

**Міністерство освіти і науки України**  
**Таврійський національний університет**  
**імені В.І. Вернадського**  
**Навчально-науковий гуманітарний інститут**  
**Кафедра психології, філософії та суспільних наук**

На правах рукопису

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти  
магістр

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ**  
**З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ**

Студентки: Мешкової Дар'ї Григорівни

Освітня програма

(спеціальність, спеціалізація)

053 Психологія

Науковий керівник:

Пузирьов Євген Володимирович,

Кандидат педагогічних наук, доцент

Національна шкала \_\_\_\_\_

Кількість балів : \_\_\_\_\_ Оцінка : ECTS \_\_\_\_\_

**Київ – 2024**

## АНОТАЦІЯ

Мешкова Дар'я Григорівна. Психологічний супровід дітей дошкільного віку з розладами спектру аутизму в освітньому просторі.

У роботі розглядається проблематика психологічного супроводу дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму в освітньому просторі. Відображено підходи стосовно розкриття сутності поняття «розлади аутистичного спектру», розглядається психолого-педагогічна характеристика дітей з розладами аутистичного спектру. Емпірично визначені психологічні особливості дітей дошкільного віку при розладах аутистичного спектра та основні напрями корекційної роботи. Розроблено і апробовано програмно-методичний комплекс психологічного супроводу дошкільнят з розладами аутистичного спектру.

**Ключові слова:** розлади аутистичного спектру, дошкільнята, психологічний супровід, корекційна робота.

## SUMMARY

Mieshkova Daria Hryhorivna. Psychological support of preschool children with autism spectrum disorders in the educational space.

The paper deals with the issues of psychological support of preschool children with autism spectrum disorders in the educational space. The approaches to the disclosure of the essence of the concept of “autism spectrum disorders” are reflected, the psychological and pedagogical characteristics of children with autism spectrum disorders are considered. The psychological characteristics of preschool children with autism spectrum disorders and the main directions of correctional work are empirically determined. A program-methodical complex of psychological support for preschool children with autism spectrum disorders has been developed and tested.

**Keywords:** autism spectrum disorders, preschoolers, psychological support, correctional work.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	2
 <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ</b>	
1.1. Поняття розладів спектра аутизму.....	5
1.2. Психолого-педагогічна характеристика дітей з розладом аутистичного спектра.....	22
1.3. Особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку при розладах аутистичного спектра.....	29
 <b>РОЗДІЛ 2. ЗМІСТ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СУПРОВОДУ ДОШКІЛЬНЯТ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ</b>	
2.1. Організаційно-методичні засади констатувального етапу дослідження.....	36
2.2. Напрями корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра.....	48
 <b>РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДОШКІЛЬНЯТ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ</b>	
3.1. Мета, завдання та організація формувального етапу дослідження.....	58
3.2. Зміст програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму.....	58

3.3. Аналіз узагальнених результатів формувального етапу дослідження.	75
3.4. Методичні рекомендації щодо роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру.....	77
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	84
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	89

## ВСТУП

*Актуальність дослідження.* Аутизмом у найзагальнішому вигляді позначають прояви суб'єктом явної закритості, його прагнення уникнути комунікативних контактів і жити у своєму власному світі, замкненому від стороннього втручання. Сам термін «аутизм» введено в науковий обіг понад сто років тому (1912 р.) Е. Блейлером з метою позначити особливий вид мислення, мало залежний від реальної дійсності і регульований переважно емоційними потребами людини.

В науковому дискурсі виділяються основні напрями професійної діяльності педагогів-психологів у психолого-педагогічному супроводі аутичних дітей у початковій дошкільних закладах: побудова індивідуального освітнього маршруту з опорою на адекватні можливості та здібності аутичної дитини; психологічна допомога сім'ї дитини, її підтримка у навколишньому соціумі, організації загального режиму, емоційної стійкості; взаємодія з вчителями, розвиток комунікацій, що створюють умови до активних контактів з навколишнім світом та подальшої інтеграції.

Найважливішим чинником при цьому є психологічний супровід дітей із аутистичними розладами за умов загального навчання і виховання, оскільки для багатьох дітей воно може бути важким випробуванням, викликати серйозні психологічні стреси. Тому основним на початку загального навчання і виховання в умовах дошкільного закладу є згладжування проблем поведінки та

проблеми комунікації, які негативно впливають на організацію процесу навчання та на освоєння соціальних навичок. Результатом цього є недостатня розробленість концептуально-методологічних засад психолого супроводу дітей з обмеженими можливостями здоров'я усіма фахівцями разом, які забезпечують рівні та адекватні умови для здобуття дошкільної освіти. Найскладнішою проблемою є супровід категорії дітей із розладом аутистичного спектру (РАС), що й визначає актуальність цього дослідження.

**Об'єкт дослідження** – розлади аутистичного спектру дітей в освітньому просторі.

**Предмет дослідження** – психологічний супровід дітей з розладами спектру аутизму в освітньому просторі.

Ми ставимо за **мету дослідження** провести аналіз особливостей психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму в умовах дошкільного закладу. Для реалізації мети дослідження визначені наступні **завдання**:

1. Дослідити теоретичні основи дослідження психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму;
2. Провести експериментально-психологічне дослідження супроводу дітей з розладами аутистичного спектра в освітньому просторі;
3. Представити програмно-методичний комплекс психологічного супроводу дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму;
4. Розробити методичні рекомендації щодо роботи з молодшими школярами з розладами аутистичного спектру.

Проблема аутизму вивчалася та висвітлювалася в науковій, медичній, психологічній та педагогічній літературі низкою дослідників. Це переважно зарубіжні дослідження (Г.Аспергер, Л.Бендер, М.Брістоль, С.Харріс, Б.Гермелін, Л.Каннер та ін.) [3, 15]. Над проблематикою аутизму працювали та продовжують працювати й українські вчені (Ю.Багрій, І.Марценківський,

К.Островська, О.Романчук, Г.Смоляр, В.Тарасун, Г.Хворова, А.Чуприков, Д.Шульженко та ін.). Щодо останніх досліджень, то багато науковців зосередили свою увагу на цій проблемі. Т.Скрипник присвятив свою монографію феноменології аутизму, К. Островська розкрила у своїй роботі основні проблеми психологічної допомоги дітям-аутистам, В.Тарасун підготувала посібник про концепцію розвитку, навчання та соціалізації дітей-аутистів, Д.Шульженко видала книгу про розвиток, навчання та соціалізацію дітей-аутистів. У своїй роботі Д.Шульженко дав дуже влучний опис генезису понять і категорій аутизму, а О.Хоустов у своїй науковій статті розкриває основні шляхи організації середовища для соціалізації та розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру та ін.

**Теоретично-методологічні засади** магістерської роботи ґрунтуються на загальних принципах логіки, об'єктивності, які передбачають науково-критичне використання різноманітних джерел для опису і аналізу подій та явищ. Жоден із принципів не може претендувати на роль єдиного способу опрацювання такого комплексного феномену, як психологічний супровід дітей з розладами спектра аутизму в освітньому просторі, однак у своїй сукупності вони дозволяють зробити необхідний аналіз.

Методи **дослідження**:

- теоретичні – аналіз, систематизація, узагальнення класифікація теоретичного матеріалу,
- емпіричні – спостереження, вивчення письмових робіт учнів, констатувальний експеримент;
- статистичні – обробка та аналіз результатів дослідження.

**Практичне значення** роботи полягає у тому, положення і висновки дослідження дають можливість краще зрозуміти методіку психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму та її застосування у роботі з дітьми дошкільного віку з аутизмом.

Основні положення дослідження можуть бути використані у навчально-виховній роботі з дітьми дошкільного віку з аутизмом; у роботі з їх батьками; у подальших наукових і методичних розробках інклюзивної освіти.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів (9 підрозділів), висновків, списку використаних джерел і додатків. У вступі обґрунтовується наукова актуальність теми, визначаються об'єкт, предмет, мета, завдання, методи дослідження, її практичне значення. Висновки підсумовують результати дослідження у магістерській роботі й роблять певні узагальнення.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ**

### **1.1. Поняття розладів спектра аутизму**

Вперше термін «аутизм» був введений у 1908 році. Відомий швейцарський психіатр Євген Блейлер використовував термін «аутизм» для опису дуже відстороненого і замкнутого стану деяких пацієнтів з тим, що він називав шизофренією. Лео Каннер (1943), описуючи одинадцять дітей з «аутистичним порушенням афективного контакту», явно мав на увазі думки Блейлера. Так само Ганс Аспергер (1944) назвав нетипових хлопчиків у своєму дослідженні «аутистичними психопатами», тим самим також натякаючи на деяку схожість з шизофренією. Незважаючи на те, що «аутична відчуженість» далеко не охоплює всю складність поширеного розладу розвитку, який сьогодні описується як «розлад аутистичного спектру», цей термін став загальноприйнятим для опису широкого кола осіб із синдромом, що характеризується порушеннями розвитку соціальної та комунікативної взаємності, а також жорстким і обмеженим репертуаром інтересів і поведінки. У

цьому розділі буде представлено історичний огляд розвитку концепції в психопатології.

Розлади аутистичного спектру (РАС) - це порушення нейророзвитку, що характеризується дефіцитом соціальної комунікації та наявністю обмежених інтересів і повторюваних форм поведінки [45]. У 2013 році було опубліковано Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів - 5-е видання (DSM-5), в якому були оновлені діагностичні критерії РАС з попереднього 4-го видання (DSM-IV). У DSM-5 було створено концепцію «спектрального» діагнозу РАС, що об'єднує окремі діагнози поширених розладів розвитку (PPP), які були в DSM-IV: аутистичний розлад, розлад Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад та поширений розлад розвитку, не визначений іншим чином (PPP-NOS), в один. Синдром Ретта більше не входить до розділу РАС у DSM-5, оскільки вважається окремим неврологічним розладом. Окремий розлад соціальної (прагматичної) комунікації (SPCD) був створений для людей з обмеженими можливостями в соціальній комунікації, але без повторюваної, обмеженої поведінки. Крім того, були додані дескриптори рівня тяжкості, щоб допомогти класифікувати рівень підтримки, необхідний людині з РАС. Це нове визначення має бути більш точним і допомагає діагностувати РАС у більш ранньому віці. Однак дослідження, що оцінюють потенційний вплив переходу від DSM-IV до DSM-5, прогнозують зниження поширеності РАС [48], і існує занепокоєння, що діти з попереднім діагнозом PDD-NOS не будуть відповідати критеріям діагностики РАС. Існують різні звіти, що оцінюють ступінь і наслідки цих змін. В одному дослідженні було виявлено, що лише на основі повідомлення батьків про симптоми РАС за критеріями DSM-5 було виявлено 91% дітей з клінічним діагнозом РАС за DSM-IV. Однак систематичний огляд свідчить про те, що лише від 50% до 75% дітей з РАС .

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оцінює міжнародну поширеність РАС у 0,76%; однак це становить лише близько 16% від загальної кількості дитячого населення світу (16). За оцінками Центрів з контролю та профілактики захворювань (CDC), близько 1,68% дітей Сполучених Штатів



Америци (США) у віці 8 років (або 1 з 59 дітей) мають діагноз РАС (6,17). У 2016 році в США кількість діагнозів РАС, про які повідомляли батьки, в середньому була дещо вищою і становила 2,5% (18). За оцінками Мережі моніторингу аутизму та порушень розвитку (ADDM), поширеність РАС у США зросла більш ніж удвічі між 2000-2002 та 2010-2012 роками (6). Хоча, можливо, ще занадто рано коментувати тенденції, в США поширеність РАС, схоже, стабілізувалася без статистично значущого зростання з 2014 по 2016 рік (19). Зміна діагностичних критеріїв може вплинути на поширеність, і повний вплив діагностичних критеріїв DSM-5 ще належить побачити (17). Страхові мандати, що вимагають від комерційних планів покривати послуги з лікування РАС, а також покращення обізнаності, ймовірно, сприяли підвищенню оцінок поширеності РАС, а також збільшенню діагностики більш легких випадків РАС у США (6,20,21). Хоча одразу після введення мандатів спостерігалосся лише помірне зростання поширеності, пізніше спостерігалосся додаткове зростання, оскільки медичні працівники краще розуміли процес регулювання та відшкодування витрат. Зростання поширеності також може бути пов'язане зі змінами в практиці звітування. Одне дослідження, проведене в Данії, показало, що більша частина зростання поширеності РАС у 1980-1991 роках була пов'язана зі зміною діагностичних критеріїв та включенням амбулаторних даних, а не зі справжнім збільшенням поширеності РАС.

РАС зустрічаються в усіх расових, етнічних та соціально-економічних групах, але його діагностика далеко не однакова в цих групах. У дітей європеїдної раси РАС діагностують частіше, ніж у чорношкірих або латиноамериканських дітей. Хоча ці відмінності зменшуються, вони можуть бути пов'язані зі стигматизацією, відсутністю доступу до медичних послуг, а також з тим, що основною мовою пацієнта є інша, ніж англійська. РАС частіше зустрічається у чоловіків, але в недавньому мета-аналізі справжнє співвідношення чоловіків і жінок ближче до 3:1, ніж раніше повідомлялося про 4:1, хоча це дослідження не проводилося з використанням критеріїв DSM-5. Це дослідження також припустило, що дівчатка, які відповідають критеріям РАС,

мають вищий ризик не отримати клінічний діагноз. Фенотип жіночого аутизму може відігравати певну роль у тому, що дівчаткам ставлять неправильний діагноз, діагностують пізніше або ігнорують. Жінки не тільки рідше демонструють явні симптоми, але й частіше маскують свої соціальні дефіцити за допомогою процесу, який називається «камуфляж», що ще більше ускладнює своєчасне встановлення діагнозу. Аналогічно, гендерні упередження та стереотипи щодо РАС як чоловічого розладу також можуть перешкоджати встановленню діагнозу у дівчаток. Декілька генетичних діагнозів мають підвищену частоту співіснування з РАС порівняно з середньою популяцією, включаючи крихку Х-хромосому, туберозний склероз, синдром Дауна, синдром Ретта та інші; однак, ці відомі генетичні розлади становлять дуже малу кількість випадків РАС [34]. Дослідження дітей з анеуплоїдією статевих хромосом описують специфічний профіль соціального функціонування у чоловіків, що свідчить про більшу вразливість до аутизму. З розширенням використання хромосомних мікрочипів було доведено, що деякі ділянки (зокрема, хромосоми X, 2, 3, 7, 15, 16, 17 і 22) пов'язані з підвищеним ризиком розвитку РАС [32]. Інші фактори ризику РАС включають старший вік батьків і недоношеність. Це може бути пов'язано з теорією, що старші гамети мають більшу ймовірність нести мутації, які можуть призвести до додаткових акушерських ускладнень, включаючи недоношеність [36].

РАС - це нейробіологічний розлад, на який впливають як генетичні фактори, так і фактори навколишнього середовища, що впливають на мозок, який розвивається. Поточні дослідження продовжують поглиблювати наше розуміння потенційних етіологічних механізмів РАС, але наразі не з'ясовано жодної єдиної об'єднуючої причини. Невропатологічні дослідження обмежені, але вони виявили відмінності в архітектурі та зв'язках мозочка, аномалії лімбічної системи, зміни кори лобової та скроневої часток, а також інші малопомітні вади розвитку. Невелике експериментальне дослідження неокортикальної архітектури у дітей раннього віку виявило вогнищеві порушення ламінарної архітектури кори у більшості суб'єктів, що свідчить про

проблеми з формуванням кортикального шару і диференціюванням нейронів. У дітей з РАС описано розростання головного мозку як з точки зору розміру кори, так і з точки зору збільшення позаосьової рідини, що є предметом постійних досліджень як з точки зору поглиблення нашого розуміння його етіології, так і в якості потенційного біомаркера. Генетичні фактори відіграють певну роль у схильності до РАС, причому брати і сестри пацієнтів з РАС мають підвищений ризик діагнозу порівняно з популяційними нормами, а також набагато вищу, хоча й не абсолютну, узгодженість діагнозу аутизму у монозиготних близнюків [38]. Дослідження широких геномних асоціацій та методи секвенування всього екзома розширили наше розуміння генів схильності до РАС, а вивчення функцій цих генів може пролити світло на потенційні біологічні механізми. Наприклад, гени-кандидати на РАС включають гени, які відіграють роль у розвитку мозку або функції нейромедіаторів, або гени, які впливають на збудливість нейронів.

Зрештою, РАС залишається одним з найбільш генетично гетерогенних нервово-психічних розладів з більш рідкісними *de novo* та успадкованими варіантами у понад 700 генах. Хоча генетика, безумовно, відіграє певну роль в етіології РАС, фенотипічне вираження генетичної схильності залишається надзвичайно варіабельним в межах РАС. У деяких пацієнтів генетичний ризик може модулюватися пренатальними, пренатальними та постнатальними факторами навколишнього середовища [42]. Повідомлялося, що пренатальний вплив талідоміду та вальпроєвої кислоти збільшує ризик, тоді як дослідження показують, що пренатальний прийом фолієвої кислоти пацієнтами, які отримували протиепілептичні препарати, може знизити ризик. Дослідження не підтвердили, чи можна використовувати невелике позитивне випробування фолієвої кислоти при аутизмі для більш широких рекомендацій щодо її застосування. Доведено, що старший вік матері та батька підвищує ризик народження дитини з РАС. Наявність у матері аутоімунних захворювань, таких як діабет, захворювання щитовидної залози або псоріаз, була постульована, але результати досліджень залишаються неоднозначними. Інфекція матері або імунна активація під час вагітності є ще однією сферою інтересу і може бути

потенційним фактором ризику, згідно з останніми дослідженнями. Також повідомлялося, що як коротші, так і довші інтервали між вагітностями підвищують ризик РАС [36]. Доведено, що немовлята, народжені передчасно, мають вищий ризик розвитку РАС на додаток до інших порушень нейророзвитку. У попередньому епідеміологічному огляді повідомлялося, що акушерські фактори, включаючи маткову кровотечу, кесарів розтин, низьку вагу при народженні, передчасні пологи та низьку оцінку за шкалою Апгар, були тими небагатьма факторами, які більш послідовно пов'язані з аутизмом. Нещодавній мета-аналіз повідомив про декілька пре-, пери- та постнатальних факторів ризику, які призводять до підвищеного відносного ризику РАС у нащадків, але також виявив значну гетерогенність, що призвело до неможливості зробити достовірне визначення важливості цих факторів. Незважаючи на істерію навколо вже відкликаної статті в журналі «Ланцет», вперше опублікованої в 1998 році, немає жодних доказів того, що вакцини, тимерозал або ртуть пов'язані з РАС. У найбільшому на сьогоднішній день окремому дослідженні не було виявлено підвищеного ризику після вакцинації проти кору/паротиту/краснухи (КПК) у загальнонаціональному когортному дослідженні данських дітей. Зрештою, дослідження продовжують виявляти фактори, які корелюють з ризиком РАС, але причинно-наслідкові зв'язки не встановлені. Це залишає великий простір для відкриттів, оскільки дослідники продовжують з'ясовувати нові варіанти, що передають генетичний ризик, або нові екологічні кореляти, які потребують подальшого вивчення [36].

Оцінка при РАС починається зі скринінгу загальної педіатричної популяції для виявлення дітей з групи ризику або з ознаками, що вказують на РАС, після чого рекомендується діагностичне обстеження. Настанови Американської академії педіатрії (ААП) рекомендують спостереження за розвитком дитини у 9, 15 і 30 місяців, а також скринінг на аутизм у 18 місяців і повторний скринінг у 24 або 30 місяців. Ранні ознаки РАС включають поганий зоровий контакт, погану реакцію на ім'я, відсутність показу та обміну, відсутність жестикуляції до 12 місяців, а також втрату мовних та соціальних

навичок. Інструменти скринінгу РАС у цій популяції включають Модифікований контрольний список для діагностики аутизму у дітей раннього віку, (М-CHAT-R/F) та Опитувальник благополуччя дітей раннього віку (SWYC).

Тривожними сигналами у дошкільнят можуть бути обмежені уявні ігри, дивні або інтенсивно сфокусовані інтереси та ригідність. Діти шкільного віку можуть демонструвати конкретне або буквальне мислення, мати проблеми з розумінням емоцій і навіть виявляти інтерес до однолітків, але їм бракує розмовних навичок або відповідного соціального підходу. Якщо є підозра на РАС у цих групах, доступні скринінгові інструменти включають опитувальник соціальної комунікації (SCQ), шкалу соціальної реактивності (SRS) та скринінговий опитувальник аутистичного спектру (ASSQ).

Якщо під час скринінгу виникають проблеми, лікарям первинної ланки рекомендується направити дитину на раннє втручання, якщо їй менше 3 років, або в державну шкільну систему для психолого-педагогічної оцінки з метою створення індивідуальної освітньої програми (ІОП), якщо дитині три роки або більше. Лікарі повинні додатково направити дитину до спеціаліста (дитячого невролога, педіатра з розвитку та поведінки, дитячого психіатра, ліцензованого дитячого психолога) для встановлення остаточного діагнозу та проведення комплексної оцінки. Комплексне обстеження повинно включати повний фізикальний огляд, в тому числі оцінку дисморфічних ознак, повне неврологічне обстеження з вимірюванням окружності голови, а також огляд шкіри за допомогою лампи Вуда. Співбесіда з батьками, збір спостережень сторонніх осіб та безпосереднє спостереження лікаря за поточним когнітивним, мовним та адаптивним функціонуванням дитини лікарем, який має досвід роботи з РАС, повинні бути складовими цієї комплексної оцінки. Крім того, лікарі первинної ланки повинні знати про потенційні супутні стани у дітей з РАС (і оцінювати їх). За даними наглядового дослідження понад 2000 дітей з РАС, 83% мали додатковий діагноз розвитку, 10% - принаймні один психіатричний діагноз, а 16% - принаймні один неврологічний діагноз.

У минулому частота супутньої інтелектуальної недостатності (ІР) у пацієнтів з РАС становила від 50% до 70%, а за останніми даними Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC) - 31,0% (від 26,7% до 39,4%), причому ІР визначалася як коефіцієнт інтелекту (IQ)  $\leq 70$  (6,80). Інші поширені супутні захворювання включають розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ), в тому числі дієтичні обмеження та харчову селективність, розлади сну, ожиріння та судоми. Дослідження з використанням аналізу електронних медичних карток (ЕМК) показали, що поширеність епілепсії становить ~20%, а розладів ШКТ [без запальних захворювань кишечника (ЗЗК)] - 10-12%. Доведено, що епілепсія має вищі показники поширеності при РАС із супутніми ЗЗК та медичними розладами підвищеного ризику, такими як туберозний склерозний комплекс (ТСК). Розлади ШКТ або симптоматика ШКТ, включаючи діарею, запор, обмежене харчування або рефлюкс, є характерними для РАС у багатьох дослідженнях. Повідомлялося, що проблеми зі сном зустрічаються від 50% до 73% пацієнтів з РАС з варіаціями поширеності залежно від визначення симптомів сну або використовуваного інструменту вимірювання. Повідомляється, що показники надмірної ваги та ожиріння при РАС становлять приблизно 33% та 18% відповідно, що вище, ніж у дітей, які розвиваються типово. Інші поведінкові або психіатричні супутні стани при РАС включають тривогу, синдром дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ), obsесивно-компульсивний розлад, а також розлади настрою або інші деструктивні розлади поведінки.

