

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України

Т.В. СКРИПНИК

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АУТИЗМУ

МОНОГРАФІЯ

Київ
Фенікс
2010

ББК

УДК 159.922.76+376-058.48]:616.89-008.484

Рецензенти:

Вісковатова Т.П. – доктор психологічних наук, професор

Сак Т.В. – доктор психологічних наук, професор

Чуприков А.П. – доктор медичних наук, професор

*Рекомендовано Вченою радою
Інституту спеціальної педагогіки НАПН України
(протокол № 3 від 1.04.2010)*

Скрипник Т.В.

Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво
“Фенікс”, 2010. – 320 с.

ISBN

У монографії систематизовано світовий досвід вивчення аутизму як у теоретичному, так і в експериментальному аспектах; подано змістовний виклад дієвих корекційних стратегій, які застосовують у роботі з такими дітьми. Феноменологічний підхід сприяв опрацюванню діагностичного інструментарію, який дає змогу розкрити унікальність кожної аутичної дитини та її родини. З'ясування сутності аутизму, відповідно до феноменологічної традиції, здійснено за моделлю ідеального типу. Установлено зв'язок між діагностичними висновками й корекційними програмами; визначено критерії та показники динаміки позитивних перетворень у аутичних дітей як наслідок послідовного втілення педагогами і батьками узгоджених корекційних заходів.

Монографію адресовано фахівцям у царині загальної, спеціальної та медичної психології, науковцям і практикам, студентам факультетів психологічного і педагогічного профілю, батькам дітей з особливими освітніми потребами.

ISBN

ЗМІСТ

ВСТУП 7

**ЧАСТИНА I. Світовий досвід вивчення розладів
аутичного спектра**

РОЗДІЛ 1. Дизонтогенез розвитку за аутичним типом

1.1. Історія вивчення аутизму як самостійного
порушення розвитку 12

1.2. Класифікація розладів аутичного спектра

1.3. Клінічні прояви аутизму, ознаки та симптоми
порушення розвитку

1.4. Механізми порушення розвитку за аутичним типом
(огляд сучасних теорій)

1.4.1. Модель аутизму з позиції біхевіоризму

1.4.2. Біологічні теорії (генетичні концепції;
теорії, пов'язані з дією перинатальних чинників;
теорія порушення розвитку мозку;
біо- та нейрохімічні теорії;
імунологічна концепція

1.4.3. Аутизм як недорозвиток структури базальної
афективної організації

1.4.4. Когнітивні теорії: дефіцит соціального
пізнання та посиленого перцептивного
функціонування

1.5. Скринінгові дослідження розладів
за аутичним типом.....

1.6. Епідеміологія та прогноз

Висновки

РОЗДІЛ 2. Психологічний інструментарій діагностики психічного розвитку дітей з розладами аутичного спектра; діагностичні проблеми та суперечності.....	
2.1. Діагностичні критерії аутизму за міжнародними класифікаційними системами	
2.2. Дослідження осіб з розладами аутичного спектра за методом наукового спостереження	
2.3. Методики комплексного обстеження аутичних дітей (діагностична карта розвитку дитини; нейропсихологічні методики та психоосвітній профіль РЕР-R).	
2.4. Додаткові методи дослідження аутичних дітей.....	
Висновки	

РОЗДІЛ 3. Систематизація підходів до корекції порушень аутичного спектра	
3.1. Корекційні підходи директивного впливу (Прикладний аналіз поведінки, Холдинг-терапія).....	
3.2. Методи структурованої терапії (ТЕАССН, корекція афективної сфери, Середовищний підхід, сенсорна інтеграція, метод “ТОМАТИС”, нейропсихологічний підхід, кінезотерапія, альтернативна та підтримувальна комунікація).....	
3.3. Ігрові методи корекції (метод “Son-Rise”, Розвиток міжособистісних стосунків, метод “Floortime”, метод “Міфне”).....	
3.4. Арт-терапевтичні заняття	
3.5. Анімалотерапія (терапія за допомогою тварин)	
3.6. Класифікація методів корекційної допомоги аутичним дітям	
Висновки	

ЧАСТИНА II. Дослідження аутизму у світлі

феноменологічного підходу.....

РОЗДІЛ 4. Гуманітарна парадигма у царинах психопатології та психології

4.1. Постнекласична наукова традиція як рух від природничої спрямованості до гуманітарної

4.2. Методологічні орієнтири феноменологічного напрямку

4.2.1. Феноменологія як методологічний принцип

4.2.2. Феноменологічно-антропологічна психіатрія; становлення нової моделі класифікації

4.2.3. Концепція об'єднальної цілісності в психології

4.3. Феноменологічні ідеї в контексті дослідження порушень аутичного спектра.....

Висновки

РОЗДІЛ 5. Системно-феноменологічна діагностика осіб з розладами аутичного спектра

5.1. Наукові засади діагностики цілісного розвитку дитини з аутизмом

5.2. Порівняльний аналіз результатів обстеження різних категорій дітей у пілотажному дослідженні

5.3. Дослідження розвитку аутичної дитини в контексті її цілісної психічної організації

Висновки

РОЗДІЛ 6. Психолого-педагогічна корекція розладів аутичного спектра

6.1. Програма психологічної корекції цілісного розвитку аутичних дітей

- 6.2. Критерії та показники динаміки позитивних перетворень у системі взаємодії з довіллям у аутичних дітей
- 6.3. Професійно важливі якості фахівців для роботи з аутичними дітьми
- Висновки

РОЗДІЛ 7. Гуманітарна парадигма психологічної допомоги родині аутичної дитини

- 7.1. Дослідження мікросоціального контексту розвитку дитини з аутизмом.....
- 7.2. Програма підвищення батьківської та особистісної компетентності членів родини аутичної дитини.....
- Висновки

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....

СПИСОК НАОЧНИХ ЗАСОБІВ ПОДАННЯ НАУКОВОГО МАТЕРІАЛУ

СЛОВНИК.....

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....

ДОДАТКИ.....

ВСТУП

*Феноменологічний підхід концентрує увагу на тому,
що дійсно виходить за межі звичайного
і тому виправдовує наше здивування.*

К. Ясперс

Діти з розладами аутичного спектра суттєво вирізняються як від дітей з нормальним типом розвитку, так і від дітей, які мають інші психофізичні вади. Їм незрозуміло й нецікаво те, що роблять звичайні люди. Навколишня дійсність для них – розмаїття непов'язаних між собою, мінливих звуків, образів, подій, що зумовлюють тривогу і страх. Деякі з них у зрілому віці самі розповідають про це:

*Розгубленість, яка виникає від моєї нездатності
зрозуміти навколишній світ, –
це, як мені здається, головна причина страху.
Цей страх робить мене замкненою...*

Тереза Жоліфф

Навколо явища “аутизм” існують числені міфи і недоречності, це поняття викликає безліч різнопланових асоціацій. Українські психіатри старого покоління й досі вважають, що такого діагнозу взагалі нема, а сам аутизм – розумова відсталість або рання шизофренія; а на рівні побутової психології таких дітей ототожнюють з “окультною сенсацією” – т. зв. дітьми індиго, або – з явищем усамітнення та відчуження, характерним для більшості людей нашого часу.

У багатьох наукових працях стосовно проблем аутизму, що належать авторам з різних країн, можна знайти певні недоречності, які

стали атрибутами осіб з порушеннями аутичного спектра. Так, наприклад, йдеться про те, що *аутисти...*

...не хочуть спілкуватися;

...плутають живі й неживі предмети;

...мають інтелект нижче/вище/відповідний до норми;

...є емоційно сліпими тощо.

Подібні характеристики свідчать про некритичність авторів у їхньому ставленні до наукових визначень, їхню погану обізнаність щодо аутичних дітей, брак досвіду роботи з ними та бажання заглибитися у сутність цього розладу розвитку. Ретельне вивчення неповторності цілісної психічної організації аутичних дітей допомагає розумінню дійсного змісту їх проявів (про що йтиметься у нашій книзі).

Щодо осіб з розладами аутичного спектра є також вислови, які зумовлюють певні асоціативні ланцюги і все далі відводять від сутності аутизму. Одне з таких висловів – найтипніше визначення осіб з аутизмом як таких, що занурені у свій власний внутрішній світ. Тобто, може скластися враження, що у кожного аутиста є свій внутрішній світ (як альтернатива нашому світові), у якому він живе і не хоче виходити “назовні”, у наш світ. Це уявлення породжує передусім такі хибні думки: 1) аутичні особи таємничі, містичні; 2) чи варто їх виводити з власного світу, де їм затишно і комфортно?

Насправді особи з порушеннями аутичного спектра живуть у нашому світі, але сприймають його відмінним від нас способом. Зовнішню (зорову, слухову, тактильну) або внутрішню (відчуття болю, вібрації) інформацію вони схоплюють фрагментарно і непослідовно, при цьому окремі враження довкілля настільки захоплюють усі їхню увагу, що роблять їх нечутливими до сприймання всього іншого, а передусім – до здатності синтезувати фрагменти дійсності у повну реальну картину. Аутист перебуває не у своєму внутрішньому світі, а у *світі своїх чуттєвих вражень* (образів, звуків, дотиків тощо) від навколишнього світу.

Таке уявлення про особливості осіб з аутизмом продуктивне тому, що дає змогу зрозуміти унікальність сприймання світу кожною

такою особою, а також – ті шляхи, за якими можна налагодити контакт з нею, і що може стати істотною частиною ефективної програми розвитку цієї людини. Адже головна проблема, яку гостро відчувають родини з такими дітьми – їхня непристосованість і безпорадність у світі людей.

На сьогодні можна констатувати не тільки наявність суперечностей, що виникають у розумінні природи та сутності аутизму, але й брак надійного діагностичного інструментарію, який би уможлилював дослідження розладів аутичного спектра дитини у контексті її цілісного розвитку, брак чітких критеріїв застосування числених корекційних методик, а також системної підтримки родин таких дітей.

Ситуація невизначеності найгіршим чином позначається на родинях, які виховують таких дітей. Найгірше те, що фахівці і досі не виявляють таких дітей у ранньому віці, при цьому все частіше трапляється і таке явище, як гіпердіагностика (розповсюдження діагнозу на подібні випадки). За висловом доктора медичних наук В.С.Кагана, можна з прикрістю констатувати, що термін “аутизм” став розпливчати діагностичним ярликом з край невизначеним змістом.

Особливі зусилля, починаючи з 90-тих років ХХ століття, спрямовано на вивчення специфіки психічного дизонтогенезу аутичних дітей, пошуку першопричин і логіки аутичного розвитку, що дало змогу виявити “первазивний” (наскрізний або спектральний) характер цього порушення (L.Wing, E.Ornitz, B.Hermelin & N.O’Connor, F Volkmar, H.Tager-Flusberg, C.Lord). Все більше дослідників схиляються до тієї думки, що аутизм позначається на усіх рівнях психічної організації.

Такої самої думки притримуються й українські дослідники, які займалися і продовжують займатися проблематикою аутизму (Багрій Я.Т., Марценківський І.А., Островська К.О., Романчук О.І., Смоляр Г.Г., Тарасун В.В., Хворова Г.М., Чуприков А.П., Шульженко Д.І. та ін.). При цьому слід зазначити, що на сьогодні немає загальноприйнятих теорико-методологічних підстав стосовно вивчення особливостей порушень різних структур та функцій психіки у разі аутизму, а також – взаємозв’язку між ними.

Тобто, йдеться про поліетіологію та полінозологію синдрому, тоді як підтверджено, що за різних форм поведінкової, біологічної чи когнітивної дефіцитарності сам тип порушення психічного розвитку при дитячому аутизмі має особливий характер.

Звернення у нашому дослідженні до феноменології як філософського напрямку зумовлено тим, що саме філософія здатна створити простір для встановлення певного масштабу й меж знання, нових змістовних елементів, нового сенсу, що дає можливість розробити чіткі поняття і досягти точну і виразну диференціацію психічних феноменів.

Прагнучи розкрити аутизм як цілісне порушення розвитку, кожний складник якого взаємопов'язаний з іншими, варто застосувати два ключові орієнтири феноменологічного підходу – 1) за допомогою належним чином розробленої методології забезпечити всебічне бачення цілого; 2) зважаючи на те, що сутність речей (явищ) співмірна тільки зі своїм власним значенням, розкривати феномен аутизму потрібно з урахуванням контексту розвитку самої дитини, з логіки розгортання її психічних проявів.

Беручи до уваги те, що феноменологічний аналіз спрямовується на актуальне людське існування («буття-у-світі») в усій повноті взаємозв'язків, у центр уваги потрапляє такий соціальний феномен, як родина дитини з аутичними розладами, передусім – індивідуальне «буття-у-світі» батьків, що зумовлює особливість їхнього сприймання ситуації дитини. Тим самим здійснюватиметься системне феноменологічне дослідження, яке дасть змогу проникнути у сутність аутизму як порушення розвитку з урахуванням комплексу й тих чинників, які підтримують аутичні прояви дитини, і тих, що можуть стати ресурсами її розвитку.

Відомо, що термінологія, пов'язана з аутизмом досить розмаїта: аутизм, синдром Аспергера і PDD-NOS часто об'єднують у поняття «захворювання аутичного (аутистичного) спектра» (Myers S.M., Johnson C.P., 2007), іноді — «аутичні розлади» (Freitag C.M., 2007), а сам аутизм називають синдромом аутизму (синдромом раннього дитячого аутизму, синдромом дитячого, або інфантильного ау-

тизму), раннім дитячим аутизмом, або просто дитячим аутизмом. У клінічній практиці вирази «аутизм», «розлади аутичного спектра» і PDD використовують як взаємозамінні (Caronna E.B., Milunsky J.M., Tager-Flusberg H., 2008). Окрім того, українські автори почергово використовують назви як аутичний, так і аутистичний.

У нашій роботі як означення ми послідовно вживаємо термін “аутичний” (а не “аутистичний”) як такий, що найбільше відповідає фонетичним і морфологічним законам української мови (на відміну, наприклад, від польської. Для порівняння: польск. *dziecko mutystyczne* [mutystyʦɨnə] – укр. *мутична дитина*; польск. *sensoryczna* [sɛnsoryʦna] – укр. *сенсорна*).

Для назви самого розладу розвитку використовуємо терміни *аутизм, дитячий аутизм, порушення аутичного спектра, розлади аутичного спектра (РАС), розлади за аутичним типом, спектр аутичних розладів* а також – *розвиток за аутичним типом* як синоніми.

ПОДЯКА

Автор висловлює щирю подяку Діні Рождественській та Ганні Хворовій за те, що відкрили мені двері у світ аутизму; кандидату психологічних наук Петру Антоновичу Гончаруку за високі взірці психологічної культури; доктору педагогічних наук Валентині Володимирівні Тарасун за те, що привчила мене до наукової дисципліни; адміністрації та співробітникам мого рідного Інституту спеціальної педагогіки АПН України за підтримку й віру в мої сили; дитячому психіатру, психотерапевту Андрію Мидьку і психологу Віталію Матусевичу за світлі ідеї; моїм дорогим колегам по Центру “СОНЯЧНЕ КОЛО” Ганні Смоляр, Світлані Софійчук, Наталі Сіренко, Катерині Соловійовій, Ганні Бірюковій, Наталі Білій та іншим, натхненна робота пліч-о-пліч з якими уможливила розуміння багатьох “таємниць” аутичних дітей; родинам, які виховують аутичних дітей за чуйність і мужність; моїм друзям, батькам та моїй родині за терпіння, розуміння та допомогу.

ЧАСТИНА І.

СВІТОВИЙ ДОСВІД ВИВЧЕННЯ РОЗЛАДІВ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

РОЗДІЛ 1

ДИЗОНТОГЕНЕЗ РОЗВИТКУ ЗА АУТИЧНИМ ТИПОМ

*...аутизм всеосяжний: він визначає кожну подію,
кожне почуття, кожну думку і кожний аспект існування*

Дж.Сінклер

1.1. Історія вивчення аутизму як самостійного порушення розвитку

Історія аутизму починається з легенд і казок про дітей, що перетворюються на ельфів, замість викрадених. У реальній історії вже у 18 столітті з'являються медичні тексти, у яких описано людей, що, ймовірно, страждали аутизмом (хоча такого терміна ще не застосовували), – такі люди не розмовляли, були надмірно замкнені й мали надзвичайно хорошу пам'ять.

Можна назвати 4 головні етапи, які відображають процес становлення науки про аутизм [29; 227; 233; 268].

Для першого, донозологічного періоду (кін.19-поч.20 ст.) характерно окремі згадки про дітей, які прагнули до усамітнення й дивно поводити себе. Приклади описання симптомів аутизму виявляються в історичних джерелах задовго до появи самого терміна

“аутизм” (I.Haslam, 1809; S.Witmer, 1920; J.Despert, 1938; C.Bradley, 1942 та ін.).

Перший відомий опис людини з аутизмом – розповідь про “Дикого Пітера”, якого у 1724-му році знайшли в полях на околиці німецького міста Гамелін. Хлопчик поводився як тварина, їв сирі овочі та птахів, а відчуючи загрозу, ставав на чотири кінцівки. Незабаром унікальну дитину придбав англійський король Георг I, і Пітер жив у його палаці до самої своєї смерті в 1785-му. Він так і не навчився говорити, ніколи не сміявся, а найбільше радів мисці з їжею. Йому подобалася музика, він виконував нескладні завдання і, коли одного дня загубився, сам знайшов дорогу додому.

Відомою першою особою з аутичними розладами, яку досліджували клінічно, був Віктор, так звана “дитина з Аверона”. Цього хлопчика (11-12 років) у 1799 р. побачили в лісі поряд з м. Аверон (Франція), де він збирав жолуді й корінці. Віктора (так назвали дитину) помістили в лікарню, де його почав ретельно обстежувати природознавець П.-Ж.Бонатер. Було з’ясовано, що хлопчик дратувався без видимих причин, більшу частину часу провадив, розгойдуючись, як полонена тварина в клітці зоопарку, був не в змозі зрозуміти, що бачить у дзеркалі своє відображення. Але при цьому він любив дивитися на своє відображення у спокійній воді ставка; а протягом довгих нічних годин зачаровано спостерігав за місяцем; його не цікавили інші діти або їхні ігри, і він не раз розпалював вогнище з дерев’яних іграшок. Звуки, які видавав хлопчик, нагадували хрюкання. Одним з найбільш неприродних проявів Віктора було те, що він ніколи не посміхався, лише дивно кривив рот.

Дуже дивував його слух: у проведених експериментах хлопчик не виявляв навіть найменшого хвилювання чи переляку, коли поблизу нього стріляли з гармати, але озирався на дуже слабкі звуки, наприклад, на шум кроків людини, що йшла позаду. Нюх був теж особливим, він не відчував деяких запахів, навіть якщо певну речовину підносили до самого його носа. Пізніше П.-Ж.Бонатер опублікував

у Парижі детальний звіт “Історичні нотатки про дикуна з Верона”, яким дуже зацікавилися медики і природознавці.

Незабаром хлопчика перевезли до Парижа, де його діагностував відомий на той час лікар-психіатр Ф.Пінель (1745-1826). Він категорично заявив, що у Віктора – глибока розумова відсталість, і цим можна пояснити всі відхили в його розвитку.

У 1800 році хлопчика обстежив 25-річний доктор Ж.-М.Ітар, головний лікар Імператорського інституту глухонімих, який спростував висновок Ф.Пінеля: на його думку, Віктор був не розумово відсталим, а дитиною, позбавленою можливості нормально розвиватися. Ж.-М.Ітар шість з половиною років інтенсивно займався з хлопчиком. В опублікованих спостереженнях доктор зазначає, що Віктор так і не навчився говорити (зміг запам’ятати всього два слова: “молоко” і “о, Боже”) і не став членом людського суспільства. Але завдяки уважному ставленню до потреб Віктора, дослідник зміг налагодити певний контакт і взаєморозуміння з ним. Окрім цього, Віктор дуже полюбив різноманітну домашню роботу, особливо охоче рубав дрова. Він міг займатися цією справою годинами, ніколи не втомлюючись і не приховуючи свого задоволення.



У 1911 р. швейцарський психіатр Ейген Блейлер (E.Bleuler) уперше використав поняття психопатологічний феномен “аутизм” у значенні центрального симптому в разі важких порушень взаємодії з реальністю у хворих на шизофренію дорослих. Це слово він утворив за допомогою грецького кореня “autos” (αὐτός) – сам, маючи намір підкреслити т. зв. аутичну втечу пацієнта у світ власних фантазій і нетерпимість до будь-якого втручання із зовнішнього світу (Kuhn R.; tr. Cahn C., “Eugen Bleuler’s concepts of psychopathology”. *Hist Psychiatry*. – 2004, 15 (3): 361–6.). Е.Блейлер вкладав такий зміст у це поняття: “відірваність асоціацій від даних досвіду, ігнорування реальних стосунків”, захисна пристосованість

щодо душевного болю, що дає людині можливість уникнути непосильних для неї вимог довкілля.

Другий, так званий доканнеровський період, що припадає на 20-ті – 40-ві роки ХХ століття, знаменується формуванням поняття “дитячий аутизм”.

Поняття “аутизм” увійшло до практики психіатрії, його почали широко використовувати стосовно не лише шизофренії, але й інших патологічних станів. Багато клініцистів внесли свої доповнення до поняття аутизму. Е.Kretschmer (1924) відзначав взаємозв’язок аутизму з шизоїднею; на думку Е.Minkowski (1927), аутизм є наслідком порушення “вітального” інстинкту. Класик російської психіатрії В.А.Гиляровский у 30-х роках говорив про аутизм як “своєрідне порушення свідомості самого “Я” і всієї особистості з розладами нормальних настанов до оточення”, при цьому підкреслюючи, що такі особи замкнені та відчужені від усього іншого.

Початок системного підходу до вивчення проявів аутизму у дітей прийнято відносити до 30-х – 40-х років, коли аутичні стани описали в клініці дитячої шизофренії, психозів і порушень, що мають своїм підґрунтям органічні ураження або недорозвинення центральної нервової системи (М.О.Гуревич, 1925, 1927, Г.Є.Сухарева 1925, О.Огуревич, 1927, Т.П.Симсон 1929, М.І.Озерецький 1938; М.С.Певзнер, 1941 та ін.). У працях ці дослідники ставили також питання про нозологічну й етіологічну приналежність аутичних станів.

У 1938 році австрійський педіатр і психіатр Ганс Аспергер з Віденського Університетського Госпіталю у своїй лекції з дитячої психології використав термін Блейлера “аутичні психопатії” (Asperger H. (1938). “Das psychisch abnormale Kind” (in German), Wien Klin Wochenschr 51: 1314–7.).

Ганс Аспергер (1906 – 1980) досліджував один з розладів аутичного спектра, згодом названий синдромом Аспергера, який, до речі, лише в 1981 році отримав широке визнання



як самостійний діагноз. (Wolff S (2004). “The history of autism”. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 (4): 201– 8).

Серед особливих проявів синдрому названо: “неприродний” мовленнєвий розвиток, коли можливість говорити випереджає здатність ходити і наявне таке: незвичайна інтонація мови, стереотипні дії в іграх і захопленнях, неспроможність установлювати повноцінний візуальний контакт. Кажучи про природу аутизму, Г.Аспергер вказував на біологічну ваду афективного контакту (у пренатальний або натальний період), а також дійшов висновку, що аутистичну психопатію спадково зумовлено.

Третій, каннерівський період (1943 - 1970 рр.) ознаменовано виходом у світ кардинальних праць з аутизму Л.Каннера (1943), Г.Аспергера (1944 р.), а пізніше – і досить великої кількості праць інших фахівців.

Незалежно від Г.Аспергера австроамериканський психіатр Л. Каннер стверджував: досліджуючи дітей з емоційними порушеннями та розумово відсталих, він ще з 1938 р. виокремив серед них таких, які часто виявляли здібності й вирізнялися від уповільнених учнів, або таких, які мали емоційні розлади.



Працюючи в лікарні Джона Хопкінса (Балтимор, США), що мала статус біомедичної експериментальної установи, Лео Каннер (1894 – 1981) став першим лікарем у світі, визнаним як дитячий психіатр, засновник першого академічного дитячого напрямку в психіатрії. У 1943 він опублікував свою першу працю, присвячену новій категорії дітей, “Аутичні розлади афективного контакту” (“Autistic Disturbances of Affective Contact”). У цій праці Л.Каннер виклав результати свого дослідження 11 дітей, які вразили його незвичайною подібністю своїх поведінкових проявів; виявлені розлади розвитку він означив терміном “ранній дитячий аутизм” (“інфантильний аутизм”). У своїй першій праці Л.Каннер охарак-

теризував аутизм як особливий стан з порушеннями спілкування, мовлення й моторики.

За Л.Каннером, найхарактерніші риси клінічної картини раннього дитячого аутизму – це “крайня аутична самотність” і пов’язані з нею порушення соціального розвитку: нездатність налаштуватися на адекватну поведінку, затримка чи відхили в розвитку мовлення, з ехолоаліями і неправильним використанням займенників, монотонне повторення шуму або слів, відмінна механічна пам’ять, обмежений діапазон спонтанної активності, стереотипія, бажання підтримувати все в незмінному вигляді, страх перед змінами та незавершеністю, вироблення ритуалів, поява дивних занять, дуже сфокусованих, інтенсивних захоплень і фіксацій, а також патологічні стосунки з іншими людьми, переважне проведення часу з неживими предметами. Л.Каннер розглядав аутизм як психічний розлад, що відбиває неправильне виховання, охарактеризувавши аутичні прояви як захист за своєю природою.

Виокремлені Л.Каннером характерні риси клінічної картини аутизму і в наш час вважають типовими проявами аутичного спектра (Happé F., Ronald A., Plomin R., 2006). “Time to give up on a single explanation for autism”. *Nat Neurosci* 9 (10): 1218–20). На дослідження Каннера спираються й сучасні критерії цього порушення розвитку, що дістало згодом другу назву – “синдром Каннера”. Невідомо, чи знав Каннер про більш раннє використання терміна Аспергером (Lyons V., Fitzgerald M., 2007).

Визначення Каннера і Аспергера багато в чому подібні:

- 1) сам вибір терміна “аутичний” відображає їхню спільну впевненість у тому, що соціальні проблеми дітей – найважливіші та найхарактерніші ознаки цього порушення;
- 2) у разі аутизму соціальний дефект вроджений (за Каннером), або конституційний (за Аспергером), і зберігається протягом усього життя;
- 3) наявні труднощі із зоровим контактом, стереотипні слова й рухи, а також опір змінам;
- 4) зовнішня привабливість аутичних дітей;

- 5) відмінність від шизофренії за трьома ознаками: позитивна динаміка, немає галюцинацій, уродженість порушення розвитку;
- 6) подібність проявів у багатьох батьків таких дітей – уникнення соціального життя чи непристосованість до нього; нав'язливе прагнення до сталого перебігу речей, а також наявність незвичних інтересів, які унеможливають усе інше.

Головні відмінності в описі аутизму двома психіатрами узгальнено нами в таблиці:

Таблиця 1

Відмінності в описі дитячого аутизму Л.Каннером та Г.Аспергером

<i>Автори Параметри</i>	<i>За Л. Каннером</i>	<i>За Г. Аспергером</i>
Поява ознак	У ранньому дитинстві	У більш пізньому віці
Інтелектуальний розвиток	Когнітивна недостатність	Здатність до досить високого інтелектуального розвитку
Зв'язок з довкіллям	Вибірково порушується розуміння соціальних сторін життя, вони краще й осмисленіше (“вдумливо”) взаємодіють з предметами, аніж з людьми	Порушується активна взаємодія із середовищем загалом як найсуттєвіший відхил за аутизму
Мовні можливості	Діти не володіють мовленням як засобом комунікації (незважаючи на здатність до вимови слів і достатній словниковий запас)	Діти вільно й оригінально володіють мовою, розповідають фантастичні історії; характер розмови у них схожий на “маленьких дорослих”
Моторні здібності та координація	Значне переважання моторної вправності; у тих дітей, хто має незграбність загальної моторики, тонка моторика високорозвинена	Незграбність загальної моторики, порушення координації рухів, труднощі функціонування дрібної моторики (зокрема в письмі)
Методи успішного навчання	Успіх обумовлений механічним заучуванням схеми дій	Хороші результати за умови активізації дитячої спонтанності й абстрактного мислення

За 13 років після виходу своєї першої праці, у 1956 году, Л. Каннер сумісно з Л.Ейзенбергом переглянув запропоновані ним критерії діагностики аутизму й опублікував статтю “Ранній дитячий аутизм: 1943-1955”, у якій скоротив кількість головних характерних симптомів, необхідних для діагностики аутизму, до двох:

- 1) немає афективного контакту,
- 2) повторювана ритуальна поведінка.

У 1950-ті роки цікавість професіоналів до аутизму в США і деяких країнах Європи значно зросла (Donnellan, 1985). Багато лікарів, особливо тих, хто захоплювався модною на той час психоаналітичною теорією, почали пояснювати можливі чинники виникнення аутизму в дитини навколишнім середовищем, що травмує її, і, особливо тим, що немає теплого ставлення батьків до дитини.

У публікаціях того часу навіть з’явилися терміни “заморожена мати”, “холодні інтелектуальні батьки” (Spitz, Wolf, 1946; Robertson, Bowlby, 1952; Roudinesco та ін., 1952); тобто йшлося про те, що головні чинники, які зумовлюють порушення розвитку дитини на ранньому етапі, – психологічні особливості батьків (дистанційність і емоційна холодність матері, яка регламентована в проявах почуттів), ранній психотравмувальний досвід, емоційна депривація (Bettelheim В., 1967). Аутичні прояви розглядають як результат специфічної патології дитячо-батьківських стосунків, як захисну реакцію, що розвинулася внаслідок труднощів адаптації дитини до світу дорослих. Проте результати сучасних досліджень показали, що особистісні особливості матерів і їхнє негативне ставлення до дитини сприяють формуванню, але не є першопричиною розвитку аутизму (Печнікова Л.С., 1997).

Паралельно з психогенетичною концепцією розвивалася концепція аутизму як особливого конституційного стану, як аутичний постнапад, після нападу шизофренії – Вроно М.Ш., Башина В.М., (1975 р.) та ін. Такі клініцисти, як Arn van Krevelev, 1952, Мнухин С.С., 1967 р. та інші запропонували концепцію органічного походження дитячого аутизму, згідно з якою мало місце часткове або цілковите фенкопіювання (неспадкоємна зміна фенотипу, модифікація) дитячого аутизму.

При цьому деякі дослідники обстоювали поліетіологічність аутизму, пов'язуючи його походження з органічними, реактивними чинниками, наслідками порушення симбіозу між матір'ю й дитиною, – порушенням адаптаційних механізмів у незрілої особистості (Mahler M., 1952 p.; Nissen G., 1971 p.; Rutter M., 1982 p. і багато ін.).

Було також з'ясовано, що аутизм може виявлятися не лише як досить специфічні клінічно окреслені синдроми типу раннього дитячого аутизму Каннера, синдромів Аспергера і Ретта, але й бути проявом інших хвороб, зумовлених хромосомною патологією (хвороба Дауна, синдром Х-ламкої хромосоми, ФКУ та ін.), обмінних і органічних захворювань мозку, зокрема туберозного склерозу.

Нарешті, четвертий: післяканнерівський період (1980-ті – 1990-ті роки) характеризується відходом від позицій самого Л.Каннера у поглядах на аутизм, що його розглядали як неспецифічний синдром різного походження. При цьому слід відзначити дві провідні тенденції: 1) розгляд усіх аутичних синдромів дитинства в межах синдрому й концепції Л.Каннера про ранній інфантильний аутизм (що характерно для більшої частини наукової літератури) і 2) виокремлення різних клінічних форм дитячого аутизму (H.Asperger, P.Menolascino, С.С.Мнухін, Д.Н.Ісаєв, В.Є.Каган), об'єднаних положенням про аутизм як один із синдромів дитячої психопатології (A.van Kreveken).

1.2. Класифікація розладів аутичного спектра

У побудові сучасних класифікацій дитячого аутизму маємо відзеркалення різних принципів. Вони базуються, з одного боку, на історичній спадкоємності уявлень про ці розлади та головні їх клінічні прояви, а з іншого, відбивають наявні погляди на їх етіологію й патогенез.

У міжнародній системі класифікацій МКБ-10 дитячий аутизм входить у рубрику “Загальні розлади розвитку” (F84) як частина розділу “Порушення психологічного розвитку” (рубрики F80 - F89). Тут виокремлено наведені нижче форми загальних розладів розвитку:

- F84.0 Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм; інфантильний психоз; синдром Каннера)
- F84.1 Атиповий аутизм (атиповий дитячий психоз; помірна розумова відсталість з аутичними рисами)
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку (дезінтегративний психоз; синдром Геллера; дитяча деменція; симбіотичний психоз)
- F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами
- F84.5 Синдром Аспергера (аутична психопатія; шизоїдний розлад дитячого віку)

За діагностичними критеріями Американської психіатричної асоціації (DSM-IV) визначено групу загальних (наскрізних) розладів розвитку (Pervasive Developmental Disorders, P.D.D.), яка об'єднує п'ять синдромів аутичного спектра:

299.00 Аутичний розлад

299.80 Синдром Ретта

299.10 Дезінтегративний дитячий синдром (CDD)

299.80 Синдром Аспергера

299.80 Нетиповий наскрізний розлад розвитку, до якого входить і атиповий аутизм (PDD-NOS).

Діагноз дитячий аутизм ставлять у разі його розвитку до 3-річного віку (атиповий аутизм – за умови розвитку у 3 – 5 років) і базують його на таких головних симптомах, як аутизм, схильність до стереотипій, непереносимість змін у довкіллі.

Однак за наявності цієї спільності проявів інші ознаки виявляють значний поліморфізм. Головні симптоми вирізняють як за особливостями характеру, так і за ступенем виявленості. Усе це визначає наявність варіантів з різною клініко-психологічною картиною, різною соціальною адаптацією, різним прогнозом. Між тим клініко-психологічної класифікації, адекватної цим завданням, немає. Наявні класифікації найчастіше побудовано за етіологічним або патогенним принципами.

О. С. Нікольська (1985-1987) виокремила чотири головні групи дитячого аутизму. Критерії класифікації: характер і ступінь порушень взаємодії із зовнішнім середовищем, а також тип самого аутизму [135].

У дітей I групи йдеться про відчуженість від зовнішнього середовища, II – його відторгнення, III – його заміщення і IV – переважно гальмівний вплив на дитину з боку її довкілля.

Перша група аутизму найважча: цілковита відчуженість від того, що відбувається. Діти практично не говорять (тільки в афективних станах можуть вимовити короткі слова й однотипні фрази, тому складається враження, що вони тільки частково розуміють мову). Використовують звуки немовного характеру: щебетання, свист, мимрення. Не реагують на зовнішні подразники: біль, холод, голод. Не виявляють переляку, навіть у ситуаціях, загрозливих їхньому життю. Не використовують цілеспрямованого погляду. Стереотипи виявляють в монотонності польової поведінки (безцільно пересуваються по кімнаті, лазять по меблях, бігають по контурах паркету). У разі спроби змусити звернути увагу на кого-небудь або на що-небудь виникає реакція самоагресії. Годинами можуть спостерігати за промінем світла, що падає на підлогу, або на вулицю за вікном.

Друга група. Ці діти можуть існувати тільки у вузьких межах розкладу, звичному устрої життя, руйнування якого спричинює панічний страх. Прогулянка має відбуватися за звичним маршрутом, а на ногах – одягнені черевики з шнурками певного кольору. Виявляють явні переваги в їжі. Діти часто взагалі вважають за краще обходитися без мовлення, а свої прохання висловлюють криком або показують на предмет, що цікавить, пальцем; їм властиві ехолоалії. Незграбні (враження, що ноги й руки їх не слухають), але іноді досягають великої майстерності у діях певного характеру. Мислення буквальне, наявність підтексту зумовлює напругу.

Третя група (“Книжкові” діти). Захваченість певними інтересами: можуть протягом кількох років говорити на ту саму тему, що хвилює, або малювати улюблених тварин. Багато говорять і часто

читують цілі сторінки улюблених літературних творів, але нерідко інтонація не відповідає тексту, у разі спілкування співрозмовника не чують, не схильні до діалогу. Мовлення квапливе, “говорить захлинаючись”, у розмові можуть переставляти слова за сенсом. Під час спілкування можуть дивитися на співрозмовника, але звертаються не до конкретної людини, а до людини взагалі, не враховуючи інтереси іншої особи. Рано набирають знання і словниковий запас за певною темою, часто вражають своєю неорганізованістю у побуті. Не володіють елементарними засобами самообслуговування, не прагнуть до нового, бояться неочікуваних змін. Здатні прийняти нововведення тільки під власним контролем. “Зациклюються” на промовлянні, програванні неприємних ситуацій (пожежі, бандити, смітники тощо). На відміну від дітей другої групи, не стільки схильні до збереження сталості в довкіллі, скільки у бажанні відстояти стереотипність власної поведінки.

Четверта група. На відміну від інших груп аутизму, діти здатні встановити із співрозмовником контакт очей. Але взаємодію негайно припиняють, якщо на шляху трапляється перешкода. Діти здатні звернутися по допомогу й емоційну підтримку до близьких людей. Ця надзалежність від дорослого виявляється в безмовному питанні дитини: “Що ви вважаєте за правильне?” чи “Якої відповіді ви чекаєте від мене”? У стереотипах як засобах захисту на перше місце виходить “правильність”. Схитрувати, обдурити для них неприйнятно. Є труднощі в організації спілкування та взаємодії з ними. Мовлення тихе, нечітке. Дитина в спілкуванні удається до мовлення й діалогу, але переказ тексту ускладнений. Іноді здається, що дитина не розуміє просту інструкцію, проте жваво реагує на ситуацію, що зачепила її (з незрозумілої причини), або образ. Насамперед відчувають вразливість, беззахисність цих дітей.

За всіма наявними класифікаціями зрозуміло, що індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр. Іноді синдром підрозділяють на низько-, середньо- і високофункційний аутизм, використовуючи для цього шкалу IQ чи рівень соціального розвитку; для цього

типуювання не опрацьовано стандарту і навколо нього тривають суперечки. Аутизм також можна підрозділити на синдромальний (наявність певної кількості клінічних симптомів) і несиндромальний. У першому випадку розлад асоційовано з важкою розумовою відсталістю чи природженим синдромом з фізичними симптомами, наприклад, туберозним склерозом (Cohen D., Pichard N., Tordjman S., 2005).

У деяких дослідженнях повідомляють про встановлення діагнозу “аутизм” не через припинення розвитку, а внаслідок втрати дитиною мовленнєвих або соціальних навичок (зазвичай у віці між 15 і 30 місяцями). Поки що немає єдиної думки стосовно цієї особливості; можливо, регресивний аутизм – це специфічний підтип розладу (Volkmar F., Chawarska K., Klin A., 2005; Landa R., 2007 та ін.).

Неможливість виокремити біологічно обґрунтовані субпопуляції утруднює дослідження чинників розладу (Altevogt B.M., Hanson S.L., Leshner A.I., 2008). Висловлено пропозиції щодо класифікації аутизму з використанням як поведінкових проявів, так і генетики, при цьому передбачають відвести назву “Аутизм 1 типу” для окремих випадків, за яких тестування підтверджує мутацію гена CNTNAP2¹ (Stephan D.A., 2008).

1.3. Клінічні прояви аутизму, ознаки та симптоми порушення розвитку

Аутизм – це комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що відзначаються з раннього віку і мають сталий перебіг. Симптоми зазвичай залишаються і в дорослих, хоча часто – у пом’якшеній формі (Rapin I, Tuchman R.F., 2008). Одного симптому недостатньо для визначення аутизму, потрібна наявність характерної тріади: вади соціальної взаємодії; порушеність взаємної

¹ CNTNAP2 - ген, який кодує трансмембранний “контактін-асоційовано-подібний білок-2”, охоплює 1,5 % 7-ї хромосоми людини і є одним з найбільших в людському геномі; асоційований з розладами аутичного спектра, а також із специфічним розладом мовлення.

комунікації; обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки.

Окремі симптоми “тріади” трапляються і в людей з нормальним типом розвитку; це, наприклад, аутизм як стан, який характеризується домінуванням замкненого внутрішнього життя, активним усуненням від довкілля, бідністю вираження емоцій, що спостерігають у разі шизоїдного типу особистості.

У процесі дослідження аутизму відбувалася певна трансформація розуміння цього явища, його сутності й меж. Так, виявилось, що не всі аутичні діти (подібно до пацієнтів Л.Канера) уникали соціальної взаємодії; серед них траплялися такі, які були просто пасивними, або виявляли соціальну активність, але якимось дивним чином. Окрім цього, клінічна картина аутизму варіювалася як між різними людьми, так і в одній людині, залежно від інтелектуальних здібностей та віку. Так з’явилося поняття “аутичний спектр” (autistic spectrum), щоб зафіксувати ідею про те, що те саме порушення може виявлятися різним чином [308].

Дитячий аутизм, класичний аутизм або синдром Каннера – розлад загального психічного розвитку, який виявляють у дітей у віці до 3 років без попереднього періоду нормального розвитку, який характеризується такими трьома групами ознак: якісними порушеннями соціальної взаємодії, якісними порушеннями спілкування, а також обмеженою, стереотипною поведінкою.

Вітальні функції. Батьки можуть відзначати особливості поведінки й реагування дитини у грудному віці. Це можуть бути труднощі годування, коли дитина відмовляється від грудей або в’яло смокче, або ж навпаки, смокче груди дуже жадібно і не може насититися. Апетит може бути поганим, нерідко він вибірковий, коли якісь продукти дитина категорично відкидає, наприклад, молоко, м’ясо, рибу. У багатьох дітей є проблеми зі шлунково-кишковим трактом, окрім того досить часто відзначається схильність до алергічних проявів.

Можливі порушення сну: дитина може практично не спати, а може, навпаки, спокійно і багато спати, або лежати у ліжечку година-

ми з розплющеними очима без ознак занепокоєння. Є різні варіанти реагування на зовнішні подразники: від підвищеної лякливості та страху щонайменших шерехів до практично зовсім браку реакцій. При цьому дитина може справляти враження глухого і сліпого. Реакція на дискомфорт теж може бути різною: від бурхливих проявів невдоволення в разі щонайменшої незручності до відсутності реакції на голод, мокрі пелюшки, холод. Нерідко батьки вважають свою дитину дуже “зручною”, спокійною, безпроблемною.

Досить частими є вегетативні розлади, особливо пронос, закріп, блювота, відрижки без видимих причин. До кінця дошкільного віку порушення сфери інстинктів і прояву соматовегетативної недостатності згладжуються.

Серед дітей з розладами аутичного спектра приблизно у двох третинах випадків спостерігають відхили в харчовій поведінці, до такого ступеня помітні, що раніше цю ознаку вважали діагностичною. Найпоширеніша проблема – вибірковість у виборі страв, проте також можуть відзначати ритуали й відмову від їжі (Dominick K.C., Davis N.O., Lainhart J., Tager. – Flusberg. H., Folstein S., 2007); при цьому не спостерігають недоїдання. Хоча в деяких аутичних дітей також можуть відзначати симптоми порушення роботи шлунково-кишкового тракту, у наукових публікаціях немає впевнених доказів теорії, що припускає підвищену частоту чи особливий характер таких проблем у аутистів (Erickson C.A., Stigler K.A., Corkins M.R., Posey D.J., Fitzgerald J.F., McDougle C.J., 2005). Результати досліджень відрізняються, і зв’язок проблем травлення з розладами аутичного спектра залишається нез’ясованим (Myers S.M., Johnson C.P., Council on Children with Disabilities, 2007).

Соціальна взаємодія. З раннього віку виявляють, що діти не тягнуться на руки, а перебуваючи на руках у матері – не туляться, не обіймаються. Зазвичай можна спостерігати такі два типові прояви – або напруженість і відстороненість дитини (особливо це помітно на рівні контакту голівки і плечового поясу дитини), або її пасивність, млявість.

Дитина боїться незнайомих осіб або на всіх реагує однаково байдуже; уникає прямого контакту очей; не реагує на найпростіші запитання і прохання “Де мама? Як тебе звуть? Принеси м’ячик”; не наслідує дій дорослих; використовує руку дорослого як інструмент: одна з найтипівіших ситуацій:

коли дитина хоче їсти або пити, вона бере дорослого за п’ять руки і веде на кухню до холодильника, чи до стола для того, щоб дорослий дістав печиво, пляшечку з водою тощо; і дорослий спочатку має здогадатися, що саме їй треба, а потім своїми руками дати їй це. При цьому багато хто з дітей здатен назвати те, що хоче, і має достатньо розвинені моторні здібності, щоб взяти предмет у свої руки.

У такої дитини порушена реакція на емоції інших. Вона рідко плаче, коли їй боляче, а коли неприємно, може дряпати, кричати і навіть кусати, або бити і кусати себе. Вона практично не звертається за співчуттям чи з проханням про допомогу до інших.

Характерним є те, що в аутичної дитини не формуються потрібні для спілкування рухи (вказівні жести, рухи головою (згода/заперечення), привітання, прощання тощо).

Спроби “проникнути” у світ дитини, залучити до контакту призводять до спалаху тривоги, агресивних і самоагресивних проявів. Часто буває так, що коли батьки наближаються до дитини, вона не реагує на їхній голос, не посміхається у відповідь, а якщо посміхається, то у простір: її посмішка ні до кого не звернена. Важко упіймати погляд дитини, залучити її увагу. І надалі встановити очний контакт буває складно, дитина дивиться неначе повз людину, її погляд плинний, відчужений, водночас може справляти враження дуже розумного, осмисленого.

Ставлення до близьких загалом часто байдуже, їх поява і відхід не зумовлюють жодної реакції у дитини, але з часом таке ставлення може змінитися підвищеною прихильністю, симбіотичною єдністю з ким-небудь з близьких, частіше за все – з матір’ю, коли навіть короткочасна її відсутність є нестерпною, спричинює паніку.

Аутичні діти також дивно сприймають інших людей. За висловами батьків, їхні діти “ходять повз людей, дивляться крізь людей, здаються сліпими, глухими”. У літературі навіть засвідчено уявлення, що вони ставляться до людей, як до предметів, неживих носіїв тих або інших властивостей, що цікавлять їх [79]. Дитина використовує людину як продовження, частину свого тіла, наприклад, коли користується рукою дорослого, щоб щось дістати або зробити для себе, або лізе по ньому, щоб щось дістати.

До інших дітей ставлення також незвичайне. Часто дитина їх просто не помічає, ставиться, як до меблів, може їх розглядати, чіпати, немов неживий предмет. Іноді їй подобається грати поряд з іншими дітьми, дивитися, що вони роблять, що пишуть у зошиті, у що грають, при цьому найбільше цікавлють не діти, а те, чим вони займаються. У спільній грі дитина не бере участі. Іноді є прагнення до спілкування з дітьми, навіть захват з бурхливими проявами почуттів, яких діти не розуміють і навіть побоюються, оскільки обійми можуть бути задушливими, і дитина, з великих радощів може заподіяти біль. Привертає увагу дитина до себе часто незвичайним способом, наприклад, штовхнувши або ударивши іншого. Іноді вона боїться дітей і за їх наближення з криком тікає.

Буває, що якщо її беруть за руку, не чинить опір, а коли женуть від себе – не звертає на це уваги.

Варто усвідомлювати також, що аутизм – це не просто брак стосунків з іншою людиною, а особлива форма стосунків із самим собою. (Генри Элленбергер).

Багатьом дітям з аутизмом властиве пізнє формування поняття “Я” і затримка адекватного користування ім. Детальний збір анамнезу і ретельне клінічне спостереження показують, що адекватному використанню “Я” послідовно передують: ехололійна інверсія займенників (дитина означає довокілья поняттям “Я”, а себе - поняттями “ВІН” або “ТИ”), формування понять “ВІН”, “ВОНИ”, “мама”, “тато”. При цьому, якщо в разі шизофренії має місце власне патологія “Я” (дисоціації й дезінтеграція сформованої особистості), то дитячий аутизм спричинює затримку формування понять, що означають навколишніх людей.

Щодо соціальної та побутової адаптації можна зазначити, що аутичні діти надзвичайно довго лишаються інфантильними, начебто не здатними до самообслуговування. Вони можуть свідомо використовувати дорослих для досягнення власних цілей, але також дивним чином. Так, типове таке: є речі, які дитина відмовляється брати своїми руками й вимагає, щоб тільки дорослий тримав їх, наприклад, пляшку з соком або ложку тоді, коли вона п'є чи їсть.

Комунікативні проблеми: дитина може не говорити або говорити щось сама собі. При цьому вона не використовує ні звуки, ні жести для спілкування. Мовлення стереотипне і найчастіше звучить як безпосередня чи відтермінована ехолоалія, характерні прояви певної повторювальної вокалізації, скандована вимова, тягуча інтонація, лепет.

Дитина часто не реагує на звернення мовлення, не відгукується на своє ім'я. Надалі, залежно від збереження інтелектуального потенціалу, розуміння мовлення може бути досить хорошим. Головною ж проблемою є брак або виражена недостатність комунікативної функції мовлення дитини. Гуління і лепет з'являються пізніше або їх нема взагалі; лепет не звернений до дорослого, дитина не повторює почуті звуки, слова.

У багатьох дітей мовлення взагалі не розвивається або дитина відтворює своє власне, "пташине", зрозуміле тільки їй мовлення. Якщо ж слова з'являються, то відбувається це раніше або пізніше звичайного строку. Це можуть бути якісь складні, рідкісні слова, причому дитина вимовляє їх дуже чітко. Деякі слова можуть з'являтися, а потім надовго зникати зі словника. Мовлення може бути монотонним, немає мелодійності, швидке або повільне, неритмічне, з проспівуванням слів, або слова вимовляються по складах, немов видавлюються, при цьому немає супровідної жестикуляції. Словник може бути великим, але слова часто не пов'язані між собою.

Затримка розвитку мовлення в одних осіб має певний і виражений характер, у інших – імітується відмовою користуватися мовленням, у третіх – має плинний характер і швидко долається, у деяких з них виявляється, навпаки, ранній розвиток мовлення.

Надзвичайно характерне жорстке закріплення певних мовленнєвих висловів за конкретними ситуаціями. Так, дитина начебто запитує (судячи за інтонацією): “Не хочеш? Не хочеш?” Насправді, вона відтворює те запитання, з яким до неї звертаються, коли прагнуть дізнатися про її бажання, і за цим виразом приховане значення “я не хочу”. Цікаве також застосування слова “Так?” у значенні ствердження, але з питальною інтонацією. Подібні слова відтворюють те, що дитина частіше за все чула стосовно себе і за чим у неї закріпилися відповідні значення. Змінити щось у подібних виловлюваннях (хоча б інтонацію), навіть за умови достатньо розвиненого інтелекту аутичної дитини зовсім непросто.

Схема мовлення аутичних дітей тверда і малорухома, спостерігають вади зв’язного мовлення, аграматизми, своєрідне модулювання та інтонування [78]. Дитині складно контролювати гучність свого голосу; її мовлення сприймають як “дерев’яне”, “механічне”, фрази ригідні й штамповані, утрирована правильність використання слів і зворотів (“попугайне”, “грамофонне” мовлення), перевага одних слів і зворотів за уникання інших [101].

Один з найавторитетних дослідників аутичного спектра розладів В.Є.Каган [79] характеризує аутизм саме через недостатність спілкування, що є наслідком первинних структурних порушень чи нерівномірності розвитку *передумов* спілкування та вторинної втрати регулятивного впливу спілкування на мислення й поведінку. „Передумови спілкування” такі:

- можливість адекватно сприймати й інтерпретувати інформацію;
- мати достатні й адекватні виразні засоби спілкування: мовлення, оптико-кінетичну систему знаків (жести, міміка, пантоміміка), пара- та екстралінгвістичну систему (інтонація, паузи тощо), системи організації простору й часу комунікації, системи “контакту очима”;
- взаєморозуміння з його регульовальним впливом на мислення й поведінку (адже психологічний феномен спілкування базується на процесах взаємодії та взаємостосунків суб’єктів);

- можливість адекватно планувати і гнучко варіювати поведінку, вибирати спосіб і стиль спілкування.

Характерна непослідовність мовленнєвих проявів аутичних дітей. Діти, які вміють говорити, говорять тільки тоді, коли самі вважають за потрібне. Інколи у них начебто вириваються фрази, яких ні до того, ні після того ніколи не вимовляли.

Якось Максим (4 р.), від якого досі чули тільки своєрідні гортанні звуки, які він із задоволенням постійно повторював, після тригодинного очікування біля кабінету відомого лікаря, втомлений і голодний, раптом сказав мамі: “Пішли звідси додому”.

З розповіді Ганни Л., мами Максима

У разі порушення цілеспрямованого комунікативного мовлення можливе захоплення окремими мовленнєвими формами, постійна гра звуками, складами та словами, римування, співи, декламування віршів.

Поведінка. В осіб з аутизмом спостерігається безліч форм повторювальної й обмеженої поведінки, яку за шкалою Repetitive Behavior Scale (Revised, RBS - R) підрозділяють на наведені нижче категорії (Bodfish J.W., Symons F.J., Parker D.E., Lewis M.H., 2000):

- стереотипія – безцільні рухи (махи руками, повертання голови, розгойдування тулуба);
- компульсивна поведінка – навмисне дотримання деяких правил, наприклад, розташування об’єктів певним чином;
- потреба в одноманітності, опір змінам; наприклад, опір переміщенню меблів, відмова відволікатися на втручання іншої людини;
- ритуальна поведінка – виконання повсякденних занять в одному порядку і в той самий час, наприклад, дотримання незмінної дієти або ритуалу надягання одягу. Цю рису пов’язано з попередньою потребою в одноманітності;

- обмежена поведінка – вузькосфокусована, за якої інтерес людини або її активність, наприклад, спрямовано на єдину телепрограму чи іграшку;
- аутоагресія – активність, що призводить (або здатна призвести) до поранення самої людини, наприклад, укуси самого себе. Дослідження 2007 року свідчать, що близько 30 % дітей з розладами аутичного спектра протягом свого життя заподіювали собі ушкодження (Dominick K.C., Davis N.O., Lainhart J., Tager-Flusberg H., Folstein S., 2007).

Жоден з різновидів повторюваної поведінки не специфічний для аутизму, проте тільки за аутичного спектра розладів таку поведінку, що має виражений характер, часто спостерігають (Bodfish J.W., Symons F.J., Parker D.E., Lewis M.H., 2000).

Характер маніпуляцій предметами дивний, незвичний, не схожий на те, як поводять себе інші діти. Дитина схильна до повторюваних, незрозумілих для інших ігор; має дивні звички, які можуть займати її годинами: любить стукотіти кулачком по різних поверхнях, відкрити і закрити кран з водою, переливати рідину з одного посуду в інший, одноманітно вертіти предмети, перекладати їх з місця на місце, розкладати певним схематичним порядком, викладати як ігрові (машинки, кубики), так і неігрові (тапки, коробки) матеріали у ланцюжок, чи досить тривало розглядати деталі будь-чого, наприклад, машинки, під різними кутами зору, тертися об щось спиною, шарудіти пакетами чи газетами, швидко гортати сторінки книги, увесь час тримати певні предмети в руках, або хапати предмет майже не глядячи, орієнтуючись за допомогою бокового зору, без кінця відчиняти й зачиняти дверцята й ящики, кидати книжки та іграшки; ходити по колу або якоюсь іншою певною траєкторією; відтворювати дивні звуки, скандовано повторювати певні емоційно заряджені слова, фрази; співати.

...У школі Томас був відомий як хлопчик, який завжди відкриває кран з водою, дверцята усіх шаф, вмикає і вимикає світло, розкидає корм для черепахи по підлозі, виливає молоко з пакетів тощо. Удома з ним також було багато проблем: коли приходили гості, він починав відкривати і закривати холодильник і всі двері, вмикав і вимикав світло, діставав усе з висувних ящиків, стукав по різних предметах
(за Т.Пітерсом)

Відзначають особливу “схопленість”, “зачарованість” дітей такими діями. Спроби відірвати дітей від подібних зовні позбавлених сенсу маніпуляцій, перемкнути їх увагу на продуктивні заняття, зазвичай, зумовлюють бурхливий протест, плач, крики.

У віці 1-го – 3-х років яскраво виявляється “феномен тотожності”: байдужі до оточення діти, що не реагують на спроби контакту, видають несподівані та бурхливі реакції заперечення на зміни у навколишньому середовищі: змінили наволочки на подушках, купили новий холодильник повісили картину (або зняли ту, що висіла) тощо. При цьому дорослі часто не усвідомлюють наявності зв’язку між нововведенням у домашніх побутових умовах і поведінкою дитини, і тому ставляться до подібних її проявів як до безпричинного збудження.

Дитина не будує пірамідку з кубиків, а складає їх (як й інші предмети) у ланцюжок, часто ходить начебто без будь-якого сенсу, лягає на підлогу. А якщо і будує пірамідку, то тільки одним й тим самим способом, не допускаючи участі в цьому процесі іншої людини. Характерні такі прояви активності, як гойдання, обертання, біг по колу або вперед-назад, трясіння п’ястями рук. Найчастіше така дитина досить перебірлива у їжі, не терпить будь-яких змін у раціоні, способі подання їжі тощо.

Одноманітна в’яла поведінка може часом уриватися невмотивованими агресивними вчинками, руйнуванням різних предметів, іграшок.

Велика кількість ритуальних проявів аутистів примушує думати про нав’язливі думки та дії (так звані obsesивно-компульсивні

розлади). Проте, у найближчому розгляді виявляють, що більшість рухових ритуалів, ритуальне повторення питань і фраз співставне з психомоторними феноменами, які властиві раннім етапам онтогенезу. Нерідко ці так звані ритуали замінюють собою або пронизують ігрові дії. Так, у багатьох аутичних дітей батьки відзначають, що дитина “крутить руками перед очима”, бере все до рота, трясє руками, стукотить предметом об предмет тощо.

Ситуацію, коли деякі характерні для раннього віку прояви у багатьох аутичних дітей можуть зберігатися довгі роки, пояснюють нерівномірністю розвитку за розладів аутичного спектра.

Багато проявів аутизму інтерпретують як результат долучення захисних і компенсаторних механізмів, що дають змогу дитині встановлювати відносно стабільні, хоча й патологічні, взаємини зі світом [103; 104].

В аутичних дітей можуть виникати справжні нав’язливості, але вони, зазвичай, швидко автоматизуються і втрачають свій захисний невротичний характер. Загалом ритуальними проявами звичайно вважають описані Л.С. Озероцковским псевдонав’язливості. Значне місце в їх формуванні займає органічна ригідність і схильність застряти, що виявляється в клінічному та психологічному (зокрема, за методиками Вартегга, малюнковими методиками) дослідженнях. Аутисти можуть роками відтворювати бачене й чути, нерідко – як досить складні й, здавалося б, довільні дії. Якщо у дитини з розладами аутичного спектра закарбовуються певні схеми дій, то вони можуть переважати над безпосереднім сприйманням реальності.

11-річна Оленка, яка приїхала до літнього корекційного табору, страшенно боялася собак. Коли вона вперше побачила собаку, то нічого не кажучи, стрімко побігла до крильця будинку і по сходинках забігла всередину, до кімнати, де жила з мамою. Так було декілька разів. Одного разу, коли вона йшла до будинку, то побачила, що собака сидить біля крильця. Замість того, щоб тікати від неї, вона побігла прямо на собаку, щоб потім по сходинках дістатися до своєї “схованки”.

(За нашим спостереженням)

Повторювальні дії аутичних дітей можуть набувати й форм монотонних механічних ігор і складати складніші ігрові дії. Порушення ігрової активності як основного виду дитячої діяльності залежить від тяжкості стану й етапу динаміки, може виявлятися в механічному маніпулюванні частинами свого тіла чи предметами (частіше – неігровими предметами: ключами, гайками, мотузками тощо), в неадекватному використанні іграшок, вибіркового користуванні іграшками в самотніх безсюжетних нерольових іграх, рольових іграх наодинці (“спілкування з предметами”), тих або інших формах ігрової взаємодії. Грою такі маніпуляції можна назвати лише умовно, адже подібні одноманітні “маніпулятивні ігри” варто розглядати як вираження рудиментарних надцінних утворень на рівні наочно-дієвого мислення.

У багатьох дітей ігри незвично рано переростають у захоплення або цілком поступаються їм місцем. Захоплення характеризують випереджальною невідповідною до віку, сталістю і незвичністю змісту. За умови гарного інтелектуального розвитку аутичні діти можуть досягати значної продуктивності щодо своїх захоплень.

Поведінка дитини в громадських місцях може бути недостатньо адекватною. Так, вона може кричати, у магазині все хапати з полиць. А якщо хтось звертає на неї увагу, починає нервувати. У дитячому саду не дотримує режиму, не слухає вихователів, не бере участі в заняттях.

Слід зазначити, що соціально несхвальна поведінка, зазвичай, виникає в аутичної дитини у місцях накопичення людей (супермаркетах, вокзалах, у гостях). Чинники такої поведінки – це передусім фізичний дискомфорт, який можуть спричинити як надмірні слухові та зорові враження, так і неприємні тілесні (наприклад, тактильні) відчуття, про які дорослі можуть не здогадуватися:

Я часто погано поводитися в церкві, тому що нижня спідниця дряпала мене і викликала свербіння. Недільний одяг відчувається інакше за буденний. Більшість людей за кілька хвилин звикають до нових відчуттів. Мені й тепер потрібно 3–4 дні, щоб повністю звикнути до чогось нового. Тоді в церкві, дитиною, я шаленіла від спідниці і панчох. Мої батьки не розуміли, чому я так погано поводжу себе.

(Темпл Грендін)

Причини так званої “поганої” поведінки часто мають фізіологічний характер. Це погане самопочуття: закріп, зубний біль, біль у вусі тощо. Напад паніки можуть зумовити також нетипові звуки, яскраве світло, різкі запахи.

Інколи проблемні прояви аутичних дітей з’являються неочікувано (з якихось непередбачуваних для навколишніх людей обставин) і в начебто вже звичних для неї ситуаціях, у яких до того не виникало напруження. Але в більшості випадків чинники такої поведінки можна встановити, якщо знати особливості сприймання такими людьми довкілля, наприклад, їхню схильність до сталого порядку речей.

Одного дня недільним ранком я показала Мері ключі від машини: ми йдемо. Мері була абсолютно спокійна, поки я не повернула ліворуч приблизно в двох милях від будинку. Несподівано у неї почався жасливий спалах роздратування. Я зупинила машину і озирнулася. Що могло бути чинником? У цей момент я помітила солом’яний кошик в машині. Коли Мері сідала в машину, вона помітила кошик і дуже зраділа, оскільки вирішила, що ми йдемо до супер-маркету. Того дня я хотіла відвезти Мері до бабусі і шлях до неї спочатку збігається з дорогою до супермаркету. Але там, де я повернула ліворуч, до супермаркету дорога йшла праворуч. Саме у цей момент у Мері стався зрив.

(за Т.Пітерсом)

Моторика. Дитина з розладами аутичного спектра має також проблеми з моторикою: вона незграбна порівняно з однолітками, позбавлена невимушеності; їй важко стрибати, вона не спроможна марширувати, має маріонетковий характер рухів, порушену координацію, брак цільових, виразних і влучних рухів. Рухи слабо координуються, дитина неспроможна керувати розподілом м’язового тону-су; спостерігається анімія, скутість пози, невелика кількість жестів. Тут йдеться про порушення в смисловій структурі складних рухових

актів чи дій; розлади в осмисленому сприйманні простору, чи вади осмислення предмета як знаряддя чи об'єкта маніпуляцій. При цьому, зазвичай, такі діти люблять, щоб їх обіймали, загортали у ковдру, гойдали тощо.

Відомо також таке “парадоксальне” поєднання: поряд з невправністю та незграбністю – витонченістю окремих рухів, особливо – балансування, що може стати своєрідною аутостимуляцією для аутичної дитини, прагненням повторювати подібні дії.

Так, дитина залазить на підвіконня і для того, щоб дотягнутися до квартирки стає ногою на кубик і балансує на пальчиках однієї ноги, віртуозно підтримує рівновагу.

Дрібну моторику у таких дітей, зазвичай, набагато краще розвинено ніж загальну.

Сенсорний розвиток. У ранньому дитинстві виявляють ознаки порушеного реагування на зовнішні стимули. Аутична дитина часто вивчає предмети, облизуючи й обнюхуючи їх. Вона занадто чутлива до дотику: не любить, коли в неї липкі руки (через пластилін, бруд, фарбу), коли на неї вдягають шапку і рукавички, коли намочують або підстригають волосся, реагує на певну текстуру одягу, не любить хрустку їжу чи таку, яка вимагає тривалого жування.

Щодо звуків дитина може не показувати вигляду, що чує, коли їй щось кажуть, любить певну музику і відгукується на конкретні звуки; при цьому деякі звуки прагне уникати, особливо гучні (домашні електроприлади). Любить іграшки, які мають конкретні звуки, любить коли говорять з нею спокійним, м'яким голосом чи так, як у мультфільмах.

Дитина з аутичним типом розвитку часто має нав'язливе прагнення до тілесного контакту і такі прояви тактильної стимуляції, як удари себе по вухах руками, кусання губ, стискання губ, згинання й розгинання пальців рук, перебирання ними; потріпування, змахування й оберти п'ястями рук; хода та біг навшпінках; оберти навколо

себе. У світі природи, серед речей чи в певних сферах знань є щось таке, що привертає їхню увагу понад усе: тільки це вони помічають, тільки про це говорять, не звертаючи увагу, чи цікава ця інформація всім навколишнім.

Характерне також зосередження на тілесних відчуттях, коли дитина напружує певні м'язи й суглоби, змахує руками, заламує руки; стрибає, махає головою, розгойдується; механічно дратує очі й вуха тощо. Усе це посилюється, коли дитина помічає якісь зміни у звичних для себе обставинах, вторгнення в її гру, або чує звернення до себе.

Це схоже на певну “сенсорну гру”, яка виконує певну функцію: стимулює периферійний зір, слух або дотикові відчуття. Уважають, що це так звана аутоstimуляція, активне вибіркоче відтворення приємних сенсорних відчуттів, коли дитина несвідомо насичує себе певними інформаційними сигналами, з одного боку, а з іншого – заглушує неприємні обставини зовнішнього світу.

Загалом можна казати про певні порушення *сенсорної системи* дитини з аутизмом. Характерні прояви цього порушення:

- 1) фрагментарність сприймання ними зовнішньої інформації (фіксація на певних зорових об'єктах, звукових або дотикових враженнях) за нездатності сприйняти цілісну ситуацію;
- 2) труднощі одночасного сприймання інформації, яка поступає від різних органів відчуття (якщо бачить, то не чує; якщо чує, то не відчуває);
- 3) занижена чи суттєво завищена чутливість на певні зовнішні подразники.

Через такі сенсорні порушення мозок не здатний усвідомити інформацію, що потрапляє через органи чуття, і узагальнити її в образи сприймання (інтегрувати), а потім – оформити у поняття.

Емоційна сфера. Провідні особливості порушеної емоційності – асинхронія та нерівномірність її розвитку. Клінічно це виявляється поєднанням складних, зокрема й соціальних, емоцій із затримкою розвитку простих видів емоційного реагування.

Улюблені враження із зовнішньої реальності часто спричинюють у аутичної дитини радість, яка виявляється в міміці та жестикуляції (частіше за все – стереотипному трясінні п'ястями рук), а примусове припинення аутостимуляції – бурхливе обурення, яке закінчується частіше за все аутоагресією (биттям себе по лобі, підборіддю, кусанням своєї руки).

Аутична дитина може виявляти постійну й диференційну емоційність в іграх, у “спілкуванні” з іграшками, де вона не стикається з потребою розпізнавати їхні емоції, а “проекує” на них власну емоційність. Ці факти узгоджуються з особливістю, яку відзначають батьки самостійно або в детальному збиранні анамнезу: аутичні діти зазнають труднощів у розпізнанні людського обличчя, при цьому вміють вирізняти людей за іншими, опосередкованими ознаками. Працюючи з аутичними дітьми, можна спостерігати, що впізнаючи дорослу людину у певному середовищі, вони можуть не відрізнити його в інших обставинах. Водночас підвищення рівня активації (необхідність, емоційна зацікавленість, зовнішня стимуляція) не заважає впізнанню особи.

Міміку аутистів можна визначити як “атонічну”, “виразну маску”. У деяких випадках її можна порівняти з малодинамічною мімікою сліпих і слабозрячих, що формується у зв'язку з недостатністю або браком мімічних зразків.

У багатьох дітей з аутичними розладами можуть бути агресивні, а ще частіше – ауто- чи самоагресивні прояви, які подібні на вияв гніву звичайних дітей, але за інтенсивністю та тривалістю набагато перевищують їх. Так, аутична дитина може кусати, дряпати інших, намагатися штовхнути, вдарити ногою². Але типовішою є аутоагресивна поведінка, коли дитина кусає чи щипає свою руку, б'є себе по підборіддю чи по чолу, підстрибує й падає на підлогу боком тощо. І агресивні, і аутоагресивні прояви в контексті психічних особливостей аутичної дитини мають свої підстави: частіше за все це реакція на

² Слід зазначити, що такі прояви можливі частіше за все у тих дітей, що мають важкі розлади за аутичним типом та з якими не провадилися (чи недостатньо провадилися) корекційно-розвивальні заняття.

дискомфортні обставини, серед яких – зміна звичної ситуації, утома дитини, голосні звуки, нові люди тощо. Інколи те, що спочатку приваблює дитину, стає згодом джерелом її сильного роздратування й відповідної реакції (це пояснюють феноменом перенасичення враженнями). Істеричні ж реакції нічим не вирізняються від подібних проявів у неаутичних дітей, а саме – мають такий самий демонстративний, маніпулятивний характер. Але в разі аутизму подібні прояви можуть виявляти не тільки з раннього віку, але й у сім–вісім років і старше.

У спонтанній поведінці аутична дитина може виявляти різні емоційні прояви. Проте помітно, що вона, по-перше, не виявляє адекватної реакції на емоції оточення, по-друге, не “помічає” їх. При цьому словесне роз’яснення емоційного сенсу ситуації може привести до задовільного і правильного реагування. Те само можна спостерігати, наприклад, у дослідженні за методикою С. Розенцвейга, де емоційне значення ситуації передано через міміку, й задалегідь вербалізовано.

Недостатність емоційного резонансу – вторинний, похідний від особливостей сприймання й пізнавального розвитку, феномен. Розуміння емоційного стану іншої людини для дитини часто недоступно або реакція її неадекватна, наприклад, сміється, якщо мама плаче, хоча нерідко батьки відзначають, що дитина дуже чутлива до їхнього настрою, виявляє увагу до них, коли вони в особливому стані, а також – своєрідно звертаються за розрадою.

Так, Оля (3 р.) коли хоче, щоб її втішили, підходить задком і притуляється спиною, начебто треться; а Денис (2,5 р.), коли почуває себе зле, припадає цюкою до ноги свого тата і завмирає, очікуючи, що той його погладить.

(Зі слів батьків дітей)

Пізнавальні функції. Інтелектуальний розвиток може коливатися в широких межах, але частіше за все його важко встановити однозначно. Клінічно і внаслідок обстеження за методикою Вексле-

ра визначають нерівномірність розвитку окремих функцій, що робить підсумкову клінічну оцінку складною, а статистичну – часто невірогідною. Узагалі, можна казати про те, що стан інтелектуальних функцій та інтелектуальний розвиток у аутичних дітей досить суперечливий. Катамнестичне вивчення групи дітей з синдромом Каннера, виконане L.Eizenberg та L.Kanner (1956), показало у 2/3 спостережень виражене відставання в розумовому розвитку, а у 1/3 пацієнтів інтелект був у межах норми. З часом ці діти досить добре адаптувалися в соціальному середовищі. Згадані автори вважають, що порушення пізнавальної діяльності у цих дітей – це вторинний результат аутичної поведінки, яка перешкоджає формуванню та дозріванню інтелектуальних функцій.

Психометричне дослідження дітей з синдромом раннього аутизму, проведене Л.Вінг, засвідчило у 55 – 60 % з них глибоку розумову відсталість, у 15 – 20% – легку інтелектуальну недостатність, а у 15 – 20 % – нормальний інтелект [309].

У роботах В.Є.Кагана показано, що в середньому загальний інтелектуальний показник у разі дитячого аутизму нижчий, ніж у здорових, але вищий, ніж у розумово відсталих. Водночас середній рівень невербальних показників у цих дітей помітно нижчий, ніж у здорових, і в 1/3 випадків відповідає такому в олігофренів. Особливо низькі показники виділення послідовності подій, просторових стосунків, здатності до переключення уваги, синтезу на предметному рівні [79].

Показники вербально-інтелектуальних функцій нерівномірні: результати тестів на загальний обсяг знань, розуміння громадських норм життя, здатність оперувати числами нижчі за норму, тоді як здатність до узагальнення, активний запас слів, механічна пам'ять часто вищі, ніж у дітей з нормальним типом розвитку.

Таким чином, інтелектуальна діяльність у разі раннього дитячого аутизму нерівномірна: є певні функції, які значно відстають від вікової норми (соціальний інтелект, мовлення, вербальний інтелект, побутові навички), але є й такі, що відповідають нормі, або

навіть значно випереджають її (наприклад, невербальний інтелект, який виявляється у здатності оволодівати комп'ютером та іншою електронною технікою, конструюванні, музиці, образотворчому мистецтві, математиці). Окрім цього, інтелектуальні здібності залежать від клінічної форми раннього дитячого аутизму, його етіології та патогенезу.

Психолого-педагогічне дослідження раннього дитячого аутизму дає змогу окреслити особливості функціонування психіки дітей з аутичними розладами. Так, ідеться про те, що притаманні для них:

- фрагментарність (нецілісність) когнітивного (зокрема й перцептивного) оброблення інформації (теорія ослаблення центрального зв'язування, викривлення цілісної картини реального предметного світу [226];
- обмеження у спроможності інтерпретувати сприйману інформацію та розуміти її смисл. Звичайним є стереотипне натиснення на вухо чи око, обнюхування, облизування предметів, перебирання пальцями перед очима, гра з відблисками, тінню [155; 230];
- високо розвинена механічна пам'ять і певні типи асоціацій, наприклад, асоціації за суміжністю [241];
- відставання чи цілковитий брак розвитку експресивного мовлення, стереотипне використання мови. У побуті аутична дитина може використовувати бідний набір мовленнєвих штампів, при цьому одночасно вона виявляє гостру чутливість до мовленнєвих форм, музичний слух і увагу до поезії. У разі загального порушення розвитку цілеспрямованного комунікативного мовлення можливе захоплення окремими мовленнєвими формами, постійна гра звуками, складами і словами, римування, співи, декламування віршів [136; 137; 223; 235];
- „негнучкий” процес мислення, буквальне розуміння непрямого смислу [300];
- викривлене розуміння загального смислу того, що відбувається так звана центральна когнітивна дефіцитарність [221; 237];
- брак адекватних емоційних [210];

- довга затримка у формуванні комплексу „Я”, що виявляють у схильності казати про себе в третій особі, наслідуванні мовлення й дій інших [233];
- слабка координація рухів, неспроможність керувати розподілом м'язового тону [79; 177].
- незвична зорова пам'ять: запам'ятовування маршрутів, розташування знаків на папері, клавіш і кнопок на електронних пра- ладах тощо [104; 241].

Багато існує прикладів щодо фрагментарності сприймання дій- сності аутичними дітьми, яка спричинює їхні дивні, невідповідні до контексту ситуації прояви:

Ліза (2,5 років) перебуває разом з усіма в ігровій кімна- ті. Щоб діти, які можуть хаотично бігати, не вибігали за межі кімнати, кімнату закрито на гачок. Дівчинка розуміє, що вона не може відкрити кімнату. Тоді вона лягає на під- логу, просовує пальці у щілину внизу дверей і робить такі рухи, начебто хоче пролізти крізь цю щілину.

Протягом цілого місяця Даня бачив немовля, дівчинку, яка ще не вміла ходити (доньку педагога) і була в Центрі разом з іншими дітьми, найменший вік яких 2,5 років. Од- ного разу він першим прийшов на заняття і зайшов разом з педагогом до кімнати, де повзало немовля. Педагог питає: “Даня, хто це?” Хлопчик близько підходить до дитини, на- хилиється і, пильно придивляючись до її обличчя, каже: “Це Соня” (ім'я дівчинки).

(За нашими спостереженнями)

Одним із найяскравіших специфічних характеристик сприй- мання і переробки інформації аутистами є так звана буквальність.

Коли хлопчика попросили витерти ноги після прогулянки під дощем, він зняв черевики, шкарпетки і витер ноги об килимок.

(За Т.Пітерсом)

Характерна така особливість аутистів – тенденція використовувати поняття як назву тільки одного предмета, за яким саме вперше й закріпилося це значення. Так, слово «стілець» може застосовуватися лише для одного конкретного предмета певної висоти і кольору, з 4 ніжками (і з погляду аутиста, нелогічно називати так само предмет, що, наприклад, має більший розмір, інший колір і лише 3 ніжки).

...На перерві Томас ходив по ігровому майданчику і постійно тримав за руку одну вчительку, яку він називав «Рука». Це ім'я закріпилося за нею після того, як вона кілька разів йому сказала: “Тримай мою руку”.

...у період, коли у Тома лише починали розвиватися мовленнєві навички, він придумував свої власні імена для різних предметів, які, по суті, були однаковими, але звучали по-різному. Наприклад, велосипед він називав різними іменами. Серед них були: «велосипед», «трактор», «колеса у грязі» «колеса у траві», а також «ноги на педалях».

(За Т.Пітерсом)

Можна передбачати, що зазначені порушення – не випадковий набір симптомів, а закономірний комплекс проявів своєрідного затримання пізнавального розвитку й основних його етапів, що виявляються у сфері стосунків і спілкування: етапу стосунків до світу предметів; етапу виділення людей зі світу предметів і формування уявлення про людей як собі подібних; етапу формування “Я”, само-свідомості, ставлення до себе, як найбільш тонкої й диференційної форми стосунків.

Синдром Аспергера (синоніми: шизоїдна психопатія, шизоїдний розлад дитячого віку).

Як зазначено раніше, симптоми, що ввійшли потім до “синдрому Аспергера”, розкрив австрійський психіатр Г.Аспергер на лекції в 1938 р., а потім змістовно описав у науковій праці в 1944 році. Однак про зазначений синдром дізналися у світовій літературі тільки починаючи з 1981 р., коли Л.Вінг подала відповідні спостереження за дітьми, які вирізнялися досить високим рівнем інтелектуального функціонування та вираженими порушеннями соціального спілкування, назвавши синдром за іменем автора, який уперше виокремив його. Офіційним визнанням синдрому слід вважати його введення у 1994 році до американської класифікації порушень розвитку DSM-IV і до міжнародного класифікатора МКБ-10.

Синдром Аспергера, як і синдром Каннера, характеризують якісними порушеннями соціальної взаємодії, обмеженими стереотипними формами поведінки й інтересів.

На сьогодні нозологічну самостійність цього розладу не визначено. Є думка, що цей синдром є м'який варіант аутичного розладу. Як і інші форми дитячого аутизму, синдром Аспергера починається в ранньому дитячому віці, але діагностують його нерідко тільки тоді, коли діти поступають до школи й коли очевидними стають труднощі у взаєминах з іншими дітьми.

Особливості *соціальної взаємодії* менше виражені, аніж у разі дитячого аутизму. Присутність іншої людини не ігнорують цілком, розрив з реальністю не такий глобальний. Характерні егоцентризм і низька здатність до взаємодії з однолітками, яке можливе зазвичай за наявності спільного інтересу, або коли дитині щось потрібно від іншої людини.

Ставлення до дорослих може бути надтовариським й без усяких меж, коли дитина на вулиці починає розмовляти з незнайомою людиною, поводить себе занадто вільно, може підходити до людей, чіпати їх за одяг, щось гучно говорити.

Маленький Томас, який побачив жінку з надзвичайно пишною зачіскою голосно питає: “Мамо, це людина чи тварина?”

Хільда де Клерк, мама Томаса

10-річний Олексій показує пальцем на літню жінку і каже на весь автобус: “Яка тьотя некрасива...як баба-яга!”

Олександра Р., мама Олексія

Усупереч наявному уявленню, яке існує як “загальне місце” в літературі про аутичних дітей, слід зазначити, що більшість таких дітей зовсім не віддає перевагу самотності. Особливо це стає очевидним у проявах осіб з синдромом Аспергера: вони прагнуть спілкуватися, але їм складно зав’язувати й підтримувати дружні стосунки. Згідно з дослідженнями почуття самотності у них пов’язане скоріше з низькою якістю наявних стосунків, аніж з невеликою кількістю друзів (Burgess A.F., Gutstein S.E., 2007). Наскільки їм важко орієнтуватися в соціумі найкраще розповідають вони самі:

...Я мимоволі цурався інших хлопців. Я дуже боявся, що вони зроблять що-небудь погане тому, хто несвідомо поводитьься ненормально.

Мортен Йонккір

...Я не знав, як спілкуватися з іншими хлопцями; вони постійно вселяли в мене страх. Я не міг зрозуміти, чому вони так себя поведять, і що означає їхня поведінка.

Шон Бэррон

...Безпеку як найважливішу основу я можу знаходити тільки в речах. Люди занадто оригінальні та непередбачувані.

Біргер Селлін

Одне з найхарактерніших особливостей якісного порушення взаємодії у разі аутизму – невміння оцінити ситуацію, вийти за її межі, оцінити з боку; невміння поставити себе на місце іншого, неспроможність убачати реакцію іншої людини. Надзвичайно показовим у цьому сенсі є неправильне виконання такими дітьми, наприклад, відомого тесту “Смартіз”³.

Дитину просять здогадатися, що є в коробці з-під “Смартізу”. Коли дитина каже “цукерки”, чи “смартіз”, коробку відкривають і дитина бачить, що там лежить олівець. Потім закривають кришку і говорять: “Коли прийде Біллі я покажу йому цю коробку закритою, як тобі. І запитаю його, що там в середині? Що він скаже?” За виконаними дослідженнями [17] 80 % дітей з синдромом Аспергера відповідають зі своєї позиції, а не з позиції іншої людини: замість того, щоб припустити, що Біллі так само, як і вони, помилиться і подумає, що у коробці лежать цукерки, вони відповідають, що він скаже: “Олівець”. Цікаво, що у виконанні всіх подібних тестів 86 % дітей із синдромом Дауна, чий розумовий вік нижчий за показники аутичних дітей, виконували завдання правильно, уміли передбачити, що інша дитина так само як і вони буде вважати, що в коробці цукерки [221].

Узгоджена соціальна взаємодія передбачає певний загальний набір сприймань і смислів, і цього не вистачає у спілкуванні аутистів з неаутичними людьми. Йдеться про проблему реципрокного (взаємного) соціального контакту.

...Я винахідник, якому треба вчитися дивним способам спілкування в іншій культурі. Варто потрапити в нову соціальну ситуацію – я починаю сканувати свою пам'ять стосовно подібного досвіду. Чим більше спогадів я акумулюю, тим більш я здатна передбачати дії людей у певній ситуації.

Темпл Грендін

³ Фірмова назва різнокольорових цукерок з шоколадною начинкою.

У *спілкуванні* діти наївні, не вміють хитрувати або роблять це своєрідним чином, часто собі на шкоду. Підвищено вразливі до зауважень і мало чутливі до емоційного стану іншої людини. Мають певні труднощі у спілкуванні, які можуть збільшувати з віком. Інколи можна свідчити про певний відрив від реальності, хоча часто стосунки із зовнішнім світом для таких дітей неоднозначні: одні чинники реального середовища можуть бути для них значущими, інші мають менше значення, а треті взагалі несуттєві (для дитини, що нормально розвивається, вони мають рівну значущість). Загальні інтереси з однолітками не приваблюють таких дітей. Зазвичай вони їх заміщають особливими інтересами “незрозумілого”, абстрактного характеру⁴.

В осіб з синдромом Аспергера також наявні мовленнєві штампи. Т.Пітерс наводить приклади таких фразових стереотипів, які виголошують аутичні діти [147]:

Джеремі, коли хоче послухати музику, каже: «Не торкайся до приймача. Ти можеш його зламати». Цю фразу він чув кожного разу, коли наближався до приймача. Потім він став використовувати її як власне прохання;

Коли аутичний хлопець Брайан хотів, щоб йому дали спокій, він говорить: «Закрий двері». Ця фраза закріпилася в його свідомості тому, що він часто чув від мами вираз: «Я закрию двері», коли вона приводила його до кімнати, щоб він заспокоївся.

Порушення процесу спілкування в разі аутизму виявляється переважно у таких двох різновидах, як *комунікативний дефіцит* (гіпокомунікативність із заниженою цікавістю до довкілля, уповільненням установавлення вербальних і невербальних контактів, браком прагнення висловити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами), або, навпаки, *комунікативна екзальтація* (надлишкова гіперемоційність у контактах, „прилипливість”, конфліктність, розгальмованість).

⁴ Глибоко і тонко такі особливості дітей з синдромом Аспергера розкриває П.Самарі (2005 р.) у своїй відомій книзі.

Наприклад, дитина задає питання: «А як Вас звати, а скільки Вам років? А як звати Вашого сина...» через якийсь час “А Ви – така-то (називає правильно ім'я і прізвище), а Вашого сина звать так-то (правильно каже)”, або таке питання: “Я гарний хлопчик, так, так? Так?” Чи питання пізнавального змісту: “А як буде тава англійською?”, “Ця річка глибока?”, “На яку відстань заглиблюється цей отвір?”, “Які розміри цього предмета?”, “Які тварини належать до класу непарнокопитних ссавців?”

