реверсії займенників (наприклад, у відповідь на запитання: «Як тебе звати?» Дитина відповідає: «Тебе звать Діма», не замінюючи слово «тебе» на «мене»). Для оволодіння функціональним мовленням, необхідна зокрема «спільна увага». Недостатній розвиток цієї здатності, як вважається, є відмінною рисою немовлят з розладами аутичного спектру: так, при спробі вказати їм рукою на якийсь об'єкт вони дивляться на руку, і самі рідко вказують на об'єкти, щоб поділитися переживанням з іншими людьми. Дітям-аутистам може бути важко грати в ігри, що вимагають уяви, і переходити від окремих слів-позначень до зв'язного мовлення;

- ✓ Іноді дитина починає розвиватися, як і діти з типовим розвитком. Потім батьки починають помічати, що дитина (приблизно після півтора років) втрачає набуті навички (зокрема не починає формуватися особовий займенник Я); втрачає здатність до наслідування як важливого компонента навчованості; уникає контакту очей при спілкуванні з близькими людьми, їй важко дається цей вид контакту, вона намагається всіляко його уникати, оскільки оточуючий світ своїми несподіванками починає мати для неї переважно травмуючий вплив; слабшає інтерес до людей; розвивається неадекватна прихильність до неживих предметів; спостерігається амбівалентність афекту (задоволення і страху одночасно) та необґрунтованість страхів тощо. Особливо необхідно бути уважним до процесу розвитку моторики дитини: чи не має в ній циклічності – тобто, чи не любить вона розгойдуватися, безкінечно повторювати одні і ті ж рухи. Розгойдування спеціалістами визначається як тривожний симптом, коли воно раптом починається в півтора-два роки.
- ✓ Симптоми аутизму виявляються і в шкільному і в підлітковому віці, хоча в цьому віці поведінка дитини часто змінюється. Більшість дітей здобуває нові навички, однак все ще запізнюються в умінні спілкуватися і розуміти оточуючих. Статеве дозрівання і розвиток статевої ідентифікації можуть стати особливо важкими саме для цієї категорії дітей. Підлітки також схильні до підвищеного ризику при не знаходженні шляхів розв'язання проблем, пов'язаних з депресією і страху.
- ✓ Деякі дорослі, які страждають аутизмом, можуть працювати і жити самостійно. Ступінь самостійності дорослої людини, яка страждає

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

- ✓ Водночас необхідно враховувати те, що останнім часом *в дітей різного віку* виокремлюються випадки, які розглядаються як *набутий аутизм*, тобто аутизм набутий внаслідок, наприклад, стійкого несприйняття медичного препарату, перенесеної емоційної чи іншої травми, несприятливої екології тощо.
- ✓ Більшість *людей різного віку*, які страждають аутизмом, мають симптоми схожі з синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Проте необхідно враховувати, що ці симптоми, особливо *проблеми з соціальними взаємостосунками*, більш яскраво виражені в людей, які страждають аутизмом.
- ✓ Багаточисельними дослідженнями доведено, що при ранньому й інтенсивному лікуванні і психолого-педагогічному втручанні більшість дітей покращують свої здібності в стосунках з оточуючими, у спілкуванні. На противагу поширеному міфу про дітей, які страждають аутизмом, *дуже мало хто з них живе в повній ізоляції* або «живе в своєму власному світі».

5. Інші важливі симптоми аутизму, що вимагають їхнього врахування батьками і педагогами:

- ✓ Приблизно 10% людей з діагностованим аутизмом, *мають особливі здібності і схильні до їхнього удосконалення* в деяких специфічних галузях, наприклад, в запам'ятовуванні списків, вираховуванні календарних дат, малюванні, музиці тощо. Водночас відомо, що 20% штатних співробітників компанії Microsoft – це люди з діагностованим аутизмом; майже 50% штатних співробітників Силіконової долини мають цей самий діагноз. Крім того, відомо, що і Ч.Дарвін, і В.Ален, О.Пушкін, А.Ейнштейн, А.Крісті, Б.Гейтс, С. Спілберг, математик Г.Перельман та інші видатні особистості багатьма психологами вважаються аутистами. Так, це є, але абсолютно не обов'язково, що кожен аутист буде рахувати як Раймонд Беббіт з «Людини дощу», знімати кіно як Вуді Аллен, або грати на фортепіано як Євгеній Кисін. Від 0,5% до 10% осіб з розладами аутичного спектру демонструють незвичайні здібності, які поширюються від вузьких окремих навичок

(наприклад, запам'ятовування незначних фактів) до надзвичайно рідкісних талантів, що спостерігаються при синдромі саванта. Савантизм (від фр. *savant* - «учений») - рідкісний стан, при якому особи з відхиленням у розвитку (в тому числі аутичного спектру) мають «острів геніальності» - видатні здібності в одній або декількох галузях знань, що контрастують із загальною обмеженістю особистості.