Частота супутнього СДУГ становить від 25% до 81%. Нещодавній мета-аналіз 30 досліджень, що вимірювали рівень тривожності та 29 досліджень, що вимірювали рівень депресії, показав високий ступінь неоднорідності даних, отриманих в сучасній літературі, але заявив, що загальна поширеність протягом життя у дорослих з РАС становить 42% для будь-якого тривожного розладу та 37% для будь-якого депресивного розладу, хоча використання показників самозвітів та наявність розладу може впливати на оцінки (95).

У дітей з РАС, які звернулися за медичною допомогою, частота будь-якого тривожного розладу була аналогічною і становила 42%, крім того, в цьому дослідженні повідомлялося про супутній obsесивно-компульсивний розлад у 46% і розлади настрою у 8%, причому 66% вибірки з більш ніж 600 пацієнтів мали більше одного супутнього захворювання [60].

Різні типи аутизму розглядаються як «розлад спектру» - веселка, що включає в себе цілий ряд аутистичних синдромів різного ступеня тяжкості. Його можна зобразити у вигляді веселки, де кольори змішуються і перетинаються. Кожен окремий колір представляє певну категорію аутизму. Проте перехід від одного кольору до іншого на веселці подібний до переходу від легкої до важкої форми аутизму.

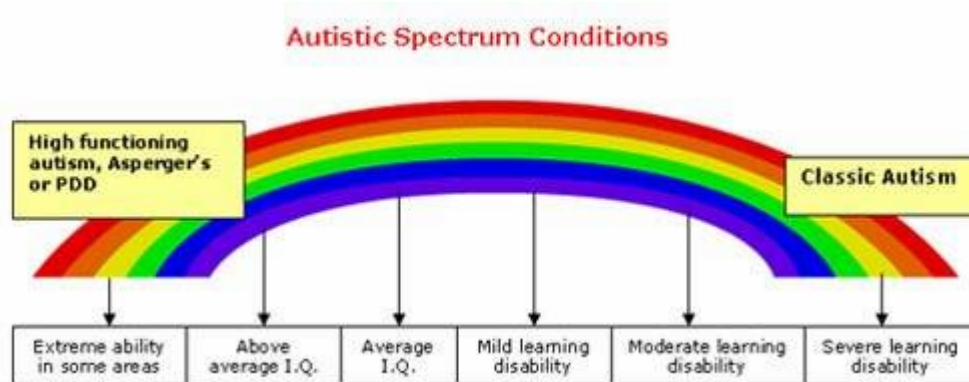


Рис.1.1. Спектр аутизму – «ефект веселки»

Кожна з цих категорій демонструє різний ступінь труднощів, з якими стикається людина в соціальній, вербальній, комунікативній та повторюваній поведінці. Подібно до того, як відтінок у веселці накладається і змішується з наступним кольором, так і аутизм ускладнює визначення того, де починається один рівень або тип аутизму і де він закінчується.

Приблизно до 1970-х років класичні дослідження аутизму включали всі відтінки розладів аутичного спектру, об'єднані загальним терміном «аутизм».

Однак сьогодні лікарі, терапевти та дослідники розглядають кожен з цих п'яти (5) категорій, посилаючись на конкретні симптоми аутизму:

1. Аутистичний розлад - також відомий як класичний аутизм

2. Синдром Асперсера.
3. Первазивний розлад розвитку, також відомий як PDD-NOS.
4. Синдром Ретта (переважно поширений тип аутизму у дівчаток).
5. Дитячий дезінтегративний розлад, також відомий як CDD.

Як вже згадувалося, різні типи розладів аутистичного спектру значно перетинаються між собою. Наступні 3 характеристики ретельно оцінюються, щоб прийти до правильного висновку:

- Прикладний аналіз поведінки при РАС
- Соціальні навички в сім'ях, які справляються з аутизмом, і поза ними
- Навички спілкування при аутизмі

Наприклад, надзвичайно важко відрізнити легку форму РСА від помірних симптомів Аспергера, оскільки пацієнт може демонструвати обидві характеристики в коефіцієнті спектру аутизму.

### **Синдром Аспергера**

До цієї категорії відносяться люди, які підпадають під спектр високофункціонального аутизму. Вони часто розумні і досягають успіхів у навчанні та трудовій діяльності. Однак їхня проблема полягає у відсутності соціальних навичок. Хоча вони розвивають комунікативні та мовні навички так само, як і будь-яка інша дитина, що розвивається, їхні недоліки стають більш очевидними з віком, коли вони намагаються відповідати очікуванням своєї сім'ї та розширених кіл суспільства. Синдром Аспергера був названий на честь Ганса Аспергера, лікаря у Відні за часів правління нацистської партії. У 1940-х роках Аспергер був першим, хто звернув увагу на характер соціальних проблем у деяких дітей, які перебували під його опікою, що зараз визначає цей розлад. Значна частина інформації, яку експерти знають про синдром Аспергера сьогодні, походить з робіт Ганса Аспергера. Дехто стверджує, що Аспергер створив мову для опису дітей з аутизмом, які мають більш високі функціональні можливості, щоб врятувати їх від цієї нацистської політики. Але нові дослідження показують набагато складнішу картину того, як цей ярлик шкодив людям і навіть призвів до смерті деяких дітей. Симптоми Аспергера



починаються в ранньому віці. Більшість діагнозів ставлять у віці від 5 до 9 років, хоча деякі люди стають дорослими ще до того, як їм ставлять діагноз. Немає двох людей з однаковими симптомами. Але вони зазвичай пов'язані з емоційними, комунікативними та поведінковими навичками.

Люди з розладом можуть

- Мати проблеми зі встановленням зорового контакту
- Почуватися та поводитися незручно в соціальному середовищі
- мати труднощі з реагуванням на співрозмовників у розмові
- Не помічати соціальні сигнали, які інші люди вважають очевидними
- Намагатися читати мову тіла
- Не розумієте, що означає вираз обличчя
- Виявляєте мало емоцій
- Говорите рівним, роботоподібним тоном
- Багато говорите на одну тему, наприклад, про каміння або

футбольну

статистику

- Повторюєте слова, фрази чи рухи
- Не любите змін
- Зберігають той самий розклад і звички, наприклад, їдять ті

самі

страви.

Симптоми синдрому Аспергера у дорослих.

У дорослих немає специфічних симптомів, хоча деякі з них є більш поширеними:

- Незграбність
- Сильні вербальні навички
- Одержимість однією темою
- Соціальні труднощі
- Підвищена чутливість.

**Первазивний розлад розвитку**

Первазивний розлад розвитку, не визначений іншим чином, використовується для класифікації людей, які не підпадають під жодну конкретну категорію аутизму. Вони відповідають деяким критеріям класичного аутизму, але не обов'язково всім. Їхні порушення можуть варіюватися від легких до важких, що вимагають підтримки від рівня 1 до рівня 2. Рівень функціонування зазвичай від помірного до високого, за винятком випадків, коли вони перетинаються з іншими синдромами розладів.

### **Дитячий дезінтегративний розлад**

CDD, також відомий як синдром Геллера, є цікавим розладом, який зазвичай вражає дітей раннього та дошкільного віку. У цьому випадку дитина нормально розвивається до (принаймні) 2-річного віку, а потім раптово втрачає соціальні, комунікативні та поведінкові навички. Батьки часто не звертають уваги на CDD на початковому етапі, оскільки вони схильні пояснювати ці раптові порушення як «перехідний і тимчасовий» етап для їхньої дитини і очікують, що це минеться. Дезінтегративний розлад у дітей також відомий як синдром Геллера. Це надзвичайно рідкісний стан, при якому діти нормально розвиваються до двох років, а потім страждають від серйозної втрати соціальних, поведінкових і комунікативних навичок. Дитячий дезінтегративний розлад (ДДР) входить до 5 основних типів аутистичних розладів і іноді називається дитячою *деменцією* або *дезінтегративним психозом*.

У 1908 році, задовго до того, як аутизм став підтвердженим діагнозом, Теодор Геллер, колишній австрійський педагог, першим задокументував, що таке дитячий дезінтегративний розлад. Він зауважив, що РДУ - це багатогранний синдром, який зачіпає багато складних сфер розвитку дитини. Він вважався медичною проблемою до 1994 року, коли CDD був перекласифікований як проблема психічного здоров'я в спектрі аутизму.

Дитячий дезінтегративний розлад зустрічається рідко. Він зустрічається приблизно в 1 з 1 00 000 дітей, проте в 4 рази частіше у хлопчиків, ніж у дівчаток.

Хоча причина CDD досі невідома, серед дослідників існує думка, що вона може бути пов'язана з нейробіологією мозку. Нещодавні дослідження з використанням електроенцефалограми (ЕЕГ), яка вимірює електричну активність мозку, спричинену передачею нервових імпульсів, показали, що більше половини дітей, обстежених за допомогою ЕЕГ, мають відхилення в мозковій активності. У дітей з КДД часто трапляються судоми, що є ще одним фактором у дослідженні нейробіології мозку. Хоча вони входять до розладів аутистичного спектру, симптоми дитячого дезінтегративного розладу можуть з'являтися і розвиватися пізніше, ніж інші аутистичні розлади. Діти з дезінтегративним розладом можуть нормально розвиватися приблизно до 2 років, а потім демонструвати раптову та/або екстремальну втрату раніше набутих навичок принаймні у 2 з наступних сфер:

- Соціальні навички: Регрес у здатності спілкуватися та взаємодіяти з іншими.
- Ігрові навички: Втрата інтересу до ігор та уяви.
- Мова: Серйозне зниження здатності підтримувати розмову, а іноді навіть говорити.
- Моторні навички: Сильне та різке погіршення/регрес у дрібній моториці та ходьбі.

Також можуть проявлятися

- Симптоми синдрому Туретта
- Контроль кишківника та сечового міхура: Регрес у привчанні до горщика, часті інциденти з кишечником і сечовим міхуром.

Втрата цих навичок може іноді проявлятися з часом, однак, як правило, відбувається швидко, протягом шести-дев'яти місяців. З втратою набутих навичок ДДР починає нагадувати багато різних форм аутизму. Ключова відмінність, однак, полягає в тому, що втрачені навички, можливо, будуть відновлені (навіть за допомогою інтенсивної терапії). Під час цієї перехідної фази втрати набутих навичок дитина може стати агресивною або мати проблеми з переключенням з одного завдання на інше.

Понад 90% дітей з ДДР втрачають навички самодопомоги, такі як:

- Годування себе
- Вмивання
- Вивчення нових слів, забування раніше використаних слів
- Чищення зубів
- користування туалетом
- Альтернативні форми спілкування, такі як мова жестів, експресія тощо.

Лікар може провести кілька тестів, щоб виключити епілепсію, травму голови або пухлину мозку. Після того, як всі ці медичні причини будуть виключені, дитину спрямовують до дитячого психіатру, щоб підтвердити діагноз дитячого дезінтегративного розладу. Причина CDD досі невідома. Що стосується прогнозу дитячого дезінтеграційного розладу, то на сьогоднішній день проведено не так багато досліджень, а інформація, доступна в Інтернеті, здебільшого є неточною. Основна причина полягає в тому, що поширеність ДДР настільки рідкісна, що важко отримати достатню за розміром вибірку випадків для дослідження.

Важливо стежити за ранніми симптомами дитячого дезінтегративного розладу, щоб якомога раніше застосувати інтервенційну терапію. Деякі з найпоширеніших симптомів CDD, які можуть допомогти в прогнозуванні, є наступними:

- Втрата рухових навичок
- Втрата контролю над сечовим міхуром
- Швидке падіння соціальних навичок
- Більше не сприйнятливості до мовних навичок
- Зниження комунікативних навичок
- Повторювані незвичні жести - мова тіла, рухи тощо
- Втрата ігрових навичок
- Втрата контролю над дефекацією

- Зниження навичок самообслуговування
- Нещодавні порушення мовлення
- Демонстрація стереотипної поведінки
- Судоми

На жаль, не існує ліків від дитячого дезінтегративного розладу; тільки лікування і терапія надаються для полегшення і зменшення симптомів. Можуть бути призначені ліки, такі як протисудомні препарати, щоб уникнути судом, або антипсихотичні препарати. Поведінкова терапія може бути спрямована на мінімізацію втрати мови/комунікації, самообслуговування, соціальних навичок і, можливо, сповільнення регресу.

### **Синдром Ретта**

Синдром Ретта зустрічається лише у дівчаток - це єдина форма розладу аутистичного спектру, яку можна діагностувати та підтвердити з медичної точки зору. Дівчатка з синдромом Ретта страждають від значних порушень комунікації. Також одним із поширених симптомів синдрому Ретта є обмежена здатність дівчинки використовувати руки для звичайної діяльності. Зазвичай цей синдром погіршується з віком дівчинки, тому потребує більшої підтримки та часу. На відміну від аутизму (який може мати лише генетичну схильність, див. статтю Чи є аутизм генетичним), синдром Ретта вважається генетичним розладом, хоча дивно, що в більшості випадків він виникає в сім'ях без будь-якої попередньої історії аутизму. Синдром Ретта виникає внаслідок випадкової мутації гена. Вважається, що лише один відсоток зареєстрованих випадків передається у спадок, а це означає, що решта випадків є наслідком спонтанних і випадкових мутацій.

Синдром Ретта викликаний мутацією гена MECP2. Це дозволяє проводити генетичне тестування ще до народження, тим самим знижуючи ризик народження в сім'ї більше однієї дитини з синдромом Ретта до менш ніж одного відсотка. Маніфестація зазвичай відбувається у віці від 6 до 18 місяців і проявляється у відсутності нормальних рухових функцій, включаючи зоровий контакт і мовлення. Ви можете помітити ходіння на носочках, уповільнений

ріст, проблеми зі сном і диханням. Ця стадія зазвичай проходить дещо непомітно, оскільки кожна дитина розвивається по-різному. Перша стадія зазвичай триває від кількох місяців до року. Стадія друга - швидка дегенерація. Ця стадія зазвичай відбувається у віці від 1 до 4 років і може тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Початок зазвичай швидкий, оскільки ваша донька може різко втратити свої ручні навички та мовлення. Можуть з'явитися характерні рухи рук, які включають (але не обмежуються ними): стискання рук, плескання, постукування або повторювані рухи руками. Ці рухи зазвичай відбуваються, коли дитина не спить. Однак під час сну можуть спостерігатися проблеми з диханням, такі як апное уві сні, гіпервентиляція. На цьому етапі деякі дівчатка можуть проявляти більше симптомів аутизму, таких як нестійка хода і дисфункціональні моторні навички. Можна помітити незвично повільний ріст голови.

Третя стадія – плато. Ця стадія спостерігається у віці від 2 до 10 років і триває роками. На цій стадії проблеми з моторикою та судоми стають частими і помітними. Під час цієї стадії може спостерігатися покращення поведінки з меншою кількістю аутистичних симптомів. Ваша дитина може почати проявляти інтерес до себе та свого оточення. Багато дівчаток залишаються на цій стадії протягом більшої частини свого життя, оскільки їхня концентрація уваги та комунікативні навички з часом покращуються. Остання з 4 стадій може тривати роками або десятиліттями. Ви помітите зниження рухливості, викривлення хребта, м'язову слабкість, неправильне положення руки або ноги. Ті, хто раніше ходив, можуть взагалі перестати ходити. Пізнання, спілкування, моторика рук зазвичай не погіршуються. Зазвичай покращується зоровий контакт, а повторювані рухи рук зменшуються.

Терапія та варіанти лікування синдрому Ретта. Як і багато інших неврологічних проблем, синдром Ретта не виліковний. Лікування, як правило, є тактичним і базується на симптомах, що з'являються. Здебільшого основна увага приділяється контролю симптомів, особливо симптомів *апное* уві сні. Існують ліки для полегшення дихання та усунення судом.

## Класичний аутизм

Серед усіх різних типів аутизму класичний аутизм є, мабуть, найпоширенішою формою аутизму. З технічної точки зору, будь-хто, хто демонструє аутистичні тенденції, які задовольняють керівним принципам, викладеним у «Розладах аутистичного спектру DSM 5 », називається *аутистом*.

Наслідки аутизму у таких людей можуть варіюватися від легких до дуже важких. Дослідження показали, що мозок дітей-аутистів має достатню кількість електричних імпульсів, як і будь-який інший нормальний мозок аналогічного віку. Важливо точно виявити та діагностувати дітей з РАС якомога раніше, оскільки це проллє світло на їхні унікальні сильні сторони та проблеми. Рання діагностика також може допомогти опікунам визначити, які послуги, освітні програми та поведінкова терапія, швидше за все, будуть корисними для їхньої дитини. Діагностичне обстеження проводить команда медичних працівників, які мають досвід діагностики РАС. До цієї команди можуть входити дитячі неврологи, педіатри з розвитку, дефектологи, логопеди, дитячі психологи та психіатри, фахівці з освіти та ерготерапевти.

Діагностичне обстеження може включати

- Медичне та неврологічне обстеження
- оцінку когнітивних здібностей дитини
- оцінку мовних здібностей дитини
- Спостереження за поведінкою дитини
- Детальна бесіда з особами, які доглядають за дитиною, про поведінку та розвиток дитини
- Оцінка вікових навичок, необхідних для самостійного виконання повсякденних дій, таких як прийом їжі, одягання та відвідування туалету.

Оскільки РАС є складним розладом, який іноді поєднується з іншими захворюваннями або розладами навчання, комплексне обстеження може включати

- Аналізи крові
- перевірку слуху

За результатами обстеження може бути поставлений офіційний діагноз і надані рекомендації щодо лікування.

#### Діагностика у старших дітей та підлітків

Вихователі та вчителі часто першими розпізнають симптоми РАС у старших дітей та підлітків, які відвідують школу. Шкільна команда спеціальної освіти може провести первинне обстеження, а потім порекомендувати дитині пройти додаткове обстеження у лікаря первинної медичної допомоги або у спеціаліста, який спеціалізується на РАС. Наприклад, деякі діти можуть мати проблеми з розумінням тону голосу, міміки або мови тіла. Старші діти та підлітки можуть мати проблеми з розумінням фігур мови, гумору або сарказму. У них також можуть виникати труднощі у формуванні дружніх стосунків з однолітками.

Діагностувати РАС у дорослих часто складніше, ніж у дітей. У дорослих деякі симптоми РАС можуть збігатися з симптомами інших психічних розладів, таких як тривожний розлад або синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ).

Дорослі, які помітили у себе ознаки РАС, повинні поговорити з лікарем і попросити направлення на діагностику РАС. Хоча діагностика РАС у дорослих все ще вдосконалюється, дорослих можуть направити до нейропсихолога, психолога або психіатра, який має досвід роботи з РАС. Експерт запитає про

- Проблеми соціальної взаємодії та комунікації
- Сенсорні проблеми
- Повторювана поведінка
- Обмежені інтереси

Оцінка також може включати бесіду з опікунами або іншими членами сім'ї, щоб дізнатися про історію раннього розвитку людини, що може допомогти в постановці точного діагнозу.



Отримання правильного діагнозу РАС у дорослому віці може допомогти людині зрозуміти минулі проблеми, визначити особисті сильні сторони та знайти правильний вид допомоги. Наразі проводяться дослідження з метою визначення типів послуг та підтримки, які є найбільш корисними для покращення функціонування та інтеграції в суспільство молодих людей з аутизмом перехідного віку та дорослих.

## **1.2. Психолого-педагогічна характеристика дітей з розладом аутичного спектра**

Згідно з критеріями, прийнятими ВООЗ, аутистичний розлад особистості - це:

- Якісні порушення соціальної взаємодії;
- Якісні порушення здатності до комунікації;
- Обмежені повторювані та стереотипні моделі поведінки, інтересів та діяльності.

**Аутизм** найяскравіше проявляється у віці від 3 до 5 років і має такі найпоширеніші ознаки:

- Дитина з аутизмом не фіксує погляд, особливо на обличчі, на деталях обличчя іншої людини, не витримує прямого зорового контакту,

- - Перша посмішка, навіть якщо вона з'являється вчасно, не спрямована конкретно на когось і не викликана сміхом, радістю або іншими емоційними реакціями інших людей,

- - Дитина з аутизмом байдужа до оточуючих: не просить, щоб її обійняли, часто віддає перевагу перебуванню в колисці, ліжечку, колясці, візку, не пристосовується до того, щоб її тримали на руках, не вибирає зручну позу, залишається напруженою; не демонструє добровільну позу або демонструє її дуже ліниво; проте іноді легко ходить на руках у всіх,

- - Дитина з аутизмом впізнає своїх близьких, але не проявляє достатньо сильного і стійкого емоційного відгуку,

- - Дитина з аутизмом має незвичайне ставлення до ласки: іноді вона може бути байдужою (толерантною) або навіть ворожою, але якщо вона відчуває приємні почуття та емоції, то швидко від них втомлюється,
- - Ставлення до неприємних моментів (наприклад, розладів харчової поведінки) парадоксальне: дитина з аутизмом або зовсім їх не переносить, або байдужа до них,
- - Потреба в контакті з іншими людьми (навіть близькими) також парадоксальна: в одних випадках дитина не відчуває цієї потреби, або швидко стає толерантною і прагне уникати контакту; в більш важких випадках дитина байдужа до контакту (особливо тактильного), млява.

На поведінку дітей з аутизмом сильно впливає *феномен ідентичності*, який виражається в тенденції до збереження стабільності перед обличчям будь-яких змін в навколишньому середовищі. Зовні ці реакції на зміни можуть проявлятися у вигляді тривоги, страху, агресії та самоагресії, гіперактивності, дефіциту уваги та синдрому дефіциту уваги. Ефект ідентичності проявляється також у низці дуже стійких стереотипів: повторення одних і тих самих же жестів і дій - від найпростіших (погойдування, рукостискання) до складних ритуалів; повторення повсякденних звичок (їжа, посуд, одяг, прогулянки, книги, музика тощо); повторення одних і тих самих стереотипів (напр., манера поводитися, спосіб дій, поведінка тощо.); жорсткість повсякденної рутини (посуд, страви, одяг, прогулянки, книги, музика тощо); повторення одних і тих самих звуків, слів; ритмічне постукування по предметах навколишнього середовища (кубики на столі тощо); обнюхування та облизування предметів, які іноді не підходять тощо.

Стереотипність проявляється і в грі: дуже часто зустрічається монотонне, безглузде повторення одних і тих же дій (дитина перекидає пляшку з мінеральною водою, затискає між пальцями мотузку і т.д.).

Коли іграшки використовуються, то не за призначенням. Діти-аутисти люблять кидатися водою, гратися з сипучими матеріалами, але якщо вони граються в піску, то дитина-аутист не ліпить паски, а тільки пісок.

Нерівномірність розвитку при аутизмі чітко відображається в *специфіці моторики*. Рухи аутичних дітей незграбні, складні, непропорційні за силою і шириною. Часто в одних складних рухах дитина досягає більшого успіху, ніж у більш простих, іноді дрібна моторика розвивається швидше, ніж загальна, а рухи, які є вільними, точними і легкими в спонтанній діяльності, важко виконуються в довільній.

