

2.1. Основні підходи до розуміння розладів аутистичного спектру у дітей молодшого шкільного віку: аналіз наукових джерел

В умовах реформування системи шкільної освіти України, розбудови та впровадження інклюзивного підходу до навчання дітей з особливими освітніми потребами одним із пріоритетних напрямів педагогічної роботи в закладах освіти є інтеграція цих дітей в освітній простір. Одне з найбільш актуальних завдань сучасної освіти згідно з Концепцією Нової української школи є орієнтація на потреби учня в освітньому процесі, тобто дитиноцентризм. Відтак, місією закладів дошкільної освіти є різнобічний розвиток особистості дитини відповідно до її вікових та індивідуальних психологічних та фізіологічних особливостей, формування у неї загальнокультурних і особистісно-морально-етичних цінностей, ключових та предметних компетентностей, необхідних життєвих і соціальних навичок. Це забезпечить її готовність до продовження навчання в закладі загальної середньої освіти, життя у демократичному суспільстві.

Враховання індивідуальних особливостей кожної окремої дитини в освітньому процесі можливе завдяки створенню інклюзивного освітнього середовища. Окрему групу дітей, яких сьогодні активно долучають до інклюзивного навчання у закладах освіти, становлять учні зі специфічним типом психосоціального розвитку. Для їх номінації у науково-педагогічній літературі використовують узагальнену назву діти з розладами аутистичного спектру (РАС).

Зазначимо, що донедавна діти з розладами аутистичного спектру залишалися поза увагою вітчизняних педагогів. Це пов'язано з тим, що проблема розладів аутистичного спектру в наукових колах радянського і пострадянського простору та Україні, розглядали здебільшого з медичних позицій (М. Гуревич, К. Лебединська, М. Озерецький, Г. Сухарева, Л. Шипіцина та ін.). Науковці під означеним феноменом розуміли важкий дефіцитарний психіатричний розлад у дітей, що спричиняє їх повну або часткову соціальну ексклюзію, позбавляючи здатності оволодіти мовленням та соціальною поведінкою, навчатися та професійно реалізуватися.

Сьогодні в світі проблема розладів аутистичного спектру вважається однією з найбільших медичних та психолого-педагогічних проблем сучасності. Аутизм розуміють як стан особи, що триває все життя і має значний вплив на саму особистість, так і її сім'ю. Аутизм є одним із важких порушень розвитку, який характеризується серйозними недоліками у формуванні соціальних і комунікативних навичок, а також проявами стереотипних інтересів і патернів поведінки. Характерні прояви аутичної поведінки спостерігаються ще в ранньому дитинстві, але не завжди є помітними або діагностованими вчасно.

Через невинне зростання кількості осіб з розладами аутистичного спектру, клінічну гетерогенність, труднощі своєчасної діагностики, брак досконалої системи диференційованої спеціалізованої допомоги та зростання суспільного інтересу до цієї проблеми зростає зацікавленість у наукових колах. Зокрема, концептуальні засади розробки РАС у контексті пошуку шляхів соціальної інтеграції дітей із цим порушенням було висвітлено в працях зарубіжних науковців, таких як Ф. Аппе, Г. Аспергер, Л. Вінг, Дж. Вонг, К. Гілберт, Л. Каннер та ін.. Завдяки цим дослідженням було обґрунтовано особливості здійснення педагогічної та соціально-педагогічної корекції поведінки дітей з РАС, формування у них соціальних навичок, здатності до соціальної взаємодії та входження у соціум на паритетних засадах з метою реалізації їх прав у суспільстві.

Останніми роками дослідження психологів і педагогів (А. Аршатська, Є. Баєнська, О. Богдашина, В. Кулик, В. Каган, К. Лебединська, М. Ліблінг, І. Мамайчук та інші) переконливо підтвердили, що у випадках, коли людина з розладми аутистичного спектру не охоплена вчасно корекційно-освітніми впливами, в тому числі, навичками соціалізації та суспільної інтеграції, комунікації у спеціалізованих дошкільних, шкільних, спеціалізованих закладах професійної освіти або реабілітаційних закладах, що відповідають їхнім психофізичним, нейропсихологічним, психолінгвістичним особливостям, і, перебуваючи вдома, не отримують необхідних корекційних послуг, ще до юнацького віку стають глибокими особами з інвалідністю зі всіма негативними соціально-психологічними наслідками для них самих, їх рідних і найближчого оточення.

Створення інклюзивного освітнього середовища та включення в нього дітей з розладами аутистичного спектру в ранньому віці не тільки сприятиме їх розвитку, соціалізації, але й допомагає профілакувати появу низки психосоціальних відхилень у дорослому віці. Поширення інклюзивного підходу в освіті дало поштовх для активізації українських наукових розробок у галузі спеціальної педагогіки та психології, логопедії, психіатрії та соціальної медицини, присвячених обґрунтуванню нових теоретичних підходів до навчання, виховання й організації життєдіяльності дітей з РАС (Н. Івашура, К. Остроська, Х. Сайко, Т. Скрипник, В. Тарасун, Г. Хворова, А. Шевцов та ін.). Це дозволило частково подолати стереотипи та упередження, які заважають інтеграції цієї категорії дітей в суспільство.

Однак, недостатнє розуміння суспільством проблеми розладів аутистичного спектру, не дає змоги в повній мірі зрозуміти важливість вчасної діагностики та ефективної соціальної та корекційної роботи з інтеграції дітей з розладами аутистичного спектру в досить ранньому віці в інклюзивне освітнє середовище задля їх повноцінного існування і життєвого розвитку.

В умовах підвищення у соціумі вимог до рівня компетентності сучасної людини, основною потребою кожної особистості, зокрема осіб з обмеженими можливостями, є отримання якісної освіти, наявність можливості для самореалізації тощо. Разом із цим, головним завданням сучасного суспільства є створення рівних умов і можливостей щодо реалізації цих потреб, так само як і доступу до освіти на кожному етапі розвитку особистості, здобуття професії, організації вільного часу, використання творчого й інтелектуального потенціалу, участі у громадському житті, незалежно від рівня здоров'я та особливостей розвитку.