- ✓ І так само неправильно припускати, що аутист не бачить, не чує і не розуміє. Типовим, зазвичай, є те, що він з *величезними труднощами визначає, що в даний момент є важливим, а що ні*. Він не вміє вчасно «відключити» не важливі шуми, не важливі деталі, а може сприймати їх як гуркіт, який його травмує. Тому аутист вважає (або не знає), що для нього в цей момент є важливим – наприклад, гуркіт чи розмова. Але це не означає, що він не чує співрозмовника: навпаки – прекрасно чує.
- ✓ У більшості дітей, які страждають аутизмом, *надзвичайно чутливе і специфічне сприйняття*. Вони не відгукуються на своє ім'я, не грають з іншими дітьми, лякаються шуму машин і пильних поглядів, не дають брати себе на руки і бояться будь-яких дотиків. Наприклад, вони можуть сприйняти легкий дотик як хворобливий, а сильне стискання - як щось заспокійливе, можуть взагалі не відчувати болю і водночас здригатися від дотику. Дітям з *сенсорно-інтегративною дисфункцією* важко обробляти інформацію, отриману в результаті відчуттів (дотику, руху, запахів, смаку, зору, слуху) і реагувати на неї належним чином. Малюки можуть бути надмірно чутливими до запахів; гіперчутливими до певних видів тканин (можуть носити лише той одяг, який м'який і приємний для них на дотик); надмірно чутливі до звуку (пилососу, газонокосарки, фена, сирени - все це може їх дратувати); в деяких з них виявляються особливі переваги в їжі і незвичні захоплення. Тобто, в таких дітей, зазвичай, одне або кілька відчуттів недостатньо розвинені або ж навпаки - надмірно чутливі, загострені. Цікавим є сприйняття деяких осіб, яке, очевидно, включає як сприйняття окремих рис (частин) людини, так і всього її вигляду (цілісності) (Tanaka і Farah 1993). Так, в умовах, коли фотографії знайомої людини пред'являються в перевернутому вигляді, з цих двох видів переробки інформації саме сприйняття цілісного вигляду виявляється порушеним (Bartlett і Searcy 1993; Rhodes та ін 1993). Це додатково пояснює раніше отримані дивовижні дані, *що аутисти відчувають менше труднощів при сприйнятті перевернутих облич* (Langdell 1978; Hobson та ін 1988).
- ✓ Вважається неправильним думати, що всі аутисти емоційно холодні, бездушні. Навпаки, є думка про те, що вони занадто чутливі. *Вони не можуть співпереживати, тому що не можуть зрозуміти, кому саме співпереживати*. Аутисти не знають, чи потрібно співпереживати розбитій чашці, зламаним дверям чи людині, яка плаче. Для них все це

єдиний світ. У зв'язку з тим, що в аутистів значна проблема з власним «я» - вони не розуміють його меж, не розуміють, як їх ідентифікують ті, хто їх любить. Самі вони можуть не впізнати близьку людину і впасти в абсолютну паніку, якщо вчора вона була з розпущеним волоссям, а сьогодні зі стрижкою. Але їх можна цьому навчити - навіть дорослих. *Любов Аркус* зняла фільм «Антон тут поруч» про юнака, з яким вона познайомилася, коли йому було 20 років і коли він не говорив, не вмів плакати і не посміхався. Через чотири роки після проведеної відповідної корекційно-розвивальної роботи він розмовляв, плакав, сміявся, ходив з батьком за водою, рубав дрова, готував суп. Це все в аутистів є, проте щоб цього досягнути необхідно, зрозуміло, здійснювати цілеспрямовану спеціальну роботу.

- ✓ Сенсорно-інтегративна дисфункція може викликати значні проблеми в розвитку і в поведінці дитини як наслідок її нездатності правильно обробляти сенсорну стимуляцію, що надходить від зовнішнього світу. У багатьох дітей може бути декілька або і всі з вище описаних симптомів. Однак при встановленні діагнозу «сенсорно-інтегративна дисфункція» важливо, щоб *фахівець оцінював не окремі симптоми поведінки, а саму модель їхньої поведінки.*
- ✓ Правильній переробці інформації, що надходить з навколишнього світу, дітям з аутизмом може перешкоджати, зокрема, те, що вони:
 - або постійно перебувають в русі, або дуже легко втомляються, або часто переходять з одного стану в інший;
 - відчують дискомфорт, коли, наприклад, катаються на гойдалках, спускаються з гірки, по сходах або з інших похилих площин, вчаться їздити на ескалаторі, на дитячому велосипеді;
 - мають нестійку рівновагу, неповороткі, легко спотикаються, у них погана рівновага;
 - виявляють постійну незграбність дрібної моторики, внаслідок чого їм важко справлятися з маленькими предметами (наприклад, з гудзиками або кнопками);
 - відмовляються від деяких продуктів через несприйняття їх на смак, на дотик, або при їхньому прожовуванні;
 - важко заспокоюються після фізичних вправ або емоційного навантаження;
 - не потребують різноманітності в іграх (наприклад, дитина може знову і знову грати з однією і тією ж іграшкою або в одну і ту ж гру, або ж дивитися одну і ту ж телепередачу чи відео).

Б. Причини, механізми виникнення і класифікація розладів аутичного спектра аутизму

1. Причини виникнення розладів аутичного спектра.

а) Генетичні зміни як одна з фундаментальних причин аутичного розладу.

Як зазначалося, на протязі довгого часу вважалося, що характерна для аутизму тріада симптомів викликається певною загальною причиною, що діє на генетичному, когнітивному і нейрональному рівнях. Проте в даний час все більшої сили набирає припущення про те, що аутизм, *навпаки, являє собою складний розлад, ключові аспекти якого породжуються різними причинами, які часто діють одночасно.* Доводиться, що різні типи мутацій (делеції, дуплікації й інверсії) – це ті хромосомні порушення, які змінюють структуру хромосом і можуть бути пов'язані з розвитком аутизму.