(За нашим досвідом)

Ці питання звучать без орієнтира на відповідь (відповідь не задовольняє й питання знову задають). Проби пояснення цього феномену дають самі аутичні особи:

...я, бувало, запитував одне й те саме знову й знову, доводячи батьків до повного шаленства! Я хотів почути ту саму відповідь багато-багато разів, тому що ні у чому не був впевнений... Мені хотілося знати точні відповіді на все; неточність зводила мене з розуму.

Мак-Доннелл

Тобто, навіть ті діти, які мають достатньо сформоване (інколи – вишукане й багате за словниковим запасом) мовлення, не здатні повноцінно спілкуватися, вступати у справжній діалог: вони не дивляться в очі, не розуміють контекст ситуації (чи цікаво для інших, або чи доречно те, що вони говорять), не можуть бути гнучкими й послідовними щодо тематики розмови, й складається таке враження, що вони не зважають на співбесідника, “не чують” його.

...Я не спілкувався за допомогою мовлення зовсім не тому, що не був здатний навчитися його використовувати. Головна причина була в тому, що я не знав, для чого люди спілкуються.

Джим Сінклер

Неспроможність використовувати мовлення, міміку і жести з комунікативною ціллю – загальна риса аутичних дітей незалежно від ступеня їхнього інтелектуального розвитку.

Характерним для осіб із синдромом Аспергера є також так зване резонерство – безплідне мудрування, непродуктивність словесних розповідей або відповідей на запитання. Через це їхнє мовлення набуває характеру «розірваності». Аутичні люди використовують слова без роздумів, навіть помилкові, постійно оперують недостатньо продуманими поняттями і ставлять на місце одного поняття інше, що має (за об'єктивного розгляду) лише другорядні загальні складники (Е.Блейлер).

Такі особи не виявляють зацікавленості в увазі співрозмовників, не відчують, коли іншим уже важко або нецікаво їх слухати. При тому їхня мовленнєва поведінка має однотипний характер не тільки за формою, але й за змістом. Так, особа з синдромом Аспергера може і в ситуації ділових, і дружніх стосунків з однаковими подробицями розповідати обставини свого особистого життя.

Отже, мовлення осіб з аутизмом не є ні знаряддям думки, ні засобом спілкування між людьми.

Поведінка. Характерним є зовнішній вигляд таких дітей: відчужений вираз обличчя з бідною мімікою, фіксований, “загадковий” погляд з несподіваною фіксацією на випадкових предметах та інших людях. Нерідко вираз обличчя стає зосереджено-самозаглибленим (брови зрушені, погляд спрямований начебто всередину себе). Вирізних мімічних рухів мало, жестикуляція має вузький спектр проявів. У школі їх сприймають як диваків. У них зазвичай немає друзів. Ці діти також схильні до розпорядку й ритуалів, але така їхня властивість має “вищий” рівень, аніж у дітей з класичним аутизмом.

Дії у них начебто неадекватні цілям, і аутистичні інтереси в цьому випадку переважають; саме на їх виконання діти із синдромом Аспергера спрямовують свою енергію. Довільну ж цілеспрямовану діяльність сформовано недостатньо. Тому поведінку таких дітей загалом визначають імпульсивність, протилежні афекти й ба-

жання, брак єдності та внутрішньої логіки. Ось як пояснює великі проблеми самовиявлення аутична жінка, яка стала науковцем [92]:

Я ніколи не була певною, як себе поводити у різних ситуаціях. Навіть для високоаутичного дорослого дуже важко точно знати, коли треба щось казати, коли варто попросити по допомогу, а коли краще помовчати. Для такої людини життя – це гра з правилами, які постійно і непередбачувано змінюються.

Анне Карпентер

Моторика має особливості: вони помітно незграбні, рухи недостатньо гармонійні, невмілі, неритмічні, є тенденція до стереотипів (наприклад, розгойдування чи трясіння п'ястями рук). Узагалі в дітей є, принаймні зовні, досить хороша адаптація до реальності. Часом стереотипні рухи можуть бути дуже пластичними (навіть “надпластичними”).

Емоційна сфера. Для осіб із синдромом Аспергера характерна прихильність до дому, яка може поєднуватися з тим, що немає прихильності до близьких. На тлі описаних психічних особливостей можливий розвиток афективних розладів, стертих нав'язливостей, поява іпохондричних скарг, фобій. Такого роду порушення зазвичай виникають у періоди фізіологічної кризи, іноді під впливом травматичних зовнішніх чинників.

Прояви інших людей для них так само незрозумілі, як і для дітей з “класичним аутизмом”, за Каннером:

... я не можу розуміти людські емоції, як би не намагався

Пол Макдоннелл

Але деякі з них здатні вигадувати допоміжні засоби, щоб полегшити собі пристосування до світу людей:

...Я хотіла розуміти емоції. Для більшості з них у мене був спеціальний словник-тлумач, для визначення інших – малянки.... Я дуже хвилювалася щодо “зчитування” почуттів інших людей. Хоча я могла децю “перекласти”. Якщо голос у людини звучав все голосніше, швидше і вище – значить, людина сердилася. Якщо сльози по обличчю течуть, або куточки рота опущені – людині сумно. Якщо людина тремтить – то можливо, вона налякана, або хворіє, або змерзла...

Донна Вільямс

Пізнавальні функції. На відміну від класичного аутизму у разі синдрому Аспергера не спостерігають загального недорозвинення мовлення або пізнавальних функцій, більшість дітей мають високий рівень розвитку інтелекту, рано починають говорити, читати.

Не варто однак забувати, що загальною ознакою психічної організації в разі аутизму є нерівномірність розвитку. За наявності в аутистів високорозвинених здібностей, усе ж спостерігають їх незгодженість з іншими структурними складниками психіки, особливо – функціями соціального інтелекту. Тому, на нашу думку, слід зазначати відносність подібних порівнянь щодо інтелекту в цілому. Знання важко відтворюють і є вкрай нерівномірними. Активна й пасивна увага нестійкі.

Інтереси таких дітей скоріше абстрактні, не характерні для дітей, наявна певна одержимість ними, а зацікавленості реальним життям немає; типова для них також непристосованість у побутових обставинах. Накопичуючи велику кількість знань, вони не можуть використовувати їх у практичному житті. Прагнення вирішення питань про “життя”, “всесвіт” і тому подібне можуть поєднуватися у цих дітей з безглуздим збиранням залізок, картинок та інших дріб’язкових предметів.

Загально визнану вузькість інтересів у осіб з розладами аутичного спектра (навіть у тих, хто має високий IQ) можна продемонструвати такою розповіддю:

Один аутичний підліток усіх, кого зустрічав, розпитував, якого кольору двері в судах для неповнолітніх у місцевості, де вони живуть. Коли його запитали, чому він не запитує про двері у судах для дорослих, він відповів: “Це нудно!”.

(за Фр. Аппе)

Особлива природа цих інтересів визначається не стільки їх змістом, скільки їх ізольованістю.

Мовлення може бути занадто дорослим, педантичним; за умови граматичної правильності зазвичай не спрямовано на співрозмовника, змінено і її мелодика, і темп. Інтонації незвичайні, дитина говорить надто багато (або мало), часто використовує мовні штампи.

І навіть у високорозвинених аутистів є така ознака сприймання й перероблення інформації, як буквальність, що значним чином дезорієнтує їх у довкіллі.

...коли я чую фрази на кшталт «Ми, можливо, відправимося за покупками завтра» або «Подивимося, що станеться», то ця невизначеність спричинює у мене страшний відчай, і мені доводиться постійно докладати величезних зусиль, щоб зрозуміти, станеться щось або ні. Невпевненість стосовно подій переходить і на предмети, наприклад, куди треба покласти цей предмет, або де його можна знайти. Усе це призводить до невпевненості в тому, що від мене чекають інші люди.

Тереза Жоліфф

Іншою частиною “буквальності” є труднощі розуміння символічних дій. Так, наприклад, у аутичних осіб сформовано навичку користуватися ложкою/виделкою, коли вони споживають їжу, насипаю в тарілки. Але коли їм пропонують відтворити процес вживання їжі умовно, вони не можуть зробити це, як у реальності.

У літньому корекційному таборі однією з вечірніх дитячих вистав була “Білосніжка і семеро гномів”. “Гномами” були учасники табору від 2,5 до 25 років. Коли Білосніжка роздала Гномикам тарілки, а голос Автора прокоментував це: “І почали гномики їсти смачну вечерю”, то і маленькі Гномики, і підлітки, і 25-річний високофункційний аутист (людина, яка гарно знає англійську мову, співає різними мовами складні пісні, має професію) почали однаково “їсти”: наблизили тарілку до обличчя і почали відкривати і закривати рота, імітуючи процес жування.

За нашими спостереженнями

Символічна гра вимагає здатності надавати дії (чи об’єкту) новий сенс, тоді як функційна гра вимагає тільки уявлення про повсякденний світ.

Але і реальний світ особи з розладами аутичного спектра не можуть сприймати цілісно, що зумовлює брак у них правильних смислових зв’язків між предметами. Це демонструє таке цікаве дослідження, коли групі аутичних дітей і групі звичайних дітей дають запам’ятовувати два ланцюги слів. У першому ланцюзі є пов’язані за асоціативним змістом слова, у другому – механічно об’єднані випадкові слова. Виявляється, що аутичні діти мають приблизно однакові показники щодо обох ланцюгів слів, тоді як діти з так званим нормальним типом розвитку, звичайно, – різні; при цьому показник щодо ланцюга асоціативно споріднених слів у аутистів нижчий за результати звичайних дітей, тоді як показник непов’язаних між собою слів – вищий.

Можливо, високі показники слухомовленневої пам’яті, характерні для аутичних дітей, зумовлено тим, що слово, маючи вузьку предметну (буквальну) віднесеність, не здатне актуалізувати систему зв’язків, оскільки не є центром семантичного поля. А це допомагає сконцентруватися на самих словах (можливо, сприймаючи їх однозначно) і покращує показники механічної пам’яті (за Н.Г.Манелісом).

Синдром Ретта

Синдром Ретта вирізняється від описаних двох синдромів аутичних розладів його наявністю практично тільки у дівчаток, виникненням після періоду нормального розвитку, вираженою нейроморфологічною патологією й поєднанням психічних розладів з важкими неврологічними порушеннями.

Період регресу нервово-психічного розвитку відбувається у віці 1–3 років і супроводжується нападами неспокою, крику, порушеннями сну. протягом кількох тижнів–місяців дитина втрачає набуті навички, а саме: зникають спрямовані рухи рук, дитина перестає говорити. Одночасно з’являються характерні стереотипні рухи, які нагадують “миття рук”. Можливі судомні напади, які чергуються з періодами гіпервентиляції. Важливий симптом – втрата контакту з іншими людьми. Ця стадія розвивається так швидко і драматично, що нерідко дітям виставляють діагноз енцефаліту.

Третя стадія охоплює дошкільний і ранній шкільний вік. На цей час стан дітей відносно стабільний. Наявні глибока розумова відсталість, судомні напади, а також екстрапірамідні розлади: дистонія м’язів, атаксія, гіперкінези. На цей самий період нападів неспокою немає, покращується сон, стає можливим емоційний контакт з дитиною.

Наприкінці першого десятиріччя життя починається четверта стадія – прогресування рухових розладів. Хворі нерухомі, наростає спастичність, м’язові атрофії та вторинні ортопедичні деформації (сколіоз), з’являються вазомоторні розлади, особливо на нижніх кінцівках, відставання в рості, а у деяких хворих розвивається кахексія (виснаження). Судоми рідкі, можливе емоційне спілкування з хворим. У такому стані особи з синдромом Ретта можуть перебувати десятки років.

Соціальна взаємодія. Здатність до взаємодії частково збережена, навіть коли засоби комунікації через певний регрес розвитку стають менш доступними.

У спілкуванні наявні ехोलалії. Розуміння ними слів оцінюють як хороше, на відміну від активного мовлення, хоча розуміння слів з

абстрактним значенням досить обмежене. За умови втрати мовлення і здатності до жестикуляції у більшості дівчат може розвиватися (як певна компенсація) спілкування за допомогою погляду. У шкільному віці така комунікація зазвичай посилюється. У деяких випадках такі дівчата здатні чітко показувати поглядом на вибраний об'єкт, що варто використовувати в педагогічних цілях.

Поведінка. Практично всі дівчата зі збереженим мовленням виявляють усі поведінкові особливості, притаманні аутизму. Поведінка одноманітно-монотонна. Відбувається втрата набутих цілеспрямованих рухів рук.

Моторика. Глибока затримка психомоторного розвитку. Порушення координації захоплюють як тулуб, так і кінцівки. Спостерігаються порушення рівноваги, тремор, хода на широко розставлених ногах з похитуванням. Рухи стають загальмованими. Сколіоз. Загальний моторний неспокій. Деякі особи із синдромом Ретта не встигають у ранніх проявах хвороби набути навички ходи. Більшість дітей, які вміють ходити, утрачають цю здатність. Спостерігають низький психологічний тонус. Обличчя дитини поступово набуває сумного, “неживого” виразу, погляд стає розфокусованим або спрямованим в одну точку перед собою.

Емоційна сфера. Вираженість аутичного відсторонення мінлива й часом з'являється легка тенденція до спілкування, коли виявляється певне збереження емоційного ставлення до рідних. Можливі напади примусового сміху разом з проявами імпульсивної поведінки.

Пізнавальні функції. Виражене відставання в інтелектуальному й мовному розвитку: глибоке пошкодження експресивного й імпресивного мовлення. Відповіді стають одноманітними чи ехолалійними, часом мовлення зовсім зникає, коли кажуть про так званий мутизм.

Додатково треба зазначити, що напочатку вважали, начебто такий розлад розвитку трапляється винятково у дівчат. Однак на сьогодні накопичується все більше описів випадків синдрому Ретта у хлопців [14; 215; 230].

Атиповий аутизм – тип загального розладу розвитку, який відрізняють від дитячого аутизму або віком початку, або браком хоч би одного з трьох діагностичних критеріїв. Так, та чи інша ознака аномального і/або порушеного розвитку вперше з'являється тільки у віці після 3-х років; і/або тут немає досить виразних порушень в одній або двох з трьох психопатологічних сфер, потрібних для діагнозу аутизму, усупереч характерним аномаліям в інших сферах. Виникнення атипичних форм дитячого аутизму відбувається за певних форм клінічної патології, коли ураження мозку є одним з головних проявів порушення розвитку – різних органічних мозкових процесів, зумовлених хромосомними хворобами (хвороба Дауна, ФКУ, синдром Х-ламкої хромосоми та ін.) і важких обмінних порушень в організмі. Для аутизму в таких випадках характерний розвиток на тлі вираженої в тому чи іншому ступені розумової відсталості.

Йдеться про те, що атипичний аутизм найчастіше виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю, у яких дуже низький рівень функціонування забезпечує невеликий простір для прояву поведінки, подібної до аутичної; він також трапляється у осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення.

Парааутичні розлади

Серед парааутичних розладів найбільш практичне значення має психогенний (деприваційний) аутизм, який уперше описав J. Nissen у 1975 р., а у російській дитячій психіатрії – у працях В.Є.Кагана, М.О.Проселковой, В.М.Башиної, Г.В.Козловської (1996), М.О.Проселкової (1997). J.Nissen спостерігав такий розлад у дітей 3-4 років, позбавлених матерів, і таких, яких виховують у дитячому будинку.

Психогенний аутизм виявляється в порушеннях спілкування й недостатністю комунікативних функцій, затримкою розвитку мовлення та моторних навичок. Надані самим собі, такі діти мовчки займаються одноманітною грою чи марнують час у бездіяльності, лежачи на підлозі. Іноді в них можна виявити застигання в одній позі

й ехолалію. Періодично у них може виникати моторне занепокоєння, зокрема біг, стрибки або тривале одноманітне розгойдування, вертіння п'ястями рук, смоктання пальців, елементів одягу. У спілкуванні з дорослими вони вкрай неактивні й часом байдужі; не реагують на звернення до них, показ яскравих іграшок.

У них немає орієнтовної реакції на нові предмети й людей: у такій ситуації не виникає ні пожвавлення, ні цікавості, ні страху; не виникає радощів з приводу побачених солодоців, цуценяти чи кошеняти, що типове для дітей з нормальним типом розвитку. Аутичність дітей може досягати ступеня псевдосліпоти та псевдоглухоти. Тільки повторна тактильна, звукова, зорова стимуляція дає змогу виявити в них орієнтовну реакцію, зокрема, стеження очима. При цьому, якщо немає реакції на подразники звичайної гучності й сили, вони можуть реагувати на імперативний наказ, висловлений підвищеним тоном (або – на шепітне мовлення). Багато дітей байдужі до змінення звичного стереотипу.

Поведінка дітей у цих випадках нагадує синдром Каннера, але на відміну від нього діти з психогенним аутизмом за активної стимуляції здатні до навчання та наслідування (наприклад, ігрових дій). У них не виявляють негативізму й парадоксальних реакцій.

За відсутності матері у них, природно, не формується система мати–дитина, навіть якщо є особа, яка заміщує матір. Емоційна сфера таких дітей недорозвинена. Можливим для них є розвиток депресивних станів з плаксивістю, соматичними скаргами, адинамією й астенією, які створюють додаткову базу для зміненого емоційного реагування.

Аутичні розлади призводять до вторинної затримки розумового розвитку. У міру дорослішання дитини-сироти парааутичний синдром зазнає часткового зворотного розвитку. Із запізненням формується мовлення, розвиваються здібності до спілкування, рідше виникають депресивні стани. Але водночас усе виразніше виявляються особистісні особливості, емоційна незрілість, інколи – ускладнення у встановленні міжособистісних зв'язків (як з дорослими, так і з одно-

літками), недостатня здатність до співпереживання та понижена мотивація до праці. Разом з проявами затримання розумового розвитку межового рівня це формує своєрідний дефіцитарний тип особистості.

Інші форми деприваційного аутизму. Елементи аутичних розладів можуть відбиватися на особливостях поведінки й особистості осіб, позбавлених повноцінного спілкування з навколишнім світом у випадках зорової, слухової (у разі сліпоты, глухоти, глухонімоти) та іншої депривації (наприклад, за неможливості пересуватися у разі ДЦП). Але такі форми аутичних розладів вирізняє не лише збереження емоційної сфери, але й її підвищена чутливість до зовнішніх дій, дратівливість і афективна лабільність. Зовсім немає моторних проявів аутизму та стереотипії в поведінці. Тимчасову затримку психічного розвитку й мовлення (за винятком випадків глухонімоти) коригують педагогічними діями у спеціально створених умовах, і такі діти можуть досягати високого рівня інтелектуального розвитку, хоча в деяких випадках вони і в дорослому віці залишаються менш товариськими або товариськими в обмеженому колі близьких людей.

1.4. Механізми порушення розвитку за аутичним типом (огляд сучасних теорій)

Порушення розвитку організму на якому-небудь етапі онтогенезу називають дизонтогенезом (disontogenesis).

Онтогенез (від грец. *οντογένεση*: *ον* – буття й *γένεση* – походження, народження) – це поступове перетворення організму від менш до більш досконалої його будови й функціонування, що має поетапний перебіг у вигляді кількісних і якісних зрушень, індивідуальний розвиток будь-якого організму з моменту зародження до смерті. Нормальний психічний розвиток дитини – це складний процес, в основі якого лежить видова і генетична програма, що реалізується в умовах постійної зміни середовищних чинників.

Психічний розвиток тісно пов'язано з біологічними властивостями організму, його спадковими й конституційними особливостями

ми, природженими та надбаними властивостями, опосередкованими поступовим формуванням структури і функції різних відділів ЦНС. Темпи формування окремих систем головного мозку різні, і це визначає фізіологічну гетерохронію (нерівномірність) його зростання й розвитку, що відбивається в різній швидкості дозрівання окремих психофізіологічних функцій. В організмі відбувається поступова диференціація тих або інших (зокрема психічних) процесів з одночасною інтеграцією їх у нове ціле.

Психічний дизонтогенез – патологія психічного розвитку зі зміною послідовності, ритму і темпу процесу дозрівання психічних функцій. Розроблення змісту цього поняття в дитячій психіатрії пов'язано з іменами Г.Є.Сухаревої, М.Ш.Вроно Г.К.Ушакової, В.В.Ковалева, А.Є.Лічко.

Клінічні форми патології психічного розвитку можуть бути систематизовані таким чином: розумова відсталість, затримка психічного розвитку (межова і парціальна), викривлення й інші порушення психічного розвитку, аутичні розлади, акселерація, інфантилізм, соматопатії.

Наведені клінічні форми патології психічного розвитку у класифікаційному довіднику МКБ-10 внесено до 3 розділів: “Розумова відсталість” (рубрики F70 - 79), “Порушення психологічного розвитку” (P80- 89), “Поведінкові і емоційні розлади, що починаються в дитячому і підлітковому віці” (F90 - 98).

Загальною особливістю психічних розладів у дітей, особливо в дитячому віці є поєднання проявів прогресивної динаміки розвитку психічних функцій і їх дизонтогенеза, зумовленого порушенням формування морфофункційних систем мозку. Такі розлади можуть бути наслідком уроджених особливостей нервової системи, церебрального дистресу і мікросоціальних впливів.

У цьому віковому періоді отримує підтвердження гіпотеза про трьохосову або трирівневу структуру етіології психічних захворювань, коли взаємодіють три види рівних за значущістю чинників – генетичні, екзогенно-церебральні та психосоціальні, що знаходить

віддзеркалення в поліморфізмі клінічної картини і робить необхідним реалізацію індивідуального підходу до формування лікувально-профілактичних заходів [Козловская].

Сучасні уявлення щодо причин і механізмів розвитку аутичного порушення розвитку базують на численних даних, які свідчать про наявність вираженої патології на різноманітних рівнях організму, від психічного та нейрофізіологічного до нейрохімічного й анатомічного, а також – на результатах генетичних досліджень. Варто зазначити, що й донині немає єдиної концепції щодо чинників виникнення аутизму. Відомо, що в етіології та патогенезі цього розладу важливу роль грають генетичні й біологічні чинники (зокрема органічне ураження головного мозку внаслідок хромосомних або метаболічних порушень). Йдеться також про те, що появі ознак аутизму у віці до 2 – 2,5 років нерідко передують:

- різні патології вагітності
- родові травми, асфіксія під час пологів
- чинники, що діють після народження.

Американський дослідник Е.Орніц виявив понад 30 різних патогенних чинників, які можуть зумовити формування синдрому Каннера.

Деякі науковці головним вважають вплив резидуально-органічного чинника (наслідки патології вагітності, пологів, черепномозкових травм і інфекцій). Інші (за традицією) відносять аутизм до групи дитячої шизофренії. Є також думка, що аутизм виникає внаслідок природженої дисфункції мозку; спадково зумовленого недорозвиненням відчуттів, або ж це наслідок недорозвинення нейронних структур, потрібних для перероблення інформації.

Етіологія й патогенез синдрому Аспергера, так само як і раннього дитячого аутизму, залишаються нез'ясованими. Найбільше значення надають генетичним чинникам, що зумовлюють природжений характер порушень. Про це свідчать факти накопичення випадків цього синдрому в родинях, де є особи з цим розладом, а іноді й підвищена частота окремих випадків не лише синдрому Аспергера, а й дитячого аутизму.

Але разом з уявленнями про генетичну зумовленість цього синдрому багато психіатрів допускають, що він виникає внаслідок перинатального та перинатального порушення ЦНС.

Довгий час уважали, що характерну для аутизму тріаду симптомів зумовлено деякою загальною причиною, що діє на генетичному, когнітивному та нейрональному рівнях (Happy F., Ronald A., 2008). Проте нині найчастіше припускають, що аутизм – це складний розлад, ключові аспекти якого діють одночасно, хоча породжуються окремими причинами (Plomin R. та ін., 2006).

Патогенетичні механізми раннього дитячого аутизму залишаються недостатньо з'ясованими, є такі припущення:

- порушення біологічних механізмів ефективності;
- первинна слабкість інстинктів;
- інформаційна блокада, пов'язана з розладом сприйняття;
- недорозвиненість внутрішньої мови;
- центральне порушення слухових вражень, яке призводить до блокади комунікативних функцій;
- порушення активувальних впливів ретикулярної формації.

Можна нарахувати понад десять теорій аутизму. Усіх їх об'єднують у такі три наведені нижче концепції: *поведінкову* (M.G.Aman, J.W.Bodfish, K.C.Dominick, S.Folstein, J.Lainhart, M.H.Lewis, D.E.Parker, F.J.Symons, H.Tager-Flusberg); *біологічну*, до якої належать: генетичні концепції, теорія порушення розвитку мозку, теорії, пов'язані з дією перинатальних чинників, а також нейрохімічні та імунологічні концепції (В.В.Лебединський, К.С.Лебединська, С.С.Мнухін, О.С.Нікольська, І.А.Скворцов, В.Rimland, O.Rutter, P.Steffenburg, С.М. Schumann, С.Schmitz) і *когнітивну* (U.Frith, A.Leslie, S.Baron-Cohen).

1.4.1. Модель аутизму з позиції біхевіоризму

За умови застосування парадигми біхевіорального (поведінкового) напряму аутизм розглядають на рівні поведінкових проявів. За визначенням біхевіоральної психології *аутизм* – це синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які можуть змінюватись під впли-

вом спеціальних ретельно спланованих, конструктивних взаємин з навколишніми людьми. При цьому дефіцитом поведінки названо те, що дитина не робить або робить недостатньо, а надлишком – рухи й дії дитини, які часто виявляються і перетворюють її поведінку на неадекватну та неефективну, заважаючи конструктивній взаємодії з навколишнім середовищем [182].

У дітей з аутичним типом розвитку частіше за все спостерігають такі *дефіцити*: комунікація; соціально адаптивні навички; ігрові навички; побутові навички; генералізація навичок.

Категорія “*надлишку поведінки*”, своєю чергою, охоплює такі прояви: агресія (самоагресія); істерика; аутоstimуляція; стереотипні дії [178].

Поведінку дитини, що є соціально небажаною, деструктивною або самодеструктивною, називають *проблемною*. На думку представників біхевіорального напрямку, проблемна поведінка у аутичних дітей здебільшого відбувається через брак певних навичок. Так, дитина, яка не має комунікативних навичок, починає виявляти себе небажаним чином: наприклад, хоче пити, але, не маючи навички просити, починає плакати чи виявляти аутоstimуляцію.

1.4.2. Біологічні теорії (генетичні концепції; теорії, пов’язані з дією перинатальних чинників; теорія порушення розвитку мозку; біо- та нейрохімічні теорії, імунологічна концепція)

Головними чинниками етіології синдрому Каннера на сьогодні вважають генетичні чинники чи їх складне сполучення, а також ранішні екзогенно-органічні ураження головного мозку. Аутизм не має чіткого єдиного механізму ні на молекулярному, ні на клітинному й системному рівнях; і досі відбуваються суперечки стосовно того, що об’єднано під назвою аутизм – кілька розладів, за яких вплив мутацій сходиться на невеликій кількості загальних молекулярних ланцюжків, або (як порушення інтелекту) велика група розладів з механізмами, що сильно розрізняються (Geschwind D.H., 2008).

Відомо також, що розлади аутичного спектра включено в розширений аутичний фенотип (англ. *broader autism phenotype, BAP*),

що описує також осіб з аутичними рисами поведінки, таких, наприклад, які уникають зорового контакту (Piven J., Palmer P., Jacobi D., Childress D., Arndt S., 1997).

Генетичні концепції

Одна з найрозповсюдженіших гіпотез виникнення аутизму полягає в тому, що цей відхил у розвитку зумовлено генетичними порушеннями, однак лишається незрозумілим, що спричинює переважний вплив на появу розладів аутичного спектра – взаємодія множини генів, або рідкісні мутації, які мають сильний ефект (Abrahams B.S., Geschwind D.H., 2008).

Аргументи на користь генетичної природи аутизму спираються на сімейні, близнюкові, молекулярно-біологічні дослідження (Rutter, 1985). Є численні вказівки на сімейну обтяженість дитячого аутизму: 2–3 % сиблінгів (братів/сестер) дітей–аутистів страждають на ті самі захворювання, що в 50 (за іншими даними, в 60–100) разів перевищує популяційну частоту дитячого аутизму; конкордантність (наявність певної ознаки в обох близнюків) щодо дитячого аутизму в парах монозиготних близнюків за даними різних авторів, коливається від 36 % до 89 %, тоді як у парах дизиготних близнюків вона дорівнює 0; ризик розвитку раннього дитячого аутизму в другій дитині після народження першої з аутизмом досягає 8,7 %.

За результатами близнюкових досліджень доведено, що рівні конкордантності за когнітивних розладів (зокрема – аутичних) становлять 86 % для однойцевих близнюків і 9 % – для двояцевих. Незважаючи на наявність таких переконливих даних, про істотну роль спадкових чинників у розвитку дитячого аутизму, модус спадкоємства залишається невідомим. Допускають можливість спадкоємства не самого захворювання, а нахилу до нього.

У ранніх близнюкових дослідженнях наслідуваність аутизму оцінюють більш ніж у 90 %, за умови проживання дітей в одній обстановці і відсутності інших генетичних і медичних синдромів (Freitag C.M., 2007). Проте більшість мутацій, що підвищують ризик аутизму, поки залишаються невідомими.

За висновками досліджень, що їх провадив Міжнародний консорціум з молекулярного і генетичного вивчення аутизму, на людських хромосомах 2 і 17 є ділянки, які спричинюють схильність до аутизму. Дослідникам також вдалося підтвердити припущення щодо того, що подібні зони мають 7 і 16 хромосоми. На думку канадського науковця Стефана Шерера, за аутизм “відповідає” 7-а хромосома ДНК. Зазвичай, у разі аутизму не вдається простежити зв’язок розладу з мутацією (що зачіпає одиничний ген) Менделя чи з одиничною хромосомною аберацією.

Приблизно в 10%–15% випадків можна виявити стан, пов’язаний з одним геном, на який діють закони Менделя, або хромосомна аберация (мутація, що змінює структуру хромосом), або ж інший генетичний синдром (Folstein S.E., Rosen - Sheidley B., 2001). Низку генетичних захворювань асоційовано з розладами аутичного спектра (Zafeiriou D.I., Ververi A., Vargiami E., 2007). Є припущення, що чинником появи більшого числа аутистів у здорових родинах можуть бути успадковані варіації, пов’язані з відхилами, які передаються з покоління в покоління. Отже, значну кількість випадків можна вважати генетичними змінами, які мають високу ймовірність бути успадкованими, але при тому самі не були успадковані: це нові мутації, що спричинили аутизм у дитини, але їх немає в батьків (Beaudet A.L., 2007).

Стосовно статевої причетності можна казати, що, за приблизними даними, аутизм у поєднанні з розумовою відсталістю у хлопчиків трапляється лише в два рази частіше (2:1), а без розумової відсталості – у п’ять з половиною разів частіше (5,5:1), ніж у дівчат (Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. та ін., 2007). Генетична теорія дає пояснення такому значному переважанню хлопчиків-аутистів.

Так, встановлено, що ген *CACNA1G*, з яким пов’язують аутизм, частіше трапляється саме у хлопчиків, звідси й більший ризик порушення розвитку (Park A. A). Ген *CACNA1G* відповідає за регулярне постачання кліток кальцієм. Від умісту кальцію безпосередньо залежить активність нервових клітин мозку: дисбаланс мінералу може привести до надмірного подразнення нервових з’єднань, унаслідок чого розвиваються аутизм і епілепсія.

Проведені молекулярно-біологічні дослідження дали змогу ідентифікувати ділянки окремих хромосом, у яких розташовуються гени, відповідальні за виникнення розладів аутичного спектра. У межах генетичної теорії розглядають і роль Х-ламкої хромосоми, оскільки дитячий аутизм поєднується з синдромом Х-ламкої хромосоми в 3 – 8 % випадків (коливання від 0 % до 20 %). Хоча (за іншими дослідженнями) виявлено певні ділянки генів, відповідальні за виникнення аутизму (довге плече 15-ої хромосоми, довге плече 7-ої хромосоми), сутність цього зв'язку ще не цілком зрозуміла [297].

Зазначене вище дає підставу вважати, що нині теорії генетичного походження аутизму розглядають це порушення розвитку як полігенне, у походженні якого беруть участь не менше 6 – 10 генів.

Теорії, пов'язані з дією перинатальних чинників

До патогенетично значущих перинатальних чинників належать різні негативні дії в неонатальному й ранньому постнатальному періодах. Це – кровотечі у матері під час вагітності, уживання нею великої кількості лікарських речовин, інші токсичні й інфекційні дії на плід.

Припускають також, що в пренатальному періоді можливі порушення дозрівання нейронів, їх передчасне й підвищене руйнування, а також порушення міграції під впливом генетичних або “екзогенних” чинників. Розвиток аутизму пов'язують з такими пре- та перинатальними чинниками ризику, як літній вік матері або батька, низька вага при народженні, недоношеність, гіпоксія під час пологів (Kolevzon A., Gross R., Reichenberg A., 2007).

Ймовірність розвитку аутизму підвищується, якщо жінка під час вагітності хворіла краснухою, до чи після вагітності мала справу з токсичними хімічними речовинами.

Можливо, важливу роль відіграє певна природжена емоційна вразливість, різко негативна реакція на ситуацію фрустрації (перешкоди), низький поріг виникнення тривоги. У такому випадку, унаслідок дії якихось несприятливих зовнішніх чинників, зокрема недостатності емоційного контакту з матерію (унаслідок її депресії, важких трав-

матичних переживань), дитина ніби-то закривається від зовнішнього світу, сприймаючи його як травматичний. У своєму “кокони” дитина почуватися в більшій безпеці. Унаслідок, з самого народження формується певна особистісна структура, яка базується на тотальному захисті, аутизмі, що тою чи іншою мірою порушує увесь процес наступного психологічного, інтелектуального, емоційного розвитку.

Ендогенні процеси за аутизму не зупиняються, але в умовах деравації чи інших негативних впливів навколишнього середовища продовжують свій аномальний розвиток. Своєрідні „мимовільні” (точніше – відірвані від середовищних впливів) рухові, перцептивні, поведінкові й мовленнєві стереотипи свідчать про наявність аномального розвитку функційних систем.

Теорія порушення розвитку мозку

Відомі серйозні спроби пояснити церебральні механізми патогенезу дитячого аутизму. Теорії, у яких найбільше значення надають відхилам у розвитку мозкових структур, оснований як на суто теоретичних уявленнях про незрілість мозкових утворень, так і на нейроанатомічних, комп’ютерних томографічних спостереженнях останніх років. Якщо макроскопічно мозок хворих дітей зазвичай не має будь-яких особливостей, то за мікроскопії виявляють зменшення розмірів нейронів у гіпокампі, енторіальній корі, мигдалині, мамілярних тілах і в деяких інших відділах мозку, зокрема – у мозочку. За допомогою рентгенівської комп’ютерної та магнітно-резонансної томографії виявлено зменшення розмірів лобових і скроневих відділів мозку, особливо зліва, і розширення внутрішніх лікворних просторів.

Сучасні наукові погляди свідчать про те, що проблему виникнення аутизму в дітей нерозривно пов’язано із загальними закономірностями функційного дозрівання нервової системи дитини в ранньому онтогенезі.

Один з найсуттєвіших симптомів аутизму – первинне, яскраво виражене ослаблення інстинктивних реакцій (орієнтувальних, харчових, самозахисних). Як відомо (С.С.Мнухін та інш.), відсутність цих реакцій робить поведінку дітей аморфною, хаотичною, дезорганізова-

ною, а їх самих – беззахисними та безпорадними. Така первинна (часто вроджена) недостатність безумовно рефлексорного фонду, найважливіших стовбурних апаратів (зокрема ретикулярної формації) негативно позначається на формуванні коркової діяльності.

Кора головного мозку (ГМ) в аутистів пасивно реєструє й зареєструє те, що потрапляє в їхнє поле зору, але втрачає здатність до цілісного відображення довкілля. Окрім цього у аутичних дітей на тлі експериментально встановленого (С.С.Мнухін та ін.) переважання процесу гальмування в корі ГМ є гіпноїдні фази – парадоксальна й ультрапарадоксальна.

Відомі дані досліджень щодо дисфункції мозочка, що є в багатьох випадках порушень аутичного спектра і може бути чинником притаманної дітям з аутизмом незграбності. Погана координація рухів різних частин тіла, несформовані моторні навички, нестабільна хода, що трапляється у багатьох маленьких аутичних дітей, – усе це віддзеркалює порушення функції мозочка.

Є припущення стосовно того, що симптоми аутизму виникають унаслідок змін у різних системах мозку, що відбуваються під час його розвитку.

У аутичних дітей відзначають функційні порушення лівої півкулі ГМ, аномалії ствольних відділів мозку, патологію процесів дозрівання ГМ, недорозвинення черв'яка мозочка, зв'язане з когнітивними і руховими розладами. З-поміж гіпотез про етіопатогенез аутизму слід згадати також: вади перероблення слухових вражень, що зумовлює блокаду контактів, порушення активувального впливу ретикулярної формації стовбуру мозку, порушення функціонування лобно-лімбічного комплексу, що призводить до розладу мотивації та планування поведінки, порушення парного функціонування півкулі ГМ. Окрім цього встановлено, що в середньому мозок аутистів на 10 % більше “нормальних” показників. Більшим є й розмір мозочкової мигдалини, яка бере участь в обробленні емоційної інформації.

Фахівці Центру аутизму (штат Вашингтон) виконали серію досліджень активності мозку аутичних дітей у різних емоційних ситу-

аціях. Керівник Центру Дж.Доусон вважає, що отримані результати переконливо доводять, що в разі аутизму виявляються „зачепленими” базові механізми функціонування мозку.

Згідно з теорією вади зв’язності, у разі аутизму може бути понижено функційність високорівневих нейрональних зв’язків і синхронізації, за надлишку низькорівневих процесів (Just M.A., Cherkassky V.L., Keller T.A., Kana R.K., Minshew N.J., 2007). На користь теорії свідчать дані fMRI –досліджень (Williams D.L., Goldstein G., Minshew N.J., 2006) і результати одного дослідження хвилевої активності, що дає змогу припустити надлишок локальних зв’язків у корі й ослаблену функційну зв’язність лобової долі з іншими ділянками кори (Murias M., Webb S.J., Greenson J., Dawson G., 2007). В інших роботах передбачено що вада зв’язності переважає всередині півкуль, і аутизм є розладом асоціативної кори.

Картину типових мозкових уражень за аутизму узагальнено подано на рисунку:

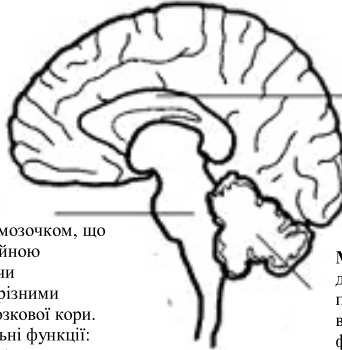
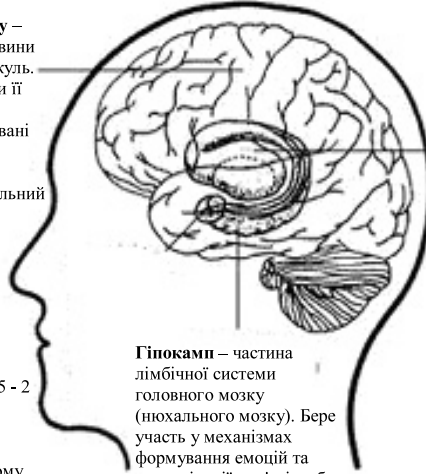
Ділянки мозку, які страждають за аутизму

Кора головного мозку – тонкий шар сірої речовини мозку на поверхні півкуль. Більше ніж дві третини її площі сховані у т.зв. борознах, що розташовані між звивинами. Відповідальна за вищі розумові функції, загальний рух, сприймання, поведінкові реакції

Мигдалина, що знаходиться у білій речовині скроневої частки півкуль, на 1,5 - 2 см назад від її скроневого полюсу. Відповідальна за емоційні реакції, у тому числі – за агресивну поведінку

Гіпокамп – частина лімбічної системи головного мозку (нюхального мозку). Бере участь у механізмах формування емоцій та консолідації пам'яті, тобто переходу короткочасної пам'яті в довготривалу

Нервові вузли, або ганглії – сіра маса, що знаходиться глибоко в мозковій півкулі, слугує зв'язком між головним мозком і мозочком. Допомогає регулювати автоматичний рух.



Стовбур мозку розміщений перед мозочком, що слугує ретрансляційною станцією, передаючи повідомлення між різними частинами тіла і мозкової кори. Відповідає за життєві функції: (дихання, кровообіг)

Мозлисте тіло побудоване з волокон, що з'єднують праву і ліву півкулі і зумовлює зв'язок між ними.

Мозочок розміщено над довгастим мозком під потиличними частками великого мозку. Головна функція мозочка – координація рухів, як довільних, так і мимовільних. За його допомогою здійснюються функції рівноваги і руху м'язів шиї, тулуба, кінцівок, підтримується тонус м'язів.

У наявних гіпотезах, зокрема, передбачають, що:

- надлишок нейронів спричинює надлишок локальних зв'язків у ключових ділянках мозку (Courchesne E., Pierce K., Schumann C.M. et al., 2007);
- на ранній стадії розвитку відбувається порушення нейроміграції (Schmitz C., Rezaie P., 2008; Persico A.M., Bourgeron T., 2006);

- відбувається розбалансування збудливо-гальмівних нейромереж (Persico A.M., Bourgeron T., 2006);
- у регулюванні синтезу синаптичних білків відбувається збій (Kelleher R.J. III, Bear M.F., 2008). Порушений синаптичний розвиток може також грати роль при епілепсії, що, можливо, пояснює перетин двох розладів (Tuchman R., Moshé S.L., Rapin I., 2009);
- порушеною є також робота системи дзеркальних нейронів, що викривляє процеси імітації й зумовлює характерну для аутизму соціальну дисфункцію та комунікативні проблеми. Ймовірно частково завдяки цій системі людина здатна розуміти інших людей: їхню поведінку наміри і емоції (Ramachandran V.S., Oberman L.M., 2006; Williams J.H.G., 2008 та ін.).

Є свідчення того, що за аутизму порушено функційну зв'язність нецільової мережі (*default network*), великої системи з'єднань, що бере участь в обробленні емоцій і соціальної інформації, але збережено зв'язність "цільової мережі" (*task – positive network*), яка грає роль у підтримуванні уваги та цілеспрямованому мисленні. Брак негативної кореляції в активації двох мереж у аутистів припускає наявність дисбалансу в перемиканні між ними, що, може свідчити про порушення самореферентного мислення (Broyd S.J., Demanuele C., Debener S. та ін., 2008), тобто такого, яке здатне вирізнити себе з довкілля та відтворити цю межу. Теорія слабого центрального зв'язку припускає також, що підґрунтя аутизму – ослаблена здатність до цілісного сприйняття.

Відома теорія, яка на перший план висуває оброблення мозком загальної, несоціальної інформації. Йдеться про те, що поведінку аутиста зумовлено дефіцитом робочої пам'яті, планування, утримування та інших виконавчих функцій (Kenworthy L., Yerys B.E., Anthony L.G., Wallace G.L., 2008). Теорія посиленого перцептивного функціонування перемикає увагу на те, що в діях аутистів є достатня спрямованість на локальні аспекти, на безпосереднє сприймання (Motttron L., Dawson M., Soulières I., Hubert B., Burack J., 2006).

Б.Рімленд і С.С.Мнухін вказують на можливість порушень активувальних впливів від утворень стовбуру мозку. Д.Н.Ісаєв і В.Є.Каган висловлюють припущення щодо значення порушення лобно-лімбічних функційних зв'язків у виникненні розладів системи організації та планування поведінки.

Симптоматика органічного, чи соматогенного, аутизму мало-специфічна. Його пов'язують, зазвичай, з наслідками раннього органічного ураження ГМ. Він сполучається з тими чи іншими проявами психоорганічного синдрому: психічною інертністю, невисоким рівнем пам'яті, моторною недостатністю. Окрім цього відзначають розсіяну неврологічну симптоматику, ознаки гідроцефалії, зміни за органічним типом на ЕЕГ, епізодичні епілептиформні судомні випадки. Зазвичай виявляють більш чи менш виражене відставання в інтелектуальному та мовленнєвому розвитку.

На підставі уявлень про дизнейроонтогенетичні аспекти в походженні дитячого аутизму І.А.Скворцов із співавторами [177] дійшли висновку, що за аутизму через певні дизнейроонтогенетичні чинники на ранніх стадіях розвитку відбувається порушення (блокування) одного з найважливіших етапів функційного нейроонтогенезу – переходу від генетично зумовлених і відносно незалежних від довкілля неусвідомлених поведінкових автоматизмів до складних цілеспрямованих поведінкових реакцій, що залежать від аферентних систем, спрямованих на адаптацію організму до умов зовнішнього середовища.

Біо- та нейрохімічні теорії орієнтовано на функцію дофамінергічної, серотонінергічної й опіатної систем мозку. За цими теоріями, нав'язливі стани аутистів пов'язують із суттєвими змінами в хімічному складі мозку: наприклад, низьким умістом серотоніну у мозку, а страх суспільства залежить від умісту окситоцину, якого об'язково називають “молекулою комунікативності”.

Результати цілої низки біологічних досліджень дають змогу припустити, що функція цих систем за дитячого аутизму підвищена. Уважають, що з гіперфункцією цих систем може бути пов'язано багато клінічних проявів (аутизм, стереотипії тощо) порушення розвитку.

Біохіміки також наголошують на спадкових чинниках, що зумовлюють порушення в мозковій тканині. Йдеться про таке припущення, як можлива наявність у крові матерів аутоантитіл (наприклад, до деяких серотонінових рецепторів, білків нейрофіламент та ін.), що порушують розвиток відповідних елементів нервової тканини.

Є лише окремі дані про інші зовнішні чинники, що можуть зумовити появу аутизму. Серед таких чинників – певні продукти харчування, інфекційні хвороби, важкі метали, розчинники, вихлопи дизельних двигунів, феноли й інші речовини, які використовують у виробництві пластиків, пестициди, броміновані вогнезахисні матеріали, наркотики, вакцини тощо. Час проведення стандартної вакцинації дитини може збігтися з моментом, коли батьки уперше помічають її аутичні симптоми. Занепокоєння з приводу дії вакцин спричинило в деяких країнах зниження рівня імунізації населення. При цьому переважній кількості досліджень не знайдено наукових доказів дії органічних сполук ртуті, що їх додають у вакцини, щодо ризику розвитку аутизму (Doja A., Roberts W., 2006; Gerber J.S., Offit P.A., 2009; Paul R., 2009 та ін.).

Імунологічна концепція

У зв'язку з аутизмом йдеться про суттєві порушення імунної регуляції [228]. Установлено відповідність: чим більше імунних розладів у членів родини, тим вище відсоток аутизму, а матір з імунним захворюванням має в 9 разів більше ризику народити дитину-аутиста [266].

Унаслідок лабораторних обстежень аутичних дітей виявлено аномальні реакції імунної системи, зокрема аутоімунність як патологічну реакцію, за якої імунна система організму починає реагувати на антигени власних тканин [296]. Аутоімунне захворювання є кінцевим результатом цієї дії.

Названо найважливіші аутоімунні чинники виникнення аутизму:

1. Виникнення аутизму широко асоціюється з мікробними, і зокрема вірусними інфекціями (Cook, E.H. та ін.), які перешко-

джають міграції нервових клітин у мозку, який зароджується. З вірусних інфекцій найбільшу увагу привертають до себе віруси краснухи, простого герпесу, грипу й цитомегаловірусної інфекції, які особливо небезпечні на ранніх стадіях розвитку плода.

2. У аутичних пацієнтів спостерігаються імунні відхилення, особливо ті, що спричинюють аутоімунні реакції на яексь захворювання.
3. Унаслідок пошкодженої імунної регуляції аутичні діти демонструють неадекватні імунні реакції на вакцини, зокрема, на вакцину проти кору, свинки і краснухи (MMR). При цьому саме компонент кору у вакцині MMR може провокувати аутоімунну реакцію у аутичних дітей.
4. Аутизму властива висока частота генів імунної реактивності, які розвивають сприйнятливість до аутоімунних захворювань.
5. У розвитку аутизму грає роль чинник статі (хвороба вражає дітей чоловічої статі в 4 рази частіше, ніж жіночої).
6. Аутизм виникає на тлі сімейної схильності до таких аутоімунних захворювань, як розсіяний склероз, ревматоїдний артрит, діабет.
7. Аутизм має на увазі також наявність гормонального чинника, наприклад, гормону секретину й ендорфінів.

Суть “гіпотези аутоімунності” в тому, що вірусно-аутоімунна взаємодія може призвести до патологічних змін у центральній нервовій системі і пошкодити анатомічний розвиток нервових шляхів у аутичних дітей [296].

Своєю чергою анатомічні зміни спричинюють сталі порушення вищих психічних функцій, таких як навчання, пам’ять, комунікація, соціальні взаємини тощо. Докази, що накопичуються, свідчать: аутоімунність грає велику роль у патогенезі аутизму.

1.4.3. Аутизм як недорозвиток структури базальної афективної організації

Провідну роль емоційних порушень у розвитку аутизму підкреслено в теорії R. Hobson. Автор розглядає аутизм переважно як афек-

тивний розлад з порушенням міжособистісних стосунків, адже за аутизму не формується здатність сприймати афективну експресію інших і відповідати на неї. Це підтверджують результати експериментальних досліджень, спрямованих на вивчення здатності оцінювати емоційний вираз обличчя людей. Через таку недостатність аутична дитина не отримує потрібного соціального досвіду в період раннього дитинства, що призводить до неповноцінного функціонування когнітивних структур, необхідних для нормального спілкування [248].

У багатьох дослідженнях підкреслюють також таку афективну ваду аутичних дітей, як порушення здатності до імітації міміки. Так, наприклад, йдеться про вади вродженої *супрамодальної системи*, що об'єднує зорову інформацію та пропріорецептивну, яка потрапляє з кінцевих утворень чутливих нервових волокон у скелетних м'язах, зв'язках, суглобових сумках. Наявність подібної системи підтверджують тим, що здорове немовля вже за 36 годин після народження здатне розпізнавати вирази суму, радощів і специфічно імітувати їх. Унаслідок цього виникає емоційний зв'язок, що дає змогу дитині ідентифікувати дорослого як щось схоже на неї саму.

Автори ще однієї концепції – В.В.Лебединський, О.С.Нікольська, О.Р.Баєнська, М.М.Ліблінг та ін. – наголошують на розладах афективної сфери дитини як чинника порушень моторних процесів, сприймання, мовлення і когнітивних функцій. На їх погляд, унаслідок біологічної недостатності з моменту народження в аутиста порушено активну взаємодію з середовищем (що виявляється у низькому життєвому тонусі), знижується поріг афективного дискомфорту в контактах із зовнішнім світом (що виявляється в хворобливих реакціях на звичайні подразники та в підвищеній вразливості). Надалі обидва патогенетичні чинники діють в одному напрямі, з одного боку, позбавляють дитину можливості нормально взаємодіяти із зовнішнім світом, з іншого – сприяють долученню захисних механізмів, які дають змогу дитині пристосуватися до зовнішнього світу, установити з ним хоча й патологічні, проте відносно стабільні стосунки. При цьому порушення взаємодії із зовнішнім світом виявля-

ються по-різному: відчуженістю від оточення, його відторгненням, його заміщенням або “надмірним гальмівним впливом” навколишнього світу. Так, в описовій моделі автори подають чотири групи дітей відповідно до чотирьох рівнів афективної регуляції.

У дітей I групи з аутичною відчуженістю спостерігають “найглибшу агресивну патологію, найважчі порушення психічного тону й довільної діяльності”. Вони не розмовляють, але виголошують невиразні словосполучення, які мають “афективну акцентуацію”. Такі діти пасивні й цілком безпорадні. У них немає афективних форм захисту від зовнішнього світу: ні стереотипних дій, що гасять неприємні враження від довкілля, ні прагнення до сталості. Вони не мають потреби в контактах і не здатні опанувати навички соціальної поведінки.

За інтенсивної психолого-педагогічної корекції у дітей з аутичною відчуженістю можна сформувати елементарні навички самообслуговування, писання, рахування, але адаптувати їх до соціуму практично неможливо.

Діти II групи з аутичним відторгненням оточення активно борються з тривогою й численними страхами за допомогою стереотипів (наприклад, рухових, таких, що виявляються стрибками, махами рук, перебіганнями), адже емоційно насичені дії підвищують їх психологічний тонус і приховують неприємні відчуття, пов’язані із зовнішнім світом. Їхню поведінку вирізняють манерність й імпульсивність. Вони погано йдуть на контакт і водночас потребують постійної присутності матері. На питання вони (у кращому разі) відповідають односкладно. Спонтанно у них виробляються тільки прості стереотипні реакції на оточення, стереотипні побутові навички й односкладові мовленнєві штампи-команди. Проте, після відповідної корекції (правда, тривалої) їх можна підготувати до навчання в школі.

Діти III групи з аутичним заміщенням набагато краще володіють мовленням і вирізняються вищим рівнем когнітивного розвитку. Вони не так сильно залежать від матері. Їхній захист від зовнішнього світу – патологічні потяги та компенсаторні фантазії, нерідко з агресивною фабулою. Ці діти уникають взаємодії, але відчувають задо-

волення від яскравих емоційних проявів інших людей, тому можуть їх провокувати на сплески різних, частіше за все – негативних емоцій. Діти цієї групи можуть довго розмовляти на тему, яка їм цікава, але при цьому вони звертаються не до конкретних співбесідників, а начебто у простір.

У дітей IV групи, які відчувають надмірний гальмівний вплив навколишнього світу, на першому плані – неврозоподібні розлади: надзвичайна загальмованість, боязкість, лякливність і почуття власної неспроможності, що посилює соціальну дезадаптацію. Вони з великими труднощами вступають до контакту з іншими людьми і дуже залежні від матері. Але симбіоз цей не вітальний, як у дітей з аутичним відторгненням, а емоційний, з постійним афективним контактом з нею. Позитивна оцінка близьких людей надзвичайно важлива для них. При цьому вони часто виявляють “парціальну обдарованість”. Такі діти зазвичай навчаються у звичайній школі (здебільшого – після спеціальної підготовки).

1.4.4. Когнітивні теорії: дефіцит соціального пізнання та посиленого перцептивного функціонування

Одна з найвідоміших когнітивних концепцій – теорія U.Frith. Підґрунтя для її створення – результати експериментальних досліджень і спостережень, які виявили не лише зменшення можливостей, але і специфічні здібності в осіб з аутизмом (наприклад, високі показники у запам’ятовуванні слів, не пов’язаних за сенсом, уміння відтворювати безглузді звукосполуки, уміння розрізняти перевернуті й приховані зображення, виокремлювати другорядні ознаки для класифікації осіб). Водночас особам з аутизмом важко виконувати тести на запам’ятовування речень, на класифікацію осіб за емоційним виразом тощо. Через виявлені особливості U.Frith припустила, що аутизм характеризується специфічним дисбалансом в інтеграції інформації. Нормальний процес перероблення інформації полягає в тенденції сполучати розрізнену інформацію в єдину картину, пов’язану загальним контекстом або “центральною зв’язком”

(“central coherence”). На думку автора концепції, у разі аутизму порушується саме ця універсальна властивість людини перероблювати інформацію. В той час, як люди з нормальним типом розвитку інтерпретують інформацію, беручи до уваги контекст, у якому подано стимули, аутичні особи вільні від такого “контекстуального примусу”.

Останнім часом велику популярність отримала ще одна теорія аутизму, що дістала назву Теорія намірів (“The theory of mind”). Її творці – U. Frith, A. Leslie, S. Baron-Cohen – стверджують, що триаду поведінкових порушень за аутизму зумовлено ушкодженням фундаментальної людської здатності розуміти наміри інших людей (“mind-read”). Здорові діти приблизно у віці 4 років починають розуміти, що люди мають переконання й бажання (“ментальні стани”), які зумовлюють поведінку. На думку авторів, у аутичних людей цієї здатності немає, що призводить до порушення розвитку уяви, комунікативних і соціальних навичок. Мати “теорію намірів” означає бути здатним приписувати незалежні ментальні стани собі й іншим.

Саме така здатність дає змогу пояснювати та прогнозувати поведінку. Передбачають, що є деякий природжений когнітивний механізм, який забезпечує формування особливого типу уявлень, а саме – уявлень про ментальні стани. Автори концепції зробили припущення, що з дитинства у нас формується два типи репрезентації: одна з них – первинна репрезентація, яку пов’язано з реальною дійсністю, друга – метарепрезентація, що відображає уявний (або символічний) план. Наведено структуру метарепрезентацій, яка має чотири елементи [221; 259]:

суб’єкт діяльності – інформаційний зв’язок –
реальний об’єкт – символ.

Наприклад, *мама – уявляє – що банан – це телефон.*

Призначення метарепрезентації не обмежується тільки розумінням уявної реальності, вона потрібна також для відображення інших “інформаційних зв’язків” чи уявлень, зокрема очікування, бажання, намірів, а також – розуміння переживань і поведінки інших людей.

Автори теорії розробили батарею тестів, за допомогою якої вдалося показати, що більшість аутичних осіб неспроможні розуміти бажання, наміри, уявлення інших людей. На підставі цього зроблено висновки, що аутисти позбавлені метарепрезентацій. При цьому, у них лишається збереженою будь-яка здібність, яка потребує участі первинної репрезентації. Це може пояснювати, наприклад, виняткову механічну пам'ять аутистів і навіть IQ вище середнього, що спостерігають за аутизму. Тобто йдеться про те, що в аутистів можуть бути поняття, тоді як порушено здатність наділяти їх додатковим сенсом.

Незважаючи на те, що дана теорія торкається надзвичайно важливих і притаманних аутичним особам унікальних особливостей, вона не пояснює ті їхні ознаки, які перебувають поза соціальною взаємодією: прагнення до підтримання сталого порядку, стереотипію на різних рівнях, аутоагресію тощо.

1.5. Скринінгові дослідження розладів за аутичним типом

Скринінг (від англ. *screening* «просіювання») – це загальна назва методів спеціальних перевірок, обстежень, уживаних у медицині, біохімії тощо. У медицині під скринінгом розуміють проведення простих і безпечних досліджень великих груп населення задля виділення груп ризику розвитку певної патології.

У випадку з розладами аутичного спектра приблизно половина батьків помічають незвичайну поведінку дитини після досягнення нею 18 місяців, а до 24 місяців на відхили звертають увагу вже 80 % батьків [Landa]. Оскільки в нашій державі не виконують такі процедури, то подамо наявну ситуацію виявлення аутичних дітей у ранньому віці в інших країнах.

Так, в Ізраїлі Центр перевірки аутизму опрацював вісім ознак, за якими можна розпізнати схильність шестимісячного немовляти до аутизму:

- 1) виражена пасивність – не плаче, не рухається, не цікавиться навколишнім світом;
- 2) надмірна активність – увесь час плаче, нервує, крутиться;

- 3) небажання пити материнське молоко;
- 4) немає реакції на голос і на появу батьків;
- 5) спроба відхилитися від дотиків батьків;
- 6) немає контакту з батьками і з предметами, тобто, непомітно, щоб дитина щось або когось роздивлялася, дивилася в очі тощо;
- 7) відставання в розвитку;
- 8) прискорене зростання обсягу голови.

Йдеться про те, що мають спостерігатися дві особливості з восьми наведених маркерів протягом принаймні трьох тижнів. Порушення аутичного спектра підозрюють тільки після того, як підтверджено нормальне функціонування таких органів чуття, як зір та слух.

Нову службу ранньої діагностики навичок спілкування у немовлят створено як результат тісної співпраці між відділенням дитячої й підліткової психіатрії та Тель-Авівського медичного центру Сураски.

У США для виявлення аутичних порушень орієнтуються на такі показники:

- До 12 місяців життя дитина ще не лепече
- До 12 місяців не жестикулює (не вказує рукою на предмети, не махає рукою на прощання тощо)
- До 16 місяців не вимовляє слів
- До 24 місяців не вимовляє спонтанно фрази з двох слів (за винятком ехолалії)
- Якщо в будь-якому віці відбувається втрата якої-небудь частини мовленнєвих або соціальних навичок.

Американська Академія Педіатрії рекомендує здійснювати скринінг усіх дітей на розлади аутичного спектра під час консультаційних візитів у віці 18 і 24 місяців, використовуючи відповідні скринінгові тести [217].

Співробітники Інституту Кеннеді–Кригера (м.Балтімор, штат Меріленд, США) розпізнають ознаки аутизму у піврічних малюків, остаточний діагноз ставлять у віці 14 місяців. Головні ознаки, за якими вони орієнтуються:

- для шестимісячної дитини: не посміхається, не лепече і не встановлює зорового контакту з навколишнім світом;

- для однорічного малюка: не вказує на предмет, який намагався дістати, не наслідує дорослих, не хоче спілкуватися з ними.

Національний британський план щодо роботи з дитячим аутизмом (NAPC) рекомендує здійснювати повну діагностику й оцінювання стану не пізніше 30 тижнів після появи перших помітних проблем у дитини.

До скринінгових інструментів належить “Модифікований Список Ознак Аутизму в Малюків” (Modified Checklist for Autism in Toddlers, M-CHAT), Опитувальник Раннього Скринінгу Аутичних Рис (Early Screening of Autistic Traits Questionnaire), і Список Першого Року (First Year Inventory); за попередніми даними, отриманими у використанні M-CHAT і його ранній версії, CHAT, у дітей у віці від 18 до 30 місяців. Цей опитувальник більше підходить для використання в умовах клініки, його відрізняють низька чутливість (підвищені помилково-негативні результати) за хорошої специфічності (мало помилково-позитивних результатів) (Landa R.J., 2008). Можливо, для підвищення точності варто перед проведенням цих тестів здійснювати загальніший скринінг, що визначає не лише розлади аутичного спектра, а в цілому розлади розвитку (Wetherby A.M., Brosnan-Maddox S., Peace V., Newton L., 2008).

Спроба уникнути витрат на скринінговий етап діагностики спричинює запізнілу діагностику (Shattuck P.T., Grosse S.D., 2007), що найгіршим чином позначається на динаміці позитивних зрушень навіть за умови інтенсивної корекційної роботи.

1.6. Епідеміологія та прогноз

Епідеміологія

За середньостатистичними даними поширеність аутизму у світі становить близько 4–5 випадків на 10 тисяч новонароджених, тобто приблизно 0,05 %. Проте ця цифра охоплює тільки так званий “класичний” аутизм, або синдром Каннера, і буде значно вищим, якщо враховувати також інші типи порушення поведінки з аутично-подібними проявами.

У 1990-х – на початку 2000-х років кількість повідомлень про нові випадки аутизму значно зросла. Це зростання багато в чому зумовлено змінами в діагностичних процедурах, доступності відповідних служб, віку діагностики, і рівня обізнаності населення щодо проблем аутизму (Fombonne E., 2009), хоча не можна нехтувати появою деяких додаткових чинників зовнішнього середовища (Rutter M., 2005).

У різних країнах кількість випадків розладів аутичного спектра істотно коливається. Так, наприклад, за даними канадських дослідників кінця 90-х років (S.E. Bryson та ін., 1988), це становить 10 до 10000 (0,1%). Японські психологи називають цифру 13–16 випадків до 10000 (Т. Sygiyama, Т. Abe, 1989). Японці як одну з причин зростання випадків аутизму у своїй країні називають сучасні медичні технології, що залишають у живих немовлят, які мають суттєві неврологічні порушення. Ірландські науковці (Е. McCarta, 1984) говорять про таку частота аутизму, як 43 до 10000; шведські – 60 з 10000 (за матеріалом сайту autismforum.se). Такі самі цифри наводять і дослідники з США (доктор психіатрії Е.Шальц, Нью-Йорк; директор Національного інституту ментального здоров'я Т. Інсел, а також Newschaffer С.І., Croen L.A., Daniels J. та ін., 2007). Деякі науковці наголошують на тому, що через недостатність даних, реальна кількість осіб з аутизмом може бути ще більшою (Caronna E.B., Milunsky J.M., Tager - Flusberg H., 2008).

Що стосується статевих відмінностей, то всі автори сходяться на тому, що аутизм в 2,5 – 4 рази частіше трапляється у хлопчиків, ніж у дівчаток, і що порушення у дівчаток більш деструктивні, ніж у хлопчиків.

Поширеність синдрому Аспергера точно не визначено, оскільки його важко діагностувати у дітей віком до 3 років. У літературі найчастіше фігурує показник 1 хворий на 10 000 дітей (0,01 %). У такому випадку відмінності в частоті синдрому у хлопчиків і дівчаток ще більші, ніж у дитячому аутизмі Каннера і відношення між ними досягає 8–9:1 (Campbell M., Shay J., 1995).

Йдеться також про те, що расова або етнічна приналежність і соціоекономічні умови не впливають на розвиток аутизму (Bertoglio

К., Hendren R.L., 2009). Це означає, що можна припустити відносну рівномірність розповсюдження цього порушення розвитку в усьому світі. Уважають, що відхили, які трапляються, стосуються критеріїв діагностики аутизму, а не реальних коливань поширеності його в різних країнах.

Прогноз

У аутичних дітей прогноз розвитку може суттєво різнитися. За вдалим висловом українського дитячого психіатра і психотерапевта Олега Романчука, наскільки спектральним є цей розлад у дітей, настільки ж спектральним є прогноз щодо дорослого віку.

В.С.Каган відзначає закономірну етапність у формуванні ставлення аутичної дитини до оточення, що розгортається уповільнено й асинхронно: ставлення до світу предметів, виокремлення людини зі світу предметів, відносини з іншою людиною як із суб'єктом і, нарешті, ідентифікація себе як особистості. Дитина може пройти шлях свого особистісного зростання до кінця, але може і “застрягти” на певному етапі. Як показує досвід дослідників цієї проблеми, мало кому з аутичних дітей вдається вийти на рівень особистісної ідентифікації.

Можна засвідчити, що на сьогодні йдеться про неможливість вилікувати аутизм, хоча є численні корекційні програми та терапії. Інколи застосовують медикаментозне лікування, але нема даних про ліки, які б ефективно допомагали всім аутистам. У найкращому випадку вони знімають тривожність, наслідком чого є покращення поведінки.

За сприятливих умов формування, поступово дитина може розвинути іноді досить глибокі й міцні зв'язки з батьками, братами та сестрами. Багато дітей у дошкільний період помітно змінюються, покращується їхня соціальна адаптація, вони можуть не виглядати дітьми, що мають важкі порушення. Дитина може краще сприймати звернене мовлення і встановлювати контакти, але лишається брак взаємності у стосунках.

У деяких дітей соціальний розвиток покращується протягом підліткового та дорослого періодів життя. Невелика кількість дітей

робить значний крок уперед протягом підліткового періоду й функціонує значно краще порівнянно з ранніми роками життя.

Досить велика група аутичних людей проходить через підлітковий період з невеликими труднощами й без яких-небудь особливих досягнень у соціальній сфері. Але у 40 % осіб саме у підлітковому віці спостерігають погіршення стану, наростання симптоматики, іноді відзначають регрес до рівня соціального розвитку дошкільного віку із замкненістю, відторгненням інших людей. Можливе невелике посилення гіперактивності, самоагресії, стереотипності рухів.

До дорослого віку формуються своєрідні моделі поведінки та взаємодії. В одних можливе переважання замкненості уникнення контактів з іншими людьми. Інші, навпаки, прагнуть до контакту, але роблять це особливим чином, наприклад, прагнуть притягнути до себе увагу абсолютно неприйнятними способами, їхня активність нав'язлива й інколи обтяжлива. Треті пасивно приймають товариство інших людей, проте в разі зміни розпорядку їхнього життя, потреби збільшення соціальної активності можливе повернення до симптомів аутизму.

У разі синдрому Каннера частіше спостерігають перехід до межової інтелектуальної недостатності з невисоким рівнем соціалізації. Традиційно, найкращий прогноз для осіб з розладами аутичного спектра фахівці надають у зв'язку з синдромом Аспергера, за якого можна досягти задовільної (інколи навіть й успішної) соціальної адаптації. У ДОДАТКАХ подано деякі історії про досягнення всесвітньо відомих аутичних осіб (Додаток 1).

Синдром Ретта – єдиний вид розладів аутичного спектра, за якого спостерігають регрес розвитку, а саме – поступове наростання тяжкості стану. Але є приклади жінок, які доживають до літнього віку (відома датчанка, якій у 2001 році виповнилося 78 років). При цьому, незважаючи на те, що в період зрілого віку починається поступовий регрес моторних навичок і м'язової сили, є й позитивні зміни. Так, наприклад, епіактивність, яка спричинювала неспокій у дошкільному та шкільному віці, у літніх осіб з синдромом Ретта по-

слаблюється, а також збільшується здатність розуміти й мотивація до взаємодії та спілкування.

Таким чином, прогноз залежить від тяжкості власне аутичних проявів, наявності або браку виражених органічних уражень, темпу розвитку інтелекту та мовлення й початкового строку лікування. Відомо що без лікувально-корекційної допомоги до 70 % аутичних дітей стають глибокими інвалідами й потребують постійної допомоги сторонніх осіб. Ранній початок лікувально-корекційних заходів значно покращує прогноз.

ВИСНОВКИ

Процес становлення науки про аутизм має 4 головні етапи: до-нозологічний період (кін.19 – поч.20 ст.); доканнерівський період (20-ті – 40-ві роки 20 ст.); каннерівський період (1943 – 1970 р.); післяканнерівський період (1980-ті – 1990-ті роки).

Початок системного підходу до вивчення проявів аутизму відбувався у 30-ті – 40-ві роки; характерні риси клінічної картини дитячого аутизму комплексно описали Г.Аспергер і Л.Каннер. Обидва психіатри наголошували передусім на соціальних проблемах досліджуваних дітей як найважливіших та найхарактерніших ознаках цього порушення, а головні відмінності в їхніх описах пов'язані з інтелектуальною і моторною сферами психічного розвитку дітей. Типовими проявами аутичного спектра і в наш час вважають такі характерні риси клінічної картини аутизму, виокремлені Л.Каннером, як: нездатність налаштуватися на адекватну поведінку, затримка чи відхили в розвитку мовлення, монотонне повторення шуму або слів, відмінна механічна пам'ять, страх перед змінами та незавершеністю, вироблення ритуалів, поява інтенсивних захоплень і фіксацій, переважання проведення часу з неживими предметами тощо.

Складність структури аутизму як порушення розвитку породжує різноманітні підходи до його вивчення, що знаходить відображення у класифікаціях, які відрізняються як за змістом, так і за кількістю складників.

Загалом групу психічних розладів, для яких характерні порушення соціальної взаємодії та спілкування, у край вузьке коло інтересів і стереотипна поведінка названо розладами аутичного спектра. Головні форми подібних розладів – класичний (канеровський) аутизм, синдром Аспергера і загальний розлад розвитку неуточненої генези, так званий “атиповий аутизм”.

Дотепер немає єдиної концепції щодо чинників виникнення аутизму. Сучасні уявлення щодо причин і механізмів розвитку цього порушення розвитку базуються на численних даних, які свідчать про наявність вираженої патології на самих різних рівнях організму (психічному, нейрохімічному, анатомічному). За результатами генетичних досліджень визначено, що в етіології та патогенезі цього розладу важливу роль грають генетичні й біологічні чинники. Наявні теорії аутизму можна об’єднати в такі концепції, як поведінкова, біологічна (генетичні концепції, теорія порушення розвитку мозку, теорії, пов’язані з дією перинатальних чинників, а також нейрохімічні та імунологічні концепції) і когнітивна.

Задля виділення груп ризику розвитку аутичних розладів доречно здійснювати скринінг. Брак скринінгового етапу діагностики спричинює запізнілу діагностику, що найгіршим чином позначається на динаміці позитивних зрушень навіть за умови інтенсивної корекційної роботи. Статистичні дані щодо поширеності аутизму в різних країнах дещо варіюються, але загалом можна казати про середню цифру 20 випадків на 10 тис. дитячого населення, при цьому з кожним роком відзначають суттєве збільшення появи розладів аутичного спектра у дітей.

Через значну нерівномірність формування психіки за аутизму як спектрального порушення розвитку неоднозначним є прогноз для аутичних дітей. Загалом йдеться, що, за сприятливих умов формування, найкращий прогноз мають діти з синдромом Аспергера, аж до набуття професійної й особистісної реалізації. Але *кожна аутична дитина має великі ресурси розвитку*. Тому виявлення дітей з розладами аутичного спектра в ранньому віці та організація інтенсивної корекційної допомоги на високопрофесійному рівні сприятиме їхній ефективній адаптації до такого незрозумілого для них світу людей.

РОЗДІЛ 2.

Психологічний інструментарій діагностики психічного розвитку дітей з розладами аутичного спектра; діагностичні проблеми та суперечності

У діагностиці психічного стану людини кожен бачить те, що він знає

Л.С.Виготський

Диференційна діагностика аутизму ґрунтується на знанні ядерних проявів аутизму як особливого психічного розвитку та на знанні етапів нормального психічного розвитку дитини. Рання діагностику аутизму вважають можливою, оскільки розлади аутичного спектра з відповідно оформленим симптомокомплексом виявляються вже в ранньому дитячому віці. Діагностику треба проводити дуже обережно й ретельно, симптоматика не повинна загороджувати від дослідника особистість самої дитини. У випадку ускладнення в постановці діагнозу, дитина має увійти у групу ризику і перебувати під динамічним спостереженням лікаря (дитячого психіатра або психоневролога) і спеціального психолога (дефектолога).

Зазвичай у поле зору фахівців аутична дитина потрапляє не раніше 2 – 3 років, коли порушення стають досить явними. Частіше за все батьки самі помічають, що дитина “не така як усі”. При цьому, нерідко, що для них найпомітнішими є такі прояви, як затримка (чи особливості) мовленнєвого розвитку або порушення слуху. Уже пізніше, під час розмови з фахівцем вдається з’ясувати, що вже на першому році дитина мала обмежене гуління, яке нагадувало вигу-

ки, верещання; не було імітації звуків; на людей реагувала слабо; у неї не було характерного для дитини з нормальним типом розвитку комплексу пожвавлення, за якого дитина демонструє різноманітні позитивні емоційно-рухові реакції на появу дорослого (особливо – на голос мами, її обличчя, дотики) чи на яскраві іграшки, приємні звуки, виявляла надзвичайну вибірковість у їжі тощо.

За кордоном алгоритм з'ясування розладів аутичного спектра відбувається таким чином. Педіатр, який зазвичай проводить попереднє обстеження дитини, у разі потреби запрошує родину на консультацію з фахівцем, який обізнаний у розладах аутичного спектра. Цей фахівець ставить діагноз і оцінює стан пізнавальних і комунікативних здібностей, сімейні умови дитини та інші чинники як за допомогою спостереження, так і з використанням стандартного діагностичного інструментарію.

Часто для оцінювання поведінки і когнітивних здібностей запрошують дитячого нейропсихолога, який може допомогти в діагностиці і порекомендувати освітні методи корегування розвитку дитини. За диференційною діагностикою на цій стадії може бути виявлено або не знайдено розумову відсталість, порушення слуху, а також специфічні порушення мовлення. Головну ідею діагностичного визначення аутизму (як і будь-якої іншої нозологічної одиниці) пов'язано з максимально можливим диференційним розумінням його як специфічного розладу.

2.1. Діагностичні критерії аутизму за міжнародними класифікаційними системами

За діагностичними критеріями, прописаними у загальноприйнятих міжнародних довідниках діагностики та статистики психічних розладів (DSM–IV Американської Психіатричної Асоціації і МКБ–10 Всесвітній Організації Охорони здоров'я), аутизм – наскрізне порушення розвитку, за якого спостерігають певні симптоми у таких сферах, як соціальна взаємодія, комунікація та поведінка.

У сучасній психіатричній діагностиці, що орієнтується на діагностичні критерії МКБ і DSM на відмінну від попередніх класифікацій є дві важливі переваги: 1) застосовують поняття “критерії” замість “симптоми”;

2) використовують категорію “порушення” або “розлади” замість “хвороба”.

Тобто, як у DSM–IV, так і в МКБ–10, аутизм визначають не як захворювання з певною етіологією й патогенезом, а як синдром, що охоплює типові соціальні порушення (якісні вади функції спілкування й соціальної взаємодії) та ознаки різкої дисгармонії загального психічного розвитку з глибоким порушенням формування звичайних життєвих умінь і навичок, що унеможливають самостійне функціонування. Для більшої наочності наведемо положення обох діагностичних довідників у таблиці:

Таблиця 2

**Головні діагностичні критерії аутизму
(за МКБ-10 та DSM IV-TR)**

МКБ-10	DSM IV-TR
1. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії, що виявляються мінімум у двох з таких ділянок:	1. Якісні порушення соціальної взаємодії, що наявні, принаймні, у двох з таких положень:
а) нездатність адекватно використовувати для регулювання соціальної взаємодії контакту в очі, мімічного виразу, жестикуляції та пози тіла	а. явні порушення у невербальному спілкуванні, відсутність погляду очі в очі, дивний вираз обличчя, положення тіла, жести, неадекватні ситуації спілкування
б) нездатність до встановлення (відповідно до психічного віку і всупереч наявним можливостям) взаємин з однолітками, що охоплювало б спільні інтереси, діяльність та емоції	б. нездатність установлювати відповідні рівню розвитку дружні стосунки з однолітками
в) відсутність соціально-емоційних взаємин, що виявляється в порушеній чи такій, що відхиляється від норми, реакції на емоції інших людей, і/чи браку модуляції поведінки відповідно до соціальної ситуації; а також/чи слабкість інтеграції соціальної, емоційної та комунікативної поведінки	с. відсутність прояву бажання поділитися з іншими своєю радістю, інтересами, досягненнями (наприклад, не приносять і не показують іншим предмети, які їх цікавлять)
г) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, спільних інтересів чи досягнень з іншими людьми (наприклад, дитина не показує іншим людям цікаві для неї предмети і не привертає увагу до них)	д. відсутність соціального або емоційного відгуку.

<p>2. Якісні аномалії у спілкуванні, що виявляються мінімум в одній з таких ділянок:</p> <p>а) затримка чи повна відсутність розмовного мовлення, яке не супроводжується спробами компенсації цієї вади жестикауляцією й мімікою (часто передусе брак комунікативного гуління)</p>	<p>2. Якісні порушення у сфері комунікації, що наявні, принаймні, в одному з таких положень:</p> <p>а. затримка або повна відсутність вербального мовлення (без будь-яких спроб компенсувати це за допомогою альтернативних способів комунікації, таких як жести або міміка)</p>
<p>б) відносна неспроможність розпочинати чи підтримувати бесіду (за будь-якого рівня мовленнєвого розвитку), що вимагає комунікативних взаємин з іншою особою;</p>	<p>б. у людей, що володіють адекватним мовленням, явне порушення здатності розпочати або підтримати розмову з іншими</p>
<p>в) повторюване та стереотипне мовлення чи ідіосинкратичне використання слів і виразів</p>	<p>с. стереотипії чи повторення в мовленні, ідіосинкразія</p>
<p>г) відсутність різноманітних спонтанних рольових чи (у більш ранньому віці) наслідуваних ігор</p>	<p>д. відсутність різноманітності та змін у рольовій грі або у грі, що передбачає соціальну імітацію, на відповідному розвитку дитини рівні</p>
<p>3. Обмежені, повторювальні та стереотипні поведінка, інтереси й активність, що виявляється, принаймні, в одній з таких ділянок:</p>	<p>3. Обмежені, повторювані та стереотипні моделі поведінки, інтересів, дій, наявні, принаймні, в одному з таких положень:</p>
<p>а) захопленість стереотипними й обмеженими інтересами, які аномальні за змістом або спрямованістю; чи інтересами, які аномальні за своєю інтенсивністю й обмеженою природою, хоча не за змістом або спрямованістю</p>	<p>а. повна захопленість однією чи більше стереотипними моделями інтересу, ненормальними за своєю інтенсивністю чи зосередженістю</p>
<p>б) зовнішньо нав'язлива прихильність до специфічних, нефункційних вчинків або ритуалів</p>	<p>б. явна жорстка прихильність до специфічних, нефункційних ритуальних дій і заведеного сталого порядку</p>
<p>в) стереотипні та повторювані моторні манеризми, які охоплюють приплескування та викручування пальців або п'ястей рук, чи складніші рухи усього тіла</p>	<p>з. стереотипні та повторювані рухові манеризми (наприклад, змахування, плескіт, кручення рукою чи пальцями, або складні рухи усього тіла)</p>
<p>г) підвищена увага до частин предметів або нефункційних елементів іграшок (до їх запаху, дотику до поверхні, шуму, який вони видають, або вібраціям)</p>	<p>д. наполеглива увага до частин предметів.</p>
<p>A. Аномальний або порушений розвиток виявляється у віці до 3 років щонайменше в одній з таких сфер:</p>	<p>B. Затримка чи аномальне функціонування, принаймні, в одній з таких сфер, яке виявляється до трирічного віку:</p>
<p>1. рецептивне або експресивне мовлення, яке використовують у соціальному спілкуванні</p>	<p>1. соціальна взаємодія</p>
<p>2. розвиток селективних соціальних прихильностей або реципрокної соціальної взаємодії</p>	<p>2. використання мовлення в соціальній комунікації</p>
<p>3. функційна або символічна гра</p>	<p>3. символічна гра чи гра з використанням уяви</p>

Застосування цих критеріїв для діагностики потребує професійної підготовки і їх не можуть використовувати батьки та нефаківцями.

Співставний аналіз наявних систем діагностичних критеріїв дає змогу дійти висновку стосовно того, що вони принципово не вирізняються одне від одного. І хоча ці класифікаційні положення й досі лишаються відправною точкою для постановлення діагнозу “аутизм”, їх справедливо критикують (про що йтиметься і пункті 4.2.2.). Так, наприклад, хотілося б зазначити певну однозначність тверджень, яка не витримує перевірки на практиці.

В обох діагностичних довідниках наголошують на невмінні аутичних дітей використовувати невербальні засоби з комунікативною ціллю. Але насправді слід казати, що такі діти *послідовно* нездатні до таких проявів, але *зрідка* майже всі здатні (особливо – до контакту очима, мімічних виразів та поз). Підкреслено також те, що вони можуть (за своїм рівнем розвитку, своїми можливостями) установлювати стосунки з однолітками, але не встановлюють їх. Але що мають на увазі під висловом “за своїм рівнем розвитку”? Загальний, інтелектуальний розвиток? Але для встановлення стосунків потрібен не загальний, а соціальний інтелект, якого у аутичних дітей практично нема і для формування якого у них треба прикладати спеціальних великих зусиль.

Тому правильніше, на наш погляд, якраз підкреслювати низький рівень розвитку соціального інтелекту в таких дітей. Якщо б вони могли встановлювати дружні стосунки, вони б їх установлювали. Але ті, хто добре знає аутичних дітей, скажуть, що більшість з них хочуть, але не можуть установлювати такі стосунки.

Незважаючи на певні вади, на сьогодні нема альтернативи цим класифікаційним системам немає, тому DSM – IV і МКБ – 10 лишаються головними орієнтирами в цьому нелегкому процесі.

У 1994 році DSM – IV надав діагностичні критерії для синдрому Аспергера. На думку авторів цього довідника, який переглянуто ще раз у 2000 році (DSM IV – TR), синдром Аспергера можна відрізнити від аутизму, спостерігаючи розвиток пацієнта в ранньому дитинстві, і бачити певні ознаки, які рідко зустрічають у дітей з аутизмом:

не уповільнені мовленнєвий розвиток і когнітивні здібності; немає клінічно значущого відставання в здатності до самообслуговування, адекватної поведінки й цікавості відносно довкілля. Клінічний профіль дитини з синдромом Аспергера має включати значно менше відхилів моторики й зацікавлення частинами об'єктів, аніж за аутизму. Дитина, проте, може мати обмежені інтереси, які потребують значну частину її часу на збирання інформації й фактів.

Автори також помітили, що профіль соціальних здібностей у дітей з аутизмом включає самоізоляцію або ригідні спроби зближення, тоді як за синдрому Аспергера може бути мотивація до соціалізації, хоча її здійснюють в край екцентричній, односторонній, багатослівній і неосмисленій формі.

Згідно з критеріями DSM, діти з синдромом Аспергера, на відміну від дітей з аутизмом не демонструють клінічно помітного відставання у відповідних віковій нормі навичках самообслуговування й адекватній поведінці. Але клінічний досвід показує, що батьки дітей і підлітків з синдромом Аспергера часто повинні їм нагадувати і давати поради щодо самообслуговування і повсякденних навичок. Це і проблеми з вправністю, які утруднюють, наприклад, здатність зав'язувати шнурки, і зауваги щодо особистої гігієни, уявлення про моду й планування часу. Клінічні лікарі відзначають також значні проблеми з адекватністю в поведінці, особливо відносно контролю настрою, гніву і страху (Attwood 2002).

Різниця в мовленнєвих здібностях, яка існувала в дошкільному віці між дітьми з аутизмом і синдромом Аспергера, переважно зникає в ранньому підлітковому віці (Eisenmajer, Prior, Leekam, Wing, Ong, Gould und Welham 1998, Ozonoff, South und Miller 2000).

Отже клінічний і дослідницький досвід свідчить: немає переконливих аргументів, що класичний аутизм (синдром Каннера) та синдром Аспергера – різні порушення. Їх схожість значно більша, ніж відмінність. Тому нині в клінічній практиці обидва терміни об'єднано до розладів аутичного спектра.

2.2. Дослідження осіб з розладами аутичного спектра за методом наукового спостереження

Надзвичайно важливий крок початкової діагностики – спостереження за дитиною. Зважаючи на те, що феномен аутизму досліджено й розкрито недостатньо, ми вважаємо за доцільне розпочинати обстеження базових проявів аутичних дітей *методом спостереження*⁵. Цей метод дає можливість накопичувати емпіричні дані, складати первинні уявлення про об'єкт спостереження чи перевіряти вихідні положення, пов'язані з ним. Тому методу спостереження відведено визначальну роль у пошуку критеріїв диференційної діагностики.