Як свідчить аналіз наукових джерел, останніми роками неухильно зростає зацікавлення серед науковців щодо розробки проблеми створення сучасного освітнього середовища, доступного для дітей з особливими освітніми потребами (ООП), зокрема дітей з РАС. Таке середовище мало б позитивно впливати на їх психологічний, фізичний і духовний розвиток, оптимізувати їх потенціал в умовах

гуманізації суспільства, забезпечити формування внутрішньої інтелектуально-моральної свободи.

Наукове вивчення проблеми аутизму засвідчило переважання медико-соціальних позицій в контексті визначення сутності і причин появи означеного феномену.

Аналіз наукових джерел свідчить, що вперше у 1911 р. термін «аутизм» застосував швейцарський психіатр Е. Блейлер. Науковець використав це поняття для позначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії, наголосивши на особливостях поведінки хворих: у дорослих людей, хворих на шизофренію спостерігається відхід від соціального життя (Stewart, 2018, с. 21¹⁵⁷). Такий підхід до визначення «аутизму» у психології, психоаналітиці, психіатрії існував до 1950-х років (Островська, 2012¹⁵⁸).

Однак, українська дослідниця Т. Скрипник зазначає, що приклади опису симптомів аутизму присутні в медичній літературі задовго до появи самого поняття «аутизм» (Скрипник, 2010, с. 13¹⁵⁹). Зокрема, авторка зазначає, що у медичних картках дітей є описи специфічного їх стану, при якому діти або взагалі не говорять, або кажуть декілька слів і ніколи не посміхаються. Цих дітей характеризують як хворих, оскільки вони так і не змогли стати соціальними (Скрипник, 2010, с. 24-34¹⁶⁰).

У практику психіатрії поняття «аутизм» увійшло у 20-тих – 40-вих роках ХХ століття. У той час його почали активно вивчати та застосовувати при дослідженнях різних патологічних станів людини, зокрема і шизофренії. У процесі проведення різних досліджень формується первинне розуміння поняття «дитячий аутизм», яке з часом продовжують науковці уточнювати (Crowell, Keluskar, & Gorecki, 2019¹⁶¹).

Цікавим для нашого дослідження є праця сучасного зарубіжного дослідника М. Фіцгеральда, присвячена вивченню історії аутизму

¹⁵⁷ Stewart, J. (2018). The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain by Bonnie Evans. *The Journal of the History of Childhood and Youth*, 11(2), 271-272.

¹⁵⁸ Островська, К. О. (2012). Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія. Львів : Тріада плюс. 520 с.

¹⁵⁹ Скрипник, Т. В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

¹⁶⁰ Скрипник, Т. В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

¹⁶¹ Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29.

першої половини ХХ століття (Fitzgerald, 2018¹⁶²). Науковець у своїх працях описує діяльність радянського психіатра Г. Сухаревої, яка займалася вивченням шизоїдних психопатій у дітей, які тепер можна назвати аутизмом з високим рівнем функціонування (Сухарева, 2019¹⁶³). Це дає підстави для висновку, що ще за двадцять років до офіційного визнання аутизму у зарубіжній психіатричній практиці Г. Сухарева його описала у працях.

Зазначимо, що незважаючи на стигматизованість, непопулярність і, водночас, непублічність самої тематики, невизнання аутизму у психіатрії та не вживання цього терміну, традиція вивчення захворювань означеного спектру була збережена у радянській науці. Праці, у яких висвітлено нозологічну й етіологічну приналежність аутичних станів, оприлюднили М. Гуревич, Д. Ісаєв, В. Каган, К. Лебединська, М. Озерецький, М. Певзнер та інші. На жаль, в Україні, до останнього часу категорія дітей з аутизмом залишилася поза увагою лікарів і педагогів.

Водночас, за кордоном з 30-х – 40-х рр. ХХ століття активно досліджували причини та прояви аутизму. У зарубіжній науці це період системного підходу до вивчення цього порушення. У цей час аутистичні стани були деталізовані й виокремлені в клініці інших психічних порушень таких як шизофренія, психоз і порушення, що мають підґрунтя органічних уражень, або недорозвинення центральної нервової системи (Скрипник, 2010, с. 15¹⁶⁴).

Зазначимо, що початком системної розробки і широкого використання означеного терміну вважають 1938 р. У цей час австрійський терапевт і психіатр Віденського Університетського Госпіталю Г. Аспергер застосував термін «аутичні психопатії» у своїх лекціях з дитячої психології. У 1944 р. ним було захищено дисертацію з проблеми аутистичної психопатії у дітей, яка стала першим ґрунтовним дослідженням у цій сфері (Asperger, 1944¹⁶⁵).

¹⁶² Fitzgerald, M. (2018). The history of autism in the first half century of the 20th century: new and revised. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 1(2), 70-77.

¹⁶³ Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. URL: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/ClinicLectkidPsy.pdf>

¹⁶⁴ Скрипник, Т. В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

¹⁶⁵ Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathien im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. №117 (1). P. 76-136.

У 1943 р. американський психіатр Л. Каннеру також описав аутичні порушення емоційного контакту маленьких дітей. Він ввів термін «ранній дитячий аутизм» для позначення проявів раннього (від народження) перебігу цього захворювання (Asperger, 1944¹⁶⁶).

Аналіз наукових публікацій з означеної проблеми свідчить, що навіть у 90-ті рр. ХХ століття та на початку ХХІ століття вивченню проблеми аутизму надавалося пріоритетне значення саме з позиції медицини: Е. Блейлер, Ю. Емельянов, Т. Пітерс, М. Раттер та інші. Однак, не залишалися осторонь проблеми «аутизму» науковці у галузі психології та психіатрії. Так, згідно словника практикуючого психолога «аутизм» означає крайню форму і стан психологічного відчуження, що характеризується послабленням зв'язків з реальністю, виявляється у зосередженості на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми (Войтко, 1982¹⁶⁷).

