

**КОМУНАЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ЧЕРКАСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»**

**РОЗЛАДИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ:
ОСОБЛИВОСТІ КОНСТРУКТИВНОЇ
ДОПОМОГИ ТА ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ**

Черкаси

2018

74.2 В 68

Волошенко О.В., Семиліт Л.Г. Розлади аутичного спектру: особливості конструктивної допомоги та психолого-педагогічного супроводу. – Черкаси, 2018, - 37 с.

АВТОРИ:

Волошенко Олена Валентинівна, доцент кафедри педагогіки та освітнього менеджменту комунального навчального закладу «Черкаський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників Черкаської обласної ради», кандидат педагогічних наук;

Семиліт Людмила Григорівна, практичний психолог територіального центру надання соціальних послуг м. Черкаси

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Шпак Валентина Павлівна, заступник директора Навчально-наукового інституту педагогічної освіти, соціальної роботи і мистецтва Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, доктор педагогічних наук, професор

Трухан Оксана Вячеславівна, доцент кафедри психології комунального навчального закладу «Черкаський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних працівників Черкаської обласної ради», кандидат психологічних наук;

Сімушіна Оксана Іванівна, заступник начальника управління освіти і науки Черкаської обласної державної адміністрації - начальник відділу інклюзивної, позашкільної освіти та виховної роботи

У навчально-методичному посібнику розкрито особливості ранньої діагностики й корекції розладів аутичного спектру (РАС) у дітей.

Практичну цінність посібника становлять методичні рекомендації педагогам, що здійснюють інклюзивну освіту, працівникам соціально-психологічних служб, що надають діагностичний та корекційний супровід та родинам, що мають дітей із РАС.

Матеріали посібника спрямовано на своєчасність виявлення розладів аутичного спектру у дітей та забезпечення конструктивної допомоги та психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей із РАС.

Схвалено та рекомендовано до друку вченою радою КНЗ

«ЧОІПОППЧОР».

Протокол №1 від 02.2018 р.

© Волошенко О.В., Семиліт Л.Г., 2018

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
1. Етичні аспекти психолого-педагогічного супроводу дітей із РАС ..5	5
2. Виклики інклюзивної освіти дітей із РАС	8
3. Особливості підтримки родин та робота із батьками, що мають дітей із аутизмом	11
4. Особливості розвитку та корекції дітей із розладами аутичного спектру	16
4.1. Класифікація РАС (за О.С.Нікольською).....	16
4.2. Особливості розвитку дітей з РАС	19
5. Особливості використання сучасних діагностико-корекційних методик	21
6. Програма корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС	26
6.1.Формування початкових форм потреби у спілкуванні	26
6.2.Формування різних форм довербальної комунікації	27
6.3.Розвиток імпресивного мовлення	29
6.4.Корекція розвитку соціально-емоційної сфери	30
6.5.Встановлення соціальної взаємодії з навколишнім середовищем	31
6.6.Розвиток здатності конструктивно впливати на навколишнє середовище	32
6.7.Формування спроможності дитини до соціальної поведінки..	32
ВИСНОВКИ	33
ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК.....	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	36
ДОДАТКИ.....	37

ВСТУП

Вперше про дітей із симптомами, що сьогодні розуміються, як аутичні, стало відомо з робіт Heller (1908), de Sanctis (1908), але сам термін «аутизм» був вжитий швейцарським психіатром E. Bleyer в 1910 році в роботі, яка була присвячена характеристиці симптомів шизофренії у дітей (autos з грец.) – «сам», занурення пацієнта у свій внутрішній світ, зовнішній вплив на який сприймається як агресивне вторгнення і викликає афективну реакцію.

Але тільки в 1943 році американський психіатр австрійського походження L. Kanner у своїй праці «Аутичні порушення афективного контакту» описав дітей, які мали поведінкові порушення аутичного спектру (відчуженість, наполягання на однаковості, специфічні порушення уваги, одноманітні рухи) і ввів словосполучення «ранній дитячий аутизм» (РДА).

Потрібно відмітити той факт, що майже одночасно австрійський дитячий психіатр Ганс Аспергер в 1944 році опублікував свою кандидатську дисертацію, в якій описав поведінку групи дітей з дефіцитом спілкування, соціальних навичок і повторюваними формами поведінки. Згодом описаний ним розлад був названий синдромом Аспергера.

Вважається, що проблема аутистів не в тому, що вони почувають і розуміють, а в тому, що вони не можуть донести до інших свої розуміння і почуття. Страх, незахищеність, замкнутість – головні риси дітей з РАС, що викликають почуття тривоги, паніки, відчаю і страждань. Неспроможність (невміння) адекватно відреагувати на ці почуття викликає самоагресію та афективні спалахи.

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

Нова статистика, опублікована американськими епідеміологами, викликала великий резонанс у багатьох країнах світу. Центр з контролю захворюваності і профілактики США (СДС) опублікував новий звіт, згідно з даними якого в однієї дитини з 68 є розлад аутичного спектра (РАС). Це на 30% більше, ніж аналогічний рівень 2013 року, який становив 1 із 88. Діти з аутизмом, як і раніше, здебільшого були чоловічої статі. Зростання кількості дітей з цим діагнозом припадає на дітей з інтелектуальними здібностями на середньому рівні або вище середнього (IQ вище 85).

В Україні протягом 2008 року з вперше встановленим діагнозом РАС на облік взято 198 дітей, у 2011 році – 342 дитини, у 2012 році – 465.

Показник поширеності РАС стабільно підвищувався протягом декількох років: у 2007 р. – 28.2%, у 2008 р. – 32.0%, у 2010 р. – 35.7%, у 2013 р. – 26%. При цьому вважається, що реальний рівень поширення РАС в Україні значно вищий, оскільки багато батьків уникають офіційної постановки діагнозу. Це обумовлено, зокрема, обмеженнями, які існують при влаштуванні дитини з РАС в установи дошкільної та шкільної освіти, відсутністю в клінічних класифікаціях розладів розвитку спеціальних проектів, спрямованих на задоволення особливих потреб дітей з аутизмом у сфері освіти.