І хоча значною мірою розвиток аутизму пов'язаний з генами, проте генетика аутизму складна і неясна. Це надає взаємодії безлічі генів або рідкісним мутаціям, що мають сильний ефект, переважного впливу на появу розладів аутичного спектра. Складність обумовлена багатосторонніми взаємодіями великої кількості генів, зовнішнього середовища і епігенетичних факторів, які самі по собі не змінюють код ДНК, проте можуть успадковуватися і модифікувати експресію генів. У ранніх дослідженнях близнюків виникнення успадкованого аутизму оцінювалося більш ніж в 90% за умови проживання дітей в одній обстановці і відсутності інших генетичних і медичних синдромів. Однак більшість мутацій, що підвищують ризик аутизму, поки що залишаються невідомими. Як правило, в разі аутизму не вдається простежити зв'язок розладів з менделівською мутацією (зачіпає одиничний ген) або з одиничною хромосомною аберацією як при синдромі Ангельмана (синдром щасливої маріонетки) або синдрому Мартіна-Белла, головним симптомом якого є інтелектуальне недорозвинення, своєрідне мовлення, порушення поведінки у вигляді агресивності, рухової розгальмованості, підстрибування, поплескування руками, повороти навколо своєї осі, струшування кистями рук, «манежний» біг, різноманітні гримаси. Ряд генетичних синдромів асоційований з розладами аутичного спектра, однак ні при одному з них симптоми не вкладаються в точності в типову для таких розладів картину. Виявлено безліч генів-кандидатів, однак ефект кожного з них дуже малий. Передбачається, що причиною появи великого числа аутистів в здорових сім'ях можуть бути варіації числа копій – спонтанні делеції та дуплікації геномних ділянок при мейозі. *Отже, на думку фахівців, значна кількість випадків аутизму може бути віднесена на рахунок генетичних змін, які у високому ступені успадковані, хоча при тому самі не були успадковані, оскільки це нові мутації, що викликали аутизм в дитини, але відсутні у батьків.*

Є лише уривчасті дані про інші зовнішні фактори, що можуть бути причиною аутизму, і вони не підтверджені надійними джерелами, але в

цьому напрямку ведеться активний пошук. Про можливий внесок цих факторів в розвиток аутизму або в його обтяження висловлювання робилися стосовно багатьох факторів зовнішнього середовища. Деякі з передбачуваних взаємодій можуть виявитися корисними в якості об'єкта майбутніх досліджень. Серед таких факторів - певні продукти харчування, інфекційні захворювання, важкі метали, розчинники, вихлопи дизельних двигунів, фталати і феноли, що використовуються у виробництві пластиків, пестициди, бромінування вогнезахисних матеріалів, алкоголь, куріння, наркотики, вакцини і пренатальний стрес. Час проведення стандартної вакцинації дитини може співпасти з моментом, коли батьки вперше помічають в неї аутичні симптоми. Занепокоєння з приводу ролі вакцин призвело в деяких країнах до зниження рівня імунізації населення, що підвищило ризик спалахів захворюваності на кір. При цьому в переважному числі наукових досліджень не знайдено зв'язку між MMR-вакциною (захищає дитину від кору, свинки і краснухи) і аутизмом, а також переконливих наукових доказів впливу тімеросалу (ртутьвмісний консервант), який додається у вакцини, на ризик розвитку аутизму. Хоча Американська академія педіатрії та Служба громадської охорони здоров'я ще в 1999 року ставила за мету: якомога швидше видалити вакцинний консервант тімеросал з вакцин, що рекомендовані для дітей [<http://www.vaccinesafety.edu/AAFP-AAP-ACIP-thimerosal.htm>].

На сьогодні доводиться, що причини аутизму тісно пов'язані з генами, які впливають на дозрівання синаптичних зв'язків в головному мозку. Проте зазначається, що генетика захворювання складна і в даний момент неясно, що більше впливає на виникнення розладів аутичного спектру: взаємодія безлічі генів чи мутації, що виникають зрідка. У рідкісних випадках виявляється стійка асоціація хвороби з дією речовин, що викликають вроджені дефекти. Інші передбачувані причини спірні, зокрема, як зазначалося, не отримали поки що будь-яких наукових доказів гіпотези, які пов'язують аутизм з вакцинацією дітей. І хоча за даними сайту <http://www.autismspeaks.org>, на сьогодні аутизмом страждає кожна 88-а дитина в світі, проте зазначається, що поки неясно, чи підвищилася реальна поширеність розладу.

При аутизмі відзначені зміни в багатьох ділянках мозку, але як саме вони розвиваються – вивчено недостатньо. Зазвичай батьки помічають ознаки розладу протягом перших двох років життя дитини. Незважаючи на те, що при ранньому поведінковому і когнітивному втручанні дитині можна допомогти в отриманні навичок самодопомоги, соціальних взаємодій і спілкування, в даний момент невідомі методи, здатні повністю вилікувати від аутизму. Небагатьом дітям вдається перейти до самостійного життя після досягнення повноліття, однак деякі домагаються успіху, більше того, виникла своєрідна культура аутичних людей, ряд представників якої займаються пошуками ліків, інші ж вважають, що аутизм – скоріше «особливий», альтернативний стан, ніж хвороба. Як захворювання нервової

системи, аутизм найчастіше формується в дітей у віці до 3 років і проявляється насамперед в затримці розвитку і у відсутності прагнення, в небажанні йти на контакт з оточуючими.

Незважаючи на те, що діагностична таблиця DSM-IV (у переліку DSM-IV міститься приблизно 400 психічних розладів) не дозволяє ставити діагноз аутизму в сукупності з низкою інших станів, найчастіше при аутизмі відзначається повний набір критеріїв СДУГ і синдрому Туретта (нервово-психічний розлад, що характеризується руховими і голосовими тіками, наприклад, покашлюванням, вимовлянням фраз, морганням). Така коморбідність, тобто наявність додаткової клінічної картини (вже існуючої або яка може з'явитися самостійно, крім поточного захворювання, і завжди відрізняється від нього) фахівцями все частіше визнається.

б) Соціальні умови як одна з фундаментальних причин аутичного розладу.