В. Кулик поняття «аутизм» розуміє як «розлад, який виникає внаслідок порушення розвитку мозку і характеризується відхиленнями у соціальній взаємодії і спілкуванні, а також стереотипністю у поведінці та інтересах» (Кулик, 2013¹⁶⁸).

Як бачимо, існують істотні розходження у розумінні природи та сутності феномену аутизму. Ще більш невизначеним є статус поняття «дитина з аутизмом». Сьогодні цей термін скоріше застосовується для позначення наявності у дитини певних ознак аутизму, насамперед йдеться про порушення її здатності спілкуватися, взаємодіяти з навколишнім світом.

У науковій літературі з означеної проблематики виокремлено низку підходів щодо виокремлення чинників виникнення аутизму. До них можна віднести: наявність критичних періодів у розвитку окремих систем людини при захворюваннях нервової системи або всього організму; різноманітні уроджені дефекти обміну речовин; прогресуючі дегенеративні захворювання та захворювання генетичного походження тощо (Чуприков & Хворова, 2012, с. 12-18¹⁶⁹).

¹⁶⁶ Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. №117 (1). P. 76-136.

¹⁶⁷ Войтко, В. І. (1982). Психологічний словник. Київ: Вища школа. 218 с.

¹⁶⁸ Кулик, В. Г. (2013). Аутичні діти: які вони? *Дефектолог*. №8. С. 4-6.

¹⁶⁹ Чуприков, А. П., & Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.

Низка науковців (Е. Баєнська, А. Горескі, Дж. Клеускар, М. Ліблінг, Б. Римланд, Т. Скрипник, А. Чуприкова) стверджують, що дитина з аутизмом може народитися у будь-якому середовищі, сім'ях різного достатку, соціального статусу, з різним рівнем освіти. Разом з цим, варто наголосити на чинниках батьківського впливу на перебіг аутизму.

Необхідно підкреслити, що дитині рідко ставиться достовірний діагноз швидше, аніж вона досягне 3-х – 4-х річного віку. Це вкрай ускладнює ранню корекцію і реабілітацію. Це пов'язано з тим, що певні форми поведінки, які порушуються при аутизмі і слугують його діагностичною ознакою, у дітей до 3-4 років з нормативним розвитком ще не сформовані (Чуприков, & Хворова, 2012, с. 26¹⁷⁰). Теоретики і практики наголошують на ранній діагностиці цього порушення, оскільки як медична, так і соціально-педагогічна корекція на ранніх етапах розвитку дитини виявляється більш ефективною (Наказ МОЗ України, 2015¹⁷¹). При діагностиці означеного явища варто знати, що траєкторія розвитку дітей з аутизмом змінена на біологічному, когнітивному і поведінковому рівнях (Капська, 2001, с. 12-13¹⁷²).

Аналіз уточнених критеріїв та ознак проявів у дітей аутизму, запропонованих вченими, дозволяє краще зрозуміти специфічність процесу їх соціалізації. Варто розуміти, що для дітей з аутизмом характерними є:

- супротив до будь-яких змін у середовищі,
- прагнення до сталості у способі життя, що проявляється у стереотипних видах діяльності,
- надмірна захопленість певними об'єктами,
- фундаментальне порушення соціального розвитку,

¹⁷⁰ Чуприков, А. П., & Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.

¹⁷¹ Наказ МОЗ України від 15.06.2015 №341. Уніфікований клінічний протокол, первинної, вторинної(спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Розлади аутичного спектру (розлади загального розвитку). URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2015_341_autism/2015_341_YKPMO_autism.pdf

¹⁷² Капська, А. Й. (2001). Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навчально-методичний посібник. Київ: УДЦССМ. 219 с.

– затримка і порушення розвитку мовлення незалежно від інтелектуального рівня розвитку дитини (Островська, 2006, с. 43-45¹⁷³).

Сучасні українські вчені (А. Чуприкова та Г. Хворова) зазначають, у дітей з аутизмом спостерігають неврологічну симптоматику, що часто супроводжує тяжкі захворювання центральної нервової системи. Цей факт варто враховувати при розвитку цих дітей та їх соціалізації, інтеграції в умовах освітньої та соціальної інклюзії (Чуприков, & Хворова, 2012, с. 12¹⁷⁴).

На думку С. Вернер, К. Скіор провідною моделлю сучасних суспільно-соціальних стосунків стосовно осіб з ООП, зокрема, дітей з аутизмом, визначено теорію включення (Scior, & Werner, 2015¹⁷⁵). Означена теорія базується на «визнанні та повазі до індивідуальних людських відмінностей і передбачає збереження відносної автономії кожної суспільно-соціальної групи» (Шевцов, 2009¹⁷⁶). Теорія базується на ідеї того, що не особистість має акліматизуватись до суспільних, соціально-економічних процесів, а безпосередньо суспільство має створити спеціальні умови задля задоволення ООП кожної окремої особистості (Тельна, Маланчій, Дацьо, Сидорів, Селепій, Весніна,... & Сидорів, 2019¹⁷⁷). Тобто, суспільство має бути відкритим для кожного індивіда, не зумовлюючи його маргіналізацію. У центрі уваги цієї теорії стоїть автономність, участь у суспільній діяльності, соціалізованість, створення системи соціальних зв'язків, прийняття суспільством кожної окремої особистості (Шевців, 2016, с. 15-16¹⁷⁸).

За таких умов особливої актуальності набуває включення або інтеграція дітей з аутизмом у суспільство, створення спеціальних

¹⁷³ Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги: навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

¹⁷⁴ Чуприков, А. П., & Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.

¹⁷⁵ Scior, K., & Werner, S. (2015). Changing attitudes to learning disability. *Posjećeno*, 20 (2019), 2016-08.