Діагноз «розлади аутичного спектра» - величезний удар для батьків. Але потрібно знати, що є велика ймовірність повної адаптації дитини до соціуму (якщо у дитини збережений інтелект). Більшість дітей, батьки яких з раннього віку (2-3 роки) займалися їхньою психологічною та педагогічною корекцією, контролювали і усували поведінкові проблеми, змогли навчатися в загальноосвітніх школах, здобути професію і взаємодіяти з соціумом. Але, щоб досягти таких успіхів, кожна дитина із РАС потребує занять із психологом, корекційним педагогом, а батьки, в свою чергу, мають докласти максимум зусиль вдома.

Головне – не замикатися навколо своєї дитини, не уникати друзів, прогулянок, подорожей з дитиною – не ставати «аутичною сім'єю». Оскільки у дітей із аутизмом є дефіцит соціальної компетентності, їм складно брати участь

у колективних іграх, грати в рольові ігри, навіть копати пісок в пісочниці чи просто знаходитись на майданчику з іншими дітьми. Часто для дитини з РАС нестерпні крики дітей або інші голосні звуки, які можуть призвести до афективних проявів. Але гуляти окремо від інших дітей – помилка. Потрібно поступово, крок за кроком вчити дитину наслідувати і взаємодіяти з іншими дітьми. Потрібно не просто розповідати, а показувати (інколи багато-багато разів) ту чи іншу дію (наприклад, кидати м'яч одне одному).

Навіть дитина з нормою в інтелектуальному розвитку далеко не з першого разу навчається кидати або ловити м'яча, з аутичною дитиною потрібно просто більше часу і терпіння.

1. Етичні аспекти психолого-педагогічного супроводу дітей із РАС

Що знає пересічна людина про загадковий синдром «аутизм»? Часто вважають, що це дитина, яка не хоче контактувати з іншими людьми, а також, що аутисти – це люди, наділені якимись особливими талантами та здібностями, що багато визнаних геніїв були дивакуватими «аутичними» особистостями.

Таку думку у людей формують деякі телепередачі та фільми. Наприклад, герої фільмів «Людина дощу» і «Куб» гарно запам'ятовували та маніпулювали цифрами, хлопчик із фільму «Сходження Юпітера» – розшифровував найскладніші коди, а аутична героїня австралійського фільму «Під рояль» – мала абсолютний музичний слух.

Ні гарний музичний слух, ні математичні дані не допоможуть таким дітям жити самостійно, реалізувати себе, створити сім'ю.

Спеціалісти і люди, які тісно спілкуються з аутичними дітьми, розуміють, які ці діти бувають безпорадні, залежні від близьких, соціально не пристосовані та неадекватно реагуючі на звичні речі та обставини.

Сьогодні пропонується багато програм по розвитку, навчанню та адаптації аутичних дітей (ABA, TEACCH, SON-RISE, FLOORTIME, «Розквіт» та інші). Прикладаються зусилля для того, щоб шляхом спеціалізованого навчання і виховання по можливості відкорегувати порушення в розвитку дитини, а

основна мета даної корекції – дати дитині можливість перебувати і адаптуватися в соціумі.

Іноді дана мета досягається, дитина з РАС може жити досить самостійно і організовано, але її завжди будуть видавати деякі особливості поведінки і дивацтва характеру.

Хочеться наголосити на тому, що аутичну дитину можна навчити читати, писати, рахувати, говорити на декількох іноземних мовах, бути «на ти» з комп'ютером, але дуже важко навчити спілкуватися з іншими людьми.

Використання у роботі з аутичними дітьми звичних методів та прийомів не дає очікуваних результатів. У кожному конкретному випадку потрібно добирати індивідуальний підхід для встановлення контакту і максимально можливої взаємодії із аутичною дитиною. У кожному випадку результат перш за все буде залежати від доброго, миролюбного, терплячого відношення вихователя до дитини з РАС.

Якщо ви не впевнені у своїх силах і тому, що процес взаємодії буде довготривалим, *не можна розпочинати заняття* з аутичною дитиною.

Налагодження контакту із аутичною дитиною завжди вимагає багато часу, але якщо встановлений контакт буде розірвано, то це нанесе велику психологічну травму для дитини та її сім'ї.

Педагог повинен реально оцінювати ситуацію, свою професійну підготовку, фізичні та емоційні затрати. Часом поведінка дитини виглядає дивною, хаотичною, неадекватною, тому потрібно до знань і умінь підключати ще й інтуїцію.

На початкових етапах роботи із аутичною дитиною неможливо працювати по складеному плану, тому планування заняття дає ефект десь на 3-4 етапі роботи.

План може бути, але діяти доводиться у залежності від ситуації та бажання дитини.

На початкових етапах встановлення контакту із дитиною, не наполягайте на конкретних іграх, будьте спостережливі і витримані, часто дитина сама

пропонує форми можливої взаємодії, які на даному етапі прийнятні для самої дитини (торкнутися волосся, кинути іграшку, шелестіти папером, перекидати картки, чекаючи, щоб їх зібрали і знову розкидати тощо).

Обов'язково потрібно розпитати батьків, чим «любить» займатися дитина, що подобається, що навпаки – дратує. Приймаючи деякі правила гри, що пропонує дитина, ми даємо зрозуміти, ще не несемо загрозу для дитини, її комфорту, що з нами цікавіше, ніж без нас. І тоді аутична дитина поступово почне нам довіряти, включати до своїх ігор і сама включатиметься у наші ігри.