На сьогодні на вирішення проблеми соціалізації аутичних дітей спрямовані зусилля зарубіжних і вітчизняних спеціалістів, які використовують широкий комплекс методів – медичних, соціально-педагогічних, нейропсихологічних і психологічних. Однак ці зусилля (за науковими даними) часто залишаються недостатньо ефективними, що зумовлено, на наш погляд, відсутністю єдиної теоретичної позиції спеціалістів, різноманітністю підходів, теоретичних установок, що використовуються, а також недостатньо критичним запозиченням вітчизняними спеціалістами технологій і методів психотерапії і психолого-педагогічної корекції, розроблених за кордоном. Так, для психологічних і психотерапевтичних моделей, розвинутих на Заході, характерним є розподіл роботи з інтелектуальною і поведінковою сферами дитини (біхевіоральні і біхевіорально-когнітивні напрями) та з її емоційно-особистісною сферою (при всіх відмінностях цілей і методів, що застосовуються, в цих роботах зосереджені зусилля гуманістичного та психоаналітичного напрямку). Тенденція подібного розподілу спостерігається й у вітчизняній практиці, коли завдання корекції когнітивної сфери аутичної дитини відокремлюються від корекції її емоційно-мотиваційної та особистісної сфер і навпаки.

Протягом останніх десятиліть аутологічні дослідження досягли значних успіхів у визначенні факторів ризику виникнення аутизму. При цьому більшість дослідників, вивчаючи соціальні умови як одну з фундаментальних причин аутичного розладу, фокусували свою увагу на факторах, які є відносно найближчими причинами цього розладу - наприклад, певні продукти харчування, вакцинації, пренатальний стрес, інфекційні захворювання, важкі метали, пестициди, алкоголь, куріння, наркотики і т.п. Проте деякі вчені ставлять під сумнів акцент на індивідуальних факторах і стверджують, що для досягнення максимального ефекту визначення причин необхідно приділяти більшу увагу основним соціальним умовам (B. Link, J. Phelan S.). Таке твердження пояснюється двома підставами. По-перше, вважають, що потрібно контекстуалізувати

індивідуальні чинники, визначаючи, якому «ризикі ризиків» піддавалася і піддаватиметься дитина, що сприятиме розробці успішної стратегії психолого-педагогічного втручання і поліпшенню її здоров'я. По-друге, підкреслюється, що такі соціальні фактори, як соціально-економічний статус родини і низька соціальна підтримка, є, ймовірно, фундаментальними причинами виникнення розладу аутичного спектра, оскільки вони уособлюють доступ до важливих ресурсів і впливають на безліч фіналів порушення. Доводиться, що без належної уваги до таких можливостей, виникає ризик використання лише вузької стратегії психолого-педагогічного втручання, яке виявиться неефективним через втрату можливості застосування більш широких соціальних стратегій, які могли б принести істотну користь дитині та її сім'ї. Сучасна ж аутологія фокусує суспільну і професійну увагу в основному на найближчих, особистісних факторах ризику, не приділяючи, на нашу думку, належної уваги соціальним умовам як причині аутичного розладу. Це, однак, не означає, що роль соціальних факторів в етіології аутизму ігнорується.

Так, доведено, що зміни соціально-економічних умов у суспільстві наклали свій відбиток на здоров'я та соціалізацію дітей з аутизмом, зростає сімейна дезадаптація та збільшилася кількість сімей, що перебувають у критичному стані. Погіршення соматичного та репродуктивного здоров'я, психосоціальна дезадаптація, значний рівень захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД, відсутність знань про здоровий спосіб життя, прояви ризикованих форм поведінки серед молоді привели до розуміння важливості ролі соціальних та психологічних факторів у процесі становлення та відновлення здоров'я дитини з аутизмом. Встановлено, що більшість факторів, що лежать в основі формування несвідомого ставлення до свого здоров'я та майбутнього життя, зумовлені соціальними причинами. До них відносять: низький соціально-економічний та освітній рівень, безробіття, убогість, негативні соціальні зміни, моральну розбещеність, нехтування духовними цінностями та традиціями. Низька санітарна освіченість, ранній початок статевих стосунків, значний відсоток випадкових статевих стосунків, наявність декількох статевих партнерів, незнання основ профілактики спричинили зростання серед молоді захворювань зі статевим шляхом передачі.

Публікації дослідників свідчать про певну соціальну дезадаптацію жінок із соціально значущими інфекціями. Більшість із них — маргінальні елементи, які виявляють відверту байдужість не тільки до свого здоров'я, але й до благополучного закінчення вагітності та стану здоров'я майбутньої дитини (Шувалова Т.М., Туманян А.Т., Юдакова В.М.). Концепція інтегрованого підходу до надання медичної допомоги, рекомендована ВООЗ, передбачає пріоритетність профілактичних заходів.

Діагностично значущими соціальними та психологічними факторами ризику, виявленими при дослідженні, були: неповна родина — 69,2 %,

наявність шкідливих звичок — 52,7 %, відсутність пренатального спостереження — 52,3 %, непорядковані статеві стосунки — 7,6 %, обтяжений репродуктивний анамнез (початок статевих стосунків до 18 років — 36,3 %, штучні аборти — 40,9 %), низький освітній рівень — 56 %, неадекватний психологічний стиль сприйняття вагітності (тривожний — 10 %, ігноруючий стиль — 48,2 %, знехтувальний — 7,7 %).

Особливості стану здоров'я дітей протягом трьох років, виявлені у ході досліджень, є підставою для віднесення цієї категорії до групи ризику за соціальними факторами під час опрацювання схем амбулаторного спостереження та цільового консультування батьків.

Проблеми ризикованої поведінки, захворювання репродуктивної системи та психосоціальна дезадаптація у більшості випадків походять із підліткового віку. Діяльність центрів/відділень/кабінетів медико-соціальної допомоги підліткам та молоді спрямована на створення такої форми роботи, яка дозволить їм отримувати комплексну (консультативну, медичну, психологічну, соціальну) допомогу за максимально спрощеною схемою. КДМ надає медико-соціальні послуги на засадах дружнього підходу до молоді, рекомендованого ВООЗ, Дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ, основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та неосудливий підхід до відвідувача. Провідними напрямками діяльності КДМ є профілактика наслідків ризикованої поведінки, в тому числі щодо соціально значущих захворювань, збереження репродуктивного здоров'я та підготовка до усвідомленого батьківства й створення майбутньої сім'ї, формування здорового способу життя та відповідального стилю поведінки в статевих та міжособистісних стосунках, профілактика ПСШ, у тому числі ВІЛ/СНІД.