¹⁷⁶ Шевцов, А. Г. (2009). Освітні основи реабілітології: монографія. К.:«МП Леся. 484 с.

¹⁷⁷ Тельна, О. А., Маланчій, В. О., Дацьо, Н. О., Сидорів, С. М., Селепій, О. Д., Весніна, Н. В.,... & Сидорів, Л. М. (2019). Сходінки інклюзії: наук.-практ. посібник для педагогів, студентів та батьків. 2-ге вид., випр. та доп./за ред. СМ Сидоріва. Івано-Франківськ: видавець Кушнір ГМ.

¹⁷⁸ Шевців, З. М. (2016). Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: «Центр учбової літератури, 71.

умов для їх розвитку, соціалізації від самого народження впродовж усього життя. Створенню сприятливих умов для індивідуального розвитку, навчання і виховання кожної окремої дитини відповідно до її здібностей, особливостей, тобто забезпечення реалізації принципу дитиноцентризму, сприяє сьогодні Нова українська школа.

Наголос на тому, що у сучасних умовах освітня система має бути більш гнучкою, відповідати потребам всіх учасників освітнього процесу робить у своїх працях Т. Бут. Дослідник під «включенням» розуміє трансформацію й докорінну зміну ставлення суспільства до дітей з ООП, з якими має справу система освіти. На його думку, різні нозології дітей, що ускладнюють процес здобуття освіти останніми, не варто розглядати як джерело труднощів. Це атрибут реальності, який варто сприймати та враховувати; можливість забезпечити визначення норми, яку дослідник вбачає в розмаїтті. Тобто, залучення до освітнього процесу різних категорій учнів з рідними освітніми потребами є основою, на якій вибудовується вся гуманістична педагогіка (Хворова, 2010, с. 17-20¹⁷⁹), яка лежить в основі побудови інклюзивної освіти закордоном і в Україні.

Сьогодні проблема інклюзивної освіти є вкрай актуальною і порушується в працях багатьох дослідників, таких як С. Альохіна, Н. Борисова, Т. Дмитриєва, Е. Самсонова, А. Сунцова та ін. Зазначимо, що в контексті аналізу умов і труднощів впровадження інклюзивного підходу, дослідники зазначають, що сегрегаційна система освіти дітей з інвалідністю розвивалася історично на пострадянських теренах, згідно з цією системою робота з цими дітьми здійснювалася у спеціальних закладах, установах, ізольовано від суспільства.

Незважаючи на значний внесок зарубіжних та вітчизняних учених у напрямі обґрунтування можливостей розвитку дітей з інвалідністю як повноправних членів суспільства, проблема інклюзивної освіти залишилась не достатньо розробленою. Ситуація змінилась останніми роками, коли діти з особливими освітніми потребами почали розглядатись з фокусу інтегрованих членів суспільства (Колупаєва, 2016, с. 12-13¹⁸⁰). Однак, варто відмітити, що громадськість виявилася

¹⁷⁹ Хворова, Г. М. (2010). Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. К. 22 с.

¹⁸⁰ Колупаєва, А. А. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики : монографія. Київ: ТОВ «АТОПОЛ». 152 с.

не зовсім готовою до сприйняття такої ідеї соціального «включення» дітей з ООП, зокрема з аутизмом у систему загальної середньої освіти. Уваги потребує і перебудова соціально-просторового середовища, суспільної свідомості, типів взаємовідносин до цієї категорії дітей.

Зазначимо, що сьогодні у світі та в Україні спостерігається стрімке зростання кількості наукових напрацювань щодо дієвого включення цієї категорії осіб у суспільство, в освітній простір. Щодо надання освіти дітям з аутизмом, то у сучасній світовій освітній практиці існує кілька підходів, серед яких виділяють три основні:

– мейстримінг (mainstreaming) – процес розширення соціальних контактів між дітьми з ООП та їх однолітками, розвиток яких відповідає суспільним і медичним нормам. Сюди віднесено: розширення позаурочних форм спілкування (участь у літніх таборах, клубах за інтересами, інших спільних масових заходах) (Колупаєва, 2016, с. 17¹⁸¹); поширення функціонування спеціальних класів для дітей з ООП у масових школах, для того, щоб налагоджувалися соціальні контакти, стосунки дітей з ООП з іншими дітьми, особливо в позаурочний час (Graham, & Spandagou, 2011¹⁸²);

– інтеграція (integration) – як надання особі з інвалідністю прав і можливостей залучення до усіх видів соціального життя спільно з іншими індивідами незалежно від стану їхнього здоров'я; процес і стан поєднання низки соціальних елементів різних за якістю у функціонально єдиний організм; включення до певної вже існуючої системи (цілісності) тієї чи іншої соціальної групи чи індивіда, що асимілюється з системою й набуває ознак структурного, складового елемента (Чайковський, 2015, с. 69-73¹⁸³);

– спроба залучити учнів з ООП до загальноосвітніх шкіл, інклюзія (inclusion) – передбачає пристосування закладів освіти, їх освітньої філософії до потреб усіх здобувачів освіти, здійснення змін на всіх рівнях освіти, організації особливої системи навчання, що охоплює

¹⁸¹ Колупаєва, А. А. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики : монографія. Київ: ТОВ «АТОПОЛ». 152 с.

¹⁸² Graham, L. J., & Spandagou, I. (2011). From vision to reality: Views of primary school principals on inclusive education in New South Wales, Australia. *Disability & Society*, 26(2), 223-237.

¹⁸³ Чайковський, М. Є. (2015). Інтеграція та інклюзія молоді з особливими потребами: соціально-педагогічна складова. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*, (10), 69-73.

весь різноманітний контингент учнів і диференціює освітній процес, беручи до уваги потреби дітей усіх груп і категорій (Колупаєва, 2009, с. 21¹⁸⁴).