Метод спостереження у психології – це спеціальним чином організоване, цілеспрямоване, систематичне та планомірне сприймання досліджуваного об'єкта. Правильно організоване спостереження дає дуже цінний матеріал, а саме, – такий, який неможливо одержати іншими методами, особливо якщо це стосується якихось непередбачених схемою дослідження реакцій, вияву ставлення до ситуації дослідження тощо.

Для того, щоб підвищити надійність і якість спостереження, є низка обов'язкових правил:

1. Систематично і багаторазово спостерігати одне й те саме явище у різний час і в різних ситуаціях. Це дає можливість зробити висновки щодо повторюваності, а, значить, не випадковості явищ.
2. Уникати оцінних суджень, обов'язково перевіряти альтернативні гіпотези.
3. Проводити спостереження по можливості кільком дослідникам.
4. Зіставляти спостереження окремого етапу поведінки із загальною ситуацією, контекстом дослідження.

Методика спостереження охоплює: 1) вибирання ситуації й об'єкта спостереження, що визначає передусім мета дослідження і певною мірою теоретичні уявлення про реальність, яку вивчаємо; 2) програму (схему) спостереження як змінний перелік ознак (аспектів)

⁵ Цей термін використовуємо як такий, що відповідає нормам української мови [188; 193].

проявів, які є в центрі спостереження; 3) одиниці спостереження з докладним описом, а також – спосіб і форму фіксації результатів спостереження; 4) опис вимог до роботи спостерігача.

В опрацьованому нами дослідженні складників психічної сфери аутичної дитини предмет спостереження – це складники організації сомато-сенсорного розвитку дитини: групи екстероцептивних, інтероцептивних і пропріоцептивних відчуттів і відповідних ним пізнавальних, емоційних і регуляційних процесів (табл.3) [179]:

Таблиця 3

Одиниці спостереження за складниками психічної сфери аутичних дітей

<i>Екстероцептивні відчуття</i>	<i>Інтероцептивні відчуття</i>	<i>Пропріоцептивні відчуття</i>
Поле зору (<i>периферійне фронтальне</i>)	Фонова емоція (<i>неспокій, доброзичливість, індиферентність</i>)	Рухова загальмованість/розгальмованість
Зорова стимуляція (<i>зосередженість на предметних/безпредметних об'єктах</i>)	Ставлення до інших людей (<i>боязкість, брак емоційного відгуку</i>)	Тілесна аутоstimуляція (<i>згинання й розгинання пальців рук, перебирання ними; змахування, напруга тіла, кінцівок, хода навшпиньках</i>)
Реакція на звук, страх від окремих звуків	Наявність/брак бридливості	Характер рухів (<i>химерність, маріонеточність тощо</i>)
Музичний слух, вибірковість у сприйманні музики	Можливі агресивні (аутоагресивні) прояви	Можлива парадоксальність рухових проявів (<i>невправність поряд із витонченістю окремих рухів</i>)
Тактильні відчуття (<i>обстеження докілья тактильним способом, терпимість тілесних дотиків</i>)	Спектр емоцій (<i>різноманітність емоційних проявів</i>)	Наявність/брак вказівних жестів, рухів головою (<i>згода/заперечення</i>)
Характер сприймання докілья (<i>брак активності (цікавості) в осяганні докілья</i>)	Наявність/брак негативізму до усього нового	Характер мовлення (<i>тягуча інтонація, скандована вимова ехололії тощо</i>)

Виокремлені параметри для спостереження уможливають комплексне дослідження сомато-сенсорних проявів дитини з аутизмом, ана-

ліз і узагальнення яких дають змогу з'ясувати потрібні вимоги до побудови індивідуальної програми розвитку дитини.

Програма спостерегання може охоплювати й різнопланові психічні характеристики [142]:

1. Загальна моторика та рухово-зорова координації (долати перешкоди, повзати через тунель, ловити м'яч, підстрибувати тощо).
2. Рівновага (хода по балці, гойдання (за руки й ноги), крутіння на кріслі тощо).
3. Латералізація (переважання правого чи лівого ока, вуха, руки, ноги).
4. Слухові реакції (локалізація звуку, розпізнавання звуків, боязкість звуків, що виявляється, наприклад, у закриванні вух долонями тощо).
5. Зорові реакції (на світло ліхтарика, зміну світла тощо).
6. Чуттєві реакції (на дотик, на легке потискування, міцний масаж, на різні предмети типу пластиліну, фарби тощо).
7. Мануальні можливості (будування з кубиків, малювання, складанки тощо).
8. Пізнавальні можливості (класифікація предметів та знаходження розбіжностей, співвідношення предмета з назвою, читання, загальний рівень функціонування тощо).
9. Мовлення (артикуляція, вокалізація, спосіб мовлення, розуміння простих і складних указівок).
10. Експресія емоцій, зміна настрою протягом дня.
11. Агресивна й аутоагресивна поведінка.
12. Стосунки з дослідником (зоровий і тактильний контакт).
13. Наслідування (спонтанне та на прохання, тематичні ігри) і співпраця.
14. Концентрація уваги (тривалість і переключення уваги).
15. Поведінка дитини під час консультування (стереотипії, неадекватність тощо).

Потрібно зазначити, що лише правильно організоване спостерегання може забезпечити свої пізнавально-практичні функції: збір

емпіричної інформації, попередня орієнтація в об'єкті, уточнення результатів тощо. Крім того, щоб стати фактом у повному розумінні, явища треба проінтерпретувати в межах певної теорії, адже різні теорії дають і різні перспективи для подальшого емпіричного дослідження.

2.3. Методики комплексного обстеження аутичних дітей

(діагностична карта розвитку дитини; нейропсихологічні методики та психоосвітній профіль PEP-R)

На сьогодні існує також низка методик, які мають на меті з'ясувати картину цілісного розвитку дитини. Найвідоміші серед них – такі методики:

1) діагностична карта розвитку дитини; 2) нейропсихологічні методики та 3) психоосвітній профіль PEP-R.

1. Розроблена К.С.Лебединською і О. С. Нікольською (1989) спеціальна *Діагностична карта розвитку* дитини слугує доповненням до традиційного клінічного анамнезу і сприяє не лише уточненню діагнозу, але й допомагає в індивідуалізації психологічної корекційної роботи з дитиною. Карта дає детальний перелік особливостей розвитку дитини, що має виражені риси аутичного дизонтогенезу і дає змогу виявити ознаки формування найважчих його варіантів.

За задумом авторів методики розкриття стану сформованості різних складників психіки дитини відбувається за показниками таких сфер, як вегетативно-інстинктивної, афективної, сфери потягу, спілкування, сприймання, моторики, інтелектуального розвитку, мовлення, гри, навички соціальної поведінки, психосоматичної кореляції (схильності до алергійних захворювань).

Велика перевага діагностичної карти в тому, що:

- 1) дослідження зорієнтовано на виявлення порушень у розвитку дитини першого – другого років життя;
- 2) діагностичні критерії дитячого аутизму в дітей перших років життя подано дуже детально: автори зібрали велику кількість ознак і тих орієнтирів, які важливі для визначення стану розвитку дитини;

- 3) є можливість оцінити реакції дитини на спілкування з дорослим або з іншими дітьми.
- 4) чимало подано різноманітних характеристик проявів дітей, що відображає дійсний стан речей. Наприклад, контакт з дітьми/ ігнорування (пасивне, активне); рання любов до музики/ гіперпатична (підвищена больова чутливість) негативна реакція на музику.

Вади цього діагностичного інструментарію, на наш погляд, такі:

- надмірність і неструктурованість показників усередині кожної сфери;
- наявність невідповідних характеристик. Наприклад, сфера “Моторика” має такі складники, як: Гіпертонус. Гіпотонус. Тривалість і ефективність застосування масажу. Міміка (у тому числі за фотографіями), бідність мімічних комплексів (посмішки, переляку, плачу тощо). У сфері “Інтелектуальний розвиток” знаходимо: умовні позначення в грі; переважання інтересу до зображеного предмета над реальним, безпорадність в елементарному побуті.

2. Діагностика за допомогою *нейропсихологічних методик*.

На основі глибоких знань про онтогенез (морфо- і функціогенез) різних форм психічної діяльності і механізмів їх функціонування в нормі та патології, а також – певних умінь у цій сфері нейропсихолог може проаналізувати порушення (дефіцитарність) вищих психічних функцій. При цьому в центрі його уваги – визначення первинного дефекту і його системного впливу на інші психічні функції.

Відомі методики нейропсихологічного напрямку – це переважно модифіковані (перетворені) варіанти батареї тестів О.Р. Лурія, що базується на теорії трьох функційних блоків мозку.

На основі вивчення порушень психічної діяльності в разі різних локальних уражень центральної нервової системи Олександр Романович Лурія (1902-1977) розробив загальну структурно-функційну модель мозку, згідно з якою, мозок можна умовно розподілити на три основні блоки, які мають

власну будову і роль у психічному функціонуванні: 1) енергетичний; 2) пізнавальний (приймання, перероблення та зберігання екстероцептивної інформації); 3) програмувальний (програмування, регуляція і контроль за свідомою психічною діяльністю). Установлено наслідки порушення роботи кожного з функційних блоків (подано у табл.):

Таблиця 4

Функційні блоки мозку в нормі та патології

(за О.Р.Лурія)

	<i>1 рівень</i> енергетичний блок	<i>2 рівень</i> пізнавальний	<i>3 рівень</i> програмувальний
Функційне призначення блоків	Підтримує тонус, необхідний для нормальної роботи вищих відділів кори головного мозку, складається із систем верхніх відділів мозкового стовбура, ретикулярної формації та утворення давньої (медіальної та базальної) кори	Забезпечує приймання, перероблення та зберігання інформації різної модальності. До нього входять задні відділи обох півкуль, тім'яні та потиличні відділи кори	Забезпечує програмні дії та рухи, регуляцію активних процесів і порівняння ефекту дій з початковими намірами. Забезпечує побудову моделі того, що відбувається в даний момент, і того, що має відбутися. До нього входять лобні ділянки кори великих півкуль
Наслідки порушення функціонування блоків	Порушення зумовлює нестійкість уваги, швидку втомлюваність, сонливість, байдужість або ж сильне занепокоєння	Відхили у прийманні та переробленні інформації різної модальності	Дефекти поведінки людини у сфері організації її дій: цільові дії замінюються інертними стереотипами, безглуздими повторами рухів, не спрямованих заданою ціллю

Усі три блоки беруть участь у психічній діяльності людини, у регуляції її поведінки, причому кожен виконує свою функцію. Порушення роботи одного з них призводить до порушень психічної діяльності.

Відомі методики, розроблені Е.Г.Симерницькою, 1991, 1995; Ю.В.Мікадзе, 1994; Т.В.Ахутіною, 1996; Н.К.Корсаковою, 1997; Л.С.Квітковою, 1998, 2001; Г.В.Семенович, 2002. Так, наприклад, за допомогою методики Г.В.Семенович діагностують такі єрархічні рівні психіки, як нейробіологічні передумови сприймання; міжпівкульна взаємодія; гомеостатична ритміка організму; метричні,

структурно-топологічні та проєкційні уявлення тощо [172]. Головний сенс результатів такої діагностики – розроблення та застосування системи методів корекційно-розвивального навчання, адекватних структурі психічного дефекту (у контексті реалізації методу “заміщувального онтогенезу”).

Як правило, до нейропсихологічних методик входять так звані проби, спрямовані на: встановлення латералізації функцій, дослідження розумової працездатності й уваги (коректурна проба), виявлення реципрокної координації; динамічний праксис (цілеспрямована дія); праксис пози пальців; прості проби на оральний праксис, копіювання за зразком, упізнання реальних, перекреслених і накладених зображень, розуміння простих логіко-граматичних конструкцій, оцінювання простих ритмічних структур, назви реальних зображень тощо.

Бальна оцінка виконання кожної проби на підставі виявлених труднощів (помилки) дає змогу визначити сумарний бал дефіцитарності за кожною психічною сферою загалом для дитини з тим, щоб об’єктивно оцінити міру недорозвинення (атипії розвитку, дефіцитарності психічного функціонування).

Великі переваги нейропсихологічних методик полягають у ретельно виписаній методологічній базі, їх спрямованості на чинниковий рівень ускладнень розвитку. Але потрібно зазначити також, що жоден з нейропсихологічних тестів не спроможний точно вирізнити один специфічний тип порушення мозку від іншого (Goldstein, 1990); через цю ваду такі тести – це досить узагальнений і неточний засіб вивчення нейропсихологічних проблем. Великим питанням є також доречність застосування нейропсихологічних методик до вивчення аутизму через те, що досі не визначено специфічну мозкову локалізацію патології, властиву тільки аутизму. Найцікавіше те, що в разі дизонтогенезу за аутичним типом спостерігають розлади, за які відповідає кожен з трьох функційних блоків мозку.

І хоча ці методики застосовують у процесі дослідження аутичних дітей, на наш погляд, вони далеко не завжди можуть виявити на-

явну картину розвитку такої дитини. У нейропсихологічних тестах непередбачено особливі підходи до взаємодії з аутичними дітьми, вони не враховують складність зосередження уваги таких дітей, брак у них довільних функцій пізнавальної діяльності тощо. Аутична дитина може не виконати завдання не тому, що не вміє його виконувати, а тому, що це завдання не привабило її уваги, або зумовило побічну, не пов'язану зі змістом завдання цікавість.

3. Тест “*Психоосвітній профіль PEP-R*” отримав визнання в усьому світі у контексті діагностики аутистів. У цій методиці подано орієнтири на дві шкали: “Шкалу розвитку” і “Шкалу поведінки”.

Тест – для дітей від 6 місяців до 7 років. Його можна застосовувати і для тих дітей до 12 років, щодо яких можна казати, що деякі їхні функції перебувають на рівні, який нижчий за рівень першокласника (є також окремо такий профіль для підлітків/молоді і для дорослих).

Цей тест можливий для з'ясування ступеня ускладнень у поведінці між людьми (установлення контактів і емоційні реакції), у грі, у способі реагування на зовнішні стимули, а також для ступеня ускладнення розвитку мовлення.

Під кінець тестового дослідження показники дитини розміщують за 7 сферами, які стосуються розвитку, і за 4 сферами, які пов'язані з поведінкою.

Окрім висновків “*сформовано*”/“*не сформовано*” впроваджено третій висновок “*формується*” (з урахуванням найближчої зони розвитку). Цей третій висновок роблять тоді, коли дитина тільки частково розуміє, що треба зробити з даним завданням, або не має достатнього уміння, щоб це зробити добре. Дитина може виявляти певне відчуття того, як це можна зробити, або навіть частково це робити, але особливим чином.

“Шкала розвитку” вказує на рівень розвитку дитини порівняно з ровесниками. Елементи “Шкали Поведінки” становлять особливу систему, їх об'єднують функції, характерні для аутизму. Цілісність нетипової поведінки (чи проявів, пов'язаних з ускладненнями умінь дитини) оцінюють кількісно та якісно. До кожної з семи сфер роз-

витку підібрано завдання з різним ступенем труднощі. Ще однією з головних рис тесту є його гнучкість, необов'язковість дотримання певної послідовності завдань під час діагностування.

Елементи Шкали Розвитку розподілено за 7 сферами розвитку. Уміння у цих сферах перевіряють за 131 завданням:

- 1) наслідування (16 завдань),
- 2) перцепція (13 завдань),
- 3) дрібна моторика (16 завдань),
- 4) загальна моторика (18 завдань),
- 5) зорово-рухова координація (15 завдань),
- 6) пізнавальні функції (26 завдань) і
- 7) комунікація; активне мовлення (27 завдань).

Шкала поведінкових проявів має на меті розпізнання нетипових способів поведінки, характерних для аутизму: 42 завдання цієї шкали розподілено на 4 частини:

1) установа контактів та емоційні реакції, 2) гра і зацікавленість предметами, 3) реакція на стимули, 4) мовлення. Ціль – визначити здатність встановлювати зоровий контакт, з'ясування нетипового використання матеріалів, надмірного зацікавлення запахами і смаком речей, нетиповим уживанням слів або нескоординованою поведінкою під час обстежування.

Спосіб оцінювання: у стовпчиках, які стосуються поведінки дослідник зазначає оцінку: задовільно, помірно незадовільно, незадовільно, а у стовпчиках, де оцінюють розвиток – сформовано, формується, несформовано.

Сильні характеристики тесту – його гнучкість, необов'язковість дотримання певної послідовності завдань під час діагностування, що відповідає психічним особливостям дітей з розладами аутичного спектра. Діагностичні показники фіксують під час виконання дитиною завдань в ігровій формі, а також – у разі її специфічної поведінку. Велика перевага тесту також – у тому, що він враховує два характерні для аутизму аспекти: затримку розвитку та нетипову поведінку.

Підсумком тесту є створення профілю, що дає змогу визначити, якому біологічному віку відповідає стан сформованості тієї чи іншої

психічної функції у кожної конкретної дитини. Результати дослідження є підґрунтям розробки індивідуальної навчальної програми. Важлива перевага тесту – орієнтир не тільки на визначення певного стану сформованості певних функцій, але й – на діагностику розвитку, на ті процеси, які ще тільки формуються (що є співставним з ідеєю Л.С.Виготського про зону найближчого розвитку).

Головна вада тесту – його об'ємність: він складається зі 174 діагностичних завдань. Слід додати також, що цей тест досі не видано ні російською, ні українською мовами.

Отже, подані діагностичні засоби мають певні переваги, але й суттєві вади. Головні вади діагностичного інструментарію, яким на сьогодні обстежують аутичних дітей: брак серйозного теоретичного підґрунтя методик обстеження і/або узгодженості між науковим і практичним складниками діагностичного інструментарію (для здійснення повного корекційного процесу) а також – незручність у користуванні: або немає критеріїв оцінювання, або необґрунтовано великий обсяг методики. Якщо немає чіткої концепції, за якою треба виконувати обстеження, незрозумілим лишається, чи всі характеристики враховано, а може якісь зайві? Чим можна пояснити наявність саме таких параметрів?

При цьому, на наш погляд, можна спостерігати типове: аутизм вивчають за одними й тими самими різноманітними характеристиками розладів аутичного спектра. Це спричинює: 1) наявність численних дискретних ознак, за якими неможливо досягнути феномен аутизму; 2) постійну повторюваність, брак продуктивних ідей, потрібних як для розкриття сутності цього порушення розвитку, так і для побудови дієвих корекційних стратегій.

2.4. Додаткові методи дослідження аутичних дітей

Для розпізнання розладів аутичного спектра існують й інші різноманітні діагностичні засоби.

Усі можливі методи обстеження можна розподілити на такі:

- неінструментальні (спостереження, бесіда);
- інструментальні (використання певних діагностичних методик)
- експериментальні (гра, конструювання, тести, анкети, дії за зразком);
- апаратурні експериментальні (інформація про стан і функціонування мозку, вегетативної та серцево-судинної системи; визначення фізичних просторово-часових характеристик зорового, слухового, тактильного сприймання тощо).

Існує безліч методів апаратної діагностики :

- електроенцефалографія – ЕЕГ, дослідження біоелектричної активності мозку і стан його функційних систем
- реоенцефалографія - РЕГ (реографія головного мозку), визначення стану судин головного мозку, виявлення порушень мозкової кровотоку
- ехоенцефалографія – ЕхоЕГ, вимір внутрішньочерепного тиску, виявлення новоутворень
- магнітно-резонансна томографія - МРТ, нерентгенологічний метод дослідження внутрішніх органів і тканин людини
- комп'ютерна томографія - КТ, сканування і пошарове зображення структур мозку
- кардіоінтервалографія (варіаційна пульсометрія), - дослідження стану вегетативної нервової системи та інші методи.

Один із загальноприйнятих методів апаратного обстеження аутичних дітей – діагностика особливостей структури мозку. При цьому отримані результати дуже різноманітні: в аутичних осіб виявляють аномалії у різних відділах мозку, але й досі не визначено специфічну мозкову локалізацію патології, властиву тільки аутизму. Проте, все одно йдеться про певні вади на рівні мозкової організації в разі аутизму, зумовлені, наприклад, порушенням зв'язків між різними відділами мозку чи на рівні міжклітинних утворень, що важко виявити під час діагностування.

Лабораторні дослідження оцінюють стан крові, імунітет, виявляють наявність похідних ртуті та інших важких металів, причини

дисбактеріозу. Адже відомо, що аутичні розлади часто супроводжують, наприклад, ураження кишковика. Звичайно, бажано кожній дитині, у якої виявлено особливості розвитку за аутичним типом, пройти поглиблене медичне обстеження, що охоплює оцінювання зору і слуху, а також повне обстеження у педіатра і невролога. Але потрібно знати, що сьогодні немає специфічних лабораторних досліджень для визначення порушень аутичного спектра.

В уюму світі доходять висновку, що підставою для діагнозу є аналіз поведінки, а не чинників або механізмів розладу (Baird G., Cass H., Slonims V., 2003; London E., 2004). Фахівцями інших країн опрацьовано великий діагностичний інструментарій щодо дослідження аутизму (Додаток 2).

За кордоном для діагностики раннього дитячого аутизму найчастіше застосовують низку опитувальників, шкал та інтерв'ю. Серед них:

- Опитувальник для діагностики аутизму, адаптований варіант (Autism Diagnostic Interview – ADI - R)
- Шкала спостереження для діагностики аутизму (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS)
- Шкала соціальної зрілості (Vineland Adaptative Behaviour Scale – VABS)
- Шкала рейтингу дитячого аутизму (Childhood Autism Rating Scale – CARS)
- Поведінковий опитувальник для діагностики аутизму (Autism Behavior Checklist – ABC)
- Контрольний список оцінки показників аутизму (Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC)
- Опитувальник для діагностики соціальних захворювань і порушень здатності до спілкування (Diagnostic Interview for Social and Communicative Disorders – DISCO)
- Шкала визначення тяжкості аутизму у дітей [Nordin et al., 1998]
- Опитувальник батьків для діагностики аутизму (Autism Diagnostic Parents Checklist – ADPC)
- Шкала спостереження “Сумарна оцінка поведінки” (Behavioural Summarized Evaluation - BSE)

- Опитувальник щодо аутизму у маленьких дітей (Checklist for Autism in Toddlers - CHAT)
- Опитувальник щодо спектральних порушень розвитку дитини (PDD - pervasive developmental disorder).

Для первинної оцінки розвитку дитини у віці від 18 до 36 місяців можна використовувати опитувальник CHAT – контрольний список симптомів аутизму у малюків (Checklist for Autism in Toddlers). Відповіді на питання цього опитувальника займають не більше 15 хвилин.

Тест складається з двох частин. Перша з них (А) охоплює закриті питання, що стосується функціонування дитини в 9 сферах: 1) гра у близькому фізичному контакті (гойдання, підкидання); 2) соціальні зацікавлення; 3) розвиток моторики; 4) соціальні ігри; 5) уявна гра; 6) вказування на предмет, який дитина хоче отримати; 7) вказування на об'єкт, яким хоче зацікавити іншу особу; 8) функційна гра; 9) розподіл уваги.

ОПИТУВАЛЬНИК СНАТ

Частина А (опитування батьків)

1. Чи Ваша дитина любить, коли її гойдають, підкидують на колінах тощо?	так	ні
2. Чи Ваша дитина цікавиться іншими дітьми?	так	ні
3. Чи Ваша дитина любить лазити по різних речах, наприклад, по сходах?	так	ні
4. Чи Ваша дитина любить бавитися в гру “Ку-ку” чи у схованки?	так	ні
5. Чи Ваша дитина вдає коли-небудь, що робить Вам чай, використовуючи іграшковий посуд?	так	ні
6. Чи Ваша дитина коли-небудь використовує свій вказівний палець, щоб показати, що вона про щось просить?	так	ні
7. Чи Ваша дитина коли-небудь використовує свій вказівний палець, щоб показати Вам, що вона чимось зацікавлена?	так	ні
8. Чи Ваша дитина може бавитися малими іграшками (машинками, кубиками), а не лише брати їх до рота, беззмістовно маніпулювати ними чи кидати ними об землю?	так	ні
9. Чи Ваша дитина коли-небудь приносить Вам предмети, щоб Вам щось показати?	так	ні

Друга частина (Б) складається з п'яти пунктів, має експериментальний характер і полягає в тому, щоб дослідник сам оцінив виконання дитиною простих завдань. Дитина має показати можливості розподілу уваги, указування на об'єкт, щоб зацікавити ним іншу людину, а також, уявну гру. Друга частина дає можливість порівняти інформацію отриману від батьків з тими проявами дитини, які відкриваються досліднику в процесі взаємодії з нею.

Частина Б (спостереження дослідника):

1. Чи нав'язувала дитина під час зустрічі з терапевтом контакт?	так	ні
2. Приверніть увагу дитини, показуючи цікавий предмет і скажіть: "О, подивись! Це є (назва іграшки)". Зверніть увагу на вираз обличчя дитини	так	ні
3. Приверніть увагу дитини, а потім дайте їй маленьке горнячко та чайничок і скажіть: "Чи ти зумієш налити чай?" Чи імітує дитина, що наливає чай, п'є його тощо?	так	ні
4. Скажіть дитині: "Де світло?" чи "Покажи мені світло". Чи покаже дитина вказівним пальцем на джерело світла?	так	ні
5. Чи зуміє дитина побудувати вежу з кубиків (якщо так, то зі скількох)? Укажіть кількість кубиків.	так	ні

Уважають, що опитувальник СНАТ дає можливість виявити дітей, які належать до групи ризику, що пришвидшує процес постановлення діагнозу. Проте треба пам'ятати, що не усіх дітей з аутичними порушеннями розвитку можна розпізнати у віці до 18 місяців, тому цей тест варто повторити після 3-х років.

Існує також М-СНАТ – модифікований контрольний список діагностики аутизму в малюків, що є розширеною американською версією англійського опитувальника СНАТ. Цей опитувальник для батьків і фахівців має 23 питання з відповідями у формі твердження чи заперечення. Порівняно з СНАТ він має більшу кількість питань щодо соціальної взаємодії й комунікації.

На жаль, досить часто трапляється ситуація, коли фахівці не лише психолого-педагогічного, але й психіатричного профілю "ставлять" діагноз, орієнтуючись на усні чи письмові відповіді батьків з питань анкет.

Я обійшла зі своєю дівчинкою (2,5 років) 5 психіатрів. На дитину практично жоден з них не звернув уваги. Мені ставили ті самі запитання, і я вже побачила закономірність: за яких відповідей нам можуть поставити той або інший діагноз.

(Яна Р., мати дитини з аутизмом м.Київ)

Поза сумнівом, є й інші, нехай рідкісні, але позитивні приклади, коли фахівець має не лише досвід, але й бажання та вміння всебічно обстежити дитину. І можна тільки мріяти про те, щоб таких фахівців ставало все більше. Адже насправді, діагноз “аутизм” може поставити психіатр тільки після поглибленого клінічного оцінювання, що базується на визнаних за міжнародними стандартами критеріях.

Важливе місце у психологічній діагностиці займає збирання інформації зі слів батьків аутичної дитини. Однією з форм такої роботи може бути попереднє *інтерв'ю*. Інтерв'ю (у психології) (від англ. interview – бесіда, зустріч) – спосіб одержання соціально-психологічної інформації за допомогою усного опитування. Види інтерв'ю вирізняються за ступенем формалізації; існують стандартизовані, напівстандартизовані і нестандартизовані інтерв'ю.

Одна з найрозповсюдженіших методик, яку застосовують для оцінювання рівня розвитку адаптивних можливостей аутичних дітей, – напівструктуроване інтерв'ю, відоме як “Шкала адаптивної поведінки Вайнленда (VABS)”. Використання шкали у клінічній практиці дає змогу з'ясувати рівень функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки не тільки в описовому, але й числовому виразі, оцінити його відповідність установленим віковим нормативам. Шкала Вайнленда застосовують для дітей від 0 до 18 років 11 місяців.

“Адаптивну поведінку” у шкалі характеризують такі показники, як щоденна діяльність дитини, а саме: її здатність справлятися зі змінами у довкіллі, засвоювати нові навички, піклуватися про себе. При цьому кожному віковому періоду відповідають певні навички, важливі для адаптації у родині, дитячому садку, школі, і загалом у

соціумі. За шкалою можна виявити особливі прояви адаптивної поведінки щодо таких сфер життєдіяльності, як комунікація (активне, пасивне і писемне мовлення), повсякденні життєві навички (поведінка особи як самої по собі, так і серед інших людей), моторні навички (загальна і дрібна моторика), соціалізація (гра, дозволя, міжособистісні стосунки).

Окрім адаптивних властивостей осіб з розладами аутичного спектра дослідник зосереджує увагу також на проявах дезадаптивної поведінки (шкала дезадаптації). За визначенням, дезадаптивна поведінка – це активність, що спричинює певні незручності та проблеми як для дитини, так і для її оточення. Шкала дезадаптації охоплює дві частини: 1) прояви дезадаптивної поведінки, які трапляються у дітей з нормальним типом розвитку (за умови педагогічної занедбаності, шкільної дезадаптації тощо); 2) виражені форми дезадаптивної поведінки, які демонструють аутичні особи і, зазвичай, не трапляються в інших дітей.

Інша форма діагностичної розмови з батьками – *нестандартизоване* (вільне) *інтерв'ю*, за якого психолог притримується загального плану, сформульованому згідно із завданням дослідження й задає питання відповідно до ситуації. Проведення інтерв'ю – непроста процедура. За умови ретельного її виконання, це може займати 1,5–3 години, оскільки треба з'ясувати докладну інформацію щодо життя родини. Тому бажано, щоб на цій першій зустрічі були присутні обоє батьків. У цьому випадку можливо спостерігати різні позиції, що стосуються розвитку та поведінки дитини в певних ситуаціях, а також – особливі прояви та взаємодію батьків між собою, що є дуже важливою інформацією стосовно умов розвитку дитини, атмосфери, яка панує в родині.

Головні теми інтерв'ю можуть бути такі:

- структура родини (повна, розведені...);
- пологи та їх перебіг;
- розвиток дитини;
- загальна моторика (сидіння, повзання, рачкування);

- дрібна моторика (мануальні можливості дитини);
- розвиток мовлення (крик, гуління, ехолалії, вербальне й невербальне мовлення);
- проблеми сну;
- проблеми харчування;
- самообслуговування;
- сенсорні порушення (вади функціонування зорового, слухового, нюхового, смакового органів чуття);
- поверхневе та глибинне відчуття (долоні, стопи, поверхня цілого тіла, голова і обличчя, рот і ротова порожнина);
- контакт зоровий і тактильний;
- характер гри;
- емоційні проблеми;
- агресія й аутоагресія;
- стереотипна поведінка.

Підстава для виявлення ознак порушення розвитку в інтерв'ю – це показники анамнезу.

Деякі з цих діагностичних процедур (CHAT, PDD, АТЕС, шкала Вайленда) поступово стають популярними в Росії і Україні, при цьому ніяких відомостей про адаптацію і стандартизацію цих методик у нас немає, а переклад найчастіше виконують самі педагоги. Головне, що варто знати фахівцям, які діагностують аутичних дітей, – будь-які опитувальники, шкали та інтерв'ю можуть мати тільки додаткову інформаційну навантагу, – тільки правильно побудована діагностична процедура за умови безпосередньої взаємодії дослідника з дитиною уможлиблює розкриття всієї повноти її психічних проявів.

ВИСНОВКИ

Неоднозначність і численність симптомів за аутизму ускладнюють побудову як ґрунтовної й чіткої концепції цього порушення розвитку, так і опрацювання зручного та надійного діагностичного інструментарію.

Головну ідею діагностичного визначення аутизму (як і будь-якої іншої нозологічної одиниці) пов'язано з максимально можливим диференційним розумінням його як специфічного розладу.

Досі основними орієнтирами визначення аутизму лишаються міжнародні класифікаційні збірники DSM-IV і МКБ-10. За діагностичними критеріями, поданими в цих збірниках аутизм визначають як синдром, що охоплює соціальні порушення (якісні вади функції спілкування та соціальної взаємодії) і ознаки різкої дисгармонії загального психічного розвитку з глибоким порушенням формування звичайних життєвих умінь і навичок, що призводить до неможливості самостійного функціонування. Незважаючи на суттєві вади (передусім – брак надійного теоретичного підґрунтя та неясність й мінливість багатьох поданих властивостей) DSM-IV і МКБ-10 на сьогодні – це головні орієнтири щодо визначення діагнозу “розлади аутичного спектра”.

За кордоном для діагностики розладів аутичного спектра найчастіше застосовують низку опитувальників, шкал та інтерв'ю (Шкала соціальної зрілості Вайленда, Шкала рейтингу дитячого аутизму, Поведінковий опитувальник для діагностики аутизму, Контрольний список оцінки показників аутизму, Опитувальник за спектральними порушеннями розвитку дитини PDD тощо). Незважаючи на легкість у виконанні процедури збирання діагностичного матеріалу щодо дитини, усі опитувальники, шкали та інтерв'ю не спроможні замінити справжнього дослідження специфіки стану розвитку дитини. Тільки правильно побудована діагностична процедура за умови безпосередньої взаємодії дослідника з дитиною уможливує розкриття всієї повноти її психічних проявів.

Визначальну роль у пошуку критеріїв диференційної діагностики відводять науковому методу спостереження. Цей метод дає можливість накопичувати емпіричні дані, скласти первинні уявлення про об'єкт спостереження чи перевіряти початкові положення, пов'язані з ним. Правильно організоване спостереження дає цінний матеріал, який неможливо отримати іншими методами, наприклад, неперед-

бачені схемою дослідження реакції, вияв ставлення до ситуації дослідження тощо. Але щоб стати надійними критеріями, зафіксовані явища потрібно проінтерпретувати в межах певної теорії, що уможливить перспективу подальшого емпіричного дослідження.

Прагнення до комплексного вивчення осіб з аутизмом сприяло появі таких діагностичних засобів, як “Психоосвітній профіль РЕР-R”, Діагностична карта розвитку дитини (К.С. Лебединська, О.С. Нікольська, 1989), нейропсихологічні методики.

Найпопулярніший діагностичний засіб обстежування аутичних дітей за кордоном – методика “Психоосвітній профіль РЕР-R”, емпіричні дані якої, зібрані під час виконання ретельно підібраних завдань, розподіляють за двома шкалами: “Шкалою розвитку” і “Шкалою Поведінки”. Сильні аспекти методики – опрацьовані підходи для розкриття психічних особливостей саме аутичних дітей, урахування зони найближчого розвитку та вихід на співставний аналіз щодо сформованості у них різних психічних функцій у порівнянні з віковою нормою. Основні недоліки тесту – його об’ємність та недостатньо ґрунтовні методологічні підвалини, унаслідок чого у шкали об’єднано неспівставні характеристики, що заважає продуманій побудові програми послідовного корекційного впливу.

Діагностичну карту розвитку дитини (К.С.Лебединська, О.С. Нікольська) призначено як доповнення до традиційного клінічного анамнезу, щоб допомогти в індивідуалізації психологічної корекційної роботи з дитиною. Проте надмірна кількість і неструктурованість показників усередині кожної з виокремлених сфер розвитку, брак шкали та будь-яких критеріїв оцінювання ускладнюють з’ясування чіткої картини особливостей психічної організації дитини і, відповідно, побудови відповідної Програми її навчання.

Задля розкриття чинників порушення вищих психічних функцій застосовують нейропсихологічне обстеження, унаслідок якого можна визначити не тільки вади психічної організації, але й збережені психічні процеси. Нейропсихологічну діагностику подано переважно модифікованими варіантами батареї тестів О.Р. Лурія. Суттєва

перевага опрацьованих методик – це ґрунтовна теорія, але великим питанням лишається доречність застосування нейропсихологічних методик до вивчення аутизму: по-перше, в разі дизонтогенезу за аутичним типом спостерігають розлади, за які відповідає кожен з трьох функційних блоків мозку; по-друге, ці методики в організаційному плані не враховують психічні особливості аутичних дітей, що заважає виявленню наявної картини розвитку дитини.

Однією з типових ознак дослідження аутизму, на нашу думку, є те, що його вивчають за одними й тими самими різноманітними характеристиками розладів аутичного спектра. Це спричинює наявність численних дискретних ознак, за якими неможливо досягнути феномен аутизму та постійну повторюваність, брак продуктивних ідей, потрібних як для розкриття сутності цього порушення розвитку, так і для побудови дієвих корекційних стратегій.

РОЗДІЛ 3.

Систематизація підходів до корекції порушень аутичного спектра

Кожен, навіть найменший крок прогресу дорогоцінний
В.Є.Каган

Всесвітня практика терапевтичної допомоги особам з розладами аутичного спектра засвідчила, що “лікування” для таких осіб – це навчання. У найважливіших медичних документах (наприклад, в МКБ–10, DSM–IV та ін.) безпосередньо зазначено, що за усю важливістю лікувальних заходів головну роль у корегуванні аутичних порушень відіграє корекційне виховання та навчання (лікувальна педагогіка).

У США з 80-х років прийнято положення про обов’язкове навчання аутичних дітей. Потреба особливих умов, форм і методів навчання аутичних дітей Академія педагогічних наук СРСР підтвердила ще в 1989 році. У 1992 р. у Гаазі на IV Конгресі Європейської Асоціації “Аутизм – Європа” прийнято “Хартію для осіб з аутизмом”, що гарантує їм право на навчання.

Програми інтенсивної, тривалої терапії, опрацьованої доцільно для кожного конкретного випадку, і спеціальної освіти можуть допомогти дитині в засвоєнні навичок соціальної взаємодії, самопомогі, становленні оптимальної адаптації серед інших людей аж до набуття професійної освіти і здатності реалізовувати свої вміння на практиці.

У більшості країн на сьогодні лікувально-педагогічна робота з аутичними дітьми має комплексний характер і охоплює медикаментозну, психологічну та педагогічну корекцію (див., наприклад, Додаток 3).

Медикаментозну терапію призначають за синдромальним принципом. Ціль застосування фармакологічних засобів – зменшити такі симптоми, як: виражена агресивність/аутоагресивність, гіперактивність, тривожність, страхи, численні стереотипії і розлади настрою; а також – нормалізація режиму сну–неснування й підвищення здатності до навчання та соціальної адаптації дитини. За наявності епілептичних нападів показано протиепілептичні препарати.

На жаль, у нашій країні дотепер для дітей-аутистів провідними є лікувальні види допомоги в системі Охорони здоров'я. Хоча в усьому світі ще в 1960-ті роки акценти почали зміщувати на поведінкові методи в поєднанні з соціально-педагогічним супроводом, використанням арттерапії, музикотерапії тощо на основі гуманістичного та психодинамічного підходів. Дотепер склалася й продовжує розвиватися мультимодальна допомога, у центрі якої – індивідуальний підхід до дитини, що його забезпечує команда професіоналів за умови безпосереднього контакту з родиною. Модель такої допомоги хоча нозологічно не специфічна й не орієнтована на радикальне лікування, демонструє досить високу абілітаційну ефективність.

Для ефективного корегування розвитку дітей з аутизмом, на думку провідних фахівців, потрібні нестандартні установи, у яких можна було б поєднувати лікувальну, педагогічну, терапевтичну й іншу корекційну допомогу. Реабілітаційні підходи передусім базуються на тому, що в клініці аутизму значне місце належить аутичним порушенням поведінки, мовлення, моторики, затримці психічного розвитку тощо. Зазначене коло розладів спричинює вторинний поглиблений психічний недорозвиток.

На сьогодні психолого-педагогічна корекція розвитку за аутизму не має однозначності й узгодженості щодо технологій та методик, які б допомагали ефективно долати порушення аутичного спектра. Так, найбільш визнані такі корекційні підходи, що їх застосовують задля корегування в разі порушень аутичного спектра, як *прикладний аналіз поведінки* (Applied Behavior Analysis, АВА), структуроване навчання *TEACCH* (Treatment and Education for Autistic and related

Communication handicapped Children), *сенсорна інтеграція, розвиток міжособистісних стосунків* (Relationship Development Intervention, RDI), *холдінг-терапія, метод “Son-Rise”*, середовищний підхід (І.Ю.Захарова), *нейропсихологічний підхід, методи альтернативної та підтримувальної комунікації, різновиди терапій (музико- й арттерапія, метод ТОМАТІС, кінезотерапія, терапія за допомогою тварин (анімалотерапія) тощо).*

Розглянемо підходи, доцільно опрацьовані для занять з особами, що мають порушення аутичного спектра.

3.1. Корекційні підходи директивного впливу

(Прикладний аналіз поведінки, Холдінг-терапія)

Прикладний аналіз поведінки (*applied behavior analysis, ABA*) вважають одним з найефективніших і найрозповсюдженіших методів роботи з аутичними дітьми, на основі якого побудовано багато програм у школах і центрах для дітей-аутистів, особливо в США, Канаді, Бельгії, Швеції, Ізраїлі та інших країнах.

Автор, прикладного аналізу поведінки (далі – АВА) – І. Ловаас (Ole Ivar Lovaas). Метод базується на головних засадах біхевіоральної (поведінкової) терапії й дає змогу визначити чинники й наслідки поведінки, які зумовлюють, контролюють, закріплюють, і найголовніше – змінюють певну поведінку.

На думку представників біхевіорального напрямку психології (І.Ловаас, Р.Коегел, Дж.Сіменс, Дж.Лонг та ін.) поведінка – це єдиний прояв людини, який можна вивчати об’єктивно, на відміну від свідомості, мислення, пам’яті тощо. З цього погляду *аутизм* розуміють як синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які можуть змінюватись під впливом спеціальних ретельно спланованих, конструктивних взаємин з іншими людьми.

Зважаючи на таке визначення аутизму, терапія має подвійне завдання [182]:

- *зменшувати надлишки поведінки;*
- *формувати у дитини необхідні навички, яких нема.*

Унаслідок такої подвійної роботи можна досягти основної цілі модифікації поведінки аутичних дітей: допомогти дітям стати більш самостійними, соціально адаптованими, здатними до навчання. Це дає можливість дитині відвідувати дошкільні та шкільні дитячі заклади, успішно взаємодіяти з іншими людьми, інтегруватися в суспільство загалом.

На стадії планування навчання треба продумати й забезпечити певні умови для побудови ефективного навчального процесу (Б.-Л. Бейкер, А.-Дж.Брайтман, Дж.Грин).

Чинники навколишнього середовища, які мають вплив на поведінку дитини під час навчання, можна умовно поділити на дві групи.

❖ **Фізичні чинники:**

- час: установлюють час дня, в який дитина може займатися найуспішніше; тривалість кожного заняття й перерв; кількість уроків на день, тиждень тощо;
- місце (приміщення): чи буде проходити заняття вдома чи у спеціальному закладі; у приміщенні або на вулиці; де саме;
- робоче місце (приміщення ретельно вивчають і створюють оптимальну обстановку): за столом або на підлозі; на великих чи маленьких стільцях; за столом, який стоятиме між дитиною та педагогом, або збоку; посадити дитину обличчям до вікна чи до стіни; чи будуть на стінах картини, квіти тощо;
- матеріали для навчання: безпечні для дитини і максимально відповідні змісту поточного заняття.

❖ **Соціальні чинники:**

- присутність третіх осіб у кімнаті під час занять: аналізують потребу індивідуального чи групового навчання; присутність на занятті батьків, інших родичів, дорослих і дітей, не долучених у процес навчання; обмірковують необхідність присутності асистента вчителя.

Основний напрям роботи фахівця з АВА – *функційний аналіз поведінки*, який дає змогу визначити причини й наслідки поведінки, що зумовлюють, контролюють і закріплюють цю поведінку. Проаналізувавши ці причини і наслідки, терапевт може використовувати їх, щоб змінити поведінку.

Одиниці аналізу фахівця: передумови поведінки (зовнішні стимули, що роблять можливим виникнення поведінки), самі безпосередні поведінкові прояви (конкретні дії суб'єкта, які можна спостерігати) та наслідки цих проявів. Йдеться про те, що особливості “наслідків” (тобто, того, що відбувається після поведінкових проявів) можуть впливати на збільшення або зменшення вірогідності появи певної поведінки в майбутньому.

Для того, щоб спонукати учня спробувати зробити те, про що просить його вчитель, використовують додатковий стимул, так зване підкріплення, або заохочення. Зв'язок між заохоченням і поведінкою можна виразити формулою „частіше повторюються дії, які підкріплюються”. Отже, підкріплення – це будь-який стимул, що з'являється за поведінкою і збільшує вірогідність появи цієї поведінки надалі.

Підкріплювальні стимули розрізняють за параметрами “приємний – неприємний”. Позитивне підкріплення (*positive reinforcement*) – це подання стимулу, що зумовлює позитивно забарвлену емоційну реакцію, а негативне (*negative reinforcement*) – це вилучення стимулу, який спричинює негативно забарвлену емоційну реакцію. Обидва види підкріплень сприяють посиленню певних поведінкових реакцій. Негативне підкріплення не використовують у прикладному аналізі⁶.

Існує кілька типів позитивних підкріплень [178]:

- **Соціальні**, за яких нагородою для дитини стає увага психолога (педагога). Є безліч способів виявити увагу: посміхнутися, обійняти, полоскотати, поцілувати, поаплодувати, підбадьорити, похвалити дитину.
- **Предметні** – дати потримати улюблену ляльку, повозити іграшкову вантажівку, подивитися книжку тощо.
- **Активні**. Існує потреба в активності, як і потреба в їжі чи воді. Іноді досить дати дитині побігати упродовж 10 секунд, пострибати, покричати. Наприклад, можна дозволити дитині встати зі

⁶ Дієве правило поведінкової терапії – заохочувати за гарні прояви, а не карати за погані.

стілця на 10 секунд, що буде для неї винагородою за те, що вона тихо сиділа й добре працювала. Інші варіанти занять: слухати музику, грати в улюблену гру, піти на прогулянку, спекти печиво, поборотися на підлозі, подивитися телевізор... Звичайно, заохочення такого роду найкраще підходить розвиненішим дітям, які можуть трохи почекати обіцяної нагороди. Якщо є проблема з виконанням певної вправи чи небажання її виконувати, можна змінити матеріали, які використовують для здійснення цього завдання. Систематичність виконання вправ – необхідна умова для отримання позитивного результату роботи з дитиною.

- **Їстивні.** Цей вид підкріплення найзручніший і найрозповсюдженіший, особливо на перших етапах навчання. За правильно виконане завдання психолог дає дитині її улюблені ласощі, але дуже маленькими порціями.

Щоб підкріплення було ефективним, треба виконувати такі правила:

- ❖ Доречність: тільки дитина може показати, що для неї підкріплення. Наприклад, обійми не для кожної дитини будуть підкріпленням.
- ❖ Негайність: підкріплювальний стимул має бути відразу за поведінкою, упродовж 0-3 сек.
- ❖ Обумовленість: спочатку дитина закінчує поведінку, потім отримує заохочувальний стимул.
- ❖ Сталість: потрібно підкріплювати тільки бажану поведінку, і підкріплювати її постійно.

Процес вибирання підкріплення варто здійснювати у певній послідовності:

- ❖ Дати дитині вільний доступ до різних речей (6 і більше іграшок чи видів їжі) або активних дій і спостерігати, що дитина робить, або що бере частіше.
- ❖ Записати, які іграшки і їжу дитина вибирає частіше, коли в неї є вибір.
- ❖ Повторювати цю процедуру протягом дня або коли помітно, що дитина втрачає зацікавленість заняттями.

Коли поведінка нова, режим підкріплення має бути безперервним і досить інтенсивним. Давно сформовані дії можна підкріплювати в змінному режимі й не настільки інтенсивно.

У контексті поведінкової терапії наголошують на тому, що в процесі роботи з дитиною доречна така послідовність кроків: від навчання навичкам готовності вчитися (контакт очима, відгук на ім'я, здатність виконувати прості інструкції, імітація дій тощо) до перших кроків адекватних мовленнєвих проявів, розвитку пізнавальних здатностей і формування навичок самообслуговування.

Один з основних принципів АВА – це те, що процес терапії завжди починається з навчання. Для цього є кілька **чинників**:

- Більшість різновидів проблемної поведінки відбувається через брак деяких навичок. Дитина, не маючи адекватних навичок, найчастіше комунікативних, і просто не знаючи, що треба робити в даній ситуації, починає діяти небажаним чином. Наприклад, дитина хоче пити, але, не маючи навички просити, починає плакати.
- Процес формування нових навичок найчастіше легший і більш успішний, ніж трансформація сталих проблемних навичок. Тому, починаючи з навчання, створюють позитивний лад для подальшої роботи із проблемною поведінкою.
- Процедури для навчання заздалегідь структуровані й точно визначені. Наприклад, педагогам чи батькам не потрібно чекати чергового прояву проблемної поведінки, щоб почати з цим роботу.
- Те, чому навчилися дорослі (особливо, батьки) в процесі навчання дитини, одержавши знання про неї, вони можуть використати далі для змінення небажаної поведінки.

Важливі **моменти організації уроку**:

- Сховати всі речі, які відвертають увагу.
- Підготувати потрібні матеріали завчасно.
- Дотримуватися наперед підготовленого формату уроку.
- Визначити заохочувальні стимули.

- Знати кінцеву мету.
- Використовувати підказки й заохочувальні стимули.
- У разі помилки застосовувати процедуру корегування помилки.
- Записувати всі результати.

Для створення всього масиву потрібних навичок поведінки є такі скрупульозно опрацьовані техніки навчання [182]:

- ✓ техніка окремих (дискретних) спроб
- ✓ аналіз завдання.

В АВА докладно продумано навчання не тільки за особливих, але й за типових побутових умов, а також – не тільки навчання навичкам, але й способи їх генералізації та підтримування.

Холдинг-терапія

Метод, що отримав назву *холдинг-терапія* (“*Терапія обійм*”», (від англ. hold – тримати), розробила професор Марта Велч (Martha G. Welch) як психотерапевтичну техніку, яка за формою є терапією примусовим утриманням (форсоване утворення фізичного зв’язку між матір’ю і дитиною). Холдинг-терапія базується на тому, що за аутизму (який розуміють як емоційний розлад) з найранніших етапів розвитку не сформовано так звану “базальну довіру” до світу. Це створює перешкоду до взаємодії з іншими людьми, з оточенням, сприяє розвиткові страхів. Спільний досвід матері й дитини формує почуття взаємної прихильності і, як результат, знімає аутичні захисні реакції.

Техніка методу полягає в тому, що у спеціально відведений час мати бере свою дитину на руки, міцно притискує її до себе до повного розслаблення (фізичного й емоційного). Дитина має сидіти у матері на колінах, притиснена до грудей, так, щоб у матері була можливість подивитися їй в очі. Не послабляючи обіймів, незважаючи на опір дитини, мати говорить їй про свої почуття і свою любов, і про те, як вона хоче їй допомогти. Психологічним обґрунтуванням такого утримання може бути те, що воно протиставлене звичайній для аутичної дитини поведінці, спрямованій на уникнення контакту (J. Richer, 1993).

М. Велч виокремлює в процедурі холдингу три стадії: конфронтацію, відкидання (чи опір) і дозвіл. Конфронтація – це перша стадія будь-якої сесії холдингу. Зазвичай дитина опирається початку холдингу, хоча часто протягом усього дня чекає його. Він (чи вона) може знаходити будь-які приводи, аби відхилитися від початку “процедури”. Коли так чи інакше матері вдається наполягти на своєму, усадити дитину собі на коліна і взяти її у свої обійми, після конфронтаційної паузи настає фаза активного відкидання. Поява цієї фази не повинна лякати матір або батька, який перебуває поряд з матір’ю і дитиною, і може обіймати їх обох. Фаза відкидання свідчить про те, що холдинг проходить нормально. У ці хвилини не можна в жодному разі піддатися скаргам і плачу дитини, або злякатися і відступити під її фізичним тиском, хоча дитина може рватися з обіймів, кусатися, дряпатися, кричати.

Правильна реакція матері полягає в тому, щоб, гладячи дитину, заспокоювати її, говорити, як вона її любить і як переживає через її страждання, але вона ні за що не відпустить її саме тому, що любить. Після різної за тривалістю другої стадії неминуче настає третій етап – стадія дозволу. На цій стадії дитина перестає чинити опір, установлює контакт очима, розслабляється, у неї з’являється посмішка, їй стає легко виявити ніжність; мати і дитина дістають можливість говорити на довірливі теми й переживати почуття любові” (з книги М. Велч “Holding-Time”. N.Y., 1988).

Після сеансу холдингу дитина стає спокійною, розслабленою (іноді після першого холдингу дитина може навіть заснути) або може залишатися досить активною.

У будь-якому разі вона починає контактувати з батьками: з’являється прямий погляд в очі, дитина може розглядати обличчя матері так, як ніби бачить його уперше, обмацує його, гладить мамине волосся.

Доктор М. Велч рекомендує проводити холдинг щодня один раз, а також у всіх ситуаціях, коли дитина погано поводить себе. При цьому необхідна й обов’язкова умова проведення холдинг-терапії – цілковите фізичне здоров’я батьків і дитини.

Тривалість першого сеансу холдингу з аутичною дитиною може варіювати у межах 1,5 – 4,5 год. Дуже важливо, щоб перший холдинг було доведено до “гарного кінця” і дитина цілком розслабилася, тоді в наступні дні її опір скорочується, залишаючи все більше часу для розвитку позитивної емоційної взаємодії. Інакше опір дитини залишається так самим відчайдушним і тривалим, як вперше, упродовж багатьох днів, і не усім батькам вистачає емоційної витривалості, щоб продовжувати холдинг-терапію, домагаючись повного емоційного та фізичного розслаблення дитини.

Зазвичай, тільки перша “битва” може тривати більше двох годин. Надалі опір дитини сходить нанівець, і заняття займає не більше 1,5–2 год.

У процесі холдинг-терапії досягають істотний прогрес у розвитку, передусім, емоційного контакту з близькими людьми. Дитина стає активною в дослідженні навколишнього світу, виявляє цікавість до подій, що відбуваються удома, на вулиці. Вона активніше долучається до будь-яку взаємодії, йде на тактильний контакт (дає себе обійняти, по-тримати на руках), частіше дивиться в очі, частіше звертається з проханням. Мовленнєвий розвиток, зазвичай, теж прогресує, принаймні діти частіше намагаються звертатися не криком, а словом. Зменшуються прояви агресії й самоагресії, дитина стає спокійнішою та керованою. Інколи діти починають виявляти цікавість до книг, малювання, спільної гри. Ці дані наводять М. Велч (1983, 1988); I. Prekopp (1983); M. Zapella (1983, 1987, 1992); J. Richer & M. Zapella (1989); J. Richer (1991), що застосовують холдинг-терапію в психологічній корекційній роботі з родинами, що мають аутичних дітей.

Очевидно, що холдинг-терапія, стимулюючи розвиток дитини, дає їй можливість по-новому налагодити взаємодію з нею, долаючи при цьому як сам аутизм, так і пов’язану з ним затримку психічного розвитку.

Досвід застосування холдингу провідним фахівцем Інституту корекційної педагогіки РАО М.М.Ліблінг, сприяв появі нових ідей щодо його можливостей [113]. Модифікована методика холдингу має такі відмінності порівняно з оригіналом:

- може застосовуватися тривало (до 3 років і більш), даючи ефективний результат;
- не обмежена класичною схемою “конфронтація, опір, дозвіл”;
- має ефект у двох напрямках: не тільки перетворення негативних афектів, зняття емоційної напруги, збудження, тривоги, страху, подолання агресії та негативізму (що вирішується і під час класичного холдингу), але й вироблення нових форм емоційного контакту, що сприяє розвитку взаємодії, наслідування, розуміння емоційного сенсу, стимулює розвиток мовлення тощо.

Поєднання цих двох складників, їх дозування варіюють у дуже широких межах, що визначається рівнем розвитку дитини та її станом.

Тому холдинг-терапію з родиною, що має аутичну дитину, повинні вести психолог або педагог, що має досвід корекційної роботи з аутичними дітьми і необхідні знання про закономірності розвитку таких дітей. Завдання фахівця, що провадить холдинг-терапію:

- 1) підготувати родину до холдинг-терапії: докладно поінформувати про суть і техніку холдингу для того, щоб переконатися в емоційній готовності батьків її виконувати;
- 2) підтримувати батьків під час “катартичної” фази холдингу. Фахівець надихає матір, стримує її гнів і відчай, організовує допомогу батькові; передає батькам сигнали від дитини, які вони не розуміють або не помічають, за потреби “суфлює” батькам, допомагає їм знайти потрібні слова, правильно відреагувати в тій або іншій ситуації;
- 3) визначити основні завдання “розвивальної” фази холдингу.

У перші ж тижні холдинг-терапії у міру того, як дитини лагідніє, велику частину часу холдингу починають займати гра, казки, пісні, малювання й інші розвивальні заняття.

При цьому психолог допомагає батькам: підібрати матеріал певної міри складності, орієнтуючись на рівень емоційного та інтелектуального розвитку дитини; по-різному обігрувати деталі розповіді, фрагменти заняття, орієнтуючись на реакцію дитини, прагнучи “заразити” її своєю емоцією і, у міру розвитку уваги дитини, додавати всі нові емоційні деталі в розмову, в ігрову взаємодію; навертати дитину на наслідування в грі.

Дитину з важким недорозвитком мовлення важливо також на-вертати на вокальне, словесне наслідування, продовження слів у знайомих віршах (коли батьки залишають паузу в кінці строфи), до-співування знайомих пісень. Дитину зі стереотипним мовленням – наvertати на діалог, спільний переказ подій, що запам’яталися, емо-ційно яскравих вражень.

Важливо також опрацьовувати під час холдингу афективні про-блеми: навчити батьків знімати агресію й самоагресію дитини, до-лати нав’язливості та потяги, справлятися з надмірним збудженням.

Є **протипоказання** до проведення холдинг-терапії:

- важкі соматичні (гострі чи хронічні) захворювання батьків або дитини. Фахівець, що провадить холдинг-терапію повинен пе-реконатися в цілковитому соматичному здоров’ї батьків, попе-редивши їх про те, що велика фізична й емоційна навантага під час холдингу може призвести до загострення хронічних захво-рювань. Вивчаючи історію розвитку дитини, треба, приміром, звернути особливу увагу на наявність судомних нападів в анам-незі. У подібних випадках слід відмовитися від холдинг-терапії, удавшись до більш поступових і обережних способів емоційно-го корегування;
- ситуація неповної родини, коли, наприклад немає батька, також, на думку її засновників, унеможливує холдинг-терапію. З цієї ж причини категорична відмова батька від участі в холдинг-терапії робить її неможливою;
- опір батьків, їх емоційна неготовність до холдинг-терапії.

3.2. Методи структурованої терапії

(ТЕАССН, корекція афективної сфери, Середовищний підхід, сенсорна інтеграція, метод “ТОМАТИС”, нейропси-хологічні методи, кінезотерапія, альтернативна та під-тримувальна комунікація)

TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children – терапія і навчання аутичних дітей та комунікативними порушеннями) – це комплексна програма допомоги людям з аутичними порушеннями, спрямована на досягнення ними максимально високого ступеню самостійності та інтеграції у суспільство. Підтримку й допомогу виконують у сферах, які особливо значущі для самостійного та наповненого сенсом життя: комунікації, соціальної компетенції, життєво-практичних навичок, трудової діяльності, поведінки у вільний час.

Програму TEACCH створено у кінці 70-х років на базі результатів дослідницьких проєктів професора психіатрії та психології Еріка Шоплера (Eric Schopler) у співпраці з фахівцями університетів, об'єднанням батьків і державними установами. TEACCH – це державна програма у штаті Північна Кароліна (США), пізніше вплив її розповсюдили по всьому світу.

Програма є сукупністю вправ і рекомендацій, розподілених за 9 розділами, які охоплюють важливі сфери розвитку, а саме – імітацію, сприймання, загальну моторику, дрібну моторику, координацію руки й ока, пізнавальну діяльність, мовлення, самообслуговування, соціальні стосунки [269; 290]. Усі вправи в межах кожної сфери сприяння розвитку згруповано відповідно за рівнями розвитку. Ступінь складності завдання визначають віком дитини: 1-й рівень – від 0 до 2-х років; 2-й рівень – від 2-х до 4-х років; третій – від 4-х до 6-ти років.

TEACCH – це інтеграційна педагогічна концепція, головні ідеї якої: візуальна підтримка, поступовість і прагнення до детальної передбаченості, яку досягають завдяки так званій *структуризації*, що охоплює параметри простору, часу та діяльності.

Структурування простору торкається як питань попереднього підготування приміщень, у яких буде перебувати аутична дитина, так і певних моментів організації простору як допоміжних засобів на заняттях. Оформлення приміщень має полегшувати орієнтування й давати однозначну інформацію про їхні функції. Так, потрібно позначити в приміщенні зони, у яких дитина займатиметься певною

діяльністю. Це допоможе швидко виробити необхідні навички для долучення у просторовий і часовий ритм роботи. Зони можуть бути такі: *1 робоча зона* – місце маніпуляції з такими природними матеріалами, як тісто (на дві частини борошна — одна частина крупної солі, вода), глина, желе, крупи, боби. Якщо немає додаткового місця, можна постелити на підлозі в кімнаті велику церату (рос. — клеенку) і згортати її, переходячи до завдань іншого типа. Головна частина заняття спершу відбуватиметься в цій зоні, оскільки здебільшого увагу аутичної дитини можна привернути лише за допомогою тактильних маніпуляцій; *2 робоча зона* – робота за столом, до якої дитина має поступово звикати; *3 робоча зона* – робота з дерев'яними вкладками чи пазлами на підлозі; *4 - зона «польових» рухів* – місце для вільного пересування дитини.

Таким чином, робочі та ігрові зони має бути чітко виокремлено одна від одної. Бажано використати окремі столи для їжі, роботи і для гри: різні столи (або хоча б скатерті різного кольору) для кожного виду діяльності допомагають такій дитині налаштуватися на те, що її чекає. У просторову організацію входить і просторове планування, завдяки якому знаходиться своє визначене місце для кожної речі. Якщо певні предмети знаходяться в коробках, то на цих коробках має бути умовний знак, що саме там лежить. Дитина може стати впевненішою також, якщо вона знає, що для кожного предмета є своя коробка: м'яч має бути в зоні відпочинку й ігор, у коробці, на якій наклеєно картинку з м'ячем; а гвинт – у робочому куточку, у коробці із зображенням саме такого гвинта. Усе це нагадує головоломку. Лише цього разу потрібно виконати її у просторі. Навіть якщо дитина спочатку не розуміє, що гвинт символізує час роботи, вона все одно встановлює зв'язок між предметом і місцем. Вона покладе гвинт у те місце, де є подібний гвинт. І це буде саме те місце, де відбуватиметься дія, з ним пов'язана, а усвідомлення цього прийде пізніше.

Важливо продумати також, як виокремити особисту зону за столом, де працює чи їсть аутична дитина. Цьому можуть слугувати дерев'яні рейки, клейка стрічка, намальована межа. Організатори

корекційного процесу за системою ТЕАССН наголошують також на встановленні захисних екранів або ширм (за потреби – застосуванні індивідуальних столів) та оснащенні кімнати малою кількістю подразників. Усе це роблять з огляду на підвищену сенсорну вразливість аутистів, а саме – заради того, щоб запобігти додаткового стресу в них.

Розклад дня (навчання, заняття), як і все інше, має також бути в чітко визначеному місці.

Структурування часу пов'язано з послідовністю подій, а також з алгоритмом дій, які має виконувати дитина протягом певного часу. При цьому, розклади дня можуть вирізнятися за кількості дій, які зазначено в ньому. Деякі діти можуть мати розклад на весь день і виконувати його, а для інших це неможливо, і їх розклад обмежується 3 – 4 діями або навіть лише одним.

Подальша відмінність стосується ступеня абстракції. Деякі аутичні особи мають, наприклад, письмовий розклад дня, схожий на щоденник, а іншим потрібні фотографії або малюнки, розташовані відповідним порядком. Але для деяких дітей навіть це дуже абстрактно, бо лише реальні предмети мають якесь значення. У такому разі треба повідомляти їм про майбутню подію, розміщуючи на спеціальній полиці (планшетці) реальні предмети у певній послідовності.

Для того, щоб зазначити послідовність дій, які треба виконувати на занятті, можна скористуватися кольоровими картками. Так, на план прикріплюють одна за одною картки, а біля дитини зліва виставляють коробки, на яких також наклеєно відповідні кольорові картки: червона картка на плані вказує на червону коробку ліворуч, у якому завдання; зелена – на коробку такого самого кольору, синя – так само. Коли роботу (матеріал для заняття), яку дістали з певної, наприклад, жовтої, коробки виконано, жовту картку з плану знімають (чи перевертають). Коли вже на плані нема кольорових карток – роботу виконано.

Замість кольорів можна використовувати цифри: цифра 1 означає перше завдання, 2 – друге, 3 — третє, і так далі. Коли остання цифра зникає з розкладу — час роботи добіг кінця. Використання цифр не залежить від того, чи розуміє дитина самі цифри. Вона дізна-

ється, що цифри 1, 2 3 вказують на послідовність (не на кількість): 1 — це те, що ти робиш насамперед, після нього йде 2, потім 3.

Щоб діти змогли зрозуміти «розклад дня», для багатьох з них слід починати з двох послідовних дій, наприклад – спочатку працюємо, потім граємо (зазвичай в основі навчання лежить розуміння, що в житті є певний ритм. Інколи одна подія передує іншій, наприклад «робота». Лише після виконання роботи, можна робити те, що хочеться – «граги»). Після того, як опановано послідовність двох дій, можна розглядати розклад однієї половини дня. І лише після цього перейти до розкладу на весь день. Наступний крок – графік роботи, а вже після нього – календар на 1 місяць.

Структурування діяльності

Процес структурування діяльності полягає у тому, щоб підготувати наочні матеріали, які б давали відповідь на подальші питання: як потрібно робити? Яку частину з цілої дії? Коли завершувати дію? Що слід робити далі? У цьому процесі необхідно враховувати схильність аутичних людей до консерватизму. Тому підготовлені матеріали і завдання використовують завжди в тій самій послідовності (зазвичай зліва направо). Зліва завжди зазначено невиконані завдання, справа – виконані завдання, які складають, наприклад, у кошик. Кількість виконуваних завдань підбирають так, щоб їх можна було виконати за один етап. Таким чином, за кількістю невиконаних завдань можна побачити, скільки ще залишилося зробити. Як тільки все виявляється у “кошику виконаних завдань”, діяльність припиняється, і наступний символ вказує на те, що буде далі. Зазвичай це вказівка на те, що треба знову поглянути на свій розклад дня.

Такий підхід можна використовувати для будь-якого виду діяльності. Він однаково придатний для виробничої роботи, ранішнього туалету, гри з конструктором “Лего”, випікання пирога.

Для більшості аутичних дітей ускладненим є не тільки послідовність дій, але й перехід від одного виду діяльності до іншого. Для полегшення процесу зміни діяльності можна застосовувати таймер

(коли дитині повідомляють, що за 3 хвилини вона почує сигнал), або магнітофонні записи (як тільки закінчать звучати 4 пісні, їй треба залишити зону ігор і відпочинку); пісковий годинник допоможуть зробити час наочним (як тільки пісок закінчиться, пора...).

Треба також поступово привчати дитину до взаємодії з іншими людьми у різних видах діяльності, зокрема – ігровій. Для цього важливо пояснити поняття “черговість”. Можна, наприклад, використовувати кубик: той, у кого кубик в руках, вибирає одну частину головоломки і додає її до картинки. Після цього кубик переходить до іншого гравця. Як тільки дитина навчиться грати з учителем, вона може випробувати цю навичку зі своїми однолітками.

Застосування візуальної підтримки для осіб з аутизмом є засобом до заспокоєння та кращого розуміння усього, що відбувається. Інструкції також дають у візуальній формі, наприклад, письмово, у вигляді малюнків, шаблонів або зразків. Окрім цього, через візуальні допоміжні засоби можна забезпечити більшу зрозумілість, виокремлюючи значущі аспекти даної ситуації. Наприклад, частина розпорядку дня, яка пояснює наступну дію можна взяти в червону рамку. Зрозумілість можна забезпечити розміщенням піктограм на ящиках шаф, дверях приміщень тощо.

Варто зазначити, що, зважаючи на специфіку аутичних розладів, а саме – ригідність аутистів, є небезпека, що вони почнуть дуже жорстко дотримуватися розкладу, особливо, якщо розклад дня складено з тих самих дій у незмінній послідовності. Тому дуже важливо вміти підготовлювати дітей до змін, а також – навчити їх правильно реагувати на ці зміни та незнайомі ситуації. Як зазначає Т.Пітерс, є хибне уявлення про те, що аутичні діти не здатні впоратися з ситуаціями, коли до звичного порядку внесено зміни. Насправді їм складно розуміти саме непередбачувані зміни. Якщо раптом виникають якісь зміни у розкладі, треба повідомляти дітям про них: наприклад: “Шкода, але ми не можемо піти сьогодні в басейн. Але поглянь на розклад: ми слухатимемо музику!”

Варто також навчитися певним компромісам. Деякі речі може бути дозволено в разі виконання певних умов. Так, дитина завжди хоче говорити про те саме? Останні 5 хвилин перед закінченням занять вона зможе про це говорити. Їй подобається рвати сторінки книжок? Для цього можна застосувати газети, або туалетний папір. Стрибати? Так, але не на ліжку, а на батуті. Забиратися вгору по шторах не можна, але можна підійматися по мотузяних сходах. Любить кидати предмети? Треба її навчити кидати м'яч в ціль. Працюючи над зміною стереотипів можна опрацювати соціально схвальні форми поведінки і безпечніші заняття, які виконують приблизно однакові функції.

Таким чином, продумані дії педагогів долають розгубленість, яка виникає в аутичних дітей від нерозуміння довкілля. Візуальна визначеність, можливість “побачити” кінцеву ціль своєї роботи, уявити собі все завдання від початку до кінця – це необхідна умова організації занять з такими дітьми. На тлі досягнутої передбачуваності варто давати завдання, з якими дитина може впоратися; тоді її охоплює відчуття успіху, що підтримує бажання займатися й надалі.

Задля досягнення учнями найбільшої самостійності використовують допоміжні засоби: предмети, картинки (малюнки, фотографії) або написи. комбіновані форми (предмети, до яких приклеєні картки, предмети разом з малюнками, написи під картинками; при цьому поступово зображення на картинках зменшуються, а написи збільшуються). До появи нового символу дітей треба ретельно готувати. Наприклад, вони можуть учитися розкладати картинки поряд з предметами, які зображено на них, або додавати напис до відповідних картинок.

Ставлення до нагороди. Часто здатність “побачити” кінцеву ціль своєї роботи, уявити собі усе завдання цілком (від початку до кінця) – вже сама по собі достатня мотивація. Потримати в руках іграшкову машину, розгойдувати мотузку. Тобто, візуальна визначеність і почуття успіху вже саме по собі для дітей нагорода.

Підготовка до змін. Наголошено на тому, що треба повідомляти аутичним дітям про зміни в намічених планах. Поширена думка

про те, що аутичні діти не здатні впоратися з ситуаціями, коли до заведеного порядку вводять зміни, на думку авторів ТЕАССН помилкова. Правильніше казати про складність розуміння *непередбачених* змін. А ясність і передбачуваність – “втіха” в їхньому житті.

Приклад підготовки дитини до змін:

Я жалкую, але ми не можемо піти сьогодні в басейн.

Поглянь на розклад: ми слухатимемо музику.

Більше того, не слід забувати про розвивальну роль усіх розкладів. Деякі діти на початку занять зможуть використовувати тільки предмети і письмову інструкцію. Розклад зазвичай висить у встановленому місці в класі або вдома, але для деяких аутичних дітей, можна спробувати розробити іншу систему розкладу – гнучкий графік занять, який учень може мати при собі. Послідовність заходів можна записати в блокноті. Після виконання кожного завдання, учень викреслює його з розкладу. Цей розклад вже стає схожим на шкільний розклад звичайної дитини. Дуже важливо навчити дітей правильно реагувати на зміни та незнайомі ситуації.

Найважливіше для осіб з аутизмом, – зрозуміти ціль комунікації й те, які переваги вона приховує в собі. Уміння попросити що-небудь, коли людина голодна, набагато важливіше, ніж уміння називати предмети. Дитина з часом помічає, що якщо вона вказує на тарілку, результати можуть бути цікавішими, ніж після спалаху роздратування.

Форма комунікації, пристосована до людини – це перша умова адаптації у суспільство. У кожної дитини, підлітка, дорослого з аутизмом має бути своя індивідуальна система комунікації: мовлення, картинки, предмети. Букви “візуального” алфавіту, “візуального” мовлення, яке можна використовувати для комунікації, щоб зробити зрозумілими для учня очікування дорослих, навчити його впоратися з роботою самостійно, водночас виконуючи такі завдання, як домашні обов’язки.

Автори ТЕАССН прагнути того, щоб створення структури не звужувало свободу дій, а робило навколишній світ зрозумілішим,

перешкоджало виникненню невпевненості та певної спрямованості, підвищувало ступінь самостійності. Тому структуризація ніколи не повинна ставати самоціллю. Її слід задавати лише там, де вона дійсно потрібна. У разі правильного розуміння вона дає змогу успішно орієнтуватися у довкіллі, відчувати його як надійне і передбачуване, але й при тому – сприяє збільшенню ступеню гнучкості і свободи дій дітей з аутичним типом розвитку.

Корекція афективної сфери

Підхід, запропонований В. В. Лебединським, К.С. Лебединською, О. С. Нікольською та ін., оснований на уявленні про аутичний дизонтогенез як спотворений психічний розвиток, у якому визначальну роль відіграє раннє порушення формування афективної сфери дитини [103; 210].

Важливе завдання психокорекційної роботи – розвиток у дитини доступних їй засобів афективної адаптації до свого оточення, використовуючи комплексний підхід до організації її афективного життя і нормалізуючи її взаємодію передусім з близькими для неї людьми. Усю корекційну роботу виконують поетапно, при цьому насамперед установлюють емоційний контакт з дитиною, сприяють розвиткові її емоційної взаємодії із зовнішнім світом. Установлюючи контакт з дитиною особливо важливо уникати навіть найменшого тиску на неї, а інколи – навіть безпосереднього звернення до неї. Контакт, передусім, установлюють і підтримують у межах інтересу й активності самої дитини; цей контакт має спричинити у неї позитивні емоції, важливо, щоб дитина відчула, що з іншою людиною їй краще й цікавіше, ніж одній. Специфіку роботи щодо встановлення контакту вирізняють залежно від стану дитини. Важливо поступово збільшувати тривалість афективних контактів.

Автори запропонували методи диференційної психологічної і педагогічної роботи з аутичними дітьми, за якими психологічне корегування афективної дезадаптації треба виконувати у двох напрямках: 1) як удосконалення вищих особистісних утворень, розвиток їх

впливу, що сприяє соціалізації та “окультурюванню”, на нижчі афективні процеси і 2) як спрямована стимуляція базальних механізмів, на які спираються своєю чергою вищі особистісні механізми.

У корекційній роботі з дітьми 1-ї групи (у яких аутизм виявляють як тотальне відсторонення дитини від довкілля) орієнтиром є максимальне використання проявів цього рівня і (за можливості) – забезпечення переходу до афективних і поведінкових стереотипів 2-го рівня афективної організації. Ця робота має певні орієнтири:

- 1) на початку – створення сенсорного комфорту, вилучення предметів, до яких у дитини відраза;
- 2) пошук оптимальної інтенсивності певних, приємних для дитини ознак поля (споглядання зовнішньо гармонійних структур) на вулиці, спостереження за машинами з вікна приміщення, викладання візерунків з будь-якого матеріалу. У такі моменти педагог коментує дитині все, що потрапляє у зону їхнього бачення та слуху;
- 3) перехід до засвоєння стереотипів поведінки, яка властива другому рівню афективної організації та виведення дитини на новий рівень афективної адаптації за допомогою структурування зовнішніх вражень, а саме, – ритмізації сенсорних впливів: (орнаменти, музичні ритми тощо).

Психотехнічні прийоми, які застосовують на 2-му рівні для регуляції афективного балансу (на якому діти демонструють активне відкидання контактів) – підкреслене використання зовнішніх ритмів, передусім ритмів власного тіла для розгортання складніших поведінкових стереотипів. Стереотипи дитини обігрують, надають їм форму ігрових епізодів, а наступним кроком є об’єднання їх єдиним сюжетом. При цьому, ігровий сюжет варто пов’язувати із знайомими дитині побутовими ситуаціями. Установлений ігровий сюжет регулярно повторюється, кожного разу – збагачується новими деталями.

Ще одним напрямом корекції є засвоєння психодрами – афективного механізму третього рівня, що дає змогу формувати гнучку поведінку.

Формування механізмів 3-го рівня (на якому для дітей характерне захоплення власними афективними враженнями і заміщення ними контактів зі світом) базується на т.зв. психодрамі, зміст якої – досягнення і творче перетворення об'єкта чи ситуації, які лякають. Динаміка афективної напруги у ситуації психодрами полягає в різкому її зміщенні від негативної домінанти (пов'язаної з перешкодою або страхом) до позитивної (пов'язаної з успіхом, удалим вирішенням ситуації). У процесі сумісної з дитиною сюжетної гри дорослий має формувати та відпрацьовувати потрібні стереотипи поведінки, прагнути того, щоб психодраматичні епізоди завершити грою з цікавим ігровим фіналом.

Досягти ж реалізації психодрами у соціально прийнятних варіантах поведінки можна тільки завдяки розвитку у дитини здатності до співпереживання, тобто, на думку авторів підходу, за умови “зрощення” психодрами з афективними механізмами вищого рівня – рівня емоційних контактів.

Роботу механізмів 4-го рівня (представники якого мають “надгальмівність”, негнучкість у контактах) виявляють у постійному відтворенні ситуацій емоційного контакту дитини з дорослим і повторенні станів емоційного співпереживання. у процесі сюжетно-рольової гри відбувається формування нерозвинених афективних механізмів і налагодження узгодженої взаємодії між усіма афективними структурами.

Отже, усю корекційну роботу спрямовано на засвоєння аутичною дитиною головних афективних психотехнічних засобів, потрібних для становлення довільної поведінки. Тільки тоді дитина набуває самоорганізації, за якої може виявляти поведінку будь-якого ступеня складності.

Середовищний підхід

За Середовищним підходом, опрацьованим у Центрі лікувальної педагогіки (м.Москва, Росія) з огляду на актуальні завдання середовище можна розділити на три типи: стресогенне, комфортне та розвивальне середовище [141].

Стресогенне середовище зумовлює стійку дезадаптацію, оскільки у дитини немає потенціалу для адаптації в такому середовищі. Таке середовище не має ніякого корекційного значення.

У *комфортному* середовищі дитина адаптується на базі наявних механізмів регуляції поведінки. Моделюючи середовища такого типу не ставлять завдання запуску нових механізмів регуляції. Таке середовище можна створювати для адаптації дитини в новій ситуації, а також – для формування у дитини арсеналу засобів взаємодії зі світом, для опрацювання певних операцій, навичок.

Розвивальне середовище зумовлює тимчасову дезадаптацію, сприяє інтеграції слабких ланок у систему регуляції поведінки. Саме таке середовище спрямоване на емоційно-особистісний розвиток дитини.

Йдеться про те, що дезінтеграція, випадання тієї чи іншої ланки, призводить до дезадаптації певного типу. Для правильного підходу до створення середовища необхідно у кожному випадку виявляти як збережені функційні ланки, так і дезінтегровані, тобто аналізувати структуру порушення психічної регуляції.

У ході розвитку дитини і внаслідок корекційної роботи ця структура зазнає зміни, отже потрібен динамічний аналіз стану дитини. Після цього варто продумати, як створити для даної дитини розвивальне середовище, тобто середовище, яке б активізувало саме ослаблену функційну ланку і яке б сприяло інтеграції цієї ланки в систему емоційної регуляції.

Розвивальне середовище будують так, щоб максимально активізувати дитину. Воно має бути достатньо насиченим у сенсорному плані, наприклад, заняття можуть провадити в сенсорній кімнаті. Таке ж завдання можуть вирішувати музична і танцювальна терапія, а також заняття, спрямовані на розвиток рухових можливостей. Разом з тим, сенсорне насичення не потрібно провадити у формі хаотичного подання предметів і подій.

За такого підходу дитина просто не буде здатна емоційно пережити те, що відбувається, вступити у взаємодію з предметами, взяти участь у подіях; вона займатиме пасивну (інертну) позицію. Але ж

завдання принципово інше: активізувати переживання дитиною ситуації, дати їй можливість відреагувати на неї та підтримати власну активність дитини.

Як показує досвід, найбільш ефективною тут є ритмічна організація подій, а саме: на початку цей ритм (ритмічна модель) може бути дуже коротким: наприклад, часта зміна темпу в танці, зміна темпу й емоційного забарвлення подій у грі.

По мірі того, як дитина починає брати участь у взаємодіях, у неї з'являється очікування кульмінації подій, вона емоційно переживає те, що відбувається, сама підхоплює дію, – можна подовжувати цю ритмічну модель. Наприклад, разом з дитиною можна розповідати кумулятивні казки (тобто казки, у яких є повторюваний елемент і накопичення персонажів, наприклад «Ріпка», «Рукавичка»), співати пісеньки (у яких також є повтори), супроводжуючи їх сумісними діями. З погляду структурованості простір за своїм емоційно-смісловим забарвленням може бути як однорідним (наприклад, заняття в сенсорній кімнаті), так і розділеним на зони (наприклад, провадячи з такою дитиною заняття за столом, можна виділити в кімнаті місце для гри).

Як би правильно з просторово-часового погляду не було організовано середовище, заняття, спрямовані на активацію, будуть мало ефективними, якщо сам педагог емоційно не бере участь у тому, що відбувається. Дійсно, адже для активації дитини педагог має такі основні засоби:

- сенсорне насичення, додання сенсу ситуації (що відповідає пізнавальному аспекту);
- емоційний контакт (емоційному);
- включення в дії (психомоторному).

Дорослий своєю емоцією нібито підсилює емоцію дитини. При цьому в деяких випадках може підсилюватися як позитивне, так і негативне переживання (наприклад, лякаємося чи турбуємося разом з дитиною), розвиваючи здатність дитини до переживання. Проте акцент потрібно робити на позитивних переживаннях, адже саме вони

мотивують дитину взяти участь у діяльності, виразити себе через власну активність.

Тип смислових стосунків багато в чому залежить від рівня розвитку інтересів дитини. У дитини з аутичним типом розвитку часто має місце зниження розвитку когнітивної сфери, що, частково, обумовлює нерозвиненість інтересів, які в цьому випадку сконцентровані навколо сенсорного складника.

Основна характеристика середовища з погляду просторово-часової складника – його стереотипність і пов'язана з ним чітка структуризація в процесі заняття. Пропонуючи дитині постійну сенсорно-збіднену наочно-часову організацію середовища, ми полегшуємо процес установалення зв'язку між об'єктами та їх значенням.

Кожного разу, приходячи на заняття, дитина опиняється в тій самій ситуації, унаслідок чого вона має достатньо часу для всебічного обстеження й освоєння усього, що навкруги. З іншого боку, невелика кількість подій і об'єктів в такому середовищі дає дитині можливість краще концентруватися на них, для неї начебто виокремлюють певні події. Емоційна поведінка дорослого тут має достатньо стриманий характер, адже він не повинен надмірно впливати на дитину своєю емоцією, адже при цьому може зростати рівень активності, з яким дитина не справляється.

Після того, як ситуацію опановано, у дитини з'явилися певні переваги – улюблені іграшки, заняття – можна спробувати освоїти перехід з однієї ситуації в іншу, з іншим емоційно-понятійним значенням (наприклад, від музичних занять до занять за столом). Паралельно всередині кожного заняття формується послідовність дій. При цьому дорослий своїми емоціями підкреслює закінчення дії чи окремої операції.

Можна ввести якість підкріплення, наприклад, їжу, улюблені заняття тощо. З погляду смислових відносин акцент робиться на предметно-функціональному складникові. Зазвичай, у дитини з польовою поведінкою виявляється достатньо мало засобів взаємодії з

навколишнім світом. Адже для того, щоб осмислено використовувати певний предмет, треба передбачати результат такої дії. Тому необхідно опанувати певну дію, звертаючи увагу на її результат і емоційне значення.

За наявності навіть добре розвиненої ланки предметно-послідовної регуляції, але слабкості ланки суб'єктної регуляції аутична дитина формує свою поведінку на основі зовнішніх опор, тобто залежно від ситуації: у неї не формується здатність до генералізації навичок, їй важко витримати паузу, не заповнену подіями, які грають роль зовнішніх опор. Тому на певному етапі стає можливим завдання сприяти розвитку так званої суб'єктної регуляції дитини з розладами аутичного спектра.

За наявності ланки суб'єктної регуляції дитина може стежити за реакцією дорослого, звертаючи увагу на те, що відбувається навколо і, що дуже важливе, може за власним бажанням продуктивно завершити ситуацію. Тоді можна казати про те, що дитина здатна дистанціюватися від своєї емоції, що дає можливість її контролювати.

Якщо у дитини нема суб'єктної регуляції, її гра стереотипна: в ній або нема програвання якоїсь емоції, або дитина застряє на одній емоції, яка починає повністю керувати поведінкою дитини. Тоді вона не здатна самостійно, без зовнішньої опори, вийти з гри. У разі виникнення таких проблем можна створювати ситуації, де дитині відводять якусь особливу роль, що вирізняє її від інших, але має конструктивну спрямованість (помічник вчителя, «ведучий» у гри тощо).

Таким чином, розвивальне середовище, сприяючи інтеграції механізмів ланки суб'єктної регуляції, має перш за все сприяти розвитку в дитини саморепрезентації. В основі цього лежить формування фізичних меж “Я” – “не Я” і емоційно-понятійних меж “Я” – “Інший”. Найприродніше таке середовище можна будувати в межах спільної діяльності. З погляду просторово-часової організації для дитини створюється змінюване динамічне середовище.