*Страх* виникає в дуже ранньому віці і може бути всеохоплюючим, неспецифічним, на рівні загальної тривоги і занепокоєння, і диференційованим, коли дитина боїться конкретних предметів і явищ, а список об'єктів страху дійсно нескінченний: парасольки, шум електроприладів, м'які іграшки, собаки, все біле, машини, метро тощо. Природа страху буває різною. В одних випадках страх пов'язаний з підвищеною чутливістю до звуку, світла та інших сенсорних подразників, наприклад, звук, неприємний для більшості людей, може бути приголомшливим для дитини з аутизмом і стати джерелом дискомфорту. В інших випадках об'єкт страху насправді є джерелом небезпеки, але він займає дуже важливе місце в досвіді дитини, і небезпека переоцінюється. Такі страхи називаються епістемічно експлуатованими і притаманні всім дітям, але якщо при нормальному розвитку страх поступово долається і займає своє законне місце, то при аутизмі повторні взаємодії з об'єктом, що лякає, замість того, щоб послабити страх, будуть його посилювати, закріплювати, увічнювати. І, нарешті, страх може бути пов'язаний з реальною лякаючою подією (наприклад, укол в поліклініці), але фіксується лише один елемент страху (білий колір «страшного» халата медсестри), який і стає об'єктом страху: Дитина боїться всього білого. Спільною рисою страху у дітей із РАС, незалежно від його змісту та походження, є те, що він є сильним, стійким і важко переборюваним.

Ще однією особливістю внутрішнього світу дітей з аутизмом є *аутистичні фантазії*, основною характеристикою яких є відірваність від реальності, слабкий, неповний і спотворений зв'язок з навколишнім середовищем. Ці стійкі фантазії ніби замінюють реальні переживання і враження, часто відображають страхи дитини, перебільшені пристрасті і

гіперрегуляторні інтереси, виникають з усвідомлення дитиною певної міри власної нездатності до оволодіння, а іноді є результатом порушення сфери потягів та інстинктів.

Особливості розвитку мови в дітей з аутизмом, про які повідомляють різні автори, численні, але здебільшого збігаються. Вони полягають у наступному:

- Мутизм (відсутність мовлення) у великої кількості дітей.
- Ехолалія (повторення слів і фраз, сказаних іншою людиною), часто відстрочена, тобто відтворюється не відразу, а через певний час.
- Велика кількість клішованих слів і фраз, фонографічне мовлення («папугування»), яке при часто хорошій пам'яті створює ілюзію розвиненої мови.
- Відсутність гнучкості в мовленні, нездатність брати участь у діалозі (хоча монолог іноді добре розвинений).
- Автономність мовлення.
- Пізня поява в мовленні особових займенників (особливо «я») і неправильне їх використання (для себе - «він» або «ти», для інших іноді «я»).
- Порушення семантики (метафоричні заміни, надмірне - навіть буквально - розширення або звуження значення слів), неологізми.
- Порушення граматичного ладу мовлення.
- - Порушення звуковимови,

Всі ці ознаки відхилення в мовленнєвому розвитку можуть з'являтися і при інших видах патології, але при РАС більшість з них мають певні характерні особливості. Крім того, вони, як правило, обумовлені недорозвиненням комунікативної функції мовлення, що накладає дуже характерний відбиток.

Великий інтерес викликає інтелектуальний розвиток дітей з аутизмом, головною особливістю якого є нерівномірність і частковість розвитку. Варто відзначити особливий характер цієї частковості: стикаючись із завданнями абстрактного характеру, дитина з труднощами виконує завдання такої ж складності з конкретним змістом:  $2 + 3 = ?$  вирішується легше, ніж завдання: «У тебе було два яблука, мама дала тобі ще три, скільки яблук у тебе було?»

Потрібно бути дуже обережним при оцінці інтелектуальних здібностей дитини з аутизмом через іншу особливість: нерівномірний розвиток певних інтелектуальних функцій. Наприклад, відмінні математичні навички (дитина легко додає, віднімає, множить і ділить) можуть поєднуватися з нездатністю зрозуміти сенс простого завдання, або дитина має хорошу просторову орієнтацію, але не може правильно розмістити текст на аркуші паперу при письмі.

Клінічна та психологічна структура РАС далека від ясності. Первинної біологічної аномалії не виявлено. Висловлюються різні погляди на те, що є первинною аномалією: дезорганізоване пізнання, розлади сну і неспання, когнітивні та мовні проблеми, низький психічний тонус і поєднання специфічної сенсорної та емоційної гіперчутливості.

Низький психічний тонус означає, що взаємодія із зовнішнім світом обмежена насиченням, яке відбувається настільки швидко, що людина з аутизмом ніби вихоплює ізольовані, не пов'язані між собою шматочки оточення; їй стає важко, а часто неможливо сформувати цілісну, всеосяжну картину навколишнього світу. Такий фрагментований і незв'язний світ незрозумілий, його важко пояснити, і він легко стає джерелом страху.

У сфері почуттів, як ми вже згадували, багато звичайних впливів, які більшість людей можуть переносити без проблем, стають джерелами неприємних переживань і дискомфорту. Емоційно насичені явища та об'єкти також стають важко переносимими, особливо людина, її обличчя та погляд. У такій ситуації, коли навколишнє середовище незрозуміле і лякає, коли воно стає постійним джерелом неприємних сенсорних вражень і емоційного дискомфорту, аутичний бар'єр надійно захищає дитину практично від усіх труднощів: дитина потрапляє в аутизм, як равлик в раковину, там їй набагато спокійніше і комфортніше, але за аутистичним бар'єром вона одночасно позбавлена потоку сенсорної, когнітивної та емоційної інформації, так необхідної для психічного розвитку, і якщо дитині вчасно і правильно не

допомогти, вона взагалі стає глибоко розумово відсталою, незалежно від її потенціалу мовного і когнітивного розвитку [12,с.56].

Дуже важливо пам'ятати, що аутизм - це вторинний розлад, і тому його легше виправити, ніж первинні та вторинні відхилення.

Аутизм може бути компенсований більшою чи меншою мірою, а іноді (дуже рідко) може бути досягнутий дуже високий ступінь соціалізації, але аутистичні риси залишаються принаймні легкими і часто не виходять за межі характерних варіацій.

Потенціал соціалізації людей з аутизмом визначається багатьма факторами, найважливішими з яких є

- тяжкість і глибина аутистичного розладу; рання діагностика,
- можливість більш раннього початку спеціалізованого лікування та медичний, психологічний і загальноосвітній характер такого лікування
- адекватний і гнучкий підхід до вибору методів корекційної роботи, її послідовності, тривалості та адекватного обсягу,
- єдність зусиль фахівців і сім'ї.

За умови належного та своєчасного втручання 60% дітей з аутизмом можуть відвідувати загальноосвітню школу, 30% - спеціальну школу одного з існуючих типів, а 10% можуть бути влаштовані в сімейне середовище. За відсутності корекційних заходів 75% взагалі не є соціально адаптованими, 22-23% є відносно адаптованими (потребують постійного догляду) і лише 2-3% вдається задовільно адаптуватися [25] .

Важко говорити про соціальну ситуацію, в якій опиняються люди з аутизмом. Величезні відмінності в когнітивному і мовному розвитку означають, що неможливо встановити чіткі межі для цієї категорії людей з інвалідністю. Відомі випадки, коли люди з аутизмом досягли успіху в мистецтві та науці як професії і стали звичайними людьми, але більшу частину часу вони потребують постійного спілкування з людьми інших професій: садівниками, доглядальниками, настроювачами інструментів, листоношами тощо. Спільним є те, що якщо дитину з аутизмом чогось навчили, вона буде працювати так, як її

навчили, демонструючи засвоєні трудові навички, через прихильність до стереотипів і відповідно до своїх інтелектуальних здібностей, що не виключає творчого підходу до роботи. Людина з аутизмом не може працювати погано. Наприклад, дитині з аутизмом може бути дуже важко почати навчання у звичайній школі, але якщо це станеться, вона не піде до школи неосвіченою. Якщо дитину-аутиста правильно виховати і навчити, суспільство отримає людину, яка буде відповідально виконувати свою роботу, якою б вона не була - від фізика-теоретика до прибиральника. У США та Західній Європі людей з важкою формою аутизму навчають різноманітним недискримінаційним професіям, і результати у них кращі, ніж у людей з таким же інтелектом, але без аутизму.

Багато зарубіжних авторів детально вивчали психіку дітей з аутизмом і дійшли висновку, що мислення, сприйняття і психіка в цілому організовані зовсім не так, як у нормотипових людей сприйняття здебільшого симультанне, діти практично без труднощів навчаються в послідовно організованих процесах, їхнє мислення також має особливий характер. Ці особливості психіки роблять адаптацію до зовнішнього світу складною, а у важких випадках неможливою.

Зусилля спрямовуються на розвиток невербальних форм спілкування та простих побутових навичок. Вивчення мови вважається доцільним лише для дітей з IQ вище 50 і не є обов'язковим, так само як і розвиток освітніх та професійних навичок. Ці методи ґрунтуються на чіткому структуруванні часу і простору (за допомогою різних форм розкладів) та на візуалізації.

При розладах аутистичного спектру порушення комунікації є системними і впливають на всі рівні та аспекти розвитку дитини. Для людей з розладами аутистичного спектру характерна відсутність вербальної взаємодії або стереотипність, а також труднощі в освоєнні соціально прийнятних засобів комунікації. Слід зазначити, що існують значні відмінності в порушеннях комунікації між розладами мовлення та розладами аутистичного спектру. Якщо дитина з мовленнєвим розладом в силу інших факторів намагається компенсувати жестами та мімікою, то у дітей з аутизмом така компенсація в

більшості випадків не спостерігається. Для дітей з РАС характерним є порушення прагматичного аспекту мовлення. Дитина стикається зі значними труднощами в розумінні мовлення. Ще однією особливістю дітей з розладом аутистичного спектру є те, що, незважаючи на якісні покращення мовленнєвих функцій, дитина не здатна ініціювати та підтримувати самостійну розмову [4]. До початку лікування майже всі діти не реагують на розмовну мову, не відгукуються на власне ім'я, не реагують на гучні, нетипові для них звуки. Виглядає так, ніби дитина має проблеми зі слухом. Однак діагностика показує, що це не так. Спілкування дітей з розладами аутистичного спектру зазвичай невербальне. Вони можуть довго дивитися на об'єкт, на який хочуть подивитися, і простягати до нього руку. Плач і крик також можуть бути вираженням того, що дитина чогось хоче.

### **1.3. Особливості психічного розвитку дітей дошкільного віку при розладах аутистичного спектра**

У дітей з розладами аутистичного спектру порушені всі види вербальної та невербальної комунікації. Основною характеристикою є те, що ці діти не встановлюють зоровий контакт, не використовують жести або міміку для досягнення своїх цілей, навіть якщо ці цілі є важливими для дитини. Іноді дитина може взагалі уникати зорового контакту, а зорова увага є дуже вибірковою і короткочасною. Погляд таких дітей часто можна охарактеризувати як погляд повз людину. Вони легко уникають різних предметів і людей, навіть якщо до них звертається хтось із близьких. Примітно, що в таких випадках діти навіть не піднімають погляд на так званий «стимул» [16]. Діти з розладами аутистичного спектру характеризуються чутливістю до нетипових ситуацій. Наприклад, вони можуть проявляти емоції, з ентузіазмом реагувати на зміни в повсякденному житті, перестановку меблів у кімнаті, косметичний ремонт або переїзд в інше місто. Однак вони можуть не так, як люди, реагувати на відсутність свого найближчого оточення. Порушення модуляції комунікативної активності можна спостерігати і в грі дитини. Перш за все, дитина з аутизмом



не спілкується з однолітками і не проявляє інтересу до старших дітей. Вони граються наодинці і не виявляють інтересу до старших дітей. Часто дитина також не проявляє інтересу до ігрових матеріалів, що відповідають її віку. Також часто діти використовують у своїх іграх предмети домашнього вжитку. Якщо дитина виявляє бажання погратися з іграшкою, то, швидше за все, це якась звичайна іграшка. Наприклад, просто кубики або іграшкові машинки. Якщо поспостерігати за їхньою грою, то можна побачити, що зазвичай вони використовують іграшки для інших цілей. Наприклад, дитина може виявляти інтерес до машинок, але вся її гра з ними зводиться до того, що вона буде умовний гараж, ставить 19 машинок разом, як припаркований автомобіль, або сортує їх за кольором і розміром. У таких випадках дитина рідко сама керує автомобілем, а зосереджується на тому, щоб відчинити дверцята або повернути кермо пальцем. У плані спілкування з однолітками дитина з аутизмом також погано розвинена. Вони не виявляють інтересу до рольової гри, яка є одним з найважливіших видів діяльності дітей дошкільного та молодшого шкільного віку [8]. Однак варто зазначити, що у дітей з аутизмом може спостерігатися патологічна трансформація образу в конкретний образ, що поєднується з аутистичними фантазіями, не пов'язаними з рольовою грою [1]. Ще однією характерною особливістю дітей з розладом аутистичного спектру є наявність психомоторних порушень. Дослідники, які вивчають цю проблему, довели, що психомоторні розлади пов'язані з порушеннями комунікації. Психомоторні порушення виникають у відповідь на значний стрес, найчастіше, коли люди намагаються контактувати з дитиною і заохочують до спілкування [12]. Ці порушення характеризуються монотонними, стереотипними рухами, найчастіше руками, а також обертаннями, стрибками, закриванням очей і вух руками. Такі стереотипні рухи називаються аутостимуляцією [24, с. 67].

Діти з аутизмом можуть відчувати страх, але він має свої особливості. Перш за все, страх виникає, коли вони опиняються в новому середовищі. Можна сказати, що діти бояться всього нового. Це проявляється як в їхньому оточенні, так і в звичайних речах. Вважається, що це явище є болісно

посиленним інстинктом самозбереження [10,с.88]. Однак у деяких випадках спостерігається, що діти не бояться в критичних ситуаціях. Вони часто здатні робити небезпечні для життя речі, які зазвичай викликають страх у нормотипових людей, але не відчують загрози. Наприклад, деякі діти з розладами аутистичного спектру, особливо в ранньому дитинстві, виявляють інтерес до висоти або води. Вони можуть залазити на меблі або високі предмети і без страху стрибати з них. Ті, кого приваблює вода, можуть довго дивитися на неї і пірнати з головою під воду, не відчуючи загрози [3]. Діти з аутизмом рідко використовують інтегровану мову для спілкування.

Діти старшого дошкільного віку мало розмовляють поза межами свого звичного середовища, часто мають стійкі труднощі з грамотністю і майже ніколи не використовують особовий займенник «я» та стверджувальне дієслово [13, с.123]. Спектр комунікативних та мовленнєвих розладів при аутизмі дуже широкий, але незалежно від того, чи користується людина з аутизмом мовленням, найхарактерніші розлади пов'язані з соціальним аспектом. Важливо відзначити, що прагматична складова мовлення також є найбільш порушеною у порівнянні з семантикою або синтаксисом.

Н. Пахомова поділяє особливості когнітивного розвитку дітей з аутизмом на 4 групи, залежно від тяжкості емоційної патології. 1 група - спілкування практично відсутнє. Спостерігається самоагресія як прояв аутистичного захисту. Характерною особливістю є неадекватні маячні страхи. При безцільних рухах спостерігаються висококоординовані, пластичні рухи, що проявляються через активні форми самостимуляції. В процесі обстеження предметів використовує нюхові, вестибулярні та тактильні відчуття. Потребує постійного догляду з боку дорослих у спеціальному закладі або в сім'ї.

Група 2 - спілкування обмежене, особливо в незвичних обставинах. Страх викликаний підвищеною гіперчутливістю. Активність вибіркова, з сильним прагненням до стабільності. Спостерігається скутість, напруженість м'язового тону, недорозвиненість дрібної моторики. Пізнавальні процеси виражаються через символічні ігри, які характеризуються сильною стереотипністю. В

емоційних ситуаціях можуть користуватися мовою. Прогноз: Можливе домашнє навчання за індивідуальною програмою, з опануванням елементарної арифметики та читання. Дитина потребує постійного догляду. Можливо, має елементарні трудові навички.

Група 3 - з обмеженими потребами, спостерігається сильна вибірковість у спілкуванні, переважно з дорослими. Можлива агресія та емоційні переживання найчастіше проявляються у вербальних формах, з однотипними патернами. Спостерігається рухова незграбність, порушення м'язового тону і погана координація рухів. На ефективність сприйняття суттєво впливає емоційне ставлення. Сприйняття вибіркоче. Високий рівень розвитку пам'яті, особливо на емоційні події. Характерним є нерівномірний ритм розумової діяльності, наявні узагальнення і судження з важливими ознаками, але важко обґрунтовувати відповіді. Обмеженість (фіксація) інтелектуальних інтересів. Визначення: можливе домашнє або тюремне навчання за спеціальною програмою, самостійне перебування під наглядом родичів або опікунів, набуття трудових навичок.

Група 4- діти не проявляють ініціативи в процесі спілкування. Характеризуються неврозоподібними розладами: крайня загальмованість, сором'язливість, сором'язливість, особливо в контактах, почуття ненависті до себе, що посилює соціальну дезадаптацію. Поведінка, як правило, цілеспрямована. У стресових ситуаціях спостерігаються рухові стереотипи, тривожність і зниження концентрації уваги. Характерні труднощі у засвоєнні рухових навичок. Затримка рухів на відміну від здорових дітей. Прогноз сприятливий. Можливе навчання в рамках масової програми в школі [5, 160-162]. В. Помогайбо звертає нашу увагу на те, що дитячий аутизм - це захворювання, ознаками якого є порушення спілкування дитини із зовнішнім світом, особливо з іншими людьми, мимовільна самоізоляція, що призводить до порушення розвитку емоційної сфери, мовлення, пізнавальних функцій і поведінки в цілому [6, с. 219].

На думку В.Тарасун, основними причинами розладів аутистичного спектру є: а) біологічний дефіцит усіх регуляторних систем (активуючої та імпульсно-емоційної) та дефіцит аналізаторних систем (когнітивної, мовленнєвої, рухової), б) соціальні (вторинні) чинники. Початковий дефіцит енергії у дітей (швидка втомлюваність, швидке насичення будь-якою діяльністю, низькі сенсорні пороги при сильному негативному фоні тощо) підвищує схильність до розвитку реакції страху, що створює хронічний стан дискомфорту. Тому, на думку дослідниці, аутизм для таких дітей є своєрідною компенсаторною реакцією, яка спрямована на захист від травмуючого середовища [9, с.61].

За словами Т.Скрипник, діти з аутизмом мають великий потенціал розвитку. Перешкоди на шляху їхнього прогресивного, поступового розвитку, такі як відсутність соціальних навичок та порушення соматосенсорних і психомоторних процесів, можуть бути подолані. З іншого боку, спеціально підібрані (на основі міжнародного досвіду) методи навчання та розвитку таких дітей сприяють успішному розвитку їхніх інтелектуальних та адаптаційних здібностей. Оптимальний розвиток дітей з аутизмом ґрунтується на дотриманні таких взаємопов'язаних умов:

1. раннє розпізнавання порушень розвитку та участь в ефективних корекційно-розвивальних програмах (програми раннього втручання або системна рання допомога);

2. позитивні зміни в сім'ї дитини з аутизмом, які створюють максимально сприятливе середовище для розвитку дитини;

3. розвиток дитини з аутизмом є найбільш ефективним та результативним в інклюзивному середовищі. Планове введення дитини в загальноосвітнє середовище в залежності від стану розвитку та потенціалу дитини (який постійно переглядається з метою оцінки умов продуктивного навчання та розвитку дитини);

4. модифікація загальноосвітнього середовища із забезпеченням підтримуючих, стимулюючих, корекційних та розвиваючих можливостей для дитини з аутизмом;

5. адекватний психолого-педагогічний супровід з боку команди фахівців різного профілю та батьків, які складають і послідовно реалізують індивідуальну програму розвитку дитини;

6. організація систематичної корекційно-розвивальної роботи з дитиною (паралельно з освітнім процесом), спрямованої на розвиток базових психологічних якостей дитини (регуляція тембру голосу, почуття безпеки та впевненості в собі, сенсорна інтеграція);

7. педагогічний та методичний супровід розвитку.

Існує поширена думка, що діти з аутизмом, як правило, надзвичайно ізольовані від зовнішнього світу. Більш правильна думка полягає в тому, що вони гіперчутливі до сенсорних, емоційних, зорових і слухових стимулів із зовнішнього світу. Така дитина сприймає всю послідовність подій та їх чуттєвий зміст, але не встигає обробити і структурувати інформацію. В результаті середовище стає хаотичним і надмірно стимулюючим, а дитина витрачає багато енергії на підтримку високого рівня захисту, який в реальності нагадує паркан і також призводить до швидкого енергетичного виснаження. По-друге, через сенсорну незахищеність таким дітям важко адаптуватися до змін у навколишньому середовищі. Слабкою стороною цього явища є те, що, як зазначалося вище, дітям важко адаптуватися. Однак сильна сторона, яку можна використовувати в роботі, полягає в тому, що діти з аутизмом, адаптувавшись, почуваються комфортно в передбачуваному середовищі, яке вони намагаються підтримувати. Наслідком такого поведінкового консерватизму є також те, що проблеми дітей є послідовними та систематичними, що полегшує прогнозування їхньої поведінки та раннє виявлення проблем, які потребують вирішення. Ці основні характеристики дитини з аутизмом (сенсорна невпевненість і поведінковий гіперконсерватизм) можуть бути ефективно і адекватно використані (скориговані) в контексті нейропсихологічної

реабілітації, оскільки нейропсихологія є посередником між мозком і поведінкою.

Визначено основні ознаки аутизму - затримка мовленнєвого розвитку та небажання йти на контакт - відсутність спілкування, обмеженість інтересів, стереотипи, проблеми в розвитку невербальної комунікації (відмова дивитися на інших і відмова фізично обіймати їх), невміння дружити з однолітками, ділитися радістю і хвилюванням з друзями, відсутність емпатії до інших, невгамовне бажання організувати предмети і наводити порядок в речах.

## **РОЗДІЛ 2. ЗМІСТ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СУПРОВОДУ ДОШКІЛЬНЯТ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ**

## **2.1. Організаційно-методичні засади констатувального етапу дослідження**

В межах кваліфікаційної роботи було проведено емпіричне дослідження на базі інклюзивно-ресурсного центру м. Києві. В дослідженні прийняли участь 20 дітей віком від 5 до 6,5 років – 10 дівчат й 10 хлопчиків з розладами аутичного спектру. Середній вік дітей - 5,4 роки

Когнітивний розвиток вивчається в різних його проявах та основних характеристиках. Важливо підкреслити, що когнітивний розвиток - це і природний процес, на який впливають різні соціокультурні та освітні чинники, і експериментальний процес, принцип якого полягає в тому, щоб з'ясувати, як засоби формування когнітивного розвитку пов'язані з механізмами. У міру дорослішання дітей і ускладнення когнітивних завдань дуже важливо, щоб базові навички для їх вирішення були присутні і функціонували належним чином, тому ми повинні пам'ятати, що розвиток когнітивних навичок є запорукою гарної шкільної успішності.

Для вивчення словникового запасу у дітей 4-6 років використовується методика «Знайомі назви слів». Дитині називають загальні поняття: овочі, фрукти, транспорт, тварини, рослини, професії, геометричні фігури, кольори, ознаки, частини тіла. Дитина має навести на кожне поняття по 5 слів. Оцінка результатів- 5 слів- словниковий запас високий; 3-4 слова- середній, 0-2 слова- низький.