Тобто, «включення» як процес визначає більш глибокі процеси, що відбуваються у суспільстві, тому є більш ближчим до поняття інклюзія а не інтеграція. Саме тому, включення дітей з аутизмом в освітній процес передбачає створення таких завладів, з такою освітньою філософією, згідно якої задоволення потреб усіх учнів (дитиноцентризм) був би основною метою їх діяльності, а врахування психофізіологічних, розумових задатків кожної окремої особистості, в тому числі і дітей з аутизмом, самоціллю їх розвитку.

Отже, у процесі вивчення аутизму відбувалася певна трансформація розуміння самого явища, його змісту, сутності й меж. Зокрема, як виявилось у процесі дослідження, не всі діти з аутизмом уникали соціальної взаємодії. Серед них траплялися й такі, які просто були пасивними чи проявляли соціальну активність якимось дивним чином. Варто відмітити, що клінічна картина аутизму варіювалася та різнилася як у різних людей, так і в однієї людини. Це залежало від інтелектуальних здібностей та віку кожного окремого індивіда. Відтак з'явилося поняття «аутистичний спектр», яке застосовували для того, щоб зафіксувати ідею про те, що те саме порушення може проявлятися по різному.

При побудові сучасних класифікацій аутизму дітей варто відобразити різні принципи. З одного боку, вони базуються на історичній спадкоємності уявлень про категорію цих розладів і головні клінічні прояви, з іншого - відображають наявні погляди на їх етіологію та патогенез.

При загальному визнанні діагностичної цінності критеріїв Л. Каннера й М. Ретта у розумінні важливості ознак аутизму, при з'ясуванні специфіки соціального розвитку дітей цієї категорії варто враховувати як попередньо визначені жорсткі критерії, так і зважати на цілісну картину прояву досліджуваного порушення. У зв'язку з цим, зазначимо, що при вивченні особливостей дітей з аутизмом не може бути «типових випадків»: кожен окрема особа з аутизмом

¹⁸⁴ Колупаєва, А. А. (2009). Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. Київ: «Самміт-Книга». 272 с.

характеризується індивідуальністю та відмінністю у соціальному розвитку. Діти з трьома або більше визначеними у науці симптомами, проте не мають повного набору критеріїв аутизму, чи іншого схожого на аутизм захворювання, можуть визначатися як діти, що мають «розлади аутистичного спектру» (РАС).

Зважаючи на суттєву складність самої проблеми, сьогодні вчені з різних наукових галузей продовжують досліджувати причини і перебіг аутизму та можливості корекції поведінки у дітей з РАС (Савчин, 2005¹⁸⁵). Проблема вивчення РАС у дитячому віці привертає все більшу увагу корекційних педагогів і психологів. Висвітлюють це питання у своїх працях такі вчені, як Н. Івашура, О. Нікольська, К. Островська, Д. Шульженко.

Вважаємо, що цікавою є думка Д. Шульженко й О. Холодїй, які зазначають, що діти з аутизмом, позбавлені можливості спілкування з однолітками, ще до підліткового віку стають особами з інвалідністю з усіма негативними соціально-психологічними наслідками для них самих, рідних і оточення. Спілкування з однолітками має відбуватись в дошкільній, шкільній чи реабілітаційній установі, яка б відповідала їх дизонтогенетичним психофізичним, нейропсихологічним, психолінгвістичним особливостям (Шульженко, 2010, с. 8¹⁸⁶).

В. Тарасун наголошує, що під час соціальних контактів дитина з аутизмом «здатна засвоювати соціальні норми, вчиться грати і спілкуватись, щоб його розуміли інші люди». Створені умови дозволяють не ізолювати дитину з аутизмом іншими дітьми, а навпаки, гратися і спілкуватися з ними (Тарасун, & Хворова, 2004, с. 59-64¹⁸⁷).

О. Рассказова зазначає, що соціальність дітей з РАС розвивається досить ускладнено, оскільки постійно відбувається суперечність між двома процесами: кількісна недостатність чи низька якість контактів дитини з оточуючим середовищем та сенсорної надчутливості, що розуміється як гіпервиражена реакція на будь-які подразники оточуючого середовища та проявляється проблемною поведінкою,

¹⁸⁵ Савчин, М. В. (2005). Вікова психологія : навчальний посібник. Київ: Академвидав. 360 с.

¹⁸⁶ Шульженко, Д. І. (2010). Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2010.480 с.

¹⁸⁷ Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.

замкненістю, повною або частковою соціальною неспроможністю дитини (Рассказова, 2012, с. 233-237¹⁸⁸). Тому, розвиток соціальної компетентності дитини з РАС є необхідним і можливим. Універсальним шляхом його процесу є включення її у спеціально створене соціальне середовище, не обтяжливе для дитини, беручи до уваги її гіперчутливість.

У міжнародній системі класифікацій дитячий аутизм входить у рубрику «Загальні розлади розвитку» як частина розділу «Порушення психологічного розвитку». Тут виокремлено наведені нижче форми загальних розладів розвитку:

- дитячий аутизм (аутичний розлад; інфантильний психоз; інфантильний аутизм; синдром Каннера);
- атиповий аутизм (помірна розумова відсталість з аутичними рисами; атиповий дитячий психоз);
- синдром Ретта;
- синдром Аспергера (шизоїдний розлад дитячого віку; аутична психопатія);
- дезінтегративний розлад дитячого віку (синдром Геллера; дезінтегративний психоз; симбіотичний психоз; дитяча деменція);
- гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (Галах, 2016¹⁸⁹).

Американська психіатрична асоціація (DSM-IV) визначила групу загальних (наскрізних) розладів розвитку, що включає п'ять синдромів аутичного спектра:

- аутистичний розлад;
- синдром Ретта;
- синдром Аспергера;
- дезінтегративний дитячий синдром (CDD);
- нетиповий наскрізний розлад розвитку, куди входить і атиповий аутизм.

Зазначимо, що діагноз «дитячий аутизм» ставлять у випадку його розвитку у дітей віком до 3-х років (атиповий аутизм – у дітей 3-5 років). Його головними симптомами є: схильність до стереотипій та

¹⁸⁸ Рассказова, О. І. (2012). Розвиток соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти: теорія та технологія: монографія. Харків: ФОП Шейніна О. В. 465 с.