Заняття із аутичною дитиною необхідно проводити в атмосфері доброзичливості: все, що відбувається під час заняття повинно проговорюватись (всі дії, ситуації, емоції).

Поведінка дитини під час заняття може бути різною, інколи неадекватною і агресивною, у будь-якому випадку ви повинні бути спокійні і врівноважені, розуміти, що дитина налякана і вам потрібно зрозуміти бажання дитини і вивести її із стану дискомфорту.

Будьте готові до того, що реакція на одну і ту саму гру чи ситуацію у різних дітей із аутизмом може бути різною: одному дуже подобається працювати із числами-вкладками, в іншого це викликає агресію. Інколи одна і та сама дитина в однаковій ситуації, але у різні дні може повести себе по-різному. Завжди будьте готові «дати задній хід».

Якщо ви зможете зрозуміти внутрішні почуття і переживання аутичної дитини, ви допоможете дитині подолати численні страхи, фобії, поступово виведете її у зовнішній світ, навчите бути більш самостійною.

Аутичні діти люблять маніпулювати предметами, через цей етап пізнання предметного світу проходять у ранньому віці всі діти. Але відповідно до норми розвитку дитини на наступному етапі захопленість світом предметів проходить і на перший план виступають інші цінності – соціальні відносини.

На відміну від звичайних дітей, аутичні діти надовго залишаються у предметному світі. При цьому основним мотивом їх маніпуляцій із предметами та іграшками є їх сенсорні властивості: яскраві кольори, поверхні різної

фактури (гладка, жорстка, м'яка і т.д.). Аутичній дитині подобається вертити, підкидати, кидати на підлогу, нюхати, пробувати на смак, переливати, хлюпати тощо.

Часто можна спостерігати огидливе відношення до окремих предметів і речей, інколи страх тактильного контакту із предметом настільки сильний, що аутична дитина намагається його подолати, маніпулюючи рукою дорослого (своєю рукою бере руку дорослого і спонукає взяти той чи інший предмет). Але діяти із предметами відповідно до їх функціонального призначення аутична дитина часто відмовляється.

У таких дітей спостерігається надмірна концентрація уваги на частинах і деталях. Маленькі діти із аутизмом фокусують увагу не на цілій іграшці, а на її деталях (наприклад, їх цікавлять колеса на машині, а не гра із цілою іграшкою); вони помічають деталі ситуації, але не сприймають її загального змісту. Старші діти можуть розважатися відеоіграми, картами або номерними знаками на автомобілях, часто захоплюються додаванням трьох-чотирьох значних чисел.

2. Виклики інклюзивної освіти дітей із РАС

Сучасні батьки не просто чекають на допомогу, але й прагнуть вникнути, зрозуміти проблему дитини і шляхи її вирішення. Тому батькам так необхідна допомога у розумінні своєї дитини, симптомів її порушень, шляхів корекції, лікування і розвитку.

На сьогодні дуже актуальна педагогіка партнерства, яка передбачає цілий комплекс дій, орієнтованих на підтримку родини з боку фахівців Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти та інших. Це і навчання батьків, тренінги батьківської компетентності, поведінкового керівництва, супровід батьків та дітей, консультування, індивідуальна та сімейна психотерапія, сімейний відеотренінг спілкування, терапія, орієнтована на прив'язаність, соціальна допомога, надання допомоги у відділеннях соціально-побутової адаптації для дітей-інвалідів при територіальних центрах надання соціальних послуг, реабілітаційних центрах, ЛМПК тощо.

На одній із міжнародних конференцій «Аутизм. Вибір маршруту» (2014р.) була чітко задекларована необхідність створення у країнах світу національних стратегій, яка об'єднає вчених, політиків, педагогів, спеціалістів соціальної сфери, осіб із аутизмом і членів їх сімей, для пошуку оптимальних умов життєдіяльності для людей із РАС.

Важливою умовою для успішного впровадження цієї програми є інклюзивна модель навчання. Ця модель передбачає корекційне навчання учнів чи студентів з особливими потребами шляхом включення їх у загальне освітнє середовище.

За останні роки прийнято і схвалено ряд постанов, спрямованих на поліпшення забезпечення прав на освіту дітей з особливими освітніми потребами.

Серед них постанова КМУ від 13 квітня 2011 р. №629 «Про затвердження Державної цільової програми розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року», постанова КМУ від 15 серпня 2011 р. №872 «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах».

Співробітниками факультету корекційної педагогіки та психології НПУ ім. М. Драгоманова та Інституту спеціальної педагогіки МАПН України розроблено програми корекції розвитку дітей з аутизмом дошкільного віку.

Проте, в Україні практичне вирішення проблеми інклюзивного навчання дітей із розладами аутичного спектру потребує конкретних кроків з боку усіх учасників освітнього простору. Це пов'язано, перш за все, з тим, що яким би кваліфікованим та обізнаним у сфері корекційної педагогіки не були педагоги та психологи, вони фізично не в змозі створити абсолютно безпечне оточення одночасно для всіх дітей групи чи класу. У розвинутих країнах світу для вирішення цього питання існує інститут помічників педагогів, тьюторство, волонтерство і вважається неприпустимою ситуація, коли в групі дітей з особливими потребами працює один педагог. В Україні започатковано введення посад асистент вихователя та асистент учителя.

Інклюзія особливої дитини у загальну групу дітей є довгим і поступовим процесом, в якому повинні приймати активну участь батьки, вихователі, педагоги, працівники соціального захисту, лікарі та інші фахівці.

На сьогодні в Україні ідея інклюзивного навчання впроваджується переважно формально. Необхідно враховувати, що причиною соціальної відстороненості і з боку однокласників, і з боку вчителів часто стають риси характеру аутичної дитини, труднощі у встановленні контакту з однолітками, ігнорування їх інтересів, надмірно нав'язлива поведінка. Як наслідок, інклюзивне середовище навчання – це саме те середовище, в якому сенсорні, мовленнєві та інші особливості дітей з РАС можуть не знайти підтримки. Отже, необхідно здійснювати просвіту педагогічних працівників, батьків щодо особливостей взаємодії із дітьми, які мають РАС.