Проте це не означає, що немає жодних інваріантних, стійких регуляторів поведінки. Такими регуляторами можуть виступати прави-

ла, яким повинні підкорятися як дитина, так і дорослий. Тому можна казати, що таке середовище припускає свободу в межах установлених правил.

На нашу думку, перед вибудовуванням такого розвивального середовища потрібен є корекційний етап, у якому були б заняття, спрямовані на оволодіння власним тілом. При цьому такі заняття призначені не стільки для побудови всіляких координацій (типу око–рука) і відпрацювання рухових навичок, скільки для формування в дитини усвідомленого образу власного тіла, образу фізичного “Я”.

Тут підходять різноманітні ігри, у яких частини тіла виступають як окремі учасники (історії про пальчики, розігрування сюжетів на тілі (активізація тактильних і пропріоцептивних відчуттів); певні ігри (типу “злови свою руку, ногу”); відбиття ритмів на грудях під вірші (спочатку спільно з дорослим, а потім самостійно), проспівування з одночасним постукуванням по грудях – тобто ті види занять, які сприяють усвідомленню себе через дихання; різноманітні ігри з дзеркалом (коли звертають увагу дитини на те, що вона робить; одночасно дорослий може додавати коментар); заняття, спрямовані на формування дворучної діяльності, реципрокної взаємодії, а надалі - на підтримку формування провідної руки і перенесення через “середню лінію”. Усе це сприяє запуску механізмів ланки суб’єктної регуляції.

Отже, за такого підходу середовище як категорія у парадигмі корекційної практики – це система наочно-тимчасових, емоційних і смислових відносин, що не може бути пов’язане з якимось одним типом занять (будь то музичне, ігрове чи нейропсихологічне заняття). Той або інший тип середовища має складатися на будь-якому занятті. Питання полягає в тому, наскільки осмислено фахівець моделює ці стосунки в процесі вирішення спеціальних завдань. При цьому, у процесі корекційної роботи максимально ефективно моделювання середовищ для кожної конкретної дитини неможливе без справжньої співпраці всіх фахівців, залучених у взаємодію з цією дитиною, а також її батьків.

Створення розвивального середовища означає також уміння виявити найбільш істотну для розвитку дитини на даний момент

проблему, зрозуміти причини її агресії чи самоагресії, негативізму, тривожності, страхів, збудливості. Після цього можна створити для дитини середовище, яке б пом'якшувало її патологічні прояви, і, одночасно, допомагало їй побудувати адекватні форми поведінки та взаємозв'язки зі світом.

З ціллю послідовного впливу на підґрунтя розвитку дитини, яким визначено сенсорні системи, опрацьовано метод “*сенсорна інтеграція*”.

Термін “сенсорна інтеграція” вперше використав в 1902 році Ч. Шерінгтон. Нове значення цьому терміну надала науковий співробітник Північно-Каліфорнійського Університету (м. Лос-Анжелес), доктор Ен Джин Айерс (Ann Jean Ayres) у 60-х роках ХХ століття. Поняття “сенсорна інтеграція” відтворює результат процесу доходження до мозку сигналів від внутрішнього і зовнішнього середовища. У цьому процесі мозок розпізнає, відбирає, інтерпретує, групує цю інформацію [243].

Процес сенсорної інтеграції починається з перших тижнів життя плоду і найінтенсивніший перебіг має до кінця дошкільного віку. З розвитком інтеграції пов'язане функціонування людини на всіх рівнях. Адекватна сенсорна інтеграція – це злагоджене функціонування сенсорних систем. Фундаментальне значення для розвитку інтеграції органів чуття має функціонування чотирьох систем, які відбирають і аналізують інформацію, пов'язану з тілом:

1. схеми тіла, що зумовлює становлення праксису (цілеспрямованих дій);
2. відчуття рівноваги, яке допомагає тілу правильно розподіляти м'язові зусилля відповідно до ситуації;
3. відчуття глибинної чутливості, яке дає змогу відчувати власні стани і прояви окремих частин тіла;
4. візуальне сприймання.

Теорія сенсорної інтеграції наголошує на великому значенні правильного формування та інтеграції основних систем органів чуття: дотику, відчуття руху, смаку, зору і слуху. Саме від успішного

перебігу цього процесу залежить становлення схеми тіла, рухової координації двох частин тіла, здатність до планування рухів, увага, а також емоційна рівновага. У подальшому все це стає підґрунтям таких складних психічних процесів, як мовлення, здатність до читання, рахування чи письма.

Відбувається така терапія у великому приміщенні, спеціально пристосованому для цього. Там має бути багато знарядь для стимуляції різних органів чуття.

Атмосфера під час занять сприяє розвиткові зовнішньої потреби в оволодінні довкіллям. Дитина відчуває все більше успіху, у неї з'являється бажання брати участь у різних за кількістю та складністю завданнях.

Основні вправи на стимуляцію сенсорної інтеграції:

- стимуляція стоп, долонь, поверхні тіла біля хребта, обличчя; т.зв. подвійна дотикова стимуляція; потирання руки дитини предметами різної фактури;
- відпрацювання рухових проявів як відгуку на інструкцію (стань на одну ногу, підними руки до гори і поєднай їх над головою тощо);
- вирізнення елементів (фігур) з тла (за кольоровими таблицями на білому, жовтому, сірому папері з окресленими формами геометричних фігур як стимуляція зорова і зорово-рухова);
- переміщення погляду за рухомими предметами;
- малювання фігур;
- розпізнавання форм за допомогою дотиків;
- розпізнавання фігур, які окреслюють на долонях дитини, її животі, спині;
- рухи пальцем у напрямі носа й руки терапевта;
- відпрацювання послідовності рахунку та звуків;
- розпізнавання звернень за допомогою слуху;
- стимуляція реакції на запахи;
- стимуляція реакції на смак (з урахуванням особливої поведінки дитини: підгризання, жування частин одягу чи неїстівних предметів);

- утримання рівноваги на одній нозі з відкритими, а потім – закритими очима;
- хода по визначеній лінії, мотузці;
- рух з підскоками;
- перевороти вперед, вправи на зміну позиції тіла за інструкцією терапевта тощо.

Терапія має стосуватись, першою чергою, тих сфер, у яких у конкретної дитини є стереотипи.

Послідовний продуманий вплив на чуттєві, смакові органи чуття та відчуття руху в напрямі їх стимуляції й інтеграції виконують у формі гри, але насправді – це система занять, завдяки якій нервовий устрій стає здатним інтегрувати чуттєві враження та використовувати їх практично. Безпосереднє завдання цієї системи занять – навчити мозок правильно реагувати на зовнішні подразники. При цьому використовують оснащення різного типу: гойдалки, платформи для тренування рівноваги, великі м'ячі та валики, скейтборди тощо.

Діти відгадують літери, які педагог “пише” їм на спині, бавляться м'якими іграшками, вдихають різні запахи, лежать на великих м'ячах, стискають гумові груші, водять очима за рухомими предметами, за променем ліхтарика, вчать рахувати під час рухових пустощів.

Сенсорна інтеграція допомагає розвинути такі уміння та психологічні утворення, як здатність до концентрації, організації вражень, абстрактного розмірковування, самоприйняття та самоконтролю, тобто – усього того, щоб можна було нормально функціювати в повсякденній життєдіяльності, у школі, родині, а з часом – у дорослому житті.

Близький до завдань Програми сенсорної інтеграції метод, що набуває все більшої популярності і в нашій країні – система аудіо-вокальних тренувань під назвою “*метод TOMATIC*”.

Цей метод розробив в 50-х роках французький лікар-отоларінголог і фоніатр Альфред Томатіс, який уважав, що вухо і голос особливо пов'язані між собою. Результат його досліджень подано в 1957 році в Паризькій медичній академії наук під назвою “Ефект Томатіс”.

Ціль методу полягає в тому, щоб поліпшити здатність мозку сприймати і переробляти різну інформацію. Це перенавчання процесу слухання, відновлення здатності вух ефективно та збалансовано слухати. Коли функцію слухання розширено або відновлено, мозок демонструє ефективнішу здатність до сприймання і перероблення сигналів, що поступають з довкілля.

На основі накопичених експериментальних даних А. Томатіс дійшов до таких уявлень:

- голос містить тільки те, що може чути вуха
- якщо змінити здатність слухати, то негайно можна змінити голос
- фонацію можливо змінити за допомогою слухового тренування

В основі методу лежить теорія взаємодії слухового сприймання з голосом. Томатіс розглядає вуха як найважливіший орган, що формує свідомість людини. Він дійшов висновку, що вуха не просто “чує”, але коливання, що сприймаються їм, стимулюють нерви внутрішнього вуха, де ці коливання перетворюються в імпульси і різними шляхами потрапляють в мозок.

Томатіс виокремлює такі три основні функції вуха :

- 1) слухати й чути (сприймати звуки);
- 2) вестибулярна функція (рівновага);
- 3) функція енергії (вуха виступає генератором для людського організму. Звук доставляє в мозок потрібну енергію, звук живить мозок, а в той самий час – і все тіло).

Томатіс розрізняє здатність слухати і здатність чути, як пасивний і активний процеси. Чути – це здатність сприймати потрібну інформацію, а також – відфільтрувати непотрібну.

Щоб повторно відкрити процес слухання, автор методу пропонує використовувати голос матері, який пропускають через фільтри, нагадуючи собою звуки, які чує зародок в утробі. Завдяки голосу матері починає формуватися і розвиватися процес слухання, що впливає також на наступний розвиток мовленнєвих навичок.

Отже, діапазон слухового сприймання збільшується, і як наслідок зникають багато розладів. Для навчання Томатіс також використовує музику Моцарта, яка здатна вносити гармонію до людської душі.

Нейропсихологічний підхід

Серед нейропсихологічних корекційних методів один з найвідоміших на сьогодні – метод “заміщувального онтогенезу” (ЗО). Цей метод розроблено у 1990 – 1997 рр. (Б.О.Архипов, Г.В.Семенович та ін.); доведено його валідність як ефективного інструменту і певну мову опису щодо роботи з різними варіантами розвитку. За методом ЗО, урахувавши загальні закономірності онтогенезу, здійснюють інтенсивний вплив на сенсо-моторний рівень, що спричинює активізацію розвитку всіх вищих психічних функцій дитини [173].

Методично метод ЗО – адаптований варіант базових тілесно-орієнтованих психотехнік (оптимізація загального тону тіла, розширення сенсомоторного репертуару, формування навичок уваги й долання стереотипів тощо). Його застосування передбачає відпрацювання в єдності афекта, сприймання та дії. Такий підхід розглядають як основу для розвитку соціального спілкування і всіх психічних функцій.

Нейропсихологічна корекція є трирівневою системою. Кожен з рівнів корекції має свою специфічну “мішень” дії і спрямований на всі три блоки мозку (табл.5).

Таблиця 5

Спрямованість нейропсихологічних методів

Блоки	<i>1 рівень енергетичний</i>	<i>2 рівень пізнавальний</i>	<i>3 рівень програмувальний</i>
Спрямованість методів	На долання дефекту та функційну активацію підкіркових утворень головного мозку, що створює підґрунтя для оптимального статусу підкірково-кіркових інтеграцій, між- та внутрішньопівкульних взаємодій і їх динамічних перебудов	На стабілізацію міжпівкульних взаємодій і функційну специфікацію лівої та правої півкулі	На формування оптимального функційного статусу передніх відділів мозку, що сприяє закріпленню контрольної ролі довільної саморегуляції над іншими складниками психіки (що власне є метою і результатом нормального онтогенезу)

На першому рівні відбувається первинна закладка та формування саморегуляції дитини за допомогою ритмологічних, ритуалізованих способів дії. Провідними на цьому рівні є тілесно-орієнтовані, арттерапевтичні методики тощо. У нейропсихологічному контексті основна мішень – когнітивні, емоційні, психосоматичні чинники і процеси. *Завдання*: оптимізація загального тону тіла, опрацювання “проблемних зон”. Гармонізація синкінезій. Розширення полів зорового сприймання. Формування сенсомоторних взаємодій.

Головна мішень 2-го блоку – подолання асинхронії та дизонтогенеза різних операційних психологічних (в першу чергу когнітивних навичок і автоматизмів) чинників. Їх корекція й абілітація, створення передумов для повноцінного формування цілісних психічних функцій (мовлення, пам’яті, соматогнозиса, просторових уявлень тощо) і міжфункційних взаємодій. *Завдання*: формування сенсомоторних взаємодій. Формування просторових уявлень. Розвиток цілісного образу тіла. Освоєння зовнішнього й тілесного простору. Розвиток зорово-моторної координації. Розвиток спритності, влучності.

3 блок. На цьому рівні коригують і формують синтетичні, інтеграційні між- і надфункційні взаємодії, закріплюють накопичені на колишніх рівнях способи і алгоритми використання узагальненої та регульовальної функції мови, інтелектуальних операцій, довільної уваги, автоматизують навички довільної саморегуляції в емоційному і когнітивному аспектах. Усі методи (нейропсихологічні, логопедичні, психотерапевтичні тощо), застосовували раніше, асимілюють і модифікують у нову систему, підпорядковану й детерміновану груповими (ігровими, соціальними) правилами, ритуалами, канонами, розширенням репертуару ролей тощо. *Завдання*: ритуали, правила гри і ролі. Розвиток пам’яті, уваги, логічного й образного мислення. Причинно-наслідкові стосунки. Послідовність. Довільна увага. Розвиток навичок співпраці й комунікативних навичок. Формування нових корисних умінь.

У корекційний процес поетапно долучено вправи 1-го, 2-го і 3-го рівнів, проте питома вага і час застосування певних методів ва-

ріюють залежно від початкового статусу дитини. Чим глибше дефіцит, тим більше уваги й часу приділяють опрацюванню 1-го рівня, з поступовим переходом до наступного. Автоматизми 2-го рівня асимілюють у програми 2-го і 3-го рівнів як складники будь-якої з вправ.

Застосування методів різного рівня вимагає відповідно продуманої стратегії й тактики, основаної на наявній у дитини нейропсихологічній недостатності.

Повну нейропсихологічну діагностику провадять на початку і після закінчення циклу. Залежно від початкового статусу дитини це може бути досить короткочасний супровід, а може – багаторічний процес. Оптимальна (для індивідуального типу розвитку) актуалізація операційних і регуляторних рівнів психічної діяльності у їх взаємодії — критерій ефективності корекційної роботи.

Центральним складником **кінезотерапії** (терапії рухом) є спрямованість на досягнення правильного функціонування тіла і тілесних реакцій. При цьому розвиток тіла не є остаточною ціллю. За допомогою тіла встановлюється контакт людини з довкіллям. Завдяки виконанню різноманітних рухів рук, ніг і всього тіла, полісенсорному сприйманню, яке активізується при цьому, і прийнятним зовнішнім умовам відбувається психомоторний розвиток і формується образ тіла та особистість дитини в цілому. При цьому інтегруються наступні враження:

- кінестетичні – завдяки змінам положення тіла, рук, ніг і голови;
- вестибулярні – через відчуття рівноваги поступає інформація про зміни положення тулуба чи його окремих частин відносно напрямку дії сили тяжіння;
- зорові – дитина дивиться, фіксує результат власної дії, багато разів повторює, покращує ефективність руху;
- слухові – розпізнання звуків різного ступеня складності й сили, їх реєстрація та відбір;
- дотикові – відчуття, що інформують про локалізацію і силу виконуваного руху.

Завдання:

- підвищувати рівень фізичної працездатності, тобто здатності застосовувати зусилля з нормальною терпимістю до ознак втоми, розвиток вольових якостей (витримка, рішучість, наполегливість тощо);
- опрацювати і закріплювати правильні реакції на зорові, кінестетичні та словесні подразники. Повторення схожих рухових вправ сприяє тому, що дитина правильно реагує спочатку на прості, а потім на складніші словесні вказівки, необов'язково підкріплені моделюванням чи демонстрацією рухів;
- спонукати вивільнення активності моторних рухів дитини, які мають осмислений характер; розвиток рухових навичок і вмій, рухових якостей (гнучкості, спритності, сили, витривалості, швидкості) і рухових функцій (кінестетичного, кінетичного і просторового праксису) Такі рухи упорядковують активність дітей, яка стає цілеспрямованою, а поведінка – дисциплінованішою;
- підвищувати здатність до концентрації уваги: дитина вчиться дивитися, слухати та виконувати інструкції, які їй зрозумілі тощо.
- гармонізувати емоційну сферу: обов'язковим складником взаємодії між дітьми та дорослими під час занять є тісний фізичний контакт, який виявляється і у притисканні долоні до долоні, і у поплескуваннях, підштовхуваннях, перетягуваннях. Саме в такий соціально прийнятний спосіб відбувається зняття неспокою й агресії;
- прищеплювати навички взаємодії, зацікавлювати спілкуванням, розвивати почуття колективізму, учти працювати в колективі; сприяти становленню здатності до міжособистісної взаємодії.

Правильно підібрані кінезотерапевтичні вправи розвивають і підтримують пізнавальний розвиток дитини та її мотивацію до виконання все більш складних завдань. Такі заняття формують ставлення дитини до фізичних зусиль і будь-яких завдань, вивільняють

позитивні емоції, дають змогу знімати негативну напругу і вносять у життя порядок і гармонію. Успішне долаання перешкод є джерелом задоволення, що допомагає дитині повірити у свої сили й налаштує на повторні зусилля.

Методи альтернативної та підтримувальної комунікації

Загальновідомо, що для аутичних дітей неосяжним є рівень узагальнень, символізму та умовних знаків; вони орієнтуються на безпосередні враження від реальності, мають так звану *буквальність* у сприйманні довкілля. Тому словесна комунікація для них занадто абстрактна, і для побудови продуктивних стосунків з ними варто використовувати інші засоби. Для цього можуть стати в пригоді *візуальні комунікаційні системи*, у яких зв'язок між символом і значенням наочний, і тому – очевидніший.

Щоб налагодити продуктивне спілкування з особами, які мають аутичний тип розвитку, опрацьовано альтернативні методи комунікації. Серед них найвідоміші PECS і метод підтримувальної комунікації [277].

Система **PECS** (Picture Exchange Communication System) дає змогу спілкуватися з іншими людьми, а саме: передавати своє прохання, відповідати на питання, робити коментарі, описувати навколишнє середовище тощо.

PECS – альтернативна система комунікації, спрямована допомогти набутти комунікативні вміння дітям з обмеженою комунікативною здатністю. У цій системі діти для комунікативних цілей використовують символи, зображені на картках. Систему PECS розробили А. Bondy та Л. Frost спеціально для аутичних дітей та іншими комунікативними порушеннями.

Оволодіння системою PECS передбачає, що дитину вчать використовувати символ (малюнок на картці з відповідним підписом) для того, щоб просити бажаний предмет. Перший крок – установлення зв'язку між абстрактним символом і конкретним предметом; другий – формування такого комунікативного акту, як указування на картку

з предметом своєї потреби іншій людині. Поступово дитина набуває здатності знаходити відповідний малюнок і подавати його комунікативному партнеру для того, щоб отримати бажану річ. При цьому на початку дитину навчають вибирати та показувати на зображення із серії карток, де намальовано їжу чи іграшки.

Залежно від особливостей дитини використовують картки одного з 4 видів: великі (5×5 см) кольорові, великі чорно-білі, маленькі (2×2 см) кольорові, маленькі чорно-білі.

Наступний крок у навчальному процесі – вчити дітей використовувати фрази, а не лише один символ, для того, щоб передати повідомлення. Це уможлиблюють через використання “смуги” для побудови речення. Тут уже використовують такі фрази, як “Я хочу...”, а пізніше – “Я бачу...” і “Мені подобається...”, “Можна мені?”.

Доведено, що хоча PECS застосовують для дітей, у яких нема вербальної комунікації, зорового контакту, здатності до імітації, називання предметів, унаслідок навчання дитина починає виявляти ініціативу у спілкуванні та включається в соціальну взаємодію.

Головне у навчанні комунікації: дитина має зрозуміти, що для вираження своєї потреби можна іншій людині вказати на потрібну картку, і треба діяти саме так, а не плакати чи демонструвати істеричну поведінку. Як тільки дитина починає розуміти сенс комунікації, є надія, що вона почне використовувати звичайне мовлення з тією самою ціллю.

Ще один позитивний момент у використанні PECS. Часто діти з особливостями розвитку мають вади мовлення, і тому навколишні люди погано їх розуміють. А повідомлення на картках зрозуміле всім, навіть незнайомим людям.

Інший різновид альтернативного спілкування – метод *підтримувальної комунікації*. Підтримувальну комунікацію (facilitated communication) сформуливали як метод продуктивного спілкування в Австралії у 1970-і роки.

Призначення підтримувальної комунікації полягає в тому, щоб дати дитині мову, за допомогою якої вона зможе контактувати з на-

вколишніми і зрозуміє, що спілкування допомагає досягати задоволення власних потреб. Тому підтримувальну комунікацію почали застосовувати для тих, хто раніше був нездатним до мовлення, зокрема – для таких осіб з аутичним спектром розладів.

Відомі такі два основні правила, які закладено до програми підготовки фахівців з підтримувальної комунікації:

1) навчитися правильно формувати вказівний жест з урахуванням закономірностей біомеханіки (допомагати людині робити цілісні рухи рукою, керувати нею, підтримуючи у двох місцях – на ліктьовому та і зап'ястному суглобах) і вмінням поступово зменшувати власну активність;

2) оволодіти здатністю так званого “контролю розумом” (навчитися не випереджати думку людини, якій допомагаєш, не “здогадуватися”, не закінчувати розпочате нею слово чи думку). Завдяки сформованому вказівному жесту людина вчиться передавати свої повідомлення, послідовно вказуючи на літери, розташовані на клавіатурі комп'ютера чи на планшетці.

3.3. Ігрові методи корекції

(метод “Son-Rise”, Розвиток міжособистісних стосунків, метод “Floortime”, метод “Міфне”)

Широке визнання щодо корекції розвитку при аутизмі знайшов метод **“Son-Rise”** (“схід сонця” чи “виховання сина”), відомий також за назвою *“Метод вибору”*, який розробили Баррі та Самарія Кауфман у процесі пошуку ефективних шляхів взаємодії з власним однорічним сином [252].

Основна ідея методу – опора на власну мотивацію дитини. Головні зусилля спрямовано на поступове насичення зовнішніми стимулами життя аутичної дитини, послідовні заняття з якою обов'язково дають позитивні результати.

За методом “Son-Rise”, найбільш важливий засіб, здатний підтримувати навчання й надихати дитину, – уміння батьків подивитися

на ситуацію її очима. Приєднання дорослих до стереотипної поведінки дитини дає ключ до розуміння такої поведінки. Це полегшує встановлення очного контакту, розвиває взаємодію та дає можливість долучитися до гри дитини.

Отже, навчання через гру зумовлює ефективну й осмислену взаємодію та комунікацію. Надзвичайно важливі у цьому процесі ентузіазм і зацікавленість дорослого, що залучає дитину до спілкування і пробуджує у неї стійкий інтерес до взаємодії та навчання. Найсприятливішою умовою для навчання та розвитку визнано створення безпечного простору для роботи і гри, де ніщо зайве не відволікає дитину. Тому починають роботу з унайменшення стимулів довкілля заради того, щоб можна було зосередитися на послідовних діях “від простого – до складного”.

Широко відомі дієві принципи методу “Son-Rise”:

- Приєднання дорослого до стереотипної поведінки дитини дає ключ до розуміння такої поведінки. Це полегшує встановлення очного контакту, розвиває взаємодію й дає можливість долучитися до гри дитини.
- Створення безпечного простору для роботи і гри, де ніщо не відвертає уваги дитини, підтримує атмосферу, найсприятливішу для навчання та розвитку.
- Підґрунтям навчання й оволодіння навичками є опора на власну мотивацію дитини.
- Навчання через гру сприяє ефективній, осмисленій взаємодії і комунікації.
- У основі навчання і освоєння навичок лежить опора на власну мотивацію дитини.
- Навчання через гру зумовлює ефективну й осмислену взаємодію та комунікацію.
- Ентузіазм і зацікавленість дорослого залучають дитину до спілкування і пробуджують у неї стійкий інтерес до взаємодії та навчання.

- Безоцінкове й оптимістичне ставлення дорослого дають дитині відчуття радості, посилюють її увагу й мотивацію протягом усієї програми.

Продумана й послідовна корекційна робота, розпочата з раннього віку дитини, уможливує найефективніший вплив на її розвиток.

Програма “*Розвиток міжособистісних стосунків*”, РМС (Relationship Development Intervention, RDI) базується на моделі динамічного інтелекту, розробленої доктором наук Стівеном Гутстейном (Steven Gutstein). За його теорією, аутичні особи використовують т.зв. статичний інтелект (здатність знати інформацію й запам’ятовувати факти), що спричинює тверде і статичне уявлення про світ, тоді як у них не розвинено динамічний інтелект (здатність до гнучкого і творчого реагування на нові ситуації). За допомогою динамічного інтелекту у людини гнучке мислення, здатність бачити перспективи, сприймати зміни; вона спроможна інтегрувати зовнішню інформацію (напр., слухати і дивитися одночасно), урахувувати різні чинники, коли приймає рішення. Ці здібності суттєві для орієнтування в реальному світі. У цьому контексті розвиток динамічного інтелекту – ключ до поліпшення якості життя аутичних людей.

Призначення Програми: опрацювати методи й засоби успішної взаємодії в соціальних стосунках. Головна ідея полягає у тому, що аутичні люди можуть брати участь у справжніх емоційних стосунках, якщо помагати їм поступово і формувати їх систематично.

Ця допомога полягає у відпрацюванні типових складників таких соціальних контактів: здатності до відгуку, відповідних емоційних реакцій, цікавості до інших людей, наявності спільної уваги, співпраці, розподіленого досвіду тощо.

Важливим напрямом Програми є робота з родиною, яка полягає в тому, що спочатку аналізують наявні стосунки між батьками та дітьми, а потім консультанти прагнуть підтримати членів родини, допомогти їм розвинути потрібну взаємодію і стилі комунікації.

За теоретичним підґрунтям програми РМС дитина у своєму розвитку проходить через шість рівнів міжособистісних стосунків,

починаючи з більшої зацікавленості до людей, аніж до неживих предметів, і закінчаючи умінням дружити, а також підтримувати стосунки у групі.

Наприклад, є завдання, щоб дитина навчилася дивитися в обличчя, розбиратися в емоціях, сприймати інших людей як основне джерело цікавих подій. Для цього роблять, наприклад, такі вправи: ведуть її по дивану в бік матері, яка радісно підхоплює її на руки. Якщо їй це подобається, то вона скоро починає сама бігти по дивану до матері. Мати її підхоплює і розгойдує на диванній подушці, рахує до трьох, а на рахунок “три” обережно викладає її на купу інших подушок зі словом “геп”. Якщо дитині це подобається, вона скоро почне перед рахунком “три” в передчутті дії “геп” дивитися матері в обличчя. Потім вона знову йде по дивану, мати підхоплює і гойдає на подушці. Коли їй вже комфортно з цими вправами, придумують варіації – по дивану потрібно йти повільно або швидко, мати кидає її з подушкою на купу інших не на рахунок “три”, а на рахунок “чотири” тощо. Якщо дитині некомфортно, вибирають іншу вправу.

Ціль – щоб дитина почала звертатися до матері, тобто дивитися на неї, щонайменше у двох ситуаціях – у передчутті улюбленої гри, і якщо їй весело і добре, щоб поділитися радістю. Час од часу перевіряють, чи отримує дитина задоволення від спілкування або від чогось іншого, наприклад, їй подобається валятися на подушці. Перевіряють так: мати ненадовго самоусувається, наприклад, кладе дитину на подушку для розгойдування і відвертається. Якщо дитина намагатиметься встановити контакт – видавати звуки, тягнути за рукав, то все гаразд, ціль досягнуто. Якщо замість спроб відновити спільну гру стрибатиме на подушці сама – значить, цінує подушку, а не спілкування, і є ще над чим працювати.

На відміну від прикладного аналізу поведінки, тут не застосовують жодних зовнішніх підкріплень. Винагородою має стати сам процес спільної гри. Окрім цього, у самих іграх не задіюють жодних складних іграшок, настільних ігор, і взагалі нічого такого, на чому увагу дитини може бути зосереджено, бо ціль – не посилити її без

того надмірно розвинений інтерес таких дітей до взаємодії з предметами, а розвинути справжній інтерес до спілкування.

Метод “*Floortime*”, або “ігровий час” (буквальний переклад – час, проведений на підлозі) розробив американський дитячий психіатр Стенлі Грінспен (Stanley I. Greenspan).

Грінспен виокремлює шість стадій розвитку дитини:

- 1) інтерес до світу (досягається до трьох місяців);
- 2) прихильність (до п'яти місяців);
- 3) двостороння комунікація (до дев'яти місяців);
- 4) усвідомлення себе (до півтора років);
- 5) емоційні ідеї (до двох з половиною років);
- 6) емоційне мислення (до чотирьох років).

На думку автора методу, аутисти зазвичай не проходять усі стадії, а зупиняються на одній з них. Завдання “ігрового часу” – допомогти дитині пройти через усі стадії.

Дорослий підхоплює зацікавленість та ініціативу дитину так, начебто сам найбільше цікавився саме тим, на що дитина звертає увагу.

Якщо дитина хаотично бігає по приміщенню, дорослий може в ігровому стилі почати ловити її руками, або створювати їй перепони. Якщо дитина до чогось тягнеться, дорослий прагне допомогти їй сказати, що вона хоче, а якщо вона бере якусь іграшку, дорослий бере подібну, щоб грати разом.

Дорослий підхоплює навіть дивну стереотипну діяльність дитини, наприклад, коли їй подобається терти якимось предметом по склу; для встановлення з нею контакту педагог (або хтось із батьків) стає поруч і теж починає терти по склу, або закриває скло, і дитина вимушена на це відреагувати – почати терти скло у іншому місці, або терти руку педагога, або терти скло по черзі з педагогом – усі ці варіанти вже будуть початком контакту.

Коли ж дитина зайнята певними маніпуляціями з предметами, то дорослий звертається до неї (начебто від імені іграшки) із запитанням або своїм коментарем. Одна з головних цілей – побудова двосторонньої комунікації.

Що відрізняє Floortime від звичайної гри? Те, що дитина весело проводить час, а батьки (або педагоги) “працюють”.

Педагог не пропонує нових ідей у грі, але розвиває ідеї дитини, а також ставить питання, видає себе нетямущим і спонукає дитину пояснювати, уточнювати, а значить, аналізувати ігрові ситуації. Тільки в тому разі, коли дитина перериває спілкування, педагог може втрутитися й запропонувати нові ідеї.

Грінспен радить не переривати дитину навіть якщо дитина вводить в гру агресивні мотиви. На його думку, якщо дитина таким чином виявляє себе, вона вчиться не боятися себе і своїх емоцій, а педагог допомагає їй обігравати їх і в такий спосіб керувати ними.

Метод “*Міфне*”, опрацьований ізраїльськими фахівцями, усе більше набуває популярності в усьому світі щодо терапії аутизму. Метод отримав таку назву за одноіменним центром у Рош Піна, де вперше розпочали лікування порушень аутичного спектра з самого раннього віку.

Немовлят (від півроку до року), у яких визнали високий ступінь ризику порушень соціального пристосування й навичок спілкування, реєструють для майбутнього лікування в Центрі Міфне і продовжують за ними спостерігати в медичному центрі Сураскі (Тель-Авів). Якщо несприятливі прогнози підтверджено, родини з такими дітьми якнайшвидше спрямовують до терапевтичних занять Центру Міфне.

Терапія в Центрі не має чіткої структурованості чи дидактичної заданості. Основна ціль – розвиток соціальної взаємодії, зу опорою на вроджені приховані (потенційні) здібності дитини

Форма занять – гра, яка зумовлює задоволення і в дитини, і у фахівця і у батьків. Задоволення у цьому контексті сприймають як важіль змін.

Для дитини розробляють індивідуальну програму розвитку, а коли вона стає здатною до спілкування, її об’єднують з іншими дітьми до групи, щоб забезпечити моделювання нормальної соціальної поведінки.

Модель терапії базується на понятті, що аутичні діти здатні до розуміння, засвоєння, і підтримки соціальних проявів, коли довкілля

не загрозливе для них. Цю умову незагрозливого довкілля і наступних стосунків між дитиною, фахівцями і членами родини втілено у методику “Взаємної терапевтичної гри”.

Зміст такої гри полягає в тому, що фахівець прагне мобілізувати дитину без усіляких вимог та інструкцій, налагоджує емоційно сприятливий, оптимально довірливий контакт з нею і незважаючи на те, що дитина може не звертати на нього уваги, намагається відповідати на її прояви. Може здаватися, що дитина поводить себе так, як і завжди. Але наміри терапевта налагоджувати “взаємні обміни” даються взнаки. Дитина починає відчувати себе впевненішою, починає отримувати задоволення від приємного контакту, у неї з’являється хоробрість, щоб відповідати.

З часом поведінка дитини стає все більш пізнавально спрямованою і замінює імпульсивні прояви.

Інтенсивний досвід терапії в Центрі зумовлює зміну і в сприйнятті дитини, й в міжособистісній динаміці родини. У кінці кожної сесії фахівці проводять анкетне опитування, яке визначає зміни в реакціях дитини.

Терапія відбувається в зачиненій кімнаті. Ця кімната простора, її цілеспрямовано обладнано, іграшки розміщено недосяжно для дитини. Є вихід до ванни. Одностороннє дзеркало охоплює одну стіну так, щоб фахівці і батьки могли спостерігати те, що відбувається у кімнаті.

Родина спостерігає за дитиною, бере участь у корекційному процесі у потрібний час і обговорює позитивну динаміку розвитку дитини на клінічних зустрічах. Суттєвий складник Програми Міфне – підтримка родини, сімейна психотерапія та психотерапія пари, а також – спеціальна програма для сиблінгів (братів і сестер аутичних дітей).

Після терапевтичної фази в Центрі роботу продовжують удома з постійним спостереженням фахівців. Батьки та фахівці, змінюючи одне одного, грають з дитиною в кімнаті, яку батькам допомогли підготувати для цієї цілі співробітники Центру Міфне. Кожного місяця родина робить відеозйомку дитини в природних умовах: як дитина їсть, грає сама, з братиком, з батьками, з фахівцями. Відео посила-

ють до Центру, і звіди, після обговорення дають зворотній зв'язок членам родини. Це допомагає батькам зрозуміти особливості розвитку дитини і в деяких випадках – регрес, який також може бути. Ціль таких контактів фахівців з родиною – планування подальших ефективних дій для успішного формування дитини.

За статистичними даними, унаслідок занять у Центрі Міфне 74,8 % дітей здатні інтегруватися в освітній простір.

Якщо подані вище методи й корекційні технології опрацьовано безпосередньо для осіб з розладами аутичного спектра, то наступні методи і корекційні програми – надбання корекційної педагогіки і спеціальної психології загалом, і їх застосування щодо аутичних дітей потребує додаткових коментарів і рекомендацій.

Відомо, що задля корекції розвитку аутичних дітей традиційно застосовують також і такі види терапій, які корисні особам з будь-якими психофізичними вадами. Серед найвідоміших – різновиди арт-терапій та терапія за допомогою тварин (Animal-Assisted Therapy).

3.4. Арт-терапевтичні заняття

У поданні корекційних підходів і методів ми тільки частково зупинимося на таких відомих різновидах арт-терапії, як музичні заняття, заняття “Малювання”, “Майстерня”, заняття з піском. Зумовлено це двома чинниками: 1) вони досить відомі, і водночас 2) їх недостатньо, на нашу думку, розроблено щодо дітей з розладами аутичного спектра, і тому подальше їх змістовне опрацювання – справа майбутнього.

Хотілося б зазначити, що ми розуміємо арт-терапію як метод психотерапії, що використовує для лікування та психокорекції художні прийоми і творчість, зокрема малювання, ліплення, музику, фотографію, кінофільми, книги, акторську майстерність, створення історій тощо і поєднує традиційні теорії й техніку психотерапії з розумінням психологічних аспектів творчого процесу [178].

Музичні заняття

Доречність застосування музичної терапії для дітей з аутичним типом розвитку зумовлено кількома чинниками:

1) більшість дітей з аутичним типом розвитку мають чудовий слух і особливий потяг до музики;

2) як відомо, однією з головних проблем у разі налагодження взаємодії з аутичною дитиною недостатнє зосередження та коливання її уваги, перебування на „своїй хвилі”. Особливо ж підібрана музика привертає увагу й організує відносну стійкість процесу сприймання аутичної дитини;

3) властива дітям з аутичними розладами більша прихильність до предметів, ніж до людей зумовлює ефективність налагодження діалогу з ними опосередковано, наприклад, через музичні інструменти.

За вдалих музичних спроб (а це неминучий результат послідовних індивідуально спрямованих музичних занять) у аутичних дітей з'являється впевненість у своїх уміннях, почуття радості і глибокого задоволення. Усі методичні прийоми музичної терапії в роботі з аутичними дітьми мають базуватися на почутті задоволення – від звуку, від інструмента у руках, від повторення вдалого ритмічного малюнку чи звуків, від самовиявлення в безпечних обставинах.

Музика здатна показати тривожній дитині з аутизмом дорогу з хаосу до порядку, слугувати засобом вираження її потреб на досяжному для неї рівні. Для цього стихійна свобода дитини має бути упорядкована, мати надійні орієнтири та надавати відчуття особистого успіху.

Голове завдання музичних занять: налагодити слухо-вокальну, слухо-рухову та зорово-рухову координацію, здатність синтезувати їх в одній діяльності.

Набуваючи музичного досвіду, дитина стає спроможною поглибити і „підключити” до контакту слухове, зорове й тактильне сприймання, а також руховий контроль і здатність оволодівати простором. Тренування процесу контролю над рухами і сприйманням - одне з великих надбань, яке можна досягнути через музичні заняття.

Заняття “Малювання”

Для аутичних дітей заняття з використанням арттерапевтичних засобів – це не просто можливість виявити себе, але й спосіб соціальної адаптації.

Завдання занять “Малювання” для аутичних дітей має:

1) підняти психічний тонус дитини, створити позитивний емоційний настрій;

2) дати соціально прийнятний вихід агресивності та негативним почуттям, адже робота над малюнками і картинами – безпечний спосіб зняття напруження, зменшення страхів, агресії, жорсткості, стереотипної поведінки;

3) налагодити стосунки між дитиною і педагогом: спільна участь у художній діяльності може сприяти формуванню відносин емпатії та взаємної підтримки;

4) створити умови для розвитку мовлення;

5) розвинути відчуття внутрішнього контролю: робота над малюнками, картинами чи ліплення передбачають упорядкування кольору й форм;

6) сконцентрувати увагу на відчуттях: заняття образотворчим мистецтвом створюють багаті можливості для експериментування з кінестетичними і зоровими відчуттями в плані розвитку здатності до їх сприймання, стимуляції розвитку сенсомоторних умінь і просторової орієнтації;

7) підвищити самооцінку та адаптаційні здібності до повсякденного життя. Одне з наслідків удалого малювання – відчуття задоволення, яке виникає внаслідок виявлення прихованих талантів і розвитку;

8) отримати матеріал для інтерпретації та діагностичних висновків;

9) розвинути художні здібності.

Процес малювання вимагає узгодженої участі багатьох психічних функцій і завдяки цьому розвиває чуттєво-рухову координацію. Саме тому науковці схильні розглядати такі заняття з дітьми як один зі шляхів гармонізації психіки дитини.

На початку занять діти пізнають властивості різних матеріалів. Основне при цьому є стан задоволення від використання самих матеріалів. Заняття спрямовано на вивільнення творчої енергії дітей.

В ізостудії можливі такі види роботи: малювання фломастерами, олівцями, восковою та звичайною крейдою; акварельними, гуашевими, масляними, акриловими фарбами. Варто навчати дітей певним технічним прийомом, наприклад, проводити пензликом лінію, а не просто зафарбовувати аркуш паперу. Деякі діти повністю концентруються на цій роботі й роблять її дуже повільно, а деякі все роблять швидко. У такому разі можна сказати, що на цьому занятті будемо працювати тільки з одним аркушем паперу. А коли дитина закінчуватиме свою роботу, можна їй запропонувати ще раз подивитися на неї, просушити, показати іншим. Варто також провадити виставку робіт, зроблених дітьми на заняттях.

Майстерня

Головна мета занять у майстерні – створення умов, які сприяють соціальній адаптації та корекції проблем розвитку дітей з аутичними розладами за допомогою мистецтва. У процесі заняття виконують наступні завдання:

- 1) формувати цілісне світовідчуття і відчуття прекрасного;
- 2) формувати позитивну мотивацію до самостійної діяльності, активізувати пізнавальну діяльність;
- 3) розвивати комунікативні навички;
- 4) коригувати емоційно-вольові прояви;
- 5) сприяти розвитку пам'яті, уваги, спостережливості, мислення;
- 6) коригувати просторове уявлення;
- 7) розвивати дрібну моторику і формувати оптимальний тонус у м'язах рук.

Готуючись до ігор з пластичними матеріалами (пластиліном, тістом, пластиком, гіпсом, глиною), слід приділити увагу вибору цих матеріалів. Так, наприклад, варто вибирати екологічно чистий неароматизований пластилін яскравих кольорів, достатньо м'який, але

такий, що не прилипає до рук. При цьому не завжди вибір педагогів збігається з вибором дитини. Але все ж таки, досвід показує, що можна знайти матеріал, який дитині сподобається. Окрім пластиліну варто працювати з пластиком, гіпсом та глиною.

У майстерні можливі такі види роботи:

- ліплення з пластиліну;
- ліплення з пластика (вироби запікаються у духовці 20 хвилин за температури 120 градусів);
- відливання з гіпсу фігур і їх подальше розписування;
- ліплення з глини (можна за допомогою електричного гончарного кола).

Робота з глиною корисна з погляду психо-емоційної корекції, розвитку дрібної моторики та координації рухів. Окрім цього вона компенсує дефіцит сенсорного досвіду. Глина гнучка, пластична, легко набуває різноманітних форм, не викликає алергії. Це такий матеріал, з яким легко досягнути успіху. Діти знайомляться зі структурою глини, можливістю змінити її форму та якість. З погляду на корекційну спрямованість заняття з глиною - це унікальний спосіб розвитку моторних навичок, загалом, та тактильних відчуттів, зокрема. Окрім цього, за його допомогою тренується наочно-дієве мислення та уява. Навіть діти зі слабо розвиненою моторикою відчують себе успішними, не бояться помилитися. Варто прагнути знайти такі прийоми, які розвиватимуть творчі можливості дітей.

Заняття з піском і водою

Робота з піском в контексті арт-терапії – це невербальна форма психотерапії. Але, незважаючи на «невербальність» цього виду терапії, за правильної позиції терапевта через пісок можна налагодити справжнє спілкування з дитиною.

Під час роботи з піском особливо задіюється тактильна чутливість, «мануальний інтелект» дитини: використання піску як матеріалу образотворчої роботи передбачає певний «діалог» рук з піском і водою, створення конкретних візуальних образів–продуктів творчої діяльності.

У піскової терапії можна застосовувати такі дії:

- пересипання піску, переливання води;
- зволоження піску, замішування «тіста»;
- ліплення з піску;
- виливання формочок;
- відбиття ручок, ніжок;
- закопування ручок, ніжок;
- створення картин з використанням предметів;
- розігрування гри „свято з чаєм і тортом”

Отже, робота з піском як оригінальний різновид арт-терапії створює умови для зняття внутрішньої напруги у аутичної дитини, активізує її уяву, сприяє доланню звички стереотипно відтворювати ті самі послідовності тощо.

3.5. Анімалотерапія (*терапія з допомогою тварин*)

Процес цілеспрямованого використання тварин і/або їх символів за спеціально розробленими терапевтичними програмами дістав назву спрямованої (на відміну від т.зв. природної, неспрямованої) *анімалотерапії* (від лат. animale – тварина).

Функції анімалотерапії [61]:

1. психофізіологічна: зняття стресу, нормалізація роботи нервової системи, психіки загалом;
2. психотерапевтична: сприяння гармонізації міжособистісних стосунків;
3. реабілітаційна функція як додатковий канал взаємодії особи з навколишнім світом;
4. функція спілкування.

У деяких видах анімалотерапії досягають також функцій задоволення, потреби в компетентності та самореалізації.

Оскільки за анімалотерапії людина може й не здогадуватися про те, що лікується, знижується вірогідність виникнення опору і отже, прискорюється процес психотерапії.

Найважливіший складник анімалотерапії, що без сумніву впливає на ефективність цього методу – це сильна мотивація людини до занять, бажання спілкуватися з тваринами. Діти можуть захоплено розповідати про своїх улюбленців, із задоволенням їх малювати. Усе це говорить про велику значущість тварин у їхньому житті.

Найбільшого поширення набула анімалотерапія з використанням трьох видів тварин: собак, коней і дельфінів.

Іпотерапія (др.-греч. *ἵππος* – кінь) – це вид анімалотерапії, що базується на спілкуванні з кіньми і верховій їзді. комплексний багатofункційний метод реабілітації.

Успіх іпотерапії пов'язано з кількома чинниками. Як показують дослідження (Д. Філіс, 1901; Б. Гржимек, 1977 та ін.), кінь сприйнятливий до багатьох емоційних реакцій людини, у нього гарна пам'ять, він здатний виробляти звички, його поведінка досить передбачувана. Отже, добре підготовлений кінь може давати вершникові відчуття стабільності. Це відчуття – основа для зняття страхів у дітей. Особливо у тих, чиє сприймання картини світу порушене.

Людина, що їде на коні потрапляє нібито в іншу систему координат: їй постійно доводиться мобілізувати увагу та шукати рівновагу. Кінь стає її провідником у пошуках цього почуття у змінюваних умовах. Усі рухи стають адекватними, потрібними.

За аутизму терапію з конем як посередником провадять, переважно використовуючи не словесний діалог, а “мову жестів”, з дотриманням тиші, дистанції.

У процесі верхової їзди в роботу долучаються всі основні групи м'язів тіла. Дозоване навантаження на вестибулярний аналізатор, яке має елементи тренінгу, сприяє нормалізації його функції, що сприяє набуттю впевненості у рухах, покращує статико-кінетичну організацію моторики, передусім – слухо-моторну і зорово-моторну координації.

Головний сенс іпотерапії полягає у тому, що як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях відбувається встановлення контакту між світом і людиною: по-перше, кінь теплий, великий, при-

емний, по-друге, дитина на коні вища від усіх, на кого вона звикла дивитися знизу вгору. Це вирівнює ролі: дорослий–дитина, розширює життєвий простір дитини, зміцнює відчуття власної цінності, єдності зі світом, створює відчуття переможця і тим самим надає стимул і натхнення для розвитку. Спілкуючись із твариною, дитина починає цінувати живе тепло коня, радіти можливості доторкатися до нього і навіть турбуватися про нього.

На спині коня можна як сидіти, так і лежати. У такому разі здійснюється так званий вібробіомасаж, який вважають надзвичайно ефективним щодо формування тілесних і просторових орієнтацій. Побічний ефект такого вібробіомасажу – виникнення в аутичної дитини такого важливого базового почуття довіри до довкілля.

Абсолютне протипоказання до занять іпотерапією: гемофілія, ламкість кісток і захворювання нирок.

Дельфіноterapia. Ігрове спілкування з дельфінами відбувається в комплексі з виконанням фізичних вправ, спрямованих на розвиток загальної моторики, орієнтації у просторі, координації рухів. Для дітей гра з дельфіном – це стимул до розвитку психіки й оволодіння новими діями. На цьому етапі основним є ігровий метод. Індивідуальний підбір ігор націлений на виконня поставлених корекційних завдань.

Спілкування на помості відбувається до того часу, поки психолог не зафіксував, що дитина готова до тіснішого контакту з дельфіном і адаптувалася до нових умов.

Вважають, що дельфіни володіють здатністю до міжвидової комунікації, що дає змогу їм знаходити різноманітні способи спілкування, гнучко змінювати свою поведінку, залежно від психофізичного стану дитини. Перед дитиною стоїть завдання – подолати страх перед невідомими істотами і перед водою, для чого існує спеціально розроблена програма ігор за участю дельфінів (ігри в м'яч, кидання кілець, “диригування” тощо, залежно від фізичних і психологічних можливостей дитини).

Електроенцефалографічні дані, отримані в ході дельфіноterapiaї (вимірювання виконували до сеансу й відразу після нього), можна

звести до таких: ритми мозку стають значно сповільненими, знижується домінувальна ЕЕГ-частота, виникає альфа- й тета-ритми, а також відбувається синхронізація електричної активності обох півкуль. Це свідчить про зниження загального рівня збудження центральної нервової системи і про загальну релаксацію організму. Дитина заспокоюється, її поведінка стає адекватнішою, вона краще може взаємодіяти з іншими людьми.

Професори Вюрцбургського університету (Німеччина) Э. Брайтенбах і Л. фон Федзи розробили програму для дітей 5–10 років, які мають проблеми у сфері спілкування. Зміст терапії – гра дитини з дельфіном. Парадокс полягає в тому, що дельфін розуміє дитину, яку не можуть зрозуміти ні батьки, ні оточення. Спілкування з дельфіном у такому випадку забезпечує дитині прийняття, створює відчуття успіху.

В інших дослідженнях, здійснених у Флориді (південний схід США), батьки і діти 3-9 років з відхилами розвитку плавали разом з дельфінами. Дуже цікавою виявилася не стільки поведінка дітей, скільки їхніх батьків. Якщо на першому сеансі плавання в басейні з дельфінами батьки особливо інтенсивно контролювали своїх дітей, то на наступних вони вже більше грали з дітьми, а в кінці циклу – усі разом спілкувалися з дельфінами. Таким чином у басейні у присутності “третьох осіб” – дельфінів – швидкими темпами розвивалися розуміння та взаємодія між батьками і дітьми.

Під час сеансу дельфінотерапії обов’язково присутні лікар і дельфінотерапевт (зазвичай, це фахівець-психолог), психолог, що працює з батьками і хто-небудь з батьків дитини. Спільна робота з психологом під час занять допомагає батькам знаходити рішення у взаємодії та спілкуванні з дитиною, отримувати потрібні рекомендації, оцінювати динаміку психічного стану дитини і подальші перспективи його розвитку.

Каністерапія (від лат. *kanis* – собака) – вид анімалотерапії з використанням собак. Наукове підтвердження важливої ролі невербального спілкування з собакою (візуального контакту, дотику, мі-

міки, жестикуляції) стало обґрунтуванням доречності використання собак у психіатричних клініках у разі комунікативних розладів або відмови пацієнтів від спілкування.

Серед використовуваних тварин, наприклад, у психотерапії в США 95 відсотків становлять саме собаки, яких легко навчати командам і які охоче їх виконують.

Популярність собак у терапії різних розладів розвитку пояснюють також тим, що собаки вміють виявляти свої емоції, а також є істотами доброзичливими, прихильними і вдячними щодо людей, постійно налаштованими на гру. Присутність у терапії веселого доброзичливого собаки сприяє поліпшенню поведінки дітей і зменшенню, наприклад, таких проявів аутизму, як заглиблення в себе. Ігри з собакою роблять терапію приємною, продуктивною і підвищують вірогідність того, що дитина захоче продовжувати такі зустрічі.

До терапії залучають спеціально навчених тварин. Кращі “терапевти” – сенбернари, ньюфаундленди, коллі, різеншнауцери, боксери, тер’єри, спаніелі та лабрадори. За спостереженням фахівців каністерапії, завдяки спілкуванню з собаками діти починають ефективніше спілкуватися і з людьми, розуміти значення невербальної комунікації, у них покращується координація рухів, пам’ять, вони стають більш самостійними [126].

Навчені собаки по-справжньому турбуються про дитину. Для дітей – це і няня, і друг, і захисник. Діти доглядають собак, наприклад, розчісують їм шерсть, дресирують їх і вчать чітко вимовляти слова. Навіть глибоко занурений в себе малюк реагує на бурхливу радість собаки під час зустрічі або тугу в разі розлученні.

До терапевтичних цілей долучають й інших тварин, але набагато рідше, оскільки безпосередній терапевтичний ефект у цих випадках дещо нижчий. Так, наприклад, американське анімалотерапевтична громада “Дельта” використовує у своїй роботі понад дві тисячі різних тварин, зокрема морських свинок, кроликів, курей, лам, кіз, осликів, папуг й інших одомашнених тварин.

Відомо, що в терапевтичних цілях використовують не лише самих тварин, але й їх образи (фотографії, фільми), а також – звуки тварин.

3.6. Класифікація методів корекційної допомоги дітям з аутизмом

Практично всі подані вище методи корекційного напрямку стали складниками нашої класифікаційної системи. Але є також такі відомі підходи до терапії аутичних дітей, які ми свідомо не вносимо до класифікації корекційних методів. Це мовленнєвий і психотерапевтичний напрями, які, на наше переконання не самостійні стратегії допомоги таким дітям.

Враховуючи те, що аутична дитина на якому б вона не була, умовно кажучи, місці у спектрі розладів, має наскрізні порушення, корекційний (або терапевтичний) вплив не може бути однобоким, як то, наприклад, тільки логопедична допомога, або психотерапія (для високофункційних аутичних дітей).

Традиційна логопедична робота, за якої виконують постановку звуків, поширення словникового запасу, розвиток здатності до складання речень не є першочергово важливою для таких дітей на початку корекційної роботи.

Мовленнєва терапія була безглуздим тренуванням на повторення безглузких звуків заради незрозумілої цілі. Я їй уявити собі не міг, що за допомогою комунікації можна обмінюватися думками з іншими людьми.

Джим Сінклер

Багато хто з дітей може говорити, але не розуміє, нащо. Варто пам'ятати: одне з головних їх порушень – не мовлення, а комунікація. І тільки за розвитку здатності до спілкування, розуміння його сенсу відбуватиметься справжній прогрес у становленні всіх соціальних функцій, зокрема – і мовлення. Окрім цього, нам відомі випадки, коли після логопедичного масажу язика спеціальними зондами аутичні діти зумовлювали різними предметами (або рукою) подібні відчуття у ротовій порожнині, що, схоже, виконувало для них функцію аутостимуляції.

Зазначене вище не заперечує участі логопеда в допомозі дитині з порушеннями аутичного спектра, а дає підстави вважати, що мовленнєву роботу треба виконувати особливо. І в такому разі логопед стає мовленнєвим терапевтом, більше дефектологом і психологом, аніж логопедом, бо спрямованість роботи – становлення здатності до спілкування, що неможливо зробити з опорою тільки на мовленнєві функції, а потребує комплексного опрацювання психічних структур дитини.

Так само неоднозначна допомога психотерапевта особам з розладами аутичного спектра.

Півроку водили доньку на заняття до психотерапевта. Фахівець займалася з нею “гармонізацією” емоційної сфери. Певні зрушення відбулися: донька стала більш розкутою емоційно, але ці емоції, які вивільнилися, некеровано прориваються в неї: вона стала дуже вразливою – надто часто ображається, дратується, весь час потребує до себе уваги.

Марина П., мати дівчини з аутизмом (12 р.)

На наше глибоке переконання, навіть для високорозвинених осіб з аутизмом, корекційна програма має бути комплексною, з обов’язковим урахуванням не тільки емоційної, пізнавальної сфер, складників самосвідомості, а й за узгодженого функціонування тілесної структури, досягнення вправності та пластичності рухів. При цьому, так само, як і у разі низькофункційних аутичних дітей, для осіб з синдромом Аспергера варто створювати найсприятливіші умови становлення соціального інтелекту, що є можливе тільки в мікрогрупах. Ніякий фахівець психолого-педагогічного чи психотерапевтичного профілю, наскільки б талановитий він не був, не здатен собою створити настільки потрібний для розвитку осіб з розладами аутичного спектра модель соціальної життєдіяльності.

Наявні на сьогодні корекційні напрями, підходи і методи можна групувати за різними критеріями. Один з них – позиція педагога стосовно дитини. Якщо найвідоміші заходи корекції розташувати на

континуумі, полюсами якого є з одного боку – домінування фахівця над дитиною, тобто, жорсткі методи примусу, а з іншого – м'які методи взаємодії з нею, то можна отримати схему, наведену нижче:

Схема 1

Єрархія корекційних заходів за принципом авторитарності психолого-педагогічної позиції

Жорсткі методи <i>(тикс на дитину, примус)</i>	Прикладний аналіз поведінки (АВА) Холдинг-терапія	ТЕАССН	Арттерапія:	Анімало-терапії: <i>ino-терапія</i> <i>дельфіно-терапія</i> <i>каністо-терапія</i>	Метод "Son-Rise" Розвиток міжособистісних стосунків Метод "Міфне"	М'які методи <i>(інтерес дитини, задоволення)</i>
		Корекція афективної сфери	<i>малювання, ліплення</i>			
		Середовищний підхід	<i>музикотерапія</i>			
		Сенсорна інтеграція	<i>танцювально-рухова терапія</i>			
		Метод "ТОМАТІС"	<i>пісоко-терапія</i>			
		Нейропсихологічні методи	<i>акторська майстерність</i>			
Кінезотерапія						
Альтернативна і підтримувальна комунікація						

Слід зазначити, що віднесення нами певних методів до жорстких або до м'яких не має оцінного забарвлення. Зрозуміло, що кожний з поданих підходів може мати своїх прихильників і популяризаторів, а також – нищівних критиків. На нашу думку, жодний з методів не хороший чи поганий сам по собі; доречність його застосування має сенс тільки за таких двох умов:

- 1) чи може він допомогти конкретній дитини на даний момент її розвитку (це питання стану сформованості психічної організації дитини, за що відповідає наукова діагностика) і
- 2) чи здатен фахівець правильно застосувати цей метод (це вже питання рівня підготовленості, професійних і особистісних якостей фахівця).

Окрім цього, можна визнати, що такий розподіл корекційних технік має дещо умовний характер. Стосовно методів директивного

впливу (АВА та холдінг), а також – методів структурованої терапії (ТЕАССН, корекція афективної сфери, сенсорна інтеграція тощо) можна з певною вірогідністю казати про жорстку (або тверду) позицію педагога. Ні АВА, ні холдінг не можуть здійснюватися, якщо дитина не буде дотримуватися вимог педагога (батьків).

Методи структурованої терапії не настільки жорсткі, але заняття за цими методами побудоване як оволодіння певними вправами, набуття дітьми потрібних навичок (нехай навіть з урахуванням певного рівня розвитку і наявного стану дитини). Ініціативу щодо такого навчання виявляє, звичайно, не дитина, а педагог, тому на таких заняттях інколи також відбувається певний примус і долання опору дитини.

Щодо наступних трьох груп корекційних заходів, то важко визначити, які з них, наприклад, найліберальніші. Так, начебто, задоволення від спілкування з тваринами у більшості з дітей (навіть тих, хто має порушення аутичного спектра) настільки велике, що вони ніяк не сприймають час, проведений з ними як заняття, як терапію, і отримують велике задоволення. Але відомі факти, що на перших порах аутичні діти можуть боятися і собак, і коней, і дельфінів. Тоді налагодження взаємодії з тваринами також може відбуватися через долання певного опору і небажання дитини.

Так само, і терапія засобами мистецтва може не завжди бути приємною для дитини. Адже у випадку аутичних дітей ідеться про підвищену тривожність, інколи – страхи, незрозумілі для інших людей стани роздратування, а інколи звичної для деяких дітей маніпуляції увагою дорослих тощо. І коли дитина поступово привчається до певних правил виконання занять, вона перестає бути залежною від своїх негативних станів, що уможливорює здатність до задоволення від продуктивної діяльності.

І тільки ігрові методи корекції (метод “Son-Rise”, розвиток міжособистісних стосунків, метод “Міфне”) безумовно потрапляють до протилежного полюсу нашої шкали авторитарності. Адже в самій концепції, на якій вони базуються, наголошують на тому, щоб йти за інтересом дитини, використовувати її мотивацію, вчитися розумі-

ти її мовлення, ті знаки комунікації, які вона подає, спосіб її світосприймання. Слід зазначити, що середовищний підхід опрацьовано як певний синтез структурованої та ігрової терапії.

Незважаючи на велику численість корекційних засобів щодо допомоги дітям з аутизмом, їх зазвичай підбирають хаотично, залежно від умінь фахівців, з одного боку, а з іншого – за принципом, *що б не робити з такими дітьми, це все ж таки краще, аніж не робити нічого*. Орієнтир на еkleктичний підхід зумовлено також браком необхідного взаємозв'язку між діагностичними висновками та принципами побудови індивідуальної програми розвитку дитини.

Щодо процесу соціалізації, то йдеться передусім, про можливість для таких дітей перебування і у навчально-виховному, і в ігровому процесах серед інших дітей. У країнах, які мають певні традиції щодо вивчення проблем аутизму, практикують системну допомогу аутичним особам та їхнім родинам (Додаток 4).

Якщо це діти дошкільного віку, то бажаним варіантом соціалізації є можливість аутичних дітей займатися в спеціальних групах або спеціальних садках (за особливим наглядом помічника); для дітей шкільного віку – це навчання у школі, щодо якого можливі такі варіанти: спеціальні або інтегративні класи; навчання в спеціальній школі; інклюзія (долучення) до колективу дітей з нормальним типом розвитку (можливо, часткова інклюзія, за якої дитина відвідує деякі уроки); у крайніх випадках – індивідуальне навчання за програмою загальноосвітньої школи та екстернатне навчання. За будь-яких умов головним орієнтиром має бути адаптація аутичної дитини до спільноти інших людей.

Допомога аутичній дитині може тривати роками. Але кожен, навіть найменший крок прогресу дорогоцінний: з цих, майже непомітних спочатку кроків складається загальний шлях поліпшення й адаптації до життя. Набуте на цьому шляху дитиною залишиться з нею і допомагатиме їй жити усвідомлено і впевнено.

ВИСНОВКИ

Лікувально-педагогічна робота з аутичними дітьми має комплексний характер і охоплює медикаментозну, психологічну та педагогічну корекцію. Але, на думку більшості експертів світового значення, основну навантагу в цьому процесі мають психолого-педагогічні заняття корекційного напрямку.

На сьогодні найбільш визнано такі корекційні підходи, застосовані з корекційною ціллю за аутичного спектра розладів, як прикладний аналіз поведінки (АВА), ТЕАССН, холдинг-терапія, метод “Son-Rise”, “Розвиток міжособистісних стосунків”, метод “Floortime”, кінезотерапія, різновиди арт-терапій, анімалотерапія тощо.

Наявні корекційні напрями, підходи і методи можна групувати за різними критеріями. Один з них – позиція педагога/терапевта стосовно до дитини. На умовній шкалі домінантності (авторитарності) як ознаки терапевтичної позиції ми розташували методи за групами: на полюсі “жорсткі методи” – такі корекційні підходи директивного впливу, як прикладний аналіз поведінки та холдинг-терапія, суть яких полягає в беззаперечному виконанні дитиною вимог педагога/терапевта або батьків.

Методи структурованої терапії (ТЕАССН, корекція афективної сфери за О.С.Нікольською, середовищний підхід, сенсорна інтеграція, нейропсихологічний підхід, кінезотерапія, альтернативна і підтримувальна комунікація) також спрямовані на оволодіння певними вправами, набуття дітьми потрібних навичок, але заняття за ними варіативні щодо певного рівня розвитку і наявного стану дитини. Ще менш директивною є терапія засобами мистецтва, яка зазвичай, приємна для багатьох аутичних дітей, але на перших порах може викликати незадоволення дитини, адже за такими заняттями також треба виконувати певні предметні дії. Коли ж дитина поступово привчається до певних правил здійснення занять, то перестає бути залежною від своїх негативних станів, що уможливує здатність до задоволення від продуктивної діяльності.

Анімалотерапія, яка утворює наступну групу методів корекцій порушень аутичного спектра, частіше за все зумовлює велике задо-

волення у дитини. Але дієякі аутичні діти можуть боятися і собак, і коней, і дельфінів. Тоді налагодження взаємодії з тваринами також може відбуватися через долання певного її небажання до виконування передбачених терапією дії.

Найтолерантнішими, на наш розсуд, є методи ігрової корекції аутичних розладів у дитини (методи “Son-Rise” та “Міфне”, Розвиток міжособистісних стосунків, методика “Floortime”), головний орієнтир яких – побудова взаємодії з дитиною на підставі розуміння її унікальних вербальних та невербальних сигналів, способу її світосприймання, використання її мотивації тощо.

Розташування терапевтичних та корекційних засобів за шкалою авторитарності фахівця відносно дитини є дещо умовним та не має оцінного характеру, адже застосування певного методу має сенс тільки за умови його доречності для конкретної дитини на даний момент її розвитку та фахового рівня педагога. Йдеться про відповідність індивідуально-типологічних особливостей педагога (його темпераменту, характеру, особистісних властивостей) тим методичним орієнтирам, яких треба притримуватися у межах певного методу, а також – його задаткам, здібностям, обізнаності та майстерності щодо спроможності застосовувати цей метод у своїй роботі з дитиною.

Незважаючи на велику численість корекційних засобів допомоги дітям з аутизмом і певних терапевтичних традицій, нема опрацьованої системи та загальновизнаного алгоритму дій щодо побудови психолого-педагогічного впливу на розвиток аутичних дітей. Тому інколи корекційно-реабілітаційні заклади обирають еkleктичний підхід або навпаки – обмежені у своїй роботі тільки одним начебто універсальним методом.

Особливо варто підкреслити недостатнє урахування у типових корекційних заходах мікросоціального контексту життєдіяльності аутичної дитини, який насправді є визначальним передусім щодо становлення її соціальних функцій, а також – дуже важливим щодо усіх інших напрямів її розвитку.

Зважаючи на те, що ціль корекційної допомоги аутичним дітям – сприяти їхній соціалізації, психолого-педагогічні заняття з ними

за корекційними технологіями не можуть бути самодостатнім процесом. Тому йдеться про наступність формування особистості такої дитини, підготовка її до реалізації у соціальній сфері. Для деяких дітей це, можливо, буде рівень оволодіння побутовими навичками та здатністю до самообслуговування, багато хто з аутичних дітей здатний до навчання, і навіть – набуття професії.

Авторитетний фахівець з проблем аутизму Т.Пітерс наголошує на потребі розбудови т.зв. “зворотної інтеграції”, за якої успіх долучення дитини з аутизмом до навчального процесу залежить від цілої низки зовнішніх умов, серед яких: підвищення кваліфікації педагогів, адаптація програм і методик для таких дітей, об’єднання зусиль команди фахівців різного профілю, постійне відслідковування процесу навчання, підтримання родини тощо. Такі заходи метафорично можна окреслити як повернення суспільства обличчям до проблем аутичних осіб та їхніх родин та створення для них умов, які уможливають моральний перебіг їхньої життєдіяльності.

ЧАСТИНА II.

ДОСЛІДЖЕННЯ АУТИЗМУ У СВІТЛІ ФЕНОМЕНОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ

РОЗДІЛ 4.

ГУМАНІТАРНА ПАРАДИГМА В ЦАРИНАХ ПСИХОПАТОЛОГІЇ ТА ПСИХОЛОГІЇ

*Як багато можна побачити, якщо уміти дивитися,
уміти спостерігати*

Йоганн Вольфганг Гете

4.1. Постнекласична наукова традиція як рух від природничої спрямованості до гуманітарної

Як відомо, психологія починала свій самостійний шлях як дослідна наука, головним завданням якої було досягнення об'єктивності у вивченні психічних явищ, а предметами дослідження – процеси пам'яті (Г.Еббінгауз), уваги (Дж.Кеттел), емоцій (У.Джеймс і К.Ланге), сприймання (М.М.Ланге), мислення (вюрцбургська школа) та ін.

Розвиток психологічної науки протягом ХХ століття – це, наперед, розширення меж поняття наукової методології та наукового підходу до людини. Якщо на початку цього періоду молода психологічна наука усвідомлювала себе передусім крізь призму класичного уявлення про науку (за моделлю природничих наук), то надалі, за умови зберігання та зміцнювання класичного складника

психології паралельно набирала силу *некласичний вектор* її розвитку, пов'язаний зі спробами будувати психологію як гуманітарну дисципліну, основу на розширеному, “некласичному” уявленні про науку й наукове пізнання. Сутність “некласичної психології” подано у працях низки відомих науковців (Д.Б.Ельконін, 1989; О.Г.Асмолов, 1996; Л.Я.Дорфман, 1997; О.О.Леонт'єв, 2001, 2005; Д.О.Леонт'єв, 2004, О.Є.Соколова, 2005, 2007; А.Г.Чеснокова, 2008 та ін.). Глибоке розуміння її суті вимагає чіткої диференціації понять “класична” і “некласична” парадигма.

Природничо-науковий світогляд (як наукове підґрунтя класичної парадигми) базується на ідеї можливості побудови єдиної істинної картини світу, зумовленої об'єктивними законами природи, пізнання яких можливе за допомогою наукових методів. Об'єктивність позитивно-наукового пізнання досягають, вилучаючи з опису й пояснення всього суб'єктивного, тобто того, що належить до людини, суб'єкта і передусім того, що стосується особистості науковця-дослідника та процедур його пізнавально-дослідницької діяльності.

Це пояснює характерне для класичної психології протиставлення зовнішнього, об'єктивного (предметів і процесів зовнішнього світу) і внутрішнього, суб'єктивного (явищ і процесів свідомості). Свідомість при цьому виявляється замкненим у собі світом явищ, який вивчають лише методом інтроспекції. Чи можна в такому разі створити об'єктивну науку про свідомість? Жодна зарубіжна концепція не відповіла на це питання ствердно. Біхевіористи стверджували, що об'єктивно можна вивчати тільки поведінку. Психоаналіз занурив психологів у глибини несвідомого. Представники гештальтпсихології висунули принцип ізоморфізму; вони вважали свідомість феноменальною “тінню” фізіологічних процесів, тобто не бачили специфіки законів самої свідомості [204].

У філософії проблему класичної/некласичної методології детально аналізували М.К.Мамардашвілі, Е.Ю.Соловйов, В.С.Швірєв. Класичну науку вони розглядали як невід'ємну частину класичної культури. Критерієм “класичної” наукової теорії вважають світо-

глядні принципи класичної філософії. Зроблено спробу виокремити головні риси класичного та некласичного стилю наукового мислення.

Особливості картини сучасної типової ситуації в науці полягають у тому, що нашу свідомість, головний засіб фіксування фізичних явищ, безпосередньо не можна зафіксувати в точних поняттях [122]. Тому М.К.Мамардашвілі наполягає на необхідності змінити ідеал раціональності, який склався в 19–20 віках, зробити його “некласичним”. Для цього потрібно розширити онтологію раціонально збагнених явищ, долучити в неї всю царину психічного та свідомого.

Підгрунття класичного підходу – особлива позиція суб’єкта пізнання, що визначає загальний метафізичний погляд на світ і отожднює конкретні форми існування речей з їхньою суттю. Некласичний стиль мислення характеризується діалогізмом, відкритістю, сприйнятливістю до головних соціальних протиріч епохи. Перехід від класичної до некласичної культури поступовий і знаменується появою філософських вчень і наукових шкіл, які відкрито демонструють відмову від філософської класики, але зберігаючи внутрішню причетність до неї. У тому ступені, у якому вони мають цю залежність, вони належать класичній культурі, в тій мірі, у якій вони долають класичну картину світу, вони мають відбиток некласичної. Наведені критерії класичної/некласичної загальнонаукові. За класичною стратегією закріплено назву *натуралістична* (природнича), за некласичною – *гуманітарна* (культур-центриська) [76].

Гуманітарний, або некласичний, “прорив” відбувся в кінці 1920-х–початку 1930-х років, при тому – у різних сферах знань. Цей прорив пов’язують передусім з іменами п’яти науковців – К.Левіна, Л.С.Виготського, М.М.Бахтіна, А.Адлера і Л.Бінсвангера.

Курт Левін (1890 – 1947) висунув ідею галілейського способу мислення як антитезу аристотелівським мисленневим конструктам. Властивості, які виявляють об’єкти, як показав Галілей стосовно фізичних об’єктів і фізичних властивос-



тей, не належать природі самих цих об'єктів. Вони виявляються тільки в разі взаємодії цього об'єкта з іншими об'єктами. Так, наприклад, вага – це не властивість самого тіла, а характеристика взаємодії цього тіла з гравітаційним полем Землі. Якщо не буде цієї взаємодії, то тіло втратить вагу. Аналогічно, як показав К.Левін, ми також маємо розглядати психологічні властивості не як внутрішні атрибути самих людей, риси диспозиції, а як таке, що виявляється в певному полі взаємодії людини з навколишнім світом та іншими людьми.



Лев Семенович Виготський (1894-1934) був серед тих, хто першим заговорив про можливість об'єктивного дослідження самої свідомості, оскільки не ототожнював свідомість (і психіку взагалі) з тими явищами, які має суб'єкт у відчуттях. За Л.С.Виготським, психіка, звичайно, належить суб'єктові, оскільки потрібна для його орієнтації у світі, і в цьому сенсі вона суб'єктивна, разом з тим вона відображає значущі для суб'єкта властивості об'єктивного світу. Таким чином, психологічна наука має розглядати зв'язки, стосунки, процеси, що сполучають суб'єкт з навколишнім світом [49].

Л.С.Виготський визначав психіку як активну, пристрасну форму віддзеркалення суб'єктом світу, свого роду “орган відбору, решето, що проціджує світ і змінює його так, щоб можна було діяти”. Він неодноразово підкреслював, що психічне відбиття вирізняє недзеркальний характер: дзеркало відбиває світ точніше, повніше, але психічне віддзеркалення адекватніше способу життя суб'єкта – психіка є суб'єктивне перетворення дійсності на користь самого суб'єкта. Отже, особливості психічного віддзеркалення слід пояснювати способом життя людини в її світі.

Свідомість (і психіка взагалі) з'явилася в концепції Л.С.Виготського не як замкнений світ явищ, відкритий тільки самоспостереганню суб'єкта (як “безпосередня даність”), а як річ принципово іншого (“сутнісного”) порядку. На думку науковця, якби явище і сутність збігалися, не потрібна була б ніяка наука.

За висловом Д.О.Леонтєва, Виготський міркує смисловими просторами, семантичними полями [108; 110]. У цьому сенсі його мислення близьке таким дослідникам, як Н.Бор і А.Ейнштейн, здатних вирішувати парадоксальні завдання. Один з парадоксів, з яким працює неklasична психологія, називають “парадокс системності”: деякий елемент входить в систему, але при цьому сама система – частина елемента, що міститься в ньому. До Виготського цей парадокс уважали нерозв’язним. Л.С.Виготський вирішив цей парадокс через поняття “інтеріоризації” як процес “згортання” соціального світу, його трансформацію, зміну його хронотопу (часо-просторових характеристик).

Л.С.Виготський також виокремив загальний механізм культурного розвитку психіки – спільну діяльність людей, опосередковану знаковим спілкуванням [50]. Не менш важливим у цьому сенсі стало поняття “інтерсуб’єктність” як спільність досвіду суб’єктів взаємодії і загальнозначущість його результатів, появу міжлюдських смислових світів.

Вражений красою та яскравістю ідей Л.С.Виготського, гармонійною довершеністю їх втілення, англійський філософ і письменник Ст.Тоулмін (St.Toulmin) назвав науковця “Моцартом психології”.

Видатний мислитель ХХ сторіччя Михайло Михайлович Бахтін (1895 – 1975) у своїх новаторських роботах показав принципову “розімкненість” свідомості людини та смислової взаємодії свідомостей. Одна з яскравих ідей М.М.Бахтіна: в такому процесі як діалог, який виходить за межі класичної парадигми в науках про людину, відбуваються взаємодії та взаємопереходи сенсів, тобто в діалогічному спілкуванні свідомість різних людей виявляється розімкненою стосовно один одного [28]. Поняття “діалог” мислитель трактує як якісне *незбігання* тих суб’єктів, які в нього *вдаються*⁷; тому кожне слово або висловлювання переломлено



⁷ Одну з блискучих втілень цієї ідеї знаходимо у М. М. Бахтіна в аналізі романів Ф.М.Достоевського, де спілкування героїв інтерпретується як діалог свідомостей – незалежних один від одного світів, кожний з яких існує у своєму вимірі.

через масу інших, частково антагонічних, індивідуальних значень, а його сенс може бути з'ясовано лише з урахуванням усієї цієї сукупності. Концепцію діалогу М.М.Бахтіна опрацьовано як методологію науково-гуманітарного мислення та світогляду.

У гуманітарному пізнанні, за М.М.Бахтіним, переважними стають процеси та взаємодії з досліджуванним матеріалом за допомогою індивідуалізованого опису, суб'єктивного розуміння, тлумачення, інтерпретації й побудови типологій [66].

М.М.Бахтін був одним з перших філософів, який констатував монологічну обмеженість діалектичних уявлень класичної науки і розробив свою методологічну парадигму осягнення людини, культури та світу на основі *гуманітарно-діалогічної концепції*.

Гуманітарна парадигма – це стратегія пізнання природи, суспільства, самої людини з антропологічної, людинознавчої позиції; вона вносить “людський вимір” до усіх сфер індивідуального і громадського життя людини. На думку М.М. Бахтіна, гуманітарні науки передбачають здійснення ціннісного ставлення до дійсності; явища життя людини і суспільства оцінюються з погляду моральних, релігійних, естетичних культурних цінностей і сенсів людського існування. Тому гуманітарне знання втілює в собі єдність істини і цінності, факту і сенсу, суцього і належного, а процес гуманітарного пізнання – це рух від фактів до сенсів, від речей до предметів і цінностей.

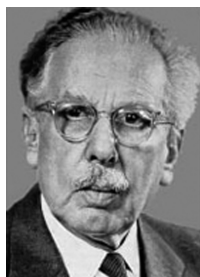


Пошуки суб'єктивних шляхів до внутрішньої єдності людини сформулював і розвинув Альфред Адлер (1870 – 1937) у своїй “індивідуальній психології”. Побудована на нових засадах, індивідуальна психологія мала підкреслити творчу активність індивіда і вивести психоаналіз із лабет фаталістичної передвизначеності людської поведінки біологічними та соціальними чинниками. Тому щодо людини варто ставити не питання “чому”?, яке задавав Фрейд, а пи-

тання “навіщо”?, і тільки через вказівку на цілі, які людина собі ставить, можна зрозуміти дію людини [6].

У своїй “Індивідуальній психології” А. Адлер наголошує на такому характерному для неklasичної парадигми орієнтирі, як розуміння незавершеності будь-яких особистісних характеристик. У людини є творче “Я”, говорив Адлер, яке може змінювати напрям розвитку особистості, інтерпретувати життєвий досвід людини й надавати йому різний сенс. Навіть більше, це “Я” саме робить пошуки такого досвіду, що допоможе людині створити свій власний, унікальний стиль життя.

Швейцарський психіатр, психолог і філософ, засновник екзистенціальної психології і психіатрії Людвиг Бінсвангер (1881–1966) увів до наукового категоріального апарату таке поняття, як “життєвий світ”. За його вченням, щоб зрозуміти людину, марно її обміряти, вивчати, тестувати, потрібно проникнути в її життєвий світ, який охоплює зовнішній світ (те, що навколо людини), внутрішній світ і спільний світ, у якому відбувається діалог, обмін, взаємодія з іншими людьми [34].



Ключовим і для філософської, і для дослідницької діяльності Л.Бінсвангера було поняття “буття-у-світі” як принциповий феномен людського існування. Як психіатр Бінсвангер досліджував різноманітні форми “буття-у-світі”, зробив низку феноменологічних описів суб’єктивних переживань у процесі лікування.

Схематично розвиток неklasичного вектора у психології подано в опрацьованій нами таблиці:

Трансформація психологічного знання:

<i>Класична психологія</i> (В Вундт, Дж. Уотсон, Дж. Брунер, А. Бандура та ін.)	⇒	<i>Некласична психологія</i> (К. Леві-Стросс, К. Левін, Л. Віготський, М. Бахтин, А. Адлер, Л. Бінсвангер та ін.)
Від пошуку знань		До соціального конструювання
Від монологізму		До діалогості
Від ізольованого індивіда		До життєвого світу
Від детермінізму (однозначної ви- значеності зв'язків і залежностей)		До онтологічного принципу неповноти, незавершеності й невичерпності буття, яке ніколи не збігається з самим собою, та до самодетермінізму
Від кількісного підходу		До якісного
Від значення (критерій – точність пізнання)		До смислу (критерій – глибина проникнення)
Від прагнення до уникнення всього суб'єктивного		До введення в наукову картину світу фе- номена “свідомість”
Від монологічного, моноцентрично- го, що уможливає пізнання світу з єдиної (“об'єктивної”) позиції		До розкриття різноманітних поглядів, взаємодоповнення яких виявляється ви- рішальною умовою і способом справж- нього осягнення проблеми
Від констатувальних стратегій		До дієвих стратегій

Гуманітарні “прориви” (не випадково всі вони виявилися синхронними) спричинили розвиток і становлення нового погляду на людину, який можна назвати *некласичним* у широкому значенні слова. Некласична психологія в цьому значенні – це всі спроби відійти від класичної парадигми або цілком її замінити, протиставити природничій методології гуманітарну.

Таким чином, гуманітарна парадигма, реалізована в “некласичній психології”, затверджує такий підхід, що *унікалізує*, звертається до особистісних цінностей людини і сенсів життя.

Сучасне знання про людину базується на класичній і некласичній стратегіях наукової раціональності та своїми досягненнями зобов'язано їм. Але перспективи вдосконалення концепції потенціалу людини пов'язано з парадигмою *постнекласичною*. Вона істотно вирізняється і від класичної парадигми, яка вилучає випадковість, базується на строгій закономірності та однозначно визначеній формі законів) і від парадигми некласичної (що розглядає випадковість як

фундаментальну властивість природи й визнає нерегулярний характер природних явищ).

Постнекласична парадигма дає змогу дослідникам охопити найдрібніші процеси й подробиці, і людина тут входить у картину світу як “системоутворювальний принцип”, відповідно, об’єктивна сфера поширюється й утворює єдність із суб’єктивною сферою.

Окрім того найбільш співзвучними та плідними для розвитку теоретико-філософського уявлення про потенціал людини вважають такі риси постнекласичної раціональності й сучасної картини світу:

- світ складається з відкритих незамкнених систем, тому є можливість їх пізнавати та впливати на них;
- необхідно урахувати прагнення всіх можливостей світу до свого здійснення й на цій підставі – виявляти пильну увагу до побічних, випадкових явищ і подій;
- існує феномен невизначеності та багатоальтернативності розвитку тощо.

Потенціал людини обертається новою гранню, гранню поєднання з системою загальних взаємозв’язків світу, у разі, якщо ми інтегруємо в даному понятті всі можливості світу та самої людини.

Означені підходи дають змогу з’ясувати, що суть людини полягає в універсальності й необмеженості та розгортається в історії як універсальний ступінь її буття. Характер досліджуваних об’єктів великою мірою визначає можливість і доцільність застосування тої чи тої парадигми (стратегії їх вивчення, дослідницької програми) [25].

Звернення в нашому дослідженні до філософського напрямку зумовлено тим, що саме філософія здатна створити простір для встановлення певного масштабу і меж знання, нових змістовних елементів, нового сенсу, що уможливило розроблення чітких понять і досягнення точної й виразної диференціації психічних феноменів.

4.2. Методологічні орієнтири феноменологічного напрямку

4.2.1. Феноменологія як методологічний принцип

На початку XX сторіччя в царині психіатрії та патопсихології К.Ясперс здійснив справжній переворот. Базуючись на філософській концепції феноменологічної філософії Е.Гуссерля, він запропонував принципово новий – *феноменологічний* – підхід до аналізу психіатричних симптомів та синдромів.

Феноменологія (*грец. phainomenon, той, що з'явився* – вчення про феномени) — напрям у філософії XX ст., що неупереджено описує досвід свідомості й виокремлює в цьому досвіді сутнісні, ідеальні риси.

Розвиваючи суб'єктивістські традиції в нових історичних умовах, феноменологія заявила про себе однією з найунікальніших течій у філософії XX ст., яка на основі виробленого нею оригінального методу аналізу свідомості намагалась розв'язати основні філософські проблеми буття та пізнання.



Творцем і відомим представником феноменології був німецький мислитель Едмунд Гуссерль (1859—1938), який висунув ідею розбудови філософії як *строгої* науки. На його думку, такий вираз не відповідає ні натуралізму (позитивістський напрям), ні історизму (філософія життя). Якщо філософія прагне бути справжньою наукою, то вона повинна виходити з аналізу феноменів, з того, що дано з первинною очевидністю. А ними, на думку Гуссерля, є *акти свідомості*.

Е.Гуссерль визначає своє феноменологічне вчення як неокартезіанство, підкреслюючи, що Р.Декарт, своїм “*Cogito ergo sum*” відкрив для філософії сферу трансцендентальної суб'єктивності, започаткував такий тип філософування, але роль істинного винахідника у цьому контексті належить І.Кантові, який першим зрушив звичні до XX століття гносеологічні передумови знання, фундаментальне припущення про те, що передумовою пізнання є дія об'єкту на суб'єкт. І. Кант “перевернув” це положення, стверджуючи, що саме

суб'єкт впливає на об'єкт, а образ об'єкту – це наслідок особливостей сприймання і розумових операцій суб'єкта.

За Е.Гуссерлем феномени – це безпосередня реальність, яку можна сприймати у певний момент часу. Якщо людині, наприклад, хтось розповідає про слонів у Африці, то вона сприймає не слонів, а мовлення, жести, інтонацію розповідача, тобто очевидні феномени.