Американські дослідники вказують також на прямий зв'язок між аутизмом і поширенням комп'ютерів. Так, симптоми порушення міжособистісного спілкування, які спостерігаються у захоплених програмістів і «хакерів» збігаються з ознаками аутизму. І, як не дивно, фахівці називають успіхи в медицині як одну з причин зростання числа аутичних дітей: ті діти, які раніше гинули, зараз залишаються живими, і нам доводиться з ними працювати. Це, звичайно, з одного боку, чудово, з іншого боку - важко.

2. Механізм виникнення і класифікація розладів аутичного спектра

Симптоми аутизму виникають внаслідок змін в різних системах мозку, що відбуваються під час його розвитку. Незважаючи на здійснені масштабні дослідження, до повного розуміння цього процесу ще далеко.

Аналіз спеціальних досліджень в галузі патофізіології структур і процесів мозку, асоційованих з аутизмом, показує, що аутизм зачіпає багато частин мозку. Проте, на відміну від багатьох інших розладів роботи мозку *аутизм не має чіткого єдиного механізму як на молекулярному, так і на клітинному, і системному рівнях*. На сьогодні поки що невідомо, що

об'єднано під назвою аутизм - кілька розладів, при яких вплив мутацій сходиться на невеликій кількості загальних молекулярних ланцюжків, або (як при порушенні інтелекту) – це велика група розладів з механізмами, що сильно відрізняються. Судячи з усього, аутизм є результатом впливу безлічі факторів, що діють на стадії розвитку і зачіпають багато або всі функціональні системи мозку і порушують сам процес розвитку мозку в більшій мірі, ніж кінцевий результат цього процесу.

Нейроанатомічні дослідження змушують учених припустити, що *частиною механізму є порушення розвитку мозку, незабаром після зачаття.* Потім, судячи з усього, локалізована аномалія призводить до каскаду патологічних взаємодій, схильних до значного впливу факторів зовнішнього середовища. Накопичені повідомлення про відхилення в багатьох важливих структурах мозку, однак майже всі вони – посмертні і проводилися на особах з розумовою відсталістю, що не дозволяє вченим робити впевнені висновки. Мозок в дітей-аутистів в середньому важить більше звичайного і займає більший об'єм, також підвищена довжина окружності голови. Клітинні та молекулярні причини того, що відбувається на ранній стадії патологічно надлишкового росту невідомі. Неясно також, чи викликає цей надлишковий ріст нервових систем характерні ознаки аутизму.

В існуючих гіпотезах, зокрема, передбачається, що надлишок нейронів веде до надлишку локальних зв'язків у ключових ділянках мозку; до порушення нейроміграції на ранній стадії розвитку; до розбалансування збудливо-гальмівних нейромереж; порушень формування синапсів і дендритних шипиків, наприклад, при взаємодії з регуляторною системою клітинної адгезії (нейрексіни-нейролігіни) або через збій в регулюванні синтезу синаптичних білків. *Порушений синаптичний розвиток може також відігравати роль при епілепсії, що, можливо, пояснює перетин цих двох розладів.*

Взаємодії нервової та імунної систем також починаються на ранній ембріональній стадії і успішний розвиток нервової системи залежить від збалансованої імунної реакції. У дітей-аутистів іноді спостерігаються деякі симптоми, які пояснюють слабким регулюванням саме імунної реакції. Але взаємозв'язок імунних порушень з аутизмом залишається неясним і спірним.

При аутизмі відзначається ряд нейротрансмітерних відхилень, серед яких виділяється *підвищений рівень серотоніну.* На сьогодні неясно, чи ведуть ці відхилення до якихось структурних або поведінкових змін. Частина даних говорить про підвищення рівня декількох гормонів росту; в інших роботах відзначається зниження їх рівня. Деякі вроджені відхилення метаболізму, які виявляються при аутизмі, ймовірно, охоплюють менше 5% всіх випадків розладів.

Згідно з однією з теорій, *порушена робота системи дзеркальних нейронів (СДН) спотворює процеси імітації та викликає характерну для аутизму соціальну дисфункцію і комунікативні проблеми.* Система дзеркальних нейронів активується як при виконанні певної дії, так і при

спостереженні за тим, як виконує цю дію інша особа. Ймовірно, частково завдяки СДН людина здатна розуміти інших людей, моделюючи їх поведінку, їх дії, наміри та емоції. Кілька робіт, присвячених перевірці цієї гіпотези, продемонстрували структурні відхилення у СДН-областях в осіб з розладами аутичного спектру, затримку активації базової імітаційної нейромережі у людей з синдромом Аспергера і кореляцію зниженої активності СДН з тяжкістю синдрому при розладах аутичного спектру в дітей. Однак в осіб з аутизмом порушена активація багатьох інших мереж, крім СДН і «СДН-теорія» не пояснює, чому інші діти-аутисти адекватно виконують цілеспрямовані імітаційні завдання.

При аналізі роботи мозку осіб з розладами аутистичного спектру, патерни зниженої й аберрантної активації розрізняються залежно від того, яке завдання виконує випробуваний – соціальне або не соціальне. Існують свідчення того, що при аутизмі порушена функціональна зв'язність нецільової мережі (англ. *default network*) системи з'єднань, що бере участь в обробці емоцій та соціальної інформації, але збережена зв'язність «цільової мережі» (англ. *task-positive network*), що відіграє роль в підтримці уваги і цілеспрямованому мисленні. Відсутність негативної кореляції в активації двох мереж в аутистів припускає наявність дисбалансу в перемиканні між ними, що може свідчити про порушення самореферентного мислення.