Складнощі розуміння і розшифровки сигналів, що мають місце в оточуючому середовищі (вербальні інструкції і візуальні ознаки, особливо у плані розуміння соціальних правил поведінки, мимічної реакції оточуючих тощо), можуть стати причиною того, що дитина з РАС поводитиметься неадекватно, або зовсім не реагуватиме на звернення до неї.

Нове соціальне середовище, зміна звичних умов існування, велика кількість незнайомих людей часто призводять до регресу в розвитку дитини з РАС. Дитина стає замкнутою, перестає адекватно реагувати на вчителя. Важливо, щоб аутична дитина зберегла звичні умови існування, щоб поряд знаходилась добре знайома людина (вихователь, психолог, вчитель-дефектолог, соціальний вихователь і т.д.). Впровадження ідеї інклюзивної освіти в практику в Україні йде повільно. Відзначається низький рівень підготовки педагогічних кадрів як дошкільних установ, так і загальноосвітніх шкіл. Особливо низький рівень підготовки показують практичні психологи закладів освіти, які часто не можуть адекватно діагностувати психологічні проблеми дітей з РАС і своєчасно надати їм необхідну допомогу. В кращому випадку можна почути від шкільного практичного психолога фразу «Я не працюю з такими дітьми». Хоча б відверто.

3. Особливості підтримки родин та робота із батьками, що мають дітей із аутизмом.

Важливим напрямком у системі психолого-педагогічної допомоги дітям і підліткам із РАС є психологічна підтримка їх батьків.

Ми розглядаємо психологічну підтримку батьків дітей із порушенням у розвитку як систему заходів, спрямованих на:

- 1) зниження емоційного дискомфорту дорослих у зв'язку із захворюванням дитини;
- 2) підтримку впевненості батьків у можливостях дитини;
- 3) формування у батьків адекватного ставлення до хвороби дитини;
- 4) збереження адекватних відносин між батьками і дитиною.

Сім'я – це перше місце соціалізації дитини, яке впливає на дитину та її розвиток й визначає її подальше життя. Народження хворої дитини є своєрідним випробуванням для родини, а процес виховання і догляд за дитиною-інвалідом наповнює життя батьків постійним стресом.

Часто діти із порушеннями у розвитку сприймаються як соціально небезпечні для здорових дітей. Категоричні оціночні судження фахівців про особливу дитину посилюють негативний емоційний фон у сім'ї і не рідко деструктивно впливають на сімейні відносини. Знаючи діагноз дитини, батьки ідуть до фахівця за підтримкою і допомогою, а натомість часто отримують некоректні оціночні судження, які вкрай негативно впливають на подружні взаємини та взаємини із дитиною.

Переживання сімейного стресу, викликаного проблемами зі здоров'ям дитини, проходить кілька етапів:

- 1) гострий або афективний (короткочасний період, якому притаманні бурхливі, надзвичайно інтенсивні емоційні реакції);
- 2) гностичний (*gnostikos* - грецьк., – той хто знає більше) період, зумовлений розширенням знань про розлади аутичного спектру;
- 3) поведінковий період характеризується визначенням основної стратегії дій батьків.

Афективний період, як правило, починається після консультації у лікаря-психіатра, який рекомендує оформити дитині інвалідність. На цьому етапі батьки переживають почуття відчаю, катастрофи, допомогти батькам пережити афективний період можуть фахівці, які беруть участь у обстеженні дитини. Батьки мають усвідомити, що дитина потребує цілеспрямованого впливу на її розвиток різних фахівців: медиків, педагогів, психологів, логопедів та інших. Батькам необхідно зрозуміти, що діагноз – це не вирок дитині, а можливість родини одержати фахову та матеріальну підтримку. Більше того, оформлення інвалідності здійснюється за бажанням самих батьків.

У процесі роботи із батьками фахівці (психіатр, психолог, невролог, педагог) повинні *не прогнозувати перспективи подальшого розвитку дитини*, а спільно із батьками *обговорити плани допомоги дитині* зараз і у найближчому майбутньому. Тут мова може йти про включення дитини у корекційну групу, відвідування дитиною інклюзивної групи дошкільного закладу освіти, чи перебування у відділенні соціальної реабілітації для дітей-інвалідів при територіальних центрах соціального захисту, де дитина має змогу перебувати у дитячому колективі та займатися індивідуально із психологом, логопедом, дефектологом та іншими спеціалістами

Часто на цьому етапі у батьків спрацьовують різноманітні механізми психологічного захисту (заперечення, раціоналізація, проєкція, ізоляція та інші, яких налічується більше двадцяти видів). Наприклад, під час бесіди із психологом мати вимагає «максимально допомогти дитині, більше з нею займатися», тоді як батько фокусується на іншому: «Моя дитина – інвалід, який жах, яка ганьба...». Якщо у матері простежується чітка конструктивна позиція, то у батька – деструктивна (зайва емоційна фіксація на проблемі). Наявність протиріч у позиціях батьків негативно позначається на подальшому розвитку дитини із РАС.

Тому аналіз особливостей психологічних захистів кожного з батьків, виділення конструктивного лідера у сім'ї та його активне залучення до роботи

із дитиною є одним із головних завдань психолога на першому стресовому етапі роботи із родиною.

На другому етапі сімейного стресу – гностичному (пов'язаному із слабкою готовністю батьків прийняти нові знання та інформацію про свою дитину) – відбувається вторинна оцінка батьками проблеми дитини і визначення альтернативних можливостей її вирішення.