Методика визначення сформованості загальних навичок та володіння олівцем . «Що створено природою? Що створено людиною?»- сформованість загальних понять, рухові навички володіння олівцем: дитина отримує таблиці, на яких намальовані різні предмети живої та неживої природи. Зеленим олівцем треба відмітити те, що створено природою, синім- те, що створено людиною.

Для діагностики розвитку мислення у дітей у віці від 4-6 років використовується методика «Нісенітниці». Дитині пропонують розглянути

картинки. Через 30 секунд вихователь пропонує дитині розповісти, що намальовано. Якщо у дитини виникають складнощі, вихователь допомагає

Розподіл і переключення уваги у дошкільника. Перед дитиною-малюнок з цифрами від 1 до 10. Необхідно порахувати їх, вказуючи олівцем на кожну цифру на дошці. Результат: 7 секунд - відмінно, 9 секунд - дуже добре, 11 секунд - добре, 14 секунд - задовільно, 15 секунд і більше - погано.

Система фізичного виховання не має чітко визначених правил чи стандартів для чітко визначених правил чи стандартів щодо фізичної підготовленості дітей дошкільного віку. Оцінка фізичної підготовленості перевіряється лише при прийомі дитини до дошкільного закладу. Оцінка фізичної підготовленості перевіряється лише при прийомі дитини до дошкільного закладу або в разі хвороби. Не існує єдиних стандартів моніторингу та оцінки фізичного розвитку дітей.

Для визначення фізичного розвитку були використані антропометричні дані-зріст, вага, об'єм голови, грудної клітини, талії (з медичних карток учасників дослідження). Для визначення рівня рухової активності та сформованості рухової пам'яті була використана методика «Повтори рухи»-протягом 10 секунд вихователь показує не складні рухи. Діти мають їх запам'ятати й максимально точно відтворити.

Оцінка рівня розвитку емоційного компонента особистісно-оцінної компетентності дитини є одним з етапів ігрової експрес-діагностики і відбувається у формі ігрового діагностичного завдання.

#### Проективний тест «Малюнок сім'ї»

Сім'я є найважливішим середовищем для розвитку дитини, в тому числі соціального. Методика "Малюнок сім'ї" є визнаним методом діагностики стосунків у сім'ї, сприйняття дитиною сім'ї, свого місця і ролі в ній. Найчастіше цей метод дозволяє виявити причини виникнення і прояву особистого стилю взаємодії дитини. Інтерпретація малюнку представлена в додатку А.

Проективна методика «Дерево» Дж. і Д.Лампенів.



Цікавий тест, який допомагає зрозуміти самооцінку дитини, виявити причини проблем у спілкуванні та зрозуміти, як дитина сприймає себе в соціумі. Методика спрямована на вивчення мотивації та адаптації до навчання. Дитині пропонується синім фломастером обвести на малюнку людину, з якою вона себе асоціює. Зеленим фломастером треба обвести людину, на місці якої дитина хотіла б опинитися. Малюнок й інтерпретація представлені в додатку Б.

В межах кваліфікаційної роботи було проведено емпіричне дослідження на базі інклюзивно-ресурсного центру м. Києві. В дослідженні прийняли участь 20 дітей віком від 5 до 6,5 років – 10 дівчат й 10 хлопчиків з розладами аутичного спектру. Середній вік дітей - 5,4 роки

Когнітивний розвиток вивчається в різних його проявах та основних характеристиках. Важливо підкреслити, що когнітивний розвиток - це і природний процес, на який впливають різні соціокультурні та освітні чинники, і експериментальний процес, принцип якого полягає в тому, щоб з'ясувати, як засоби формування когнітивного розвитку пов'язані з механізмами. У міру дорослішання дітей і ускладнення когнітивних завдань дуже важливо, щоб базові навички для їх вирішення були присутні і функціонували належним чином, тому ми повинні пам'ятати, що розвиток когнітивних навичок є запорукою гарної шкільної успішності.

Для вивчення словникового запасу у дітей 4-6 років використовується методика «Знайомі назви слів». Дитині називають загальні поняття: овочі, фрукти, транспорт, тварини, рослини, професії, геометричні фігури, кольори, ознаки, частини тіла. Дитина має навести на кожне поняття по 5 слів. Оцінка результатів- 5 слів- словниковий запас високий; 3-4 слова- середній, 0-2 слова- низький.

Методика визначення сформованості загальних навичок та володіння олівцем . «Що створено природою? Що створено людиною?»- сформованість загальних понять, рухові навички володіння олівцем: дитина отримує таблиці, на яких намальовані різні предмети живої та неживої природи. Зеленим олівцем треба відмітити те, що створено природою, синім- те, що створено людиною.

Для діагностики розвитку мислення у дітей у віці від 4-6 років використовується методика «Нісенітниця». Дитині пропонують розглянути картинки. Через 30 секунд вихователь пропонує дитині розповісти, що намальовано. Якщо у дитини виникають складнощі, вихователь допомагає.

Розподіл і переключення уваги у дошкільника. Перед дитиною-малюнок з цифрами від 1 до 10. Необхідно порахувати їх, вказуючи олівцем на кожну цифру на дошці. Результат: 7 секунд - відмінно, 9 секунд - дуже добре, 11 секунд - добре,

14 секунд - задовільно, 15 секунд і більше - погано.

Система фізичного виховання не має чітко визначених правил чи стандартів для чітко визначених правил чи стандартів щодо фізичної підготовленості дітей дошкільного віку. Оцінка фізичної підготовленості перевіряється лише при прийомі дитини до дошкільного закладу. Оцінка фізичної підготовленості перевіряється лише при прийомі дитини до дошкільного закладу або в разі хвороби. Не існує єдиних стандартів моніторингу та оцінки фізичного розвитку дітей.

Для визначення рівня рухової активності та сформованості рухової пам'яті була використана методика «Повтори рухи»- протягом 10 секунд вихователь показує не складні рухи. Діти мають їх запам'ятати й максимально точно відтворити.

Оцінка рівня розвитку емоційного компонента особистісно-оцінної компетентності дитини є одним з етапів ігрової експрес-діагностики і відбувається у формі ігрового діагностичного завдання.

#### Проективний тест «Малюнок сім'ї»

Сім'я є найважливішим середовищем для розвитку дитини, в тому числі соціального. Методика "Малюнок сім'ї" є визнаним методом діагностики стосунків у сім'ї, сприйняття дитиною сім'ї, свого місця і ролі в ній. Найчастіше цей метод дозволяє виявити причини виникнення і прояву особистого стилю взаємодії дитини. Інтерпретація малюнку представлена в додатку А.

Проективна методика «Дерево» Дж. і Д.Лампе.

Цікавий тест, який допомагає зрозуміти самооцінку дитини, виявити причини проблем у спілкуванні та зрозуміти, як дитина сприймає себе в соціумі. Методика спрямована на вивчення мотивації та адаптації до навчання. Дитині пропонується синім фломастером обвести на малюнку людину, з якою вона себе асоціює. Зеленим фломастером треба обвести людину, на місці якої дитина хотіла б опинитися. Малюнок й інтерпретація представлені в додатку Б. Всі діти відносяться до першої групи інтеграції, тобто повна постійна інтеграція, відвідування звичайних груп в дитячому садку.

Результати оцінки словникового запасу представлені на рисунку 2.1

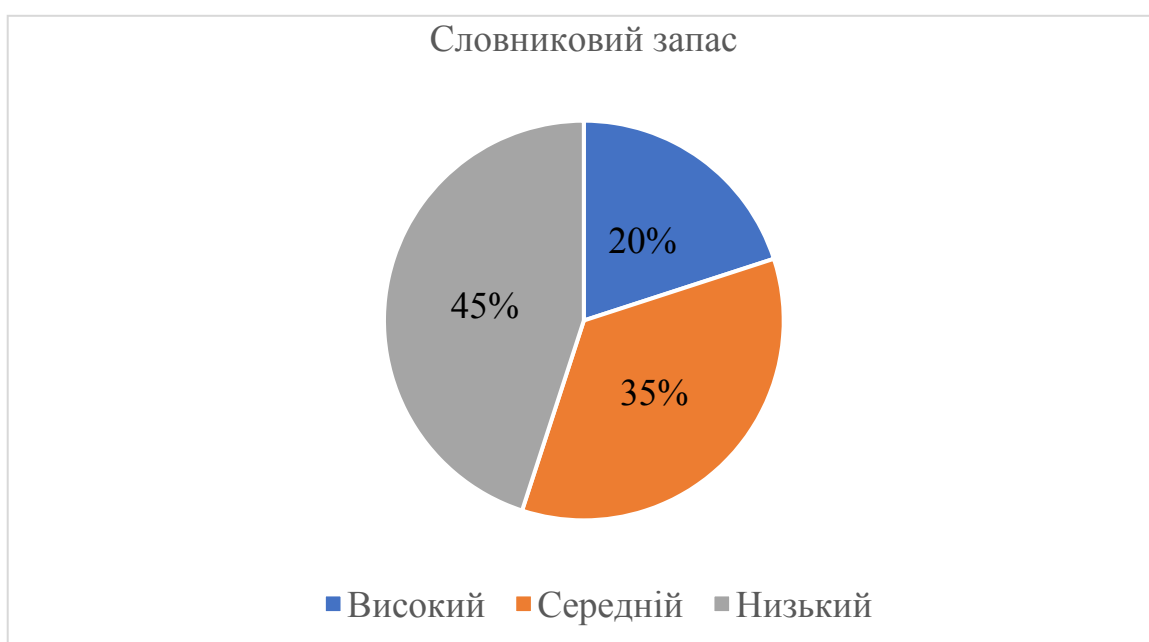


Рис. 2.1. Словниковий запас

Як можна бачити, що 20% дітей з розладами аутичного спектру, що прийняли участь в дослідженні мають високий словниковий запас, 35%-середній, 45%-низький.

Методика визначення сформованості загальних навичок та володіння олівцем . «Що створено природою? Що створено людиною?». Результати представлено на рис. 2.2.

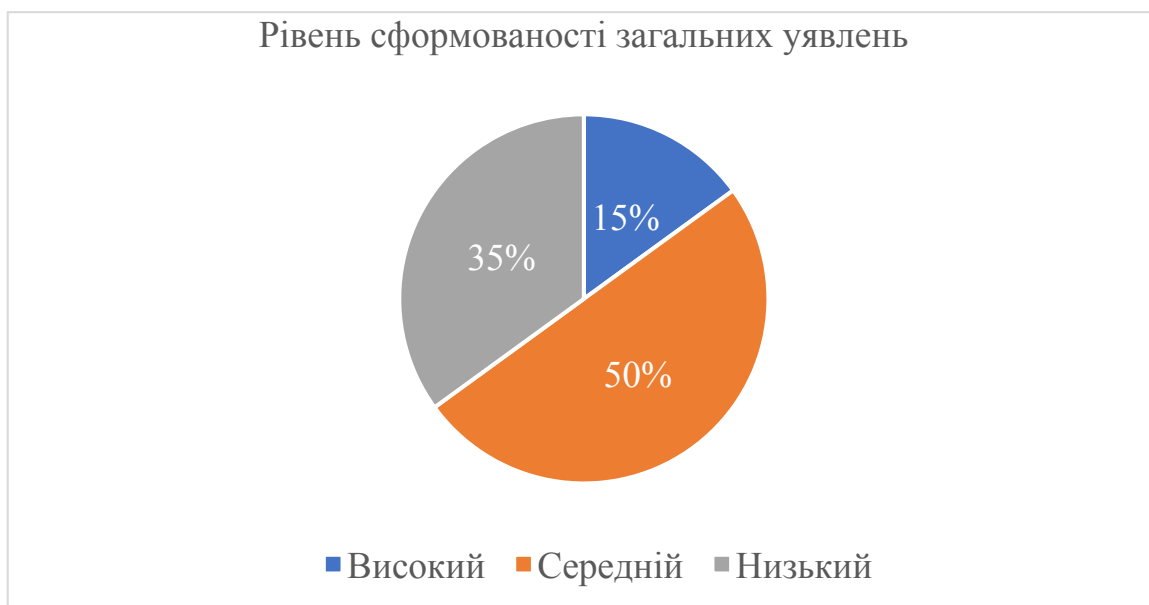


Рис. 2.2. Рівень сформованості загальних уявлень

Встановлено, у 15% дітей з розладами аутичного спектру виявлено високий рівень сформованості загальних уявлень, 50% мають середній рівень сформованості загальних уявлень, 35% дітей з РАС, що прийняли участь в дослідженні мають низький рівень сформованості загальних уявлень

Результати тесту «Несинитниці» на розвиток мислення представлено на рисунку 2.3

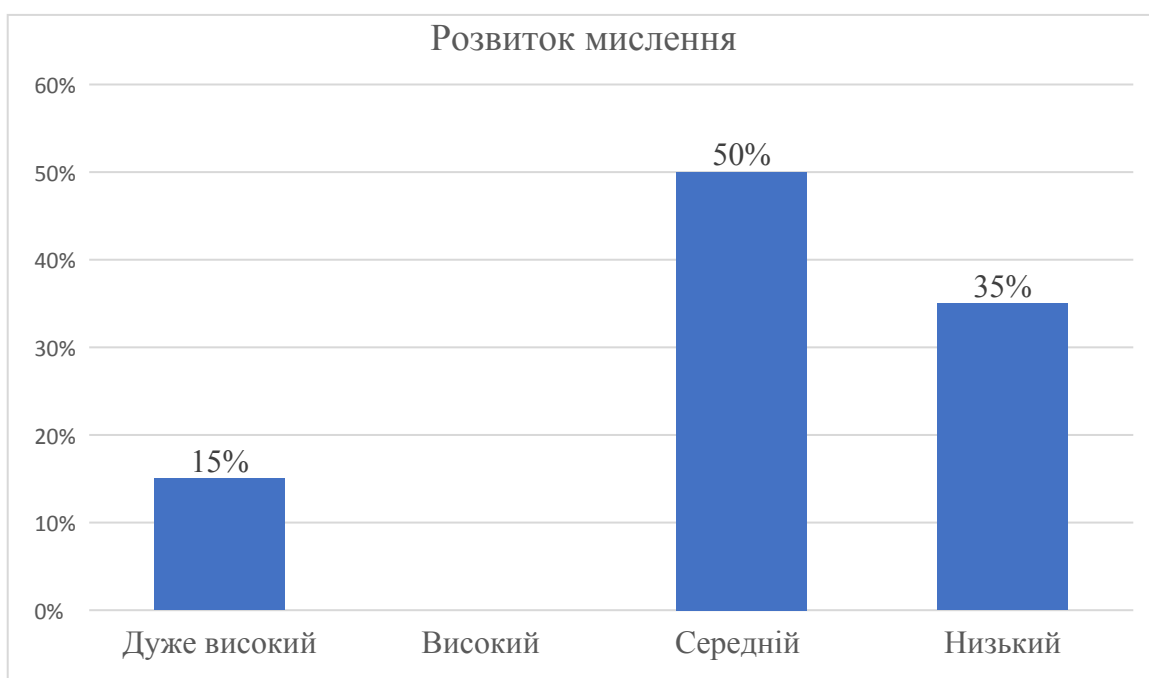


Рис. 2.3. Розвиток мислення

Як можна бачити, 15% дітей з РАС мають високий рівень розвитку мислення, 50% дітей з РАС, які прийняли участь в дослідженні продемонстрували середній розвиток мислення, 35%- низький

Результати розподілу концентрації та переключення уваги представлено на рис.2.4.

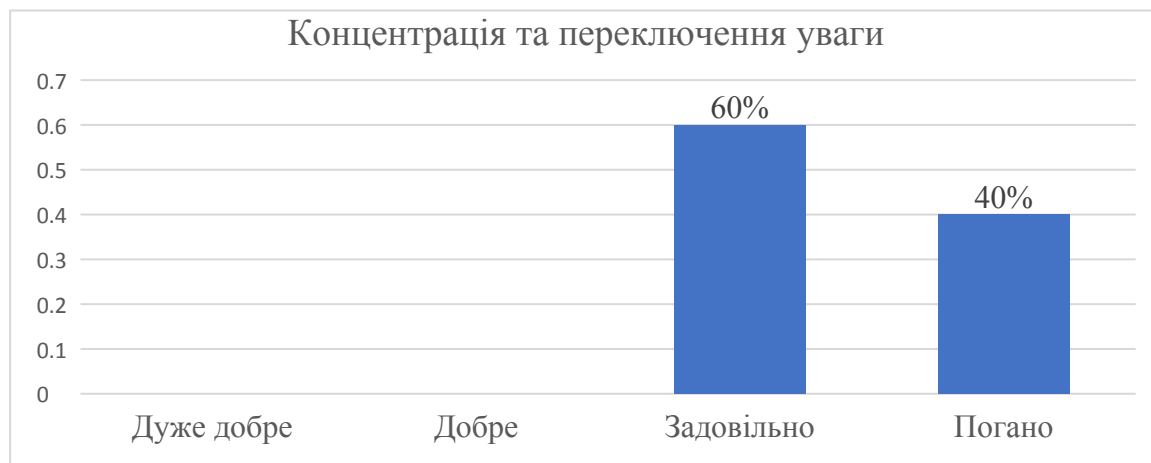


Рис.2.4. Рівень концентрації та переключення уваги

Тож, як видно, у 60% дітей з розладами аутичного спектру - задовільний рівень концентрації та переключення уваги, у 40%- поганий.

Рівень сформованості рухової активності й рухової пам'яті представлено на рисунку 2.5.

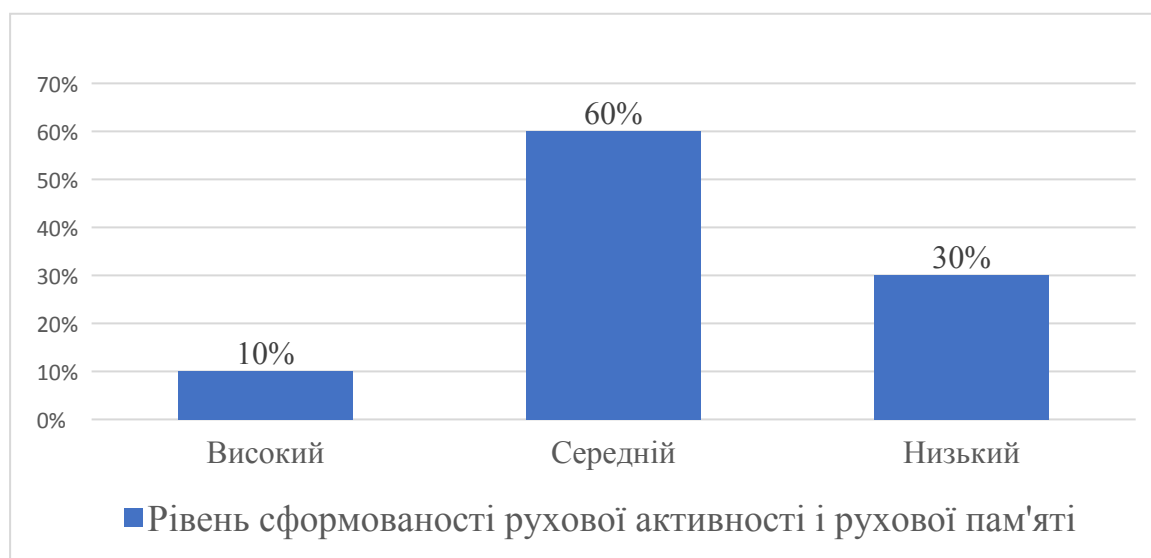


Рис. 2.5. Рівень сформованості рухової активності й рухової пам'яті.

Як видно, у 10% дітей з РАС, які прийняли участь в дослідженні- високий рівень рухової активності й рухової пам'яті, 60% мають середній рівень, 30%- низький рівень рухової активності та рухової пам'яті.

Оцінка рівня розвитку емоційного компонента особистісно-оцінної компетентності дитини є одним з етапів ігрової експрес-діагностики і відбувається у формі ігрового діагностичного завдання. Отже, у результаті проведення експрес-діагностики, що складається з бесіди і ігрового діагностичного завдання, можна отримати дані щодо рівня сформованості одразу кількох компетенцій – особистісно-оцінної, соціально-комунікативної та художньо-продуктивної. Результати представлені на рис. 2.6.

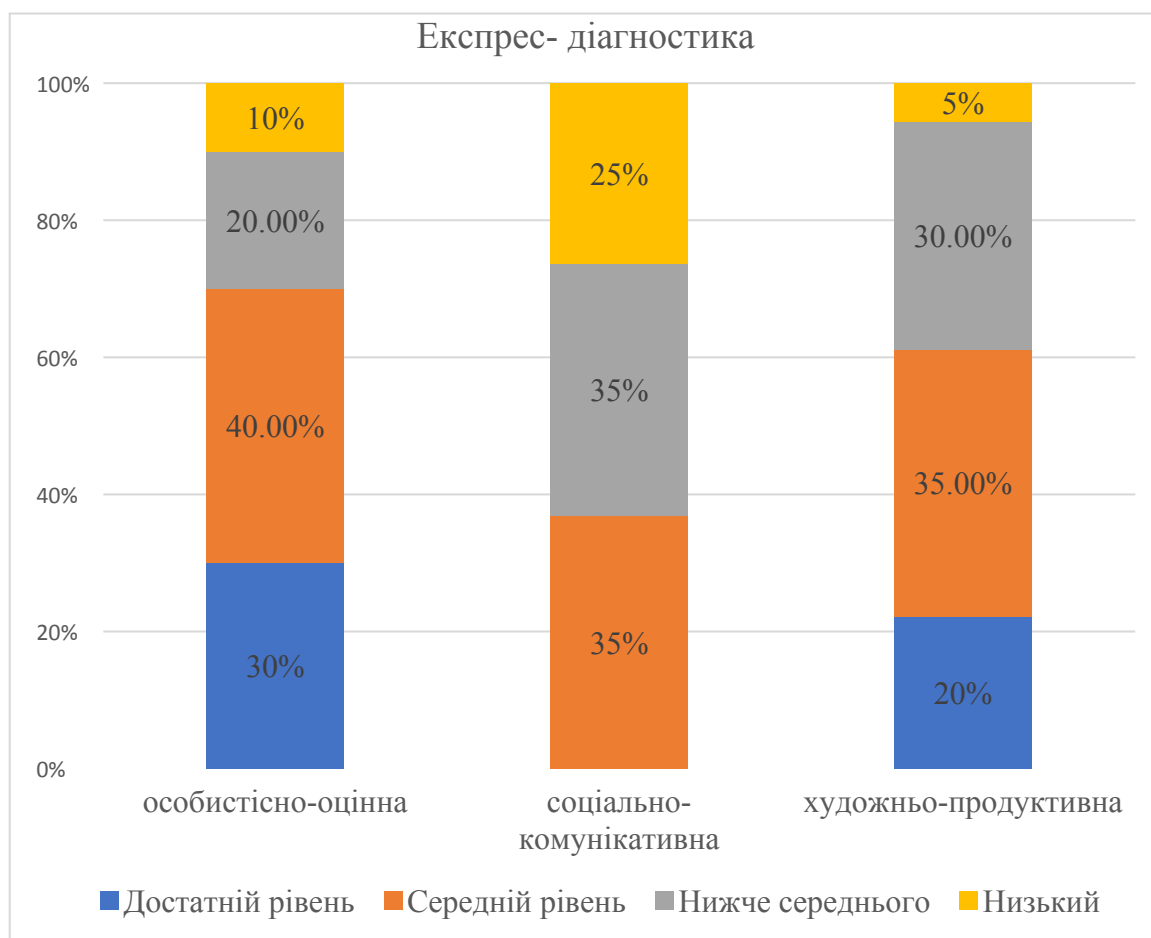


Рис. 2.6. Результати експрес діагностики

Як можна бачити, достатній рівень -дитина знаходить відповіді на запитання відповідно до навчальної програми для своєї вікової групи, іноді під

керівництвом педагога- визначено у 30% дітей з розладами аутичного спектру за особистісно- оцінною шкалою, та у 20 % за художньо- продуктивною шкалами. Варто звернути увагу, що не виявлено дітей, які мають достатній рівень за соціально- комунікативною шкалою. *Середній рівень*- показник проявляється частково та умовно, дитина має достатні, але не глибокі знання і чекає на підтримку дорослого; дитина розуміє запитання- визначено у 40% дітей за особистісно- оцінною шкалою, у 35% дітей за соціально- комунікативною шкалою та у 35% за показником «художньо-продуктивна діяльність». Рівень нижче середнього- дитина не розуміє суті запитання і тому не може на нього відповісти- визначено 20% учасників дослідження за особистісно- оцінною шкалою, у 35%- за соціально- комунікативною шкалою, у 30% дітей з розладами аутичного спектру за показником художньо- продуктивної діяльності. Низький показник- дитина не реагує, не відповідає, виявлено у 25% за соціально- комунікативною шкалою, у 10% за особистісно- оцінною шкалою та у 5% за художньо- продуктивною шкалою.