¹⁸⁹ Галах, Т. В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.

непереносимість змін у довкіллі. Проте за наявності цієї спільності симптомів інші ознаки виявляють значний поліморфізм.

Головні симптоми різняться за особливостями характеру та за ступенем виявленості. Усе це підтверджує наявність декількох варіантів з різною клініко-психологічною картиною, різним прогнозом та різною соціальною адаптацією.

Варто зазначити, що доречної та правильної клінікопсихологічної класифікації, адекватної цим завданням, немає. Зазвичай, наявні класифікації побудовані за етіологічним чи патогенним принципами (Капська, 2001¹⁹⁰).

О. Нікольська (Олексюк, 2019¹⁹¹) запропонувала власну класифікацію та виокремила чотири головні групи дитячого аутизму. В основу цієї класифікації лягли такі критерії: характер і ступінь порушень взаємодії з зовнішнім середовищем та тип самого аутизму. Аналіз описаних дослідницею особливостей кожної із груп дитячого аутизму свідчить, що у дітей I групи йдеться про відчуженість від зовнішнього середовища, II – відторгнення, III – заміщення і IV – гальмівний вплив довкілля на дитину.

Т. Скрипник (2010)¹⁹²) у своїй монографії детально описала означені вище групи дитячого аутизму. Ми спробуємо представити її опис у більш короткому викладі нижче.

Перша група аутизму є найважчою. Діти цілковито відчужені від того, що відбувається, практично не говорять. В афективних станах можуть вимовити короткі слова й однотипні фрази. Через це може скластися враження, що вони тільки частково розуміють мову. Часто використовують звуки немовного характеру (щебетання, мимрення, свист); не реагують на зовнішні подразники (біль, голод, холод); не використовують цілеспрямованого погляду; не виявляють переляку, навіть у ситуаціях, загрозливих їхньому життю. Стереотипи виявляють в монотонності польової поведінки (безцільно лазять по меблях, пересуваються по кімнаті, бігають по контурах паркету).

¹⁹⁰ Капська, А. Й. (2001). Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навчально-методичний посібник. Київ: УДЦССМ. 219 с.

¹⁹¹ Олексюк, В. Р. (2019). Моделі психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Сер. Педагогіка та психологія*. Мукачево. Вип. 2 (2). С. 97-100.

¹⁹² Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво “Фенікс”, 320 с.

Реакція самоагресії виникає у разі спроби змусити звернути увагу на кого-небудь чи на що-небудь. Діти з першою групою аутизму можуть годинами спостерігати за променем світла, що падає на підлогу, чи на вулицю за вікном.

Друга група аутизму: діти можуть функціонувати тільки у межах розкладу, звичному устрої життя, їх руйнування спричинює панічний страх. Наприклад, прогулянка - за звичним маршрутом, на ногах – черевики з шнурками конкретного кольору. Виявляють явні переваги в їжі. Діти цієї групи часто вважають за краще обходитися взагалі без мовлення, тоді як свої прохання висловлюють криком чи показують пальцем на предмет, що їх цікавить. Їм властиві ехолалії. Вцілому такі діти незграбні, але іноді вони досягають великої майстерності у діях конкретного характеру. Мислення у них буквальне, наявність підтексту спричиняє напругу.

Третя група «Книжкові діти» - це діти захоплені певними інтересами: можуть впродовж кількох років говорити на одну і ту саму тему чи малювати улюблених тварин. Такі діти багато говорять, можуть процитувати цілі сторінки художніх творів, проте часто інтонація не відповідає тексту, при спілкуванні не чують співрозмовника, не схильні до діалогу. Мовлення зазвичай квапливе, у розмові часто переставляють слова за сенсом. Під час спілкування не враховують індивідуальних інтересів конкретного співрозмовника. У досить ранньому віці засвоюють знання і формують словниковий запас за певною темою; є неорганізованими у побуті; не здатні до самообслуговування; не прагнуть до нового; бояться неочікуваних змін. Нововведення здатні прийняти тільки під власним контролем. Зациклюються на промовлянні та програванні неприємних ситуацій. Схильні до збереження сталості в довкіллі та демонстрації бажання відстояти стереотипність власної поведінки.

Четверта група – діти цієї групи здатні встановити контакт очей з співрозмовником; звернутися за допомогою й емоційною підтримкою до близьких людей; відчують вразливість і беззахисність. Є певна надзалежність від дорослого, що виявляється в безмовному питанні дитини: «Якої відповіді ви чекаєте від мене»? чи «Що ви вважаєте за правильне»? На перше місце у стереотипах як засобах захисту виходить «правильність»: схитрувати, обдурити -

неприйнятно. Є труднощі в організації спілкування і взаємодії; мовлення тихе і нечітке. Переважає мовлення й діалог, переказ тексту ускладнений. Здається іноді, що дитина зовсім не розуміє інструкції, однак живо реагує на ситуацію, яка її зачепила.

Результати аналізу низки наявних у науковій літературі класифікацій засвідчили, що індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр. Синдром аутизму іноді підрозділяють на низько-, середньо- і високофункційний, використовуючи при цьому шкалу IQ чи рівень соціального розвитку. Зазначимо, що для цього типування поки ще не напрацьовано стандарту та довколо нього тривають суперечки. Аутизм також можна підрозділити на синдромальний та несиндромальний.

У першому випадку синдромальний аутичний розлад асоційовано з важкою розумовою відсталістю чи природженим синдромом з фізичними симптомами, наприклад, туберозним склерозом. В окремих дослідженнях зазначено, що встановлення діагнозу «аутизм» не через припинення розвитку, а через утрату дитиною мовленнєвих чи соціальних навичок (зазвичай, це відбувається у віці між 15 і 30 місяцями) (Скрипник, 2010¹⁹³). Досі що немає єдиної думки щодо цієї особливості; можливо, регресивний аутизм – це специфічний підтип цього розладу.