Згідно теорії недоліку зв'язності, при аутизмі може бути знижена функціональність високорівневих нейрональних зв'язків і синхронізації при надлишку низькорівневих процесів. На користь цієї теорії говорять дані дослідження хвильової активності, що дозволило припустити надлишок локальних зв'язків у корі і ослаблену функціональну зв'язність лобової долі з іншими областями кори. В інших роботах передбачається, що недолік зв'язності переважає усередині півкуль і аутизм являє собою розлад асоціативної кори.

Записи викликаних потенціалів дозволили вивчити реакцію мозку на той чи інший стимул, що виражається в швидкоплинній зміні електричної активності. Значне число свідчень, отриманих за допомогою цієї методики при обстеженні аутистів, говорить про зміни активності, пов'язаної з увагою, орієнтацією на звукові та візуальні стимули, виявленням нових об'єктів, обробкою мовленнєвих даних і візуальною обробкою осіб, утриманням інформації. У деяких дослідженнях виявлено перевагу несоціальних стимулів.

Щодо класифікації, то аутизм входить в групу п'яти первазивних розладів розвитку (англ. *pervasive developmental disorders, PDD*), для яких характерні значні відхилення в соціальних взаємодіях і комунікації, а також вузькість інтересів і явно повторювальна поведінка. З п'яти первазивних розладів до аутизму за ознаками і можливими причинами найближче синдром Аспергера, синдром Ретта і дитячий дезінтегративний розлад, які мають деякі спільні ознаки з аутизмом, однак їхні причини – різні. При не співпаданні симптомів з критеріями певного захворювання, ставиться діагноз

«не уточнене глибоке порушення розвитку» (PDD-NOS). У людей з синдромом Аспергера розвиток мовленнєвих навичок відбувається без істотних затримок. *Пов'язана з аутизмом термінологія може ускладнити розуміння, оскільки аутизм, синдром Аспергера і PDD-NOS часто об'єднують в поняття «захворювання аутичного спектру», іноді «аутичні розлади», а сам аутизм часто іменують аутичним розладом або дитячим аутизмом.* В клінічній практиці вираз «аутизм», «розлади аутичного спектру» та PDD часто використовуються як взаємозамінні. У свою чергу розлади аутичного спектру включені в розширений аутичний фенотип (англ. broader autism phenotype, BAP), що описує також осіб з аутичними рисами поведінки, наприклад, таких, що уникають зорового контакту.

Індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр: від осіб з тяжкими порушеннями (німих і розумово неповносправних, котрі проводять час в погойдуванні, невпинно махаючи руками) до соціально активних високо функціональних аутистів, розлад яких проявляється в дивацтвах при спілкуванні, вузькості інтересів та багатослівності, педантичності мовлення.

Іноді синдром підрозділяють на низько-, середньо-і високофункціональний аутизм, використовуючи для цього шкалу IQ або оцінюючи рівень підтримки, якого потребує людина в повсякденному житті. Проте для цього типування не вироблено стандарту і навколо нього ведуться суперечки. Аутизм також можна підрозділити на синдромальний і несиндромальний. У першому випадку розлад асоціюється з важкою або крайньою розумовою відсталістю або вродженим синдромом з фізичними симптомами, наприклад, туберозним склерозом. Хоча в когнітивних тестах в людей з синдромом Аспергера показники вищі, ніж в аутистів, реальна ступінь перетину цих двох діагнозів з близькими за проявами (високофункціональний аутизм, несиндромальний аутизм) діагнозами неясна.

У деяких дослідженнях повідомляється про постановку діагнозу «аутизм» не через зупинку розвитку, а внаслідок втрати дитиною мовленнєвих чи соціальних навичок, зазвичай у віці між 15 і 30 місяцями. Поки що немає єдиної думки щодо цієї особливості; можливо, регресивний аутизм являє собою специфічний підтип розладу. Були також висловлені пропозиції класифікації аутизму з використанням як поведінки, так і генетики, при цьому передбачається відвести назву «аутизм 1 типу» для рідкісних випадків, при яких тестування підтверджує мутацію гена CNTNAP2.

ВИСНОВКИ (по Розділу 1)

Узагальнюючи викладений матеріал, зазначимо, що соціально-емоційний розвиток дитини з аутизмом в контексті проблем аутології може базуватися на наступних вихідних положеннях.

1. Актуальність проблеми соціалізації дітей з аутизмом в Україні постає на сьогодні особливо гостро в сфері освіти через загальну недостатню готовність системи освіти прийняти на себе зобов'язання навчати і

розвивати цю категорію дітей. Найперше завдання розвитку дитини з аутизмом полягає в такому каналізуванні (каналізація – одна з теорій навчання) її потреб, яке сприятиме максимально можливому розкриттю здібностей дитини, формуванню її емоційної сфери і забезпеченню соціалізації. Каналізація задоволення потреб дитини з аутизмом в бажаному напрямку може досягатися двома шляхами: а) безпосереднім впливом на свідомість і підсвідомість дитини за допомогою імітаційного відтворення поведінкових еталонів і б) через формування в дитини соціально ціннісних способів і засобів задоволення її потреб.

У цьому зв'язку виникає необхідність у вирішенні центрального питання: які саме потреби слід формувати в першу чергу, забезпечуючи тим самим їхнє домінування в мотиваційній структурі дитини з аутизмом? По-перше, це, на нашу думку, спроба формувати в дитини «домінанту на іншого» (за А. А. Ухтомським), яка є, по суті, домінуванням потреби «для інших». Це розвиток здатності до співчуття і співпереживання у вигляді феномену так званого *емоційного резонансу*, якому треба вчити, як навчають мові (Eccles, 1980). Потреба поділитися з іншою людиною їдою (за Eccles) є перший прояв істинного альтруїзму. Іншим його прикладом може слугувати розвиток здатності до сприйняття сигналів емоційного стану іншої людини. При цьому важливо, щоб дитина не просто відчувала емоційний дискомфорт при вигляді хворої або несправедливо ображеної людини, не просто прагнула до усунення цього важкого для неї самої «співпереживання», але приходила на хоча б елементарну допомогу і переживала б позитивні емоції, які привносять успішні дії, спрямовані на полегшення долі іншого.