Для встановлення взаємозв'язків між отриманими показниками був проведений кореляційний аналіз Пірсона. Коефіцієнт кореляції Пірсона, також званий лінійним коефіцієнтом кореляції або просто коефіцієнтом кореляції, є статистичним показником, який вказує на зв'язок між двома змінними. Коефіцієнт кореляції Пірсона в даній роботі було розраховано з використанням програми Excel.

Кореляційна плеяда для розвитку мислення представлена на рисунку 2.7



\*Враховуючи, що концентрація та переключення уваги гірший показник характеризується більшим часом, коефіцієнт кореляції представлено з протилежним знаком.

Рис. 2.7. Кореляційна плеяда для розвитку мислення

Між розвитком мислення та усіма іншими показниками встановлений позитивний кореляційний зв'язок із статистичною достовірністю  $p < 0,05$ . Таким чином, можна зробити висновок, що чим більше у дитини словниковий запас, тим краще розвиток мислення. Розвиток загальних уявлень та рухової активності й рухової пам'яті сприяє розвитку мислення. Чим вище концентрація та переключення уваги, тим краще розвиток мислення. Покращення розвитку мислення сприяє підвищенню особистісно-оцінної, соціально-комунікативної та художньо-продуктивної компетенції.

Також було встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем сформованості рухової активності й рухової пам'яті та художньо-продуктивною компетентністю ( $r = 0,447$ ).



Результати аналізу малюнків «Моя сім'я» представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

## Аналіз малюнків «Моя сім'я»

Зображення	Кількість дітей
Першим зображено себе, деталі промальовані	8(40%)
Першим зображено інших членів родини	11(55%)
Першим зображено тварину	1(5%)
Зображена вся родина	14 (70%)
« Забув\ла» зобразити когось із родини	6(30%)
Всі члени родини зображені разом	15 (75%)
Члени родини « розкидані по аркушу»	5 (25%)
Чітке промальовування людей, наявність всіх частин тіла, правильні пропорції	8 (40%)
Фігури людей промальовані недостатньо, непропорційні, відсутні важливі частини тіла	12 (60%)
Наявність фігур, які значно більше за інших	4 (20%)
Малюнок себе більше за інші фігури	6(30%)
Малюнок себе менше за інші фігури	4 (20%)

Тож, як можна бачити, 40% дітей зобразили себе першим\-ою, що в поєднанні з 35% зображення своєї фігури більше за інших свідчить про центральне положення дитини в сім'ї. Більшість дітей зобразила всю родину й розташувала всіх, кого зобразила рядом, що свідчить про сприятливий емоційний клімат в родині й теплі стосунки. Проте, окремої уваги, й можливо, додаткової психологічної допомоги заслуговують 25% дітей, які зобразили всіх членів родини на значній відстані, серед яких 4 дітей (20%) намалювали фігуру

одного з батьків( 3- батька, 1- матір) значно більше за інших, а себе- значно менше за інших членів сім'ї.

Варто звернути увагу, що для 60% дітей характерні недостатньо промальовані фігури людей, непропорційні, відсутні важливі частини тіла, що може бути обумовлено не тільки психологічним станом, а й інтелектуальною недостатністю.

Результати проєктивної методики « Дерево» представлені в таблиці 2.2 й на рисунку 2.9.

Таблиця 2.2

## Результати проєктивної методики « Дерево»

Стан дитини	Кількість дітей
Комфортний стан, нормальна адаптація	4 (20%)
Завищена самооцінка, установка на лідерство	1 (5%)
Завищена самооцінка, але присутнє бажання мати більше дружньої підтримки	1 (5%)
Установка на подолання перешкод, прагне до комфортнішого стану	1 (5%)
Прагне до комфортнішого стану, але не хоче докладати зусилля зі своєї сторони. Мотивація на розваги.	5 (25%)
Комфортний стан, але прагне мати менше уваги.	3 (15%)
Не комфортний стан, почуття відсторонення, відчуженості	2 (10%)
Не комфортний стан. Прагне підтримки	3 (15%)



Рис. 2.9. Результати проективної методики «Дерево»

Встановлено, що серед дітей з розладами аутичного спектру на момент обстеження 20% дітей мають комфортний стан, 5% дітей мають завищену самооцінку й установку на лідерство, у 5% відмічається завищена самооцінка, але присутнє бажання мати більше дружньої підтримки, 5% дошкільнят готові долати перешкоди, щоб досягнути своєї мети, 25% мають мотивацію на розваги. 15% дітей мають комфортний стан, але прагнуть менше уваги до себе. Особливої уваги заслуговують діти, які мають не комфортний стан, почуття відсторонення та відчуженості -10%, а також діти, які дуже потребують підтримки-15%.

## 2.2. Напрями корекційної роботи з дітьми із розладами аутистичного спектра

Діти з аутизмом потребують особливого ставлення, підходів і методів корекції та реабілітації. Найважливішою вимогою в цьому випадку є тісна співпраця всієї команди фахівців у закладі, який відвідує дитина, а такі фахівці, як практичний психолог, логопед і дефектолог, повинні стати членами сім'ї, де проживає дитина-аутист. Фахівці, які працюють з дітьми-аутистами, постійно стикаються з непростим завданням знайти індивідуальний підхід до дитини, збалансувати свої навички та вміння. Важливо також підлаштуватися під дитину, оскільки діти-аутисти розкриваються тільки тоді, коли приймають ситуацію і дозволяють фахівцеві (практикуючому психологу) увійти в їхній особистий простір.

Робота з дитиною не може дати значних результатів без допомоги батьків. Будь-які навички, отримані на заняттях, стають стійкими лише тоді, коли батьки закріплюють їх вдома. Організація корекційно-розвивальної роботи з кожною дитиною з РАС індивідуальна. Однак можна виділити певні аспекти, такі як: навчання дитини правильній поведінці в суспільстві, створення зорового контакту, розвиток комунікативних навичок і соціального контакту з оточуючими, стимуляція пізнавальних процесів і робота з дитиною в малій групі.

Сьогодні необхідно збалансувати емоційний та інтелектуальний виміри і знайти теоретичне підґрунтя для такої інтеграції. Фундаментальним елементом у вирішенні цієї проблеми є уявлення про те, що співвідношення між емоціями (інтенсивними емоційними переживаннями) та інтелектом змінюється в процесі онтогенетичного розвитку дитини (Л. Виготський) [18,с.45].

Це передбачення може бути покладене в основу об'єднуючої моделі організації психологічного впливу в системі «аутична дитина - значущі дорослі», яка передбачає організацію корекції та розвитку недорозвинених психічних процесів і функцій дитини за допомогою двох взаємопов'язаних середовищ: з одного боку, штучно створеної ситуації в умовах домашнього виховання, а з іншого - реальної ситуації подолання труднощів дошкільного та шкільного навчання (диспропорцій у розвитку). Виходячи з теоретичних засад

вікового розвитку дитини, корекційно-розвивальні впливи мають бути спрямовані насамперед на зміну ціннісно-сміслових орієнтацій, закладених у навчально-виховному процесі дітей з аутизмом, та на розвиток конструктивних форм взаємодії в системі «аутична дитина - значущі дорослі». Стратегія роботи полягає у виведенні суб'єктів із замкненого та самозамкненого кола здебільшого неефективних взаємодій. Ця стратегія може бути реалізована за таких умов:

1) комплексного психолого-педагогічного впливу через організацію «модельного середовища» педагога і психолога та здійснюваної в ньому діяльності у формі індивідуальних занять, спрямованої на розвиток, корекцію і вдосконалення зрілих і порушених когнітивних функцій дитини, завдяки чому аутист розвиває навички, максимально адаптовані до його вікового етапу розвитку;

2) залучення значущих для дитини дорослих до розвитку дитини;

3) залучення батьків дитини до розвитку психічних функцій дитини у формі індивідуальних занять.

Модель психолого-педагогічного впливу «дитина - значущі дорослі» на соціальну систему характеризується такими принципами:

- системність (одночасна допомога дитині та значущим дорослим);
- комплексність (одночасний вплив на пізнавальну, емоційно-мовленнєву, перцептивну сфери психічної діяльності дитини);
- інтеграція (поєднання різних психотерапевтичних та корекційних напрямів). Специфіка моделі полягає в тому, що процес корекції та розвитку має здійснюватися у двох взаємопов'язаних середовищах: модельному середовищі, штучно створеному педагогом і психологом (індивідуальні заняття), та реальній ситуації дитини з аутизмом.

Специфіка корекційного процесу полягає в послідовній модифікації та поширенні штучного середовища на реальний процес навчання дитини. Модель психолого-педагогічного впливу може бути застосована в декількох варіантах: 1) консультативна та корекційна допомога, а також корекційно-профілактичне навчання в реабілітаційному центрі;

2) консультативна та корекційна робота педагогів і психологів у закладі освіти і на дому;

3) психолого-педагогічний супровід процесу навчання дітей з аутизмом. Залежно від тяжкості проблеми, рівня розвитку дитини та ступеня залучення значущих дорослих до корекційної роботи, модель може передбачати скорочену або розширену форму реалізації. Основними структурними елементами моделі психолого-педагогічної роботи є:

1) визначення основних причин порушень адаптації кожної дитини з аутизмом;

2) конкретизація змісту та форм реалізації корекційно-розвивальної та профілактичної роботи;

3) вибір методів організації роботи з урахуванням психофізіологічних ресурсів дитини, соціального оточення та навичок дорослих, залучених до реалізації моделі.

Стратегія психолога передбачає аналіз взаємовідносин між дитиною, батьками та педагогом з урахуванням того, що всі учасники освітнього процесу переймають поведінку один одного. Зважаючи на характер існуючих взаємовідносин, вплив психолога здійснюється одночасно на всіх учасників освітнього процесу і на взаємини між ними. При цьому враховуються можливі причини виникнення кризи у відносинах між членами системи «дитина з аутизмом - значущий дорослий»: 1) несформованість навчальної мотивації, недостатня або відсутня самооцінка, емоційні стани (страх, тривога, агресія), що перешкоджають адаптації, тобто порушення в емоційно-мовленнєвій сфері;

2) несформованість соціальних норм і навичок спілкування,

3) несформованість одних навичок і прискорений розвиток інших, тобто системної організації психічних процесів;

4) несформованість когнітивної сфери, тобто раціональних способів організації навчальної діяльності, логічних операцій і т.д. і т.п. Аналіз стану кожної з цих сфер дає змогу виявити центр проблем дитини та окреслити основні напрямки її розвитку, навчання та соціалізації.

Нейропсихологічний рівень аналізу проявів аутизму, який характеризує зв'язки між структурами мозку та когнітивними і поведінковими функціями, що їх опосередковують, дає можливість пов'язати різні рівні аналізу: причинний рівень мозкових структур і процесів та рівень поведінкових симптомів. З цієї точки зору, саме нейропсихологічний аналіз може, в принципі, дати єдине пояснення широкому спектру поведінкових реакцій і симптомів при аутизмі, які, здавалося б, є абсолютно незалежними і не пов'язаними між собою. Більше того, діти з аутизмом особливо потребують нейропсихологічної допомоги, оскільки педагог не просто вказує на слабкість тієї чи іншої вищої когнітивної функції, а проводить аналіз, який дозволяє виявити структурно-функціональний компонент, який переважно уражений і який призводить до недорозвитку цієї категорії дітей в цілому. Потім розробляється індивідуальна стратегія і тактика корекційно-розвивального навчання, яка враховує дифузність і пластичність функціональних систем дитини та можливості організації пізнавального процесу на різних рівнях мозкової ієрархії. У цьому випадку пропонується проводити корекційно-розвивальну роботу або шляхом збільшення навантаження на слабку функцію, або шляхом адаптації дитини до помилки. Паралельно розвивається третій напрям - інтегрований підхід до корекційно-розвивального навчання, який поєднує такі підходи, як «вікарний онтогенез» та «інтеріоризація» і передбачає розвиток слабкої ланки пізнавальної діяльності на основі сильних сторін дитини в ході спеціально організованої роботи. Взаємодія ґрунтується на закономірностях процесу інтеріоризації, слабких і сильних сторонах функціональних систем дитини, а також на емоційній залученості дитини в процес взаємодії.

Кожна з цих теорій визначає певний нейропсихологічний розлад як центральний, що певним чином пояснює різні комбінації симптомів і поведінки при аутизмі. Наприклад, теорія дисфункції регуляції розглядає аутизм як прояв первинного порушення здатності планувати і контролювати поведінку. Теорія порушення центральних зв'язків стверджує, що когнітивна обробка інформації відбувається сегментами, а не як єдине ціле. Це пояснює багато поведінкових і

когнітивних стратегій, характерних для аутизму. Хоча на основі аналізу біологічних і нейробіологічних процесів неможливо дати єдине пояснення таким різноманітним проявам на основі аналізу біологічних і нейробіологічних процесів. Однак встановлено, що розлади функцій планування та контролю, соціальної замкнутості та рухових стереотипів у людей з аутизмом можуть бути вивчені, пояснені та скориговані в рамках цієї нейропсихологічної концепції.

Саме тому психолог або педагог, який бажає надати реальну допомогу дитині, може за допомогою нейропсихологічних методик виявити сильні та слабкі парціальні психологічні розлади в аутиста та організувати корекційну роботу з урахуванням цих розладів. Вважається, що наступні пояснювальні моделі аутизму можуть бути покладені в основу розробки корекційно-розвивальної освітньої програми для дітей з аутизмом:

- 1) теорія регуляторної дисфункції;
- 2) теорія порушення центральних зв'язків;
- 3) лімбічна теорія, оскільки вони чітко визначають основну роль описуваних ними порушень.

Ключовим елементом теорії регуляторної дисфункції є ідея про те, що діти з аутизмом мають порушену здатність планувати і контролювати свою поведінку. Хоча традиційно вважається, що здатність до планування і контролю з'являється в досить пізньому віці, зараз з'являється все більше доказів того, що вона формується і розвивається в період немовляти і раннього дитинства. Вона дозволяє дітям виходити за межі фактичного змісту ситуації, щоб спрямовувати свою поведінку, керуючись образом майбутньої мети. Здатність планувати і контролювати включає в себе когнітивні функції, які тісно пов'язані, але в принципі різні: планування, робота з інформацією, що зберігається в короткочасній пам'яті, підтримка набору ідей і перехід від одного набору до іншого, а також гальмування певних реакцій. Водночас усі ці функції утворюють єдину, високоорганізовану, універсальну систему, відмінну від таких базових функцій, як сприйняття, пам'ять, мовлення та відчуття. Враховуючи цю складність, освіта та соціалізація дітей з аутизмом має бути зосереджена на



нейропсихологічному підході до когнітивних та поведінкових розладів при аутизмі. Наприклад, при визначенні методів корекції та розвитку важливо спиратися на докази того, що порушення програмування і контролю, виявлені при цих типах аномалій розвитку, можуть бути зумовлені одним і тим же нейропсихологічним розладом і що в їх основі лежать одні й ті ж системи мозку. Ці порушення, в свою чергу, призводять до нездатності інтегрувати та враховувати низку ситуативних особливостей, до порушень вибіркової уваги до суттєвих аспектів навколишнього середовища та до порушень індуктивного мислення. Таким чином, тренування, розвиток і корекція функцій планування і контролю сприятиме підвищенню здатності дитини з аутизмом до участі в соціальній комунікації, яка вимагає швидкої оцінки і вибору необхідних реакцій у відповідь на інформацію, що постійно змінюється. Тяжкі відхилення в соціальній сфері при аутизмі виникають внаслідок окремого розладу і носять частковий характер, у вигляді зниження соціальної когнітивної здатності. Отже, неадекватна здатність аутичної людини розуміти переживання інших людей відображає більш широке порушення процесів планування і контролю, яке пронизує всі сфери життя дитини і може лежати в основі важкої соціальної дезадаптації, що характеризує аутизм. У зв'язку з цим відзначається низький рівень розвитку здатності до модифікації когнітивних установок і придушення реакцій на яскраві і привабливі стимули в осіб з аутизмом, в той час як вони проявляють когнітивну гнучкість. При методологічному застосуванні цих положень важливо враховувати той факт, що успішність виконання різних видів діяльності не залежить виключно від стану розвитку когнітивних функцій дітей з аутизмом, безпосередньо пов'язаних з функцією планування. Необхідно також враховувати стан сформованості уявлень аутиста про відмінні ознаки предметів і явищ; виведення принципу класифікації на основі отриманого зворотного зв'язку; рівень розвитку вибіркової уваги до ознак, на основі яких виконуються логічні операції; стан здатності до придушення бажання діяти на основі спочатку правильного принципу і перебудови когнітивної системи.

Першим завданням у навчанні дітей з РАС є розвиток так званої «навчальної поведінки». Навчальна поведінка - це коли дитина адекватно реагує на прохання і використовує надані іграшки та допоміжні засоби в соціально прийнятний спосіб. Погляд дитини має бути спрямований або на дорослого (або на іншу дитину в підгрупі), або на предмети, які використовуються для гри чи навчання. Оскільки термін «навчальна поведінка» є суто описовим, я проаналізую, з чого вона складається. Щоб сформувати навчальну поведінку, діти повинні спочатку навчитися виконувати рухи, наслідуючи дорослих і дотримуючись словесних інструкцій. Однією з фундаментальних навичок у роботі з дітьми з аутизмом є імітація, відома як секвенування (лат. - порядок).

Для дітей з розладами аутистичного спектру такий спосіб навчання часто неможливий: їм нецікаво наслідувати іншу людину. Водночас дитина не може навчатися в групі, не маючи можливості діяти за зразком. Їй важко опанувати більш складні навички (зокрема, соціальні). Коли дітей навчають виконувати прості інструкції (особливо на початку), необхідно чітко організувати навчальну ситуацію. Коли дитині дають вказівки, варто стояти поруч з дитиною і повертати її до себе; стілець, на який її просять дитину сісти, повинен бути за її спиною; предмет, який я прошу дитину взяти, повинен бути перед нею. Таким чином, ситуація має бути максимально зрозумілою для дитини, і коли дитина виконує найпростіші інструкції, починають ускладнювати умови навчання (збільшувати відстань між психологом і дитиною в момент навчання, відсувати стілець від дитини, розміщувати предмети на відстані, пропонувати варіанти тощо).

Основна мета навчання на цьому етапі - сфокусувати увагу дитини на основних елементах навчальної ситуації і навчити її контролювати свою позу під час уроку. Як правило, на цьому етапі виникає багато труднощів. Вони пов'язані з тим, що вимоги, які пред'являються до дитини, є новими і незрозумілими для неї. Тому дуже важливо на цьому етапі зробити процес навчання максимально привабливим, забезпечивши сильні позитивні стимули

та цікаві для дитини види діяльності. Важливо також звернути увагу на таке серйозне питання, як зоровий контакт під час навчання.

Хоча зоровий контакт є важливою вимогою і показником концентрації уваги дитини, деяким дітям буває дуже складно дотримуватися цієї інструкції. Деякі діти з аутизмом починають водити очима в різні боки у відповідь на інструкцію «подивись на мене», вперто уникаючи одного: очей людини, яка просить їх подивитися. Іноді це пов'язано з особливою чутливістю до людського погляду. Наскільки це можливо, варто уникати інструкції «подивись на мене» і використовувати інші прийоми, щоб привернути зорову увагу дитини. Однак у випадку серйозних поведінкових проблем зоровий контакт часто є необхідним.

Таким чином природним чином закріплюється мимовільний погляд на обличчя дорослого;

- для створення зорового контакту можна використовувати гойдання на гойдалці. Психолог зупиняє гойдалку і починає рухатися тільки тоді, коли дитина дивиться на нього;

- іноді буває ефективніше тимчасово переключити увагу на інші інструкції. Іноді може бути більш ефективним тимчасово зосередити увагу на інших інструкціях, заохочуючи дитину до спонтанного зорового контакту.

Сформована навчальна поведінка є важливою передумовою для набуття дітьми навичок, важливих для їхнього розвитку та соціальної адаптації. Найважливішою проблемою для дітей з розладами аутистичного спектру є розвиток мовлення та комунікації. Навчання для розвитку комунікативних навичок має проектуватися з урахуванням необхідності повторення певного матеріалу, поступової інтеграції нових елементів в контексті вже набутих знань, умінь і навичок. У корекційно-розвивальні заняття включають ігри та вправи на розвиток рухливості органів артикуляції та тренування вокального дихання; імітацію вокальних і невокальних звуків; ігрові ситуації для розвитку у дітей вміння звертатися один до одного і до дорослого на основі слів, жестів, дій, використання доступних виразів і жестів - замінників («дякую», «будь ласка», «вибач»), інструкцій, вказівок на усну роботу дорослого; дискусії (відповіді на

запитання, виготовлення копій за зразком); усні звіти про виконану або виконувану діяльність; розучування дитячих віршів, міні-діалогів з подальшим читанням у театралізованій грі; слухання казок, розказаних дорослим усно, відповіді на запитання за змістом прослуханого тексту. Інноваційні методи роботи з дітьми цієї категорії, такі як інтерактивні книжки та соціальний сторітелінг, можуть допомогти навчити правилам спілкування та спонукати дітей до самостійного пошуку стратегій налагодження контакту.

В межах кваліфікаційної роботи було проведено емпіричне дослідження на базі інклюзивно-ресурсного центру м. Києві. В дослідженні прийняли участь 20 дітей віком від 5 до 6,5 років – 10 дівчат й 10 хлопчиків з розладами аутичного спектру. Середній вік дітей - 5,4 роки. Визначені такі показники, як рівень словникового запасу, рівень концентрації та переключення уваги, розвиток мислення, рівень рухової активності та рухової пам'яті, показники особистісно- оцінної, соціально- комунікативної та художньо-продуктивної компетентності, рівень сформованості загальних уявлень, Встановлено, що серед дітей з розладами аутичного спектру на момент обстеження 20% дітей мають комфортний стан, 5% дітей мають завищену самооцінку й установку на лідерство, у 5 % відмічається завищена самооцінка, але присутнє бажання мати більше дружної підтримки, 5% дошкільнят готові долати перешкоди, щоб досягнути своєї мети, 25% мають мотивацію на розваги. 15% дітей мають комфортний стан, але прагнуть менше уваги до себе. Особливої уваги заслуговують діти, які мають не комфортний стан, почуття відсторонення та відчуженості -10%, а також діти, які дуже потребують підтримки-15%.