Аутизм – комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що проявляються ще у ранньому віці та мають сталий перебіг (Войтко, 1982¹⁹⁴).

Вважається, що розпізнати прояви аутизму можна за такими ознаками: плач дитини, який може переходити у верещання; відсутній комплекс пошвавлення у дитини на голос матері, на її обличчя; у дитини 8-ми місяців не формується здатність наслідувати склади, вказівні та соціальні жести; не утримується контакт «очі в очі»; не відгукується на ім'я (зі слухом немає проблем); не просить допомоги; виконує постійно одноманітні дії; не намагається чимось поділитися;

¹⁹³ Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво «Фенікс», 320 с.

¹⁹⁴ Войтко, В. І. (1982). Психологічний словник. Київ: Вища школа. 218 с.

не терпить втручання у свою діяльність іншої людини (Островська, 2006¹⁹⁵).

Окремі симптоми аутизму залишаються і в дорослих та часто трапляються у пом'якшеній формі. Зазначимо, що не можна визначити аутизм у людини по одному симптому. Для цього потрібно наявність характерної для людей з аутизмом тріади: вади соціальної взаємодії, обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки, порушення взаємної комунікації. Варто також пам'ятати, що окремі симптоми цієї «тріади» трапляються в людей з нормальним типом розвитку. Це, наприклад, аутизм як стан, що характеризується домінуванням замкненого внутрішнього життя, активним усуненням від довкілля, примітивністю вираження емоцій, що спостерігають у разі шизоїдного типу особистості (Скрипник, 2010¹⁹⁶).

Варто відмітити, що чим швидше діагностовано аутизм у дитини, тим швидше будуть з дитиною працювати компетентні спеціалісти. Тому варто розібратися із змістом самого поняття «дитячий аутизм» та основними його характеристиками.

«Дитячий аутизм», класичний аутизм чи синдром Каннера – це розлад загального психічного розвитку, який діагностують у дітей віком до 3 років, враховуючи відсутність попереднього періоду нормального розвитку. Цей тип аутизму характеризується трьома групами ознак: якісними порушеннями соціальної взаємодії, якісними порушеннями спілкування, обмеженою та стереотипною поведінкою (Шевців, 2016¹⁹⁷).

Характерним є те, що в дитини з аутизмом не формуються потрібні для спілкування рухи (рухи головою (згода/заперечення), вказівні жести, привітання, прощання, тощо). Будь які спроби «проникнути» у світ дитини, залучити її до контакту призводять до появи, спалаху тривоги, агресивних і самоагресивних проявів. Досить важко спіймати погляд дитини, залучити її увагу. До близький ставлення часто байдуже, їх поява чи відхід не продукують жодної реакції, однак, з часом таке ставлення може змінитися на підвищену

¹⁹⁵ Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

¹⁹⁶ Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво «Фенікс», 320 с.

¹⁹⁷ Шевців, З. М. (2016). Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: «Центр учбової літератури», 71.

прихильність, симбіотична єдність здебільшого з матір'ю, відсутність якої є нестерпною та спричинює паніку.

Діти з аутизмом дивно сприймають інших людей. Йдеться про те, що вони ставляться до людей як до неживих носіїв певних властивостей, предметів, що їх цікавлять. Зі слів батьків, їх діти «ходять повз людей, дивляться крізь людей, здаються сліпими, глухими» (Островська, & Островський, 2015¹⁹⁸).

Дитина з аутизмом не бере участі у спільній грі. Вона боїться дітей і часто з їх наближенням з криком тікає. Виникає іноді прагнення поспілкуватися з дітьми, часто спостерігається бурхливий прояв почуттів. Однак, діти їх розуміють і навіть побоюються, так як такі обійми можуть бути задушливими. Проявляючи великі радощі дитина з аутизмом може заподіяти біль. Штовхнувши або ударивши іншого дитина з аутизмом повертає до себе увагу таким незвичайним способом. Трапляється, що якщо її беруть за руку, вона не чинить опору, а коли женуть – не звертає на це уваги. Слід усвідомлювати те, що аутизм – це не просто обмеженість стосунків з іншою особою, а прояв особливої форми стосунків із самим собою.

Зазначимо, що соціальна та побутова адаптація дітей з аутизмом відбувається доволі складно. Такі діти надзвичайно довго залишаються інфантильними, і, здається, що вони не здатні до самообслуговування. Однак, ці діти можуть свідомо використовувати дорослих для досягнення власних цілей. Наприклад, типова ситуація: трапляються ситуації, коли дитина відмовляється брати певні речі своїми руками та вимагає від дорослого його участі у цьому процесі (з соком чи ложку у той час, коли п'є чи їсть).

Дитина з аутизмом має також проблеми з комунікацією: може мовчати (не використовуючи при цьому ані звуків, ані жестів) чи щось говорити сама собі (бурмотати). Здебільшого, характеризується стуреотипним мовленням, яке часто звучить як безпосередня чи відтермінована ехолалія, спостерігається скандована вимова, прояв певної повторювальної вокалізації, тягуча інтонація та лепет. Дитина з аутизмом зазвичай не реагує на звернене мовлення, не відгукується, коли до неї звертаються на ім'я. Залежно від рівня збереження

¹⁹⁸ Островська, К.О. & Островський, І. П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

інтелектуального потенціалу дитини, надалі розуміння мовлення може бути досить хорошим.

Головною проблемою дитини з аутизмом є брак або виражена недостатність комунікативної функції мовлення, що характеризується: монотонністю, відсутністю мелодійності, швидким чи повільним ритмом, неритмічністю, вимовлянням слів по складах чи їх видавлювання без жодної супровідної жестикуляції. Словник дитини може бути великим, проте слова часто не пов'язані між собою.