2. Отже, загальна схема і етапи педагогічного процесу, спрямованого на каналізацію задоволення потреб з метою *емоційно-соціального розвитку дитини з аутизмом* і полегшення її входження в соціальне середовище, може включати: а) імітаційне відтворення поведінкових еталонів; б) формування соціально ціннісних способів і засобів задоволення першочергових потреб дитини; в) формування потреби «для Іншого» (здатності до сприйняття сигналів емоційного стану іншої людини; здатності до співчуття і співпереживання (емоційного резонансу); здатності відчувати емоційний дискомфорт при вигляді ображеної чи хворої людини; стимулювання підсвідомості (змагальні ігри для розвитку кмітливості, пошуку несподіваних рішень тощо) з метою формування неусвідомленої просоціальної поведінки; г) забезпечення значно більшої (ніж при навчанні) індивідуалізації виховання дитини з аутизмом з урахуванням правил універсальної індивідуалізації (перелік правил і інтуїція як несподіваний хід вихователя); д) формування набору потреб дитини і засобів їхнього задоволення; е) урахування типу вищої нервової діяльності (темпераменту) дитини, тобто загальних якостей нервової системи (інтроверсія, невротизм (емоційна слабкість нервової системи), інертність нервової системи); є) виховання двома шляхами: безпосереднім впливом на свідомість і підсвідомість дитини за допомогою імітаційного відтворення поведінкових

еталонів і через формування в дитини соціально цінних способів і засобів задоволення її потреб.

3. Кінцева мета, сенс педагогічного процесу, об'єктом якого є аутична дитина, – це успішна її соціалізація. Структурними компонентами соціалізації дітей визначено процеси адаптації, інтеграції, саморозвитку і самореалізації; змістовою стороною – сукупність і діалектична єдність дії таких факторів, як: вроджені механізми, соціальні умови, свідоме навчання і виховання. Етапи соціалізації: первинна соціалізація, яка охоплює період дитинства, і вторинна, яка має більш тривалий проміжок часу, включаючи зрілий вік. Шляхи соціалізації: інтеріоризація (оволодіння соціальним досвідом, перенесення його в глибинні пласти особистості) та адаптація (поєднання сутнісного та соціального).

4. В основі активності дитини та її психічного функціонування лежать мотиваційні процеси, які визначають той чи інший напрям дитячої поведінки, її траєкторію. Основу мотиваційної становлять потреби - динамічно-активні стани особистості, що виражають її залежність від конкретних умов існування і породжують діяльність, спрямовану на зняття цієї залежності. Найбільш важливим і разом з тим надзвичайно складним для з'ясування є період досоціально детермінованих потреб дитини з аутизмом. Тобто, як за наявності певної потреби (вітальної, соціальної чи духовної) і реальної ситуації, в якій вона може бути задоволена, в дитини виникає передготовність до певної дії, інакше кажучи, установка на даному рівні поведінки. Соціально-дослідницька поведінка спонукається також і самостійною потребою маленької дитини в отриманні інформації. З'ясовано, що філогенетична передумова формування потреб дитини – складні безумовні рефлекси. Освоєння соціосфери здійснюється засобом наслідувальної та ігрової поведінки, за допомогою якої задовольняється потреба управляти (бути озброєним).

5. Багатогранність емоцій дитини зумовлюється їхнім зв'язком з почуттями, досвідом, фізіологією, поведінкою, формами пізнання світу. Фізіологічні, психічні, поведінкові аспекти емоцій визначаються когнітивним етапом, що передує їм. Це пояснюється тим, що комплекс умов, які викликають емоції, включає когнітивні інтерпретації, що виникають в результаті сприйняття. Тобто, сприйняття дитиною оточуючої дійсності, когнітивна інтерпретація нею об'єкту чи події – це емоційні реакції дитини, що мають свої перцептивні й акустичні показники. При цьому когнітивний вклад у вираження емоцій в дитини, як правило, є не усвідомленим. Доцільним є зауваження про те, що структура словника емоцій не ізоморфна (не подібна) структурі самих емоцій, які тільки позначаються за допомогою цих слів.

6. Функціями емоцій, характерними для дітей, є: відображально-оцінна (відображає предмети і події оточуючого середовища), підкріплююча (емоційна пам'ять - емоція, що бере безпосередню участь в навчанні і в

процесах пам'яті), переключно-приспосувальна (наприклад, пристосування дитини до болю); компенсаторна (замісна).

7.Із застосуванням спеціально розробленого комплексу діагностичних завдань є можливим визначити: а) провідні емоції дитини (альтруїстичні, комунікативні, глористичні, праксичні, пунічні, гностичні, естетичні, акизитивні); б) що саме дає дитині найбільше задоволення; в) чи дитина намагається продовжити позитивну емоцію, чи прагне мінімізувати негативну; г) стан розпізнання емоційно виразних облич і емоційно забарвленого голосу та особливості розпізнання інтонації; д) специфіку вибору з набору запропонованих сюжетних малюнків найсмійнішого тощо. На підставі одержаних даних є можливим здійснити спробу створення *описової класифікації емоцій як основи для створення емоційної карти особистості дитини з аутизмом.*

8.У подальшій корекційно-превентивній роботі враховувати, що *помилки передбачення соціально-емоційної поведінки дитини з аутизмом в конкретній соціальній ситуації можуть спричинятися внаслідок різних причин*: а) переоцінки її рефлексивних здібностей з приводу її поведінкових намірів; б) низького рівня розвитку навичок в певному виді діяльності; в) недосконалості методик, за допомогою яких реєструються усвідомлені чи неусвідомлені наміри дитини; г) помилок у визначенні адекватного рівня диспозиційної регуляції тощо.