## **РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДОШКІЛЬНЯТ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ**

### **3.1. Мета, завдання та організація формувального етапу дослідження**

**Мета:** розробити й впровадити програмно-методичний комплекс психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму та оцінити його ефективність.

**Завдання:**

1. Розробити програмно-методичний комплекс психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму.
2. Впровадити програмно-методичний комплекс психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму в освітньому просторі.
3. Провести аналіз узагальнених результатів формувального етапу дослідження
4. Розробити методичні рекомендації щодо роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру.

### **Організація формувального етапу дослідження**

На базі інклюзивно-ресурсного центру м. Києві протягом 2- місяців проводились заняття з дітьми з розладами аутичного спектру. Заняття проводилися як в форматі групи по 6-8 дітей, так й індивідуально, а також, у форматі міні- групи (2 дітей). Заняття включали елементи арттерапії, казкотерапії, психогімнастику, дихальні та релаксаційні вправи, вправи нейросенсорної інтеграції та вправи навчання соціальної гри. Тривалість занять

- від 30 до 45 хвилин. Крім того, були проведені лекції для педагогів ЗДО, які працюють з дітьми з розладами аутичного спектру та для батьків таких дітей.

### **3.2. Зміст програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму.**

Психологічний супровід дітей з розладами аутичного спектру, ґрунтується на двох принципах:

- Принцип варіативності. Це означає, що для кожної дитини підбирається конкретний варіант виховання і навчання, залежно від вибору методів і засобів, умов проживання дитини, мікроклімату в сім'ї, побажань батьків та специфіки інтелектуальної недостатності та інших супутніх порушень.

- Принцип системності. Це означає, що виховні, розвиваючі та реабілітаційні заходи здійснюються в спеціалізованих пенітенціарних установах, де дитина отримує медичне обстеження та лікування, психологічне консультування, психіатричну допомогу, навчання спеціалізованим педагогом відповідно до пенітенціарної програми та, за необхідності, допомогу інших спеціалістів.

Система заходів щодо виховання, навчання та розвитку дітей з розладами аутичного спектру має загальноосвітній, розвивальний та компенсаторний характер, з психолого-медико-педагогічним супроводом. Систематичний догляд і навчання кожної дитини вимагає підходу, який враховує характер порушення, ступінь його прояву і темпи психічного та інтелектуального розвитку дитини. Основною метою навчання є нормалізація, а за необхідності - корекція відмінностей та усунення причин їх розвитку.

Метою корекційної роботи з дітьми з РАС є створення середовища та умов, що сприяють емоційному, соціальному та інтелектуальному розвитку дитини, виходячи з її потенційних можливостей та позитивних особистісних якостей. Психологічний супровід та виховання здійснюється за такими напрямками:

- Початковий етап роботи з дитиною, яка потребує корекційного підходу до виховання, навчання та розвитку. На основі медичного, психолого-педагогічного обстеження дитини виявляються відхилення, їх ступінь, динаміка і темпи розвитку, визначаються засоби розвитку.

- Навчання. Метою цього етапу є розвиток автономії, самостійності, моделей поведінки, поведінкових реакцій та етичних принципів соціальної взаємодії між дитиною та її батьками.

- Корекційний. Вживаються заходи, спрямовані на корекцію відхилень. Вони включають розвиток компенсаторних механізмів психічних процесів і діяльності дитини, профілактику і можливе усунення вторинних розладів. Батьків також навчають працювати з дітьми в корекційному ключі.

- Соціалізація. Передбачає навчання дітей соціальній взаємодії та підготовку їх до соціальної активності.

План роботи з корекції в емоційній та вербальній сферах організовується з урахуванням таких діагностичних даних, як рівень психологічного комфорту при навчанні, тривожності та страхів, самооцінки, міжособистісних стосунків у сім'ї та емоційного благополуччя дитини [15]. Підбираються методи та техніки, спрямовані на розвиток здатності адекватно приймати себе та інших,

-розвивати здатність усвідомлювати власні почуття, причини своєї поведінки та наслідки своїх вчинків, тобто розвивати саморефлексію.

-розвивати вміння знаходити сили у складних ситуаціях, брати на себе відповідальність за власне життя та приймати рішення,

-корегувати емоційні та соціальні конфлікти,

-розвивати вміння брати на себе відповідальність за власне життя та приймати рішення.

**Арт-терапія** - це форма психотерапії та психологічної корекції, заснована на мистецтві та творчості. Це ефективна форма психологічної підтримки дітей, заснована на мистецтві, творчості та грі. Арт-терапія в поєднанні з музикою дає дуже позитивні результати в роботі з цією категорією дітей. Коли діти з інтелектуальними порушеннями беруть участь у мистецьких

заходах разом з однолітками, вони розвивають свій соціальний досвід, вчаться взаємодіяти та адекватно спілкуватися у спільній діяльності, коригують комунікативні порушення.

Арт-терапія поступово інтегрується в освітні системи в усьому світі і стає обов'язковою частиною програм соціальної реабілітації. «Освітню» частину арт-терапії часто називають “емоційною освітою”, “афективною освітою” або “мистецькою освітою”. Арт-освіта широко використовується в підготовці психологів і педагогів, в тому числі соціальних працівників; психотерапевтичне мистецтво допомагає вирішувати проблеми, пов'язані з адаптацією людини до навколишньої дійсності і сенсом власного існування. Іншими словами, творчість тісно пов'язана з адаптивністю. А будь-яка кризова ситуація - це порушення нормальної адаптивності. Арт-терапія не формує особистість, а допомагає людині відкрити в собі позитивне. Арт-терапія, особливо її освітня спрямованість, є тією методологічною основою, яка поєднує в собі сучасну науку і мистецтво, специфіку людського інтелекту, емоцій, рефлексії та активності. З її допомогою можна вирішувати освітні та психокорекційні завдання, розвивати творче ставлення до навчання, спілкування та взаємодії з іншими людьми. Коли мистецтво використовується як терапевтичний інструмент, спеціальна підготовка та художні навички художника не відіграють значної ролі. Важливим є сам творчий акт і те, що характеризує внутрішній світ.

Дорослі часто зосереджуються на розвитку інтелектуальної сфери дитини, забуваючи про емоційну. Емоційна педагогіка дає можливість це виправдати. Арсенал художніх прийомів і засобів не тільки урізноманітнює заняття з дітьми, а й розслабляє їх, налаштовує на гарний настрій, гармонізує душевний стан. Емоції виражають особистісне ставлення дошкільника до дійсності, світу дорослих і самого себе. Розуміння власних почуттів та емоцій, а також емоційних реакцій інших людей є важливою передумовою успішної взаємодії дитини з дорослими та однолітками, що дозволяє їй безболісно інтегруватися в соціум. Тому важливим завданням освіти є розвиток емоційно зрілої особистості з перших років життя та підтримка розвитку її почуттів та



емоцій. Допомогти у вирішенні цього завдання можуть техніки візуального мистецтва.

Більшість дітей у віці від 3 до 7 років малюють. Як і гра, малювання допомагає їм зрозуміти власне місце у світі та зрозуміти навколишню дійсність. Воно дозволяє дітям впоратися з різними емоціями, які вони відчують через внутрішні протиріччя або у взаємодії з іншими людьми. Через малювання діти можуть повністю виразити себе. Малювання також допомагає дітям зрозуміти, які переживання вони не можуть мати, які частини реальності для них безглузді або зовсім недоступні. Деякі діти не можуть контролювати свої емоції. Емоції переповнюють їх, і вони не можуть їх висловити. Інші не здатні утримувати і проживати свої емоції. Вони часто емоційно обмежені. А іноді взагалі емоційно не розвинені. Але за допомогою кольорових олівців ви можете разом з дітьми намалювати їхні емоції. Цей вид малювання допомагає дітям розпізнавати свої емоції. Дитячий малюнок - це завжди ескіз, приблизна проекція складного і динамічного розвитку психологічного портрета дитини, загальний «рольовий портрет» внутрішнього світу дитини.

Вправи з малюванням та обговоренням. Малювання допомагає дітям навчитися розуміти і адекватно виражати емоції; допомагає вирішувати напруженість, «показуючи» і дозволяючи зрозуміти конфлікти через малюнок; малювання і розмова допомагають налагодити стосунки з дитиною.

**Казкотерапія.** Казки показують дітям навколишній світ, його структуру, стосунки між людьми, їхні вчинки та мораль у простій і зрозумілій формі. Для дітей з порушеннями розвитку важливим є використання наочних посібників. Проблема використання казкотерапії у розвитку особистісних характеристик та загальнолюдських цінностей залишається актуальною і сьогодні, оскільки казки, як активні сугестивні (недирективні) символи, містять найважливіші психологічні риси, моделі поведінки та соціальні переконання, допомагаючи таким чином формувати особистість. Через важливість казок для соціальної поведінки людини в будь-якому віці, казки також можуть слугувати джерелом терапії, а саме наративної терапії. Більше того, існує глибокий зв'язок між

казками та ситуацією, в якій живе людина. Улюблена казка або казка, яка налякала вас у дитинстві, може вплинути на ваш життєвий шлях, навіть якщо ви не усвідомлюєте цього зв'язку. Наративна терапія може змінити негативний сценарій, допомогти подолати особисті проблеми та створити позитивний життєвий сценарій. Важливість використання наративної терапії полягає в тому, що вона поєднує різноманітні методичні, педагогічні, лінгвістичні та психотерапевтичні техніки в єдиному наративному контексті та адаптує їх до психіки людини з метою розвитку самостійної, впевненої в собі та автономної особистості, яка є незалежною від інших у своїх судженнях та рішеннях.

Казка є однією з форм, через яку відбувається соціалізація на різних етапах життя. Вона входить у життя людини з раннього дитинства і супроводжує її протягом усього життя, починає знайомити з людськими стосунками та навколишнім світом. Механізми соціалізації варіюються від культури до культури, але спільним для них є те, що вони вибудовують систему впливів на потреби, інтереси, цінності, мотивації, настанови та норми.

**Музична терапія** - це форма арт-терапії, яка спрямована на корекцію та профілактику психічних та особистісних розладів у розвитку дітей з інтелектуальними або психофізичними порушеннями. Музика використовується для впливу на регуляцію психічних, соматичних та емоційних процесів. Музика використовується як форма терапії для корекції комунікативних порушень. Крім загальних (педагогічних, виховних і розвиваючих) цілей музичної освіти, існує також специфічна мета - корекція психофізичних порушень у дітей, в тому числі їх психоемоційного стану. Мета полягає у створенні простору, де діти можуть навчитися освоювати основні рухи в гармонії зі звуками музики, покращити слух і поведінку.

Музика позитивно впливає на вегетативну нервову систему дитини, стимулює розумові процеси та стабілізує комунікацію між дорослими і дітьми. Музикотерапія має на меті розвиток емоційного сприйняття музики у дітей; розвиток інтересу до музичних занять; формування елементарних знань і уявлень про музику та її роль у житті людини; систематичну корекцію недоліків

у пізнавальній та емоційно-вольовій сфері, розвиток мовлення та різних мовленнєвих функцій; корекцію недоліків у моторно-руховій сфері; розвиток емоційно-естетичного ставлення до предметів і явищ навколишнього світу та музичних творів.

Зміст занять досягається шляхом впровадження певних видів корекційно-розвивальної роботи: рецептивне сприйняття музики (сенсорне); рухове розслаблення і злиття з ритмом музики; гра з іграшками; музично-рухові іграшки та вправи; звукотерапія (спів); музичне малювання; дитячий спів та гра на інструментах, ритмічні, дихальні та гімнастичні вправи під музику.

**Психомасстика** (танцювальна терапія, міміка та пантоміміка) - це метод, де учасники виражають себе та спілкуються без слів. Психогімнастика - це вираження почуттів, емоційних станів та емоційних проблем через рух, міміку та пантоміміку.

Методологія психогімнастики дуже проста. Психогімнастику можна використовувати як для загального розвитку дитини, так і для корекції різних психологічних станів, таких як надмірна рухливість, погана концентрація уваги, істерія, сором'язливість, замкнутість тощо.

Психогімнастику слід проводити в чотири етапи.

На першому етапі виконуються імітаційні та пантомімічні сценки для вираження певних емоційних станів і почуттів, а також для розвитку уваги та пам'яті.

На другому етапі необхідно досягти вираження певних якостей та їх емоційного супроводу.

Третій етап тренінгу є психотерапевтичним і передбачає розвиток здатності до перевтілення в певний образ та корекцію певних характеристик.

Четвертий етап передбачає зняття психоемоційного напруження, розслаблення та введення настрою, бажаної поведінки та характеристик.

При розробці та проведенні психоемоційних вправ для дітей важливо враховувати необхідність творчого підходу. Заняття повинні характеризуватися

атмосферою легкості, розкутості, спонтанності та добровільної внутрішньої дисципліни. Сама сесія не повинна тривати довше 15-20 хвилин.

**Релаксація** - допомагає розслабити всі групи м'язів, розвиває уяву, сприйняття і знімає емоційну напругу. Вправи на релаксацію поділяються на кілька основних типів. Довготривалу релаксацію можна робити під час прийому фармакологічних препаратів, під гіпнозом або під час сну. Короткочасна релаксація характеризується швидким зняттям стресу і напруги.

За способом дії може бути м'язовий (дотик), психічний (уява).

За походженням. Первинна релаксація, яка відбувається без зовнішнього втручання, після тренування, і вторинна релаксація, яка викликається цілеспрямовано спланованими діями.

За глибиною. Поверхнева релаксація характеризується нетривалим відпочинком, тоді як глибока релаксація триває не менше 20 хвилин. Вона має терапевтичний вплив на організм.

Залежно від того, як швидко вона настає. Термінова релаксація характеризується негайним ефектом в екстреній ситуації, в той час як довготривала релаксація характеризується тривалим лікуванням або систематичним застосуванням.

Залежно від того, наскільки сильним є ефект. Диференційована (локальна) релаксація характеризується розслабленням певних частин тіла, тоді як загальна релаксація характеризується загальним впливом на організм.

Для досягнення найкращого психофізичного ефекту зазвичай використовують кілька терапевтичних методів одночасно.

**Дихальні вправи** допомагають зняти емоційний дискомфорт, навчити технікам релаксації та розвинути навички саморегуляції і самоконтролю.

Дихальна гімнастика для дітей є практичною і може бути неоціненною для батьків. Вони не тільки допомагають їм краще контролювати свої емоції. Дихальні вправи також покращують концентрацію уваги, а діти після них почуваються спокійніше, оскільки краще розуміють своє тіло. До переваг також можна віднести кращу вимову та вищий рівень комунікації.

На перший погляд, це може здатися нісенітницею. Чи можуть діти народжуватися без дихання? Звичайно, можуть. Біомеханіка вдиху і видиху - це автоматичний процес, якому нікого не треба вчити. Отже, ми всі знаємо, як дихати, але чи справді ми робимо це правильно?

Ні. Ми не завжди дихаємо правильно. По-перше, ми не використовуємо наші легені на повну потужність і забуваємо про діафрагму, яка має величезний вплив на процес дихання, якщо ми знаємо, як правильно нею користуватися. Інша проблема полягає в тому, що ми дихаємо занадто швидко і неглибоко, що призводить до аритмії в дихальних шляхах.

Це призводить до підвищеної втомлюваності, частих головних болів і підвищеної схильності до стресу і тривоги. Доведено, що при народженні діти дихають правильно, тобто глибоко і за допомогою діафрагми. Однак, коли вони дорослішають, вони поступово втрачають цю вроджену здатність. Тому добре давати їм дихальні вправи у вигляді ігор, які дозволять їм правильно дихати.

Гра є ключовим фактором розвитку всіх дітей, в тому числі дітей з розладами аутистичного спектру, яка є найважливішим видом діяльності в дитячому віці.

Через гру дитина активно розвиває основні форми мислення, мовлення та уяви, взаємодіє з навколишнім світом, розігрує певну дію та роль, і таким чином починає розуміти соціальні правила та норми. Діти з аутизмом мають специфічні порушення розвитку, які, природно, впливають на характер гри. У деяких випадках у дітей з розладами аутистичного спектру можуть розвиватися певні стереотипні ігрові дії. Однак ці дії виконуються дітьми наодинці, вони не «впускають» інших у свою гру і не виявляють жодного інтересу до участі в іграх інших дітей. Багато дітей з аутизмом не здатні грати з іншими дітьми. Іноді діти з РАС мотивовані грати разом, але взаємодія утруднена через відсутність навичок соціальної гри.

Дітям бракує навичок імітаційної гри, вони не вміють ділитися ігровими матеріалами, не засвоюють багато соціальних правил гри, зокрема не вміють чекати своєї черги, не можуть виконувати перехідні рухові дії і т.д. Тому замість

взаємодії в грі вони демонструють дезадаптивну поведінку поза грою. Дослідження показують, що розлади соціальної гри зустрічаються у всіх дітей з РАС.

Однак ретельний аналіз теми показує, що в сучасній літературі не існує детальної концепції щодо того, як працювати над розвитком навичок соціальної гри у дітей з аутизмом.

Однак навчання таких дітей соціальній грі є важливим внеском у полегшення їхніх труднощів із соціальною взаємодією та соціалізацією.

Корекційна робота, спрямована на формування навичок соціальної гри, включає наступні напрямки:

- Розвиток спеціальної уваги.
- Розвиток навичок імітаційної гри.
- Розвиток навичок паралельної гри.
- Розвиток навичок гри в хороводі.
- Розвиток навичок перехідної гри.
- Розвиток навичок обміну ігровим матеріалом.
- Розвиток навичок спільної гри.

Навчання навичкам соціальної гри здійснюється на основі наступних принципів, розроблених у загальній педагогіці, корекційній педагогіці та спеціальній психології:

- комплексний вплив,
- систематичність,
- навчання від простого до складного,
- принцип міцності,
- візуалізація,
- принцип диференційованого підходу до навчання,
- індивідуального підходу.

***Принцип комплексного впливу:***

Припускає участь, взаємодію та співробітництво в процесі корекційної роботи всіх фахівців, що працюють з дитиною, та її батьків. Дотримання даної

умови дозволяє значно підвищити ефективність навчання. У дітей з РАС відзначаються значні труднощі перенесення формуються вмінь і навичок з однієї соціальної ситуації в іншу. Дитина може демонструвати навички імітаційної гри, граючи з педагогом, але не може цього робити в іншій кімнаті, з іншим дорослим або вдома. Залучення якомога більшої кількості людей до процесу навчання може суттєво допомогти подолати ці труднощі, полегшити перенесення навичок гри з однолітками у повсякденне життя та закріпити їх. Водночас вплив на дитину має бути скоординованим і синхронізованим, що стає можливим завдяки тісній взаємодії та співпраці між батьками дитини, вчителями, дефектологом, психологом та її вихователями, між педагогами, дефектологом, психологом та іншими фахівцями.

### ***Принцип систематичності***

Вказує на необхідність систематичного навчання та постійної практики при розвитку соціальної гри. Одна з основних проблем аутичних дітей полягає в тому, що вони не здатні самостійно засвоїти навички соціальної гри, необхідні для повсякденного життя. Цілеспрямоване, систематичне навчання допомагає подолання цієї проблеми. Принцип систематичності передбачає впорядкованість та послідовність навчання. Спочатку здійснюється формування найпростіших навичок, потім складніших.

### ***Принцип від простого - до складного.***

Тісно пов'язаний із принципом систематичності і передбачає необхідність формування навичок соціальної гри у певній послідовності з поступовим ускладненням корекційних завдань. Таким чином, здатність імітувати дії з предметами розвивається за наступним алгоритмом:

1. імітація простої дії з двома предметами;
2. імітація двох послідовних дій;
3. імітація послідовності декількох дій в грі.

Приклад:

- дитина котить візок (імітує дію дорослого),
- дитина заїжджає на машині в гараж,

- дитина веде машину, а потім ставить її в гараж,
- дитина котить машину, садить людину в машину, котить людину в машині, а потім відвозить машину в гараж.

Навчання навичкам кругового танцю передбачає певну послідовність дій:

- розвиток вміння стояти в колі і триматися за руки з сусідами;
- розвиток уміння ходити по колу, тримаючись за руки;
- розвивати вміння виконувати синхронні дії в колі;
- розвивати вміння співати хорівод в унісон та виконувати синхронні дії в колі.

*Поетапне, поступове, послідовне відпрацювання навичок є основою роботи з дітьми з РАС.*

### ***Принцип міцності***

Це підкреслює необхідність систематичного закріплення навичок соціальної гри. Для дітей з РАС характерна нестабільність навичок. Навички, які мають тенденцію до руйнування. У зв'язку з цим важливо не тільки навчати їх новим соціальним та ігровим моделям, але й надавати постійні можливості практикувати вже сформовані навички та підвищувати їх стабільність. Корекційна робота - це постійне закріплення навичок ігрової імітації, які є фундаментальними і надають дитині додаткові можливості імітувати поведінку інших гравців на більш високому рівні.

### ***Принцип наочності***

У ній досліджується потреба в додатковій візуальній підтримці, яка може бути дуже корисною у навчанні дітей з аутизмом навичкам соціальної гри. Відомо, що діти з аутизмом погано розуміють мову. Тому для демонстрації ігрових дій використовуються не тільки лінгвістичні, а й візуальні засоби, щоб показати, де відбувається гра, де знаходяться учасники і які правила гри. Візуальне моделювання та демонстрація ігрових дій використовуються на всіх етапах роботи. На кожному занятті використовується наочне моделювання, який показує порядок гри. У спортивних іграх можна використовувати мотузку на підлозі як візуальну підказку, щоб показати, куди кидати м'яч.



У паралельній грі малюнки використовуються як візуальні підказки для розвитку здатності виконувати послідовні ігрові дії.

У паралельній грі, щоб розвивати вміння користуватися спільним ігровим обладнанням, ігрове обладнання кожного гравця символічно позначається певним кольором. Під час будівництва одна дитина одягає червону футболку, а інша - жовту. Обидва гравці вибирають будівельні блоки потрібного кольору зі спільної коробки.

У грі по колу можна використовувати кепку як візуальний маркер для позначення ролі «лідера».

Коли ви розвиваєте вміння ділитися ігровим обладнанням, можна використовувати коробки, які вказують, куди складати іграшки, з якими діти вже погралися.

### ***Принцип диференційованого підходу***

Вказує на необхідність вибору методів, прийомів і форм організації корекційної роботи відповідно до рівня розвитку навичок соціальної гри дитини.

Для дотримання цього принципу необхідно визначити рівень розвитку навичок соціальної гри. Відповідно до рівня розвитку дитини змінюватиметься зміст занять.