Саме у цей період у батьків формується почуття провини, вони відчують себе людьми, яких покарали за якусь допущену ними життєву помилку. На цьому етапі вони бояться майбутнього, наповненого тривогою і невизначеністю.

Батьки схильні звинувачувати себе та інших членів родини у появі та розвитку дитячої хвороби. Нерідко почуття провини може поєднуватися із прихованими агресивними реакціями по відношенню один до одного та/або до дитини. На цьому етапі батьки читають багато літератури, досліджують родовід тощо.

На другому стресовому етапі психологу необхідно дуже уважно ставитись до запитань батьків, у доступній формі розповісти їм про особливості розвитку дитини.

Глибину і специфіку емоційного стресу матері важливо тримати у зоні особливо пильної уваги психолога (проявляється в надмірній дратівливості не тільки по відношенню до чоловіка, але і на адресу інших родичів і фахівців). Це зумовлено тим, що мати і її дитина є одне енергоінформаційне ціле до чотирнадцятирічного віку дитини. Отже, емоційний, ментальний, психофізіологічний, фізичний, душевний та духовний стан матері мають значний вплив на динаміку розвитку дитини [3].

Поведінковий етап починається тоді, коли у батьків вже сформована чітка позиція щодо хвороби дитини і вона проявляється у планах та діях на поведінковому рівні. Батьки визначають для себе стратегічні і тактичні завдання допомоги дитині. Наприклад, стратегічним завданням багатьох батьків є підготовка дитини до навчання у школі. Для реалізації цього завдання

деякі батьки починають інтенсивно навчати дитину, запрошують додому спеціалістів, що готують дітей до школи, або ж водять її на індивідуальні заняття. Але, на жаль, дана стратегія для дітей із аутизмом є хибною. У процесі такої індивідуальної підготовки аутичні діти позбавлені головного – взаємодії у дитячому колективі.

Відповідно з цим стає очевидно, що процес реалізації фахової підтримки батьків тривалий і вимагає обов'язкового комплексного підходу, що передбачає не тільки участь фахівця-психолога, але й усіх інших фахівців, що супроводжують дитину: педагога-дефектолога, лікаря, соціального працівника та інших.

Однак головна роль у цьому процесі, безумовно, належить психологу. Психолог розробляє конкретні заходи, спрямовані на психологічну підтримку батьків. Досвід нашої роботи показує високу ефективність спілкування батьків дітей-інвалідів в громадських організаціях, інтернет-клубах, «батьківських школах» тощо.

Спілкування батьків між собою передбачає взаємну підтримку, обмін інформацією, організацію спільного дозвілля, надання матеріальної допомоги, проведення тренінгів та інше.

Важливим прийомом психологічної підтримки є заняття «батьківської школи», основним завданням якої є розширення знань батьків про психологічні особливості їхньої дитини, психології виховання та психології сімейних відносин. Також батьки залучаються до обговорення своїх проблем, обмінюються досвідом, спільно знаходять шляхи розв'язання існуючих конфліктів. Участь психолога у таких заняттях має бути достатньо активною, так як він виступає в ролі арбітра. Серед актуальних тем для проведення занять з батьками аутичних дітей можна запропонувати наступні: «Особливості психічного розвитку дітей з РАС», «Особливості взаємодії з дитиною з РАС», «Особливості сімейного виховання дітей з аутизмом», «Проблеми інтеграції аутичних дітей у суспільстві», «Інклюзивна освіта: «за» і «проти»» та інші. Також для роботи в «батьківській школі» залучаються фахівці соціального

захисту, охорони здоров'я, юристи. Спеціалісти, що працюють з дітьми з РАС та їх батьками, повинні володіти такими якостями:

- глибоким інтересом до людей і терпінням в процесі спілкування з ними;
- емоційною стабільністю і об'єктивністю;
- повагою прав інших людей;
- свідомістю професійного обов'язку;
- щирістю;
- сенситивністю (чутливістю).

Досить часто до фахівців по роботі з дітьми з РАС звертаються батьки, які мають маленьких дітей (6-18 місяців), з проханням проінформувати їх з приводу проявів ранніх порушень розвитку у дітей з РАС.

У Клінічному протоколі надання медичної допомоги дітям з РАС №341, затвердженому у МОЗ України у 2015 році, зазначені такі характерні ознаки ранніх порушень розвитку у дітей з аутизмом:

Перший рік життя:

- ригідність;
- напруженість пози на руках у дорослих;
- відсутність реакції на голос батьків;
- застрягання на зорових стимулах;
- відсутність гуління, лепетного мовлення;
- відсутність емоційної реакції на навколишніх людей;
- відсутність наслідування;
- наявність повторювальних одноманітних проявів поведінки;
- порушення харчової поведінки;
- порушення сну.

Від одного до трьох років життя:

- уникнення зорового контакту;
- вузький спектр емоцій;
- неадекватні реакції на предмети та людей;
- не реагування на власне ім'я ;

- не перенесення набутих навичок в інші ситуації;
- виявлення стереотипних рухів і нав'язливих дій;
- особливості обстеження довкілля (облизує, обнюхує та інше);
- відсутність гри за наслідуванням, рольової гри.

Від трьох до п'яти років життя:

- відсутність емоційного контакту;
- порушення навиків комунікації;
- труднощі в самообслуговуванні;
- порушення зорового контакту;
- бажання зберегти звичні умови існування (не міняти одяг, їсти одну їжу, іти однією дорогою);
- опір будь-яким змінам в житті;
- одноманітність дій (хитання з боку в бік, махання руками, повторення одних і тих самих звуків, слів, фраз (із мультиків, реклами, слів вихователя, мами), уподобання конкретної іграшки або предмета (буклети, банківські картки, гральні карти тощо; розкладання, пересипання і таке інше).