9.Формуванню диспозиції (установки) в психолого-педагогічній літературі надається особливого значення. Доводиться, що при наявності потреби та відповідної їй ситуації (в якій вона може бути реалізована) ієрархія диспозицій відповідає ієрархії потреб, з одного боку, і ієрархії ситуацій, з іншого. Класифікація видів потреб (за В.Ядовим, Г.Олпортом) здійснюється за принципом предметної спрямованості (біогенні і соціогенні потреби), а з іншого – за принципом виділення різних видів соціогенних потреб на основі включення особистості в сфери діяльності і спілкування, що розширюються. У цьому зв'язку виділяються: а) психофізіологічні, вітальні потреби; б) потреби в найближчому сімейному оточенні; в) потреби включення в численні малі групи і колективи; г) потреби включення в цілісну соціальну систему.

10.Умови діяльності (або ситуації), в яких можуть бути реалізовані потреби, також утворюють ієрархічну структуру. *Нижчий рівень* цієї структури складають найменш стійкі «предметні ситуації». Протягом короткого проміжку часу дитина переходить від однієї ситуації до іншої. *Наступний рівень* - це «умови групового спілкування». Ці ситуації більш стійкі, оскільки основні вимоги групи, закріплені в «груповій моралі», зберігаються незмінними протягом значного часу. *Ще більш стійкі в часі* умови діяльності в тій чи іншій соціальній сфері - праці, дозвіллі, навчанні, в житті сім'ї. *Максимально стійкими* виявляються загальні соціальні умови життєдіяльності - економічні, політичні, культурні. Ці умови зазнають значних змін в рамках «історичного» часу.

Оскільки, як зазначалося вище, диспозиції особистості є продукт «зіткнення» потреб і ситуацій, в яких потреби задовольняються, то формується відповідна ієрархія (система) диспозицій. *Перший, нижчий рівень* утворюють елементарні фіксовані установки. Вони формуються на основі потреб фізичного існування і найпростіших, предметних ситуацій. Ці установки позбавлені модальності і не усвідомлювані. Вони лише лежать в основі свідомих процесів. *Другий рівень* диспозиційної системи - соціально фіксовані установки чи соціальні установки. Провідними факторами їхнього формування є соціальні потреби, пов'язані з включенням особистості в первинні групи і відповідні їм соціальні ситуації. *Третій рівень* системи становить загальна (домінуюча) спрямованість інтересів особистості. Вона формується на основі більш високих соціальних потреб і являє собою схильність до ідентифікації з тією або іншою галуззю соціальної діяльності. В одних дітей виявляється домінуюча спрямованість інтересів в ігровій сфері чи у навчальній, в інших – в сім'ї, в третіх – у дозвіллі (хобі) і т. д. *Вищий рівень* диспозиційної системи утворює система ціннісних орієнтацій на цілі життєдіяльності та засоби їх досягнень (потреба включення в соціальне середовище). Саме цьому рівню належить вирішальна роль в саморегуляції поведінки.

11. Найважливіша функція диспозиційної системи полягає в регуляції соціальної поведінки особистості, яка має складну структуру, всередині якої виділяють кілька ієрархічно структурованих рівнів. *Перший рівень* - це поведінкові акти, реакції особистості на актуальну предметну ситуацію з метою встановлення адаптивних відносин між середовищем та індивідом. *Наступний рівень* – це цілеспрямована послідовність вчинків, що утворює поведінку в тій чи іншій сфері діяльності, яка видається людині максимально значущою. *Нарешті*, рівень цілісності поведінки в різних сферах життєдіяльності, на якому цілепокладання являє собою певний «життєвий план». Диспозиційна регуляція соціальної поведінки є в той же час і диспозиційною мотивацією, тобто механізмом, що забезпечує доцільність формування різних станів готовності до соціально-емоційної поведінки.

12. Врахування необхідності *практичної потреби в прогнозі поведінки* дитини з аутизмом. Структурними компонентами прогнозу визначено п'ять основних «блоків»: *блок різних аспектів умов діяльності; блок оцінки умов діяльності; узагальнені психологічні особливості дитини; диспозиції різного рівня; характеристики реальної поведінки*. Врахування матеріалів аналізу стану сформованості зазначених структурних компонентів прогнозу сприятиме досягненню основної мети аналізу – встановленню прогностичних здібностей диспозицій стосовно реальної поведінки дитини.

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

нейробиологічний, нейропсихологічний, психологічний і симптоматичний. На наше переконання, ці рівні аналізу значною мірою пояснюють і відхилення в формуванні соціально-емоційної сфери дітей з аутизмом. Узагальнення матеріалів аналізу відповідної наукової літератури, дають підставу стверджувати, що багато авторів, визнаючи необхідність відмови від категорій МКБ-10 і DSM-IV, говорять про необхідність формування підгруп розладів спектра аутизму на іншій основі, оскільки без поділу на підгрупи в такій поліморфній популяції *відхід від чисто індивідуального планування в психолого-педагогічній роботі є фактично неможливим* (Geschwind, 2009; Volkmar, State & Klin, 2009 Rutter, 2011). *Основою для майбутньої класифікації частіше називають етіологічний принцип, рідше говорять про особливості фізіологічних і нейрофізіологічних механізмів* (Geschwind, 2009; Volkmar, State & Klin, 2009 Rutter, 2011), *але про патогенез або про клініко-психологічну структуру як основу для виділення підгруп (підтипів) аутизму прямо не говорить ніхто*. Разом з тим, як показує майже столітній досвід вітчизняної дитячої психіатрії, найбільш вдалими найчастіше виявлялися класифікації, засновані не тільки на етіологічних, але й на патогенетичних моментах. Утім патогенез розладів спектра аутизму (і тим більше його варіантів, які хоча б враховували патогенез) нині вивчено недостатньо.