-Діти з низьким рівнем розвитку навичок соціальної гри вчаться імітувати прості ігрові дії та брати участь у паралельних іграх, використовуючи власні ігрові матеріали;

-Діти на середньому рівні вчаться грати в групі за наслідуванням, грати паралельно, використовуючи частину одного і того ж ігрового матеріалу, і грати по колу;

-Діти на високому рівні вміють вчаться грати з переходами рухів, ділитися ігровим обладнанням та працювати разом для досягнення спільної мети.

### ***Принцип індивідуального підходу***

Це означає, що в корекційній роботі з розвитку навичок соціальної гри необхідно враховувати індивідуальні особливості, потреби та інтереси дітей. У

роботі з дітьми, які не мають продуктивної уяви, використовувати тільки сенсорно-моторні та функціональні іграшки; для дітей з помірно продуктивною уявою вибирати символічні ігри; а для дітей з високою уявою - використовувати сюжетно-рольові ігри.

Належна організація простору мотивує дітей з РАС до соціальної взаємодії, дозволяє їм розвивати навички соціальної гри, вивчати соціальні функції різних ігрових об'єктів і розвивати ігрові способи взаємодії з предметами. Дуже важливо, щоб навчання навичкам соціальної гри відбувалося тільки у відповідному середовищі - просторі, спеціально призначеному для гри, наприклад, в ігровій кімнаті або на дитячому майданчику.

Для формування навичок соціальної гри застосовуються дві основні організаційні форми роботи: індивідуальна та мала групова. Перехід від однієї форми роботи до іншої відбувається поступово.

Підготовчий етап. На цьому етапі в ході індивідуальної роботи (дитина-дорослий) здійснюється підготовка до подальшої роботи в малій групі, при цьому у дитини закладаються такі основи

- розвиток навичок соціальної гри
- формування початкової мотивації до гри
- розвиток соціальної уваги
- формування елементарних навичок наслідувальної гри в групі з двох осіб

з дорослим

- розширення репертуару індивідуальної ігрової діяльності.

Перший етап є дуже важливим, адже саме під час індивідуальної роботи формуються перші ігрові навички, вміння використовувати різноманітні ігрові матеріали.

Слід зазначити, що на наступних етапах навчання індивідуальна робота повинна проводитися паралельно з роботою в малих групах, оскільки під час індивідуальних занять створюються нові можливості для використання ігрових матеріалів. Основною метою роботи в малих групах є набуття навичок у

соціальних іграх, які ґрунтуються на навичках, вже набутих в «індивідуальних іграх».

Перехідний етап. На цьому етапі відбувається перехід від індивідуальної роботи до роботи в малих групах.

Тренінг відбувається в малій групі (2 дитини, 2 дорослих). При цьому один дорослий виступає в ролі керівника групи, а інший - в ролі асистента.

Головною особливістю цього етапу є те, що двоє дітей грають поруч один з одним, але безпосередньої взаємодії між ними немає.

Обидва імітують дії дорослого або беруть участь у паралельній грі з власним ігровим матеріалом.

Основна сцена. Мала група на основній сцені також складається з двох дітей і двох дорослих. Один з дорослих виступає в ролі лідера, інший - асистента і допомагає в разі потреби.

Саме тут досягаються найважливіші корекційні та освітні цілі:

- Розвиток навичок паралельної гри з частковим використанням спільного ігрового обладнання;

- Розвиток навичок гри з переходами;

- Розвиток уміння ділитися ігровим обладнанням;

- Розвиток уміння співпрацювати з партнером по грі для досягнення певної мети;

На цьому етапі також відбувається розвиток навичок хороводної та хороводно-ігрової діяльності.

Важливою умовою є врахування особистих інтересів та потреб дітей.

Оскільки у дітей з РАС соціальна мотивація практично відсутня, дорослий повинен приділяти особливу увагу створенню мотивації, основним джерелом якої є інтерес дитини до видів діяльності та ігрових матеріалів. Іграшки, підібрані відповідно до інтересів дитини, заохочуватимуть її до гри та соціальної взаємодії. Якщо підібраний для гри стимульний матеріал не цікавий дітям, сформувати соціальне ігрове середовище буде вкрай складно.

Необхідно використовувати тільки знайомі ігри та ігрові матеріали, з якими дитина навчилася грати в рамках індивідуальної роботи.

Дотримання цієї умови дозволяє дитині сконцентруватися на соціальній взаємодії з партнером по грі, а не на освоєнні чергового руху з іграшкою. Якщо дитина вже вміє з'єднувати деталі конструктора і будувати з них вежу, то в грі з передачею руху вона концентрується на передачі руху і з'єднанні деталей автоматично. Якщо дітям дають незнайомий матеріал, їхня увага відволікається від оволодіння цим матеріалом і, як наслідок, значно знижується соціальна увага та взаємодія. Тренуються імітаційні ігрові навички, оскільки метою цієї роботи є досягнення здатності імітувати нові ігрові дії.

Гра з очевидним результатом мотивує дітей-аутистів набагато більше, ніж непередбачуваність і невизначеність: кидання м'ячів у кошик - гра закінчується, коли кошик порожній; доміно - гра закінчується, коли всі кісточки з'єднані; лото - гра закінчується, коли всі картинки накриті відповідними картками. У ситуаціях, коли важко визначити, коли гра закінчилася, можна скористатися пісочним годинником, секундоміром, таймером або будильником.

Однією з найважливіших передумов соціальної гри є акцент на невербальній взаємодії. Дітям не потрібно використовувати навички вербальної комунікації в процесі навчання. Необхідність використання комунікативних навичок у корекційному процесі значно знижує ефективність роботи з розвитку навичок соціальної гри. Це пов'язано з тим, що у дітей з РАС порушена вербальна комунікація і їм складно зосередитися на двох порушених сферах одночасно: соціальній взаємодії та спілкуванні. Отже, навички вербальної та невербальної взаємодії потрібно розвивати поступово, а не одночасно!

-Мовлення дорослих має бути ситуативним, тобто пов'язаним з поточним контекстом гри;

- Висловлювання мають бути короткими і спрощеними, наприклад, «кидай», «кидай кубики», «твоя черга» тощо.

-Слова повинні бути загальнозживаними і широко використовуваними,

- Слід дотримуватися балансу між спокійним та емоційним тоном.

У ситуації заохочення тон повинен бути спокійним, в ситуації підбадьорення - гучним, для заохочення бажано використовувати веселі акценти («Браво!») Необхідно давати дітям час на реакцію на висловлювання дорослого, тобто повинна бути невелика пауза очікування: скажіть дитині «вдар по м'ячу» і почекайте, поки вона влучить в нього. Навчаючи дітей соціальної гри в малій групі, необхідно постійно підкріплювати вже сформовані навички. Якщо навички, якими вони вже оволоділи, не підкріплювати, вони ризикують зруйнуватися.

Етапи соціальної гри:

1. Привітання. Двоє дітей і двоє дорослих стають у коло (обличчям один до одного) так, щоб діти були обличчям один до одного, і беруться за руки. Ритмічними рухами рук учасники групи вітають один одного веселим «Як справи?».

2. Розминка. Як розминку можна використовувати будь-які ігри та вправи, які приносять дітям радість і заохочують їх продовжувати роботу, наприклад - ведучий бере м'яку іграшку і бігає за дітьми, імітуючи гавкіт собаки і лоскочучи іграшкою кожного з дітей; ведучий пускає мильні бульбашки, діти дивляться на них і ловлять їх,

3. Відпрацювання нової навички. Ведучий пропонує дітям іграшки, за допомогою яких можна навчити їх нової навички або навички, яка вже відпрацьовується.

4. Час для вільної гри та відпочинку. Залежно від уподобань дітей та інтенсивності заняття, діти мають час для вільної гри, коли вони граються самостійно (зазвичай наодинці) і вибирають цікаві ігрові матеріали, або час для релаксації, коли дорослі максимально приглушують світло.

*дорослі максимально приглушують світло, наприклад, коли діти відпочивають на матрацах, слухаючи музику*

*дорослі саджають дітей у великі надувні м'ячі, щоб допомогти їм поступово розслабитися,*

*дітям роблять масаж масажними м'ячами тощо.*

5. Закріплення попередніх навичок. Ведучий пропонує дітям іграшку, яка призначена для

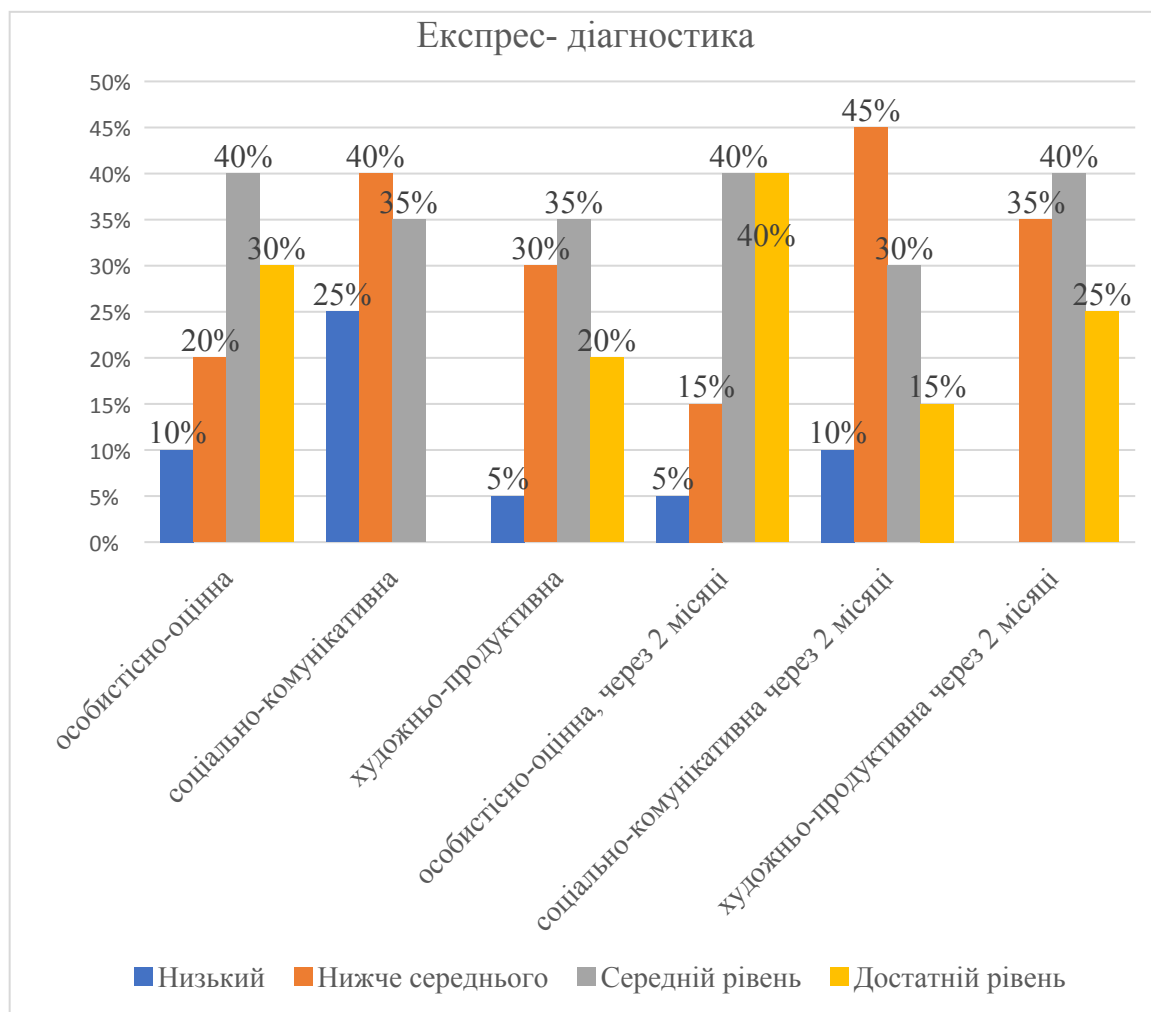
закріпити навички, набуті на попередніх етапах.

6. Прибирання ігрового обладнання.

7. Прощання (до наступного заняття). Діти та дорослі беруться за руки і стають у коло (як на початку заняття). Всі ритмічно махають руками і промовляють в унісон: «До побачення! До побачення!».

### 3.3. Аналіз узагальнених результатів формувального етапу дослідження

Через 2 місяці формувального експерименту було проведено повторна експрес-діагностика для визначення особистісно-оцінної, соціально-комунікативної та художньо-продуктивної компетентності дітей з розладами аутичного спектру. Порівняння результатів представлено на рис. 3.1.



### Рис. 3.1. Порівняння результатів експрес-діагностики

Отже, як можна бачити, через 2 місяці використання програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму збільшилась кількість дітей, які мають достатній рівень особистісно-оцінної (на 10%) та художньо-продуктивної компетентності (на 5%), й з'явилося 3 дітей (15%), які мають достатній рівень соціально-комунікативної компетентності, також варто зазначити, що кількість дітей старшого дошкільного віку з РАС, які мають низький рівень соціально-комунікативної компетентності знизилась на 15%. Також варто звернути увагу на покращення показників соціально-художньої та особистісно-оцінної компетентностей. Всі відмінності статистично достовірні, що було перевірено з використанням t-критерію Стьюдента ( $p < 0,01$ ) таким чином можна зробити висновок, що впровадження протягом 2-х місяців програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму позитивно впливає на розвиток соціально-комунікативних, художньо-продуктивних навичок та сприяє формуванню особистісно-оцінної компетентності дітей з розладами аутичного спектру.

#### **3.4. Методичні рекомендації щодо роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру**

Сучасні підходи до освітньої корекції аутизму передбачають активну участь батьків у корекційному процесі. Інтеграція зусиль фахівців з аутизму та сімей дітей з аутизмом є дуже важливою з наступних причин: 1) стратегічні цілі корекційно-виховного процесу (розвиток комунікативних навичок (вербальних і невербальних), міжособистісних відносин, набуття навичок спільної діяльності, емпатії тощо) повинні досягатися в першу чергу на рівні соціальних взаємодій типу «батьки-дитина», з батьками відповідної дитини. Набуті дитиною навички потім мають бути перенесені на інші види соціальної взаємодії - «дитина-вчитель», «дитина-дорослий», «дитина-інша дитина».

Основне психічне та фізичне навантаження корекційної роботи з дітьми-аутистами лягає на матір, яка потребує регулярної допомоги професіоналів, здатних оцінити стан дитини та його динаміку, запропонувати матері конкретні корекційні техніки роботи з дитиною та вказати природні подальші кроки в психологічній корекції та навчанні. Однак фахівець ніколи не може замінити батьків у спробі налагодити взаємодію з дитиною, яка має значні порушення емоційного розвитку. Механізм прив'язаності повинен бути встановлений з матір'ю, яка повинна навчитися самостійно керувати поведінкою дитини і справлятися з ситуаціями підвищеної тривожності та агресії. Тільки вона може більш природно наповнити спільні стереотипи їхнього повсякденного життя емоційними деталями, важливими для них обох. На жаль, мати дитини з аутизмом, яка відіграє таку важливу роль у процесі корекційної освіти, є «слабкою ланкою». Було проведено багато окремих досліджень психологічних проблем сімей, в яких виховуються діти з аутизмом. Вони показують, що всі ці сім'ї стикаються з екстремальними проблемами і хронічним стресом. У матерів дітей з аутизмом найвищі показники депресії, фізичних проблем та емоційного виснаження порівняно з матерями дітей з інтелектуальними порушеннями та «здорових» дітей. Ось чому так важливо, щоб матері регулярно отримували допомогу психологів і соціальних працівників для вирішення своїх особистих проблем, а не тільки тих, що стосуються їхньої дитини. Без активної участі сім'ї дитини-аутиста неможливий комплексний процес корекції та навчання (а також ефективне медикаментозне лікування дитини). Батьки і всі фахівці, які працюють з дитиною (спеціальний педагог, психолог, лікар, вчитель, соціальний працівник), повинні створити необхідний для дитини емоційний порядок, який називається терапевтичним стилем життя. Крім того, в деяких випадках батьки відіграють роль «посередників» між дитиною і зовнішнім світом, допомагаючи дитині спілкуватися невербально, і їх безпосередня участь значно підвищує здатність дитини до адаптації. Сім'я дитини з аутизмом потребує постійної психологічної та методичної підтримки, а також соціального супроводу, щоб запобігти вторинному аутизму у дитини та її сім'ї. У наших реаліях найкращий



спосіб співпраці сім'ї та фахівців - це дотримання батьками рекомендацій фахівців щодо правильно організованого середовища, спеціального емоційного виховання дитини, сенсорної організації простору, домашніх завдань і т.д. Це найкращий спосіб запобігти розвитку у дитини вторинного аутизму.

Сьогодні одним з найефективніших способів корекції аутизму є прикладний аналіз, або АВА-терапія. Корекція поведінки дітей з аутизмом дуже важлива. Її основне завдання - допомогти дітям з певними порушеннями розвитку адаптуватися до навколишнього середовища і повноцінно брати участь у житті суспільства. У чому суть цієї методики? В її основі лежать технології та поведінкові техніки, які дозволяють вивчати і модифікувати вплив факторів навколишнього середовища на поведінку людини з аутизмом, тобто маніпулювати цими факторами.

АВА-терапія також відома як модифікація поведінки. Суть програми АВА полягає в тому, що будь-яка поведінка має наслідки, і якщо дитині подобається поведінка, вона буде її повторювати, якщо не подобається - не буде її робити. За допомогою цього методу всі складні навички дітей з аутизмом, такі як дотик, мовлення, творча гра, зоровий контакт, слухання та інші, розбиваються на невеликі, дискретні блоки дій. Кожен з них потім вивчається індивідуально з дитиною. Пізніше блоки об'єднуються в єдиний ланцюжок, який формує складну дію.

Під час процесу навчання дії дитині з розладом аутистичного спектру фахівець з аутизму дає завдання. Якщо дитина не може вирішити його самостійно, педагог дає підказку і заохочує дитину за правильні відповіді, ігноруючи неправильні. Це і є основою АВА-терапії. Навчання за цією методикою проходить у кілька етапів. Одна з вправ програми - «розуміння мови». Спеціаліст дає дитині певне завдання або стимул, наприклад, просить дитину підняти руку, одразу ж шепоче до неї (піднімаючи руку дитини) і заохочує дитину, якщо вона відповідає правильно. Після кількох спільних спроб дитина намагається виконати дію без підказки. Педагог повторює дитині те саме речення і чекає, поки вона не відповість правильно самостійно. Якщо

дитина відповідає правильно без підказки, її заохочують (хвалять, дають щось смачненьке, дозволяють погратися тощо).

Якщо дитина не відповідає правильно, завдання повторюється. Після цього дитина намагається виконати його самостійно. Завдання вважається виконаним, коли дитина може дати правильну відповідь без підказки. Коли дитина дає 90% правильних самостійних відповідей на завдання експерта, вводиться новий стимул, наприклад, кивок головою. Важливо, щоб завдання були якомога різноманітнішими. Нове завдання відпрацьовується за тією ж схемою. Після того, як дитина засвоїла друге завдання - «кивок», вправу ускладнюють. Вивчені дії чергуються у довільному порядку: «кивнути» - «підняти руку», «підняти руку» - «підняти руку» - «кивнути» і так далі. Завдання вважається засвоєним, якщо дитина чергує вивчені дії і дає правильну відповідь у 90% випадків. Так само вводиться третій стимул і відпрацьовується третій, і так далі.

**Узагальнення та закріплення** На цьому етапі відбувається узагальнення набутих навичок. Коли дитина накопичила достатню кількість навичок («візьми», «дай», «йди сюди» тощо), особлива увага приділяється узагальненню. Заняття починаються в незвичних і несподіваних місцях (вулиця, магазин, туалет). Потім люди по черзі дають завдання дитині (фахівець, мама, тато, дідусь і бабуся). Четвертий, завершальний етап У певний момент дитина не тільки засвоює оброблені стимули, а й починає самостійно розуміти нові завдання, і подальша практика не потрібна. Наприклад, дитині дають завдання «закрити двері», показують його один-два рази і цього достатньо. Якщо їй це вдається, це означає, що вона засвоїла програму і більше сеансів АВА-терапії не потрібно. Дитина починає вбирати більше інформації з навколишнього середовища, як це зазвичай роблять діти без аутизму.

### ***Поради для батьків.***

Розвиток дитини з аутизмом в першу чергу повинен бути спрямований на різноманітне та емоційно насичене спілкування з

батьками. Батьки повинні розмовляти з дитиною більше, ніж зі здоровою дитиною.

- Необхідно постійно стимулювати інтерес дитини до навколишнього світу. Цікава подача рутинних моментів і ваше небайдуже, любляче ставлення до дитини, називання емоційних станів різними звукосполученнями сприяють емоційному «зараженню» малюка. Це, в свою чергу, поступово створить у дитини потребу в контакті та ініціює поступову зміну власного емоційного (часто агресивного) стану.

- Постійно давайте дитині зрозуміти, що ви робите. Під час купання, одягання, огляду тощо не слухайте та не ігноруйте дитину, а натомість м'яко заохочуйте її до наслідування. Пам'ятайте, що дитина може наслідувати лише те, що знає в загальних рисах. Добре, якщо мама співає, причому це можуть бути не тільки пісні: оскільки діти з аутизмом краще реагують на музику, ніж на мову, варто накладати музику на мовні вирази, наспівувати ім'я дитини, коментарі, прохання, розповіді, похвалу тощо. І розмовляти з дитиною спокійним (бажано тихим) голосом.

- Полегшити дитині проходження моменту фізичного відокремлення від себе, не допустити прояву важких форм «екстремальних емоцій», коли дитина стає абсолютно некерованою, неконтрольованою, неслухняною. Ви постійно нарощуєте «периферійне чуття» дитини, щоб поступово зникав страх перед новим у навколишньому середовищі.

- Пам'ятайте, що крім байдужості, емоційної ізоляції від вас, можлива форма симбіозу, при якій дитина відмовляється бути без вас, хоча б на деякий час, навіть якщо вона ніколи не прив'яжеться до вас.

- На всіх етапах контакту обирайте безпечну дистанцію для спілкування і м'яко давайте зрозуміти, що ви готові до взаємодії, завжди відштовхуючись від ментального рівня дитини.

- Під час тактильного контакту з дитиною ви можете сказати їй, що ви відчуваєте, в тому числі висловити злість на опір дитини. Пам'ятайте, що

дитина з аутизмом може розуміти ваші емоції та мову. Однак емоційні особливості дитини можуть заважати процесу сприйняття материнської любові. Важливо продовжувати ламати опір дитини стимулами, які є емоційно надчутливими і неприємними для неї (довгі поцілунки, шепіт на вухо та ін.) При цьому потрібно використовувати певну модифікацію стосунків з дитиною, умовно названу «відпусканням», коли дитина намагається уникати тривалого емоційного контакту, обіймів, поцілунків. Однак, враховуючи природну автономність дитини з аутизмом, цей варіант слід використовувати з обережністю.

- За можливості використовуйте метод залучення дитини до гри без вимог чи інструкцій, просто для встановлення емоційно позитивних та довірливих стосунків, навіть якщо дитина може вас не слухати.

- Постійно стимулюйте емоційні реакції дитини на тепло, холод, вітер, різнокольорове листя на деревах, яскраве сонце, танення снігу, воду, що біжить, спів птахів, зелену траву, квіти; забруднені місця в природі (сміття, неприємні запахи, брудна вода) і чисті, теплі газони тощо. При цьому потрібно неодноразово вчити і заохочувати дитину використовувати відповідні жести і рухи тіла, вигуки, недосконалі слова; заохочувати таку поведінку.