Засновник феноменології вважав, що європейці прониклись оманливим довір'ям до натуралістичної науки і почали вважати світ, яким він постає в науці, справжнім світом. При цьому, типовою для наукової традиції є такий підхід, коли властивості предметності, інформаційно-змістовні зв'язки між ними приписують нейрональним механізмам мозку, а предметом психології оголошують мозок, замість того, щоб визнати реальність суб'єктивного, психічного. Унаслідок цього у психології термін “об'єктивний опис” використовують як синонім терміна “фізіологічний опис”, а “психологічне” – як синонім “суб'єктивне”.

Філософська ж методологія спрямована на аналіз живої, дієвої свідомості; а “життєвий світ”, за феноменологією, – це практичний світ нашого життя, у якому речі дані нам з очевидністю [59].

Свідомість у феноменології має онтологічні параметри, її можна визначити як певний вид буття, що характеризується місцем (центром, з якого твориться світ) і часом, причетністю до певної людської спільноти. Адже у своїй неповторності кожен індивід – це одна з багатьох варіацій людської природи як такої.

Знаючи себе і свою ситуацію в бутті, “Я” стверджую (тобто за аналогією із собою) існування іншої свідомості, іншого “Я”. Світ, створений нами двома, будується на нашій перспективі буття, це наш інтерсуб'єктивний світ. У ствердженні “іншого Я” (alter Ego) полягає опрацьована Е.Гуссерлем *концепція інтерсуб'єктивності* як взаємодія “життєвих світів”, здатність до досягнення досвіду іншої людини за допомогою здатності відчуті її.

Теорія інтерсуб'єктивності відкриває, що за явленням іншої людини в полі мого досвіду приховано “сферу її власності”, її особистих сенсів. І результати смислопороджувальної активності інших

людей накладають відбиток на світ, у якому я існую; унаслідок відбувається становлення нашого загального смислового простору.

Оскільки феноменологія – це розуміння й найменування наочно даного у межах доступного безпосереднього споглядання, у цьому сенсі її можна вважати першим ступенем гносеології, а сам феноменологічний метод – таким, що необхідним чином передує будь-якому дослідженню.

Специфіка нової настанови полягає в незвичній спрямованості уваги. Замість предметів, цінностей, емоцій, бажань тощо, розглядають той суб'єктивний досвід, у якому вони “являють себе” як феномени, тобто інтерес спрямовано на те, “**як**” працює свідомість. А це означає, що самі акти свідомості мають стати об'єктами схоплення і теоретичного осмислення відповідно до їхньої сутності (Е.Гуссерль “Логічні дослідження”). Рефлексія дає змогу розгледіти й розкрити внутрішнє “життя” свідомості, до цього невидимої.

Спостереження, яке підпорядковується феноменологічній настанові, стає надзвичайно змістовним методом: найдрібніші елементи феноменів виявляються у барвистих і різноманітних формах, покращується їх градація за ступенем зрозумілості тощо. Феноменолог може опрацювати сирий матеріал завдяки структурному або категоріальному аналізу. Тут особливо переконлива приналежність до єдиного семантичного поля усього ланцюга: убачання– розуміння – інтуїтивне схоплення суті – осягнення, і його фундаментальність для феноменології.

Спрямованість феноменології Е.Гуссерля на забезпечення твердих підстав для утворення нової психології і універсальної філософії робить її передусім *методологічним принципом* [209]. Як методологічний принцип вона набуває нових інструментальних можливостей, що дають їй змогу бути засобом убачання сутності психічних явищ, усебічного охоплення психогенезу психічних явищ і процесів.

Зазначена методична спрямованість феноменологічного підходу Гуссерля дає можливість перетворити так звані “суб'єктивні дані” в об'єктивні, строго наукові, ясні й чіткі, точно сформульовані. У цьому сенсі можна казати про зняття суперечностей між поняттям

“суб’єктивність” і “науковість”: звичайно, великий акцент роблять щодо постаті дослідника, суб’єкта діяльності. У такому випадку до умов пізнання слід долучити й суб’єкта судження.

За наявності досліджуваного феномена (ним може бути зовнішній об’єкт або стан розуму) феноменолог застосовує до нього абсолютно неупереджений підхід: він спостерігає феномен так, як він виявляє себе, і тільки так. Це спостереження дослідник доповнює засобами розумової операції, яку Гуссерль називав “*психологічно-феноменологічна редукція*”. Спостерігач “ставить світ між дужок”, вилучає не лише оцінкові судження про феномени, але й будь-які твердження щодо їх чинників.

За задумом Е.Гуссерля феноменологічна редукція – це поворот до рефлексії, яку феноменолог повинен здійснювати постійно щодо будь-яких предметів, така рефлексія стає також сферою універсального самодослідження. Так відбувається “очищення” від усього, що зазвичай привносить спостерігач, слухач, “очищення” від усіх упрежденостей, що виникають з односторонності його сприймання і системи смислової акцентуації, заданої теоретичними орієнтирами.

Досягти науковцю такої настанови можливо: 1) за наявності здатності до рефлексії; 2) у разі постійного прагнення “вчитися бачити”. Рефлексивними у цьому контексті стають такі найважливіші складники позиції дослідника, як спостереження, аналіз і досвід.

Таким чином, феноменологічний метод має за мету роз’єднати світ, який сприймають безпосередньо (емпірична свідомість індивіда), і світ осмисленої, рефлексивної свідомості.

Саме рефлексивність нашої свідомості визначає нашу можливість об’єктивування будь-чого. Адже аналіз актів свідомості свідчить, що їм властива *інтенціональність* – спрямованість на предмет. Так, сприймання завжди є сприйманням якогось предмета (дерева, будинку, людини). Уявлення, бажання, ненависть, оцінювання тощо мають свої предмети. Тому один з феноменологічних принципів звучить як: “Назад, до самих предметів!”

Інтенціональність є своєрідним містком, завдяки якому існують якнайменше два види зв’язків. По-перше, як загальна властивість

свідомості інтенціональність зв'язує природну та феноменологічну настанову: у постійній спрямованості “наївної” свідомості на предмети вже, за Гуссерлем, укорінено можливість рефлексії. По-друге, у межах настанови рефлексії, інтенціональність зв'язує власне спрямованість свідомості (акт) із смисловою визначеністю предмета чи, в методологічному плані, зв'язує об'єктивно і суб'єктивно орієнтовану феноменологію.

Інтенціональний аналіз сприймання посідає особливе місце у феноменології, оскільки з нього виходять усі інші акти свідомості.

Слід зазначити, що поняття “інтенціональна свідомість”, яке стало ознакою феноменологічної думки, розвивалося у відмежуванні від тієї емпіричної психології, яка описує свідомість і мислення у парадигмі природничих наук (узагальнено нами у схемі).

Схема 2

Відмінності між природничою і феноменологічною науковими позиціями

ЯКЩО

природничий опис відразу фіксується на тому, що є головним, істотним, скорочує все інше, як малозначне, випадкове, оперує індуктивними поняттями і породжує їх знову,

ТО

феноменологічний підхід нічого не редукує, фіксує цілісний багатовимірний малюнок усього спектра характеристик. Будь-які припущення має бути підтверджено дійсним спогляданням сутнісних взаємозв'язків. Поки це не сталося, феноменологічний результат не отримано

ЯКЩО

природничий підхід застосовує метод аналогій, дедуктивну та індуктивну теоретизацію,

ТО

до сфери феноменології залучено те, що дійсно пережито і є наочним; для реконструкції свідомості, виявлення інваріанту (типу, гештальту) застосовують феноменологічну рефлексію

ЯКЩО

природничі парадигма спрямована на пояснення,

ТО

феноменологічна парадигма спрямована на розуміння

Схема підкреслює переважання абстракцій, що їх ідеалізують і математизують у природничих науках і спричинюють так зване “озовнішення” (Е.Гуссерль).

Сутність *психології розуміння*, яка притаманна феноменологічному підходу (на відміну від психології пояснення), полягає в тому, що переживання людини не інтерпретують однозначно, а розглядають у багатьох вимірах, завдяки відбиранню, розмежуванню, опису окремих феноменів, приписуванні їм термінологічної визначеності. Тому феноменологічну діагностику спрямовано на проникнення в сутність психічних явищ (за Е.Гуссерлем), поглиблене розуміння індивідуальних психологічних особливостей людини, її світосприймання, стереотипів реагування тощо.

Спрямований на розуміння феноменологічний напрям, на відміну від індуктивного, пояснювального, каузального чи статистичного, не претендує на монізм і монополізм. При цьому у феноменологічному підході йдеться про те, що ці різні напрями “не заважають один одному, оскільки мають на меті різні цілі. Помилковою може стати тільки спроба підміни одного одним”. Саму ж психічна діяльність людини побудовано на принципі постійного діалогу цих двох способів пізнання [212].

Поширеність природничої наукової позиції К. Ясперс пояснює її принципом економії зусиль. Натомість упровадження феноменологічної установки та феноменологічного методу вимагає від кожного дослідника постійної зосередженості й “екзистенційної включеності”.

Завдяки рефлексивній спрямованості, прагненню до розуміння феноменологічний підхід набагато далі й глибше (на відміну від традиційної психології) просувається в розумінні тих предметів, які йому відповідають, які “співставні” йому за масштабом, виявляють відповідність суб’єкта і предмета пізнання, тобто, у пізнанні людини й людського світу. Тому феноменологія Гуссерля як методологічний принцип здатна забезпечити надійне підґрунтя для дисциплін, у центрі наукових досліджень яких є людина.

4.2.2. *Феноменологічно-антропологічна психіатрія; становлення нової моделі класифікації*

Феноменологія відкриває шлях до природної класифікації, природної систематики психічних розладів. На відміну від штучної систематики, підґрунтям якої є окремі властивості психічних розладів, або чисто зовнішні формальні ознаки, яких жорстко дотримує формальна логіка, природна систематика розглядає структуру всіх феноменів, усієї сукупності ознак, а не тільки тих, яких визнають ключовими.

Сучасна ситуація у царині проявів форм і видів психічної норми й патології вимагає змін в ортодоксальній психіатричній парадигмі та патопсихології. Усе частіше лунає думка, що ефективність діагностичного процесу й організації способів допомоги пацієнтам залежить не від знання патопсихологічних симптомів і синдромів, а від здатності діагноста розкрити їхній внутрішній світ, особливі психологічні феномени, що наповнюють його. Тому йдеться про те, що на сьогодні головні принципи діагностики, що претендують на науковість своїх поглядів – це феноменологічні принципи [127].

Якщо до початку 90-х років минулого сторіччя головними критеріями вирізнення психіатричних захворювань були так звані монотетичні категорії, то з появою довідника з діагностики і статистики психічних розладів DSM-III (1994 р.) затверджено перехід від монотетичної до політетичної класифікації. *Монотетичні* категорії описують психічний розлад через визначення необхідних і достатніх умов для приналежності до певного класу, *політетичні* (з огляду на які розроблено довідник з діагностики і статистики психічних розладів DSM-III, 1994 р.) забезпечують певний список ознак і потім визначають кількість цих ознак, які мають бути наявними у індивіда, щоб його було внесено до даної категорії. Завдяки цьому створюється так звана багатовісьова нозологічна система, а саме:

- наявність або брак психічного захворювання (вісь I)
- фонові психопатії (вісь II)
- соматичне захворювання (вісь III)
- психосоціальні чинники, що обтяжують психічний стан (вісь IV)
- загальний рівень адаптації (вісь V).

Зазначені осі, згідно з DSM, ураховують для формулювання повного діагнозу. При цьому лишається проблема неясності та мінливості багатьох властивостей, яких виявляють у конкретних випадках. І важко визначити межі, що виокремлюють різні категорії: є безліч проміжних випадків, представники якого-небудь класу можуть мати лише кілька ознак, і тоді приналежність до класу складає континуум від визначеного до невизначеного.

Головна відмінність між ними полягає в тому, що за умови монотетичної категоризації для діагнозу потрібна наявність усіх ознак хвороби, за політетичної – лише певного числа ознак спеціального списку.

Видатний німецький філософ і психіатр Карл (Теодор) Ясперс (1883-1969) уперше запропонував розглядати конкретні випадки як такі, що “у більшому чи меншому ступені підходять до певного типу”. Так з’явився новий підхід до класифікації, названої *прототиповою*, суть якої полягає в тому, що кількість ознак з неорганізованого списку визначає не приналежність до класу а лише ступінь цієї приналежності [212].



К.Ясперс розподілив психіатричні діагнози за трьома групами розладів, саме з яких з’явилися сучасні класифікації. Група 1 включала відомі соматичні хвороби з психічними порушеннями, зокрема пухлини мозку, центральний параліч і ендокринопатії. До групи 2 віднесено крупні психози, епілепсію, маніакально-депресивні захворювання та шизофренію. Групу 3 склали особистісні порушення та неврози. Ясперс писав, що оскільки основні групи розладів істотно вирізняються одна від одної, не існує уніфікованого та зрозумілого погляду, який дозволив би їх упорядкувати [212].

Розлади групи 1 – це класи захворювань, до яких випадок “або належить, або не належить”, тобто ці розлади можна зрозуміти за допомогою монотетичних понять. Розлади групи 3, з іншого боку, завжди потрібно розуміти як “типи”. Важливо відзначити, що стосовно групи 2, до якої належить і аутизм, К.Ясперс уважав таке: “хоча

конкретна причина і природа захворювань нам невідомі, проте насправді випадок завжди належить до якого-небудь типу” [212].

Незважаючи на певні переваги, прототипи мають ту саму ваду, що й попередні критерії, а саме – визначаються переліком не пов’язаних між собою ознак.

Такий підхід до діагностики можна назвати “*симптоматично-критеріальним*” [95]. Без сумніву, він відображає типове медичне ставлення, орієнтоване на хворобу.

Зведення феноменології до феноменалістики (ототожнення поняття феномена й симптому), відмова від “психологізації” позначається на підходах навіть до психіатричних синдромів [80]. Феноменологічно, наприклад, зрозуміло, що клінічні феномени визначаються не лише фізіологічними або біохімічними “поламками”, але й багато в чому – особистістю, рівнем і якістю її зрілості, особливим досвідом тощо. Але все ж таки для побудови психіатрії раннього віку шукають специфічні прояви психіатричних симптомів і синдромів.

Для того, щоб забезпечити цілісну, інтегральну картину певних розладів, потрібен інший орієнтир. У напрямі посилення наукового обґрунтування діагностики К.Ясперс під впливом ідеї “ідеальних типів” М.Вебера опрацював принципово відмінний тип класифікації, *ідеальнотиповий*.

Ідеальні типи – це теоретична конструкція, отримана в результаті акцентування, посилення, логічного зв’язування феноменів – властивостей об’єкта, якого вивчають.

Згідно з концепцією Вебера–Ясперса, часто важко вирізнити конкретні властивості речей одну від одної; вони можуть бути неясними, мінливими, невизначеними й невлівимими. Для того, щоб охарактеризувати певний тип, спочатку треба абстрагуватися від реальної невизначеності та уявити так званий “чистий” випадок з характерною для нього базовою рисою. При цьому не йдеться про те, що ця риса об’єднує інші властивості як “першопричина” або “джерело”; це не якась реальність, що лежить в основі й зумовлює інші властивості як наслідок, але, скоріше, – *єдине концептуальне ціле*

(цілісний мисленневий конструкт, ядро ідеального типу), частинами якого є інші характеристики.

Таким чином, за *ідеальнотиповою* класифікацією діагноз визначають не кількістю ознак, а відповідністю структури цих ознак структурі ідеального типу, тобто чітко організованого та узгодженого між собою списку ознак.

Порівняння всіх названих підходів до діагностичного процесу дає можливість узагальнити головні відмінності між ними:

- за *монотетичною* категоризацією для діагнозу потрібна наявність усіх ознак хвороби;
- за *політетичною* – лише певної кількості ознак спеціального списку;
- за *прототиповою* – кількість ознак з неорганізованого списку визначає не приналежність до класу, а лише ступінь цієї приналежності;
- за *ідеальнотиповою* – діагноз визначають за відповідністю структури ознак ядру ідеального типу.

Схематично вдосконалення діагностичної моделі можна подати таким чином (схема 3):

Схема 3

Головні відмінності між підходами (типами категоризації) до діагностичного процесу в психіатрії

№	ТИП КАТЕГОРИЗАЦІЇ	ВИМОГИ ДО ПОСТАВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ
4	Ідеальнотипова	Наявність базової риси (ядра), частинами якої є інші характеристики (відповідність структури ознак структурі ідеального типу)
↑		
3	Прототипова	Наявність високого ступеня приналежності до класу
↑		
2	Політетична	Наявність певної кількості ознак спеціального списку
↑		
1	Монотетична	Наявність усіх ознак хвороби

Спрямовані на визначення “індивідуальних феноменів”, ідеальні типи спроможні “синтезувати” або групувати різні властивості реальних речей разом у “цілісний уявний конструкт” або поняття. Подальше завдання – створювати, перевіряти, модифікувати й удосконалити “цілісні уявні конструкти” як можливі базові ознаки. Ідеальні типи виокремлюють численні властивості, що характеризують цей тип, які ми можемо і не знайти в повному обсязі в кожному конкретному випадку.

Визначаючи ідеальні типи як “індивідуальні феномени”, зазначає К.Ясперс, ми прагнемо “синтезувати” або згрупувати різні властивості реальних речей разом у “цілісний уявний конструкт” або поняття. Тільки за такої умови діагностичну суть вважають інтегральним цілим.

Багато важливих досягнень психіатрії, які стали також надбанням психологічних наук, ґрунтовано на новій класифікації, що базується на теорії “ідеальних типів”: психопатичні особистості К.Шнайдера; шизотимії та психотимії Е.Кречмера; екстраверти й інтроверти К.-Г.Юнга; істеричні особистості К.Ясперса.

У клінічній практиці ідеальні типи визначають *єдине ціле*, частинами якого є різні ознаки, і спрямовують процес дослідження унікальних властивостей пацієнта, стосуються перспектив розуміння й можуть бути подані через емпіричний аналіз [45].

Якщо “симптоматично-критеріальну” діагностику орієнтовано на хворобу, зазначений підхід спирається на цілісність особистості, є людиноцентрованим, тому його можна назвати “*феноменологічно-антропологічним*” [95].

**Відмінності між феноменологічно-антропологічним
і симптоматично-критеріальним діагностичними підходами
(за А.Краусом)**

<i>Феноменологічно-антропологічний</i>	<i>Симптоматологічно-критеріологічний</i>
Цілісний підхід, орієнтований на вияв феномена в житті пацієнта та у світі	Редукований (зведений до чогось, упереджений) під
Хвороба як суб'єктивне переживання (illness, mal, affection, Kranksein), категорія буття	Хвороба (медична модель соматичної медицини) (disturbance, maladie, Krankheit); категорія наявності
Психопатологічний аспект: сутність як ідеальний феноменологічний або екзистенціальний тип	Психопатологічний аспект: сутність як родове поняття (generic concept)
Спрямований на особистість як суб'єкта, на індивідуальну історію – maladie de la personne (Lacan); Lebensgeschichte (Binswanger)	Спрямований на хворобу, на функцію тіла - maladie de a fonction (Lacan); Lebensfunktion (Binswanger)
Феномен: виявляють без теоретичного переднього припущення; певні види переживання й поведінки виявляють певне ставлення до себе, світу та інших	Симптоми як результат деякої дисфункції; критерії наявності або відсутності; зв'язок з медичним розумінням хвороби
Окремий феномен: безпосередньо вказує на цілісну діагностичну сутність; має специфічну якість за різних розладів	Окремий критерій: має вирішальне значення тільки в кореляції з іншими критеріями; може бути тим самим за різних розладів
Внутрішній зв'язок окремих феноменів; діагностична суть як інтегральне ціле	Немає внутрішнього зв'язку між критеріями; діагностична сутність як формула послідовного підсумовування
Можливий обмін глибокими переживаннями	Обмін глибоким досвідом неможливий
У центрі – переживання суб'єкта; суб'єктивний досвід – критерій, що підтверджує результати спостереження дослідника	Суб'єктивність не беруть до уваги; суб'єктивні переживання не критерій для визначення діагнозу
Переживання (досвід): щось нове; може перекреслити надії на майбутнє; має відкритий кінець	Переживання (досвід): контрольований, повторюваний; очікування, надії на майбутнє підтверджуються чи ні
Пацієнт активний у процесі встановлення діагнозу, здатний спрямовувати його, формувати теорії та давати пояснення; демонструє свою свободу і ставлення до майбутнього	Пацієнт – постачальник даних; насамперед, об'єкт вивчення
Дослідник значною мірою залежить від співпраці з пацієнтом	Дослідник відносно незалежний від пацієнта

Аналіз наведених параметрів дає змогу зрозуміти, що відмінності між феноменологічно-антропологічним і симптоматично-критеріальним діагностичними підходами сягають світоглядних масштабів. Дослідник, який працює в контексті феноменологічно-антропологічного напряму, має не формальний, а глибокий, творчий

підхід до ситуації з пацієнтом, спрямований на справжнє пізнання. Це позиція людини, яка відкрита для нового досвіду, а також здатна вибудовувати діалог, що допомагає відкривати смисли.

Завдяки орієнту на цілісність “феноменологічно-антропологічним” підхід дає змогу зрозуміти загальну структуру феноменів певного розладу у термінах індивідуального “буття-у-світі”, тобто, в особливих стосунках людини до себе, до інших і до світу.

Зважаючи на новий стиль мислення й методології (що насправді є ренесансом феноменології, поверненням до вчення К.Ясперса), самий зміст поняття “психіатрія”, на думку доктора мед.наук В.Е.Кагана [80], має бути розширено до поняття клінічної психології (як продовження психології). Краще за все це прояснює феноменологічна психіатрія, де феномени охоплюють не лише хворобливі переживання та поведінку, але (що найголовніше) – їх перебування в системі особистісних сенсів і значень внутрішньо- і міжособистісних стосунків [86, 127,161, 163].

4.2.3. Концепція об’єднальної цілісності в психології

За висловом К. Ясперса наука має завжди керуватися *ідеєю об’єднальної цілісності*. Те, що доступно розумінню в певний момент часу, складає частину деякої зв’язної цілісності. Цінність феноменології якраз і полягає в тому, що її методи дають змогу углядіти сутність психічних явищ, всебічно охопити психогенез психічних процесів і явищ. Це уможливорює розкриття цілісних індивідуальних психічних проявів людини.

Розмежування розуміння та пояснення – одне з найфундаментальніших положень у науках про людину, введене К. Ясперсом у психіатрію, а В.Дільтеєм – у психологію.



За концепцією німецького історика, філософа і психолога В.Дільтея (1833-1911) розумінням ми називаємо процес, за допомогою якого ми із зовнішніх почуттєво даних знаків розпізнаємо деякий внутрішній зміст. Якщо

почуттєво сприймані вияви душевного життя справді можуть бути відмінними, то їх розумінню, завдяки наведеним умовам цього типу пізнання, мають бути притаманні зазначені спільні риси.

Подібно до того, як у природничих науках будь-яке законовідповідне пізнання можливе лише завдяки вимірвальним і обчислювальним складникам дослідів, а також за правилами, що становлять зміст цих наук, так і в гуманітарних науках кожне абстрактне положення, зрештою, можна виправдати лише через його співвідношення з “душевною життєвістю”, якою вона є в переживанні та розумінні. “Кожен з нас є немовби у своїй індивідуальній свідомості, вона є індивідуальною і свою суб’єктивність передає будь-якому осягненню”, – зазначає В.Дільтей. Умовою ж кожного загальнозначущого об’єктивного розуміння є те, що в кожному чужому індивідуальному вияві не може з’явитись щось таке, чого не містить у собі така сама життєвість, яку осягають.

Розуміння – це засаднича процедура для усіх подальших операцій гуманітарних наук. Ми завжди розуміємо більше, ніж знаємо, аніж можемо відтворити у формах знання. Осягнення людської індивідуальності в цілісності, за її визначеністю, її життєвими проявами — головне завдання вищих форм розуміння. Досягти їх можна через подолання чужості того, що треба осягнути, “вживання”, “заглиблення”, “проникнення” дослідника в предмет розуміння, відтворення тих переживань (розумінь) і “знов-переживання”, і зрештою настає “витлумачення”, “інтерпретація”.

“Психологія розуміння” аналізує чуттєво-сприйнятні об’єкти у їх суттєвих зв’язках і означає у контексті феноменологічного дослідження “розуміння сенсу” [212].

Йдеться про те, що будь-який феномен психічної сфери (деякий об’єктивний факт, експресивний прояв, предметно зумовлена дія) втрачає сенс в ізоляції і знову набуває його в контексті відповідної цілісності. Так, розуміння того, що відбувається з людиною (на будь-якому, зокрема – психофізичному рівні) – це означає розуміння цілісності людської особистості.

З цим положенням співвідноситься такий принцип: усі психічні явища відкриті для нескінченних тлумачень, адже те, що доступно розумінню, може виявлятися у психічних феноменах, але може бути й приховано в них.

Свого часу Л.С. Виготський підкреслював, що “...в діагностиці розвитку завдання дослідника полягає не лише в установленні відомих симптомів і їх перерахуванні або систематизації і не лише в угрупованні явищ за зовнішніми, схожими рисами, але винятково в тому, щоб за допомогою розумового оброблення цих зовнішніх даних проникнути у внутрішню сутність процесів розвитку” [50].

Феноменологічний напрям дослідження передбачає ставлення до людини як *екзистенції* (унікальної особистісної сутності людини), тобто за умови особистісного до нього ставлення можна найефективніше допомогти їй. Тільки екзистенціальне спілкування, за якого більше немає ставлення до пацієнта як до предмета (об’єкта), а є *справжній внутрішній зв’язок двох осіб*, двох неповторних доль, є справжня передумова ефективного лікування [212]. Так у професійній діяльності реалізується феноменологічна настанова, переорієнтація буття-у-світі, коли на зміну суб’єктно-об’єктному протистоянню приходить буттєва позиція людини в світі.

Якщо ми хочемо зрозуміти людину, потрібно взяти участь у її “фундаментальному знанні” – знанні, яке ледве помітно збоку, оскільки приховано під оманливою оболонкою слів і багатьма поверхневими проявами. Фундаментальне знання, за теорією К.Ясперса, має ерархічну структуру, на нижніх поверхнях якої знаходяться апіорні (первісні) категорії, що структурують реальність, й ідеї, за допомогою яких воно утворює цілісності. Це знання укорінене в апперцепції і в образах, які наділені нескінченними сенсами і відповідають мові реальності. Їх наявність у певному значенні захищає нас, допомагає набути впевненості в собі, формує наш світ.

Ясперс задає питання: коли саме особистісний світ перестає бути нормальним? Ми можемо вважати особистісний світ таким, що виходить за межі норми, якщо:

- 1) його генезис укорінено в подіях особливого типу, які можна розпізнати емпірично, – наприклад у шизофренічному процесі (навіть якщо всі породження того світу мають позитивний характер);
- 2) він розділяє людей замість того, щоб об'єднувати їх;
- 3) він поступово звужується і атрофується, утрачаючи властивий нормальному світові примножувальний і звеличувальний вплив;
- 4) він абсолютно зникає разом з почуттям “надійного і безпечного володіння духовними і матеріальними благами”, відчуттям твердого ґрунту, у якому особистість укорінена і з якої черпає сили для розкриття своїх можливостей, для розвитку.

Нормальний людський світ характеризується об'єктивними людськими зв'язками, взаємністю, здатністю об'єднати усіх людей; цей світ дає утіху, сприяє примноженню цінностей і поступальному розвитку життя.

У феноменології питання про дійсну сутність цілого завжди залишається відкритим; у зв'язку з ним постійно є ідея деякої *невичерпної нескінченності*. Як психічне життя в цілому, так і особистість в цілому непізнавані; але досліднику–феноменологу треба рухатися в напрямі до цілого, користуючись “сконструйованими єдностями” – такими, як цілісний потік життя, сукупність характерологічних властивостей людини, нозологічна одиниця, – які самі по собі не тотожні цілому, але є певними частковими “вимірювальними інструментами”, підсумком аналізу, що допомагає нам знайти шляхи до можливої концепції цілого [212].

Тому мислиме ціле – це тільки схема деякої ідеї, якою ми оперуємо; і важливо не приймати схему за саме ідею! К.Ясперс підкреслює, що знання заходить в безвихідь, якщо воно намагається обернути цілісність як таку в сукупність елементів, що становлять єдність фіксованого та доступного визначення об'єкта.

Спрямованість на досягнення цілісності – методологічна настанова у таких психологічних напрямках, як гештальт- та екзистенціальна психологія, неофрейдизм тощо.

За екзистенціальною психологією (Л. Бінсвангер, М. Босс та ін.) зрозуміти суть, феномен, ідею або досвід означає “підійти до об’єкта розуміння на його мові, побачити в нім структури, що виникають з нього самого, а не з нас. Зрозуміти об’єкт – означає брати участь в нім, поки він не відкриє свою суть тому, хто розуміє” [34; 83; 118] .

Головні позиції екзистенціальної теорії в узагальненому вигляді:

1. Людську психіку, свідомість не можна зводити до фізіологічних механізмів.

2. Людська дія завжди має значущість (чи стимул), у якій знаходить своє віддзеркалення ставлення людини до оточення.

3. Специфічно людською є “рефлексивна” свідомість, за допомогою якої людина вивільняється з ситуації та протистоїть їй.

4. Людину не можна розглядати ізольовано від навколишнього світу, з яким вона перебуває у постійній взаємодії” [73] .

У межах екзистенціалізму сформульовано діалогічну позицію, суть якої полягає в тому, що умова самоактуалізації – це деякий конструктивний діалог, спілкування, контакт з іншою людиною, яку сприйняли в усій її цілісності.



Одним з найяскравіших науковців-феноменологів ХХ века був Морис Мерло-Понті (1908-1961), який зреалізував задум нової феноменології, що виходить з “живого тіла” як цілісного “Я”, суб’єкта сприймання, мислення, спілкування тощо. У створеному ним науковому творі “Феноменологія сприймання” (1945) вирішується поставлене Е.Гуссерлем в останні роки життя “програмне завдання” – опрацювання онтології “життєвого світу” (Lebenswelt) – і побудова цілісного оригінального образу світу людини. Феноменальний світ у вченні М.Мерло-Понті – не чисте буття, а сенс, що просвічує на точках перетину “мого досвіду” і “досвіду інших”. Його не можна відокремити від суб’єктивності й інтерсуб’єктивності, у яких тільки і є досвід минулого й теперішнього, досвід “іншого” в “мені”. Без осягнення суті цих зв’язків не можна збагнути ні світ, ні людину в ньому [128].

У гештальт-психології орієнтир на феноменологічну методологію позначився у ставленні до процесу сприймання як до чистого феномена свідомості. На противагу уявленням асоціативної психології (створення образу через синтез окремих елементів) гештальт-психологи висунули ідею цілісності способу життя, властивості якого не можна звести до суми властивостей його елементів. Гештальтпсихологія – у тому вигляді, як її розробляли М.Вертгеймер, К.Коффка і У.Келер, – обмежувалася феноменами свідомості й надто мало звертала увагу на організм і особистість загалом.

Організмічна теорія багато запозичила з гештальтпсихології, але вона розповсюдила принципи гештальту на організм у цілому: щоб зрозуміти функціонування будь-якого складника організму, треба відкрити загальні закони функціонування всього організму.

Провідним представником “організмічної теорії” був видатний німецький нейропсихолог і психіатр Курт Гольдштейн (1878-1965). За базовим положенням цієї теорії, проявами індивіда керує один головний мотив. Для назви цього мотиву Гольдштейн вводить термін *самоактуалізація* (self-actualization) або самореалізація: люди постійно прагнуть здійснити свої природжені можливості всіма можливими засобами. Єдиність (рос. *единственность*) мети надає єдність (рос. *единство*) і спрямованість життя людини.



Так звану цілісну орієнтацію, яка знайшла також відгук в берлінській гештальт-теорії, поділяли багато терапевтів, як європейських, так і американських. Терапевтична практика орієнтована на цілісну організацію індивіду (інтеграцію фізичного, психічного й духовного), припускає в людині здатність до зміни і зростання.

Найбільш впливову форму ця традиція набула у працях американського психолога, одного з творців і лідерів гуманістичної психології Карла Роджерса (1902-1987), засновника клієнт-



центрованої терапії. Він відстоював перспективу відкритої науки про “людину, яка надає життю сенс” і здійснює усвідомлене продуктивне життя.

К. Роджерс підкреслював, що із самого початку “немовля... є інтегрованим і цілісним організмом, що поступово індивідуалізується” (К.Роджерс, 1994). Проблема в тому, щоб індивідуалізованість і диференційність не призводили до втрати внутрішньої єдності людини, до втрати конгруентності (самототожності), до розриву або диспропорцій між інтелектом і почуттями, “Я” – реальним і “Я” – ідеальним та взагалі – між особистістю й організмом. К.Роджерс закликав до відкритості власного досвіду (на противагу захисним реакціям). Це сприятиме досягненню і підтримці цілісності та конгруентності, що, своєю чергою, зумовить здатність до насиченого, яскравого і змістовного життя.

К.Роджерс особливо наголошував на ефективності клієнтцентрованої терапії в ігровій взаємодії з проблемними дітьми. У контексті такої роботи, згідно з позицією автора, вербальну комунікацію нерідко зведено до мінімуму, а в деяких випадках її нема взагалі, адже найважливішим є емпатійне налаштування під можливості самої дитини.



Відомий соціальний психолог, один із засновників неофрейдизму Е.Фромм (1900-1980) наголошував на необхідності вивчати людину в усій цілісності, розкриваючи сенс її існування та норми, за якими вона живе. Серед інших плідних ідей Е.Фромма – виокремлення двох різновидів самоорієнтації та життєвих стратегій у світі, двох різних структур характеру, перевага однієї з яких визначає все, що людина думає, відчуває та здійснює. Одну з таких стратегій названо “мати” (володіти), а другу – “бути”. Коли людина дотримується принципу володіння, ставлення її до світу виражається в прагненні зробити його об’єктом володіння, перетворити все і всіх на свою власність. Стосовно ж буття як способу існування, то за нього відбувається становлення

справжньої причетності до світу та відчуття справжньої реальності своєї особистості.

Життєвий статус “бути” означає сприяти виявленню усіх задатків, талантів і дарувань, якими наділено кожного з нас. Це означає долати вузькі межі свого власного “я”, розвивати і оновлювати себе і при цьому виявляти цікавість і любов до інших, відчуття себе на своєму місці у сфері свого буття; відчувати своє єднання з життям тощо [199].

Надзвичайно цікаве порівняння симптоматично-критеріальної діагностики зі статусом “мати”, і відповідно, феноменологічно-антропологічної – зі статусом “бути” [95]. У симптоматично-критеріальній діагностиці дослідник повинен однозначно встановити, має або не має пацієнт певні симптоми, які відповідають цим критеріям, для того, щоб підтвердити або відкинути якийсь діагноз, тоді як за феноменологічно-антропологічною діагностикою необхідно здійснити рух по “герменевтичному колу”. Це інтерактивний процес поступового дослідження переживання пацієнтом його розладу. Аналізують від розгляду певного переживання до цілісного розуміння, що поступово з’являється, і потім знову назад до окремого конкретного явища. Так розкривається внутрішній зв’язок між окремими феноменами, а діагностика сприяє досягненню інтегрального цілого.

Якщо об’єктивна психологія відкриває “таємниці природи людини”, то гуманітарна психологія відкриває принципову можливість для конструктивної діяльності в сфері психології, оскільки сприяє особливим відношенням покликати до життя різноманітні ефекти психічного життя досліджуваного. У межах гуманітарної парадигми намічається і реально здійснюється вихід за межі чисто пізнавального підходу.

У спеціальній психології головні ідеї феноменологічного підходу втілюються в таких напругах, як постановка завдання системної діагностики і психологічної корекції, спрямованої на нормалізацію розвитку цілісної психічної сфери аутичних дітей, оптимальне

“буття-у-світі” їх і їхніх родин. Провідним орієнтиром при цьому виступає таке феноменологічне завдання дослідження, як проникнення в контекст наявного розладу розвитку дитини.

4.3. Феноменологічні ідеї в контексті дослідження порушень аутичного спектра

Обрана дослідницька стратегія повинна цікавити нас з такого погляду: чи поширює вона межі нашого досвіду, чи загострює нашу “технічну майстерність”?

Можливість і доцільність застосування феноменології як стратегії вивчення осіб з розладами аутичного спектра зумовлене передусім складністю самого аутизму як порушення розвитку. Десятки характеристик, якими на сьогодні описують це явище, “загальні місця”, які (на кшталт атрибутів) некритично застосовують щодо аутизму, не дають змогу побачити сутність, зрозуміти умови оптимального розвитку аутичних дітей, а також – визначити перспективи дієвих корекційних програм.

Надзвичайно важливо в контексті феноменологічної дослідницької парадигми – навчитися *розпізнавати те, що об’єднує* всі різноманітні психічні прояви досліджуваного явища. Для цього потрібні ретельні та неупереджені практичні дослідження, які допоможуть зібрати численні приклади, які ілюструє великий феноменологічний матеріал: наявність таких прикладів забезпечує надійне підґрунтя дослідження. Науковці мають бути відкриті досвідові, або, за висловом К.Ясперса, готові до сприймання будь-яких емпіричних можливостей.

Первинне сприймання – це та основа, на якій зростають усі людські сенси і значення [128]; первинний феномен нашого розуміння світу – це зовнішній вираз психічного життя іншої людини. При цьому, не слід задовольнятися загальним враженням від зібраного матеріалу; треба навчитися правильно оцінювати кожен “подробицю”.

Тому наступний крок – зведення всіх доступних даних воедино, знаходження істотних зв’язків для всебічного бачення цілого. Лише

осягнення психічної реальності в усій повноті взаємозв'язків здатне додати нашим поняттям належний зміст. Серії окремих феноменальних проявів не просто реєструємо, але об'єднуємо їх у групи. Таке об'єднання виконують різними способами, залежно від того, у якому аспекті розглядають саму фундаментальну цілісність (як психофізичну основу реалізації здібностей у їх сукупності; як актуальний, переважний на цей час спосіб психічного буття; як стійкий комплекс здібностей особистості, який можна означити терміном “інтелект” тощо). У цьому допомагає належним чином розроблена методологія й логіка дослідження.

Як відомо, феноменологічну настанову спрямовано передусім на сам процес сприймання як формування певного спектра значень, що їх убачають у предметі. Образно кажучи, наше сприймання формує наш світ.

Основні ідеї щодо таких особливостей процесу сприймання є плідними: 1) як у контексті нашої дослідницької позиції з керівною настановою описувати психічне життя як ціле (а не як набір симптомів), усебічно охоплювати психогенез психічних процесів і явищ, при цьому здійснювати опосередковане сприймання подій психічного життя в тих формах, у яких вони знаходять свій вираз, так і 2) як орієнтир у дослідженні унікальності перебігу перцептивних функцій у аутичних дітей.

Сприймання – це структурний феномен, і його можна зрозуміти тільки у межах перцептивного поля, яке цілком бере участь у його мотивації, пропонуючи конкретному суб'єктові певну “зачіпку”. Іншими словами, певний предмет не є дійсно даним у сприйманні: ми схоплюємо його “із середини”, відтворюємо і переживаємо у тому ступені, у якому він пов'язаний з нашим світом, основні структури якого ми “несемо в собі”, й схопленні ознаки цього предмета – тільки деякі з його можливих характеристик [212].

Повнота сприймання повною мірою залежить від здатності до чуттєвих вражень того, хто сприймає. Сенсорний світ – це “передсвідомий досвід”. У цьому первинному вимірі відчуття ми переживає-

мо єдність суб'єкта й інтерсенсорну єдність предмета. Почуття перетворюються одне в одне, не потребуючи перекладача, “розуміють” одне одного, не звертаючись до думки. У цьому контексті К.Ясперс цитує оригінальний вислів німецького мислителя Й.-Г.Гердера: “Людина – це вічний *sensorium*, до якого світ торкається то з одного, то з іншого боку”.

Досліджуючи феноменологію сприймання М.Мерло-Понті наголошує на активності людини в процесі наділення предмета значенням: чуттєві враження базуються на рецептивності (здатності отримувати уявлення завдяки дії на нас предмета), тобто – на чуттєвих афектах, що “зазнає” тіло. Але чинник появи чуттєвих вражень не сам предмет, а рухи нашого тіла, рук, голови, очей. У процесі усвідомленого сприймання ми цілеспрямовано рухаємо ними, щоб завершити або доповнити свої враження, тому вони постійно пов'язані з усвідомленням саморуку. Обидва аспекти – саморух і синхронне усвідомлення його – Е.Гуссерль називає поняттям “кінестези”. Завдяки одягнутому сенсу відчуття перетворюються в предметне уявлення.

Таким чином, будь-які перцептивні прояви – це також прояви рухові; схоплювання значення тут здійснюється за допомогою тіла, яке долучено до процесу сприймання як *системи перцептивних можливостей*. Тіло рухається назустріч чуттєвому досвіду “усіма своїми поверхнями й усіма своїми органами” і стає у цьому контексті елементом системи “Я і мій світ”: я сприймаю положення об'єктів через положення мого тіла або, навпаки, положення мого тіла – через положення об'єктів, у реальному взаємозв'язку; моє тіло – це рух у бік світу, а світ – точка опори мого тіла. Єдність і тотожність чуттєвого феномену реалізуються не через синтез пізнання в понятті, а через єдність і тотожність тіла як синергетичної сукупності [128].

М.Мерло-Понті продовжує традицію Г.Марселя – першого французького філософа-екзистенціаліста, – який започаткував тему “тіла” як опори всього сутнісного, як міру нерозривного зв'язку людини зі світом, як те, що вводить людину в її безпосереднє оточення.

За умови правильного розвитку реалізується тілесна схема: всеосяжне усвідомлення мого положення в інтерсенсорному світі.

За аутичного типу регуляції процес подібний процесу орієнтування в навколишньому світі відбувається тільки частково. Складається враження, що аутичні діти не доповнюють своїх вражень, а тільки закріплюють їх, застрягаючи на одному об'єкті чи дії, що перешкоджає отриманню нового досвіду. Вони бачать тільки в тому напрямі, у якому дивляться, і тільки ті об'єкти, на яких затримують погляд. Не відбувається “синхронного усвідомлення саморуку”, нема “єдності і тотожності тіла як синергетичної сукупності”, світ не сприймають як “інтерсенсорний”. Чуттєве враження залишається “замкненим у собі”.

Перцептивне поле виконує функцію своєрідної пастки для аутичних дітей, підпорядковує і перемикає їхню увагу. Чуттєві враження з довкілля вони сприймають вибірково і не пов'язують їх одне з одним. Можна казати, що у випадку розладів аутичного спектра є моноmodalний процес відчуття (нехай навіть непослідовний і дискретний), але не формується поліmodalний процес сприймання; можна також казати і про такі особливості уваги аутичних осіб, як фрагментарність та “гіперселективність”. Якщо застосувати вислів М.Мерло-Понті – є тільки *аналітичні* (дискретні) *перцепції*, але цілісного сприймання нема.

Наступне важливе у контексті нашого дослідження положення феноменології підкреслює дієву природу самореалізації: “я форму свою реальність і утворюю єдність із собою тільки в дії”. При цьому, наголошено на відмінності між рухом як “безособистісним процесом” і думкою як поданням передбаченого руху або схоплення результату, що досягається самим тілом як руховою здатністю, деякий “руховий проект”, “рухову інтенціональність” (спрямованість на предмет). У людини з нормальним типом розвитку будь-який рух має певне тло; рух і його тло є “моментами унікальної цілісності”.

Тло руху – це не певна декорація, зовні прив'язана до самого руху, тло є внутрішньо відповідним (іманентним) руху, який поживав-

лює й породжує його щомиті, кінетична ініціація разом із сприйманням є для суб'єкта унікальним способом співвідношення себе з об'єктом. У аутичних дітей нема такого “тла” (застосувавши категоріальний апарат гештальт-психології, можна казати, що в центрі їх уваги завжди “фігури”, виокремлені з контексту фрагменти реальності, які переважають у полі уваги). А дії в цілому найбільше відповідають описаному у феноменології руху як “безособистісному процесу”, де начебто нема суб'єкта діяльності, який виконує осмислену послідовну діяльність.

Через брак усвідомлених дій у довіллі, в аутичних дітей не формується “єдність із собою”. Тим складніше завдання розкрити внутрішню логіку дій кожної такої дитини, знайти її приховану мотивацію (будь-який прояв тієї або іншої окремої здатності – це симптом деякої цілісної події, за К.Ясперсом).

Цікаво, що в обговоренні вихідних принципів теорії діяльності (принципу предметності та принципу залежності психічного відображення від положення відображуваного об'єкта) Л. С. Виготський порушував питання щодо дослідження того, що лишається поза увагою науковців – “*прихованих*” *планів свідомості*, вияв специфіки яких, на його думку, дає змогу знайти адекватні методи їх дослідження, розкрити їх функцію в регуляції діяльності і тим самим сприятиме не лише доповненню, але й зміненню наявної картини уявлень про діяльність, свідомість і особистість [50].

За умови нашого прагнення дослідити феномен психічних проявів конкретної особи, треба дізнатися, як вже відомі елементи та їх сукупності об'єднуються між собою, що є їх “центром”, який їх єднає, на чому вони ґрунтуються; що є та цілісність, стосовно якої все відоме нам на даний момент – це лише сума різноманітних окремих проявів, які локалізуються в часі і виявляються як симптоми. Тобто належить дізнатися, яким чином цілісність набуває своєї емпіричної форми.

К.Ясперс пропонує такі шляхи досягнення цієї мети, які названо “триединою природою дослідницького завдання”:

- 1) віднайти цілісність цього порушення (нозологічну одиницю);

- 2) виявити те, у чому саме полягає психічна єдність особи, у якій вже зреалізовано певні можливості, але є й такі ресурси, які ще не отримали розвитку;
- 3) осягнути перебіг життя аутичних осіб у системних зв'язках.

Отже, прагнучи розкрити аутизм як цілісне порушення розвитку, кожний складник якого взаємопов'язаний з іншими, на наш погляд, варто застосувати такі ключові орієнтири феноменологічного підходу:

1. За допомогою належним чином розробленої методології забезпечити *всебічне бачення цілого*.
2. Зважаючи на те, що сутність речей (явищ) співвідноситься тільки зі своїм власним значенням, розкривати феномен аутизму з контексту розвитку самої дитини, з *логіки розгортання її психічних проявів*.
3. Дослідити мікросоціальну ситуацію розвитку аутичної дитини.

Для вирішення перших двох завдань доречно, на нашу думку, застосувати категорію “ідеальний тип” (концепція Вебера-Ясперса), яка стала складником нової наукової парадигми у психіатрії, на противагу попереднім орієнтирам на монотетичні, політетичні категорії та прототипи.

Що стосується третього положення “триединого завдання” (за К.Ясперсом), то згідно зі спрямованістю феноменологічного аналізу на актуальне людське існування («буття-у-світі») в усій повноті взаємозв'язків, у центр нашої дослідницької уваги потрапляє такий соціальний феномен, як родина дитини з аутичними розладами, індивідуальне буття та самоусвідомлення її батьків, що обумовлює особливість їхнього сприймання ситуації дитини.

Розмежовуючи всю цілісність життя на “зовнішній” і “внутрішній” світи, а їх, своєю чергою, на окремі “чинники”, ми приписуємо життєві феномени або чинникам зовнішнього світу (зовнішнім діям, так званим, екзогенним чинникам), або аналогічним чинникам внутрішнього світу (внутрішню схильність, ендогенним чинникам).

Цілісний світ, у якому живе індивід – це його “середовище” (для аутичної дитини – це її родина), яке впливає на все його психічне жит-

тя. За К.Ясперсом, явища розвиваються на основі конституціональної схильності й впливів з боку середовища, а набувають своєї завершальної форми внаслідок реакціям, досвіду, вправам і звичкам [212].

Феноменологічний підхід повною мірою можна реалізувати в ситуації взаємодії саме з батьками аутичними дітьми. Адже феноменологія вивчає передусім погляди досліджуваних осіб на їхній світ; прагне детально описати зміст свідомості суб'єктів, схопити якісні відмінності в їх переживаннях, виявити сутнісний сенс переживань.

Тільки батьки аутичних дітей (на відміну від них самих) можуть розкрити свій внутрішній світ, а також підтримати “екзистенційне спілкування”, за якого можна налагодити справжній внутрішній зв'язок двох особистостей, кожний з яких має свою неповторну долю. Створення такої атмосфери залежить від позиції психолога, який (за феноменологічною і близькою до неї екзистенціальною традиціями) ставиться до свого пацієнта як до екзистенціального партнера. Це зустріч «на гострому краю екзистенції» (М.Бубер).

У діагностиці психічного стану людини, у контексті феноменологічної традиції, великого значення набуває особистість дослідника, його настанови та розвиненість особливого типу сприймання, яке досягається не зразу. Так, К.Ясперс зазначає наведені далі вимоги до фахівця, який прагне “феноменологічно мислити”: необхідність наситити свій внутрішній світ найрізноманітнішими “сприйманнями”; мати на увазі об'ємну цілісність “людського”, пам'ятаючи, що будь-який об'єкт нашого аналізу – це не більше ніж частковий аспект, щось відносне (незалежно від того, наскільки багатогранним може здатися цей об'єкт у своїй емпіричній цілісності); мати багатий досвід тонкого проникнення у внутрішній світ іншої людини; володіти набором диференційних понять, щоб мати можливість виразити свою інтерпретацію явищ, за якими спостерігає, мовою, зрозумілою для інших.

Дослідник–феноменолог розкриває певні “контексти значущості” і прагне звести в одну єдність усі доступні дані. Здійснити це непросто тому, що важко вийти за межі власного особистісного

світу. Проте кожен крок до такого розуміння підвищує рівень нашого знання і поширює межі власного буття (або слугує передумовою такого розширення). Тому феноменологію можна приймати і практикувати як особливий спосіб (стиль) сприймання й інтерпретації подій: те, що я знаю про світ, я знаю, зважаючи на моє бачення або мій життєвий досвід. Для становлення такої здатності слід спочатку повернутися до цього досвіду [80].

У взаємодії з батьками аутичних дітей дослідник застосовує такий засіб, як феноменологічне розуміння, відправним моментом якого є життєвий світ, реконструкція *світу внутрішнього досвіду*. Цей досвід невід’ємний від суб’єктивності й інтерсуб’єктивності (перетину мого досвіду з досвідом іншої людини), які складають єдине ціле.

При цьому батьки в змозі розкрити не тільки свій життєвий світ, але й особливий світ своєї дитини. Поставлене завдання може допомогти становленню нового, особливого ставлення до власної дитини, яка має унікальне неповторне сприймання довкілля і реалізацію в ньому.

ВИСНОВКИ

Процес розширювання меж поняття наукової методології та наукового підходу до людини, який відбувався в психологічній науці впродовж ХХ століття, покликав до життя “некласичний стиль мислення” з характерним для нього діалогізмом, відкритістю, сприйнятливістю щодо головних соціальних суперечностей епохи. У різних галузях знань, починаючи з 30-х років, особливо активізується рух від природничих наукових орієнтирів до гуманітарних (К. Левін, Л.С. Виготський, М.М. Бахтін, А. Адлер і Л. Бінсвангер).

Гуманітарний напрям мислення загалом характеризується діалогізмом, відкритістю, введенням до наукової картини світу феномена “свідомість”, дотриманням онтологічного принципу незавершеності та невичерпності буття, яке ніколи не збігається з самим собою, принципу самодетермінізму, згідно з яким людина сама чинник власного розвитку тощо.

Ці гуманітарні “прориви” привели до розвитку і становлення нового погляду на людину, такого підходу, що унікалізує, звертається до особистісних цінностей людини і сенсів життя.

Застосування гуманітарного підходу вимагає орієнтира на фундаментальну методологію, вибір якої зумовлено характером досліджуваних об’єктів. Звернення у нашому дослідженні до філософського напрямку мотивовано тим, що саме філософія здатна створити простір для встановлення певного масштабу і меж знання, нових змістовних елементів, нового сенсу, що дає можливість розробити чіткі поняття і досягти точну і виразну диференціацію психічних феноменів.

Можливість і доцільність застосування феноменології як стратегії вивчення осіб з розладами аутичного спектра зумовлене передусім складністю самого аутизму як порушення розвитку та відчуттям “глухого куту”, до якого зайшло традиційне дослідження цього розладу. Застосовуючи відомий вираз, є потреба в “гуманітарному прориві” у царині вивчення аутизму, у відкритті нових вимірів цього явища дизонтогенезу.

Саме феноменологія як методологічний принцип з опрацьованими Е.Гусерлем концепціями інтерсуб’єктивності (здатності до осягнення досвіду іншої людини), інтенціональності (спрямованості на предмет та його смислового визначеність), психології розуміння (на відміну від психології пояснення), феноменологічної редукції (повернення до рефлексії) дає можливість углядіти сутність психічних явищ, усебічно охопити психогенез психічних процесів, уможливує розкриття цілісних індивідуальних психічних проявів людини.

У напрямі розкриття аутизму як цілісного способу існування застосуємо такі ключові орієнтири феноменологічного підходу: за допомогою належним чином розробленої методології забезпечити всебічне бачення цілого та розкривати феномен аутизму з контексту розвитку самої дитини, з логіки розгортання її психічних проявів.

У царині діагностики феноменологія відкриває шлях до природної класифікації психічних розладів.

На зміну симптоматично-критеріальному підходу, орієнтованому на симптоми, з’являється феноменологічно-антропологічний, що

передбачає притримання особистісно-центрованого, або холістичного, принципу діагностики.

У феноменологічно-антропологічному підході здійснюють прагнення зрозуміти загальну структуру феноменів певного розладу в термінах визначеного індивідуального буття, тобто, в особливостях ставлення людини до себе, до інших і до світу. Велике значення при цьому надають її актуальним переживанням.

За ідеальнотиповою класифікацією, опрацьованою К.Ясперсом, діагноз визначають за наявністю базової риси (ідеальнотипового ядра, єдиного концептуального цілого), що має як частини усі інші характеристики досліджуваного об'єкту. Феноменологічну діагностику спрямовано на проникнення у сутність психічних явищ, поглиблене розуміння індивідуальних психологічних особливостей людини, її світосприймання, стереотипів реагування тощо.

Згідно зі спрямованістю феноменологічного аналізу на актуальне людське існування в усій повноті взаємозв'язків, у центр нашої дослідницької уваги потрапляє такий соціальний феномен, як родина дитини з аутичними розладами, індивідуальне буття та самоусвідомлення її батьків, що зумовлює особливість їхнього ставлення до власної життєвої ситуації.

Отже, феноменологічна парадигма відповідає інтегрально-багаторівневому предмету нашого дослідження, що охоплює цілісну психічну організацію аутичної дитини, а також – мікросоціальне середовище її життєдіяльності (особливості родинних, особистісних та інтерперсональних вимірів).

Зважаючи на те, що психологія розуміння, яку реалізують за феноменологічного підходу, має значний емпатійний складник і можливість долання обмежень власного сприймання, особистість дослідника набуває інструментального характеру. Йдеться про його особистий досвід, світоглядні настанови, ціннісні орієнтації, здатність до рефлексії, прагнення “вчитися бачити”.

Так, методологічні підходи, визначені за системно-феноменологічним дослідженням, надають підстави для дослідження цілісного розвитку аутичних дітей, а також для розкриття особливостей мікроклімату родини та внутрішнього світу батьків аутичних дітей.

РОЗДІЛ V.

Системно-феноменологічна діагностика осіб з розладами аутичного спектра

5.1. Наукові засади діагностики цілісного розвитку дитини з аутизмом

Дослідник має оволодіти мистецтвом наукової діагностики розвитку

Л.С.Виготський

Щоб розкрити цілісність і неповторність психічної організації за аутичного типу розвитку, потрібно орієнтуватися на змістовну й узгоджену модель психіки. Дослідження за методикою, що ґрунтується на такій моделі, дає можливість зрозуміти функціонування їхньої психіки як цілісного утворення.

Підґрунтя нашого наукового дослідження, що здійснюється на засадах феноменологічного підходу, – системний підхід, об'єднана теорія психічних процесів (Л.М.Веккер) і теорія координаційних рівнів М.О.Бернштейна.

Необхідність звернення психологічного дослідження до методології системного підходу зумовлено складною природою формованої психічної сфери.

Відомо, що системний підхід – це особлива методологічна установка, що регулює напрям філософських і спеціальних наукових досліджень, вибирання відповідних об'єктів, а також теоретичних і експериментальних засобів для їх реалізації. Цей підхід завжди здійснюють у межах певної філософської концепції, що й визначає остаточну інтерпретацію та епістемологічну оцінку його результатів.

Системний підхід можна застосовувати для вирішення завдань, які передбачають вивчення чи створення системних об'єктів високої складності, а також керування ними. У кожному разі такий підхід

треба реалізовувати як деякий конкретний метод, тобто набір правил і засобів досліджування певних об'єктів, урахуваючи їх якісну своєрідність (побудову адекватного концептуального апарата).

Керівний методологічний принцип системного аналізу – вимога “всебічного” урахування всіх наявних обставин складної системи як повного комплексу чинників, що мають причетність до неї.

Найсуттєвішими для аналізу складної системи (“системного об'єкту”) вважають поняття структури, структурних складників, а також – зв'язки між ними. Виявлення різних формальних, змістовних і повних структур, які характеризують певні зв'язки і перетворення, – важлива умова знаходження законів їх функціонування та розвитку.

Системний підходи (Б.М.Ломов, Г.П.Щедровицкий) допомагають пояснити природу і зміст психічних процесів, а саме проаналізувати особливості внутрішньоструктурної організації цього психічного утворення, що передбачає розкриття його властивостей. Адже для досягнення бажаної оптимальності в процесі розвитку, потрібно притримуватися цілісного бачення щодо формування всієї психічної сфери дитини: складники психіки, зв'язки між ними та умови їх узгодженого розвитку.

У своєму дослідницькому прагненні охопити психічну організацію аутичної дитини в усій повноті, ми спираємося на такі фундаментальні наукові розробки, як теорія координаційних рівнів М.О.Бернштейна та об'єднана теорія психічних процесів Л.М.Веккера.

У працях видатного теоретика й винахідника, психофізіолога–експериментатора Миколи Олександровича Бернштейна (1896-1966) з опорою на численні й різнопланові дані філо- і онтогенезу, патології та експериментальних досліджень блискуче розроблено проблему механізмів організації рухів і дій людини, що знайшло втілення передусім у теорії координаційних рівнів. У цій теорії всю систему рухових проявів науковець об'єднує за біомеханічними, фізіологічними та психологічними аспектами, тому за своїм значенням теорія координаційних рівнів виходить за межі проблеми організації рухів. Так, наприклад, поняття “моторика” охоплює основну групу процесів, де організм не



лише і не просто взаємодіє з навколишнім світом, але й активно впливає на нього, змінюючи його в потрібному сенсі.

Опрацьовані М.О.Бернштейном моделі відразу ж стали у пригоді фізіологам, кібернетикам і психологам. Молоді психологи 60-х років Л.М.Веккер, Б.М.Величковський, Ю.Б.Гіппенрейтер, В.П.Зінченко й інші почали говорити про побудову образу за аналогією побудови руху, а самого науковця за плідні ідеї та праці, які можна вважати взірцем “високої науки”, визнали одним з найвидатніших теоретиків психології [76].

Фундаментальні дослідження М.О.Бернштейна дали змогу виокремити єрархічну послідовність координаційних рівнів системи рухів (подано у табл.):

Таблиця 8

Координаційні рівні системи рухів (за М.О.Бернштейном)

<i>Означення рівня</i>	<i>Нейрофізіологічні координаційні рівні</i>	<i>Психологічний зміст рівнів</i>
<i>E</i>	Кортикальний рівень, що лежить вище рівня дій	Рівень інтелекту
<i>D</i>	Тім'яно-премоторний рівень	Рівень предметної дії або смислових ланцюгів
<i>C</i>	Пірамідно-стріальний	Рівень просторового поля
<i>B</i>	Таламо-палідарний рівень	Рівень синергій і штампів
<i>A</i>	Руброспинальний рівень	Рівень підлаштування

Кожне рухове завдання, за Бернштейном, залежно від свого змісту та смислової структури має певний рівень, іншими словами – певний сенсорний синтез, відповідний цьому завданню (за якістю та складом) до аферентацій (інформації, що потрапляє до ЦНС від зовнішніх і внутрішніх органів чуття) та за принципом їх синтетичного об'єднання. Тобто, кожний координаційний рівень покликаний до життя певним синтетичним сенсорним полем як синтезом відчуттів і їх глибинним інтеграційним переробленням.

Саме поняття “побудова певного руху” має надзвичайно місткий зміст, а саме – це склад аферентаційних ансамблів, що беруть участь у координуванні даного руху, у виконанні потрібних корекцій (сенсорних синтезів) і забезпеченні адекватного перешифрування для ефektorних (моторних) імпульсів, а також уся сукупність системних взаємозв'язків між ними.

Отже, у цих програмах реалізують не просто сенсорні чи рухові, а й такі, що зберігають свою сенсорну основу, динамічні *психічні утворення різних рівнів організації* [32]. Зміст виокремлених рівнів стисло розкриємо у розробленій нами таблиці, де їх розміщено за логікою формування – від нижчого, рівня А, до вищого – рівня Е:

Таблиця 9

Внутрішній зміст системи координаційних рівнів

Назва рівня	<i>Психологічний зміст рівнів</i>
Е <i>рівень інтелекту</i>	Мотив для рухового акту та виконання його основної смислової корекції. Символічні чи умовні смислові дії (дія виокремлюється від ситуації; координація мовлення й письма; рухові ланцюги за мнемічною схемою). Взаєморозуміння та співпереживання, планування, передбачення події, побудова схеми ситуації, імовірного майбутнього. Театральне й хореографічне виконання
Д <i>рівень предметної дії або смислових ланцюгів</i>	Перенесення схеми дії в іншу ситуацію; ігрова діяльність, різноманітне подання предмета; формування знакової системи (передусім мовлення), внесення слова в схему предмета; поява схем соціального спілкування. Поняття «перед тим», «потім» (час як ритм). Предметні орієнтувальні рухи: обмацування, розглядання, примірювання, вибирання, креслення, втягання нитки в голку, прасування, шнурування взуття, розкачування тіста; письмо і мовленнєворуховий процес
С <i>рівень просторового поля</i>	Пристосування до світу зовнішніх предметів. Цільовий характер рухів у контексті певного просторового поля: Різноманітні локомоції (стрибки, їзда на велосипеді, перетягування канату), рухи «маніпулювання з простором» окремих частин тіла (рухи музикантів, указівні рухи, дотики), переміщення речей у просторі (схоплення, ловля предметів, пересування, перенесення, всовування, вдавлювання), силові ударні та металні рухи тощо. Висока варіативність (екстемпоральність) і пластичність координаційних проявів
В <i>рівень синергій і штампів (моделей)</i>	Точна узгодженість складних рухів, що ритмічно повторюються в часі, охоплюють усі кінцівки і тулуб (ходьба, біг, плавання); уся “внутрішня чорнова техніка складного руху”. Автоматизація складних навичок. Вихідна система координат – тіло. Просторовий синтез обмежений через щільний зв’язок із власним тілом
А <i>рівень підлаштування</i>	Центральна регуляція тіла; створення попереднього настроювання м’язового тону, що уможливило рухові акти різної складності

Таке просторове розміщення рівнів (коли рівень Е розташовано зверху) також символічне з огляду на фундаментальне відкриття М.О.Бернштейна, засновника нового напрямку у науці – фізіології та психології активності. На протипагу “класичним” уявленням щодо організму як пасивної реактивної системи, що відповідає на зовнішні стимули і пристосовується до умов середовища, М.О.Бернштейн обґрунтовано розкриває сутність проявів індивіду як активної цілеспрямованої системи, що не пристосовується до середовища, а долає його. За концепцією науковця, побудову руху зумовлено не зовнішніми чинниками, а смисловим його складником, завданням руху, певним мотивом, який наявний у кожному русі.

Зрозуміло, що рівні не існують дискретно. Жодний рух не забезпечується тільки одним провідним рівнем побудови. На початку формування нової індивідуальної рухової навички майже всі корекції виконує провідний “рівень-ініціатор”, але трохи пізніше картина змінюється: кожний з технічних аспектів і деталей виконуваного складного руху знаходить для себе серед нижчих рівнів такий, що стане тлом виконання цього руху – забезпечуватиме технічні його складники.

Якщо теорія координаційних рівнів М.О.Бернштейна стала певною вертикальною віссю у нашому дослідженні як ерархія побудови психічної організації, то її “горизонтальними вимірами” стає психічна тріада, зазначена Л.М.Веккером в об’єднаній теорії психічних процесів.

Видатний науковець–психолог, професор Ленінградського та Лейпцігського університетів, в останні роки життя – університету Джорджа Мейсона у Вірджинії Лев Маркович Веккер (1918-2001) – увійшов в історію світової психології як дослідник, у працях якого звучать такі центральні проблеми, як підстави об’єктивності наукового дослідження, а також – синтез головних аспектів психічної діяльності. Опрацьована науковцем об’єднана теорія психічних процесів базується на поло-



женні про взаємозв'язок і взаємозумовленість усіх складників психічної сфери як у генетичному, так і функційному аспектах⁸.

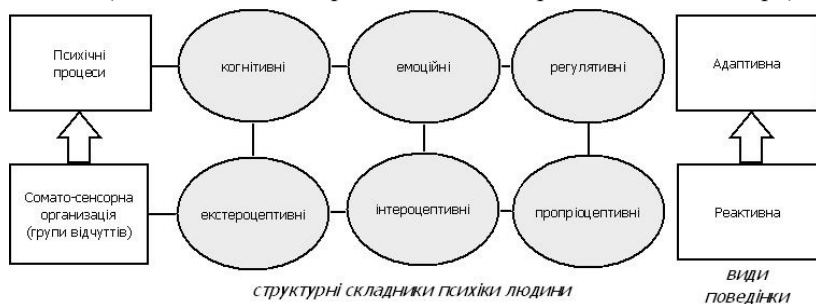
Ця теоретико-експериментальна концепція охоплює аналіз психічних явищ від тактильних відчуттів до розумових і емоційних процесів; особливо ретельно проаналізовано ґрафію психічних процесів і їх емпіричних характеристик. При цьому виявлено основні загальні аспекти психічних процесів – способи їх зв'язку, структури, функції, операційний склад та механізми. Основні складники психічної сфери, за Л.М.Веккером – так звана психічна тріада – когнітивні, емоційні та регулятивні процеси [44].

У розробленій нами моделі відтворено систему диференціації психічних процесів і взаємозв'язків між ними:

Модель 1

Становлення системи психічних процесів

(за об'єднаною теорією психічних процесів Л.М.Веккера)



Аналіз поданої моделі дає змогу зрозуміти витoki формування груп психічних процесів (у контексті психологічної парадигми) відповідно до сенсорної організації людини. Так, екстероцептивні відчуття (зорові, слухові, вібраційні, тактильні, температурні, больові, нюхові, смакові, статико-динамічні) стають основою *когнітивних* процесів; інтероцептивні (відчуття, отримувані від різноманітних станів внутрішнього середовища тіла – голоду і спраги, різких змін ритму сер-

⁸ У 2001 р. науковій праці Л.М.Веккера "Психіка і реальність: об'єднана теорія психічних процесів" присуджено в Росії Першу премію "Психея" за кращу наукову публікацію по психології.

ця, ритму дихання й серцебиття тощо) – *емоційних*; пропріоцептивні, м'язово-суглобові, які отримуємо під час певних дій (положення тіла у просторі, його пересування по простору докільця, відчуття рук під час виконання певних дій, розрізнене мовлення, втома, точність, швидкість руху) – *регулятивних*. Для повнішої картини у схему долучено відповідні названим рівням психіки типи дій (поведінки).

У разі оптимального перебігу мономодальні відчуття інтегруються у полімодальне сприймання та стають основою інших, вищих психічних процесів. Своєю чергою, взаємодія і взаємозв'язок цих процесів здатні поступово синтезуватися у цілісну зв'язну сукупність інтелектуальних утворень, що відображено у розробленій нами наступній моделі:

Модель 2

Модель психічної сфери індивіду
(на основі психічної тріади)



Подана єрархія психічної сфери дає змогу зрозуміти підгрунтя і перспективи функціювання психічних явищ, тоді як базовими для побудови діагностики аутичних дітей лишаються психічні процеси.

Кожна з частин психічної тріади охоплює систему рівнів координації рухів, що подано у розробленій нами таблиці:

Таблиця 10

Психічна сфера індивіду

(на основі психічної тріади та координаційних рівнів)

КООРДИНАЦІЙНІ РІВНІ	БАЗОВІ ТА ІНТЕГРАЦІЙНІ ПСИХІЧНІ ПРОЦЕСИ		
	Регулятивні (психомоторний інтелект)	Емоційні (соціальний інтелект)	Когнітивні (загальний інтелект)
Е – рівень інтелекту	Символічні та умовно-сміслові дії, генералізація навичок	Здатність до взаємодії, діалогу; розуміння проблемної ситуації	Особливості мовлення, мислення, уяви
Д – рівень осмислених дій	Дрібна моторика та сміслові дії з предметами	Розпізнання емоцій на пласкому зображенні та за виразом обличчя, здатність до комунікації	Особливості пам'яті, номінативні функції мовлення, орієнтування у квазіпросторовому полі
С - рівень просторового поля	Цільові локомоції, просторова орієнтація, координація око-рука, указівні жести	Реакція на соціальні стимули; мімічне наслідування, емоційний відгук	Сенсорна інтеграція, функціювання уваги (погляд), орієнтовні реакції
В - рівень синергій і штампів	Рухові автоматизми, загальна моторика, узгодженість рухів	Емоційне тло та спектр емоцій	Функціювання відчуттів, локалізація рецепцій
А - рівень підлаштування	Утримування пози; статична рівновага, хватка кінцівок, тонічна організація, захисні реакції	Страхи, реакції на розлуку	Протопатична (глибинна) чутливість

За цією моделлю розроблено діагностичну методику, яка має три блоки діагностичних завдань:

- І блок діагностичних завдань: Екстероцептивна група відчуттів – Когнітивні процеси – Загальний інтелект;

- II блок діагностичних завдань: Інтероцептивна група відчуттів – Емоційні процеси – Соціальний інтелект;
- III блок діагностичних завдань: Пропріоцептивна група відчуттів – психомоторні процеси - Психомоторний інтелект.

Наведені блоки діагностичної методики відображають опрацьовану Л.М.Веккером психічну тріаду; у кожному блоці закладено завдання за усіма п'ятьма координаційними рівнями (за М.О.Бернштейном).

Характеристики психічного розвитку досліджуємо за допомогою таких *діагностичних засобів і завдань*: 1) модифікованих і структурованих нами текстів певних завдань з методики “Психоосвітній профіль РЕР-R” (сфера поведінки та сфера розвитку); 2) стимульного матеріалу визнаних нейропсихологічних, психологічних і патопсихологічних методик (автори яких Н.М.Стадненко із співавторами, В.В.Лебединський, А.Жиль, Р.С.Немов та ін.); 3) елементи розробленого нами методу спостереження. Переважну більшість завдань (73 %) склали завдання методики РЕР-R як такої, що найбільше враховує психічні властивості аутичних дітей (завдання подано в ігровій формі, вербальні тести зведено до мінімуму, продумана система опори на візуальні стимули).

У розроблену методику за поданою структурою ми намагалися внести максимально необхідну кількість параметрів, яких уважали важливими (що забезпечує надійність методики). Так, у I блоці діагностичних завдань методика мала 26 параметрів (реакція на звук, реакція на рухомі об'єкти, звукове наслідування, маніпулювання з предметами, реакція на раптову зміну діяльності тощо), у II блоці – 20 параметрів (реакція на розлуку, установлення контакту, наявність комунікативних жестів, функція згоди/заперечення, здатність до рольової гри тощо), у III – 26 параметрів (стан тонічної регуляції, динамічна рівновага, координація дій обох рук, вистукування ритмів, рухове наслідування, “кінетичні” диктанти тощо).

Систему оцінювання виконання завдань опрацьовано відповідно до тесту “Психоосвітній профіль РЕР-R”. Так, завдання тестових бло-

ків оцінюємо за трибальним виміром (з урахуванням найближчої зони розвитку): “сформовано” (2 бали) / “формується” (1 бал) / “не сформовано” (0 балів). Психічні прояви, що їх обстежуємо за допомогою методу спостерегання, мають оцінку: є прояв (1 бал), нема (0 балів).

Час виконання методики – 35–40 хв.

5.2. Порівняльний аналіз результатів обстеження різних категорій дітей у пілотажному дослідженні

У пілотажному дослідженні взяло участь 3 групи дітей:

1) 12 дітей (3–7 років) з порушеннями аутичного спектра (з діагнозами: дитячий аутизм, атипичний аутизм, загальні розлади психологічного характеру, аутичний синдром), далі у коментарях цю групу дітей називатимемо група **A**;

2) 10 дітей (3–5 років) з нормальним типом розвитку, група **N**;

3) 10 дітей (4,5–7 років) з порушеннями розумового розвитку (з діагнозами різного ступеня складності, серед яких були: помірна розумова відсталість із вказівкою на відсутність і слабку вираженість порушення поведінки; органічний розлад особистості й поведінки, зумовлений хворобою, пошкодженням або дисфункцією головного мозку, не уточнений; розумова відсталість легкого ступеня тощо), група **R**.

За результатами виконання діагностичного тесту встановлено суттєві відмінності між показниками дітей з різних вибірок:

1. *Дослідження когнітивних процесів.* За першими двома координаційними рівнями (рівень підлаштування та рівень синергій і штампів) у дітей групи **N**, так само, як і в дітей групи **R**, не було жодних труднощів, тоді як діти групи **A** демонстрували зорову вразливість, непослідовну реакцію на звук, брак рецепцій з точною локалізацією, неузгодженість функціонування різномодальних аналізаторів тощо.

Усі завдання *рівня C* (рівень просторового поля) виконали тільки 4–5-річні діти групи **N**. На цьому рівні вже виявилися цікаві від-

мінності з урахуванням вікових зрізів випробуванців. Так, найменші діти групи **N** (3 роки) і найменші діти групи **R** (4,5-5 років) переважно з оцінкою 0 балів і 1 бал виконували завдання на квазіпросторову орієнтацію (за типом дошки Сегена) та складання цілого з частин, тоді як найменші діти групи **A** (3 роки) краще виконували ці завдання (2 бали). З іншого боку найменші діти груп **N** та **R** краще (2 бали та 1 бал) за дітей групи **A** (0 балів, у 2 випадках – 1 бал) виконали завдання, пов'язані з упізнанням предметів навпомацки, звукове сприймання та звукове наслідування. Водночас представники групи **R** показали низький результат за параметрами: освоєння простору за допомогою зорового сприймання (обстежували оточення надто часто й надто детально). Діти групи **A** так само мали низькі результати за цим параметром: деякі з них поводити себе подібно до дітей з вадами розумового розвитку, деякі обирали собі якийсь предмет і більше їх ніщо не цікавило, дехто залазив на підвіконня та дивився на вулицю.

На *рівні D* (рівень предметних дій) відмінності між дітьми виявилися ще виразнішими. Це стосувалося і маніпулювання предметами, і їх називання, і словесної пам'яті. Найсуттєвіше, чим вирізнялися аутичні діти від інших дітей: навіть ті з них, хто вмів говорити, не відповідав на запитання (так само, як і постійно спостерігалася непослідовність у виконанні завдань). На відміну від дітей групи **A** (яким важко було розпочати виконання завдань), досліджувані групи **R** у процесі виконання завдань частіше за все користувалися методом спроб і помилок.

За отриманими середніми балами у виконанні завдань *рівня E* (рівень інтелекту) аутичні діти значно випередили досліджуваних з вадами розумового розвитку. Це сталося тому, що троє дітей з групи **A**, які, як і всі інші діти цієї групи на низькому рівні виконали попередні завдання, і раптом краще (на 2–3 бали) почали відповідати на запитання вищого рівня. Інші ж аутичні діти мали загалом нижчі (0 балів) показники, аніж випробуванці групи **R** (0-1 бали).

2. *Дослідження емоційних процесів.* Стосовно завдань на всіх п'ятьох рівнях слід зазначити, що всі діти групи **N** досягають най-

вищих балів, аж до *рівня E*. Досліджувані групи **R**, в цілому, також отримують високі бали за параметрами цього блоку завдань: установлення контакту (*рівень B*), наявність комунікативних жестів (*рівень C*), здатність звернутися по допомогу (*рівень D*), співпраця з педагогом, здатність до рольової гри (*рівень E*) тощо. Деякі найменші діти груп **R** та **N**, у яких сильно розвинено почуття прихильності до матері, хворобливо реагують на ситуацію розлуки з нею (параметр координаційного *рівня A*), що не вирізняється від реакції аутичних дітей (у яких, правда, такі прояви демонструють діти різного віку). І тільки деякі аутичні діти ніяк не реагували на вихід мами за межі кімнати.

Отже, як і можна було передбачити, аутичні діти в обстеженні, спрямованому на виявлення соціальних функцій, показують найнижчі результати (0, інколи – 1) порівняно з дітьми обох інших вибірок. Єдине завдання, з яким деякі аутичні діти успішно впоралися – це називання емоцій на малюнкових зображеннях. Відомо, що аутичних дітей багато чому можна навчити, якщо з ними інтенсивно займатися. Одне з таких умінь – розпізнавати емоції на пласкому зображенні (координаційний *рівень D*). Але воно аж ніяк не пов'язане з їхнім умінням розрізнити емоції й називати їх у реальному житті, за виразом обличчя людини. Ми доходимо висновку, що подібне завдання належить не до емоційної, а до когнітивної сфери (як здатність закріплювати словесне означення за певним малюнком), тому виконання цього завдання аутистами не є показовим щодо рівня розвитку їхньої емоційної сфери.

3. *Дослідження регулятивних процесів.* У виконанні завдань цього блоку виявлено такі особливості: за руховими проявами діти групи **A** найбільш подібні до дітей групи **R** і найменших дітей групи **N**. Це стосується передусім таких параметрів, як динамічна рівновага, перехресне чергування рухів (*рівень B*); певні прояви загальної моторики на *рівні C* (метальні рухи, плескання в долоні, катання м'яча, стрибки тощо); зорово-рухова координація, наслідування рухів дрібної моторики (*рівень D*).

Певні порушення тонусу (*рівень А*) (гіпер- або гіпотонічність) спостерігали в дітей усіх груп, але деякі діти груп **R** та **N** мали й нормальну тонічну організацію. Випробуванці ж групи **A** усі мали порушення тонусу, при тому, окрім гіпер- і гіпотонічності, у багатьох з них спостерігали так звану нерівномірність тонусу, за якого можлива переважна напруга, наприклад, верхньої частини тіла і в'ялість нижньої.

Діти груп **A** і **R** мали також такі подібні риси, як хода й біг з опорою не на усю ступню, стереотипні рухи, рухова розгальмованість, стомлюваність, неможливість утримувати певну позу (чи застигання в позі). А головна відмінність між ними полягала в тому, що діти з вадами розумового розвитку все ж таки краще за аутичних дітей виконували завдання на наслідування рухів загальної моторики (*рівень С*).

Виконане діагностичне обстеження дало змогу виявити характерні для аутичних дітей прояви; труднощі становлення психіки у них виявлено на кожному координаційному рівні:

Так, на рівні А (рівень підлаштування):

вади тонічної регуляції (*регулятивні процеси*); страхи, надмірно емоційні реакції (або відсутність їх) на розлуку з мамою (*емоційні процеси*); суттєві порушення глибокої чутливості (*когнітивні процеси*);

на рівні В (рівень синергій і штампів):

брак сенсу рухів, стереотипні ритмічні повторення тих самих рухів і жестів: розгойдування, почісування, поплескування, рухи пальцями перед очима, кружляння (*регулятивні процеси*); застрягання на певних емоційних станах, емоційна збіднілість (*емоційні процеси*); неузгодженість функціонування різномодальних органів чуття (*когнітивні процеси*);

на рівні С (рівень просторового поля):

обмежений репертуар цільових рухів з предметами, брак указівних жестів, наслідування рухам за зразком (*регулятивні процеси*); нездатність до мімічного наслідування, емоційного відгуку; ігнорування соціальних стимулів; брак адекватності; брак прямого погляду

в очі, нездатність “зчитувати” вираз обличчя дорослих чи інтонацію мовлення (*емоційні процеси*); периферійний зір; сенсорна дезінтеграція (*когнітивні процеси*);

на рівні D (рівень предметної дії чи смислових ланцюгів):

порушення у смисловій структурі складних рухових актів чи дій; розлади у сприйманні предмета як знаряддя чи об’єкта маніпуляцій; збіднілі та нетипові смислові дії з предметами; труднощі формування умовних рефлексів (*регулятивні процеси*); нерозрізнення емоцій за виразом обличчя; нездатність до комунікації (*емоційні процеси*); складність формування топології схеми (не пов’язує малюнок з предметом, звук з літерою); тверда й малорухома схема мовлення (*когнітивні процеси*);

на рівні E (рівень інтелекту):

труднощі формування символічних (умовно-смислових) дій, генералізації навичок (*регулятивні процеси*); складність діалогу, організації та підтримання бесіди; брак розуміння, як і нащо обмінюватися інформацією з іншими та усвідомлення, що інші люди не розуміють їх автоматично, що потрібно пояснювати їм свої думки й наміри, розповідати про почуття, намагатися зрозуміти їх емоційні стани (*емоційні процеси*); нездатність до символічної гри; неспроможність відтворити ситуацію, виокремити себе з неї; брак розгорнутого фразового мовлення (*когнітивні процеси*).

Важливим було також з’ясування можливостей і обмежень осіб з порушеннями аутичного спектра щодо кожного складника психічної організації (подано у таблиці):

**Особливості проявів психічної організації
дітей з розладами аутичного спектра**
(з урахуванням рівнів координації, за М.О.Бернштейном,
і структури психічних процесів, за Л.М.Беккером)

Психічні процеси	Координаційні рівні	Можлива сформованість	Типові вади розвитку
когнітивні	E	Здатність до засвоєння “мовних кодів”, ініціювання певних повторюваних інтелектуальних ігор (напр., з цифрами, словами)	Неспроможність відтворити ситуацію, виокремити себе з неї та подивитися на себе збоку; аграматизми в мовленні, труднощі побудови зв'язного висловлювання
	D	Довготривала (переважно механічна) пам'ять; номінативна функція мовлення (називання предмета); орієнтування у квазіпросторовому полі (збирання пазлів, вкладинок)	Дефекти осмислення предмета як об'єкта маніпуляцій; труднощі навчання предметним цілеспрямованим діям; схема мовлення тверда і малорухома
	C	Вибіркова стійкість уваги, здатність до переключення; часткова здатність відгукуватися	Відсутність погляду “очі в очі” (використання периферійного зору),
	B	Реакція на рухомі об'єкти	Сенсорна дезінтеграція Брак точної локалізації рецепцій
	A	Наявність домінантного аналізатора	Порушення протопатичної (глибинної) чутливості
емоційні	E	Часткова здатність до співпраці з дослідником	Нездатність до діалогу, рольової гри; нерозуміння проблемної ситуації
	D	Часткова здатність до емоційного відгуку	Порушення здатності до взаємодії, нездатність до комунікації (звернення по допомогу, слова згоди чи заперечення)
	C	Усвідомлення присутності дослідника; наявність реакції на фрустраційні ситуації	Нездатність до емоційного відгуку; мімічного наслідування, зчитування виразу обличчя, інтонації мовлення; страхи, пов'язані з певними звуковими або зоровими об'єктами
	B	Задоволення (емоційна адекватність) у ситуації рухливих ігор (інколи тілесних дотиків)	Емоційна збідненість
	A	Наявність реакції на розлуку	Страхи, пов'язані зі зміною положення голови відносно вертикальної осі тіла

<i>результативні</i>	E	Здатність до писання, розгорнутого мовлення	Нездатність до символічних чи умовних смислових дій; труднощі перенесення схеми дії до іншої ситуації, вимушеність дій
	D	Відносна розвиненість дрібної моторики, вибіркового смислових дій з предметами (відкривання засувок, наливання); здатність до наслідування рухів дрібної моторики	Порушення цілеспрямованих усвідомлених дій з предметами, нездатність до безпосереднього наслідування рухів загальної моторики, ланцюга дій
	C	Наявність певних цільових локомоцій (удари по м'ячу ногою, палкою, балістичні металні рухи)	Брак координації око-рука, указивного жесту; складність марширування, перетягування канату, виконання стрибків, порушення сприймання "схеми тіла"
	B	Наявність певних рухових автоматизмів, відносна узгодженість рухів	Рухові стереотипії; несформованість перехресної реципрокності
	A	Наявність статичної рівноваги та хватки кінцівок	Порушення тону (гіпо-, гіпертонус або нерівномірність)

Так, застосування багатовимірної діагностичної методики допомогло зрозуміти, що стосовно кожного координаційного рівня й кожного зі складників психічної тріади можна казати в разі аутизму як про розвинені, так і несформовані процеси та функції. Унаслідок аналізу наведених вище показників з'ясовано, як у психічних проявах деталізуються такі характерні для дітей з розладами аутичного спектра особливості, як стереотипії, неадекватність і нерівномірність розвитку.

5.3. Дослідження розвитку аутичної дитини в контексті її цілісної психічної організації

Виконане пілотажне дослідження дозволило відкоригувати розроблену методику. Напрями вдосконалення наступні:

1) після проведення великого за обсягом діагностичного вимірювання, за допомогою експертної оцінки (виконаної групою корекційних педагогів і спеціальних психологів), а також на базі нашого власного досвіду, методику зведено до найбільш інформативних параметрів;

2) задля зручності користування діагностичним засобом і задля прагнення отримати ясну й чітку картину розвитку аутичних дітей спрощено структуру методики. Така методика в новому варіанті має будову, відповідну до психічної тріади Л.М. Веккера, тоді як координаційні рівні не означено як її структурні складники (але орієнтир на них також закладено в завданнях методики);

3) переструктуровано завдання так, щоб вивчення кожного із складників психічної тріади виконували як за допомогою завдань з інструкціями, так і одиниць спостереження.