- затримка та порушення в розвитку мовлення, перш за все його комунікативної функції. Приблизно в 50% випадків у аутичних дітей порушення мовлення проявляється у вигляді мутизму (відсутність використання цілеспрямованого мовлення з метою комунікації, але можливість проговорювати окремі слова і навіть фрази). Для аутичних дітей характерна ехолалія (повторення почутого).

Також характерне неправильне вживання особових займенників, дитина може називати себе іменем, ти, він (але не «я»).

4. Особливості розвитку та корекції дітей із розладами аутичного спектру

4.1. Класифікація РАС (за О.С.Нікольською)

За даною класифікацією виділено чотири типові групи раннього дитячого аутизму, у кожній з яких афективна адаптація дитини визначатиметься механізмами одного із чотирьох рівнів функціонування психіки. Основними

критеріями класифікаційного розподілу обрано характер і ступінь порушень взаємодії із зовнішнім середовищем та тип самого аутизму.

Діти *першої групи* із аутичною відчуженістю від оточуючого характеризуються глибокою агресивною патологією, важкими порушеннями психічного тону і довільної діяльності. Їх поведінка має польовий характер і проявляється у постійній міграції від одного предмету до іншого. Ці діти мутичні. Нерідко вживають нечленороздільні, афектно акцентувані словосполучення. Такі діти не виявляють потреби у контактах й не оволодівають навичками соціальної поведінки. Вони не лише бездіяльні, а й повністю безпорадні, майже (або зовсім) не оволодівають навичками самообслуговування. У цих дітей часто мають місце органічні пошкодження мозку.

Прогноз розвитку дітей цієї групи найгірший. Отже, вони потребують постійного догляду. В умовах інтенсивної психолого-педагогічної корекції у них можуть бути сформовані елементарні навички самообслуговування, письма, елементарного рахунку і, навіть, читання; проте соціальна адаптація дітей першої групи утруднена, навіть, у домашніх умовах.

Діти *другої групи* характеризуються певною можливістю активної боротьби із чисельними тривогами і страхами за рахунок стимуляції позитивних відчуттів у процесі формування поведінкових стереотипів: рухових (стрибки, перебігання, помаху рук тощо) та сенсорних (стимулювання зору, дотику, слуху тощо). Такі афектно насичені дії викликають емоційно позитивно забарвлені відчуття, сприяють підвищенню психологічного тону, знімаючи частину напруги від контактів із навколишнім середовищем.

Зовнішній поведінковий малюнок дітей цієї групи: імпульс чисельних рухів, химерні гримаси і пози, хода, манерність, стереотипність, особливі інтонації мови (шепіт, протяжне вимовляння окремих слів, різкі вигуки). Ці діти мало контактні, на запитання відповідають односкладово або мовчать, інколи шепочуть. Спонтанно у них виробляються лише найпростіші стереотипні реакції на оточуюче та стереотипні побутові навички,

односкладові мовні штампи-команди. У цих дітей часто спостерігається примітивний, але симбіотичний зв'язок із матір'ю: щохвилинна присутність якої – непорушна умова їх існування.

Прогноз на майбутнє для дітей даної групи кращий. При одержанні адекватної, тривалої корекції вони можуть бути підготовлені до індивідуального та/або інклюзивного навчання у школі.

Діти *третьої групи* характеризуються більшою довільністю у протистоянні своїй афектній патології (перш за все страхам). Ці діти мають складні форми афектного захисту, що виявляються у формуванні патологічних потягів, у виникненні компенсаторних фантазій, часто із агресивною фабулою, яка у процесі розіграної разом із психологом або батьками психодрами знімає переживання і страхи.

Зовнішній малюнок їхньої поведінки ближче до психопатоподібного. Таким дітям характерні вищий рівень когнітивного розвитку, розгорнена мова. Ці діти не потребують надмірної опіки, тому менш афективно залежні від матері, їх емоційні зв'язки із близькими слабкі, проявляється низька здатність до співпереживання. Такі діти при належній й активній медико-психолого-педагогічній корекції можуть бути підготовлені до навчання у загальних середніх закладах освіти.

Діти *четвертої групи* характеризуються надмірним гальмуванням. У них не глибокий аутичний бар'єр, менш виражені патології афективної і сенсорної сфер. У статусі цих дітей на першому плані неврозоподібні розлади – надзвичайне гальмування, боягузтво, лякливість (особливо у контактах), відчуття власної неспроможності, яке підсилює соціальну дезадаптацію. Значна частина захисних утворень таких дітей носить не гіперкомпенсаторний, а адекватний компенсаторний характер: при ускладненому контакті з однолітками, вони активно шукають захисту у близьких; зберігають постійність середовища за рахунок активного засвоєння поведінкових штампів, що формують зразки адекватної соціальної поведінки, прагнуть бути «хорошими»,

виконувати вимоги близьких. Ці діти мають велику залежність від матері, але цей симбіоз не вітальний, а емоційний.

Їх психічний стан схожий на своєрідну затримку розвитку з достатньо спонтанною, значно менш штампованою мовою.

Такі діти можуть бути підготовлені до навчання у загальних середніх закладах освіти, а в окремих випадках, навчатися у них, навіть, без спеціальної підготовки.

4.2. Особливості розвитку дітей з РАС

Загально поширеним є уявлення про те, що аутичні діти в цілому надзвичайно відгороджені від зовнішнього світу. Правильніше вважати, що вони є надчутливими до сенсорних, емоційних, візуальних і слухових стимулів оточуючого світу. Така дитина сприймає всі події і їх сенсорне наповнення, однак не встигає переробити і структурувати отриману інформацію. Як наслідок, оточення перетворюється в хаотичну гіперстимуляцію і дитина значну кількість енергії витрачає на підтримку високого рівня захисту, який має вигляд відсторонення від оточуючого світу.