- Постійно пом'якшуйте недостатню або повністю відсутню потребу в контакті і активне, часто агресивне прагнення до усамітнення та ізоляції від зовнішнього світу. Пам'ятайте, що діти відчувають себе набагато краще, коли їх залишають наодинці. Але беріть участь у діях дитини, а потім ненав'язливо наполягайте на спільних діях, наприклад, предмет, яким грається дитина, книга, яку вони читають «разом», матрешка, яку вони по черзі складають, м'ячик, який вони катають по підлозі тощо.

- Вчіться зчитувати елементарні спроби дитини вступити з вами в контакт, і заохочуйте її до продовження цього контакту посмішкою (м'яким голосом, лагідним поглядом, обіймами, повторенням імені тощо). Щоб дитина спрямувала погляд на обличчя дорослого, можна «зловити» погляд дитини, поклавши власну долоню на скроню дитини долонею всередину, так, щоб

дитина не могла відвести погляд, і нахилитися так, щоб погляд дитини зустрівся з поглядом дорослого.

- Важливо носити різноманітний і яскравий одяг та прикраси (окуляри, капелюх, намисто тощо), які викликатимуть у дитини нерішучу реакцію, стимулюватимуть дослідження та привертатимуть увагу до вас.

- Формувати розуміння понять рідні, друзі, знайомі, незнайомі, правила поведінки по відношенню до різних категорій людей; по можливості організувати в будинку сімейний куточок, де можна розмістити «родинне дерево», фото і відео сімейних подій; створити умови для практики побудови взаємин з людьми різного віку і статі.

- Знайомте з різними джерелами інформації (книги, журнали, телебачення, радіо, комп'ютер); покажуйте, яку роль вони відіграють у житті людей. Сімейне читання може допомогти створити емоційну прив'язаність до дитини та навчити її соціальній поведінці. Крім сімейного читання, можна також використовувати метод спільного малювання, коли ви активно описуєте словами те, що малюєте, терпляче пояснюєте дитині порядок малювання і називаєте всі деталі. Якщо дитина не хоче або не вміє малювати сама, дорослий повинен використовувати її руки. Під час спільного малювання можна, наприклад, намалювати автобус, але «забути» додати, наприклад, колесо. Попросіть дитину домалювати те, що потрібно. Такий тип завдань позитивно впливає на розвиток сприйняття та уяви дитини, вчить її взаємодіяти з дорослими.

На формувальному етапі дослідження було розроблено й протягом двох місяців впровадження програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму. Через два місяці було проведена повторна експрес-діагностика й визначено, що збільшилась кількість дітей, які мають достатній рівень особистісно-оцінної (на 10%) та художньо-продуктивної компетентності (на 5%), й з'явилося 3 дітей (15%), які мають достатній рівень соціально-комунікативної компетентності, також варто зазначити, що кількість дітей старшого дошкільного віку з РАС, які мають

низький рівень соціально- комунікативної компетентності знизилась на 15%. Також варто звернути увагу на покращення показників соціально- художньої та особистісно-оцінної компетентностей. Всі відмінності статистично достовірні таким чином можна зробити висновок, що впровадження протягом 2-х місяців програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму позитивно впливає на розвиток соціально-комунікативних, художньо- продуктивних навичок та сприяє формуванню особистісно- оцінної компетентності дітей з розладами аутичного спектру. Розроблені методичні рекомендації щодо роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру.

## ВИСНОВКИ

Аутизм, або розлад аутистичного спектру (РАС) - це розлад нейророзвитку, що характеризується повторюваними, обмеженими та негнучкими моделями поведінки, інтересів та діяльності, а також дефіцитом соціальної комунікації та соціальної взаємодії, наявністю підвищеної або зниженої сенсорної чутливості. Спектр розладів, що лежить в основі РАС, призводить до різноманітних проявів і потреб у підтримці. Наприклад, деякі з них є невербальними, в той час як інші володіють розмовною мовою.

Формальний діагноз РАС відповідно до критеріїв DSM-5 або МКХ-11 вимагає не просто наявності симптомів РАС, а симптомів, які спричиняють значні порушення у багатьох сферах функціонування, а також є нетиповими або надмірними для віку та соціокультурного контексту індивіда<sup>[11][12]</sup>.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Національний інститут здоров'я та досконалості медичної допомоги Великобританії (NICE) та Американська психологічна асоціація класифікують аутизм як розлад нейророзвитку, але рух за права аутистів (і деякі дослідники) розглядають людей з аутизмом як частину природного нейророзмаїття людства.

З цієї точки зору, люди з аутизмом також можуть бути діагностовані з певною інвалідністю, але ця інвалідність може бути вкорінена в системних структурах суспільства, а не в самій людині; таким чином, прихильники цього руху стверджують, що людей з аутизмом слід пристосовувати, а не лікувати. Навпаки, інші вчені стверджують, що РАС погіршує функціонування багатьма

способами, які притаманні самому розладу і не пов'язані з суспільством. Перспектива нейророзмаїття призвела до значних суперечок між людьми з аутизмом та їхніми захисниками, практиками та благодійними організаціями.

Хлопчикам також діагностують значно частіше, ніж дівчаткам.

Ліків від аутизму не існує, і деякі прихильники заперечують необхідність його пошуку.

Послуги раннього втручання, засновані на прикладному аналізі поведінки, мають на меті навчити дітей самообслуговуванню, соціальним і комунікативним навичкам.

Для покращення симптомів РАС протягом життя було розроблено велику кількість психосоціальних втручань, а для вивчення їх ефективності проведено численні клінічні випробування. Першими інтервенційними підходами, які вивчалися в клінічних дослідженнях, були поведінкові втручання, які ґрунтуються на теоріях оперантного навчання. Багатообіцяючі результати перших клінічних досліджень, в яких ці поведінкові методики застосовувалися з дуже високою інтенсивністю, призвели до їх широкого впровадження в клінічну практику. На відміну від поведінкових втручань, розвиваючі втручання базуються на конструктивістських моделях й фокусуються на підтримці соціальної взаємодії дітей з іншими під час повсякденної життєдіяльності, наприклад, гри. Нещодавно з'явилася нова категорія натуралістичних поведінкових втручань у розвиток для опису практик, які ґрунтуються як на поведінкових теоріях, так і на теоріях розвитку.

Групові заняття спрямовані на покращення соціальних навичок шляхом поєднання структурованого навчання просоціальної поведінки з тренуваннями та практичними вправами під час занять та в перервах між ними. Крім того, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка продемонструвала високу ефективність щодо симптомів різних психічних розладів, також застосовується до осіб з РАС. Заснована на поєднанні принципів як поведінкових, так і когнітивних наук, КПТ спрямована на розвиток навичок подолання труднощів, щоб дозволити людям змінити свої неадаптивні думки, емоції та поведінку.



В межах кваліфікаційної роботи було проведено емпіричне дослідження на базі інклюзивно-ресурсного центру м. Києві. В дослідженні прийняли участь 20 дітей віком від 5 до 6,5 років – 10 дівчат й 10 хлопчиків з розладами аутичного спектру. Середній вік дітей - 5,4 роки.

З'ясовано, що 20% дітей з розладами аутичного спектру, що прийняли участь в дослідженні мають високий словниковий запас, 35%-середній, 45%-низький.

Визначено, що у 60% дітей з розладами аутичного спектру, які прийняли участь в дослідженні - задовільний рівень концентрації та переключення уваги, у 40%- поганий.

З'ясовано, що 15% дітей з РАС мають високий рівень розвитку мислення, 50% дітей з РАС, які прийняли участь в дослідженні продемонстрували середній розвиток мислення, 35%- низький

Встановлено, що у 10% дітей з РАС, які прийняли участь в дослідженні- високий рівень рухової активності й рухової пам'яті, 60% мають середній рівень, 30%- низький рівень рухової активності та рухової пам'яті.

*Було визначено достатній рівень* -дитина знаходить відповіді на запитання відповідно до навчальної програми для своєї вікової групи, іноді під керівництвом педагога- визначено у 30% дітей з розладами аутичного спектру за особистісно- оцінною шкалою, та у 20 % за художньо- продуктивною шкалами. Варто звернути увагу, що не виявлено дітей, які мають достатній рівень за соціально-комунікативною шкалою. *Середній рівень*- показник проявляється частково та умовно, дитина має достатні, але не глибокі знання і чекає на підтримку дорослого; дитина розуміє запитання- визначено у 40% дітей за особистісно- оцінною шкалою, у 35% дітей за соціально-комунікативною шкалою та у 35% за показником «художньо-продуктивна діяльність». Рівень нижче середнього- дитина не розуміє суті запитання і тому не може на нього відповісти- визначено 20% учасників дослідження за особистісно- оцінною шкалою, у 35%- за соціально- комунікативною шкалою, у 30% дітей з розладами аутичного спектру за показником художньо-

продуктивної діяльності. Низький показник- дитина не реагує, не відповідає, виявлено у 25% за соціально- комунікативною шкалою, у 10% за особистісно- оцінною шкалою та у 5% за художньо- продуктивною шкалою.

Встановлено, у 15% дітей з розладами аутичного спектру виявлено високий рівень сформованості загальних уявлень, 50% мають середній рівень сформованості загальних уявлень, 35% дітей з РАС, що прийняли участь в дослідженні мають низький рівень сформованості загальних уявлень.

Встановлено, що серед дітей з розладами аутичного спектру на момент обстеження 20% дітей мають комфортний стан, 5% дітей мають завищену самооцінку й установку на лідерство, у 5% відмічається завищена самооцінка, але присутнє бажання мати більше дружної підтримки, 5% дошкільнят готові долати перешкоди, щоб досягнути своєї мети, 25% мають мотивацію на розваги. 15% дітей мають комфортний стан, але прагнуть менше уваги до себе. Особливої уваги заслуговують діти, які мають не комфортний стан, почуття відсторонення та відчуженості -10%, а також діти, які дуже потребують підтримки-15%.

Між розвитком мислення та усіма іншими показниками встановлений позитивний кореляційний зв'язок із статистичною достовірністю  $p < 0,05$ . Таким чином, можна зробити висновок, що чим більше у дитини словниковий запас, тим краще розвиток мислення. Розвиток загальних уявлень та рухової активності й рухової пам'яті сприяє розвитку мислення. Чим вище концентрація та переключення уваги, тим краще розвиток мислення. Покращення розвитку мислення сприяє підвищенню особистісно-оцінної, соціально-комунікативної та художньо-продуктивної компетенції.

Встановлено, що серед дітей з розладами аутичного спектру на момент обстеження 20% дітей мають комфортний стан, 5% дітей мають завищену самооцінку й установку на лідерство, у 5% відмічається завищена самооцінка, але присутнє бажання мати більше дружної підтримки, 5% дошкільнят готові долати перешкоди, щоб досягнути своєї мети, 25% мають мотивацію на розваги. 15% дітей мають комфортний стан, але прагнуть менше уваги до себе.

Особливої уваги заслуговують діти, які мають не комфортний стан, почуття відсторонення та відчуженості -10%, а також діти, які дуже потребують підтримки-15%.

На формувальному етапі дослідження було розроблено й протягом двох місяців впровадження програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму. Через два місяці було проведена повторна експрес- діагностика й визначено, що збільшилась кількість дітей, які мають достатній рівень особистісно-оцінної (на 10%) та художньо-продуктивної компетентності (на 5%), й з'явилося 3 дітей (15%), які мають достатній рівень соціально- комунікативної компетентності, також варто зазначити, що кількість дітей старшого дошкільного віку з РАС, які мають низький рівень соціально- комунікативної компетентності знизилась на 15%. Також варто звернути увагу на покращення показників соціально-художньої та особистісно-оцінної компетентностей. Всі відмінності статистично достовірні, таким чином можна зробити висновок, що впровадження протягом 2-х місяців програмно-методичного комплексу психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму позитивно впливає на розвиток соціально-комунікативних, художньо- продуктивних навичок та сприяє формуванню особистісно-оцінної компетентності дітей з розладами аутичного спектру. Розроблені методичні рекомендації щодо роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру.

Методи та умови організації корекційної роботи є основою для розвитку навичок соціальної гри у дітей з розладами аутистичного спектру. Вони можуть уточнюватися, аналізуватися та модифікуватися відповідно до особливостей дітей та корекційно-виховних завдань.

Проблема психологічного супроводу дітей з розладами аутичного спектру через свою багатовимірність та складність підбору універсальних підходів потребує подальших теоретичних розвідок та методичних розробок.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти / За загальною редакцією Бойчука Ю.Д. Харків: ХНПУ ім. Г.С.Сковороди, 2020. 376 с.
2. Аутизм - ознаки, причини, лікування аутизму - [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://diagnoz.net.ua/xvorobu/25027-autizm-oznakiprichini-lkuvannya-autizmu.html>
3. Аутизм у дітей. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2015. 254 с.
4. Базима Н.В. До проблем обстеження стану мовленнєвого розвитку у дітей з аутистичними порушеннями. Логопедія. 2011. № 1. С. 5-10.
5. Багрій Я.Т. Дитячий аутизм: монографія. Київ, 2009. 280 с.
6. Богдашина О.Б. Аутизм. Визначення та діагностика / О.Б.Богдашина. Донецьк: ТОВ Лебідь, 1999. 112 с.
7. Бондар В.І. Стан соціальної освіти та динаміка її змін / В.І.Бондар // Кроки до компетентності та інтеграції у суспільство: наук.-метод. зб. / 87 редкол.: Н.Софій (гол.), І.Єрмаков (кер. авт. кол. і наук. ред.) та ін. Київ: Контекст, 2000. С. 29-33.
8. Биковська О. Створюємо дитині можливість набувати особистісний досвід організації своєї самостійної діяльності. Освіта. 2015, № 2-3. С. 40–41.
9. Булахова Л.А. Дитяча психоневрологія /Л.А.Булахова. Київ: Здоров'я, 2001. 495 с.
10. Василевський Т. Сенсорна інтеграція та її значення для функціонування та розвитку мовлення дитини. <https://autism.ua/about-autism/20-terapiia/896-sensorna-intehratsiia-znachennia-dlia-funksionuvannia-rozvytku-movlennia-dytyny>.

11. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О.В.Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В.Огороднійчук [та ін.]. Київ: Просвіта, 2001. 416 с.
12. Воробей О., Бобир Р. Місце дитини-аутиста в сучасному Українському суспільстві. Етнічна історія народів Європи. 2012. Випуск 37. С. 79-82.
13. Галах Т.В. Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом / Т.В. Галах. Нетішин, 2016. 49 с.
14. Грабовська С.Л., Островська К.О. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям. / Матеріали науково-практичної конференції «Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення». Львів, 2009. С.54-58.
15. Душка А.Л. Психологічний супровід родин дітей з розладами аутистичного спектра в умовах стресу [Текст]: методичні рекомендації; Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ, 2022. 99 с.
16. Данілавічюте Е.А., Литовченко С.В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник / За ред. А.А. Колупаєвої. Київ: ВГ А.С.К., 2012. 360 с. (Strategies for Teaching in Inclusive School).
17. Ігнат'єва О. Формування комунікативних навичок у дітей із розладами аутистичного спектру в умовах інклюзивного навчання. Соціальне партнерство в інклюзивній освіті : акмеологічні засади, сучасні реалії: збірник наук. праць за матеріал. міжнар. наук.-практ. конф. (м. Ізмаїл : 15 квітня 2019 р.). Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2019. С. 47-51.
18. Крет Я.В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом / Я.В.Крет. Запоріжжя: Запорізький нац. ун-т, 2007. 228 с.
19. Купчак О.М. Система логопедичної корекції з дітьми із розладами спектру аутизм. Актуальні питання корекційної освіти. 2011. Вип.2. С. 11-19.
20. Логінова І.П. До проблем формування невербальних засобів комунікативної діяльності дітей з розладами спектру аутизму. Логопедія. 2012. No 2. С. 163-168.

21. Лопатіна Г.О. Особливості використання системи графічних символів у роботі з дітьми з аутизмом / Г.О.Лопатіна // Комунікація для всіх: матеріали ІХ Східно та Центральноєвропейської альтернативної та допоміжної комунікації; за ред. В.М.Синьова, М.К.Шеремет. Київ: ДІА, 2013. С. 65-69.
22. Мазяр О.В. Особистісний дисонанс: системний аналіз: монографія. Житомир: Видавець О.О.Євенок, 2020. 332 с.
23. Максименко С.Д., Соловієнко В.О. Загальна психологія: Навчальний посібник. Київ: МАУП, 2000. 256 с.
24. Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру: Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО. 2016. 60 с.
25. Організація інклюзивного навчання у дошкільних навчальних закладах : тематичний збірник праць / Упоряд.: А.А.Волосюк; за заг. редакцією Козловської С.С. Рівне : РОІППО, 2014. 15 с.
26. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А.Порошенко та ін. Київ: 2018. 252 с.
27. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги [навчальний посібник] / К.О.Островська. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
28. Островська К. О. Засади комплексної психологопедагогічної допомоги дітям з аутизмом / К.О.Островська: Монографія. Львів: Тріада плюс, 2012. 520 с.
29. Островська К.О., Химко М.Б. Гіперактивність із дефіцитом уваги у дітей з аутизмом: прояви та способи допомоги. Методичний посібник. Львів.: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 40 с.
30. Панчук В.Л. Аутизм. Рання діагностика / В.Л.Панчук // Дитина з особливими потребами. Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка. №12(12). 2015. С. 5-10.

31. Пахомова Н.Г. Спеціальна психологія: навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 «Корекційна освіта» / Н.Г.Пахомова, М.М.Кононова; ПНПУ ім. В.Г.Короленка. Полтава: ТОВ АСМІ, 2015. 357 с.
32. Плахтій М., Куралова Я. Психологічні та фізіологічні особливості розвитку дітей з розладами аутичного спектру. Науковий Вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Психологічні Науки. С.152-157.
33. Помогайбо В.М. Генетика людини : навч. посіб. / В.М.Помогайбо, А.В. Петрушов. Київ: ВЦ Академія, 2011. 280 с.
34. Психологічний супровід дітей з розладами спектра аутизму: навчально-методичний посібник/ Т.М.Шкварська. Кам'янець-Подільський, 2017. 152 с.
35. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник / А.П.Чуприков, М.І.Винник, Я.Т.Багрій. Івано-Франківськ: Видавництво Івано-Франківської державної медичної академії, 2005. 48 с.
36. Рибак Ю.В., Мурашук О.М. Корекційно розвивальна робота із формування комунікативної компетенції засобами альтернативної комунікації з дітьми із розладами спектра аутизму. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. 2013. Вип. 23(3). С. 241-248.
37. Рождественська М.В., Конопляста С.Ю. Ранній дитячий аутизм: навч. посіб. Київ: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2004. 69 с.
38. Скрипник Т.В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям): науково-методичний посібник. Київ: Видавництво Фенікс, 2010. 59 с.
39. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму. Київ: Видавництво Фенікс, 2010. 388 с.
40. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму: Монографія / Т.В.Скрипник. Київ: Видавництво Фенікс, 2010. 320 с.
41. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / За редакцією академіка В.І.Бондаря. Луганськ: Альма-матер, 2003. 436с.

42. Стреж Л. Психологічний супровід дітей з ОПР у дошкільному навчальному закладі / Л.Стреж // Інклюзивна освіта: стан та перспективи розвитку в Україні: науково-методичний збірник до Всеукраїнської науково-практичної конференції / ВФ Крок за кроком / Київ, 2007. С. 128-130.
43. Тарасун В.В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів / В.В.Тарасун, Г.М.Хворова. За наук. ред. Тарасун В.В. Київ: Науковий світ, 2004. 100 с.
44. Таранченко О.М., Найда Ю.М. Врахування відмінностей розвитку та навчальної діяльності дітей з особливостями психофізичного розвитку в процесі навчання / О.М.Таранченко, Ю.М.Найда // Інклюзивна школа: особливості організації та управління: навчально-методичний посібник. Київ, 2007. 128 с.
45. Тарнавська Ю. Проблема поведінки у дітей із розладами аутичного спектру. Дефектологія. 2013. № 6. С. 44–48.
46. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології / За ред. Т.В.Сак // Збірник наукових праць: Вип. 8. Тематичний випуск «Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю». Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2013. 138 с.
47. Шульженко Д. І. Діагностико-диференціальні тенденції аутизму: Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського держ. ун-ту: Серія соціально-психологічна. 2007. Вип. 5. С. 333-338.
48. Шеремет М.К. Корекційно-розвивальна робота з розвитку комунікативної функції мовлення у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. Актуальні проблеми корекційної освіти. 2015. № 5. С. 369-378.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 10.1176/appi.books.9780890425596 2013.
50. Autism Spectrum Disorders: Developmental History of a Concept URL: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-42713-3\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-42713-3_1).



51. Ayres M, Parr JR, Rodgers J, Mason D, Avery L, Flynn D. A systematic review of quality of life of adults on the autism spectrum. *Autism*. 2018;22:774–83. doi: 10.1177/1362361317714988.
52. Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation Holly Hodges<sup>1</sup> , Casey Fealko<sup>2</sup> , Neelkamal Soares.
53. Green VA, Pituch KA, Itchon J, Choi A, O'Reilly M, Sigafos J. Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Res Dev Disabil*. 2006; 27: 70-84.
54. James S, Stevenson SW, Silove N, Williams K. Chelation for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Rev*. 2015; 5: CD010766.
55. McCormack G, Dillon AC, Healy O, Walsh C, Lydon S. Primary care physicians' knowledge of autism and evidence-based interventions for autism: a systematic review. *J Autism Developmental Disord*. 2020;7:226–41. doi: 10.1007/s40489-019-00189-4.
56. Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD) *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7:CD008511. doi: 10.1002/14651858.CD008511.pub2.
57. Seida J.K, Ospina M.B., Karkhaneh M., Hartling L., Smith V., Clark B. Systematic reviews of psychosocial interventions for autism: an umbrella review. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51:95–104. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03211.x.
58. *Translational Pediatrics*, Vol 9, Suppl 1 February 2020 S59 © *Translational Pediatrics*. Всі права захищені. *Transl Pediatr* 2020;9(Suppl 1):S55-S65 | <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>
59. [Types of Autism - 5 Major Autism Spectrum Disorder Forms](https://www.autism360.com/types-of-autism/#:~:text=Today%20C%20however%20physicians%20therapists%20and%20researchers%20consider%20each,Childhood%20disintegrative%20disorder%20also%20referred%20to%20as%20CDD) URL: <https://www.autism360.com/types-of-autism/#:~:text=Today%20C%20however%20physicians%20therapists%20and%20researchers%20consider%20each,Childhood%20disintegrative%20disorder%20also%20referred%20to%20as%20CDD>.

60. Wong C., Odom S.L., Hume K.A., Cox A.W., Fettig A., Kucharczyk S., et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *J Autism Developmental Disord.* 2015;45:1951–66. doi: 10.1007/s10803-014-2351-z.
61. Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Choueiri R., Kasari C., Carter A., Granpeesheh D., et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. *Pediatrics.* 2015;136:S60–81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.
62. <https://www.pedrada.com.ua/article/1588-nklyuzivna-osvta-dtey-z-rozladami-autichnogo-spektra-v-dnz>.