Грунтовна теорія, закладена в основу багаторівневої структурованої методики, а також здійснені етапи валідації (виокремлення елементів досліджуваного явища, опрацювання моделі тестової діяльності, аналіз міри відповідності розробленої моделі реальній діяльності та експертна оцінка адекватності змісту завдань тесту) дали змогу сформулювати такі завдання, які забезпечили високу змістовну валідність методики.

Опрацьовану на підставі зазначених вище позицій діагностичну методику ми назвали “Інтегральна оцінка розвитку дитини”.

Основна мета методики – з’ясувати особливості розвитку аутичної дитини в контексті її цілісної психічної організації. Змістовні складники удосконаленої методики подано нижче у таблиці:

Параметри методики “Інтегральна оцінка розвитку дитини”

сфери		Складники психічної організації	Параметри
Психомоторна сфера	завдання	Загальна моторика	<i>рухи переміщення, циклічні локомоції, здатність долати перешкоди, гра з м'ячем, стрибки</i>
		Дрібна моторика	<i>спритність, координованість мікрорухів руки; поєднання великого пальця руки з усіма іншими пальцями цієї самої руки</i>
		Зорово-моторна координація	<i>мікро- та макрорухи</i>
		Рухове наслідування	<i>одно-, дво- чи багатоскладне</i>
		Рівновага	<i>статична, динамічна</i>
	спостереження	Тонус	<i>підвищений, понижений, нерівномірний</i>
		Статичні пози	<i>сидіння, стояння, лежання</i>
		Рухова активність	<i>підвищена, понижена або нерівномірна</i>
		Виснажуваність	<i>зумовленість втомити тривалістю зустрічі, емоційно насиченим спілкуванням тощо</i>
		Стереотипія, аутоstimуляція	<i>рухи руками, тілесні прояви</i>
Емоційна	завдання	Вербальне визначення емоцій	<i>за обличчям людини</i>
		Емоційний відгук	<i>реакція на новизну, ігрові маніпуляції</i>
		Комунікація	<i>діалоговість, відгук у ситуації довільності, наявність функції згоди/заперечення</i>
		Здатність до взаємодії	<i>зоровий контакт, указівна функція руки, бажання контактувати, здатність до сумісної маніпуляції предметами</i>
	спостереження	Спрямованість погляду	<i>фронтальний, периферійний зір</i>
		Емоційний спектр	<i>реакція на фрустрацію адекватність емоцій</i>
		Наявність проявів комунікації	<i>часткове використання слів (звуків), жестів і рухів з комунікативною ціллю</i>
		Стереотипія	<i>обмежені повторювані емоції</i>
Пізнавальна	завдання	Маніпулювання з предметом	<i>гра та зацікавлення предметами</i>
		Пам'ять	<i>образна, словесно-логічна</i>
		Зв'язне мовлення	<i>відповідь на структуровані питання</i>
		Образне, словесно-логічне мислення	<i>класифікація предметів, розуміння нісенітниць на малюнку, передбачення подій</i>
	спостереження	Домінантний аналізатор	<i>зоровий, слуховий, тактильний, смаковий, нюховий, кінетичний</i>
		Увага	<i>вибіркова стійкість, здатність до переключення</i>
		Сприймання як полімодальний процес	<i>контекст навколишніх обставин</i>
		Стереотипія інтересів	<i>застрягання на певних предметних і змістовних інтересах</i>
		Мовлення	<i>спонтанні прояви</i>

Для зручності проведення обстеження аутичних дітей за методикою “Інтегральна оцінка розвитку дитини” опрацьовано структуровані лист спостереження і лист виконання завдань, які дають змогу досліднику робити потрібні помітки майже не припиняючи взаємодію з дитиною.

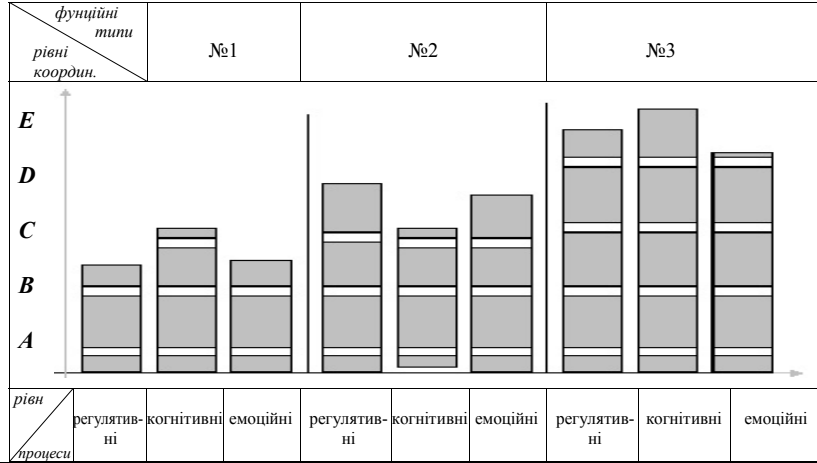
Основний зміст методики склали завдання із “Психоосвітнього профілю РЕР-R”. Систему оцінювання їх виконання опрацьовано також відповідно до цього тесту як такого, що найбільше відповідає діагностичним засобам дослідження саме аутичних дітей. Так, завдання тестових блоків оцінюють за трибальним виміром (з урахуванням найближчої зони розвитку): “сформовано” (2 бали) / “формується” (1 бал) / “не сформовано” (0 балів). Психічні прояви, обстежувані за допомогою методу спостереження, мають оцінку: є прояв (1 бал), нема (0 балів). У вдосконаленому вигляді виконання за методикою триває 15–20 хв.

Обстеження виконано на вибірці 65 дітей з порушеннями аутичного спектра від 3,5 до 7 років. Оброблені емпіричні дані сприяли виокремленню трьох груп аутичних дітей за станом їхнього психічного розвитку. Ці групи ми умовно назвали “функційними” як такими, що мають важливе практичне значення, особливо – у контексті опрацювання для них індивідуальних корекційних програм розвитку.

До першої групи, яку ми назвали “низькофункційною”, потрапило 22 дитини, до другої – “середньофункційної” – 26 дитини та до третьої – “високофункційної” – 17 дітей. У кожій з груп опинилися діти різних вікових зрізів, хоча слід зазначити, що трохи вищі показники мали все ж таки старші аутичні діти: якщо серед дітей віком від 3,5 до 4 років до низькофункційного типу потрапило 9 осіб, до середньофункційного – 6, а до високофункційного – 5, то у дітей, які мали 6–7 років, інша тенденція: до низькофункційного типу – 4 дитини, до середньофункційного – 3, до високофункційного – 6 дітей.

Опрацьовані результати дослідження оформлено нами у наведеній нижче діаграмі:

**Психічна організація
дітей з розладами аутичного спектра
(констатувальний експеримент, за %)**



«Низькофункційні»	«Середньофункційні»	«Високофункційні»
діти, у яких усі психічні процеси розвинено на низькому рівні (А та В, за незначної переваги когнітивних процесів)	діти, які здатні частково функціонувати і на вищому (Д) рівні у разі випадіння певних процесів на попередніх рівнях і відставання когнітивних процесів	діти, у яких психічні процеси розвинено на достатньо високому рівні з випадінням певних функцій на всіх рівнях

Отримані результати дають змогу зробити важливі висновки щодо особливостей функцювання складників психічної організації в аутичних дітей:

- 1) у межах кожної з трьох функційних груп всі елементи психічної тріади розвинені приблизно однаково (без значущих відмінностей). Це підтверджує розуміння аутизму як *первазивного* (наскрізного) порушення і спростовує уявлення про переважно емоційні (афективні) або когнітивні вади розвитку за нього;
- 2) на кожному рівні розвитку психічні процеси у аутичних дітей мають як сформовані, так і несформовані функції (що на діа-

грамі означено білими смугами). Це положення відображає наявний за аутизму *нерівномірний* стан розвитку і свідчить про некоректність висновків, наприклад, про їхній інтелект як нижчий або вищий за вікову норму. Практично в кожного з аутистів, які можуть займати різне положення на “аутичному спектрі”, є як слабкі, так і сильні характеристики, що унеможлиблює однозначне порівняння з особами, які мають т.зв. нормальний тип розвитку. Частіше за все цю нерівномірність позначено щодо таких дихотомій: вербальний і невербальний інтелект (при цьому є спостереження, що в низькофункційних аутистів набагато переважає саме невербальний інтелект, а у високофункційних, зрозуміло, вербальний розвинено, але невербальний може суттєво відставати), а також – загальний і соціальний інтелект. Якщо для дітей з нормальним типом розвитку, а також практично для всіх інших категорій дітей з ускладненнями психофізичного розвитку базові функції соціального інтелекту є якщо не вродженими, то безпосередньо розвиненими без жодних зусиль з боку навколишніх осіб (що власне і робить їх причетними до світу людей), то аутичні діти набувають складники соціального інтелекту тільки завдяки спеціальним заняттям, великим зусиллям батьків та професіоналів;

- 3) діти, які за емпіричними дослідженнями потрапили до низькофункційної і середньофункційної груп мають подібний рівень розвитку когнітивних функцій, при тому, що регулятивні й емоційні процеси мають у них значущі відмінності (на рівні 5%);
- 4) суттєва відмінність за когнітивними процесами з'являється у представників т.зв. високофункційних аутистів (порівняно з досліджуваними дітьми перших двох груп), і головний чинник цього – розвинене мовлення і здатність до часткової комунікації;
- 5) найвищий рівень з усіх можливих досягають у структурі психічних функцій когнітивні функції, і це ще раз свідчить про те, що навчання аутичних дітей – простіше завданням, аніж їх виховання.

У поданій діаграмі немає вияву ще одного нашого принципу диференціації дітей з розладами аутичного спектра – за станом *тонічної регуляції*. Звернення до цього параметра обумовлено тим, що:

- тонуc – це одна з базових характеристик психічної структури індивіду;
- за деякими дослідженнями [120; 267], що підтверджує й наша діагностика, усі аутичні діти мають певні порушення тонічної регуляції;
- корекційні підходи для дітей з різним типом тонічної регуляції (особливо на перших етапах) значно різняться.

Отже, урахувавши особливості тонічної регуляції, ми виокремили не 3, а 6 функційних груп, що зазначено у таблиці:

Таблиця 13

Функційні групи аутичних дітей

I група – низькофункційні діти		II група – середньофункційні діти		III група – високофункційні	
Ia	Iв	IIa	IIв	IIIa	IIIв
Г і п о - тонічні	Гіпертонічні та з нерівномірним тонусом	Г і п о - тонічні	Гіпертонічні та з нерівномірним тонусом	Пасивні	активні

Для кожної з цих підгруп можна опрацювати певну корекційну програму, принципи побудови якої подано у наступному розділі монографії.

Найзмістовнішу інтерпретацію отриманих емпіричних даних допомагає здійснити *якісний аналіз*. Як відомо, для такого аналізу потрібно опрацювати своєрідну логіку зіставлення різноманітних діагностичних даних.

Розглянемо три групи порушень, які традиційно виокремлюють за аутизму як критеріальні ознаки. За допомогою глибинного проникнення в сутність цих розладів спробуємо з'ясувати не тільки

їхню своєрідність, але й місце в контексті цілісного розвитку дитини з аутизмом⁹.

1. Якісні порушення у галузі комунікації¹⁰

Якщо розкривати комунікативну неспроможність аутистів, то варто зупинитися на тому, *що* саме особи з розладами аутичного спектра не можуть, а що при цьому – можуть.

Опрацьована нами діагностична методика уможлиблює виявлення комунікативних проявів аутичних дітей і в довільній, і в мимовільній формах. Так, деякі діти певним чином виявляли свою згоду або заперечення, могли давати відповідь на питання щодо визначення емоцій, розуміли нісенітниці на малюнку або передбачили події. Визначаючи особливості контакту з досліджуваними, ми звертали увагу на їхню здатність до діалогу, особливості мовленнєвих проявів, а саме – характер мовлення (інтонація, модуляція, природність), її зрозумілість, послідовність, наявність ехололій, а також – на типове для кожної дитини спонтанне мовлення (або вокалізацію), які виявлялися в ситуації фрустрації, реакції на завдання або за своїх незрозумілих чинників.

Унаслідок опрацювання отриманих емпіричних даних, їхнього осмислення і систематизації, маємо досить повну і змістовну картину характерної для аутичних дітей комунікації, на якій зупинимося докладно.

За визначенням, комунікація (від лат. *communico* — роблю спільним, пов'язую, спілкуюся) – це обмін інформацією між індивідами за посередництвом спільної системи символів, смисловий складник соціальної взаємодії. Звичайно, у разі аутизму ми не можемо казати ні про “спільну систему символів”, ні про взаємодію як таку. Тому, зрозуміло, *повноцінна* комунікація, як і будь-які інші притаманні людям суспільно обумовлені прояви, недоступна для

⁹ Ми змінили звичний порядок переліку діагностичних критеріїв задля дотримання своєї логіки у поданні матеріалу (від дрібнішого до крупнішого).

¹⁰ Формулювання трьох груп діагностичних критеріїв подано за DSM IV-TR.

осіб з аутичним типом розвитку; але вони, безперечно, комунікують, і розкриття характерних ознак їхньої комунікації є надзвичайно цікавим і важливим надбанням, що збагачує не тільки наше уявлення про аутистів, але й про сенс комунікації, в цілому.

У розробленій нами таблиці зазначено відомі типи повідомлень (С.Ю.Головин, 1998) та їх наявність в аутичних осіб:

Таблиця 14

**Комунікативні функції в осіб зі спектром
аутичних розладів**

<i>Типи повідомлень</i>		<i>Наявні типи повідомлень у осіб з аутизмом</i>
спонукальні	Переконання	–
	Навіювання	–
	Наказ	–
	Прохання	В обмеженому чи поширеному обсязі прохання виражають (інколи – висловлюють) переважно всі аутисти, але форма цих прохань може бути незвичною, нетиповою у межах загальноприйнятих норм
інформативні	Передача реальних відомостей	Можливе відтворення (називання, констатація) фактичного візуального матеріалу, що розгортається переважно в теперішньому часі
	Передача вигаданих відомостей	Деякі високофункційні аутисти здатні розповідати про якісь нереальні факти (навіть – певні “жарти”), які в їх випадку мають повторювальний нав’язливий характер
експресивні	Збудження емоційного педреживання	Певні істеричні чи аутоагресивні прояви спрямовано на яскравий емоційний відгукреакцію навколишніх (що є маніпулятивними проявами, подібними до того, як це роблять діти переважно у 2–3-річному віці). У високофункційних аутистів – відмова щось робити, висловлена незвичним чином
фатичні	Встановлення та підтримання контакту	Можлива спроба встановлення контакту, особливо – для гіперкомунікативних аутистів (що відбувається з використанням ехололій), за практично повної неспроможності (невміння) підтримувати його

Беручи до уваги аналіз отриманих уналідок обстеження аутичних дітей даних, можна зазначити, що так чи інакше, безперечно у своєрідний спосіб, але вони здатні до тих форм передачі повідомлення, які мають такий сенс: задоволення фізіологічних потреб (передусім – їсти/пити), а також (як це не дивно звучить у контексті вивчення проблематики аутизму) – потреб у соціально-емоційному контакті (звернути на себе увагу, відчуті підтримку і, можливо, – власну значущість). Тих же повідомлень, які пов’язані з певною складною мотивацією (переконання, навіювання, наказ), немає у проявах аутистів, хіба що – в ехोलалійній формі як повторення чийхось висловлювань подібного змісту.

Як зазначено в таблиці 14, серед спонукальних форм повідомлень у аутистів можуть бути різноманітні способи вираження *прохання*. Так, аутична дитина не може сказати: «Це дуже важко для мене»; тому, щоб її відпустили, вона дряпається, кричить і може кусатися. Усе це означає: «Я не можу це робити, це дуже важко». Більш цивілізований спосіб передачі подібного повідомлення – «відпустіть мене, я не хочу тут бути» – може виявлятися в тому, що дитина повторює прощальні слова «пока-пока».

У I розділі ми вже згадували таку типову ситуацію, коли дитина бере дорослого за п’ясть руки і веде до того предмета, який їй треба. Такі прояви аутичних дітей спростовують наявні в науковій літературі узагальнені вислови про них: аутичні діти плутають живе й неживе, а також – те, що вони позбавлені будь-якої соціальної обізнаності. Очевидно, що по допомогу вони звертаються саме до людини (чітко відмежовуючи її від предметів!), при тому розуміють, що саме вона спроможна їм допомогти. На наш погляд – це дуже важливий висновок; він відкриває підтекст психічних проявів аутичної дитини, за якими приховане відповідне комунікативне звернення до іншої людини.

Аутисти також можуть виявляти прохання, щоб їм допомогли та пожаліли їх. Коли під час діагностичної процедури педагог засовує під футболку дитини м’ячик чи маленьку іграшку, або чіпляє до

ноги брязкітці, це спонукає деяких дітей звернутися по допомогу до матері. І дитина тим чи іншим чином дійсно просить цієї допомоги, підходить до мами і, наприклад, повертається до неї тим місцем, де знаходиться іграшка.

Серед прикладів *експресивних повідомлень* – передусім істеричні прояви аутистів, які (якщо немає правильної реакції на них і спеціальної роботи щодо їх корекції) можуть у таких дітей бути в будь-якому віці. Якщо аутична дитина падає на підлогу чи б'ється головою об стіну, найчастіше це означає, що вона хоче щось змінити у своєму оточенні. На жаль, її спроби в комунікації настільки слабкі, що зрозуміти їх важко.

Можна навести більш змістовні приклади проявів аутичної дитини, які мають на меті викликати певне емоційне переживання:

Даша (5 р.) розпочинає класифікувати предмети, раптом говорить “мононець” (молодець) і відвертається від завдання. Так само коментує будь-яке заняття, яке їй не до вподоби. Виявляється, що дівчинку саме так хвалили по закінченні якоїсь справи, і цю фразу вона поступово почала асоціювати з кінцем заняття. Тому насправді під цією фразою вона має на увазі «Я хочу припинити це заняття».

Більшість батьків аутичних дітей і практиків відчувають, що аутисти хочуть спілкуватися, але не можуть. Для встановлення контакту з іншими людьми вони можуть використовувати такі своєрідні форми: ехолалію та безкінечні питання, відповідь на які вони знають самі і можуть практично не прислухатися до того, що кажуть “співбесідники”.

Але зовні такий контакт має форму спілкування: дитина сама підходить до іншої особи, або виголошує слова тоді, коли та проходить біля неї, наділяє свої мовленнєві прояви питальною інтонацією і може навіть дивитися в очі. За всіма ознаками видно, що така дитина прагне бути почутою і очікує певну (не стільки змістовну, скільки емоційну) реакцію з боку іншої людини.

Сама по собі безпосередня, або відтермінована ехололія (механічне повторення слів або речень) не основна характеристика аутизму¹¹, але в багатьох аутичних дітей з вербальною комунікацією є ознаки ехололії.

Так, дитина бачить, що педагог (жінка) збирається виходити з кімнати, і запитує: “Ти куди зібрався?” Це запитання є відтворенням тієї фрази, яку спрямовують до хлопчика батьки в подібних ситуаціях.

Так само начебто як комунікативна розгортається ситуація, коли Денис (5 років) задає питання: “А що це у Вас намальовано?” І показує пальцем на емблему, нанесену на спортивні штани педагога. Педагог запитує: “Як ти думаєш, що це?” Дитина відповідає: “Це пума”. Через деякий час хлопчик знову вказує на цю емблему, запитує: “Що це?” І сам відповідає: “Це пума”. І це повторюється ще кілька разів.

Типове для аутичних дітей, які вміють говорити, недоречно використовувати мовленнєві конструкції.

Катя (7 років), яка засвоїла вираз “Образив мене...” вживає постійно, кожного разу змінює при цьому ім’я свого “кривдника”: “Юлія Борисівна образила мене...”, “Мама образила мене”, “Петро образив мене”. Нова конструкція може настільки приваблювали дитину, що вона постійно вертається до неї в процесі виконання завдань або навіть під час улюблених занять.

Микита (6 років) з мамою заходить до кімнати, де сидить педагог. Мама вітається і запитує хлопчика: “Що треба сказати?” Хлопчик відповідає: “Дякую” (замість “Добрий день”). Тобто, в його свідомості закріпилася схема: на питання “Що треба сказати?”, яке мама задає, коли його чимось пригощають, йому треба сказати “Дя-

¹¹ Уважають, що приблизно половина аутичних осіб має вербальні навички. З них 75 % людей можуть чітко повторити фрази, тоді як останні 25 % мають ехололію, а фрази повторюють не так чітко.

кую”. У разі зустрічі з іншою людиною мама задає те саме питання, а хлопчик при цьому дає відповідь, яка пов’язана не з контекстом ситуації., а з мовленнєвою схемою.

Часто трапляються й такі прояви, як постійно і поза контекстом, але з розрахунком на присутність інших людей повторювані вислови заборонного характеру, наприклад: “не можна малювати на стінках (при цьому дитина виконує саме такі заборонені дії).

Можна констатувати, що за такого контакту не відбувається діалогу, але схоже на те, що задовольняється потреба аутичної дитини в спілкуванні на тому рівні, на якому це можливо для неї – є певний емоційний контакт, є увага, є просторова взаємодія.

Отже, ми бачимо різні форми комунікативних проявів, які реалізуються в структурі “Я – він” і забезпечують передачу деякого обсягу інформації другій особі.

Дивне поведження аутичних дітей у присутності іншої людини, або без неї, їх спонтанна вокалізація, інколи навіть – зв’язне мовлення, невідомо до кого звернене, викликали у нас припущення щодо можливих проявів у них так званої автокомунікації.

Якщо комунікація, це спілкування у системі “Я-інший”, то *автокомунікація¹² – це спілкування у системі “Я-Я”, особливий варіант спрямованої передачі повідомлення, коли є той парадоксальний на перший погляд факт, що суб’єкт передає повідомлення самому собі, тобто тому, кому воно вже й так відомо. Появу автокомунікації, зазвичай, пов’язано з вторгненням іззовні певних поштовхів і додаткових кодів, які мають часо-просторовий вимір [114].*

Коди, у яких переважає *часовий вимір* – це мірний ритм, що виникає за ритмічної ходи (так само, як під час їзди на коні, гоїдання корабля, у ритмі залізниці), ритмічній музиці, а дзюрчання струмка тощо.

¹² Автокомунікація – поняття, детально проаналізоване у межах семіотичної культурології Ю.М.Лотмана.

Своєрідний код, розгорнутий у *просторі*, – такі реалії зовнішнього світу, як повторювальний орнамент, візерунки на тканині, гра світла-тіні, мигтіння дерев або стовпів, що знаходяться вздовж траси тощо. Уторгнення зовнішнього ритму організує та стимулює автокомунікацію. При цьому ритм підноситься до рівня значень, а значення складаються в ритм.

Якщо зробити проєкцію на психічну організацію за аутичним типом, то слід зазначити, що подані “часові та просторові коди” для аутиста найбільш привабливі з усіх можливих речей навколишнього світу, але вони стають певною пасткою, що ловить увагу такої дитини, яка, наче зачарована, не може відірватися, або від споглядання цих елементів простору, або прислуховування до послідовності звуків, або від дій, які резонують з цими зовнішніми ритмами (одним з таких найвідоміших дієвих проявів аутистів є викладання будь-яких предметів у ланцюжок).

Головна особливість синтаксису автокомунікативного типу мовлення полягає в тому, що воно не утворює закінчених речень, а прагне до *безконечних ланцюжків ритмічних повторюваностей*, до багаторазовості. Стосовно аутистів, можна казати, що вони часто перебувають у своєму світі звуків. Інколи це постійно відтворювані звуки та звукосполучення, на кшталт “аг..ги, р..р, к..к..к, щ...щ...щ, ма-ма-ма-ма” тощо; можуть бути окремі слова (наприклад, «лампочка», «черепашка») або фрагменти з пісень. Занурені у процес ритмічних дій та мовленневих проявів аутисти начебто вилучені з реального життя, закриті щодо зовнішніх впливів, нездатні сприймати новий досвід.

Друга особливість аутокомунікативного мовлення – можливий брак значення, асемантичність. Прикладом цього може бути своєрідне “мимрення” (бормотання) аутистів, що виникає частіше за все під час їхніх повторюваних стереотипних дій, у якому можна розрізнити “уламки” слів, а також – не до місця нав’язливе використання певних слів.

Третя особливість синтаксису під час автокомунікації – здатність ставати організаторами асоціацій, при цьому інформація в системі “Я–Я” має тенденцію обростати індивідуальним значенням і отримує функцію організатора неупорядкованих асоціацій, які накопичуються у свідомості особистості.

Отже, зважаючи на те, що аутисти мають сильний вплив зовнішніх додаткових “кодів” і типові мовленнєві прояви, за формальними ознаками можна було б вважати, що вони майже постійно перебувають у процесі автокомунікації. Але якщо заглибитися в суть спілкування в системі “Я–Я” і його наслідки, то висновки будуть іншими.

Як зазначає Ю.Лотман, за рахунок ситуативного привнесення додаткового або нового коду відбувається змінення самої інформації, що зумовлює “зрушення контексту”, причому ця якісна трансформація змісту спричинює трансформацію її носія (“перебудова цього самого “Я”). Через це автокомунікативне спілкування притаманне митцям, науковцям, людям, які займаються так званими духовними практиками.

У веденні щоденникових записів, розгортанні внутрішнього монологу під впливом зовнішніх ритмічних кодів, певних медитативних заняттях можливе осягнення нових глибин свого внутрішнього світу, незнаних нюансів душевного руху, заглиблення в тонкі відчуття і переживання в стані, якого важко досягти у звичайному метушливому шумному житті. При цьому відбувається збагачення, розширення (приріст) особистісних можливостей. У таких варіантах автокомунікація виконує функцію самопізнання, саморозкриття, розвитку своїх прихованих можливостей.

Звичайно, у разі аутизму ми не можемо таке констатувати. Дієві прояви аутистів, які за всіма зовнішніми ознаками начебто перебувають у стані автокомунікації, не сприяють позитивному перетворенню їхнього “Я” передусім тому, що мають фіксований, обмежений характер. Через якісне порушення взаємодії з довкіллям аутисти (за допомогою просторово-часових кодів) начебто заглиблюються у свій

внутрішній світ, але насправді центральним змістом їхніх дій стає не внутрішній світ, а самі зовнішні коди.

І все-таки прояви аутистів, подібні до автокомунікативних, грають свою позитивну роль: вони спрямовані на уникнення руйнівного впливу зовнішнього середовища (зі своєю незрозумілістю й непередбачуваністю) і тому мають своєрідну регулятивно-захисну, або *аутопсихотерапевтичну* функцію, що сприяє заспокоєнню і підтримці певної психічної рівноваги осіб з аутичними розладами.

Отже, аналіз поданого матеріалу свідчить про те, що недостатньо твердити про якісне порушення комунікації як один з діагностичних критеріїв аутизму. Якщо розглядати такий відомий прояв аутизму, як “невикористання мовлення у комунікативних цілях” не як окремий симптом, а як характеристику цілісного неповторного розвитку, тоді можна зрозуміти, що це – важливий складник їх “самопрезентації” у світі, що перегукується з думкою одного з найвідоміших феноменологів: “відмова від спілкування – це теж одна з форм спілкування” [128].

За наголошенням на нездатності (інколи навіть помилково – на небажанні) аутистів спілкуватися приховано оцінене означення з позиції суб’єкта судження, якому “все відомо” і який виносить свій вирок. Коментар з позиції феноменології має зовсім інший сенс: дослідник як спостерігач констатує факт “відмови від спілкування” і припускає своєрідність комунікативної поведінки осіб, за якою є свобода неповторного самовиявлення, що може бути цікавим, хоча й, можливо, не до кінця зрозумілим. Принципова відмінність інтерпретації за феноменологічною настановою полягає в тому, що психічну подію оцінюють з позиції того, кого досліджують (з логіки розгортання його психічних процесів), а не того, хто досліджує.

Різноманітні прояви комунікації, притаманні дітям з розладами аутичного спектра, змушують тих, хто зацікавлений у їхньому розвитку, бути чуйними до незвичних форм цих проявів і вчити їхню мову, тільки за якої й можна налагоджувати справжню комунікацію з ними.

2. Обмежені, повторювальні та стереотипні моделі поведінки, інтересів, дій

Ситуація діагностування аутичних дітей допомогла виявити такі притаманні їм ознаки, як: складність розпочати дії й виконувати завдання, інколи – відірватися від розпочатого тривалого заняття (напр., викладання багатоелементної складанки, або класифікації предметів) і переключитися на інший вид діяльності; різні форми протесту, небажання (на кшталт апатії), відволікання; у деяких випадках – хаотичну рухову активність (або брак активності); складність рухового виконання завдань (напр., на ритмічне повторювання: підняти руку, доторкнутися до носа, підняти одну руку догори, а іншою – доторкнутися до носа), специфічні орієнтувальні дії у просторі (поведінка у приміщенні), за якої одні діти поверхнево (начебто випадково) натикаються на різні предмети, не затримуючись у маніпуляціях на жодному з них, інші – шукають привабливу для себе іграшку і вже не кидають її (часто це бувають машинки, пазли, складні іграшки, у яких є рухливі частини або кнопки тощо).

Деякі завдання діти з розладами аутичного спектра начебто й непогано виконують. Так, вони можуть наслідувати діям дослідника щодо використання певних предметів (таких, як цвях, м'яч, ключ, барабан), можуть нанизувати кульки на мотузку, повторити певну дію (напр., за допомогою дорослого “нагодувати” іграшкового крокодила), навіть – намалювати людину.

Але якісний аналіз дій аутичних дітей дає змогу розкрити їхню однотипність (жорстку схему) і частіше за все – високе психоемоційне напруження при цьому. Окрім цього спостерігаємо непослідовність виконання завдань (що ускладнює об'єктивне дослідження таких дітей), а також особливі прояви в проміжках між виконанням вправ:

Петро (7 років), який вмів читати, писати, абсолютно адекватно відповідати на питання й формулювати свої прохання у ввічливій формі, час від часу вскакує, однотипно вигукує гортанні звуки, бігає взад-вперед і махає п'ястями рук.

Це схоже на деяку “сенсорну гру”, яка виконує певну функцію: стимулює периферійний зір, слух, дотикові або кінестетичні відчуття. Уважають, що це так звана аутоstimуляція, активне вибіркове відтворення приємних сенсорних відчуттів, коли дитина несвідомо насичує себе певними інформаційними сигналами, з одного боку, а з іншого – заглушує неприємні обставини зовнішнього світу. Тому йдеться про те, що під час аутоstimуляції дитина не взаємодіє з до-вкіллям, а начебто виокремлюється з нього.

Ми також мали змогу часто спостерігати проблемну поведінку (якщо застосувати вираз поведінкової психології) аутичних дітей у випадках, коли порушено звичний плин речей (це не завжди виявлялося під час обстеження дитини, а стосувалося ситуації зустрічі з нею загалом):

Назар (7 років) звик натискати на кнопку дзвоника, чути його звук, після чого – заходив з бабусею до Центру. Одного разу у приміщенні не було світла. Коли хлопчик натиснув на кнопку дзвоника, він не почув звичного звуку. Він ще і ще раз намагався викликати очікуваний сигнал, але все даремно. Двері вже було відкрито, з обох боків, і бабуся, яка була біля Назара, і педагоги, які були за порогом, різними способами намагалися заспокоїти і домовитися з ним, відволікти, придумати допоміжні засоби зміни його поведінки, але все даремно. Не почувши дзвоника, хлопець нізащо не хотів заходити і всі спроби домовитися відкидав. Так пройшло 10 хвилин, аж тут увімкнули електрострум, і Назар здійснив свою звичну схему дій.

Микола (7 років) і на вулиці, і вдома звик ходити у туфлях, при цьому уважав, що навіть вдома ходити у домашніх капцях непристойно. Коли він з мамою прийшов до Центру, з'ясувалося, що вони забули вдома туфлі для перевзування. Ні в чужих капцях, ні у шкарпетках хлопець категорично не схотів заходити. І тільки коли педагог запропонував вдягнути на його туфлі целофанові пакети (на киталт бахіл), хлопець погодився.

До усіх описаних вище проявів у науковій літературі, присвяченій аутизму, закріпилося єдине визначення – стереотипії. Наш аналіз подібних поведінкових проявів дітей з розладами аутичного спектра сприяв розумінню того, що стан “схопленості” дітей певними моделями дій у них різний, і навіть у контексті проявів однієї дитини можна казати про такі відмінності. На нашу думку, найвідповідніші наукові поняття, які допомагають установити диференційний підхід до жорстких обмежених дій індивіда, опрацьовано в теорії фіксованих форм поведінки (ФФП) [70]. Серед ФФП вирізняють стереотипії, персеверації і ригідності, які мають різний ступінь вираженості фіксації.

Найбільш клінічно виражено фіксовані форми поведінки – це *стереотипії*, що утворюють жорстку, передбачувану та високоорганізовану послідовність рухових актів. Йдеться про те, що особи, які мають стереотипні рухи чи мислять стереотипами, повністю виокремлені від загальної ситуації навколишньої дійсності. Стереотипії можуть мати зовнішньо різноманітний характер: своєрідні гримаси (безпричинна посмішка, витягування рота у хоботок), рухи руками (погладжування по обличчю, плескання тощо), усього тіла (напр., розгойдування), своєрідні пози чи хода, одноманітні повтори певних зворотів мовлення чи фраз. Почавшись, стереотипні прояви будуть тривати, навіть якщо в середовищі виникнуть зміни, унаслідок яких ця поведінка перестане бути доречною.

Персеверації є менш фіксованими формами поведінки. Це порушення структури дії (процесів, станів, актів) за одночасного послаблення уявлення про ціль дії. Персеверації зумовлено психічною інерцією як нездатністю до швидких переключень.

Ригідність також зумовлює порушення структури дії, але за неї уявлення про ціль дії збережене. Уважають, що ригідність зумовлено більше не психічними, а особистісними особливостями: упертістю, “вужькістю мислення”, за якого людина не сприймає нового, не розуміє його значення, іноді побоюється його як чогось невідомого, чинить опір змінам.

Чим більш виражені ФФП, тим сильніше блоковано канали виходу в зовнішнє середовище та ігноровано можливості самореалізації, які відкриваються у взаємодії людини з довкіллям.

3. Якісні порушення соціальної взаємодії

У тестових завданнях можна спостерігати, що в аутичних дітей практично нема таких соціальних функцій, як зоровий контакт, указівний жест, бажання контактувати або гратися разом, прохання допомоги, готовності відповідати на питання педагога. При цьому слід зазначити, що такі діти не “вилучені” із ситуації контакту: можна спостерігати за їх (можливо, незвичними) реакціями на іншу людину. Вони можуть реагувати на присутність дослідника (їм і боязко, і одночасно цікаво), на його голос (мружать очі, відвертають голову, посміхаються), інколи (нехай непослідовно) реагують на жести, можуть самі попрощатися (при цьому, правда, не дивитися в очі), навіть сідають на коліна досліднику, можуть виконати дію, якої їй навчив педагог (погодувати іграшкового крокодила).

Загалом, можна констатувати, що аутичні діти, безперечно, контактують і зі світом людей, і зі світом предметів, тільки їхні прояви вражаюче несхожі на те, як це роблять усі інші діти.

Тому базовою ознакою аутичного розладу (ядром ідеального типу) ми визначаємо таке *концептуальне ціле*, як **якісне порушення системи взаємодії з довкіллям**.

Виявлені в аутичних дітей системні розлади щодо взаємодії з довкіллям зумовили наше звернення до опрацьованого в кращих традиціях гуманістичної психології та педагогіки програми навчання й виховання дітей [23], за яким виокремлено чотири основні сфери життєдіяльності: “Природа”, “Культура”, “Люди” і “Я Сам”.

Сфера “Природа” формує елементарний природоцільний світогляд, має ціннісно-змістову наповненість за екологічним і природничим напрямками, сприяє усвідомленню дитиною себе як частки природи, формує відчуття відповідальності за те, що відбувається навколо неї і внаслідок її дій у довкіллі.

Сфера “Культура” вводить дитину у світ практичної та духовної діяльності людини, розвиває потребу в реалізації власних творчих здібностей, навчає діставати задоволення від процесу та результатів своєї діяльності, використовувати предметні, ігрові, художні засоби і співвідносити їх з ціллю та змістом діяльності. Компетентність в ігровій діяльності визначаємо розвиненістю ігрових умінь дитини, здатністю використовувати адекватні ігрові атрибути та іграшки, спрямованістю ігрового партнерства, рівнем засвоєння нею ігрових правил. Предметно-практична, ігрова, художня діяльність залежить від досвіду спілкування з дорослими та власної пізнавальної активності.

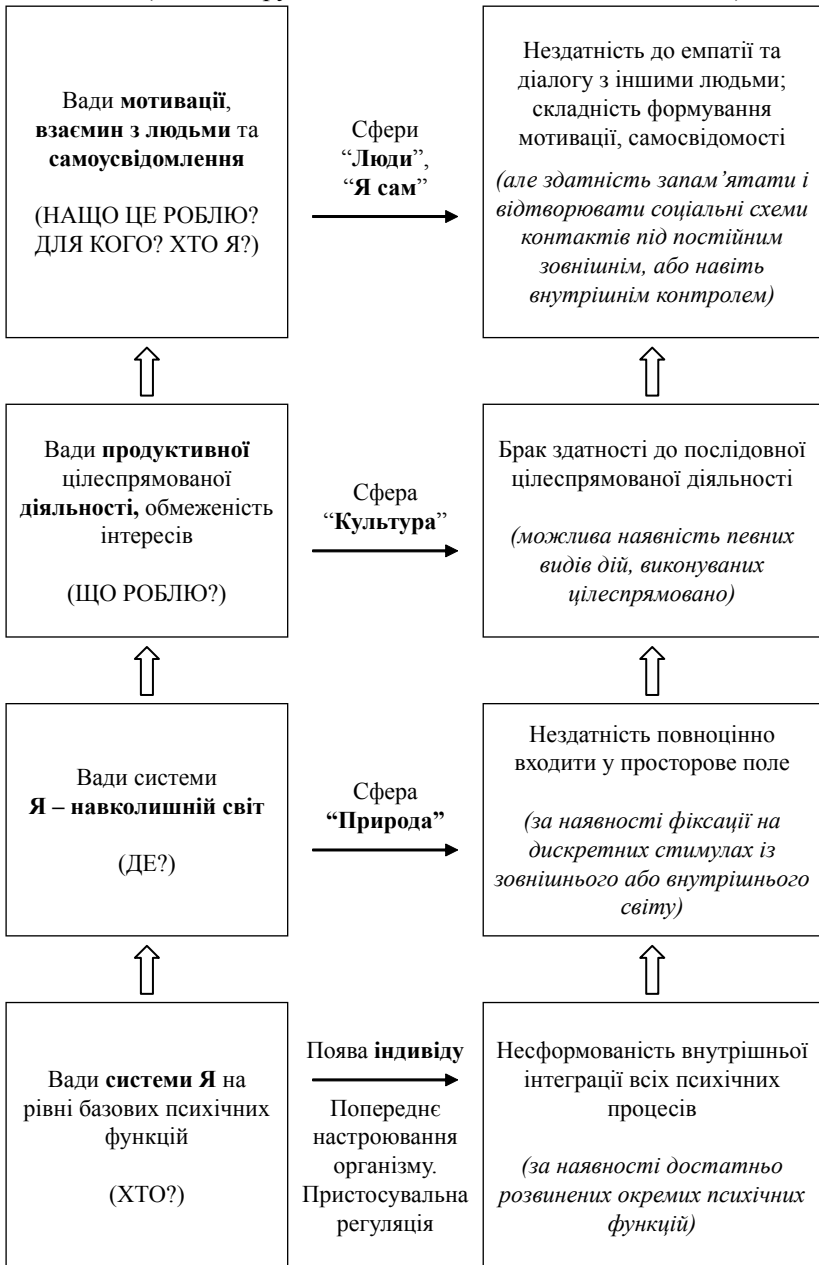
Сфера “Люди” формує соціальну компетентність: навчає диференціювати людей за ознаками віку, статі, спорідненості; поводитися в межах дозволеної поведінки, оволодівати культурою діалогу, адекватно реагувати на вчинки і слова інших, дотримуватись правил хорошого тону, співпереживати і співдіяти. Визначальним є спілкування як чинник особистісного становлення (через системне порушення спілкування аутична дитина – у недостатньому ступені соціальна особа).

Сфера “Я сам” відкриває дитині світ власного внутрішнього життя, прагнень, думок, переживань; допомагає зіставити свої бажання з можливостями; привертає увагу до особливостей власного фізичного, психологічного та соціального розвитку.

Йдеться про те, що повноцінне освоєння цих складників життєдіяльності сприяє становленню цілісного збалансованого розвитку дитини, при чому, головним орієнтиром виступає не стільки спрямованість озброїти дитину системою галузевих знань, скільки наукою життя.

Змістовне дослідження з орієнтиром на розкриття цілісної картини психічного розвитку дитини з аутизмом дало змогу опрацювати модель розладів аутичного спектра як різнобічний вияв труднощів її самореалізації у названих сферах життєдіяльності:

Модель розладів аутичного спектра
(якісне порушення системи взаємодії з довкіллям)



У лівій колонці поданої моделі схематично відтворено головні етапи становлення особистості в онтогенезі. Права колонка відображає узагальнену картину сформованих і несформованих психічних явищ у дітей з порушеннями аутичного спектра, що розкриває унікальність і неповторність їхньої психічної організації на різних рівнях життєдіяльності.

Ідея моделі базується на концепції М.О.Бернштейна, якої ми послідовно притримуємося у своїй праці як закону становлення індивіду в онтогенезі: базові психічні функції системи “Я” відтворюють *рівні А і В*, система “Я – навколишній світ” – *рівень С*, продуктивна діяльність – *рівень D*, взаємини з людьми і самоусвідомлення – *рівень E*.

Аналіз змістовних складників моделі дає змогу зрозуміти специфічну для аутизму дезадаптацію як порушення здатності адекватного пристосування до довкілля. Якщо для життя будь-якої живої істоти (як про це писав ще видатний фізіолог і мислитель І.М. Сеченов) характерна кооперація двох чинників – певної організації, яка змінюється (постійне оновлення елементів), і дій іззовні, то в аутичних дітей нема цього “постійного оновлення елементів” як усередині, так і у взаємодії з іншими системами. Йдеться про порушення гармонії внутрішніх станів і зовнішніх дій, унаслідок чого поведінку детермінує тільки внутрішній стан (без урахування об’єктивних вимог зовнішньої ситуації).

Таке *порушення зворотного зв’язку* має численні наслідки. Одним з них саме і є прагнення до гіперстійкості (надлишкової стійкості), іншими словами, “ригідизація”, застигання, закритість, про що свідчить наростання кількості фіксованих форм проявів [69]. У такому випадку організм або не реагує на зовнішній світ, або, якщо реагує, то не в його поняттях, а тільки в поняттях своїх власних процесів мислення й почуттів. Порушення механізму зворотного зв’язку призводить до втрати значень і сенсу практично усього, що перебуває в навколишній дійсності, браку правильної послідовності розгортання орієнтувального рефлексу і пізнавальної діяльності.

У психології встановлено взаємозумовленість порушень пізнавальної активності й афективних психопатологічних проявів, яка має реципрокний (взаємий) характер: зниження рівня дослідницької поведінки посилює вираженість тривоги та страху й навпаки. Як відомо, тісний зв'язок між такими пізнавальними та емоційними функціями типовий за аутизму.

Психоемоційні прояви більшості аутичних дітей нагадують таку дезадаптивну форму інстинктивної поведінки, як адаптаційний (психовегетативний) синдром, що позначається на порушеннях інстинктів самозбереження та оборонної поведінки, регуляції сну–спання, активності в цілому. Так формується патологічне коло взаємного зумовлення та підтримки психовегетативних порушень і захисних форм поведінки [145].

Феномен аутоагресії також формується як наслідок комплексної дезадаптації, адже аутоагресивні прояви є реакцією на екстремальну ситуацію. Якщо дезадапована людина не може змінити ситуацію, у якій вона відчуває себе украй погано, вона прагне змінити себе у цій ситуації; тоді її поведінка має аутоагресивну спрямованість. У цьому контексті найважливіше зрозуміти, для чого така поведінка здійснюється, яку функцію в активності певної особи вона виконує?

Нездатність аутичних осіб повноцінно взаємодіяти з навколишнім світом безперечно позначається і на їхній пізнавальній сфері. Оскільки вони не усвідомлюють увесь контекст дійсності, у якій знаходяться окремі предмети, то не можуть установлювати узагальнення на підставі єдності зв'язків між складниками довілля. За теорією формування понять в онтогенезі, опрацьованої Л.С. Виготським [49], можна припустити, що такі особи залишаються на етапі сформованих «псевдопонять» як конкретної форми комплексного мислення, для якого характерне внутрішнє протиріччя: зовні ці утворення подібні до поняття, але в ньому немає єрархічних зв'язків і відносин, тому, за Л.С.Виготським, – це «тіні поняття», його «контурі».

Діти без ускладнень психофізичного розвитку також мають період утворення “псевдопонять”, але в подальшому для них могутнім

чинником формування справжніх понять стає мовленнєве спілкування з дорослими та вдосконалення взаємодії з довкіллям. Але аутичні діти, які не спроможні повноцінно спілкуватися та поступово синтезувати в одну цілісність взаємопов'язані складники поняття, навіть у зрілому віці оперують тими самими «псевдопоняттями», безпосередньо пов'язаними з конкретно-фактичними ознаками предметів. Саме тому, можливо, навіть ті аутисти, які функціують на високому рівні, неспроможні абстрагуватися від безпосередньої системи значень, не розуміють підтекст, непряме значення слова, метафору тощо. Як зазначав О.Р. Лурія, здатність оцінювати внутрішній підтекст – це особлива частина психічної діяльності, яка може абсолютно не корелювати із здатністю до логічного мислення. Система логічних операцій у пізнавальній діяльності і система оцінки глибокого сенсу тексту, за висновком науковця, – зовсім різні психологічні системи. Дж.Гілфорд також розглядав соціальний інтелект як систему інтелектуальних здібностей, не залежних від чинника загального інтелекту і пов'язаних передусім з пізнанням поведінкової інформації.

Виявлені у дитини з аутизмом проблеми у розвитку психічної організації уможливають розуміння її особливостей щодо сприймання та інтерпретації інформації, її контакту зі світом, зокрема, та її взаємодії з іншими людьми.

ВИСНОВКИ

Підґрунтя нашого наукового дослідження, виконаного на засадах феноменологічного підходу – системний підхід, об'єднана теорія психічних процесів і теорія координаційних рівнів.

Якщо координаційні рівні допомагають з'ясувати вертикальний зріз цілісної психічної організації, то її горизонтальний вимір визначають складники психічної тріади: когнітивні, емоційні й регулятивні процеси.

За нашою моделлю психічної сфери розроблено діагностичну методичку, яка має три блоки діагностичних завдань, відповідних психічній тріаді; у кожному блоці закладено завдання за п'ятьма координаційними рівнями М.О.Бернштейна.

У пілотажному дослідженні взяло участь 3 групи дітей: дітей з порушеннями аутичного спектра (12 осіб), діти з нормальним типом розвитку (10) та діти з порушеннями розумового розвитку (10).

У ході виконання діагностичного тесту у обстежуваних встановлено суттєві відмінності між показниками дітей з різних вибірок, а також характерні для аутичних дітей прояви за координаційними рівнями. З'ясовано можливості й обмеження осіб з порушеннями аутичного спектра щодо кожного складника психічної організації, також – особливості таких характерних для аутичних дітей, як стереотипії, неадекватність і нерівномірність розвитку.

Виконане пілотажне дослідження дало змогу вдосконалити розроблену методику: спростити її структури, звести до найінформативніших параметрів і переструктурування завдань так, щоб вивчення кожного зі складників психічної тріади відбувалося як за допомогою завдань з інструкціями, так і одиниць спостереження.

Ціль опрацьованої на підставі зазначених удосконалень діагностичної методики, яку названо “Інтегральна оцінка розвитку дитини” – з’ясувати особливості розвитку аутичної дитини в контексті її цілісної психічної організації.

Обстеження виконано на вибірці 65 дітей з порушеннями аутичного спектра від 3,5 до 7 років. Оброблені емпіричні дані сприяли виокремленню трьох груп аутичних дітей за станом їх психічного розвитку. Ці групи ми умовно назвали “функційними” як такими, які мають важливе практичне значення, особливо – щодо опрацювання для них індивідуальних корекційних програм розвитку.

Аналіз отриманих результатів дав можливість зробити важливі висновки щодо особливостей функціонування складників психічної організації у аутичних дітей: у межах кожної з трьох функційних груп усі елементи психічної тріади розвинено приблизно однаково, що підтверджує розуміння аутизму як первазивного порушення і спростовує уявлення про переважно емоційні (афективні) або когнітивні вади розвитку за нього; на кожному рівні розвитку психічних процесів у аутичних дітей є як сформовані, так і несформовані

функції; що говорить про наявний за аутизму нерівномірний стан розвитку і свідчить про некоректність висновків про їхній інтелект як нижчий або вищий за вікову норму; суттєва відмінність за когнітивними процесами з'являється у представників так званих високофункційних аутистів (порівняно з досліджуваними дітьми перших двох груп), і головний чинник цього – розвинене мовлення і здатність до часткової комунікації; найвищий рівень з усіх можливих досягають у структурі психічних явищ когнітивні функції, і це знову свідчить про те, що навчання аутичних дітей – простіше завданням, аніж їх виховання.

Ураховуючи особливості тонічної регуляції в психічній організації дітей, ми виокремили не 3, а 6 функційних груп *Ia* – низькофункційні аутисти, у яких гіпотонус, *Iв* – низькофункційні аутисти, у яких гіпер- або нерівномірний тонус; *IIa* – середньофункційні аутисти з гіпотонусом; *IIв* – середньофункційні аутисти, у яких гіпер- або нерівномірний тонус; *IIIa* – пасивні високофункційні аутисти та *IIIв* – активні високофункційні аутичні особи.

Завдяки якісному аналізу розкрито: особливості таких видів спрямованої передачі повідомлення аутичними дітьми, як комунікація і автокомунікація; фіксовані форми поведінки (серед яких – стереотипії, аутоагресія тощо); рівень “псевдопонять” у мисленнєвій діяльності.

Базовою ознакою аутичного розладу (ядром ідеального типу) ми визначаємо таке концептуальне ціле, як якісне порушення системи взаємодії з довкіллям.

Змістовне дослідження з орієнтиром на розкриття цілісної картини психічного розвитку аутичної дитини уможливило опрацювання моделі розладів аутичного спектра як різнобічний вияв труднощів самореалізації аутичних дітей в таких сферах, як “Природа”, “Культура”, “Люди”, “Я сам”. Розгорнена модель особливих проявів дітей з розладами аутичного спектра на різних рівнях життєдіяльності дає змогу зрозуміти унікальність аутизму як способу існування.

РОЗДІЛ 6.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

*Людська істота існує
як ансамбль можливостей*
Медард Босс

6.1. Програма психологічної корекції цілісного розвитку аутичних дітей

На відміну від дітей з так званим нормальним типом розвитку, аутична дитина не здатна до безпосереднього опанування способами взаємодії з довкіллям, тому їй треба вчити усьому: спілкуватися, грати, учитися, піклуватися про себе тощо. За словами аутичного чоловіка, Джима Сінклера, головна відмінність аутичних людей від інших полягає у знанні, яким інші люди володіють без спеціального навчання. Тому особі з розладами аутичного спектра важко бути такою, як усі. Водночас їй надзвичайно важко, а часом неможливо стати *самою собою*, усвідомити себе у всій своїй особистісній неповторності.

У своїй корекційній роботі ми спираємося на дві групи психолого-педагогічних заходів: 1) технології, методи та методики, розроблені фахівцями різних країн і різних напрямів; 2) систему корекційної роботи, що базується на нашому власному досвіді¹³. Ураховуючи експериментально встановлені нами функційні типи,

¹³ Навчання у фахівців різних країн та досвід систематичної корекційної роботи разом з психолого-педагогічною командою Громадської асоціації підтримки осіб з аутизмом “СОНЯЧНЕ КОЛО”.

корекційні орієнтири дещо різняться. Узагальнено зв'язок “функційний тип” – напрями корекційної допомоги подано в наведеній нижче таблиці:

Таблиця 15

Застосування терапевтичних методик
відповідно до функційного типу аутичної дитини

ТИП 1 “Низькофункційні”	
Корекційні програми	1а Гіпотонічні
	1в Гіпертонічні та з нерівномірним тонусом
	Кінезотерапія, певні нейропсихологічні методи
	Холдинг-терапія (модифікація М.М.Ліблінг), певні нейропсихологічні методи
	АВА, «Метод вибору» (метод “Son-Rise”), метод Міфне, ТЕАССН, середовищний підхід, корекція афективної сфери, РМС, арт-терапевтичні методи, сенсорна інтеграція, анімалотерапія
ТИП 2 “Середньофункційні”	
Корекційні програми	2а Гіпотонічні
	2в Гіпертонічні та з нерівномірним тонусом
	Кінезотерапія, певні нейропсихологічні методи
	Холдинг-терапія (модифікація М.М.Ліблінг), нейропсихологічні методи
	частково АВА, ТЕАССН, середовищний підхід, корекція афективної сфери, РМС, арт-терапевтичні методи, сенсорна інтеграція, анімалотерапія
ТИП 3 “Високофункційні”	
Корекційні програми	3а Пасивні
	3в Активні
	Тренінг соціальних умінь
	Театральні студії
	Середовищний підхід, корекція афективної сфери, ТЕАССН, “Терапія повсякденним життям”, музично-ритмічні ігри (ігри-діалоги), вокально-руховий ігротренінг, танцювально-рухова терапія, арттерапевтичні методи, сенсорна інтеграція, анімалотерапія

У наведеній таблиці подано наше бачення доречності застосування певних корекційних підходів і методів (зміст більшості з яких розкрито у 3 розділі) відповідно до типу розладів аутичного спектра у дитини. Серед них є такі, у яких ураховано різний стан розвитку аутичних дітей. Тому певні їх змістовні частини або вправи можна застосовувати до всіх груп дітей. До таких засобів корекції належать: нейропсихологічні методи, середовищний підхід, корекція афективної сфери, ТЕАССН.

До деяких видів корекційних занять традиційно залучають аутичних дітей незалежно від особливостей їхнього психічного розвитку. Це арт-терапевтичні методи, сенсорна інтеграція, метод Томатіс, а також – анімалотерапія. Є також допоміжні методи, що їх застосо-

вують за певних обставин у роботі з такими дітьми, наприклад, коли дитина взагалі не розмовляє, варто навчати її за допомогою методів альтернативної чи підтримувальної комунікації.

Подані нами корекційні методи відповідно до функційного типу аутичної дитини, зрозуміло, мають орієнтовний характер. При цьому доречно підкреслити, що працює не метод, а фахівець, який володіє певним методом, тому йдеться про ефективність не методу, а педагога, який відчуває, який засіб корекції розвитку варто застосувати для дитини (при тому в даний конкретний момент), а також уміє це зробити найкращим способом.

Корекційна робота як цілісна усвідомлена діяльність, що базується на нашому власному досвіді, – це результат засвоєння й опробування різних підходів і засобів корекції у роботі з аутичними дітьми, аналізу, систематизації й переосмислення сутності процесу психолого-педагогічного втручання в процес розвитку особистості. За результатами узагальненого досвіду ми розробили Програму психологічної корекції цілісного розвитку аутичних дітей.

Стратегічне завдання Програми – здійснити позитивне перетворення здатності аутичних дітей до продуктивної взаємодії з довіллям.

Тактичні завдання – розробити методи, психокорекційні техніки, форми проведення корекційної роботи, підбір і комплектування груп, визначення тривалості й режиму занять.

Методологічна основа нашої Програми – гуманітарна парадигма, якій притаманне таке:

- 1) особливе ставлення до дитини в контексті її унікальності, цілісності та неоднозначності проявів;
- 2) відмова від планів, які нав'язують жорсткий заданий напрям втручання в дійсність;
- 3) особливі вимоги до педагога, який виконує корекційний процес. У роботі з аутичною дитиною важливо вибудовувати систему стосунків, за якою дитину сприймають як унікальну особистість, яка заслуговує на повагу. Важливо розуміти та при-

ймати дитину, і тільки за цих умов з нею можуть відбуватися зміни на всіх рівнях.

Наявні в тої чи іншої дитини сформовані процеси та функції можуть ставати ресурсами її розвитку, а несформовані складники психіки – мішенню для корекційної роботи. Це дає підстави для розроблення індивідуальних програм розвитку, основні принципи яких: 1) опора на збережені психічні функції та процеси, ресурси розвитку; 2) послідовне опрацювання фундаментальних процесів і станів, без оптимального функціонування яких неможлива “пробудова” психічних функцій на вищих рівнях.

Наша корекційна робота спирається на принципи: системності корекційних, профілактичних і розвивальних завдань; єдності діагностики та корекції; пріоритетності корекції чинникового типу; діяльнісний принцип корекції; урахування вікових, психологічних та індивідуальних особливостей дитини; комплексності методів психологічного впливу; активного залучення соціального оточення до участі в корекційній програмі; опори на різні рівні організації психічних процесів; програмового навчання; зростання складності; урахування обсягу і ступеня різноманітності матеріалу; урахування емоційного забарвлення матеріалу тощо [140].

Систематична робота корекційно-розвивального напрямку дала змогу виокреслити *основні методичні засади* нашої Програми:

- створення атмосфери радості й успіху;
- орієнтир на повноцінне долучення кожної дитини до навчально-розвивальної діяльності на заняттях у мікрогрупі;
- урахування інтересу дитини (“йти за дитиною”), виявлення сильних її проявів, використання її мотивації в розвивальних цілях;
- опрацювання базових складників психічної організації дитини (передусім таких фундаментальних властивостей, як тонічна організація та почуття рівноваги).

Власний метод корекційно-розвивальної роботи з аутичними дітьми, названо “*керована взаємодія у мікрогрупах*”. Якщо визначати місце нашого підходу серед наявних методів корекції розвитку

аутичних дітей (підрозділ 3.6.), то він найбільше відповідає ігровим методам психолого-педагогічного впливу (метод “Son-Rise”, Розвиток міжособистісних стосунків, метод “Міфне” тощо), а саме – орієнтацією на інтереси дитини, прагненням використовувати її мотивацію, вчитися розуміти особливості сприймання нею докільця та ті знаки комунікації, які вона подає, активізацією її проявів з опорою на такий природний (і провідний для дітей) вид діяльності, як гра з усіма її особливостями – легкістю й розмаїттям спілкування, імпровізаційністю проявів, гнучким підлаштуванням до партнерів, отриманням досвіду радісної і продуктивної спільної діяльності.

Організація розвивального середовища саме в мікрогрупі відповідає одній з провідних ідей Л.С.Виготського – концепції соціальної ситуації розвитку. Ця ситуація як неповторний, специфічний зв’язок між дитиною й середовищем визначає: 1) об’єктивне місце дитини в системі соціальних стосунків і відповідні очікування та вимоги, що висуває до неї суспільство; 2) особливості розуміння дитиною займаної нею соціальної позиції та своїх взаємин з навколишніми людьми. Такою ситуацією розвитку є не тільки родина, яка виховує дитину, а також те соціальне середовище, у яке вона потрапляє. У наших силах створити на корекційних заняттях таку сприятливу для розвитку аутичних дітей атмосферу, за якої могутнім чинником впливу стають взаємостосунки між дітьми з одного боку, та між дітьми й педагогами, з іншого та налагоджена взаємодія в мікрогрупі.

Як стверджує американський психолог, засновник і директор Центру ігрової терапії Гаррі Лендрет (Garry L. Landreth), базис усіх терапевтичних змін – це система взаємин з дитиною.

Відповідність між ситуаціями навчання та взаємодії розкриває американський соціолог, засновник символічного інтеракціонізму Джордж Герберт Мід (George Herbert Mead). Сенс взаємодії визначають лише за умови долученості до певної загальної діяльності, у якій формуються процеси комунікації, взаєморозуміння, міжособистісні стосунки. Властива системі міжособистісних стосунків емоційна основа, що породжує різні оцінки, орієнтири, настанови партнерів щодо спільної діяльності, надає особливий характер цій взаємодії.

Становлення людського “Я” також відбувається в ситуації спільної діяльності, взаємного спілкування; своєю чергою, інтеріоризація (“вращення”, перехід у внутрішній план) діалогу – це джерело розумової активності людини.

Отже, формою нашої корекційної роботи є комплексні заняття у мікрогрупах: музичні, образотворче мистецтво, ігрові, психомоторні



тощо, але головні зусилля педагогів спрямовано на те, щоб усіма засобами впливати на становлення здатності дітей до взаємодії. Для цього використовуємо будь-яку можливість, щоб діти бачили, чули, відчували один одного, уміли радіти один одному і розуміли, що разом – веселіше й цікавіше. Повноцінно долучатися в розвивальне середовище кожній дитині допомагає окремий педагог. Але це не означає, що помічник буде той самий.

Ми прагнемо до того, щоб фахівців було стільки ж, скільки дітей. І хоча у деяких дітей виникають певні прихильності до когось з педагогів, доцільно різноманітнити контакти дитини, збагачувати її досвідом взаємодії з різними людьми. Тому в той чи інший момент дитину “підхоплює” певний педагог, заохочуючи її долучатися до спільної діяльності.

Для навчання дитини певним навичкам інколи один з педагогів активізує її увагу й емоційно формулює завдання (або розпочинає якусь гру), а другий допомагає дитині виконувати потрібні рухи. У процесі надання допомоги надзвичайно важливо поступово знижувати її інтенсивність, коли педагог надає напрям руху, активізуючи саму дитину, що сприяє розвитку самостійності і впевненості дитини у собі.

Помічник допомагає дитині також орієнтуватися в певній ситуації, враховувати її контекст і відповідно діяти. За таких обставин у



дитини формується ставлення до себе як до суб'єкта діяльності (“я можу”) і розуміння своєї здатності до активних дій (“я зробив”).

Для формування у дитини усвідомленого образу власного тіла, образу фізичного “Я” доречні різноманітні ігри, у яких частини тіла виступають як окремі учасники (історії про пальчики, розігрування сюжетів на тілі (активізація тактильних і пропріоцептивних відчуттів); певні ігри (типу “злови свою руку, ногу”); відбиття ритмів на грудях під вірші (спочатку спільно з дорослим, а потім самостійно), проспівування з одночасним постукуванням по грудях; вправи, які допомагають усвідомленню себе через дихання; різноманітні ігри з дзеркалом (коли звертають увагу дитини на те, що вона робить; одночасно дорослий може додавати свій коментар); вправи, спрямовані на формування дворучної діяльності, реципрочної взаємодії, а нада-

лі – на підтримку формування провідної руки та перенесення через “середню лінію” (вертикальної осі тіла). Усе це сприяє “запуску” механізмів ланки саморегуляції.

Педагог-помічник стає також емоційною, інколи й тілесною, опорою для дитини; коментує її дії; стежить за тим, щоб вона повноцінно долучалася до взаємодії і з ним, і з тими дітьми, які поряд, відчувала й помічала те, що відбувається навколо.

Для цього погляд дітей спрямовуємо у такому керунку, який важливий для комунікації (інколи достатньо повернути голівку дитини, інколи – з рук зробити “шори” біля дитячих скронь, щоб піймати їх погляд), діалоги між ними активізуємо, стимулюємо повторювати прості слова, і якщо діти не відгукуються, відповідаємо самі за них. І хоча закріплення певних словесних формул, доречних у контексті тієї чи ін-



шої ситуації не відбувається у аутичних дітей одразу, таку “діалогову стимуляцію” варто послідовно здійснювати, знаючи, що вони здатні все зрозуміти, засвоїти і почати застосовувати. На заняттях використовуємо також численні вправи, які потребують взаємодії дітей між собою, а також – дитини та дорослого (тілесні контакти, де є перехресні дотики долонями та ступнями, контакти спиною, чолом, руками тощо, вправи на розвиток почуття опору й багато іншого).

Деякі діти на перших порах можуть здійснювати певний опір таким контактам, але достатньо їм кілька разів бути присутніми в кімнаті, де інші діти із задоволенням долучаються до такої взаємодії (при цьому педагог-помічник так чи інакше зацікавлює тим, що відбувається), як у них також з'являється спочатку цікавість, а потім – і бажання це робити.

Зважаючи на неузгодженість функціонування у аутичної дитини різномодальних органів чуття, інколи виникає потреба на заняттях



допомагати їй не тільки щось робити, але й одночасно бачити цей процес (розвиток зорово-моторної координації). Для відпрацювання цієї навички потрібна допомога двох фахівців одночасно.

Якщо дитина почала щось робити на підлозі, педагог приєднується до її дій,

поступово надаючи їм соціально бажаного характеру.

Дуже важливі в навчанні аутичної дитини (як і будь-якої іншої дитини) такі якості педагога, як послідовність, наполегливість і вимогливість. Варто пам'ятати: домагаючись від дитини правильної цілеспрямованої діяльності, ми формуємо здатність до адаптивної поведінки за певними правилами, що допоможе їй учитися, взаємодіяти і пізнавати світ.

Опрацьовано методичні засоби щодо занять з аутичними дітьми:

- більшість завдань варто пропонувати дитині в наочній формі;
- пояснення мають бути простими, повторюваними кілька разів, з тією самою послідовністю, з тими самими виразами;
- мовленнєві інструкції потрібно виголошувати голосом різної гучності, звертаючи особливу увагу на тональність;
- не бажано говорити з дитиною гучним голосом. У процесі спілкування з дитиною інколи доцільно переходити на шепітне мовлення;
- після виконання завдання психолог повинен обов'язково звернути увагу дитини на її успіхи. Навіть мінімальна ініціатива аутичної дитини потребує обов'язкового заохочення.

Варто підкреслити, що хоча наведені засоби узгоджені з психічними особливостями аутичних дітей, вони не універсальні. Доцільність застосування їх у практичній роботі залежить від того, чи матимуть вони терапевтичний ефект у кожному випадку.

Основні орієнтири системи корекційних заходів подано в наведеній моделі:

Модель 4

Види корекційної роботи щодо функційних груп аутичних дітей

<i>Різноманітніти способи дієвих проявів</i>			
<i>Формувати вміння самостійно виконувати послідовні дії</i>			
<i>Створювати умови для розвитку здатності до комунікації та взаємодії</i>			
2а	1а активізувати, емоційно надихати на продуктивну діяльність	1в використовувати засоби послаблення напруги та аутичних захистів	2в
	3а	3в	
<i>Сприяти розвитку переключення уваги</i>		<i>Вводити систему правил</i>	
<i>Розвиток здатності послідовно підтримувати ситуацію спілкування та взаємодії</i>			
<i>Формувати вміння планувати й контролювати свої дії</i>			
<i>Розширювати поведінковий репертуар</i>			

У моделі знайшли відображення основні ідеї для побудови корекційних програм відповідно до стану розвитку аутичної дитини

(за функційними групами). Так, якщо головне корекційне завдання щодо гіпотонічних (або пасивних) аутичних дітей (типи 1а, 2а та 3а) – активізувати, “вдихати” в них життя, “розторсувати”, то гіпертонічні діти (1в, 2в та 3в) потребують вивільнення від внутрішньої напруги. В обох випадках ці завдання вирішуємо за допомогою роботи з тілом. Але залежно від стану тонічної регуляції дітей ці вправи і заняття будуть різними.

Для груп низько- і середньофункційних аутичних дітей актуальне також завдання розвитку здатності до комунікації (до того ж – активного мовлення) і взаємодії, долання стереотипних способів виконання різних дій і такої форми довільності, як уміння самостійно виконувати послідовні дії. Високофункційні особи з розладами аутичного спектра потребують розвинутого уміння створювати та підтримувати ситуацію спілкування і взаємодії, розширення репертуару поведінкових проявів і розвиток довільності щодо планування та контролювання власних дій.

До своєї корекційної моделі ми не вносимо такі традиційні для психолого-педагогічного впливу на розвиток аутичних дітей складники, як робота з сенсорною системою та емоційною сферою, а також – здатність до наслідування. Це пояснюємо тим, що не бачимо великого сенсу працювати над їх корекцією ізольовано, за спеціально підібраними завданнями. За нашим досвідом, і сенсорна інтеграція (узгоджене функціонування різномодальних органів чуття), і емоційні процеси, і наслідування починають ефективно формуватися завдяки становленню здатності таких дітей до взаємодії у мікрогрупі.

Ця ідея перегукується з концепцією активності М.О.Бернштейна, за якої рухи та дії людини визначають не зовнішні стимули, а внутрішня програма, рухове завдання, образ потрібного майбутнього. У аутичних осіб якраз і нема такого бачення перспективи та мотивації до діяльності. І, на нашу думку, для того, щоб вони набули цілеспрямованої активності, у них треба пробуджувати розуміння ситуації й осмислене долучення до неї.

На наш погляд, принципово важливо, щоб корекційну роботу виконували не за спеціальних обставин, а в адекватних культурних

контекстах взаємодії (грі, спілкуванні) і побутовій поведінці дитини. Це забезпечує дитині на можливому для неї рівні стабільність і саморегуляцію внутрішніх психічних процесів, зокрема – рухову, словесну і емоційну адекватність у контактах з навколишнім світом.

Індивідуальна Програма психологічної корекції цілісного розвитку дитини охоплює *психомоторну* сферу, *емоційно-соціальні* функції та *пізнавальні* процеси – ті складники цілісної психічної організації, за якими ми здійснювали діагностику розладів аутичного спектра і за якими отримали розгорнуту картину психічного розвитку дитини з опорою на її ресурси (приховані можливості). Особливості розвитку кожної дитини зумовлюють специфіку відповідної Програми.

Для здійснення програми розвитку аутичних дітей важливо притримуватися виконання *правил* (за І.М. Морозовою):

- 1) *сталість* – безперервність навчання, яка залежить від дорослих (педагогів і батьків аутичних дітей), від їх відповідальності, наполегливості, волі та бажання допомогти дитині;
- 2) *послідовність* – побудова від простого до складного в усьому: від команд-прохань, спрямованих на виконання невеликих цілеспрямованих рухів, до інструкцій на складні дії;
- 3) *поступовість*, що вимагає терпіння й розуміння того, що в розвитку дитини є періоди прогресу та регресу. Для того, щоб чітко знати, що дитина в навчанні йде вперед, треба ці успіхи бачити, відзначати їх, записувати, не розраховувати на дуже швидкий прогрес;
- 4) *порядок* як певні закономірності щодо організаційних складників занять: часу, місця, символами-маркерами початку/кінця заняття тощо.
- 5) *покроковість*. Дитині треба сказати, що конкретно вона має зробити, показати, як це зробити, виконати разом ту дію, якої її навчають, зробити її разом з дитиною. Покроковість полягає також у тому, що кожну дію, навичку, якій треба навчити, також розбиваємо на кроки;
- 6) *заохочення*, якими можуть бути посмішка, обійми, погладжування по спинці, словесна похвала, ласощі, улюблені види за-

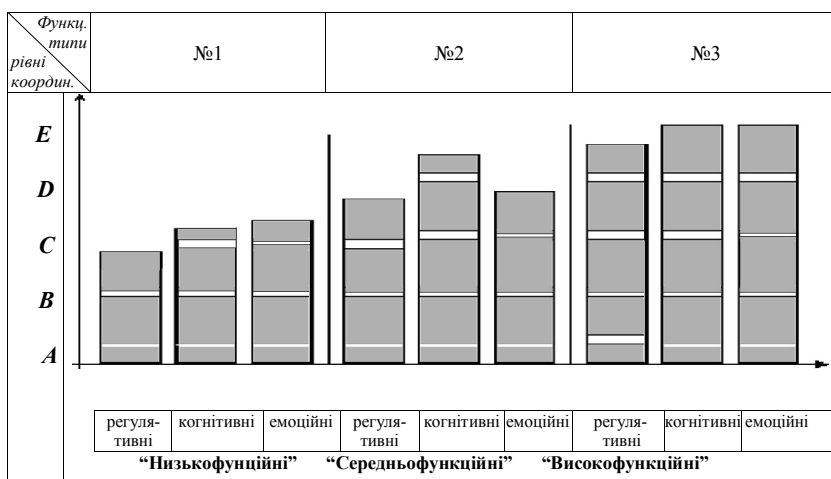
нять. При цьому дитина має відчувати не демонстративні, а щирі почуття педагога.

У формульному експерименті взяло участь 63 дитини з розладами аутичного спектра від 3,5 до 6,5 років, яких за попереднім діагностичним обстеженням розподілено: 1 група – “низькофункційні” аутичні діти – 21 особа, 2 група – “середньофункційні” – 25 дітей, 3 група – “високофункційні” – 17 дітей.

Тривалість експерименту – 6 місяців (збирання емпіричних даних тривало 4,5 років, з 2006 року), середня частота відвідування занять – тричі на тиждень. Середня тривалість комплексних занять – 3 години. Заняття переважно виконували у мікрогрупах, за потреби (через певний невідповідний стан дитини або за наявності додаткової корекційно-розвивальної цілі, прописаної в Індивідуальному плані розвитку) з деякими дітьми відбувалися й індивідуальні заняття. Дітей, які півроку займалися за нашою Програмою психологічної корекції цілісного розвитку, обстежували повторно за методикою “Інтегральна оцінка розвитку дитини”. Узагальнено результати обстеження подано нижче у діаграмі:

Діаграма 2

Психічна організація дітей з розладами аутичного спектра
(формульний експеримент, за %)



Якщо порівняти отримані показники з тими, які ми опрацювали у констатувальному експерименті (описано в підрозділі 5.3.), то можна зазначити наступне:

1. Найбільші відмінності (на рівні значущості 5 %) відбулися щодо емоційної сфери у дітей низькофункційного типу (досягнуто нового координаційного рівня **C**, передусім – погляду в очі, емоційного відгуку, мімічного наслідування) та когнітивної сфери у дітей середньофункційного типу (досягнуто нового рівня **D**, за якого можливі цілеспрямовані дії з предметами, а також – мовленнєвий контакт).
2. Найбільше досягнення корекційної програми, на наш погляд, полягає в тому, що нам вдалося певною мірою подолати “прогаліни” (за нашою метафорою, що знайшла відображення на діаграмі, – “білі плями”) у розвитку базових властивостей аутичних дітей. Так, діти, віднесені нами до всіх трьох типів, продемонстрували принципові зміни щодо емоційних і когнітивних процесів на рівні **A** (подолано страх, що його викликала зміна положення тіла, розвинено глибинну чутливість); у проявах усіх психічних процесів на рівні **B** (досягнуто достатню узгодженість у функціонуванні сенсорної сфери; збільшився спектр емоційних проявів; значною мірою подолано рухові стереотипи) і в емоційних процесах на рівні **C** (поява стійкого контакту очей, мімічного наслідування, емоційного відгуку).
3. Щодо регулятивних процесів (психомоторної сфери) йдеться передусім про позитивний вплив на тонічну регуляцію та почуття рівноваги. При цьому, за нашими результатами, значний вплив вдалося здійснити на групи низькофункційних і середньофункційних аутичних дітей на відміну від дітей високофункційного типу (у стовпчиках на діаграмі це знайшло відображення в широті білих смуг на координаційному *рівні A*: у групі високофункційних аутистів ця смуга практична не змінилася). Це можна пояснити тим, що діти перших двох груп загалом менші за віком, і це – сприятливіший чинник для корекції не тільки

тому, що відомо: чим раніше розпочато сприятливі для розвитку заняття, тим виразніший ефект, але ще й тому, що стосовно психомоторних вправ з меншими дітьми можна застосувати більше різноманітних корекційних засобів, наприклад, танцювати, тримаючи на руках і міцно притискаючи до грудей, або змінюючи положення тіла щодо вертикальної вісі; гойдати у ковдрі; робити всілякі підтримки тощо;

4. Незважаючи на те, що за кількісними показниками значущі відмінності відбулися тільки у дітей двох функційних типів, якісні зміни позитивно позначилися на складниках психічної організації всіх наших випробуванців. Найвразливіші зміни у їхніх проявах пов'язані зі здатністю до контактів на різних рівнях із розширенням поведінкового репертуару.
5. Найменше психолого-педагогічний вплив позначився щодо таких вищих психічних функцій, як здатність до а) генералізації навичок; б) аналізу ситуації, зважаючи на його контекст; в) діалогу й рольової гри.

Якщо орієнтуватися на розроблену нами модель розладів аутичного спектра (підрозділ 5.3), то можна узагальнено зазначити, що внаслідок корекційної програми здійснено суттєвий позитивний вплив на всі складники життєдіяльності дітей (і на рівні базових психічних функцій, і на систему “Я-навколишній світ”, і на сфери “Культура”, “Люди”, “Я сам”).

6.2. Критерії та показники динаміки позитивних перетворень у системі взаємодії з довкіллям у аутичних дітей

Критерії оцінки ефективності психологічної корекції вимагають розуміння структури дефекту, механізмів його проявів, аналізу цілей корекції та використаних методів психолого-педагогічного впливу. Результати корекційно-розвивальної роботи можуть виявлятися в процесі роботи з дитиною, до моменту завершення психокорекційного процесу і протягом тривалого часу після закінчення занять.

Зрозуміло, що ефективність психологічної корекції залежить як від об'єктивних, так і суб'єктивних чинників. До об'єктивних чинників відносять:

- ступінь важкості ускладнень у розвитку дитини;
- чіткість поставлених корекційних задач;
- особливості організації психокорекційного процесу;
- час початку корекційного процесу;
- професійний і особистісний досвід психолога.

До суб'єктивних факторів можна віднести: установки дитини і батьків на психологічну корекцію; їх ставлення до психологічної корекції та до фахівців загалом.

Оцінюючи ефективність психокорекційних впливів, потрібно використовувати різноманітні методи, залежно від поставлених психокорекційних завдань. Таку оцінку може здійснити незалежна експертна комісія, у складі якої не тільки психологи, а також лікарі, дефектологи, соціальні працівники.

Процес корекційної роботи неможливий без зацікавленого ставлення до неї, очікування позитивної динаміки розвитку дитини. У цьому контексті педагогам і батькам варто навчитися бачити найменші зміни й бажані зрушення в проявах дитини, фіксувати їх, обговорювати й рухатися далі вперед.

Динаміку успішної корекційної роботи з дитиною варто відзначати щотижня за допомогою певних “маркерів”. Такими маркерами можуть бути наступні показники [за 252]:

- 1) прояви стереотипних рухів (аутостимуляція) – фіксація кількості рухів на годину та тривалості;
- 2) установлення контакту “очі в очі” – частота, тривалість, умови;
- 3) виразність міміки;
- 4) реакції на знайомих/незнайомих людей;
- 5) розпізнання власного імені;
- 6) терпимість до фізичного контакту (якщо була на початку відраза), самостійні дотики до інших людей;
- 7) способи виявлення бажань, спроби комунікативних виявів;

- 8) закріплення значень за певними словами;
- 9) повторення слів, наслідування звуків, пізніше – інтонацій;
- 10) зміна побутових навичок (почав їсти ложкою, пити зі стакану, їсти тверду їжу);
- 11) терпимість до іншої людини під час власних маніпуляцій з предметами;
- 12) виконання словесних прохань;
- 13) рухове наслідування;
- 14) емоційні адекватні відгуки;
- 15) здатність долучатися до гри, яку ініціюють інші люди;
- 16) становлення почуття власності (небажання віддавати ту іграшку, яка привабила увагу);
- 17) поява жестикуляції, вказівного жесту, жесту прощання, згоди і заперечення;
- 18) час спостереження за іншими дітьми;
- 19) збільшення поведінкового репертуару (наприклад, якщо під музику тільки розгойдувався, то тепер – може кружляти, рухати руками і ногами, головою тощо), зокрема різних видів ігор тощо.

Важливо помічати, де, з ким, коли, за яких умов прояви позитивної динаміки починають виявлятися краще, а також, які обставини сприяють активізації мовлення (незрозумілого та зрозумілого), як дитина виявляє свої почуття й бажання, наповнювати їх змістом, коментувати.

Отримані внаслідок навчання навички, мають слугувати основою дорослішання та набуття самостійності дитини.

Окрім звичайних записів, дієвим засобом допомоги у відстежуванні позитивних зрушень є відеозйомка різних ситуацій, у яких виявляє себе дитина – сама по собі, з батьками, з педагогами та іншими дітьми.

Глибинна інтерпретація дає змогу побачити нові ракурси, нові виміри і в інших відомих проявах аутичних дітей, таких, наприклад, як стереотипні дії, активність та інтереси. Особи з розладами аутичного спектра у будь-якому віці можуть повторювати ті самі слова і

фрази, малювати ті самі фігури, єдиним обмеженим способом здійснювати якісь дії. Їх думки начебто рухаються по тому самому колу. Така ригідність “вилучає” їх з реальності, не дає відчутти й досягнути все розмаїття життя. Тому цю ригідність можна ототожнити з дезінтеграцією. А протилежну їй характеристику, *пластичність* – з інтегральними тенденціями. За відновлення пластичності моторика перетворюється на сукупність виразних рухів; мовлення набуватиме інтонаційно багатого забарвлення, а дії, завдяки особистісній специфіці супровідних жестів, набувають особливого ритму і стилю.

6.3. Професійно важливі якості фахівців для роботи з аутичними дітьми

Якщо узагальнити усі положення, зазначені у попередніх розділах, де йшлося про особливу постать дослідника-феноменолога, стає зрозумілим, що йому мають бути притаманні такі риси, як: особливий спосіб сприймання й інтерпретації подій; здатність до рефлексії; постійне прагнення “вчитися бачити”; відкритість новому досвідові; урахування всебічної цілісності явища, яке він вивчає; глибокий, творчий підхід до ситуації з іншими людьми, спрямований на справжнє пізнання, “екзистенційне спілкування”; спрямованість на відкриття життєвого світу унікальних особистостей.

Власний досвід, набутий нами, дозволив визначити *професійно необхідні якості для фахівця*, який працює з аутичними дітьми:

- передусім це має бути велика цікавість до аутичних дітей і бажання пізнавати їхні неповторні риси;
- розвивати чутливість до індивідуальних проявів аутичних дітей, уміння їх розуміти, підхоплювати, обігрувати їхню активність, цікавість до чогось, особливу вокалізацію і творчо розширювати межі наявних у дитини стереотипів; уміти максимально використовувати потенціал дитини;
- прагнути до оволодіння великим репертуаром поведінкових проявів, долати межі власних стереотипів, розвивати вміння

співати, грати на музичних інструментах, танцювати, виявляти акторську майстерність тощо (за метафоричним порівнянням, самим стати своєрідним інструментом, здатним у будь-який момент привертати і підтримувати увагу аутичної дитини, захопити її тією діяльністю, яку пропонують, створювати для неї простір самовиявлення в зовнішньому світі);

- уміти гнучко змінювати стиль взаємодії з дитиною відповідно до наявного у неї стану;
- формувати спроможність підтримувати у себе стан психоемоційної мобілізації та миттєво орієнтуватися в актуальній ситуації. Зважаючи на непередбачуваність проявів аутичних дітей, педагог має бути готовий до агресивних і аутоагресивних дій, характерних для деяких з них, та вміти надавати їм конструктивної форми;
- бути спрямованим на успіх і вміти бачити позитивні зрушення у розвитку дитини тощо.

Здійснена корекційно-розвивальна робота доводить правильність орієнтирів щодо позитивного впливу на цілісний розвиток дітей з розладами аутичного спектра та необхідність її продовження для подальшого формування таких їхніх особистісних характеристик, які необхідні для життя в соціумі.

ВИСНОВКИ

У своїй корекційній роботі ми спираємося на дві групи психолого-педагогічних заходів: 1) технології, методи та методики, розроблені фахівцями різних країн і різних напрямів; 2) систему корекційної роботи, що базується на нашому власному досвіді.

Опрацьовано головні орієнтири корекційних стратегій відповідно до встановлених нами функційних груп дітей з розладами аутичного спектра. Так, наприклад, якщо для гіпотонічних дітей низькофункційного й середньофункційного типів доречно застосування розгорнутої програми кінезотерапії (терапії рухом) і певні нейропсихологічні методи, то для дітей, які мають гіпер- і нерівномір-

ний тонус, показано холдинг-терапію (модифікація М.М.Ліблінг) та іншу групу нейропсихологічних вправ; для високофункційних дітей, які поводять себе пасивно, дієвий засіб впливу – тренінг соціальних вмінь, а для активних дітей – так звані театральні студії.

Аутичним дітям можуть допомогти ті чи інші методи, техніки і вправи, опрацьовані в програмі ТЕАССН, середовищному підході, технології корекції афективної сфери, сенсорній інтеграції тощо, а також – арт-терапевтичні методи, анімалотерапія. При цьому ми наголошуємо на тому, що працює не метод, а фахівець, який володіє певним методом, і йдеться про ефективність саме педагога, який відчуває, що за засіб корекції розвитку варто застосувати для дитини у даний конкретний момент і вміє це зробити найкращим способом.

За результатами узагальненого досвіду ми розробили Програму психологічної корекції цілісного розвитку аутичних дітей, що базується на гуманітарній парадигмі. Головне завдання Програми – здійснити позитивне перетворення здатності аутичних дітей до продуктивної взаємодії з довкіллям. Розробляючи індивідуальну програму розвитку дитини, дотримуємося принципів: опора на збережені психічні функції та процеси, ресурси розвитку, а також послідовне опрацювання фундаментальних процесів, без оптимального функціонування яких неможлива “побудова” психічних функцій на вищих рівнях.