В силу сенсорної незахищеності у таких дітей спостерігаються труднощі у пристосуванні до змін зовнішнього середовища. Слабкою стороною цього явища є те, що діти з РАС важко адаптуються. Тобто, якщо звичайній дитині для знайомства і звикання до нового середовища потрібно від кількох годин до кількох днів, то аутичній дитині – до кількох тижнів і місяців (у залежності від групи РАС за класифікацією О.С Нікольської). Аутична дитина не готова відразу контактувати, якщо навіть інколи це трапляється, то такий контакт короткотривалий (глянути в очі, підійти, сісти поряд, торкнутися до волосся і т.д.), без подальшої взаємодії. Під час таких зустрічей фахівець повинен дати дитині зрозуміти, що він не несе загрози для неї, не порушує її зону комфорту, що з ним дитині комфортніше і цікавіше, чим без нього. Дитині з РАС потрібно відчуття стабільності, упорядкованості і захищеності. Але звикнувши, пристосувавшись, аутична дитина почуває себе спокійно в звичному передбачуваному середовищі, постійність якого вона прагне зберегти.

Проблеми таких дітей мають стійкий і системний характер, що дозволяє краще передбачити їх поведінку. Перебуваючи в новому середовищі, дитина з РАС повинна мати «острівець комфорту» – місце, в якому вона може заховатися, заспокоїтися, зняти емоційну напругу, відчутти себе захищеною. Зазвичай таким місцем є кабінет психолога.

Не зважаючи на те, що до 80% дітей з аутизмом мають статус інваліда, інвалідність, як така, може бути знята. Проте, якщо діагноз був поставлений пізніше п'яти років, то з великою ймовірністю можна стверджувати, що дитина буде вчитися за шкільною програмою тільки індивідуально (в кращому випадку).

Це зумовлено тим, що корекційна робота у цей період вже ускладнена необхідністю подолання існуючого життєвого досвіду дитини, закріплених неадекватних моделей поведінки та стереотипів. Подальше навчання буде повністю залежати від середовища і спеціально створених умов, в яких перебуватиме підліток.

При РАС можуть бути рекомендовані спеціально розроблені програми розвитку, корекції та навчання, що застосовуються в більш ранньому віці. Програми спрямовані на діагностику, вивчення стану сформованості соціалізації дитини з РАС і передумов її шкільних навичок з подальшим спостереженням за її освітою.

Найпоширенішими діагностико-корекційними методиками для дітей з РАС є: АВА, РЕР-R, FLORTIME, ТЕАССН-програма, оскільки вважається, що всі останні існуючі методики – це їхні варіації.

На жаль, на сьогодні в Україні діагноз РАС може «поставити» тільки дитячий психіатр. Через це найбільш застосовуваним засобом лікування аутичних дітей є медикаментозний. Проте *у всьому світі корекцію розладів аутичного спектра (РАС) займається мультидисциплінарна команда (лікарі, психологи, психотерапевти, логопеди тощо).*

Саме такий підхід дає найкращі результати.

УВАГА! Повний текст посібника, семінари, тренінги з даної тематики можна замовити по тел. 0677652281 або e-mail: elvoloshenko@ukr.net

5. Особливості використання сучасних діагностико-корекційних методик	21
6. Програма корекції комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини з РАС	26
6.1.Формування початкових форм потреби у спілкуванні	26
6.2.Формування різних форм довербальної комунікації	27
6.3.Розвиток імпресивного мовлення	29
6.4.Корекція розвитку соціально-емоційної сфери	30
6.5.Встановлення соціальної взаємодії з навколишнім середовищем	31
6.6.Розвиток здатності конструктивно впливати на навколишнє середовище	32
6.7.Формування спроможності дитини до соціальної поведінки..	32

ВИСНОВКИ

Розлади аутичного спектру зазвичай проявляються у *перший рік життя*. Проте, приблизно у одній третини випадків цей діагноз ставлять на другому або третьому році життя.

Саме тому, батькам і педагогам важливо пам'ятати, що лікарі рекомендують обов'язково показати їм дитину, якщо вона:

- відмовляється від тактильного контакту з батьками, не любить, коли до неї доторкаються, гладять по голові;
- не хоче дивитися вам у вічі або робить це дивним способом (дивиться скося або наче крізь вас);
- воліє бути одна, ніж з кимось;
- до кінця 12-го місяця не цікавиться оточуючими предметами та людьми, не вказує на них;

- не підтримує діалог, замість відповіді використовує останні почуті слова;

- не концентрує увагу на предметах та іграшках або, навпаки, приділяє їм надмірну увагу (крутить колесо машинки, довго розглядає дрібні деталі, довго переливає воду або пересипає пісок, не реагуючи на те, що відбувається довкола;

- байдужа (холодна) або надмірно прив'язана до мами;

- повторює одні й ті ж самі рухи тіла (плескання в долоні, кружляння, підстрибування, махання руками, мруження очей);

- не наслідує дії батьків та ігри інших дітей;

- боїться різних звуків, закриває при цьому вуха;

- не здатна адаптуватися до нового оточення;

- наполегливо вимагає виконувати найдрібніші деталі розпорядку дня, її складно відвернути від одноманітних повторювальних дій;

- характерні незвичайні способи гри з іграшками чи іншими предметами (наприклад, повторюване викладення їх у ряди).

Окрім того, батьки мають показати свою дитину фахівцям, якщо у *малюків до 18 місяців* мають місце такі ознаки:

1. Дитина вигинає спинку, відсторонюється, коли її тримають і розслаблюється, обм'якає, коли її піднімають.

2. Деякі діти можуть почати розгойдуватися, битися головою.

3. Малюк ні про що не просить або, навпаки, весь час кричить.

4. Малюк рідко дивиться довкола та не реагує на дії інших людей, на те, що відбувається біля нього.

5. Рідше, ніж звичайні діти, посміхається та рідко або взагалі не відгукується і не реагує (не повертає голову) на своє ім'я.