Методичні засади Програми – створення атмосфери радості й успіху; орієнтир на повноцінне долучення кожної дитини у навчально-розвивальну діяльність на заняттях у мікрогрупі; урахування інтересу дитини, виявлення її сильних проявів, використання її мотивації у розвивальних цілях тощо. Власний метод корекційно-розвивальної роботи з аутичними дітьми названо “керована взаємодія у мікрогрупах”.

Принципово важливо, на наш погляд, виконувати корекційну роботу не за спеціальних обставин, а в адекватних культурних контекстах взаємодії (грі, спілкуванні) і побутовій поведінці дитини. Це забезпечує дитині на можливому для неї рівні стабільність і саморегуляцію внутрішніх психічних процесів, зокрема – рухову, словесну й емоційну адекватність у контактах з навколишнім світом.

Індивідуальна Програма психологічної корекції цілісного розвитку дитини охоплює психомоторну сферу, емоційно-соціальні функції та пізнавальні процеси – ті складники цілісної психічної організації, за якими ми здійснювали діагностику розладів аутичного спектра і за якими отримали розгорнуту картину психічного розвитку дитини з опорою на її ресурси. Особливості розвитку кожної дитини зумовлюють специфіку відповідної Програми.

У формувальному експерименті взяло участь 63 дитини з розладами аутичного спектра від 3,5 до 6,5 років. Тривалість експерименту – 6 місяців, середня частота відвідування занять – тричі на тиждень; середня тривалість комплексних занять – 3 години. Заняття переважно відбувалися у мікрогрупах, за потреби з деякими дітьми провадили й індивідуальні заняття. Дітей, які півроку займалися за нашою Програмою психологічної корекції цілісного розвитку, обстежували повторно за методикою “Інтегральна оцінка розвитку дитини”.

Отримані результати дають змогу зробити висновки: найбільші відмінності відбулися щодо емоційної сфери у дітей низькофункційного типу та когнітивної сфери у дітей середньофункційного типу; усі діти продемонстрували принципові зміни щодо емоційних і когнітивних процесів на рівні *A*; у проявах усіх психічних процесів на рівні *B* і в емоційних процесах на рівні *C*. Незважаючи на те, що за кількісними показниками значущі відмінності відбулися тільки у дітей двох функційних типів, якісні зміни позитивно позначилися на складниках психічної організації всіх наших випробуванців. Найвразливіші зміни у їхніх проявах пов’язані зі здатністю до контактів на різних рівнях і розширенням поведінкового репертуару.

Отже, унаслідок корекційної програми здійснено суттєвий позитивний вплив на всі складники життєдіяльності (і на рівні базових психічних функцій, і на систему “Я-навколишній світ”, і на сфери “Культура”, “Люди”, “Я сам”). Визначено критерії та показники динаміки позитивних перетворень у системі взаємодії з довкіллям аутичних дітей та професійно важливі якості для фахівців, які займаються з аутичними дітьми.

РОЗДІЛ 7.

ГУМАНІТАРНА ПАРАДИГМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ РОДИНІ АУТИЧНОЇ ДИТИНИ

7.1. Дослідження мікросоціального контексту розвитку дитини з аутизмом

*Обставини і мотиви панують над людиною лише
настільки, наскільки вона сама це дозволяє*
Георг Вільгельм Фрідріх Гегель

Родина – це мікрокосмос усього світу
Вірджинія Сатір

Ситуація родин, які виховують аутичну дитину, вирізняється не тільки від сімей з дітьми, які мають нормальний тип розвитку, але також і від родин, які виховують неповносправних дітей інших категорій. Через такі найхарактерніші ознаки аутичних дітей, як брак наслідування та якісні порушення взаємодії, батьки позбавлені їхньої чуйності та відгуку на тілесному, емоційному, мовленнєвому рівнях. За порівняльним дослідженням особистісних проявів матерів дітей з різними психофізичними вадами [275] виявлено, що матерям аутичних дітей, згалом, притаманні такі характеристики, як вищий рівень тривожності та нижчий показник уважності до своєї дитини.

Підвищену тривожність можна пояснити тим, що діагноз “ранній аутизм” і досі фахівці ставлять якось невпевнено, лишаючи у батьків надію, що це – помилка. Окрім цього, оскільки для аутизму характерна нерівномірність психічного розвитку, деякі прояви аутичних дітей підтримують цю надію батьків: дитина красива, з розумни-

ми очима, вона може вправно складати пазли, оперувати технічними та електронними засобами, грати на музичних інструментах, прагне підтримувати порядок (наприклад, складає іграшки на місце), може грати з іншими дітьми в рухливій грі (бігати по дитячому майданчику, грати в “доганялки” тощо); повторює пісні, вислови з реклами чи мультфільмів; може навіть щось до теми правильно сказати. Тому типова ситуація, коли батьки довгий час перебувають у невизначеності щодо порушень розвитку дитини, шукають підтвердження чи спростування діагнозу в авторитетних фахівців, з одного боку, а з іншого – не знають куди прямувати у пошуку корекційних занять: як відомо, на державному рівні в Україні й досі для аутистів практично нічого не пропонують, а інформація про центри, які спеціалізуються на корекційних заняттях з ними, інколи недоступна для батьків.

Меншу уважність до дитини, яку демонструють деякі матері аутистів порівняно з матерями неаутичних дітей, можна сприймати як своєрідну зворотну реакцію на брак очікуваних проявів у дитини. У науковій літературі [192, 208, 239] можна знайти дослідження чинників, що перешкоджають появі у батьків прихильності до дитини. Серед них – типові для аутичних дітей: негативні реакції на дотик (напруга, застигання, млявість, брак відгуку); постійний дратівливий плач, атиповий рівень активності (підвищена чи занижена активність); брак відгуку на комунікацію, запізнілий розвиток посмішки, труднощі з годуванням; постійні соматичні проблеми; нездатність або понижена здатність до вокалізації; нездатність підтримувати зоровий контакт; неприємна, соціально несхвальна поведінка.

Слід зазначити, що всі дослідження впливу розладів розвитку дитини на батьків переважно обмежуються діагностуванням матерів. Але ж аутичні діти частіше за все перебувають у ширшому соціальному контексті, аніж тільки у контакт з матір'ю¹⁴. Тому неможливо недооцінювати роль батька в розвитку і функціонуванні родини. Можна припустити, що соціально прийнятною поведінкою своїх дітей більше за матерів можуть бути стурбовані якраз чоловіки-батьки:

¹⁴ За статистичними даними, кількість розлучень у сім'ях, які виховують аутичну дитину, не перевищує такі ж показники у звичайних сім'ях.

саме вони можуть страждати через це від заниженої самооцінки та відчувати невпевненість у своїй батьківській ролі, сильну фрустрацію, стикаючись із власними уявленнями про неприпустимість для чоловіка проявів сильних емоцій. Тому зрозуміло, що батько особливої дитини потребує не меншої (ніж мати) підтримки фахівців, яку треба базувати на його актуальних потребах.

В усі часи фахівці звичайно ж намагалися враховувати стан сім'ї дітей з особливими освітніми потребами: практики спілкувалися з батьками, деякі з них навіть відвідували родини, намагалися налагодити співпрацю з родиною щодо проблем формування та навчання дитини, долучали батьків до занять у режимі тренінгів; науковці досліджували особливості таких родин, тестували батьків. Але, на наш погляд, значення батьків лишається недооціненим у справі успішного розвитку дитини з особливостями психофізичного розвитку: про це свідчать підходи до взаємодії з батьками та ті ролі, які їм відводять.

Так, коли дитина відвідує спеціальні дошкільні/шкільні заклади або реабілітаційні центри, типові з боку корекційних педагогів і спеціальних психологів є такі контакти з батьками:

- ознайомлення батьків щодо подробиць поведінки та навчання дитини;
- долучення батьків до корекційного процесу з рекомендаціями щодо того, як продовжувати роботу з дитиною вдома;
- заохочення батьків щодо вирішення певних організаційних питань, пов'язаних з поліпшенням умов функціонування дошкільного/шкільного закладів, центру;
- проведення методичних семінарів, тренінгів для батьків.

Усі ці заходи безперечно потрібні. І надзвичайно цінно, коли вони відбуваються. Але, на нашу думку, в опрацюванні програм навчання та розвитку дитини практично не приділяють послідовної уваги психологічним особливостям батьків, їхньому самопочуттю та самореалізації у зв'язку з тією ситуацією, у якій вони опинилися. Зрозуміло, що кожен з батьків має свою неповторну психічну органі-

зацію, яка позначається і на особливостях сприймання ним ситуації, пов'язаної з вихованням неповносправної дитини. І нехтування тим, як батьки розуміють ситуацію дитини і ставляться до неї, означає те, що недостатньо приділено уваги психологічному середовищу, у якому перебувають діти після того, як закінчилися заняття з фахівцями.

З іншого боку, більшість батьків може знати і відчувати такі нюанси, пов'язані зі специфікою розвитку своєї дитини, які невідомі фахівцям. І тоді справжня співпраця з батьками сприятиме глибшому розумінню фахівцями стану конкретної дитини і особливостей аутичних порушень розвитку загалом. Тому, наприклад, в іноземних джерелах можна знайти відмінні від типових на теренах нашої країни принципи взаємодії педагогів з батьками. Так, наприклад, у програмі ТЕАССН прописано такі стосунки між педагогами та батьками:

1. Фахівець є вчителем, батьки – учнями, терапевт демонструє техніки, навчає, як працювати з дитиною.
2. Батьки є вчителями, фахівець – учнем. Батьки є найкращими експертами в багатьох справах, які торкаються їхніх дітей. Часто для розв'язання певних проблем опрацьовують ефективні стратегії, якими може скористатися і терапевт.
3. Взаємна емоційна підтримка – обидві сторони мають взаємну довіру, розуміються, є рівноправними партнерами.
4. Терапевти розвивають у батьків уміння відстоювати права аутичної дитини і домагатися отримання відповідної системи послуг [291].

Можна зрозуміти, що притримування подібних принципів взаємодії – це прояв дійсно рівноправного партнерства між фахівцями й батьками, як такими, хто безпосередньо зацікавлений у успішному розвитку дитини.

Тому за феноменологічним підходом взаємодію з батьками формуємо на таких засадах:

- 1) коли нам трапляється кожний новий випадок такого порушення розвитку, як аутизм, то в центр нашої уваги потрапляють як

дитина, так і її батьки. На перший погляд, це може здаватися додатковою навантагою на фахівця, корекційного педагога чи спеціального психолога, але це виправдана затрата часу і зусиль: налагоджений повноцінний діалог з батьками безперечно сприятиме успішній динаміці розвитку дитини. Якщо ж немає продуктивного контакту з батьками, витрачені зусилля на заняття з аутичною дитиною можуть мати якнайменший ефект;

2) спілкуванню з батьками приділено окремий час, протягом якого фахівець з'ясовує актуальні потреби родини щодо розвитку й навчання дитини, їхні запити. Інколи це стосується потрібної інформації щодо особливостей формування дитини, відомих методів психокорекції, перспектив розвитку дитини, організації зустрічей з певними фахівцями, родинами, які стикаються з подібними труднощами;

3) ставлення до батьків як до рівних партнерів. Будь-який педагог має розуміти, що батьки не менше, а більше за них знають дитину. Тому не тільки педагоги й психологи формують рекомендації для батьків, а також і самі батьки підказують фахівцям способи найпродуктивніших контактів з дитиною.

Відомо, що нема двох схожих дітей з аутичним типом розвитку, такими самими унікальними, зрозуміло, є і їхні батьки, і способи взаємодії між ними та дітьми. Визначаючи специфічні властивості батьків, ми орієнтуємося на такі виміри, як: особистісний, внутрішньородинний і соціальний.

Зважаючи на те, що феноменологічний аналіз спрямовується на актуальне людське існування («буття-у-світі») в усій повноті взаємозв'язків [59], у центр уваги дослідника потрапляє такий соціальний феномен, як родина дитини з аутичними розладами, передусім – індивідуальне «буття-у-світі» батьків, що зумовлює їхні реакції на ситуацію дитини та здатність до реалізації у мікро- та макросоціумах. Особливості ситуації всередині родини, яка виховує аутичну дитину, досліджуємо за допомогою методик, поданих у таблиці:

Діагностика родини аутичної дитини

<i>Методи та методики</i>		<i>Ціль застосування</i>	<i>Місце досліджуваних параметрів у структурі життєдіяльності батьків</i>
<i>стандартизоване аналітичне спостереження</i>	Метод вивчення прихильності (адаптований варіант класичної процедури “Ситуація з незнайомцем” М. Ainsworth)	Дослідити продуктивність взаємодії мами (батьків) з дитиною	Особливості діалогу та взаємодії в парі “дорослий – дитина”, труднощі, що виникають у процесі цієї взаємодії, і способи їх подолання
<i>дослідницьке інтерв'ю</i>	“Батьківська концепція аутизму”	Розкрити когнітивний, емоційний і мотиваційно-дієвий плани сприймання батьками ситуації з аутичною дитиною	Суб’єктивна реальність бачення батьками власної ситуації з аутичною дитиною

Застосовані методи розкривають специфічне внутрішньосімейне середовище з орієнтиром на перспективи та розширення спектра можливостей для всіх членів родини, а також – стилю поведінки батьків (уникнення, опору, підтримання контакту чи пошук близькості і контактів); особливості діалогу і взаємодії в парі “дорослий – дитина”; проблеми, що виникають у процесі цієї взаємодії, і можливі способи їх вирішення.

У першій зустрічі фахівців і родини, яка виховує аутичну дитину, має відбутися з’ясування тих питань, які турбують батьків і є власне їхнім запитом. Але окрім цього, найактуальніша проблема, яка потребує аналізу й опрацювання, – це міжособистісний рівень, складником якого є взаємодія батьків з дитиною.

Міжособистісну взаємодію в родині можна дослідити за допомогою методу вивчення прихильності (адаптований варіант класичної процедури “Ситуація з незнайомкою” М. Ainsworth) [149]. У

класичному та його адаптованому варіантах головні дієві особи – це мама, дитина і незнайома дитині людина. Ми, по-можливості, пропонуємо взяти участь у процедурі і батькові. Уся процедура складається з 8 епізодів, які наведено нижче в таблиці:

Таблиця 17

Процедура здійснення методу вивчення прихильності

№ епізоду	Присутні	Тривалість(с.)	Короткий опис ситуації
1	Мама, дитина, спостерігач	30	Спостерігач запрошує маму і дитину до експериментальної кімнати, потім лишає їх наодинці
2	Мама і дитина	180	Дитині надано можливість вільно виявляти себе. За 2 хв. мама стимулює гру
3	Мама, дитина, незнайома	180	Входить незнайома. Перші 1,5 хв. вона розмовляє з мамою, потім підходить до дитини. За 3 хв. мама не привертаючи увагу, залишає кімнату
4	Незнайома і дитина	180	Перший епізод розлучення з мамою. Незнайома підлаштовує свою поведінку під поведінку дитини
5	Мама і дитина	180	Перший епізод зустрічі. Мама вітає і/чи втішає дитину, потім знову заохочує її до гри в іграшки. Незнайома непомітно залишає кімнату. Кінець епізоду: мама залишає кімнату, говорячи “До побачення!”
6	Дитина сама	180	Другий епізод розлучення
7	Незнайома і дитина	180	Продовження другого розлучення. Входить незнайома. Вона підлаштовує свою поведінку під поведінку дитини
8	Мама і дитина	180	Другий епізод зустрічі. Мама входить, вітає дитину, бере її на руки. Тим часом незнайома непомітно залишає кімнату

Як зрозуміло, у цій процедурі предметом аналізу для дослідника й подальшого обговорення з батьками стають певні дієві прояви як дитини, так і їх самих. Для цього створюємо ігрове середовище, робимо відеозйомку того, що відбувається між дорослими

й дитиною, для подальшого аналізу. Означені епізоди допомагають структурувати параметри для спостереження за взаємодією дорослих з дитиною:

- * перший епізод дає змогу зрозуміти, як дитина поводить себе у незнайомому приміщенні, як на неї діє чинник новизни, які вона має перестороги/страхи, чи враховує вона присутність мами, чи звертається до неї поглядом, дотиком, словом (звуком). Окрім цього зазначаємо поведінку матері (батьків) під час входження до нової кімнати, її (їх) контакт з дитиною, а саме: взаємодія на тілесному, емоційному, мовленнєвому рівнях.
- * другий епізод – виявити, що спричинює збудження/інші емоційні прояви дитини; яким способом вона маніпулює з привабливими для себе предметами, характер її дій з предметами: застрягання на певних діях, нездатність ні на чому зосередитися через коливання уваги, функційне використання предметів; характер її рухів: швидкість, траєкторія пересування, характер ходи, постава тіла, скутість, тілесне напруження, зорово-моторна координація, амплітуди рухів; мовленнєвий (чи звуковий) супровід рухових проявів тощо. Третину часу в цьому епізоді приділено спостереженню за здатністю батьків ініціювати гру з дитиною. Така комунікація батьків з дитиною демонструє їхню спроможність привернути її увагу, долучити до спільних дій, з'ясувати засоби, якими вони намагаються контактувати з дитиною, їхню гнучкість при цьому, уміння підлаштовуватися під інтереси дитини.

У центр уваги дослідника потрапляють такі рівні взаємодії:

- *рухова* як динамічна система цілісних психічних актів, що виконують активувальну функцію, яка розкривається у певних параметрах: наявність узгодженості в разі сумісного вирішення деяких рухових завдань; тілесні контакти (обійми, ласки, торкання);
- *емоційна* як інтегральна здатність розуміти взаємини між людьми та міжособистісні події, а саме: емоційно значуща інтонава-

на вокалізація; прагнення до емоційно насичених, різноманітних, емпатійних стосунків; наявність сумісного досвіду радісних переживань; взаєморозуміння;

- *когнітивна* як загальна пізнавальна здібність, що визначає готовність до засвоєння й використання знань і досвіду та конкретизується в характеристиках: взаємодія з використанням різномодальних сенсорних систем; спектр різноманітних інтересів як зміст взаємодії; цільове спілкування в просторовому полі; наявність сумісних інтелектуальних ігор. Щодо проявів матері чи батька зазначаємо також їхню зацікавленість спонтанними проявами дитини: напрям погляду, вираз обличчя; рухові, емоційні, вербальні прояви відносно і невідносно дитини.
- * у третьому епізоді створюємо умови для дослідження реакції дитини на незнайому людину: зміни її на тілесному, емоційному й, можливо, мовленнєвому рівнях. Ураховуємо також поведінку матері (батька) під час покидання кімнати: емоційні та рухові прояви, погляд;
- * четвертий епізод дає змогу з'ясувати особливості поведінки дитини за відсутності матері (батька), її здатність відгукуватися на ініціативу незнайомої людини, реагувати на неї загалом. Аналізу піддаємо також реакції матері (батька) на ситуацію “дитина з незнайомкою”, а саме – її прояви в іншій кімнаті: напруга, бажання повернутися до кімнати, повернення.

Наступні епізоди доповнюють отримані спостерігачем враження щодо інтра- і інтерактивних проявів дитини і батьків у різних площинах, а також свідчать про наявність відмінних (порівняно з попередніми) реакцій у повторюваних ситуаціях.

Після того, як відбулася схематично описана вище процедура дослідник аналізує й обробляє отримані емпіричні дані, визначаючи відповідні характеристики прихильності дитини, а також – стиль поведінки батьків: пошук близькості й контактів, підтримання контакту, поведінку опору або уникнення.

Так, поведінку, що демонструє пошук близькості та контактів, характеризують активні спроби та ініціатива дитини досягнути контакт, зокрема тілесний, а інколи – явне бажання досягнути контакт за наявності безрезультатних чи недостатньо активних спроб (дитина починає наближатися до дорослого, але долає тільки частину відстані; йде на контакт тільки після того, як це запропоновано). На іншому полюсі брак спроб досягнути контакту і близькості, коли дитина жодним чином не виявляє своєї цікавості до мами (батька): не підходить, не тягнеться, не доторкається, не плаче; при цьому вона дозволяє доторкнутися до себе, чи взяти себе на руки.

Поведінка, яку кваліфікують як “Підтримання контакту”, виявляється в активних і стійких спробах дитини підтримувати тілесний контакт, або у певному бажанні зберегти тілесний контакт за відносно неактивної спроби це зробити. На іншому полюсі брак спроб зберегти тілесний контакт.

У поведінці, яку розглядають як “Опір” можна спостерігати дуже інтенсивний і стійкий опір дитини спробам взаємодіяти з боку дорослих, а також протилежна реакція – брак будь-якого опору. І нарешті, у разі “Уникнення” дитина не реагує на появу матері (батька), мало звертає на неї/нього увагу протягом усього часу, хоча мати (батько) прагне привернути її увагу, лишається байдужим щодо її/його тактильних дотиків. Щодо незнайомки, дитина також постійно уникає її, відвертається, ховає очі, дивиться в інший бік. Може навіть підійти ближче до матері (батька), щоб не бути поряд з незнайомкою. Якщо нема уникнення, дитина реагує на появу матері, але, можливо, зайнята іграшками, не підходить до неї, або більш зацікавлено дивиться на незнайомку.

Отриманий емпіричний матеріал аналізують також за поданими у таблиці характеристиками прихильності дитини:

Критерії класифікації типів прихильності

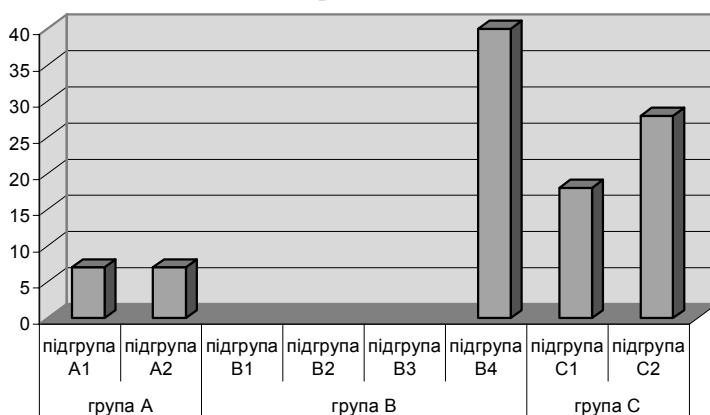
<i>Назва групи</i>	<i>Специфічні прояви</i>	<i>Назва підгрупи</i>	<i>Специфічні прояви</i>
Група А – небезпечна прихильність типу уникнення	Виражене уникання близькості чи взаємодії з матір'ю (батьком) в епізодах зустрічі. Дитина може одночасно виявляти і радість, і реакцію уникання – відвертається, проходить мимо, відвертає погляд	Підгрупа А1	Уникання матері (батька) в епізодах зустрічей і під час взаємодії; не притуляється до неї/нього, дивиться убік
		Підгрупа А2	Виявлення змішаної реакції під час зустрічі з мамою (батьком), коли деяке прагнення вітати маму (батька) і підійти до неї/нього змішано з сильним бажанням уникати її/його
Група В – безпечна прихильність	Дитина прагне близькості й контакту з мамою (батьком), активно шукає цього, особливо в епізодах зустрічей. Якщо встановлено контакт, воліє його підтримувати. Вітає маму (батька), коли вона (він) повертається, що позначається наявністю афективно-емоційних проявів	Підгрупа В1	Привітно реагує на маму (батька), виявляє виражену ініціативу щодо взаємодії, але емоційно стримано і без особливої фізичної близькості
		Підгрупа В2	Не чинить супротив взаємодії, але близькість шукає вибірково
		Підгрупа В3	Активно шукає контакту з мамою (батьком), докладає зусиль для підтримання його, з готовністю приймає пропозиції щодо контакту
		Підгрупа В4	Шукає контакт, виявляє почуття тривоги (іноді - страху) за відсутності мами/батька (сигнали неспокою може подавати стереотипними жестами чи рухами)
Група С – небезпечна прихильність амбівалентно-опірного типу	Яскраво демонструє поведінку опору контакту і взаємодії, при цьому дитина може не ігнорувати матір (батька). У ситуації з незнайомкою може виявляти “дезадаптивну” поведінку	Підгрупа С1	Яскраво виявляє опір; сполучення пошуку й одночасно – опору контакту, що пов'язано з гнівом. Сильний стресовий стан в епізодах розлучення, драгітливості
		Підгрупа С2	Пасивність, слабкість пошукової поведінки та ініціювання взаємодії, але бажання контактувати з мамою/батьком (сигнали до того подає на відстані)

Аналіз характеру взаємодії батьків з дитиною за наведеною класифікацією дає змогу не тільки з'ясувати тип прихильності (одну з трьох груп), а також – здійснити тонку диференціацію всередині групи.

За допомогою поданого методу обстежено 28 родин, які виховують аутичних дітей. Розподіл отриманих результатів подано в діаграмі:

Діаграма 3

Типи прихильностей у аутичних дітей до батьків
(за середніми балами)



Діаграма наочно дає можливість зрозуміти, що прояви прихильностей у аутичних дітей можна віднести до усіх трьох головних груп – А, В, і С, але вони мають нерівномірний розподіл: підгрупа В4 (40 %), підгрупа С2 (28 %), підгрупа С1 (18 %), підгрупи А1 і А2 (7 %).

Виконане дослідження ще раз спростовує таке традиційне уявлення про аутичних дітей, як їхнє небажання контактувати з іншими людьми. Неупереджене вивчення особливостей їхньої поведінки доводить, що майже всі вони прагнуть до контактів, але виявляють це прагнення незвично.

Важливо простежити характерну поведінку батьків на прояви прихильності дітей, що знайшло відображення у поданій нижче таблиці:

Взаємодія батьків з аутичними дітьми

<i>Прояви прихильностей дітей</i>	<i>Реакції батьків</i>
Дитина прагне близькості й контакту з мамою (батьком), активно шукає цього, особливо в епізодах зустрічей. Якщо встановлено контакт, воліє його підтримувати; виявляє почуття тривоги (страху) за відсутності мами; емоційно або тілесно реагує на повернення мами	Реагують більше на зовнішні прояви, які не є соціально схвальними, аніж на бажання дитини; зупиняють стереотипні жести (рухи) дитини, начебто стримують, приховують їх (більше заклопотані, яке враження справляє дитина, аніж на те, що їй потрібно у певний момент); інколи начебто не помічають прояви прихильності дитини
Пасивність, слабкість пошукової поведінки та ініціювання взаємодії, але бажання контактувати з мамою (батьком)	Поведінка батьків резонує з проявами дитини – слабка ініціатива до взаємодії, емоційна одноманітність
Пошук (і одночасно – опір) контакту, що пов'язано з гнівом, драгівливістю та сильним стресовим станом в епізодах розлучення	Непоследовність проявів батьків: їхні рухи назустріч дитині та певне гальмування цих проявів; напруження, незадоволення, розпач
Уникання батьків в епізодах зустрічей (і при взаємодії)	Емоційна подавленість батьків, брак прагнення контактувати з дитиною
Змішана реакція під час зустрічі з мамою (батьком), де прагнення вітати маму (батька) і підійти до неї (нього) змішано з сильним бажанням уникати її (його)	(або одноманітні невдалі пропозиції), зоровий пошук підтримки у фахівців

Подані нами реакції батьків на поведінку власних дітей не універсальні, але типові для більшості батьків. Аналіз і узагальнення виявлених особливостей у системі “батьки – аутична дитина” свідчить про наявний взаємозумовлений ланцюг: поведінка дитини зумовлює відповідну (частіше за все – подібну дитячій) поведінку батьків, що своєю чергою, підтримує характерні (аутичні) прояви дитини.

Більшість батьків мінімально контактують з дитиною і на словесному, і на емоційному, і на тілесному (тактильному) планах; не звертають уваги на розпочату нею (нехай стереотипну) гру; виголошують складні інструкції, на які дитина ніяк не реагує; пропонують ігри або іграшки, з якими дитина звикла маніпулювати сама. У тих рідкісних ситуаціях, коли хтось з батьків виявляє активну позицію і

прагне спонукати дитину до взаємодії, можна побачити недостатню гнучкість, легкість, емоційну різноманітність, обмеженість творчих проявів.

Насправді, подібні характеристики, за нашим спостереженням, типові для більшості дорослих людей узагалі. Але в родині, яка виховує дитину з так званим нормальним типом розвитку (здатну спілкуватися, мати різноманітні контакти), прояви батьків не найважливіший чинник формування дитини, тоді як психоемоційний стан батьків аутичних дітей, додання ними власної стереотипності й невиразності, їхній творчий потенціал, на нашу думку, є визначальними для розвитку та соціалізації таких дітей.

Для того, щоб диференційно підійти до виявлених особливостей взаємодії батьків з аутичними дітьми, ми застосувати ті самі параметри (психічну тріаду Л.М.Веккера та координаційні рівні М.О.Бернштейна), які, на нашу думку, дають можливість розкрити багатовимірність явищ психіки як для інтерпсихічної системи (індивід), так й інтерпсихічної системи (батьки-дитина). Зважаючи на те, що в контексті інтерпсихічних феноменів важко з'ясувати функціонування рівня підлаштування (*рівень А*), ми зазначаємо складники взаємодії без нього (подано у таблиці):

Параметри взаємодії батьків з дитиною

сфери роз- витку рівні координації	<i>регулятивна</i>	<i>емоційна</i>	<i>когнітивна</i>
E	Узгодженість у виконанні завдань на керування вищими символічними координаціями (мовлення, письмо)	Зумовлена комунікація; сумісний досвід радісних переживань, наявність взаєморозуміння, комунікативне зв'язне мовлення, рольова гра	Спектр різноманітних інтересів як зміст взаємодії; сумісні інтелектуальні ігри
D	Узгодженість під час виконання смислових завдань рухів, осмислених дій	Емоційно насичені, різноманітні, емпатійні стосунки; налагодження ситуації допомоги; функції згоди/заперечення	Спільне маніпулювання предметами; використання мовлення під час виконання завдань
C	Наявність синергій (резонанс) у сумісному вирішенні певних рухових завдань; наслідування рухів загальної моторики	Емоційно значуща інтонована вокалізація; реакція на жести, використання їх, емоційні прояви у контактах	Сумісне виконання цілеспрямованих дій у певному просторовому полі
B	Тілесні контакти (обійми, ласки, торкання), узгодженість рухів	Наявність емоційного контакту, емоційні рухи обличчя як реакція один на одного	Взаємодія з використанням різномодальних сенсорних систем

Урахування наведених параметрів дає можливість додатково з'ясувати такі типові риси взаємодії батьків з аутичними дітьми:

- 1) у багатьох випадках можна казати про певний “емоційний контакт” (*рівень B, емоційна сфера*), але частіше за все емоційний стан батьків відображає прояви емоцій (а вірніше – неемоційність, емоційну невиразність) дітей;
- 2) можна засвідчити певні “тілесні контакти” між ними (*рівень B, регулятивна сфера*), але це така взаємодія, за якої, наприклад, тіло дитини спирається на тіло когось з батьків;

- 3) інколи чутна “емоційно значуща інтонована вокалізація” батьків (*рівень С, емоційна сфера*), але вона одноманітна й обмежена щодо видів контакту (наприклад, спроби спонукати дитину щось зробити);
- 4) часто батькам вдається такий контакт, як “спільне маніпулювання предметами” (*рівень D, когнітивна сфера*), але це такі типові для аутичних дітей дії, як збирання пазлів, вкладок, конструктора тощо; у цій взаємодії батьки частіше за все також обмежуються відтворенням того, що робить дитина;
- 5) багато хто з батьків прагне розпочати “сумісні інтелектуальні ігри” зі своїми дітьми (*рівень E, когнітивна сфера*), але вид звернення до дитини при цьому лишається єдиний, словесний.

Аналіз поданих матеріалів свідчить про таку специфіку контактів батьків з власними аутичними дітьми: щодо емоційного й регулятивного рівнів вони спілкуються на нижчих координаційних рівнях (без використання жестів, створення спільного дієвого та емоційного простору, прагнення до узгодженості рухів різного плану, емоційне багатство проявів), а на когнітивному рівні – навпаки – частково є прагнення розгорнути комунікацію на вищих рівнях, нехтуючи елементарнішими її формами – контактом за допомогою дотиків, погляду, звуків, різноманітних і спрямованих на привертання й підтримання уваги дитини.

Проведене дослідження особливостей взаємодії батьків з аутичними дітьми дає змогу комплексно розкрити чинники, які ускладнюють ефективність цих контактів, що стає для фахівців предметом подальшого опрацювання в певній родині. Недостатнє використання батьками ефективних параметрів взаємодії (активізація різномодальних сенсорних систем, творчі прояви на тілесному, мовленнєвому, емоційному рівнях) сприймаємо як їхні ресурси, вивільнення яких сприятиме налагодженню конструктивних контактів з дитиною (про що йтиметься у наступному підрозділі).

Надзвичайно важливе також для подальшої динаміки розвитку дитини й загального психологічного стану родини з’ясування того,

що частіше за все лишається за лаштунками батьківської свідомості: їх уявлення про аутизм, ставлення до нього та розуміння значущості власної ролі в обставинах, що склалися.

Для визначення особливостей сприймання батьками ситуації з власною аутичною дитиною застосовуємо розроблений нами метод “*Батьківська концепція аутизму*”. Цей метод дещо співставний з дослідженням так званої “внутрішньої картини хвороби” (або суб’єктивної концепції хвороби, англ. - *internal image of disorder, autogenic image of disorder*). Таким інтегрованим терміном відомий науковець-медик Роман Альбертович Лурія визначив цілісний образ захворювання, що виникає у пацієнта: його самопочуття, самоспостерігання, уявлення про свою хворобу, її чинники, весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з надзвичайно складного синтезу сприймання, відчуттів, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм [117].

Особи, які мають порушення розвитку за аутичним типом, не здатні до саморефлексії: серед показових ознак аутичних проявів, як відомо, є неконтрольованість власних дій, нездатність усвідомлювати світ і самого себе тощо. З іншого боку, загальноновизнана ригідність психіки аутичних дітей, що зумовлює необхідність тривалих корекційних занять з ними; і це неможливо налагодити без батьківської участі. Важливий також не тільки кількісний, але й якісний аспект цих занять і правильної взаємодії з такими дітьми, загалом. Тому сформульована батьками картина їх сприймання аутизму у дитини допомагає фахівцям з самого початку змістовно опрацювати слабкі ланки заради оптимізації процесу корегування навчання та розвитку дитини.

“Батьківську концепцію аутизму” вивчаємо за допомогою такого методу, що продовжує традиції постмодерніського конструктивізму, як *дослідницьке інтерв’ю* .

Методологічний аспект дослідницького інтерв’ю – це спеціальна форма розмовної техніки, що передбачає діалогічний підхід у дослідженнях, призначений виявити центральні теми (як феномени) життєвого світу респондента та інтерпретувати їхній смисл [168].

При цьому, завдання дослідника – отримати адекватний і вірогідний матеріал, який можна було б інтерпретувати та зрозуміти сенс досвіду іншої людини, її почуття, її розуміння, її дії, що дає новий погляд на певні явища та збагачує наше розуміння людського буття.

Дослідник як співрозмовник під час інтерв'ю може захочувати до розповідей (нарративних форм), просити когось з батьків розповісти історію або намагатися разом з ним структурувати різні події, що входять у послідовну розповідь.

Як інтерпретатор дослідник виходить за межі сказаного, виокремлює структури та смислові стосунки, які неможливо побачити в тексті з першого погляду. “Інтерпретація” означає ширше і глибше тлумачення значень у контексті філософської герменевтики. Дослідник має свій погляд на предмет дослідження, і з цього погляду він інтерпретує інтерв'ю.

Оцінка валідності теоретичної інтерпретації передбачає компетентність щодо конкретної теорії, і базується на якості теоретичних передумов і логіці виведення з теорії дослідницьких питань.

У режимі дослідницького інтерв'ю з батьками дітей, які мають розлади аутичного спектра, розкривається суб'єктивна реальність їхнього бачення ситуації з дитиною, а саме: уявлення про порушення розвитку дитини (*когнітивний план*), ставлення до цього порушення (*емоційний план*) та наміри щодо власних дій заради дитини (*мотиваційно-дієвий план*).

У структурованому вигляді основні питання дослідницького інтерв'ю подано в таблиці:

Питання дослідницького інтерв'ю

№№	Питання	Психічні виміри (плани)
1	Що таке аутизм для Вас?	Когнітивний/ емоційний
2	Як поява такої дитини змінила Ваше життя?	
3	Які думки частіше за все приходять, коли Ви думаєте про неї?	
4	Як, на Ваш розсуд, аутична дитина сприймає світ: бачить, чує, відчуває?	Когнітивний
5	Чи мають її дії послідовний цілеспрямований характер?	
6	Які почуття у Вас виникають, коли Ви дивитеся на свою дитину а) вдома; б) коли вона серед інших людей?	Емоційний
7	Якщо у Вас виникає почуття власної безпорадності, як Ви його долаєте?	Мотиваційно-дієвий
8	Якою Ви бачите власну роль у житті своєї дитини?	

Розкриття “батьківської концепції аутизму” важливо, на наш погляд, тому, що дає змогу фахівцю зрозуміти, у якому напрямі варто взаємодіяти з батьками насамперед. Буває, що батьки потребують підтримки на кожному з названих вимірів: часто вони, по-перше, не розуміють, що відбувається з дитиною; по-друге, не можуть опанувати свій емоційний стан і, по-третє, відповідно діяти в інтересах дитини.

Для фахівця, своєю чергою, той матеріал, який можуть надати батьки є безцінним: завдяки повсякденному спостереганню за дитиною вони підказують важливі нюанси щодо налагодження взаємодії з нею, які безперечно допоможуть фахівцю.

У розповідях батьків розкривається їхнє усвідомлення аутизму як “порушення ритму життя усієї родини, необхідність змінювати своє життя, щоб було комфортно існувати і нашій дитині, і нам разом з ним” (як сказала одна бабуся аутичного хлопчика, доктор педагогічних наук: “Аутизм – це спосіб життя родини”).

Батьки тонко відчувають особливе сприймання світу дитиною. У цих розповідях аутичні діти постають як неповторні тонкі натури, а спостерегання за ними батьків іноді спростовують, наприклад, такі

літературні “штампи”, як “емоційна тупість”, “нездатність до гри” і “нерозуміння гумору”, “нерозуміння контексту ситуації” тощо:

...він дуже потребує нашої підтримки. Часто він просто боїться незнайомого. І ми єдині люди, яким він довіряє, тому виникає загострене почуття відповідальності. У нього є Любов до близьких. Ми відчуваємо, що він дитина, яка любить і співчуває...але зі своїми особливостями – йому складніше впоратися з якимись труднощами. У нього більша чутливість – і погоду відчуває, вітер...і якось по-іншому отримує задоволення – розчиняється до кінця у тому, що йому подобається, не контролюючи себе. Він глибше за інших дітей...

Батько 4-річного аутичного хлопчика

У нього є загострене почуття наполягати на своєму. Не прислуховується до моїх правок. Знає, як викладати певні слова, наприклад, “ведмежа”, але може покласти посередині цифру, наприклад, 5. Це такі у нього жарти. Знає, що треба писати – МА, але пише МО, і починає веселитися. Не пояснює, але це для нього велика розвага – неправильності, внесені у слова. Викладає слова з новими суфіксами, свої варіанти: ведмеженятко, ведмеженятонько, ведмежаточконька... Інколи примущує мене робити “веселі” помилки, наприклад, писати у слові чотири “е”...

Мама 4-річного аутичного хлопчика

Зовсім не вміє знаходити контакти з ровесниками, утім і не страждає особливо з цього приводу. Любить слухати історії, придумувати свої інтерпретації на тему цих історій. Зараз досить актуальним питанням стала смерть і все, що з нею пов’язане. Хто коли помирає? Чому? А я? А ти? Завжди цікавився історією та війнами, географією. Зараз ще й період піратів.

Мама 7-річного аутичного хлопчика

Не лише товариський, але і фамільярний, до тих, хто з ним ласкавий, звертається на “ти”. А з дітьми – на “ви”. Так і звертається “А це Ваша іграшка?” Говорить, що діти його кривдять, але сам до них чіпляється, щоб звернули увагу. Схоже, він потребує дитячого товариства, але абсолютно не пристосований до нього. З дитинства страшенно цікавиться усілякою технікою. Казки його не цікавлять теж з дитинства. Здається абсолютно безстрашним, але боїться дивитися фільми взагалі і навіть незнайомі мультфільми, які невідомо чим закінчаться. Паники і плачу немає, просто просить вимкнути телевізор або перемкнути на іншу програму, або піде в іншу кімнату. А страшено нічого там і не було! Може і казок не любить тому, що їх боїться.

Мама 11-річного аутичного хлопчика

У розповідях батьків можна знаходити цінні ідеї щодо побудови взаємодії з аутичними дітьми. Такими плідними висловами є, наприклад, такі: “...дитина не завжди відгукується на звернене мовлення, а тільки тоді, коли правильно підібрана мотивація”; “...стали помічати, що синочок цікавиться чимось із звичайного життя: після села ходив вдома і повторював: “курочки”. Тоді ми вирізали з картону курчат, придумали як зробити іграшкову клітку і почали з ним гратися”; “Ми зрозуміли, що дитина шаленіє, коли чує слово “не можна”. Тоді ми почали застосовувати такі звернення, у яких є протилежне слово – “можна”. Наприклад, дитина б’є по клавішах фортепіано. Я її підхоплюю за руку, кажу: “Бігати (стрибати) можна”, і починаємо бігати (стрибати)”.

Інколи неочікувано розкривається особливе батьківське ставлення до проблем дитини, що дає змогу побачити нові ракурси непростій ситуації, коли в родині народжується така дитина: “Це випробовування, яке маємо пройти. Тут треба не тільки руками...як то посадити дерево...але й відчувати, думати, як в однокласстві на вищому шаблі – треба любити свого супротивника”; “...з народженням такої дитини з’явився справжній сенс життя. Дуже гостро відчуваю час: рахунок йде на хвилини...”

У деяких батьків аутичних дітей може виникати тенденція відсторонення від дитини. У такому разі сама спрямованість на роботу над суб'єктивною концепцією аутизму спонукає батьків до підвищеної уважності до дитини та мобілізації власних інтелектуальних і емоційних ресурсів.

Дослідницьке інтерв'ю “Батьківська концепція аутизму”, що здійснюється в режимі діалогу, за якого психолог ставиться до свого співрозмовника як до екзистенціального партнера, дає змогу йому “взяти участь” у таких сутнісних надбаннях особистості, які К.Ясперс назвав “фундаментальним знанням”. Так з'являється можливість реконструювати внутрішній світ досвіду іншої людини, відчувти, чим дійсно їй можна допомогти.

Застосовані методи дослідження специфічного внутрішньосімейного середовища – стандартизоване аналітичне спостереження “Метод вивчення прихильності” та “Батьківська концепція аутизму” – допомагають зрозуміти можливості й обмеження членів родини аутичної дитини; з'ясувати труднощі, що виникають у процесі взаємодії “дорослий – дитина”, та ймовірні способи їх подолання. Виявлені особливості батьківських проявів, а також сформульована батьками картина їх сприймання аутизму в дитини допомагає фахівцям змістовно опрацювати слабкі ланки заради оптимізації процесу корекції навчання та розвитку дитини.

7.2. Програма підвищення батьківської та особистісної компетентності членів родини аутичної дитини

Одна з нерозроблених тем, пов'язаних з розвитком аутичної дитини – психолого-педагогічний вплив на мікросередовище, у якому вона перебуває. Відомо, що виховання аутичної дитини – це складніше завдання, аніж її навчання. Успіх цього процесу багато в чому зумовлено конструктивністю батьківської позиції.

З ціллю (яку також частіше за все не усвідомлюють) долання негативних переживань у батьків інколи формує комплекс адапта-

ційних (приспосувальних) засобів, так званих реакцій адаптації, які мають як компенсаторний (штучне обмеження контактів, тенденції агресивного переносу неадекватних переживань на навколишніх), так і псевдокомпенсаторний характер (заперечення та ігнорування порушень розвитку, що частіше за все спостерігається, за нашими даними, не у мами, а у батька чи бабусь-дідусів). Зрозуміло, що поява у батьків тих чи інших форм реагування на ситуацію з аутичною дитиною багато в чому зумовлено їхніми особистісними (як типологічними, так і характерологічними) особливостями.

Незважаючи на те, що кожна людина по-своєму переживає травматичну ситуацію, виокремлюють певні закономірні етапи цього процесу.

Розгортання реакції на кризову ситуацію має такий перебіг:

- 1) спочатку відбувається “первинне оцінювання” ситуації – раціональний інтелектуальний процес з емоційними складниками. Травматичні (кризові) події в житті людини завжди несподівані, й на таку несподіваність людина реагує спочатку на рівні відчуттів – станом заціпеніння, яке швидко змінюється особливою активністю особистості, що отримала в психології назву “когнітивне оцінювання”. Це процес розпізнавання особливостей ситуації, виявлення негативних та позитивних її сторін, визначення смислу та значення того, що відбувається. Головний результат інтелектуального оцінювання – висновок людини: чи можна цю ситуацію змінити;
- 2) оцінювання власних можливостей, урахування й можливої підтримки з боку навколишніх людей. На цьому етапі вже часто розвиваються нові стратегії подолання складної ситуації;
- 3) на основі невдач або нової інформації – третинне оцінювання кризової ситуації, яке охоплює нову постановку задачі й нові альтернативи поведінки.

Графічно це можна зобразити у схемі:

Особливості перебігу реакції на стресову ситуацію

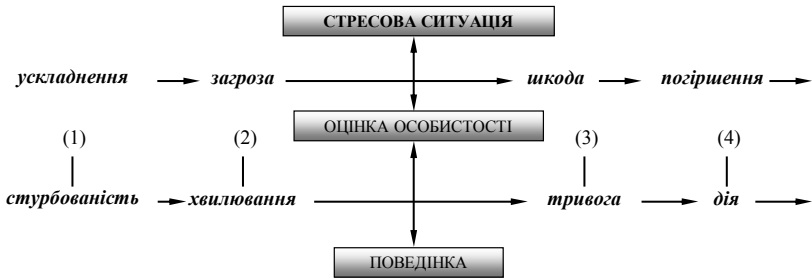


Схема відображає психологічну реакцію особистості на стресову ситуацію. По вертикалі відбито спрощений варіант етапності у проходженні людиною нестандартної події. “Оцінка особистості” вибирає в себе всі три рівні, описані вище, “поведінка” зазначена як дієвий прояв людини (якого, до речі, може й не бути). І брак цього етапу розкриватиме індивідуальні особливості певної людини. По горизонталі наведено динаміку психічних переживань людини, аж до дієвого виявлення. Так, ускладнення, які трапляються особистості на її життєвому шляху, суб’єктивно переживаються як загроза, що може призвести до шкоди й погіршення становища. Це зумовлює стурбованість, яка переростає у хвилювання та тривогу.

Описувати поведінку в кризових ситуаціях можна, використовуючи стиль реагування (як *реактивну*, динамічну характеристику) та стратегії подолання кризових ситуацій (як *інструментальну* характеристику).

Трансактна теорія стресу-копінгу (Р.Лазарус) опрацьовує стилі поведінки людини, які сприяють долатню складної стресової ситуації [100]. У назві психологічного механізму, який застосовують для адаптації людини у складній життєвій ситуації, використано термін “*coping*” (впоратися з чимось, опановувати себе) та “*coping behavior*” (поведінка опанування свого стану).

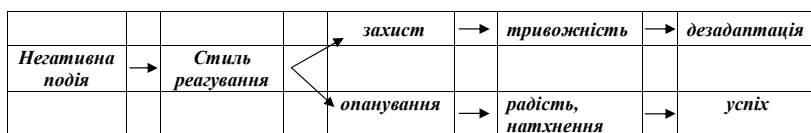
У зарубіжній психологічній літературі термін “*coping*” використовують у поєднанні з іншими психологічними поняттями: *coping*–

process, coping-mechanism, coping-behavior, coping-style, coping-strategy. У вітчизняній психологічній науці використовують ці терміни як: копінг-процес, копінг-механізм, копінг-поведінка, адаптивна поведінка, копінг-стратегія тощо. Але така тенденція не загальна. Наша мова дає змогу провести більш чітку диференціацію термінів. Йдеться про “захист” (Р.О. Зачевицький, 1980), “подолання” (В.О. Бодров, 1995) та “оволодіння” (Г.С. Кочарян, О.С.Кочарян, 1994; Л.І. Анциферова, 1995; О.В. Лібіна, 1995). Нам здається найдоречнішим перекладати цей термін як “опанування”.

Американська дослідниця Е.Хаан (N. Naan) проаналізувала механізми подолання криз і захисту й дійшла висновку, що вони протиставлені один одному [244]. Зокрема, Е.Хаан відзначає, що механізм “опанування” і захисту ґрунтуються на однакових, тотожних процесах, але відрізняються полярною спрямованістю: або на продуктивну, або на слабку адаптацію. Реакції опанування беруть початок зі сприймання виклику, що запускає когнітивні, моральні, соціальні й мотиваційні структури, дія яких основна для адекватної відповіді (подано у схемі):

Схема 5

Динаміка стилів реагування на негативну подію



За цією схемою стає зрозуміло, що життєві ускладнення, суб’єктивно сприймані з негативним емоційним забарвленням, вимагають певного реагування. Стили реагування розподіляють за двома принципово різними групами. Перша з них – захист – цілковитий прояв сфери несвідомого, що виявляє певну реактивність індивіду в ситуації кризи. Захист (за гуманістичною та екзистенційною психологією) – це непродуктивна форма реагування на життєві обставини.

Адже ми захищаємо те, що слабке, докладаємо зусиль задля підтримання “захисного муру”, замість того, щоб бути відкритим новому досвіду та розвивати внутрішню силу. За умов психологічного захисту, що став звичною формою реагування на події, не може відбуватися особистісного зростання людини.

Другу групу стилів реагування пов’язано зі стратегіями подолання труднощів, що внаслідок ефективності стратегій, зумовлює радість, наснагу. Обидві групи базуються на певних проявах системи „Я”, а саме – на Я–процесах .

Стратегія долаття кризових ситуацій потрібна й у разі зіткнення з новими вимогами (а саме такою є кризова ситуація), яких неможливо дотриматися з допомогою раніш засвоєних і звичних форм поведінки. Розв’язання подібних проблем вимагає формування нових можливостей, зокрема успішних здогадок, подальшого розвитку здібностей, або відкриття особистісних ресурсів. Усе це передбачає наявність відповідного рівня зрілості особи.

У сприятливій ситуації настає бажаний наслідок, тобто опанування ситуації. У такому випадку людина перестає бути жертвою обставин і перетворюється в дієву силу і для власного розвитку, і для позитивного впливу на навколишніх людей (в контексті нашого дослідження – для впливу на формування своєї дитини).

Для організації системної допомоги родинам аутичних дітей ми опрацювали ***“Програму підвищення батьківської та особистісної компетентності членів родини аутичної дитини”***.

Мета Програми – сприяти становленню процесу повноцінного “буття-у-світі” батьків, які виховують аутичної дитини.

Методологічна основа нашої роботи з батьками – феноменологічний напрям і близькі до нього екзистенційні погляди та гуманістична психологія. Важливий напрям психологічної роботи – допомога людині в становленні себе як особистості, яка самоактуалізується, допомога у пошуках способів самореалізації, у розкритті сенсу власного існування, у досягненні автентичного існування.

Центральне поняття такого підходу – екзистенція (від пізньолат. *existentia*– існування) як унікальна особистісна сутність людини. Людина осягає свою екзистенцію, сенс свого існування в межових і екстремальних станах (боротьба, страждання, смерть).

Уся класична психологія виходить з того, що людська поведінка принципово передбачувана, якщо досить повно врахувати всі необхідні чинники (наприклад, ті складники, які утворюють структуру особистості, та зовнішні обставини). Це емпірично правильно й успішно спрацьовує для більшої частини поведінки майже всіх людей у типових ситуаціях. Але є деякі ситуації, у яких традиційний підхід “не спрацьовує”.

Екзистенційні переконання виникли спочатку на матеріалі так званих межових ситуацій особистісних зламів і криз, коли життєвий світ рушиться й немає жодних адекватних стереотипних форм відомої поведінки. Традиційна психологія детермінізму безсила допомогти людині, яка має приймати рішення, не маючи детермінантів, наодинці зі світом.

За екзистенційною психологією, у взаємодії з батьками ми спираємося на такі основні змінні параметри:

1) емпатію як здатність стати на місце іншої людини, відчувати її внутрішній світ, зрозуміти її висловлювання так, як вона сама це розуміє;

2) безумовне позитивне прийняття, що припускає ставлення до людини як до особистості, яка має безумовну цінність, незалежно від того, яку поведінку вона демонструє, як це можна оцінити, які властивості вона має;

3) конгруентність психолога, що є виявом щирості, відкритості, дійсної зацікавленості іншою людиною та її ситуацією.

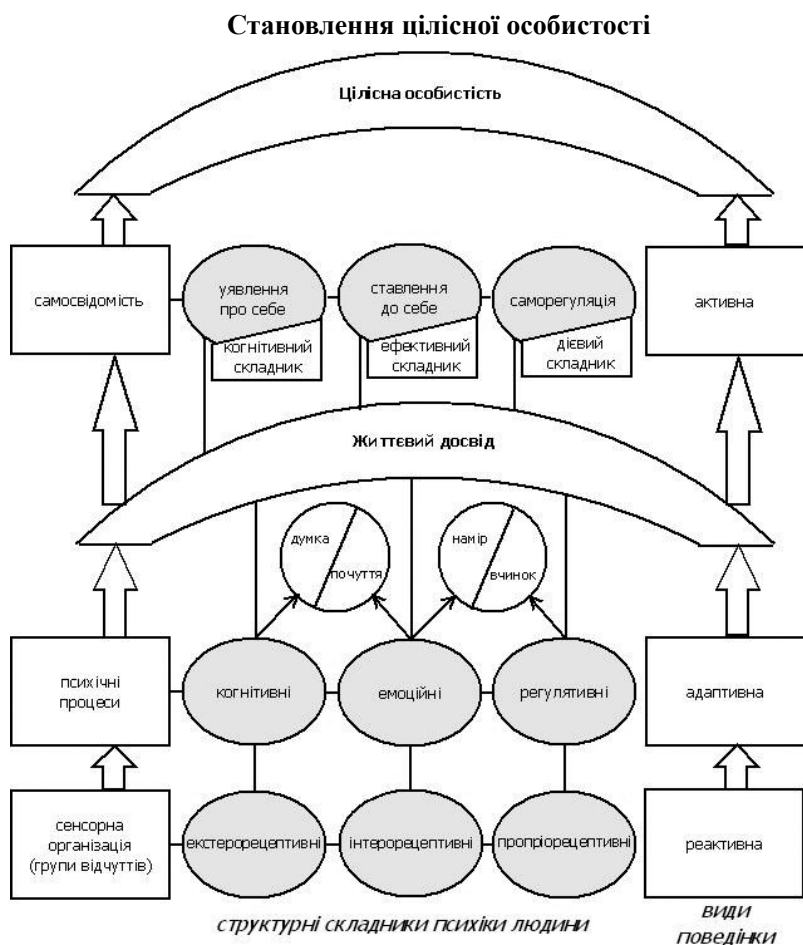
Усі ці параметри, відомі у психології як “тріада Роджерса”, – певні методичні прийоми, які сприяють глибокому вивченню людини і здатності досягати бажаних змін у її життєдіяльності.

Якщо традиційна психологія вивчає людину в тих її аспектах, у яких вона детермінована, екзистенційна психологія розкриває фе-

номен її самодетермінованості. Одна з основних підстав і проявів людської свободи полягає в тому, що людина здатна вводити і встановлювати, а також переглядати засадничі принципи, які регулюють власну поведінку, не підкоряючись автоматично заданим принципам (Harre, 1979; Rychlak, 1979).

Основний орієнтир програмної роботи з батьками подано у сформованій нами моделі:

Модель 5



Наведена модель уточнює ту цілісну структуру, яку ми зазначали щодо процесу становлення системи психічних процесів у дітей

(підрозділ 5.1.), але тоді її було обмежено двома нижчими позиціями – групами відчуттів та психічних процесів. Коли йдеться про дорослу особистість, то вищими, особистісними, вимірами стають складники самосвідомості. Становлення цих складників відбувається у кожної людини по-різному.

Визначальні моменти на шляху особистісного зростання – це особливий життєвий досвід людини і здатність інтегрувати його в узгоджену систему (що ми символічно показали через такі особистісні утворення, певні синтети складників психічної організації, як “думка-почуття”, “намір-вчинок”). Дієвим виявом цілісної особистості буде її активність щодо виконання актуальних завдань.

Подана модель насправді відображає ідеальну ситуацію розвитку. У дійсності далеко не кожна людина досягає узгодженості між своїм внутрішнім станом і зовнішніми проявами (певної конгруентності), а також у житті на високому рівні усвідомлення. А тільки за таких умов ми можемо казати про сильну розвинену особистість, яка здатна витримувати життєві негаразди й за будь-яких обставин створювати повноцінне яскраве життя як для себе, так і для навколишніх людей.

Ми вважаємо, що людина в будь-якому віці здатна до повноцінного розвитку, може вдосконалювати свої можливості, розкривати свій особистісний потенціал.

За феноменологічним підходом, неможливо зрозуміти людину без інтересу до її суб’єктивної (особистісної) реальності, до суб’єктивного досвіду, досвіду безпосереднього переживання як основного феномена. Предмет гуманістичної психології – особистість як унікальна цілісна система, що є не чимось заздалегідь даним, а відкритою можливістю самоактуалізації, властивою тільки людині.

Для глибокого осмислення свого життєвого шляху, власної унікальності та відповідальності за своє життя навіть дорослій людині потрібна допомога психолога-професіонала.

За моделлю, ми розуміємо, що позитивний вплив на особистісний розвиток іншої людини варто здійснювати з орієнтиром на

різнопланові складники її психічної організації – і когнітивний, і афективний, і дієвий. При цьому справжні стійкі зміни відбуватимуться тоді, коли нова інформація втілиться у власний досвід особи, яка переосмислить і усвідомить цю інформацію.

Стосовно батьків слід зазначити, що ми розглядаємо складники їхньої самосвідомості не в інтрапсихічному (ізольованому, суто особистісному), а в *інтерпсихічному* плані, тобто – уявлення про себе, ставлення до себе і саморегуляція щодо стосунків з власною дитиною.

Буває, що батьки аутичної дитини потребують підтримки на кожному етапі: часто вони, по-перше, не розуміють, що відбувається з дитиною (когнітивний план); по-друге, не можуть опанувати свій емоційний стан (емоційний план) і, по-третє, не спроможні відповідно діяти в інтересах дитини (регулятивний, дієвий план).

За нашим досвідом найдієвіша форма психолого-педагогічного впливу на особистість батьків – організована системна робота в межах таборів інтенсивної корекції, де вони перебувають разом зі своїми дітьми.

У таких таборах можливо налагодити не тільки інтенсивну корекційну роботу для дітей, а також – усіма доступними засобами сприяти підвищенню батьківської й особистісної компетентності їхніх тат і мам.

Виявлені особливості батьківських проявів (за методом вивчення прихильності “Ситуація з незнайомцем” та “Батьківською концепцією аутизму”) орієнтують спеціальних психологів та корекційних педагогів стосовно напрямів консультативної та методичної роботи з батьками, а саме: досягнення ними емоційно насичених, творчих, емпатійних стосунків з власними дітьми, здатності налагоджувати продуктивну взаємодію з ними, набувати сумісний досвід радісних переживань тощо.

У наведеній нижче таблиці визначено напрями та форми психологічної роботи з батьками:

Напрями та форми роботи з батьками аутичних дітей

Напрями роботи	Когнітивний план (знання)	Емоційний план (почуття)	Регулятивний план (дії)
Форми роботи	Семінарські заняття Методична підтримка Консультативні послуги	Психологічні заняття Терапевтичні послуги Супутня психотерапія	Тренінгові заняття Продуктивна діяльність Гра та творча діяльність

Усі форми психолого-педагогічної роботи з батьками відбуваються практично водночас, що дає змогу їм синтезувати різнопланову й різнорівневу інформацію в єдину систему власного надбання.

Важливим чинником позитивного впливу на особистість батьків, на нашу думку, є той самий, що і для дітей – долучення до загальної діяльності, у якій можна розкрити особливості їх комунікативних, емоційних, інтелектуальних, тілесних проявів, їх прагнення, настанови тощо, а також – налагодити ефективну взаємодію між ними, з одного боку, та між ними і фахівцями, з іншого.

I. Когнітивний план

Батьки аутичної дитини часто не можуть задовольнити свою потребу в інформації. Це стосується і розуміння аутизму як порушення розвитку, і можливих шляхів допомоги дитини, і власної участі в цьому процесі.

На *семінарських заняттях*, що мають просвітницький напрям, є нагода з'ясувати всі питання, які цікавлять батьків.

Можливі теми семінарських занять:

- Особлива дитина та особливе ставлення до неї. Типові труднощі взаємодії з аутичною дитиною.
- Аутична дитина: особливості розвитку.
- Заохочення та покарання. Примхливі прояви дитини, способи їх долання. Проблема “унормування” дитини.
- Розвиток пізнавальних функцій у “особливих” дітей: що може зробити родина.

- Напрями корекційної роботи з аутичними дітьми (кожному з напрямів – АВА, нейропсихологічному, середовищному, ТЕ-АССН, корекції афективної сфери тощо – може бути приділено окрему зустріч).
- Соціалізація аутичної дитини: дошкільний і шкільний періоди.
- “Сто питань сто відповідей” (обговорення і програвання конкретних актуальних ситуацій із життя учасників. Спільний пошук виходу зі складних ситуацій).

Подану фахівцями інформацію обговорюють, осмислюють, порівнюють зважаючи на власний досвід.

Завдяки *методичній підтримці* батьки мають змогу розвинути вміння й навички щодо застосування ефективних методів і підходів у корекції розвитку аутичних дітей; оволодіти різноманітними засобами роботи з ними. Це відбувається передусім в умовах, коли батьки супроводжують власну (або іншу дитину) на різних заняттях і допомагають фахівцям організувати спільну діяльність для всіх дітей.

Така форма роботи важлива для створення простору партнерства і довіри між родиною й фахівцями, взаємопроникнення терапевтичного та побутового середовища [141]. Батьки краще зрозуміють стан дитини, її проблеми, цілі та завдання роботи, навчається сприяти розвитку дитини, якщо будуть долучені до корекційно–розвивального процесу, увійдуть до нього разом з фахівцями та дітьми на рівних правах. У процесі занять можна моделювати різні ситуації побутового й соціального змісту, які потім можна відпрацьовувати у звичайному житті.

Завдяки набутому досвідові занять з дитиною, а також усвідомленню способів побудови продуктивних контактів з нею, батьки вчать також розбиратися, який напрям розвитку найдоцільніший у тій чи іншій ситуації, які фахівці потрібні дитині, а також оцінити, хто з професіоналів спроможний створити дійсно розвивальне середовище для дитини і в яких умовах мають відбуватися заняття для неї.

Надання консультативних послуг

Якщо за медичного підходу до аутизму фахівці найчастіше применшують можливості сім'ї, вказують передусім на вади й проблеми, то контакт родини з психологами допомагає з'ясувати цілісну картину розвитку дитини, а також побачити сильні сторони (ресурси розвитку), на які можна спиратися у взаємодії з нею. Бажано, щоб основні позиції щодо особливостей розвитку дитини, її ресурсів, а також – рекомендації щодо її розвитку та соціалізації фахівці подавали не тільки в усній, але й у письмовій формі. І ці записи слугуватимуть у подальшому орієнтирами у взаємодії родини з аутичною дитиною.

Важливі також завдання консультування – сформувати у родини реальний погляд на власну ситуацію та надати потрібну інформаційну підтримку. Здебільшого зусилля, які прикладають батьки в роботі з дитиною, дають результат. Однак потрібно навчитися ставити досяжні цілі та радіти навіть невеликим успіхам.

II. Емоційний план

Основне завдання *психологічних занять* – сприяти гармонізації емоційних процесів батьків, формувати їхню здатність приймати себе і вміти давати собі раду за будь-яких обставин.

Відомо, що одні родини, які виховують аутичну дитину, краще виконують завдання, а інші – гірше. Чинників такого становища багато, деякі з них пов'язані зі станом дитини (ступенем порушення розвитку), а деякі – із загальними настроями рідних і близьких людей. Серед родичів аутичної дитини часто можна помітити коливання: від легковажного ставлення (усе саме владнається; знайдуться чудодійні способи допомоги дитині, коли вона за один день стане здоровою) до зневіри та розпачу (усе, що роблять батьки, марно, дитина така, якою вона є, і ніколи не зміниться; єдине, що залишилось – сидіти й жаліти себе).

У батьків і всіх рідних може виникати сильний стрес через усвідомлення проблем власної дитини, неможливість зрозуміти причини

цього стану, труднощі постановки діагнозу, і, частенько, холодність і байдужість фахівців, до яких батьки багаторазово звертаються по допомогу, брак державної підтримки в питаннях навчання та виховання аутичної дитини. Унаслідок такої емоційної навантаги в родині може виникнути новий стереотип, пов'язаний зі *стосунками співзалежності*, які зумовлюють у психологічному стані близьких дитини істотні травматичні зміни (почуття образи, провини, власного безсилля, гнів, нервові зриви), що утруднює для аутичної дитини процес адаптації [84].

Чекаючи змін у стані дитини, родина покладає великі надії на фахівців різного профілю, на пошуки чарівних “пігулок від аутизму”, витрачає великі гроші на шарлатанів, за вдалими висловом дитячого психіатра Ольги Доленко, на участь у багатовартісних бізнес-спроєктах [65], що пропонують батькам ті, хто прагне заробити на чужому горі.

І тільки з часом може прийти розуміння, що потужний спосіб допомоги своїй дитині – це почати змінюватися самим. На нашу думку, успіхи розвитку аутичної дитини найбільше залежить від самих батьків. З одного боку, велике значення має їхня здатність долати стресові стани загалом, що зумовлено особливостями нервової системи, сформованим характером, життєвим досвідом. Але якщо свідомо підходити до особистісного розвитку, то можна багато чого навчитися і перетворити звичний (наприклад, непродуктивний) спосіб емоційного реагування на такий, що сприятиме конструктивному розв'язанню актуальних проблем.

Серед “невдалих” процесів у переживанні – брак пошуку допомоги, неприйняття тієї, яку пропонують, або спроба вважати відповідальними інших.

Конструктивний відгук на актуальні проблеми – реалістичне врахування цілісної ситуації; здатність виокремити з проблеми дрібні завдання; активний пошук і прийняття допомоги.

Умови для успішного здійснення психологічних занять

1. Створення атмосфери прийняття і довіри, що сприяє виникненню симпатії між учасниками занять і бажання бути щирими в стосунках. Появу такої атмосфери зумовлює доброзичливий і невимушений стиль, яким ведучий групи провадить заняття; добір певних вправ на початку зустрічей, що допомагають досягти розкутості, відчуття підтримки з боку інших учасників.
2. Налагодження суб'єкт-суб'єктних стосунків, за яких з'являється відчуття цінності й значущості кожного учасника взаємодії, інтерес до його думок, почуттів і проявів. Такого типу стосунки формуються в групі завдяки особливій позиції ведучого, для якого найбільшою цінністю є особистість кожного учасника занять. Одним з головних завань для ведучого при цьому стає налагодження справжнього діалогу з кожною присутньою у групі людиною. Ситуація діалогу надзвичайно продуктивна для прагнення бути почутим і почути інших. Діалоговий режим роботи в групі передбачає повноцінне задіяння всіх учасників у будь-якій ситуації, створення умов для відвертих висловлювань їхньої власної оцінки, аналізу поточних процесів.
3. Долучення учасників занять у творчу продуктивну діяльність, подібну до ситуації гри, яка сприяє зняттю напруги, створенню атмосфери легкості, свята, свободи.
4. Здійснення психологічних занять у цікавій формі з обов'язковою рефлексією (відстежуванням власних внутрішніх і зовнішніх проявів та загальної групової ситуації).

Зміст психологічних занять – вправи на самопізнання, розвиток більш тонкого відчуття інших і вміння налаштуватися на їхній стан; оволодіння прийомами саморегуляції, розширення обсягу уваги, робота з власними стереотипами, а також вправи, що сприяють активізації інтелектуальних процесів, гармонізації та збагаченню емоційної сфери. Багато уваги приділено *рефлексивній* роботі: розміркування над власним внутрішнім світом і світом своєї дитини, її привабливими рисами й сильними властивостями;

самоспостеріганням за роботою групи (власна реакція на завдання, ставлення до інших людей у групі, думки з приводу роботи групи); розмірковуванням після прослуханої доповіді фахівця (найважливіше, про що йшлося в доповіді та як батьки це можуть застосовувати у житті) тощо.

Людина, спираючись на можливості рефлексії, здатна оцінити обставини життя, власну життєдіяльність і стати в позицію суб'єкта активної їх корекції, але це вимагає від неї великих зусиль і енергії. Інколи нездоланною перешкодою на цьому шляху стають власні стереотипи, певна ригідність як загальносистемна властивість, що блокує вихід людини за межі сталих поведінкових схем а також ситуації, пов'язані з можливостями долати обставини та реалізувати себе [69].

Опрацювання ситуації, у якій опинилися батьки аутичної дитини, як унікальної дає їм можливість наповнити життя особистісним смислом, особистісним значенням, що допомагає відповісти на запитання: заради чого здійснюється чи має здійснюватися певна дія? Адже відомо, що навіть у начебто безвихідній ситуації, перед якою людина безсила, можна бачити сенс. Уся справа – у настанові щодо своєї долі, якої людина не здатна уникнути чи змінити. Лише правильні позиція й настанови, за висловом відомого австрійського психіатра та психолога В.Франкла, дають змогу продемонструвати те, на що здатна тільки людина: *перетворити страждання в досягнення*, у підставу для особистісного зростання.

Терапевтичні послуги

Супутню терапію (в індивідуальному та груповому режимах) здійснюють фахівці за домовленістю з батьками, за їх потреб.

Основна ціль психотерапії, яку можна досягти внаслідок переживання, усвідомлення, прийняття й інтеграції нового досвіду, отриманого в ході психотерапевтичного процесу, – особистісна інтеграція, відновлення цілісності та єдності людської особистості.

Ефективні терапевтичні заняття для батьків аутичних дітей можна провадити в контексті різних психотерапевтичних підхо-

дів. Наведемо основні орієнтири здійснення такої роботи за системним психотерапевтичним напрямом (М.Вайт, А. фон Шліппе, Й.Швайцер та ін.). Провадити такі заняття може тільки дипломований фахівець.

У контексті системної терапії родину визначають як особливе утворення, у якому процеси екзистенційного обміну відбуваються з особливою “густиною” та швидкістю. Це пов’язано з високим ступенем інтимності й “тілесності”, специфічним очікуванням щодо почуття безпеки та захищеності, з одного боку, а з іншого, – неконтрольованістю взаємодій [119].

Завдання консультативного процесу – ідентифікація (виявлення) людей і комунікацій, задіяних у “проблемній ситуації”, а відтак – їх безпосереднє (або принаймні уявне) долучення в процес розв’язання проблеми.

За системною терапією проблеми продукують таким чином:

1. Початкова фаза проблемоутворення – *виявлення–придумування проблеми*.
2. *Виникнення комунікаційної системи, детермінованої проблемою*. Ідею розповсюджують між людьми, які спілкуються між собою, так, що виявлена проблема стає основним змістом спілкування й займає центральне місце в комунікації учасників: щораз більше людей втягується у дискусію, а їхня увага концентрується навколо того, що “не в порядку”.
3. *Пояснення проблеми*. Існують характерні типи пояснень:
 - “минуле як доля” – тип пояснення, за якого незворотнім подіям минулого (помилкам, почуттю вини, дитячим травмам, генетичним дефектам, нещасним випадкам) приписують головний і неоправний вплив на виникнення проблеми. Провину за складні проблеми перекладають на певних учасників, які не хочуть/не можуть їх розв’язати;
 - “ми всі надто малі й слабкі” – тип пояснення, за якого прерогативу вирішення приписують зовнішній третій стороні, на яку начебто ніхто не має впливу.

4. *Поведінка, спрямована на стабілізацію проблеми.* “Учасники” проблеми тривалий час поводяться так, ніби з ситуації немає виходу, або рішення є, але воно в руках зовсім чужої людини. Тривалі стосунки характеризуються взаємним підсилюванням і стабілізацією. Тут повною мірою виявляє себе *сила описів*. Адже там, де наша мова відводить нас тільки до єдиного рішення, ми й не знайдемо *нових, творчих можливостей*.

Таким чином, ставлення оточення до хвороби багато в чому формує мовний контекст навколо самого захворювання. Спосіб обговорення хвороби може звужувати наявну ситуацію, або створювати “вільний простір” навколо неї.

За умови проведення системної терапії спеціаліст прагне деконструвати історії, які звужують ситуацію до безнадійної проблеми, шукаючи *альтернативне знання*, що уможливило усвідомлення ширшого контексту.

У цьому пошуку можуть допомогти, наприклад, гіпотетичні “екзистенційні” питання:

- Як впливає проблема на ваше життя?
- Як впливає проблема на ваш внутрішній образ?
- Як впливає проблема на ваші особисті справи (стосунки)?
- Який вплив мають ці (проблемні) погляди на загальний стиль

Вашого життя і на відносини з іншими людьми?

Альтернативне знання актуалізується й у разі пошуку *винятків*. До батьків звертаються із запитаннями:

Коли ви востаннє зуміли відмовитися повірити історії про те, що ваша ситуація безнадійна? Як вам вдалося це зробити? Хто з усіх людей, що знали вас з дитинства, міг би повірити, що ви з цим упораетесь?”

Деякі батьки не вміють знаходити винятків; їм нічого не спадає на думку, усе навколо “жахливе”, вони не знають жодних відхилів від наявних ситуацій. Тоді залишається лише одне – *чудо*. І про такі чудеса варто розпитати: “Якщо станеться чудо, і впродовж ночі проблема зникне: як Ви дізнаєтесь, що це сталося?”

Важливо докладно розпитати про все, що станеться після “чуда”: “Хто перший побачить (зрозуміє), що вночі сталося чудо і завдяки чому?”

Подібні інтеракції спрямовані на “переривання” звичної моделі уявлення про себе і про свою ситуацію, що сприяє вивільненню незадіяних внутрішніх ресурсів матері, її творчому пошуку переконливого для себе усвідомлення сенсу власного життя.

У режимі групової роботи, спрямованої на психотерапевтичний ефект, так само створюються умови для розширення контексту власної проблематики батьків. Цьому допомагають, наприклад, т. зв. “розстановки” членів родини (яких символічно зображують ляльки, горнятка чи інші учасники тренінгу), за яких важливо зрозуміти, як відчують себе члени родини на тому чи іншому місці, що вони прагнуть донести до інших. Також дієвий метод осмислення можливостей і меж власної ситуації для батьків – аналіз так званих продуктів діяльності: малюнок, ліплення, символічні вироби тощо.

Таким чином, психотерапевтична робота, яку здійснюємо за принципом, описаним біокібернетиком фон Ферстером: “*Дій завжди так, аби мати змогу збільшити кількість можливостей!*”, надає батькам аутичних дітей допоміжні імпульси для створення нових зразків взаємодії в сім’ї, для власного особистісного зростання.

III. Регулятивний план

Тренінгові заняття

Заняття в режимі активного соціально-психологічного навчання (тренінгу) – це продовження, поглиблення та загострення змісту, який опрацьовують на психологічних заняттях. На початку занять ведучий має створити умови для активізації інтересу учасників групи до себе, оцінки ними власних особистісних ресурсів і спрямованості на самовдосконалення.

Як ми вже зазначали (підрозділ 7.1.), за результатами наших досліджень особливостей взаємодії батьків з власними дітьми, виявлено, що більшість батьків дуже мало контактують з дитиною і на

словесному, і на емоційному, і на тілесному планах; не вміють гратися та продуктивно звертатися до неї; демонструють недостатню гнучкість і емоційну різноманітність; не використовують жести, погляди, дотики тощо.

Тому головним змістом роботи на тренінгових заняттях стає розкриття потенційних можливостей кожного з батьків, вивільнення прихованого творчого потенціалу і здатності до саморозвитку.

За нашим досвідом, першочергове значення має виконання тілесно-орієнтованого типу тренінгових занять для батьків.

Мотивацію батьків до активної роботи на такому тренінгу пов'язано з тим, що головним його змістом ми визначаємо здатність розуміти проблеми власної дитини на рівні тіла і вміти впливати на позитивне подолання цих проблем. У такому контексті ми вважаємо тілесну структуру дитини основою її цілісної психічної організації та ресурсом розвитку.

Для того, щоб усвідомлювати ситуацію на рівні тіла дитини, батьки мають навчитися передусім: відчувати власну напругу, скутість, автоматичні схеми своїх рухів, особливості свого пластичного самовиявлення тощо. Завдяки певним вправам виявляємо можливу дисгармонію тілесної структури (затиски, блоки).

У процесі тренінгових занять батьки оволодівають різноманітними способами та прийомами роботи з базовими властивостями тіла, досягають відчуття внутрішньої розкутості, сили, свободи і тим самим готують власне тіло для продуктивної взаємодії з дитиною.

Зміст наступного блоку тілесно орієнтованих занять – тілесний контакт у системі “батько-дитина” як становлення успішної взаємодії з навколишнім світом. На заняттях відбувається усвідомлення таких питань:

1. Що таке повноцінний тілесний контакт з дитиною? Основні принципи формування продуктивного тілесного контакту з дитиною.
2. На що і як ми впливаємо? Форми тілесного контакту, їх ціль і методи досягнення розвивального ефекту.

3. Які комплексні проблеми ми вирішуємо за допомогою тілесної взаємодії?

На заняттях з елементами тілесно-орієнтованого тренінгу ми дбаємо про таке: батьки мають 1) вивільнити власне тіло, отримати досвід, коли його відчуватимуть як розкуте, сильне, активне; 2) навчатися відстежувати власні психоемоційні стани, які знаходять відображення в тілесній структурі (передусім як напруженість), уміти давати собі раду, змінюючи свій стан завдяки роботі з тілом; 3) бачити тілесну напруженість (або навпаки – в'ялість, вайлуватість) у дитини і вміти позитивно впливати на тонічну регуляцію дитини; 4) оволодіти простими вправами, які вони зможуть робити в парі з дитиною, спрямовані на формування вміння дитини підлаштовуватися до тіла дорослого, перерозподіляти м'язову напругу, підвищувати здатність до статичної та динамічної рівноваги, розвивати відчуття цілісності власного тіла.

Тілесне спілкування зі значущим дорослим допомагає дитині усвідомлювати цінність такого контакту, що надає дитині впевненості в собі, сприяє налагодженню взаєморозуміння між батьками і дитиною та поширює досвід їхніх сумісних дій.

За цієї взаємодії батьки мають отримувати задоволення, створювати емоційно піднесене тло, а також відчувати, коли вдалося послабити напруженість в дитини (і тим самим – її аутичні захисти), змінити її психоемоційний стан. У ці моменти найпродуктивніші дії батьків – пропонувати дитині актуальні розвивальні програми, починати з нею діалог на рівні контакту очима, емоційного та словесного відгуку тощо.

Основна мета тренінгових занять – допомогти батькам оволодіти різноманітними формами спілкування з дитиною. Відомо, що ставлення дитини до світу – залежна й похідна величина від безпосередніх його стосунків з дорослими людьми. Тому так важливо, щоб між дитиною і батьками були близькі довірливі стосунки. Саме за умов ефективного спілкування з дорослими у дитини може відбуватися розвиток мовлення, становлення знакових функцій, опанування різних форм поведінки в суспільстві.

Велику роль взаємодії дорослого й дитини обумовлено ще й тим, що тільки за допомогою дорослого (через контроль, покарання, заохочення) дитина вчиться керувати бажаннями, засвоює норми поведінки в суспільстві, власну самостійність, що є запорукою її подальшого соціального життя.

Продуктивна діяльність

Потреба у встановленні взаємин між дитиною й дорослими виникає у спільній діяльності. Тут слід зазначити, що ми вчимо батьків установлювати ті самі пріоритети, які є орієнтирами в наших заняттях з аутичними дітьми. Основна думка полягає в тому, що на певних етапах розвитку аутичних дітей великого значення не має, чим саме з ними займатися. Найважливіше – пробуджувати у них зворотну реакцію, відгук на тілесні, емоційні, словесні та будь-які інші звернення, знімати їхню тривожність і привертати увагу до “світу людей”. Тому за різної діяльності важливі не стільки певні дії та їх результат, скільки якомога повніший різноплановий контакт з дитиною, розвиток її соціальних функцій.

Різними видами продуктивної діяльності є малювання, ліплення, аплікація, оригамі, конструювання тощо. Уважають, що така діяльність сприяє розвитку зорових, рухових, м’язово-дотикових аналізаторів, кінестетичних відчуттів, м’язово-суглобової роботи п’ястей рук, щонайтонших механізмів зорово-моторної координації, а також – це засіб самовираження дитини.

У структурі спільної діяльності є такі складники: загальна ціль як уявлення про майбутній результат; загальний мотив – певний імпульс, що спонукає людей до спільної діяльності; спільні дії; загальний результат. Саме наявність загального результату дає змогу визначати спільну діяльність як продуктивну, підсумком якої є певний продукт.

Принципи організації спільної діяльності батьків і дітей:

- * підтримувальна позиція батьків;

- * заохочення самостійності й активності дитини;
- * партнерські стосунки: пошана до бажань, думок та індивідуальності дитини;
- * спільність переживань (“Ми”).

Незважаючи на певні ускладнення, якими вирізняється контакт з аутичними дітьми, на наше переконання, їхні батьки мають притримуватися тих самих основних принципів спільної продуктивної діяльності, що й батьки звичайних дітей.

Досягнення партнерських стосунків у спільній конструктивній діяльності батьків і дітей ускладнено тим, що дорослий має силу, досвід, незалежність, а дитина фізично слабка, недосвідчена, цілком залежна. Зазвичай позиція дорослого – це позиція “над” дитиною.

Але, незважаючи на це, дитина має ставати не об’єктом виховних дій, а союзником у загальному сімейному житті. Вимога рівності позицій в діалозі спирається на той безперечний факт, що діти справляють виховну дію і на самих батьків.

Одне з основних завдань фахівця під час організації спільної діяльності дорослого й дитини – це створення рівнозначних позицій, з урахуванням стану розвитку, можливостей і умінь дитини.

Так, в продуктивній спільній діяльності батьків і дитини, у процесі її виконання, дорослий бере на себе низку додаткових функцій:

- створення для дитини ситуації безпеки й комфорту;
- цілеспрямовання;
- розкладання завдань на етапи, і пояснення їх виконання дитині.
- фіксування уваги дитини на позитивних моментах.

Основні *принципи взаємодії* батьків і дитини:

А. Безумовне прийняття дитини, коли батьки підтримують її інтерес, надають можливість вибору, допомагають у концентрації уваги, залучають і підтримують увагу до дій.

Б. Відповідальність за виховання й розвиток дитини: активність на занятті; привнесення новизни в заняття (дії) дитини; пояснення завдання та способу дії дитині.

Важливі настанови щодо вміння організувати продуктивну роботу з дитиною відпрацьовуємо з батьками на заняттях у режимі активного навчання. Наприклад, одні з них грають роль батьків, а інші дітей, а потім “батьки” розповідають, з якими труднощами вони зіткнулися, прагнучи розпочати й підтримувати спільну діяльність, а “діти”, яким дано завдання демонструвати характерні для аутичних дітей способи поведінки (брак уваги, занурення у власну стереотипну діяльність тощо), надають зворотний зв’язок, що вони відчували, коли той чи інший “батько”, долучав їх до спільних дій. Для можливості порівняння різних стилів батьківського активного втручання, кожна “дитина” має змогу відчути на собі вплив кількох “батьків”. У процесі заняття учасники міняються ролями.

Головну перевірку засвоєних стратегії й тактичних прийомів виконують на справжніх заняттях, де батьки мають змогу організувати та підтримувати спільну продуктивну діяльність зі своєю чи іншою дитиною.

Гра і творча діяльність

Здійснене нами обстеження особливостей взаємодії батьків з аутичними дітьми (за методом вивчення прихильності), а також наші регулярні спостереження за діями батьків у Центрі та в таборі інтенсивної корекції, свідчать про те, що більшість з них не вміє грати зі своїми дітьми.

Ігрові тренінги для батьків допомагають відчути дитячу природу в собі, легкість та імпровізаційність ігрового начала, збагатитися знаннями і вміннями організувати ігровий простір для дитини тощо.

Гра з дорослими – це важлива форма виховання, оскільки гра вчить дітей таким поняттям, як партнерство, синхронність, черговість, самоконтроль, але найголовніше те, що саме під час такої гри, дитина має відчути, що її люблять, шанують і розуміють.

Як відомо, аутична дитина сама організовує свою “гру” і не тер-

пить, щоб до неї хтось приєднувався. Тому на першому етапі важливо навчитися бути присутнім біля неї, розвинути її толерантність до іншої людини під час стереотипних маніпуляцій. Наступний етап – долучення до її дій, створення атмосфери контакту, а потім – певної діалоговості на різних рівнях.

Так, батьки мають не тільки стати партнерами у грі дитини, але й вводити власні елементи гри (розширювати, збагачувати, різноманітнити дитячі прояви), а потім – і нові ігрові сценарії. Поступово, активність дорослого у процесі гри має зменшуватися, даючи простір інтересам, бажанням, фантазіям дитини.

Компетентний щодо гри дорослий має бути гнучким і адекватним у виборі варіанту взаємодії з дитиною в процесі гри; так само, як і за продуктивної діяльності, має йти за інтересом дитини, визнавати за нею право на вибір гри; при цьому його дії мають бути м'якими, адекватними рівню розвитку дитини.

Коли батьки вміють яскраво й різноманітно виявляти себе, творчо підхоплювати і обігрувати дії дитини, відчувати, що варто зробити для її розвитку в той чи інший момент, вони матимуть більшу привабливу силу для аутичної дитини, аніж певні цікаві предмети та іграшки, що лишатимуться на другому плані.