6. Ходить навшпиньки.

7. Має проблеми з жестами: не намагається порозумітися за допомогою жестів, не має вказівного жесту, використовує незвичайні жести.

8. Зовсім не може чекати.

9. Не виказує поживлення, коли чує голос мами чи тата.

10. Малюки схильні часто влаштовувати істерики, які складно зупинити.

Чим раніше діагностуються розлади аутичного спектру, тим імовірніше буде надана своєчасна і необхідна дитині корекція, а родині конструктивна допомога і психолого-педагогічний супровід, які дозволять забезпечити максимально можливі розвиток і соціалізацію дитини, а в окремих випадках, навіть, підготувати дитину до навчання у загальних середніх закладах освіти.

Термінологічний словник

Аутизм - це відхід від дійсності із фіксацією на своєму внутрішньому світі, на афективних переживаннях, який виявляється в емоційній та поведінковій відгородженості від реальності, згортанні або повному припиненні спілкування, «зануренні у себе».

Афектна патологія – надмірна збудливість емоційної сфери, яка характеризується схильністю до частого виникнення бурхливих емоційних спалахів, неадекватних щодо їхньої причини.

Афективна слабкість характеризується надмірною емоційною чутливістю (*гіперестезією*) до всіх зовнішніх подразників.

Мутизм - відсутність використання цілеспрямованого мовлення з метою комунікації, але можливість проговорювати окремі слова і навіть фрази.

Польова поведінка – сукупність імпульсивних відповідей на зовнішні подразники (стимули навколишнього середовища), яка характеризується низьким рівнем самоконтролю і орієнтацією дитини на ситуативно-значущі об'єкти довкілля (зовні здається, що дитина загублена у полі).

РАС – розлади аутичного спектру

Системи допоміжної альтернативної комунікації для дітей з РАС:

- жести мови (American Sign Language – ASL),

- комунікативна система обміну картинками (Picture Exchange Communication System = PECS)
- жестова-символьна система комунікації Makaton.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Признаки аутизма у детей раннего возраста / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pediatrsovet.ru/metody-profilaktiki/priznaki-autizma-u-detej-rannego-vozrasta.html>
2. Гринспен Стенли., Уидер Серена На ты с аутизмом: использование методики для развития отношений, общения и мышления [Электронный ресурс] / С. Гринспен, С. Уидер.– М.: Теревинф, 2013. – 512 с. Режим доступу: <https://rucont.ru/file.ashx?guid=f52a20bd-08a6-4032-bf28-a1cb1f7e246f>
3. Ивасенко Е., Коробейникова Е., Хрипун В. Депрессия? Выход есть... Есть выход! Черкассы: вид. Ю.А.Чабаненко, 2011. 140 с.
4. Квятковска М. М. Глубоко непонятые дети. Поддержка развития детей с тяжелыми и глубокими нарушениями интеллекта / М. М. Квятковська – СПб. : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2016. – 368 с.
5. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом / И. И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
6. Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / [Электронный ресурс] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – 8-е изд. (эл.). – М. : Теревинф, 2015. – 288 с.
7. Нуриева Л. Г. Развитие речи у аутичных детей: метод. разработ. [Электронный ресурс] / Л. Г. Нуриева. – Изд. 7 е. (эл.). – М. : Теревинф, 2013. – 107 с.
8. Сайфутдинова Л. Р. Шкала Вайнленд как метод комплексной оценки адаптивного функционирования детей с нарушениями развития / Л. Р. Сайфутдинова // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена. – 2007. – № 45. – С. 418 – 423.
9. Тарасун В.В. Аутологія. Монографія / В. В. Тарасун. – К.: «МП Леся», 2014. – 580 с.

10. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – М.: Теровипф, 2004. –136 с.
11. <https://www.autismspeaks.org/> (дата звернення 14.02.2018р.)
12. <http://www.info-library.com.ua/books-text-4798.html> (дата звернення 14.02.2018р.)

ДОДАТКИ

Модифікований скринінговий тест виявлення розладів аутичного спектру у дітей

1. Чи виникало у Вас відчуття, що Ваша дитина має порушення слуху?
2. Якщо Ви вказуєте (показуєте) на щось, що знаходиться в іншому кінці кімнати, Ваша дитина дивиться на це?
3. Чи любить дитина дертися вгору, перелізаючи із предмета на предмет?
4. Чи здійснює дитина незвичні рухи пальцями або руками біля свого обличчя (крутить мотузочки, коліщатка у машинки)?
5. Чи використовує дитина вказівний палець, щоб попросити те, що вона не дістає?
6. Чи проявляє Ваша дитина інтерес до інших дітей?
7. Ваша дитина приносила коли-небудь предмети, щоб показати їх або просто поділитись?
8. Чи реагує дитина на своє ім'я, коли її кличуть?
9. Ваша дитина виявляла коли-небудь надчутливість до звуків?
10. Чи посміхається Вам дитина у відповідь на Вашу посмішку?
11. Чи дивиться Вам дитина у вічі, коли Ви її одягаєте, говорите або граєте із нею?
12. Чи намагається дитина привертати Вашу увагу до того, що вона робить?
13. Чи розуміє Ваша дитина, коли Ви її просите щось зробити (принеси мені чашку тощо)?
14. Чи подобається Вашій дитині, коли її тримають на руках, заколисують, граються із нею?

Якщо Ви відповіли «так» (+) на запитання 1,3,4,9 та «ні» (-) на запитання 2,5,6,7,8,10,11,12,13,14 нарахуйте собі по 1 балу за кожну відповідь, що співпала й додайте одержані бали.

Якщо сума балів 10 і більше, Вам потрібно проконсультуватися з приводу розвитку Вашої дитини із фахівцем або фахівцями (психолог, невролог, психіатр тощо).