Залучення батьків до *творчої діяльності* (повсякденні імпровізаційні дитячі вистави та підготовка власної вистави) – одна з важли-



вих умов позитивного впливу на особистість кожного з батьків. Цю діяльність виконують в атмосфері емоційного піднесення, розкутості, гумору, що сприяє вивільненню їхнього творчого потенціалу.

Дитячі вистави вимагають об'єднання зусиль батьків і педагогів щодо вибирання, яка казка стане матеріалом для вистави на цей вечір, визначення з ролями, продумування сценарію, підготування костюмів, репетицій, у яких батьки (інколи педагоги) допомагають перевтілюватися у роль дітям, виконувати потрібні дії, часто й говорять за них.

Роботою над батьківською виставою керує група педагогів, які підготовлюють віршований сценарій, музичний супровід, розподіляють ролі, провадять репетиції. Над костюмами і декораціями працюють сумісно педагоги і батьки.

У процесі підготовки вистави велику увагу приділяють таким особистісним проявам тат і мам, як голос, міміка, пластика, жес-



тикуляція, хода, постава. Батьки, яких перетворюють на акторів, не тільки виразно декламують віршований текст, але й співають і танцюють. Головну увагу приділено їх психоемоційним станам, вивільненню напруги, внутрішній розкутості, легкості, пластичності.

Унаслідок творчої діяльності у батьків з'являється вміння нестандартно, креативно ставитися до розв'язання будь-яких проблем і переносити так звану надситуативну активність, що є механізмом долаття зовнішніх і внутрішніх перепон і обмежень, на інші ситуації своєї життєдіяльності. Особливо важливим є поява у батьків відчуття себе особистістю, цінною та унікальною самою по собі (а не як додаток до дитини та родини), усвідомлення й мобілізація внутрішніх ресурсів і готовність до цілеспрямованих активних дій, які сприятимуть самореалізації.

У цьому контексті народження особливої дитини батьки починають сприймати як стимул для власного розвитку і особистісного перетворення, що має наслідком активне і творче ставлення до дитини, її розвитку та соціалізації. Бажаність саме такого ставлення до аутичної дитини підкреслює у своєму зверненні до батьків Джим Сінклер (Додаток 5).

Результат упровадження комплексної роботи з батьками аутичних дітей – передусім актуалізація їхнього особистісного потенціалу, креативності, здатності до усвідомленого володіння ситуацією взаємодії з дитиною, налагодження продуктивної комунікації всередині сім'ї загалом, що зумовлює покращення взаємодії з власною дитиною та долучення в активне, насичене подіями, змістовне життя.

ВИСНОВКИ

Для організації справжньої допомоги аутичній дитині має бути максимально враховано внутрішньосімейну ситуацію її розвитку, що передбачає дослідження психологічних особливостей батьків, їхнього самопочуття та самореалізації у зв'язку з тією ситуацією, у якій вони опинилися.

На наш погляд, значення батьків у справі успішного розвитку дитини з особливостями психофізичного розвитку і досі лишається недооціненим, про що свідчать підходи фахівців до “співробітництва” з батьками та ті ролі, які їм відводять. Продумане рівноправне

партнерство між фахівцями та батьками, якого обидві сторони послідовно притримуватимуться, уможливить максимальний ефект психолого-педагогічного впливу на розвиток дитини.

У центр уваги фахівця з проблем аутизму має потрапляти вся родина як система, рівноцінні складники якої дитина та батьки, а також – взаємодія між ними як зв'язок, визначальний для повноцінного функціонування кожного зі складників цієї системи, а також її самої, у цілому.

Особливості ситуації всередині родини, яка виховує аутичну дитину, досліджуємо за допомогою діагностичних методик: стандартизоване аналітичне спостереження “Метод вивчення прихильності (адаптований варіант класичної процедури “Ситуація з незнайомцем” М. Ainsworth)” та розроблене нами дослідницьке інтерв'ю “Батьківська концепція аутизму”. За допомогою “Методу вивчення прихильності” виявлено типові реакції батьків на поведінку власних дітей, серед яких: заклопотаність тим, яке враження справляє дитина; нездатність інколи помічати прояви прихильності дитини; резонанс з проявами аутичної дитини (слабка ініціатива до взаємодії, емоційна одноманітність); непослідовність проявів; напруженість, незадоволення, розпач; емоційна подавленість батьків; одноманітні невдалі пропозиції щодо пригнічення контакту з дитиною; почуття безпорадності; зоровий пошук підтримки у фахівців тощо.

З'ясовано також, що більшість батьків мінімально контактують з дитиною і на словесному, і на емоційному, і на тілесному планах; не звертають уваги на розпочату нею гру; виголошують складні інструкції, на які дитина ніяк не реагує; пропонують ті самі ігри чи іграшки, з якими дитина потім маніпулює сама; демонструють недостатню гнучкість, легкість, емоційну різноманітність і обмеженість творчих проявів.

Застосування диференційних параметрів (за нашою моделлю цілісної психічної організації) дало змогу зрозуміти таку специфіку контактів батьків з власними аутичними дітьми: щодо емоційного та регулятивного рівнів вони спілкуються на нижчих координацій-

них рівнях (без використання жестів, створення спільного дієвого й емоційного простору, прагнення до узгодженості рухів різного плану, емоційне багатство проявів), а на когнітивному рівні, навпаки, – частково є прагнення розгорнути комунікацію на вищих рівнях за нехтуванням елементарніших її форм – контакту за допомогою дотиків, погляду, звуків, різноманітних і спрямованих на привертання й підтримання уваги дитини. Недостатнє використання батьками ефективних характеристик взаємодії (активізація різномодальних сенсорних систем, творчі прояви на тілесному, мовленнєвому, емоційному рівнях тощо) сприймаємо як їхні ресурси, вивільнення яких сприятиме налагодженню конструктивних контактів з дитиною.

Дослідницьке інтерв'ю “Батьківська концепція аутизму”, що здійснюється в режимі діалогу, дало можливість уз'ясувати особливості сприймання батьками ситуації з власною аутичною дитиною, реконструювати їхній внутрішній світ досвіду. За такого спілкування “на краю екзистенції” розкривається суб'єктивна реальність батьківського бачення ситуації з дитиною, а саме: уявлення про порушення розвитку дитини (*когнітивний* план), ставлення до цього порушення (*емоційний* план) та наміри щодо власних дій заради дитини (*мотиваційно-дієвий* план), що дає змогу досліднику відчувати першочерговість тих заходів, які можуть допомогти кожному члену сім'ї й усій родині загалом.

Ціль розробленої нами “Програми підвищення батьківської та особистісної компетентності членів родини аутичної дитини” – сприяти становленню процесу повноцінного “буття-у-світі” батьків, які виховують аутичну дитину. Методологічні орієнтири нашої психолого-педагогічної допомоги батькам аутичних дітей (феноменологічний напрям, екзистенційні погляди та гуманістична психологія) сприяють розкриттю їхньої неповторності та підтримують віру у велику потенційну силу їхньої особистості.

За нашим досвідом найдієвіша форма психолого-педагогічного впливу на особистість батьків – це організована системна робота з ними в межах таборів інтенсивної корекції, яка відбувається в таких формах: семінарські заняття, методична підтримка, консультативні

послуги (когнітивний план); психологічні заняття, терапевтичні послуги, супутня психотерапія (емоційний план); тренінгові заняття, продуктивна діяльність, гра та творча діяльність (дієвий план). Результат впровадження комплексної роботи з батьками аутичних дітей – передусім актуалізація їхнього особистісного потенціалу, креативності, здатності до усвідомленого володіння ситуацією взаємодії з дитиною, налагодження продуктивної комунікації всередині сім'ї загалом, що зумовлює покращення взаємодії з власною дитиною та долучення в активне, насичене подіями, змістовне життя.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Сучасне уявлення про аутизм ґрунтується на висновках про поліетіологію і полінозологію цього порушення розвитку, водночас підтверджують, що за різних форм поведінкової, біологічної чи когнітивної дефіцитарності сам тип порушення психічного розвитку має особливий характер.

Труднощі розуміння аутизму полягають у тому, що й досі нема узгодженої ґрунтовної теорії щодо цього порушення розвитку, натомість є понад десять різноманітних підходів, які можна об'єднати в поведінкову, біологічну та когнітивну концепції. За цими концепціями порушення аутичного спектра мають різні пояснювальні моделі та різноманітні підходи до його вивчення й корекційних заходів.

Наше наукове дослідження виконано в контексті постнекласичної парадигми як трансформації наукового пошуку. Основною методологічною засадою дослідження стала феноменологія як методологічний принцип.

У монографії докладно подано наявний діагностичний інструментарій щодо вивчення порушень аутичного спектра, визначено переваги і вади певних засобів і методів вивчення аутизму.

На підґрунті фундаментальних теорій (теорії координаційних рівнів та об'єднаної теорії психічних процесів) ми розробили цілісну модель психіки, на якій базується наша діагностична методика

“Інтегральна оцінка розвитку дитини з розладами аутичного спектра”. Здійснено обстеження 65 дітей від 3,5 до 7 років; унаслідок діагностики виокремлено три групи аутичних дітей за станом їхнього психічного розвитку: низько- середньо- і високофункційні. Кожну з груп розподілено за станом тонічної регуляції.

Здійснений ґрунтовний якісний аналіз дав змогу з’ясувати неповторність і послідовність проявів аутичних дітей у контексті їхньої цілісної психічної організації.

Завдяки якісному аналізу розкрито: особливості таких видів спрямованої передачі повідомлення аутичними дітьми, як комунікація та автокомунікація; фіксовані форми поведінки (серед яких – стереотипії, аутоагресія тощо); рівень “псевдопонять” у мисленнєвій діяльності.

З орієнтиром на феноменологічну парадигму базовою ознакою аутичного розладу (ядром ідеального типу) ми визначаємо таке концептуальне ціле, як якісне порушення системи взаємодії з довкіллям.

Опрацювано модель розладів аутичного спектра, яка дає змогу простежити унікальність аутизму як способу існування на різних рівнях життєдіяльності (у сферах “Природа”, “Культура”, “Люди”, “Я сам”), різнопланові можливості та обмеження аутичних дітей.

Систематизовано терапевтичні та корекційні підходи щодо допомоги аутичним дітям. Подано підстави опрацювання власної корекційної стратегії. Обґрунтовано зазначений метод корекції дітей з порушеннями аутичного спектра – “керована взаємодія у мікрогрупах”.

За результатами узагальненого досвіду нами розроблено Програму психологічної корекції цілісного розвитку аутичних дітей, що базується на гуманітарній парадигмі. Головне завдання Програми – здійснити позитивне перетворення здатності аутичних дітей до продуктивної взаємодії з довкіллям.

Індивідуальна Програма психологічної корекції цілісного розвитку дитини охоплює психомоторну сферу, емоційно-соціальні функції та пізнавальні процеси, – ті складники цілісної психічної організації, за якими ми здійснювали діагностику розладів аутичного спектра і за якими отримали розгорнуту картину психічного роз-

витку дитини з опорою на її ресурси. Опрацьовано також методичні вимоги до занять з аутичними дітьми та модель корекційної роботи відповідно до функційних груп аутичних дітей.

У формувальному експерименті взяло участь 63 дитини з розладами аутичного спектра від 3,5 до 6,5 років. Проведення корекційної програми дало змогу здійснити суттєвий позитивний вплив на всі складники життєдіяльності аутичних дітей (і на рівні базових психічних функцій, і на систему “Я-навколишній світ”, і на сфери “Культура”, “Люди”, “Я сам”). Визначено критерії та показники динаміки позитивних перетворень у системі взаємодії з довкіллям аутичних дітей і професійно важливі властивості для фахівців, які займаються з аутичними дітьми.

Зважаючи на те, що феноменологічний аналіз спрямовується на актуальне людське існування (“буття-у-світі”) в усій повноті взаємозв’язків, важливим складником нашого дослідження стала родина дитини з аутичними розладами, передусім – індивідуальне “буття-у-світі” батьків, що зумовлює їхні реакції на ситуацію дитини та здатність до реалізації у мікро- й макросоціумах.

За допомогою психології розуміння розкрито унікальність внутрішнього світу батьків аутичних дітей (дослідницьке інтерв’ю “Батьківська концепція аутизму”), особливості їхніх контактів з власними дітьми (стандартизоване аналітичне спостереження “Метод вивчення прихильності”). Опрацьовано механізм визначення проблемних зон як мішені корекційно-терапевтичної роботи з батьками.

Подано Програму підвищення батьківської та особистісної компетентності для членів родини аутичних дітей, а також – оптимальні умови психолого-педагогічного впливу на особистість батьків, якими є організована системна робота з ними в межах таборів інтенсивної корекції, що відбувається у таких формах: семінарські заняття, методична підтримка, консультативні послуги (когнітивний план); психологічні заняття, терапевтичні послуги, супутня психотерапія (емоційний план); тренінгові заняття, продуктивна діяльність, гра і творча діяльність (дієвий план).

Унаслідок послідовної психолого-педагогічної роботи з батьками досягнуто таких важливих надбань: підвищено батьківську компетентність стосовно розуміння продуктивної взаємодії з дитиною та вміння це робити на різних діяльнісних рівнях; розвинено їхнє вміння нестандартно, креативно ставитися до розв'язання будь-яких проблем і переносити так звану надситуативну активність (механізм долаття зовнішніх і внутрішніх перепон і обмежень) на інші ситуації своєї життєдіяльності; сформовано відчуття себе особистістю, цінною та унікальною самою по собі (а не як додаток до дитини та родини); розвинено усвідомлення та здатність до мобілізації внутрішніх ресурсів і готовність до цілеспрямованих активних дій, що сприятимуть самореалізації.

Виконане наукове дослідження у контексті феноменологічної парадигми дало змогу розкрити неповторність цілісної психічної організації аутичних дітей, а також – оптимальної ситуації соціального розвитку, яку здатні для неї створити батьки та фахівці психолого-педагогічного напрямку за умови їхньої узгодженої та дієвої співпраці.

Аутизм для нас залишається одним із самих незбагнених особливостей цілісного розвитку, у зв'язку з яким неможливо застосувати однозначні характеристики і вважати себе бездоганним фахівцем. Ми досі бачимо себе на початку шляху. Попереду – непрості завдання, надії й радощі, нові відкриття.

Список научних засобів подання наукового матеріалу

№	Вид наочності	Назва	Стор.
1	Таблиця 1	Відмінності в описі дитячого аутизму Л.Каннером і Г.Аспергером	15
2	Рисунок	Ділянки мозку, які страждають за аутизму	66
3	Таблиця 2	Головні діагностичні критерії аутизму (за МКБ-10 та DSM IV-TR)	84
4	Таблиця 3	Одиниці спостереження за складниками психічної сфери аутичних дітей	89
5	Таблиця 4	Функційні блоки мозку в нормі та патології (за О.Р.Лурія)	92
6	Таблиця 5	Спрямованість нейропсихологічних методів	138
7	Схема 1	Єрархія корекційних заходів за принципом авторитарності психолого-педагогічної позиції	163
8	Таблиця 6	Трансформація психологічного знання	175
9	Схема 2	Відмінності між природничою і феноменологічною науковими позиціями	181
10	Схема 3	Головні відмінності між підходами (типами категоризації) до діагностичного процесу в психіатрії	187
11	Таблиця 7	Відмінності між феноменологічно-антропологічним і симптоматично-критеріальним діагностичними підходами (за А.Краусом)	188
12	Таблиця 8	Координаційні рівні системи рухів (за М.О.Бернштейном)	211
13	Таблиця 9	Внутрішній зміст системи координаційних рівнів	212
15	Модель 1	Становлення системи психічних процесів (за об'єднаною теорією психічних процесів Л.М.Веккера)	214
16	Модель 2	Складники психічної сфери індивіду (на основі психічної тріади)	215
17	Таблиця 10	Психічна сфера індивіду (на основі психічної тріади та координаційних рівнів)	215
18	Таблиця 11	Особливості проявів психічної організації дітей з розладами аутичного спектра	222
19	Таблиця 12	Параметри методики “Інтегральна оцінка розвитку дитини”	224
20	Діаграма 1	Психічна організація дітей з розладами аутичного спектра (констатувальний експеримент, %)	227
21	Таблиця 13	Функційні групи аутичних дітей	229
22	Таблиця 14	Комунікативні функції в осіб зі спектром аутичних розладів	231
23	Модель 3	Модель розладів аутичного спектра (якісне порушення системи взаємодії з довкіллям)	243

24	Таблиця 15	Застосування терапевтичних методик відповідно до функційного типу аутичної дитини	251
25	Модель 4	Види корекційної роботи щодо функційних груп аутичних дітей	258
26	Діаграма 2	Психічна організація дітей з розладами аутичного спектра (формувальний експеримент, %)	261
27	Таблиця 16	Діагностика родини аутичної дитини	275
28	Таблиця 17	Процедура здійснення методу вивчення прихильності	276
29	Таблиця 18	Критерії класифікації типів прихильності	279
30	Діаграма 3	Типи прихильностей до батьків у аутичних дітей	280
31	Таблиця 19	Взаємодія батьків з аутичними дітьми	281
32	Таблиця 20	Параметри взаємодії батьків з дитиною	285
33	Таблиця 21	Питання дослідницького інтерв'ю	286
34	Схема 4	Особливості перебігу реакції на стресову ситуацію	291
35	Схема 6	Динаміка стилів реагування на негативну подію	292
36	Модель 5	Становлення цілісної особистості	295
37	Таблиця 22	Напрями та форми роботи з батьками аутичних дітей	298

СЛОВНИК

Абілітація (лат. *habilis* — зручний, пристосований) – комплекс заходів (послуг), спрямованих на формування нових і посилення наявних ресурсів соціального, психічного та фізичного розвитку дитини або сім'ї. Термін найчастіше використовують щодо дитини з особливими потребами, а також щодо родин, які перебувають у кризовій ситуації. А. спрямовано на вдосконалення ресурсів саморозвитку дитини, а також на розвиток тих здібностей, які могли б компенсувати наявні в неї вади.

Автентичність (грец. *authentikos* – першоджерельний, достеменний) – поняття філософії екзистенціалізму, пов'язане з проблемами самовизначення та самоформування людини, характеру зумовленості виконуваних нею вибору й можливості бути автором власного життя, мати власне буття.

Адаптаційний синдром – комплекс реакцій адаптації живого організму у відповідь на значні за силою і тривалістю несприятливі дії (стресори).

Антиципація – здатність людини передбачати хід подій, прогнозувати поведінку навколишніх людей і власні реакції, ґрунтуючись на минулому досвіді.

Валідність (англ. *valid* – “дійсний, придатний, такий, що має силу”) – комплексна характеристика методики (тесту), що охоплює відомості про сферу досліджуваних явищ і репрезентативність діагностичної процедури стосовно них.

Гіпертимія – підвищений настрій, що супроводжується посиленою руховою та психічною активністю (може бути ознакою афективних чи особистісних розладів).

Екзистенція (лат. *existentia*, від дієслова *ex – sisto, ex – sistere* – виступати, виходити, виявляти себе, існувати, виникати) – одне з

основних понять екзистенціалізму, що означає спосіб буття людської особистості, повноту й унікальність людського існування.

Екзистенційний аналіз – метод наукового дослідження феноменів психичного життя людини як цілого (а не набір симптомів). За Л. Бінсвангером, Е.а. – це метод аналізу особистості в усій повноті й унікальності її існування (екзистенції).

Еклектика (грец. *εκλέγω*, “вибирати, відбирати, обирати”) – механічне поєднання в одному вченні різнорідних, органічно несумісних елементів; безпринципне запозичення й змішування суперечливих ідей, теорій тощо.

Інтеріоризація (лат. *interior* – внутрішній – формування внутрішніх структур психіки (розумових дій і внутрішнього плану свідомості) через засвоєння індивідом зовнішніх дій з предметами і соціальних форм спілкування. Поняття ввели представники французької психологічної школи (П'єром Жане, Жаном Піаже, Анрі Валлоном). На думку Л. С. Виготського, будь-яка функція людської психіки спочатку існує як зовнішня, соціальна форма спілкування між людьми, як трудова чи інша діяльність, і лише потім унаслідок інтеріоризації стає складником психіки людини.

Когнітивність (лат. *cognitio*, “пізнання, вивчення, усвідомлення”) – здатність до розумового сприймання та перероблення зовнішньої інформації. Особливо часто цей термін використовують у контексті вивчення т. зв. “контекстного знання” (тобто абстрагування й конкретизації), а також у тих сферах, де розглядають такі поняття, як знання, уміння або навчання.

Коморбідність (англ. *comorbidity*, буквально “додаткова захворюваність”) – наявність більше двох захворювань у пацієнта, що мають незалежне один від одного походження.

Конгруєнтність (лат. *congruens* – домірний, відповідний) узгодженість інформації, яку одночасно людина передає вербальним і невербальним способом (або різними невербальними способами); у ширшому сенсі – цілісність щирість, самоузгодженість автентичність особистості. Термін увів Карл Роджерс. Конгруєнтність або її

брак у власній поведінці людина не завжди усвідомлює, але практично завжди відчуває в поведінці іншої людини. Приклади неконгруентної поведінки: лестощі, брехня, ситуації, коли хтось із сумним виглядом говорить про те, як йому весело тощо.

Корекційна педагогіка – сфера педагогічного знання, предмет якої - розроблення і реалізація в освітній практиці системи умов, які передбачають своєчасну діагностику, профілактику і корекцію педагогічними засобами порушень соціально-психологічної адаптації індивідів, труднощів їх у навчанні і освоєнні відповідних віковим етапам розвитку соціальних ролей.

Надситуативна активність – здатність суб'єкта підійматися над рівнем вимог ситуації, ставити цілі, надлишкові щодо початкового завдання. За допомогою надситуативної активності суб'єкт долає зовнішні та внутрішні обмеження (“бар'єри”) діяльності. Надситуативна активність є в явищах творчості, пізнавальної активності тощо.

Парадигма – у методології науки – сукупність цінностей, методів, технічних навичок і засобів, прийнятих у науковому співтоваристві в межах сталої наукової традиції певного часу. Знаходить своє виявлення в наукових працях, наукових школах певної групи дослідників, які мають відповідну наукову підготовку, єдиних у розумінні цінностей науки.

Персеверация (лат. *perseveratio* – завзятість) – циклічне повторення або наполегливе відтворення, часто всупереч свідомому наміру, якої-небудь дії, думки або переживання. Розрізняють персеверацию в руховій, емоційній, сенсорно-перцептивній та інтелектуальній сферах. Припускають, що в основі персеверации лежать процеси циклічного збудження нейронних структур, пов'язані із запізнюванням сигналу про припинення дії.

Реабілітація (франц. *rehabilitation* от лат. *re* врозь + *habilis* зручний, пристосований) – комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних і юридичних заходів щодо відновлення автономності, працездатності та здоров'я осіб з обмеженими фізич-

ними і психічними можливостями внаслідок перенесених (реабілітація) або природжених (абілітація) хвороб, а також унаслідок травм.

Рефлексія (англ. *reflection* – віддзеркалення) – у психології – принцип людського мислення, що спрямовує його на осмислення та усвідомлення власних дій.

Реципрокність (лат. *reciprocus* – зворотний, взаємний) – взаємопов'язаний стан нервових центрів м'язів-антагоністів, що виявляється в гальмуванні одного з них у разі збудження іншого. Р. забезпечує, напр., через рух скорочення м'язів згиначів і розгиначів окремих ланок кінцівок.

Ригідність (лат. *rigidus* – жорсткий, твердий) – неготовність до змін програми дії відповідно до нових ситуаційних вимог. *Когнітивна* ригідність – неготовність до побудови нової концептуальної картини навколишнього світу у разі отримання додаткової інформації, яка суперечить старій картині світу. *Мотиваційна* ригідність – неготовність до відмови від сформованих потреб і звичних способів їх задоволення або до прийняття нових мотивів. (інколи – як надцінні ідеї). *Афективна* ригідність – константна емоційна оцінка тих або інших подій, хоча вони вже можуть мати інший зміст. Виявляється в утрудненнях емоційного навчання, у зайвій фіксації на об'єктах, в утворенні надцінних ідей.

Синтонність (грец. *syntonia* співзвучність, узгодженість) – форма емоційної реактивності, за якої емоції співзвучні та відповідні за силою.

Синтонність регресивна – підвищена товариськість і відвертість, постійна готовність висловлювати свої переживання, навіть інтимного характеру усім навколишнім без урахування ситуації та свого становища в суспільстві.

Спеціальна психологія – сфера психології розвитку, що вивчає особливі стани, які виникають переважно в дитячому і підлітковому віці під впливом різних груп чинників (органічної чи функційної природи), що виявляються в уповільненні або вираженій своєрідності психосоціального розвитку дитини, утруднюють її соціально-

психологічну адаптацію долучення до освітнього простору і подальше професійне самовизначення.

Стереотипія (грец. *stereo* + *typos* – твердий (об’ємний) відбиток, взірць) – наполегливе повторення певної дії, яку кожного разу здійснюють автоматично, неусвідомлено і без змін. Спостерігають у разі розумової відсталості, розладах аутичного спектра, сенсорній депривації тощо.

Стрес (англ. *stress* – «напруга») – стан організму, що виявляється у формі напруження або специфічних пристосувальних реакцій у відповідь на дію несприятливих зовнішніх чинників. Виокремлюють фізіологічний і психологічний стреси. Психологічний поділяється на інформаційний та емоційний.

Схема тіла – конструйоване мозком унутрішнє уявлення, модель тіла, що відбиває його структурну організацію і що виконує такі функції, як визначення меж тіла, формування знань про нього, як про єдине ціле, сприймання довжин і послідовностей його ланок, а також їх діапазонів рухливості та ступенів свободи.

Феномен (грец. *φαινόμενον*, явище) – рідкісний факт, те, що важко осягнути. У філософському сенсі поняття ф. часто застосовують для позначення явищ, що їх чуттєво осягають. У новоєвропейській філософії, за визначенням Е.Канта, феномен – будь-яке явище, яке можна осягнути на підставі досвіду.

Феноменологічна діагностика – наукове пізнання, за якого відбувається відбирання, розмежування, диференціація й опис окремих сприйманих феноменів, а також приписування цим феноменам термінологічної визначеності. Створюється база для глибинного розуміння індивідуальних психологічних особливостей людини, її світосприймання, стереотипів реагування тощо.

Феноменологія (нім. *Phänomenologie* – вчення про феномени) – напрям у філософії ХХ століття, завдання якого – неупереджене описання досвіду свідомості, яка пізнає, і виокремлення в ньому сутнісних, ідеальних рис. Феноменологія почалася з тези Гуссерля “Назад, до самих речей”!, яка протиставлена поширеним у той час

закликам “Назад, до Канту”!, “Назад, до Гегеля”! і означає необхідність відмовитися від побудови дедуктивних систем філософії, подібних до гегелівської, а також від зведення речей і свідомості до чинникових зв’язків, які вивчають науки. Феноменологія, таким чином, припускає звернення до первинного досвіду, у Гуссерля – до досвіду свідомості, що пізнає.

Фрустрація (лат. *frustratio* – омана, марне очікування) – психічний стан людини, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості та діяльності, почуття безнадійності, втрати перспективи. Фрустрація виникає унаслідок об’єктивно непереборних (або суб’єктивно сприйманих як непереборні) труднощів на шляху до досягнення мети, через конфлікти особистості з іншими (особливо в колективі, у якому людина не дістає підтримки, співчутливого ставлення) тощо.

Функційна система (англ. *functional system*) – певна організація активності різних елементів, що сприяє досягненню відповідного корисного результату. За цією теорією, яку розробив академік П.К.Анохін у 1932-1933 рр., початок рухової активності – це реалізація дії під визначальним впливом цілі (акцептора результатів дії); досягнуті реальні результати теж зв’язуються з акцептором результатів дії, починається наступний цикл активного співвідношення організму з середовищем.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абабков В.А. и др. Систематическое исследование семейного стресса и копинга//Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1998. - №2. – С.4–8.
2. Абаньяно Н. Введение в экзистенциализм. – СПб.: Алетейя, 1998. – 504 с.
3. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М.: Мысль, 1991. – 299с.
4. Аванесов В. С. Тесты в социологическом исследовании. М., 1982. – 200 с.
5. Агавелян О. К. Социально-перцептивные особенности детей с нарушениями развития. – Челябинск: Издатель Татьяна Лурье, 1999. – 356 с
6. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. – М.: Прогресс, 1995. – 292 с.
7. Активность и жизненная позиция личности. – М.: ИП АН СССР, 1988. – С. 186-201.
8. Акофф Р., Эмери Ф.О. О целеустремленных системах. М.: Советское радио, 1974. – 272 с.
9. Алвин Дж., Уорик Э. Музыкальная терапия для детей с аутизмом. – М.: Теревинф, 2004. – 208 с.
10. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
11. Алешина Ю.Е., Гозман Л.Я., Дубовская Е.М. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. – 120 с.
12. Анастаси А. Психол тестирование: В 2 кн. Кн. I/Пер. с англ.; Под ред.К. М. Гуревича, В. И. Лубовского, 1982. – 320 с.

13. Ананьев Б. Г. Теория ощущений. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1961. – 456 с.
14. Андрееенко Н.В. и др. Синдром Ретта у детей: вопросы дифференциальной диагностики // Педиатрия. – 1996. Вып. 1. – С. 50–51.
15. Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками. – СПб.: Питер, 2004. – 271 с.
16. Антонова Н.В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизме и когнитивной психологии // Вопросы психологии. – 1996. – № 1. – С.131–143.
17. Аппе Фр. Введение в психологическую теорию аутизма. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
18. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста с тенденцией формирования детского аутизма: совместная работа специалистов и родителей//Альманах ИКП РАО. – 2003, №2.
19. Асмолов А.Г. и др. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности // Вопр. психологии. – 1979. – №4. С. 35-46.
20. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания. — М.: Смысл, 2002. – 480 с.
21. Ахмаджан А. «Умственная патология, страдающий индивид и лошадь» – Париж, 1992. – 76 с.
22. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1979. – 295с.
23. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні / За науковою редакцією О.Л. Кононко. – Колектив авторів. – К.: Редакція журналу “Дошкільне виховання”. – 1999. – 70 с.
24. Баенская, Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет / Е.Р. Баенская // Альманах ИКП РАО. – 2001. – №3. – С. 38 - 56.
25. Балл Г.О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах). – Житомир: Вид-во «Волинь», 2008. – 232 с.

26. Бардин К.В., Похилько В.И. Многомерность сенсорного пространства простых акустических сигналов // Системный анализ сенсорно-перцептивных процессов. М.: Ин-т психологии АН СССР, 1988. – С. 103–148.
27. Батуев А.С. Психофизиологические основы формирования системы мать – дитя // Образование от А до Я. М., 2000. С. 14–31.
28. Бахтин М.М. Проблемы творчества Достоевского (1929) // Собр. Соч. Т. 2. – М.: Русские словари, 2000. С. 5–175.
29. Башина В.М. Аутизм в детстве – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
30. Башина В.М. и др. Клинический и нейрофизиологический аспекты синдрома Ретта // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1993. – Т.93. – Вып. 4. – С. 52-55.
31. Бернер П. Многофакторная модель патогенеза // Социальная и клинич. психиатр. – 1994. Т.4. – В.2. – С.121-125
32. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. – М.: Наука, 1990. – 495 с.
33. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: введение в экзистенциальную психиатрию. — М.: КСП; СПб: Ювента, 1999. – 300 с.
34. Бинсвангер Л. Экзистенциально-аналитическая школа мысли // Экзистенциальная психология. Экзистенция. – М.: Апрель-пресс; ЭКСМО – Пресс, 2001. С. 308–332.
35. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, «Медицина», 1976. – 326 с.
36. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности. – К.: КГПИИЯ, 1991. – 189 с.
37. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестник Московского университета. Сер.14. Психология. 1981, №2.
38. Варгезе Р. А. Возвращение к универсальному опыту // Великие мыслители о великих вопросах: современная западная философия / Пер. с англ. – М.: Фаир-Пресс, 2001. – С. 11–42.
39. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200с.
40. Вассерман Л.И. и др. О системном подходе к оценке психической адаптации// Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева. – 1994. – №3. – С.16-25.

41. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Социальная фрустрированность личности и ее роль в генезе психической дезадаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1998. - №1. – С.33-35.
42. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. – М.: Изд-во Ось-89, 1999. – 256с.
43. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение I // Дефектология. - 1997. - № 2. - С. 31-40.
44. Веккер Л.М. Психические процессы. Т.3, - Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1982. – 326 с.
45. Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии//<http://www.psychology.ru/affective>.
46. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М.: МГУ, 1976. – 142с.
47. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация как универсальный механизм приспособления. – М.: Медицина, 1987. – 176 с.
48. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Педагогика, 1991. – 480 с.
49. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти т. Т.2. Проблемы общей психологии. Мышление и речь. – М.: Педагогика, 1982. – 504с.
50. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6–ти т. Т. 3. Проблемы развития психики. – М.: Педагогика, 1983. – 368с.
51. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти т. Т.5. Основы дефектологии, 1983. – 368 с.
52. Гайденко П. П. Научная рациональность и философский разум в интерпретации Эдмунда Гуссерля // Вопросы философии. – 1992. – №7.
53. Гайденко П.П. Проблема интенциональности у Гуссерля и экзистенциалистская категория трансценденции // Современный экзистенциализм. – М., 1966. с. 77-108.

54. Гильбух Ю.З. Интеллектуальное тестирование на Западе: итоги и перспективы // Сов. Педагогика. 1980. № 2. С. 126–136.
55. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. – М.: «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002. – 336 с.
56. Головаха Е.И., Кроник А.А. Себе и другим // Психология с человеческим лицом / Под ред. Д.А.Леонтьева, В.Г.Щур. – М.: Смысл, 1997. С. 92–110.
57. Гренлюнд Е., Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004. – 288 с.
58. Грэндин Т., Скариано М.М. Отверая двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 1999. – 228 с.
59. Гуссерль Э. Философия как строгая наука. – Новочеркасск, Сагуна, 1994. 357 с.
60. Дергачева О.Е. Личностная автономия как предмет психологического исследования. Автореф. дисс.... канд. психол. наук. – М., 2005.
61. ДЕРЕБО, С. Д. Экологическая педагогика и психология [Текст] / С. Д. ДЕРЕБО, В. А. ЯСВИН . – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 480 с.
62. Детская практическая психология / под ред. Т.Д. Марцинковской. – М.: Гардарики, 2000. – 255с.
63. Джерджен К. Движение социального конструкционизма в современной психологии // Социальная психология: саморефлексия маргинальности / Под ред. Е.В.Якимовой. – М.: ИНИОН РАН, 1995б. С. 51–73.
64. Деринг Э. Философские аспекты вопроса о смысле жизни и смерти. // Dasein анализ в философии и психологии. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. С. 39-51.
65. Доленко О.В. Аутизм в дошкольном детстве откровенный разговор (в помощь родителям). – Запорожье: ООО «Типография «Печатный мир», 2009. – 140 с.

66. Дьяконов Г.В. Концепция диалога М.М.Бахтина как методология научно-гуманитарного мышления и мировоззрения // Феномен человека в психологических исследованиях и в социальной практике. – Смоленск: Изд-во Смоленского госуниверситета, 2003. – с.22– 27.
67. Емельянов Ю.Н. Активное социально-психологическое обучение. Л.:ЛГУ, 1985. – 168 с.
68. Журавлев А.Л. Психология коллективного субъекта // Психология индивидуального и группового субъекта / Под ред. А.В. Брушлинского. М.: ИП РАН, 2002. С. 51 – 81.
69. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – 336 с.
70. Залевский Г.В. Открытые и закрытые образовательные системы // Экспертиза инновационных процессов в образовании. Томск: ТГУ, 1999. С. 33 – 46.
71. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 8. / За ред.: В.І. Бондаря, В.В. Засенка – К.: Наук. світ, 2006. – С. 85-88.
72. Захаров В.П., Хрящева Н.Ю. Социально-психологический тренинг. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1989. – 208 с.
73. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология / Психологи отечества. – Москва–Воронеж: Институт практической психологии, 1998. – 352 с.
74. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Нисневич Л.А. Как помочь “особому” ребенку. Книга для педагогов и родителей. 2-е издание. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2000. – 96 с.
75. Знаков В.В., Понимание субъектом мира как проблема психологии человеческого бытия // Проблема субъекта в психологической науке / Под ред. А.В. Брушлинского, М.И. Воловиковой, В.Н. Дружинина. М.: Академический проект, 2000. С. 86-105.

76. Зинченко В.П. От классической к органической психологии // Вопросы психологии. – 1996. - № 5. – С.7-19; № 6. – С.6-25.
77. Иванов Е.С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма. Детский аутизм: хрестоматия / Е.С. Иванов. – СПб.: МУСиР им. Р. Валленберга, 2001. – 430с.
78. Исаев, Д.Н. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения. Патологические нарушения поведения у подростков / Д.Н. Исаев, В.Е. – СПб., 2001. – 150с.
79. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981. – 223 с.
80. Каган В. Е. Детская психиатрия как проблемное поле: еретические заметки // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь: Материалы Рос. науч.-практ. конф., Москва, 22-25 сент. 1998 г. – М., 1998. – С. 13–18.
81. Каган В. Одиночество и психотерапия. I Всероссийская научно- практическая конференция по экзистенциальной психологии. Материалы
82. сообщений. – М.2001. – с.57-61.
83. Калина Н.Ф. Первая книга о Dasein-анализе / Л. Бинсвангер, Бытие-в-мире. Рефл-Бук, Ваклер, 1999. С.8.
84. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. – М.: Теревинф, 2003 – 70 с.
85. Квале С. Исследовательское интервью. – М.: Смысл, 2003. – 301 с.
86. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия. — М.: Совершенство, 1998. — 320 с.
87. Козловская Г.В., Баженова О.В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Ж. неврол. и психиат. – 1995, №5. – С. 48–52.
88. Колупаева А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.
89. Коррекционная педагогика. / Под ред. Б. П. Пузанова. – М.: Издат. центр “Академия”, 1998 – 144 с.

90. Костюк В. И. Методология научного исследования. Киев; Одесса, 1976. – 179 с.
91. Кочарян А.С. Механизм манипулирования и личность: обзор и психотерапевтические приложения // Весник харьковского университета. - № 366. – Психология личности и познават. процессов. – 1992. – С.15-20.
92. Коэн Ш. Жизнь с аутизмом. – М.: Институт общегуманитарных Исследований, 2008. – 240 с.
93. Кравець В.П. Психологія сімейного життя: навчальний посібник для студентів педвузів, що здобувають спеціальність “Практична психологія”. – Тернопіль, 1995. – 105 с.
94. Крайг Г. Психология развития – СПб.: Питер, 2000, С. 117-133, 167-191.
95. Краус (Гейдельберг) А. Вклад феноменологически-антропологического подхода в диагностику и классификацию в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. – 2006, №1.
96. Кубанова О. Ю. Проблема интерсубъективности в «Картезианских размышлениях» Э. Гуссерля // Историко-философский ежегодник М., 1991.
97. Куренной В. К вопросу о возникновении феноменологического движения // Логос. 1999. № 11/12 (21).
98. Кучинский Г.М. Развитие феноменологического метода и Dasein анализ // Dasein анализ в философии и психологии. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. с.94-170.
99. Лабунская В.А. Невербальное поведение. – Ростов-на-Дону: 1986. – 190 с.
100. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви; – 1970. – С. 178-208.
101. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети с нарушением общения. – М.: Просвещение, 1989. – 95 с.
102. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностическая карта. – В кн.: Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.

103. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
104. Лебединский В.В. Общие закономерности психического дизонтогенеза. – В кн.: Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития. – СПб.: Питер, 2001. – 384 с.
105. Левин К. Динамическая психология: Избранные труды. – М.: Смысл, 2001. – 568 с.
106. Лейнг Р. Екзистенційно-феноменологічні основи наук про особу // Гуманістична психологія: Антологія в 3-х т. / За ред. Р. Трача і Г. Балла. — Т. 1. — К.: Пульсари, 2001. – С. 112 – 121.
107. Леонтьев Д.А. Жизненный мир человека и проблема потребностей // Психологический журнал. Т. 13. 1992. № 2. С. 107–117.
108. Леонтьев Д.А. Неклассическая психология состояний // Психология психических состояний. Вып. 5 / Под ред. А.О.Проخورова. – Казань: Центр инновационных технологий, 2004. С. 60–66.
109. Леонтьев Д.А. Психология свободы: к постановке проблемы самодетерминации личности // Психологический журнал. Т. 21. 2000. № 1. С. 15–25.
110. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 444 с.
111. Леонтьев Д.А. Самоактуализация как движущая сила личностного развития: историко-критический анализ // Современная психология мотивации / Под ред. Д.А.Леонтьева. — М.: Смысл, 2002. С. 13–46.
112. Леонтьев Д.А. Что такое экзистенциальная психология?// В сб. Психология с человеческим лицом. Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. М., Смысл, 1997. – 41 с.
113. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. - 1996. - № 3. - С. 56-66.
114. Лотман Ю.М. О двух моделях коммуникации в системе культуры // Учен. зап. Тарт. гос. ун-та. – 1973. – Вып. 308. – С. 227–243.

115. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Аутизм // Плохой хороший ребенок. Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма, речи. - СПб, 2003. - С. 25-36.
116. Лурия А. Р. Язык и сознание. Под редакцией Е.Д. Хомской. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979, – 320 с.
117. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. –111 с.
118. Лэнгле. Экзистенциальный анализ – найти согласие с жизнью. Пер. Г.Похмелькиной и О.Ларченко. // *Fundamenta Psychiatrica* 1999, v.12, s. 139- 146.
119. Людевиг К. Системная терапия: Основы клинической теории и практики / Перевод с немецкого Т.С.Драбкиной. – М.: Издательство Verte, 2004. – 280 с.
120. Максимова Е.В. Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна. – М.: Изд-во “Диалог-МИФИ”, 2008. – 288 с.
121. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской психопатологии: Учебное пособие. - Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 576 с.
122. Мамардашвили М. Кантианские вариации. – М.: «Аграф», 2000. – 320 с.
123. Мамардашвили М.К. Философия и личность // Человек. 1994. № 5. С. 5–19.
124. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейрорепсихологические механизмы / Н.Г. Манелис // В мире науки. – 2006, №7. – С. 32–43.
125. Марценковський І.А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації / І.А.Марценковський, Я.Б.Бікшаєва, О.В.Ткачова. – К., 2009. – 46 с.
126. Медведев А., Медведева И. Собака-целитель. 10 основных методов канистерапии. М.: ООО Издательство «АСТ МОСКВА», 2007. – 61 с.
127. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. – М.: МЕД-пресс информ, 2004. – 528 с.

128. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. – СПб.: Ювента; Наука, 1999. – 603 с.
129. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Ранний детский аутизм // Клиническая психиатрия раннего детского возраста. - СПб.: Питер, 2001. - С.121-136.
130. Молчанов В.И. Парадигмы сознания и структуры опыта // Логос. 1992. № 3.
131. Москаленко А.А. Нарушение психического развития детей – ранний детский аутизм. // Дефектология. – 1998, № 2. с. 89-92 .
132. Мухина В.С. Возрастная психология: Феноменология развития, детство, отрочество: Учебник. – М.: Академия, 2002. – 456 с.
133. Мэй Р. Терапия сегодня // Эволюция психотерапии. Т. 3. – М.: НФ «Класс», 1998. С. 72–84.
134. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.
135. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с.
136. Никольская О.С. и др. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 232 с.
137. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей. – М.: Теревинф, 2003. – 160 с.
138. Обозов Н.Н. Психология межличностных отношений. – К.: Изд-во «Лыбидь» при Киевском ун-те, 1990. – 192 с.
139. Обычные семьи, особые дети. – М.: Теревинф, 2007. – 368 с.
140. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М.: СФЕРА, 2002. – 510 с.
141. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 5: науч.-практ. сб. – М.: Теревинф, 2006. – 206 с.
142. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
143. Пермякова В.А. Внутриутробное развитие как предпосылка возрастного развития детей и подростков. Уч. пособие. – Иркутск, 2000, С. 26 – 45.

144. Петровская Л.А. Теоретический и методические проблемы социально-психологического тренинга. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 168 с.
145. Пилягина Г. Я. Многоликость саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов) // Таврический журнал психиатрии. — 2002. – Т. 6, № 2. – С. 52–56.
146. Пинкус М.В. Организация групп психологической поддержки родителей в рамках психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей аутичного ребенка // Альманах Института коррекционной педагогіки РАО, 2005, № 9.
147. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 240 с.
148. Плеханов Е.А. Понятие “опыт” у Э. Гуссерля и Д. Дьюи: Комплементарность понятий // Феноменологические исследования: Обзор философских идей и тенденций: Российско-американский ежегодник. Владимир, 2004. № 5.
149. Практикум по возрастной психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 694 с.
150. Прехтль П. Введение в феноменологию Э. Гуссерля. – Томск, Издательство “Водолей”, 1999. – 96 с.
151. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України./ За ред. С.Д.Максименка. – К.:2002, Т.IV,Ч.3.– С.207–215.
152. Психологія життєвої кризи. – К.: Агропромвидав України, 1998. – 348 с.
153. Психология индивидуального и группового субъекта. / ред. Брушлинский А.В./ – М.: ИП РАН, 2002. – 368 с.
154. Радченко М.І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2002. – Т. 4, Ч. 3. – С. 207-215.
155. Ранний детский аутизм / под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. – М.: Теревинф, 2005. – 370с.

156. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник. Видання друге: перероблене і доповнене / А. П. Чуприков, М. І. Винник, Я. Т. Багрій. – Івано-Франківськ.: Видавництво Івано-Франківської державної медичної академії. – 2005. – 48 с.
157. Резникова Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании «внутренней картины болезни» // Проблемы медицинской психологии. – Л.: 1976. – С. 122–124.
158. Ремшмидт, Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение / Х. Ремшмидт. – М: Медицина, 2003. – 240с.
159. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Пер. с англ. — М.: Прогресс: Университет, 1994. — 480 с.
160. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.
161. Ромек Е.А. Феноменологический метод и дилемма психиатрии: Бинсвангер и Гуссерль // Вопросы философии. 2001. № 11.
162. Руднева С.Д., Пасынкова А.В. Опыт работы по развитию эстетической активности методом музыкального движения // Психологический журнал. 1982. Т.3. №3. С.84-92
163. Савенко Ю.С. Новая парадигма в психиатрии //Независ. психиатрич. ж-л. №1, 1997. С.15-23, №4, 2-16(1997).
164. Савенко Ю.С. Разное понимание главной проблемы психопатологии // Независимый психиатрический журнал, №1, 1997. – С.15–23, №4, 1997. – С. 2–16.
165. Сак Т.В. Психолого-педагогічні основи управління учбовою діяльністю учнів із затримкою психічного розвитку у школі інтенсивної педагогічної корекції. – К.: Актуальна освіта, 2005. – 246 с.
166. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. – Л.: Наука, 1979. – 264 с.
167. Самосознание европейской культуры XX века: Мыслители и писатели Запада о месте культуры в современном обществе. – М.: Политизд, 1991. – 366 с.
168. Сарджвеладзе Н. И. Метод монологического интервью // Вопр. психол. 1984. № 2. С. 127–129.

169. Сатир В. Как строить себя и свою семью. – М.: Педагогика–Пресс, 1992. – 192 с.
170. Сатмари П. Дети с Аутизмом. – СПб.: Питер, 2005. – 224 с.
171. Селье Г. Стресс без дистресса. – Рига, Виiega, 1992. – 109 с.
172. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте М.: Академия, 2002. – 232 с.
173. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. – М.: Генезис, 2007. – 480 с.
174. Семиченко В.А. Психология общения. – К.: “Магістр-S”, 1998. – 152 с. Синдром Ретта глазами родителей и специалистов. – М.: Центр лечебной педагогики, 2005. – 112 с.
175. Сержантов В.Ф. Структура личности и концепция функциональной системы П.К.Анохина//Теория функциональных систем в физиологии и психологии. – М.: Наука, 1978. – 383 с.
176. Сидоренко Е.В. Мотивационный тренинг. – СПб.: Речь, 2000. – 234с.
177. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 368 с.
178. Скрипник Т.В., Хворова Г.М., Смоляр Г.Г. Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом – К.: ПВП “Задруга”, 2007. – 96 с.
179. Скрипник Т.В. Методика дослідження психічних процесів у дошкільників з аутизмом: методичні рекомендації. – К.: Педагогічна думка. – 2008. – 72 с.
180. Скрипник Т.В. Моделювання шкільної ситуації як засіб підготовки до навчання дітей з аутизмом: науково-методичний посібник. – К.: Педагогічна думка. – 2008. – 104 с.
181. Сמיד Р. Групповая работа с детьми и подростками. – М.: Генезис, 1999. – 272 с.
182. Смоляр Г.Г. Біхевіоральна терапія / Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом: У 2-х томах. Т.ІІ. – К., 249 с.
183. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Вып.3. – М., 1990. – С.6-12. Современная зарубежная социальная психология. Тексты. М.: Изд-во МГУ, 1984. – 255с.

184. Соколова Е.Е. Основные положения неклассической психологии Л.С. Выготского / Соколова Е.Е. 13 диалогов о психологии. М.: Смысл, 2005. – 688 с.
185. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. – М.: Изд-во моск. ун-та, 1976. – 128 с.
186. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980. – 176 с.
187. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.
188. Таланчук П.М., С.Я.Ярема та ін. Норми української науково-технічної мови. К. – Львів: Ун-т “Україна”, 2006. – 664 с.
189. Тарасун В.В., Хворова Г.М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. – К.: Наук. світ, 2004. – 100 с.
190. Тарасун В.В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації) // Дефектологія, 2005, № 1.
191. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. – К.: Либідь, 2003. – 376 с.
192. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.
193. Українська ділова і фахова мова: практичний посібник на щодень / М.Д.Гінзбург, І.О.Требульова та ін. – К.: Центр навчальної літератури, 2007. – 672 с.
194. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / Пер. с фр. – СПб: Университетская книга, 1997. – 576 с.
195. Унамуно Мигель. О трагическом чувстве жизни. – К.: Символ, 1996. – 416 с.
196. Фейгенберг И.М. Николай Бернштейн: от рефлекса к модели будущего. — М.: Смысл, 2004. — 239 с.
197. Фельденкрайз М. Осознание через движение. – М. – СПб. - 2000. – 150 с.
198. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
199. Фромм Э. Иметь или Быть? – К.: «Ника-Центр», «Вист-С», 1998. – 400 с.

200. Хворова Г. М. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку аутичної дитини / Г. М. Хворова // Дефектологія.-2008.- №3.-с.20-27.
201. Холенштайн Э. Якобсон и Гуссерль // Логос. – 1996. – №7. – с. 7–38.
202. Холодная М.А. Психология интеллекта: парадоксы исследования. – Томск.: Изд-во Том. ун-та. Москва: Изд-во «Барс», 1997. – 392 с.
203. Цукерман Г.А., Мастеров Б.М. Психология саморазвития. – М.: Интерпракс, 1995. – 88 с.
204. Чеснокова А. Г. Проблема общего и индивидуального в творчестве Л.С. Выготского: между эмпиризмом и диалектикой // Культурно-историческая психология №2/2008.
205. Шпарага О. Феноменология опыта: Опыт как «почва и горизонт» познания // Логос. 2001. № 2 (28).
206. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутичних порушень у дітей: Монографія. – К., 2009. – 385 с.
207. Щедровицкий Г.П. Избранные труды. — М.: Шк.Культ.Полит., 1995. – 800 с.
208. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
209. Элленбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ // Экзистенциальная психология. – М.: Апрель-Прес, 2001. – С. 201–236.
210. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
211. Яровицкий В. Николай Александрович Бернштейн / Яровицкий В. 100 великих психологов. – М.: Изд-во «Вече», 2004. – 432 с.
212. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
213. Яценко Т.С. Активна соціально-психологічна підготовка вчителя до спілкування з учнями. – К.: Освіта, 1993. – 203 с.
214. Anderson P., Anderson V., Garth J. Assessment and Development of Organizational Ability: The Rey Complex Figure Organizational

- Strategy Score (RCF-OSS) // *The Clinical Neuropsychologist*. - 2001. - Vol. 15, No. 1. - P. 81-94.
215. Anderson V. Assessing executive functions in children: biological, psychological, and developmental considerations // *Pediatric Rehabilitation*. - 2001. - Vol. 4, No. 3. - P. 119-136.
216. Archibald S.J., Kerns K.A. Identification and Description of New Tests of Executive Functioning in Children // *Child Neuropsychology*. - 1999. - Vol. 5, No. 2. - P. 115-129.
217. Atkinson W, Humiston S, Wolf C, Nelson R, eds. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases*, ed 5. National Immunization Program, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), January, 1999, pp. 178-179.
218. Autyzm i zespół Aspergera. U. Frith (red.). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
219. *Autism: the facts*/Simon Baron-Cohen and Patrick Bolton/ (Oxford medical publications) (The facts).Oxford University Press, 1993
220. Barkley M.J., Grodzinsky G. Are tests of frontal lobe function useful in diagnosis of attention deficit disorder? // *The Clinical Neuropsychologist*. - 1994. - No. 8. - P. 121-139.
221. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985) Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.
222. Berg W.K., Byrd D.L. The Tower of London Spatial Problem-Solving Task: Enhancing Clinical and Research Implementation // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. - 2002. - Vol. 24, No. 5. - P. 586-604.
223. Błęszyński J.J., (1998), *Mowa i język dzieci z autyzmem*. Wybrane zagadnienia. Słupsk: WSP.
224. Błęszyński J. J. : *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*. Oficyna wydawnicza „Impuls”. Kraków 2004r.
225. Bobkowicz-Lewartowska. *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. – Krakow, 2000. – 156s.
226. Bogdashina O. *A reconstruction of the sensory world of autism*, 2001. Sheffield: Sheffield Hallam University Press.
227. Brauner A., Brauner F. (1988), *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wrózkach*. Warszawa: WsiP.

228. Comi A.M., Zimmerman A.W., Frye V.H., Law P.A., Peeden J.N., 1999. Familial clustering of autoimmune disorders and evaluation of medical risk factors in autism. *J Child Neurol.* 1999; 14 (6): 388-94.
229. Cook, E.H. , Coon, H., Dawson, G., Grigorenko, E.L., McMahon, W. at al., the CPEA Genetics Network, Schellenberg, G.D.: Autism and the serotonin transporter: the long and short of it. *Molecular Psychiatry* 2005,10:1110-1116.
230. Crichton Newsom and Christine A. Hovanitz. *Autistic disorder. // Assessment of childhood disorders/* edited by Eric J. Mash and Leif G. Terdal. – 3rd ed. The Guilford Press New York, 1997.
231. Czownicka A.: Relacje interpersonalne dzieci autystycznych w procesie terapeutycznym. W: Kościelska M. (red.): *Studia z psychologii klinicznej dziecka.* WSiP, Warszawa 1988.
232. Dawson, G (Ed.) (1989). *Autism: Nature, Diagnosis and Treatment.* London: Guilford Press.
233. Delacato C.H.: *Dziwne i niepojęte. Autystyczne dziecko.* Fundacja “Synapsis”, Warszawa 1995.
234. Dykcik W.,(1994), Aktualne problemy życiowe osób autystycznych i ich rodzin. W: W. Dykcik (red.), *Autyzm: kontrowersje i wyzwania.* Poznań: Wydawnictwo ERUDITUS
235. Fay, W.H. and Schuler, A. (1980). *Emerging Language in Autistic Children.* London: Edward Arnold.
236. Feldman P.S., Horner M.D., Harvey R.T., Owens S. *Comparability and Construct Validity of Rey-Osterrieth and Taylor Complex Figures // Arch. of Clinical Neuropsychology.* - 1999. - Vol. 14, Iss. 8. - P. 734.
237. Frith, U. ((1989). *Autism: Explaining the Enigma,* Oxford: Basil Blackwell, Hermelin, B. (1978). *Images and language.* In: M.Rutter and E.Schopler (Eds), *Autism, A Reappraisal of Concepts and Treatment.* New York: Plenum Press.
238. Gałkowski T., (1997), Nowe kierunki badań nad autyzmem i potrzeby działań praktycznych. W: *Dziecko autystyczne.* T. V nr. 1.
239. Gałkowski T. (1980), *Usprawnianie dziecka autystycznego w rodzinie.* Warszawa: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.

240. Gardziel A. (2000), Wokół diagnozowania autyzmu, w: T. Gałkowski, J. Kossewska (red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej
241. Gillberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31:99–119.
242. Grandin, T. and Scariano, M. (1966). *Emergence Labelled Autistic*. Novato, CA: Arena Press.
243. Grzybowska E. *Metoda Integracji Sensorycznej (SI)*. W: *Rewalidacja* 2 (6), 1999.
244. Haan N. *Coping and Defending*. - N.Y., 1977. – 237 p.
245. Hart Ch. A.: *Przewodnik dla rodziców dzieci autystycznych*. Fundacja im. Wojtki Wadowskiego, Łódź 1995.
246. Hashimoto, T. (1995) *Badania japońskie potwierdzają, odkrycia w mózdku. “Buletyn Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym w Gdansk”*, 21, S.4 za: *Journal of Autism and Developmental Disorders*” (1995), 25,1.
247. Hermelin, B. and O’Connor, N. (1970). *Psychological Experiments with Autistic Children*. Oxford: Pergamon Press.
248. Houghton S., Douglas G., West J. et al. *Differential Patterns of Executive Function in Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder According to Gender and Subtype // Journal of Child Neurology*. - 1999. - Vol. 14, No. 12. - P. 801-805.
249. Ionesco, E. (1978). *Story Number 2*. U.S.A: Harlin Quist.
250. Menyuk, P. and Quill, K. (1985). *Semantic problems in autistic children*. In: E.Schopler and G.Mesibov (Eds), *Communication Problems in Autism*. New York: Plenum Press.
251. Jaklewicz H. (1993), *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
252. Jolliffe, T., Landsdown, R. and Robinson, C. (1992). *Autism: a personal account*. *Communication* 26 (3).
253. Kaufman B.N. *Przebudzenie naszego syna. Zwycięstwo miłości nad chorobą*. – Warszawa: Fundacja “Synapsis”, 1994.– 180s.
254. Kirkwood M.W., Weiler M.D., Holmes-Bernstein J. et al. *Sources of Poor Performance on the Rey-Osterrieth Complex Figure Test*

- among Children With Learning Difficulties: A Dynamic Assessment Approach // *The Clinical Neuropsychologist*. - 2001. - Vol. 15, No. 3. - P. 345-356.
254. Konstantareas M.M., Blockstock E.B., Webster Ch. D. (1992), *Autyzm*. Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu.
255. Kruk-Lasocka J. (1999), *Autyzm czy nie autyzm*. Wrocław: DSWE.
256. Kułakowska Z. (1998), *Wpływ zmian anatomicznych i czynnościowych mózgu na procesy uczenia się dzieci autystycznych*. W: H. Jaklewicz (red.), *Edukacja osób autystycznych w praktyce i badaniach naukowych*. Gdańsk: SPOA.
257. Lazar J.W., Frank Y. *Frontal Systems Dysfunction in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities* // *Journal of Neuropsychiatry*. - 1998. - Vol. 10, No. 2. - P. 160-167.
258. Lezak M.D. *Neuropsychological assessment*. - New York: Oxford. - 1993.
259. Maas F. *Uczenie się przez zmysły-wprowadzenie do integracji sensorycznej*. WS i P, Warszawa 1998.
260. Manning-Courtnej P., Brown J., Mollory C.A., Reinhold J., Murray D., Sorensen-Bunworth R., Messerschmidt T., J., Kent B., (2003), *Diagnosis and treatment of Autism Spectrum Disorders*. *Current Problems in Pediatrics and Adolescent Health Care*. 33, 238-304.
261. Markiewicz K., Ciećkiewicz E. (2000), *Diagnostyczne różnicowanie autyzmu wczesnodziecięcego*. W: T. Gałkowski, J. Kossewska (red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej
262. Matczak I. , Pala A. (red.): *Edukacja i wspomaganie rozwoju osób z autyzmem- międzynarodowa konferencja naukowa*. Częstochowa 2005r.
263. May R. *Freedom and destiny*. — NY: Norton, 1981.
264. Mc.Clelland, R.J., Eure, D.G. (1992) *Central conduction time in childhood autism*. "British Journal of Psychiatry", 160, 659-663.
265. Mesibov, G. (1990). *Normalization and its relevance today*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 20:3.
266. O'Leary J.J., Uhlmann V., Wakefield A.J. *Measles virus and autism*. *Lancet*, 2000; 356(9231):772.

267. Obuchowska I., (1994), *Autyzm: refleksje i problemy*. W: W. Dykcik (red.), *Autyzm: kontrowersje i wyzwania*. Poznań: Wydawnictwo ERUDITUS.
268. Olechnowicz H. (2004), *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*. Warszawa: WsiP.
269. Oliey, G (1986). *The TEACCH curriculum for teaching social behaviour to children with au-tism*. In: E.Schopler and G.Mesibov (Eds.), *Social Behaviour in Autism*. New York: Plenum Press.
270. Park, C.C. (1986). *Social growth in autism: a parent's perspective*. In: E.Schopler and G.Me-sibov (Eds), *Social Behaviour in Autism*. New York: Plenum Press.
271. Parnas, J. and Zahavi, D. (2002). *The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification*. In: *Psychiatric Diagnosis and Classification* (ed. C. M. Mai, W. Gaebel, J. J. López, and N. Sartorius). Chichester, UK: J. Wiley.
272. Patterson, J.M. (1991). *A family systems perspective for working with youth with disability*. *Pediatrician*, 18. 129-141.
273. Piętka M. *Trudne zachowania w osób z autyzmem//Dziecko autystyczne*. Krajowe Towarzystwo Autyzmu., Warszawa T.IX, nr 1, 63-81.
274. Pisula E. (2005a), *Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
275. Pisula, E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
276. Pisula E., (2005b), *Wczesne wykrywanie autyzmu i efekty wczesnej terapii*. W: J.J. Błeszyński (red.), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*. Kraków: Oficyna Wydawnicza. Impuls.
277. Prizant, B. and Schuler, A. (1987). *Facilitating communication: language approaches*. In: D.Cohen and A.Donnellan (Eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley and Sons.
278. Quill, K. (1990). *A model for integrating children with autism*. *Focus on Autistic Behaviour*, 5 (4): 1–19.

279. Rajner A., Wroniszewski M. Można im pomóc.– Warszawa, 2002.– 64s.
280. Randall P., Parker J. Autyzm. Jak pomóc rodzinie., Gdańsk, 2001.
281. Ready R.E., Stierman L., Paulsen J.S. Ecological Validity of Neuropsychological and Personality Measures of Executive Functions // *The Clinical Neuropsychologist*. - 2001. - Vol. 15, No. 3. - P. 314-323.
282. Rimland, B. (1964) *Infantile autism*. New York: Appleton-Century-Croft.
283. Rovaletti, M. L. (2000). The phenomenological perspective in the clinic: from symptom to phenomena. *Comprendre III*.
284. Rutter, M. (1983). Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24.
285. Sandra L.Harris. *Families of the developmentally disabled. A guide to behavioral intervention.*- U.S.A., The State University of New Jersey, 1983.
286. Serpell J. *In the Company of Animals*. Oxford: Basil Blackwell, 1986.
287. Schwartz, M.A. and Wiggins, O. P. (1987). Diagnosis and ideal types: a contribution to psychiatric classification. *Comprehensive Psychiatry*, 28(4): 277-91.
288. Shea, V. (1984). Explaining mental retardation and autism to parents. In: E.Schopler and G.Mesibov (Eds), *The Effects of Autism on the Family*, New York: Plenum Press.
289. Shopler E., Reichler R., Bashford A. *Profil Psychedukacyjny PEP-R.*– Gdansk: SPOA, 1995.
290. Shopler E., Reichler R., Lansing M. *Techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów.*– Gdansk: SPOA, 1995.
291. Shopler E., Reichler R., Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children // *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1971.– V.1.– P.87-102.
292. Shopler E., Reichler R., Renner B. *The Childhood Autism Rating Scale.*- Los Angeles: Western Psychological Services, 1988.
293. Simonton D. Creativity, leadership and chance // R. Sternberg, T. Tardif (eds.). *The nature of creativity*. Cambridge: Camb. Press, 1988. P. 76-98.

294. Simpson, R. (1993). Successful integration of children and youth with autism in main-streamed settings. *Focus on Autistic Behaviour*. 7:1–13.
295. Sinclair, J. (1992). Bridging the gaps: an inside-out view of autism. In: E.Schopler and G.Me-sibov (Eds), *High Functioning Individuals with Autism*. New York: Plenum Press.
296. Singh VK. Neuro-immunopathogenesis in autism. In: *NeuroImmune Biology: New Foundation of Biology*, Vol. 1: 443-454 (2001).
297. Steffenburg, S. (1990). *Neurobiological Correlates of Autism*, N. Goteborg, University of Goteburg.
298. Sturm H, Fernell E, Gillberg Ch. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels; associated impairments and subgroups. *Develop Med Child Neurol* 2004; 46(7): 444-7.
299. Stuss D.T. Contribution of frontal lobe injury to cognitive impairment after closed head injury: Methods of assessment and recent findings // *Neurobehavioral recovery from head injury / H.S.Levin, J.Grafman, H.M.Eisenberg (eds.)*. - New York: Oxford University Press. - 1987. - P. 166-177.
300. Szatmari P., Archer L., Fisman S., Streiner D.L., Wilson F. (1995), Asperger's syndrome and autism: Differences in behavior, cognition, and adaptive functioning // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34 pp.1662 - 1671.
301. Tantam D. Zespył Aspergera w wieku dorosłym. (w) *Autyzm i zespył Aspergera*. Frith U (red.). PZWL, Warszawa 2005; 180-221.
302. *Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book* by O. Ivar Lovaas, University Park Press; (April 1981).
303. Tolak K, Sybilski A. Zespył Aspergera – autyzm łagodny czy odrębna jednostka chorobowa? *Ped Pol* 2007; 82(3): 233-8.
304. Volkmar, F. (1986). Compliance, noncompliance and negativism. In: E.Schopier and G.Me-sibov (Eds), *Social Behaviour in Autism*. New York: Plenum Press.
305. Wakefield A.J., Murch S.H., Anthony A., et al: Ileal-lymphoid hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 1998; 351:637–4.1.

306. Walker A. Czym jest autyzm?//Dziecko autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu., Warszawa 2003. T.IX, nr 1, 13-22.
307. Watson, L., Lord, C. et al. (1989). Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children. New York: Irvington.
308. Welsh M.C., Pennington B.F., Grossier P.B. A normative-developmental study of executive function // Developmental Neuropsychology. - 1991. -Vol. 7. - P. 131-149.
309. Wing, L. (1984). Early Diagnosis and the Impact of Autistic Handicap on the Family. Paris: Autism-Europe.
310. Wing L., (2005), Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner. W. Frith U (red.).PZWL, Warszawa, 2005: 115-49.
311. Zimbardo P.G., Ruch F.L., (1994), Psychologia i życie. Warszawa: PWN.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Всесвітньо відомі люди з розладами аутичного спектра



ТЕМПЛ ГРЕНДІН (Temple Grandin, 1947 р.н.) – доктор філософії, науковець-зоолог університету Колорадо, США; консультант щодо поведінки тварин; автор бестселерів («Переклад з мови тварин» та ін.). Широко відома своєю роботою щодо захисту прав аутистів. У 2010 р. внесена в число 100 найвпливовіших людей у світі (щорічний список журналу «Час»).

У 1986 році опублікована дивовижна книга Темпл Грендін “Відкриваючи двері надії: мій досвід долання аутизму”. Раніше ніколи ніхто не розповідав про аутизм “ізсередини”; а медичною догмою завжди було твердження, що у аутистів немає і не може бути “внутрішнього життя”.

Справою життя Т.Грендін стало полегшення страждань тварин. 90 % худоби в США і Канаді перед забоєм проходять через загороди, сконструйовані за проектом Т.Грендін так, що перед смертю тварини не відчували жаху. Завдяки особливостям свого розвитку Темпл бачить те, чого не помічають інші. Спостерігаючи за коровами, вона помітила десятки дрібниць: корови не люблять жовте, вони остерігаються заходити з яскраво освітленого місця в темне приміщення, бояться віддзеркалень світла у воді і металевих звуків; віддають перевагу закругленим загорожам (а не прямим) тощо.

Завдяки Т.Грендін, яка у подробицях описала світ осіб з аутизмом, вони стали зрозумілішими для звичайних людей. Професор багато часу присвячує тому, щоб полегшити життя таким самим людям, як вона. Адже далеко не всі, знають, як непросто жити за “замкненими дверима”, подібно до життя аутистів.

ДОННА ВІЛЬЯМС (Donna Williams, 1963 р.н.) – австралійська письменниця, художниця і скульптор. Відома передусім своїми чотирма автобіографічними повістями, чотирма науковими працями щодо аутизму та двома збірниками поезії та прози.

У дитинстві Донні довго не могли поставити правильний діагноз: її вважали глухою. Дівчинка ні на чому не могла зосередитися, не могла відповісти на пряме питання і, як вона написала пізніше, сприймала світ як хаос звуків і кольору, мала іноді агресивні й аутоагресивні прояви.



Вчилася в корекційному класі. І, за її словами, засвоювала усе не на свідомому, а на підсвідомому рівні, оскільки не могла правильно зрозуміти мовлення і розрізнити потрібну інформацію від непотрібної.

Спочатку Донна не працювала над книжками цілеспрямовано. Її навчили друкувати і вона писала замітки про своє життя, які потім поклала на стіл дитячому психологові. Психолог заохотив її зробити з рукопису книгу, яка під назвою “Ніхто з Нізвідки: незвичайна автобіографія дівчинки-аутиста” згодом стала бестселером.

Мистецтвом діалогової бесіди вона оволоділа тільки в 31 рік.

Донна була замужем за програмістом, у якого також був синдром Аспергера, але потім вони розлучилися. Зараз Донна живе одна на пагорбах Малверн, продовжує писати книги, читати лекції з аутизму в усьому світі та консультувати батьків аутичних дітей у Коледжі Малверн (Malvern) для навчання дорослих.

ХІКАРІ ОЕ (яп. 大江光, 1963 р.н.) – японський композитор, син письменника Кендзабуро Ое (Нобелівська премія 1994 р.). Народився з деформованим черепом і великою мозковою грижею. Батькам сказали, що хлопчик може вижити, якщо йому зробити операцію, але він матиме важкі розумові обмеження. Лікарі намагалися переконати батька і матір, що краще дати синові померти, оскільки все одно він може сподіватися тільки на “рослинне” його існування. Перед тим, як прийняти рішення, Кендзабуро Ое разом з дружиною відві-



дав Хіросіму, де лікували жертв атомного вибуху. Деякі з лікарів самі випробували на собі дію радіації; саме вони розповіли молодому подружжю, як з відчаю виростає надія. Батьки вирішили оперувати сина. Хікарі вижив, але у нього спостерігали відставання в розвитку, судомні przypadки, слабкий зір і порушену координацію рухів. До 4-х років він здавався абсолютно закритим для контактів, а перше, на що став реагувати, був спів птахів. Мати і батько, помітивши це, стали збирати записи пташиних голосів і давати прослуховувати їх синові щодня. За два роки Хікарі сказав своє перше слово – це була назва одного з птахів. Хікарі слухав музику цілими днями протягом багатьох років, і вже дорослим почав вчитися грати на фортепіано, а потім і записувати ноти власних творів.

У 1994 році другий компакт-диск із записами Хікарі Ое виграв Головну національну премію в царині японської класичної музики; а Кендзабуро Ое вважає, що синові зобов'язаний своєю літературною славою: його книги стали “голосом” його сина.



ДЖИМ СІНКЛЕР (Jim Sinclair, 1969 р.н.) — сучасний британський поет. Народився в місті Мусельбург (Musselburgh), що в Шотландії. Почав писати вірші з 17 років. На сьогодні видано понад 80 віршованих творів у різних літератур-

них журналах. Здобув другу премію в *Darkness Poetry Competition* у 2004 році. Співредактор поетичного і мистецького альманаху “*Harlequin*”.

Дипломований фахівець з питань психології розвитку та дитячої психології. Джим працював професійно з аутичними дітьми, підлітками і дорослими; розробив навчальні семінари для педагогів і лікарів, які займаються проблемами аутизму; має використання собак з терапевтичною ціллю для аутичних людей. Співзасновник Міжнародної мережі Аутизму (1992 р.), і її координатор до сьогодні.

Нісенітниця (*переклад з англійської Дмитра Дроздовського*)

Минуле випив я на тому березі,
Забув історію у тілі хвиль,
Здушив я пам'ять аж над піною,
Лишилися докори на самій глибині.

Трагедія людини не скінчиться,
Померти; жити; вмерти; знову жити:
Але в хвилини злотоносних мрій
Видіння крізь страждання все вбачаєм.

Сьогодні бачив світ без порівняння;
Поза землею тихою й гучним повітрям,
І таїну нам небеса відкрили,
І в мить — зцілили людство.

Jim Sinclair. White Mare// Reflections. — Issue 61. — 2006. — P. 14.

ДІЛЕН СКОТТ ПІРС

(Dylan Scott Pierce, 1986 р.н.) – художник-аніمالіст, ілюстратор дикої природи. Почав робити ескізи у віці двох років, а в одинадцять за допомогою мами підготував свої роботи для видання.



Тепер він близький до того, щоб стати легендою у світі мистецтва.



Його витончені деталі й реалістичний опис дикої природи відбивають пристрасть і до акварелі, і до тварин, яких він малює.

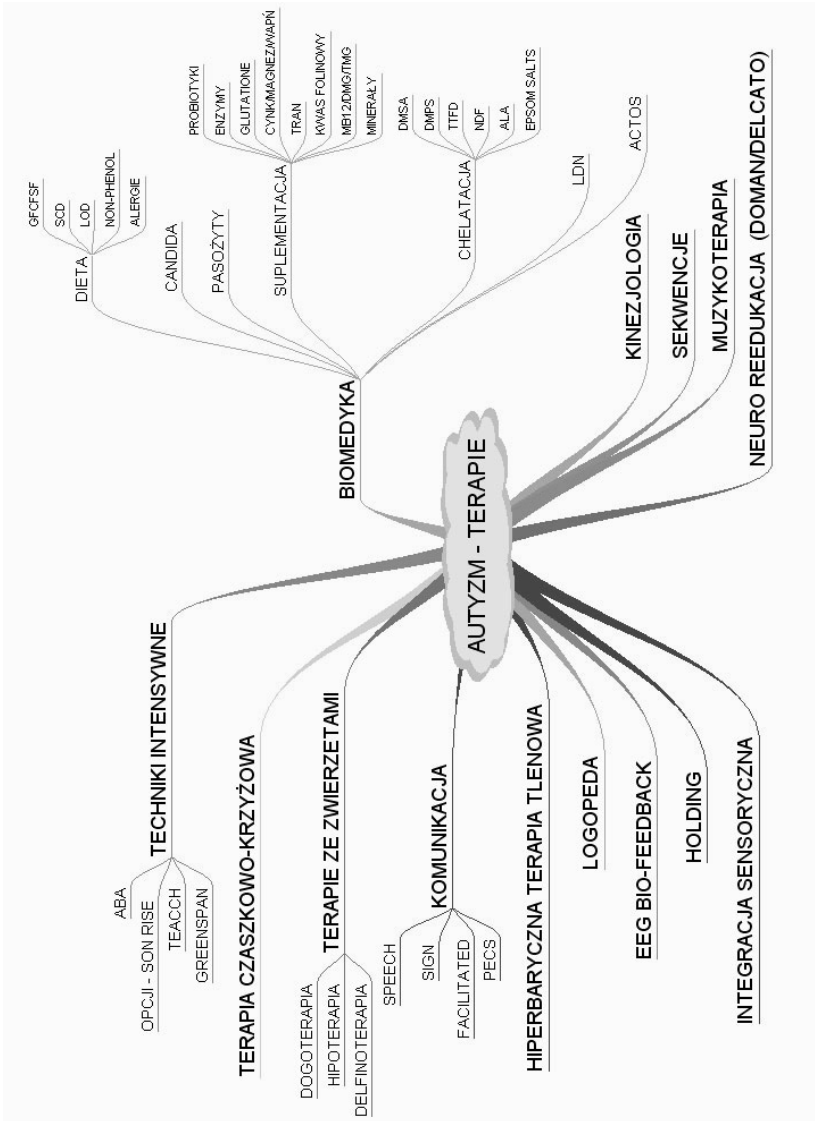
Ділен багато подорожував (Намібія, Замбія, Південна Африка) і фотографував тварин у їх природному місці існування. За фотографіями художник потім скрупульозно і незвичайно терпляче малює свої картини.

Ділен також заснував свій власний фонд, щоб принести користь організаціям дикої природи, людям Африки, а також людям з аутизмом. Для самого Ділена його любов до тварин, розуміння їх і живопис стали метою в житті й терапією.

**Діагностичний інструментарій для виявлення порушень
в окремих психічних сферах аутичної дитини**

Досліджувані сфери		Інструментарій
Поведінка		The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) The Behavior Observation Schedule The Ethological Observation Schedule
Когнітивне функціонування	<i>Кількісна оцінка</i>	Bayley Scales of Infant Development-II Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence, Revised Stanford-Binet, 4th edition Mullen Scales of Early Learning Kaufman Assessment Battery for Children Leiter International Performance Scale, Revised Merrill-Palmer Scales of Mental Tests
	<i>Якісна оцінка</i>	Brigance (see «Screening Instruments-General Developmental Assessment») Developmental Profile II (see «Screening Instruments-General Developmental Assessment») The Early Learning Accomplishment Profile for Developmentally YoungChildren (Revised Edition) Birth to 38 Months
Мовленнєвий розвиток		Receptive One-Word Picture Vocabulary Test Expressive One-Word Picture Vocabulary Tests (EOWPVT) Sequenced Inventory of Communicative Development, Revised Pre-Clinical Evaluation Language Fundamentals (Pre-CELF) Preschool Language Scales Reynell Developmental Language Scales (RDLS) Peabody Picture Vocabulary Test, 3rd edition
Адаптивна поведінка		Vineland Adaptive Behavior Scales Scales of Independent Behavior - Revised
Емоційний розвиток і емоційне функціонування		Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ: SE) Vineland Social Emotional Scales
Моторний розвиток		Peabody Developmental Motor Scales, 2nd Edition Beery-Bukdenica Developmental Test of Visual-Motor Integration
Сенсорний розвиток		MAND Sensory Profile – Ages 3-10 Infant Toddler Sensory Profile Analysis of Sensory Behavior

Розгалужена система допомоги аутичним особам у Польщі



Системна допомога аутичним особам у інших країнах (деякі відомості)

Данія - перша країна, у якій почали надавати спеціалізовану допомогу аутичним особам (з 1920 р.). З урядових структур їм безпосередньо допомагають *Міністерство освіти* і *Міністерство соціального захисту*. З установ, які займаються з аутичними дітьми, найбільш відомий науково-методичний Центр аутизму (ЦА), у який входять: корекційний Центр для 40 аутичних осіб від 3 до 20 років, ферма (15 вихованців старше 18 років) майстерні, два будинки-інтернати. Діяльність ЦА контролює Рада Національної асоціації з проблем аутизму.

У багатьох країнах **Західної Європи і США** система допомоги особам з аутизмом існує понад 30 років. Визначено особливості організації цієї системи, властиві певною мірою різним державам: децентралізованість, а також велика роль громадських об'єднань батьків. На початку 1970-х років в США організовано Інформаційно-довідкову службу з проблем аутизму; національна інформаційна кампанія і досі не припиняє свою роботу. З 80-х років у США прийнято положення про обов'язкове навчання аутичних дітей. У 1992 р. у Гаазі на IV Конгресі Європейської Асоціації "Аутизм-Європа" прийнята "Хартія для осіб з аутизмом", що гарантує їм право на навчання.

У **Росії** на сьогодні поступово складається система допомоги дітям, підліткам і юнакам із синдромом дитячого аутизму. У Москві і Санкт-Петербурзі проблему аутизму вивчають десятиліттями, є численні батьківські громадські об'єднання, а останніми роками окрім недержавних установ з'явилися й державні, які заявляють про свою готовність до виховання та навчання аутичних дітей і підлітків. Серед відомих закладів, які опікуються аутичними особами – Центр "Наш сонячний світ", Центр лікувальної педагогіки, лабораторія змісту і методів навчання дітей з емоційними порушеннями Інституту корекційної педагогіки РАО; інтеграційна школа «Ковчег», дер-

жавний Центр психолого-медико-соціального супроводу дітей і підлітків та багато інших. Класи для аутичних дітей відкрито у багатьох школах.

В Ізраїлі в будь-якій поліклініці можна отримати направлення для перевірки аутизму в дитини у віці від півроку і старше. Окрім цього, фахівці Центру перевірки аутизму періодично читають лекції лікарям з цієї теми, і просять розповсюджувати інформацію далі серед населення, щоб якомога більше ізраїльтян мало найповніші відомості з питань аутизму.

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

У **Польщі** головний центр для аутичних осіб є фундація “Синопис”, заснована ще в 1989 році. У “Синописі” працює 100 психіатрів, тренерів, терапевтів, психологів. На основі фундації створено: Центр для аутичних дітей, дитячий садок для 18 малюків, майстерня, де працевлаштовано 24 дорослих аутичних осіб, які самостійно виготовляють біжутерію, фігурки з глини, створюють вітражі.

Звернення до батьків аутичних дітей Джима Сінклера

Батьки часто розповідають, що довідатися про те, що в їхньої дитини аутизм, було найважчою подією їхнього життя. Неаутисти вважають, що аутизм – це велике горе, а досвід батьків – безперервна смуга розчарувань на всіх етапах життя сім'ї та дитини.

Але це горе зумовлене зовсім не аутизмом дитини. Це горе пов'язане з утратою нормальної дитини, якою, як сподівалися, вона мала б бути. Утрата уявлень і розчарувань батьків та невідповідність між тим, чого батьки чекають від дитини такого віку, і реальним розвитком їхньої власної дитини спричиняють більший стрес і страждання, ніж реальні труднощі життя разом з аутичною дитиною. (...)

Тривала концентрація уваги на аутизмі як джерелі страждань руйнівна як для батьків, так і для дитини та стає перешкодою для розвитку прийнятних для обох сторін стосунків, справжніх стосунків. Я пропоную батькам – заради них самих і їхніх дітей – радикально змінити свої уявлення про те, що таке аутизм.

Я пропоную вам подивитися на аутизм і на ваші страждання з нашого погляду.

Аутизм - не апендикс. Аутизм не є мушлею, капсулою, у яку заховано людину. За аутизмом немає схованої «нормальної» дитини. Аутизм – це спосіб існування. Він охоплює все, визначає кожну подію, кожне почуття, сприйняття, кожну думку, кожне знайомство, кожен аспект буття. (...)

По суті йдеться про те, що народження дитини було для вас дуже важливою подією, ви чекали її з радістю, а потім поступово, а, можливо, одразу зрозуміли, що з нею щось не так. Неважливо, скільки у вас інших, нормальних дітей, ніщо не може змінити того факту, що на цей раз ваша довгоочікувана дитина виявилася не зовсім такою, якою ви її чекали.

Такі самі почуття переживають батьки, коли дитина народжується мертвою або живе зовсім недовго й помирає. Суть не в аутизмі, а у сподіваннях, які не збулися.

Але за аутизму ви не втрачаєте своєї дитини назавжди. Вам здається, що ви втратили її, тому що вона ніколи не буде такою, як ви чекали. Аутична дитина ні в чому не винна, і ми не маємо нести на собі тягар відповідальності. Нам потрібні родини (і ми заслуговуємо на це), які будуть нас розуміти і цінувати за те, що ми є, а не такі, чий бачення нас затуманено привидами дітей, котрих ніколи не було. Якщо вам це потрібно, оплакуйте свої мрії, що не збулися. Але не оплакуйте нас. Ми живі. Ми справжні. Ми уже тут і ми чекаємо на вас.

Я думаю, що саме це мають робити організації, створені допомогти за аутизму: не оплакувати того, чого ніколи не було, а вивчати те, що є. Ви нам потрібні. Нам потрібна ваша допомога й розуміння. Ваш світ не дуже відкритий до нас, і ми не можемо в ньому дати собі ради без вашої сильної підтримки. Так, з аутизмом пов'язано трагедію: але не через факт нашого існування, а через те, з чим ми стикаємося, що переживаємо. Якщо хочете, можете з цього приводу сумувати. Але ліпше добре розізнитися і почати щось робити. Трагедія не в тому, що ми є, а в тому, що у вашому світі немає місця для нас. (...)

Тому подивіться на вашу аутичну дитину ще раз і скажіть собі: “Це не та дитина, яку я чекала. Це інопланетянин, який випадково приземлився у мене. Я не знаю, хто ця дитина і ким вона стане. Але я знаю, що це дитина, яка опинилася у чужому світі, без своїх батьків-інопланетян, котрі знають, як про неї турбуватися. Їй потрібен хтось, хто про неї потурбується, хто буде її вчити, розуміти й охороняти. Так сталося, що ця дитина з іншої планети потрапила в моє життя, тому я буду тепер за неї відповідати” .

І якщо ця перспектива вам підходить, приєднуйтеся до нас з усією рішучістю, з надією і радістю. І ваше життя стане дивною пригодою.

За http://www.autism-spectrum.org.ua/biblio_uk/articles/ne-oplakujte-nas.html

ISBN

Наукове видання

Скрипник Тетяна Вікторівна

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АУТИЗМУ

МОНОГРАФІЯ

В оформленні обкладинки використано малюнки Донни Вільямс (Австралія):
“Малювання” та “Острови Можливостей”.