Зазначимо, що затримка розвитку мовлення в одних дітей з аутизмом має певний виражений характер, в інших – характеризується відмовою користуватися мовленням, у третіх – має плинний характер і швидко долається, у деяких – спростерігається ранній розвиток мовлення. Схема мовлення цих дітей тверда та малорухома. У них спостерігають аграматизми, вади зв'язного мовлення, своєрідне модулювання й інтонування (Марценковський, 2007¹⁹⁹).

Т. Галах (2016)²⁰⁰, один з найбільш авторитетних дослідників аутизму, характеризує його кризь призму недостатності спілкування. Останнє є наслідком нерівномірності розвитку передумов спілкування чи первинних структурних порушень і вторинної втрати регулятивного впливу спілкування на мислення та поведінку.

«Передумови спілкування» такі:

- можливість сприймати й інтерпретувати інформацію адекватно;
- володіти на достатньому й адекватному рівні виразними засоби спілкування: мовленням, оптико-кінетичною системою знаків (міміка, жести, пантоміміка), пара- й екстралінгвістичною системою (паузи, інтонація, тощо), системи організації простору й часу комунікації та «контакту очима»;

- взаєморозуміння з його регулювальним впливом на мислення й поведінку;

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

¹⁹⁹ Марценковський, І. А. (2007). Дитячий аутизм: особливі діти з особливими потребами. Здоров'я України. Педіатрія. Психіатрія. 18/1.

²⁰⁰ Галах, Т. В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.

Для дітей з аутизмом також характерна непослідовність мовленнєвих проявів. Зокрема, ті, хто вміє говорити, говорить тільки тоді, коли вважають за потрібне. Інколи буває так, що у них вириваються окремі фрази, які ні до цього, ні після цього вони ніколи не вимовляли. У дітей з порушенням цілеспрямованого комунікативного мовлення можливе надмірне захоплення окремими мовленнєвими формами, складами та словами, постійна гра звуками, співи, римування, декламування віршів.

У дітей з аутизмом можна спостерігати безліч форм повторювальної й обмеженої поведінки. Її за шкалою Repetitive Behavior Scale можна розділити на наведені нижче категорії:

- компульсивна поведінка – навмисне дотримання деяких правил, (наприклад, розташування об'єктів певним чином);
- потреба в одноманітності, опір змінам (наприклад, відмова відволікатися на втручання іншої людини, опір переміщенню меблів);
- ритуальна поведінка – виконання повсякденних занять в одному і тому самому порядку і в один і той самий час (наприклад, дотримання незмінної дієти або ритуалу надягання одягу);
- стереотипія – безцільні рухи (наприклад, повертання голови, махи руками, розгойдування тулуба);
- обмежена поведінка – вузькосфокусована (наприклад, спрямовано на єдину телепрограму чи іграшку);
- аутоагресія – активність, що призводить чи здатна призвести до поранення самої людини (наприклад, укуси самого себе) (Кулик, 2013²⁰¹).

Ситуацію, коли у дітей з аутизмом окремі характерні для раннього віку прояви можуть зберігатися довгі роки пояснюють нерівномірністю розвитку. Багато проявів аутизму розуміють та пояснюють як результат долучення захисних і компенсаторних механізмів, які дають дитині змогу встановлювати відносно стабільні, хоча й патологічні, взаємини зі світом (Островська, 2012²⁰²).

У дітей з аутизмом можуть також виникати справжні нав'язливості, які швидко автоматизуються та втрачають свій

²⁰¹ Кулик, В. Г. (2013). Аутичні діти: які вони? Дефектолог, 8, 4-6.

²⁰² Островська, К. О. (2012). Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія. Львів: Тріада плюс. 520 с.

невротичний характер. Описані К. Островською (2006²⁰³) псевдонав'язливості мають якраз ритуальні прояви. Органічна ригідність і схильність застрягати займають значне місце в їх формуванні. Про це свідчать результати клінічних і психологічних досліджень (методики Вартегга, малюнковими методики). Особи з аутизмом можуть роками відтворювати побачене й почуте, часто досить складні й довільні дії.

Закарбовані в пам'яті дитини з аутизмом певні схеми дій можуть переважати над безпосереднім сприйманням реальності. Повторювальні дії можуть набувати форм монотонних механічних ігор і складати основу складніших ігрових дій. Зазначимо, що порушення ігрової активності як основного виду діяльності у дитячому віці залежить від тяжкості стану й етапу динаміки аутизму. Воно може проявлятися у механічному маніпулюванні частинами власного тіла чи предметами (частіше – неігровими: гайками, ключами, мотузками тощо); неадекватному використанні іграшок, їх вибіркового користуванні; самотніх безсюжетних нерольових чи рольових іграх («спілкування з предметами»); тих або інших формах ігрової взаємодії. Такі маніпуляції можна назвати грою умовно, оскільки схожі одноманітні «маніпулятивні ігри» слід розглядати як демонстрація рудиментарних надцінних утворень на рівні наочно-дієвого мислення.

Ігри у багатьох дітей досить рано переростають у захоплення чи цілком поступаються їм місцем. Захоплення характеризують сталістю і незвичністю змісту, що не відповідає віку дитини. За умови поступального інтелектуального розвитку діти з аутизмом можуть досягати значної продуктивності у своїх захопленнях.

Виникають у дітей з аутизмом і проблеми з поведінкою у громадських місцях. Це може проявлятися через надмірний крик, хапання з полиць у магазині всього підряд, не дотримання режиму у дитячому саду (не слухає вихователів, не бере участі у заняттях). А якщо хтось звертає на неї увагу, починає нервувати.

Зазначимо, що соціально несхвальна поведінка, виникає у дитини з аутизмом, зазвичай, у місцях накопичення людей (вокзалах,

²⁰³ Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги: навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

супермаркетах, гостях). Основною причиною такої поведінки – фізичний дискомфорт, який можуть спричинити надмірні слухові та зорові враження, неприємні тілесні (тактильні) відчуття.

Дитина з аутизмом також має проблеми з моторикою: є незграбною у порівнянні з однолітками, позбавленою невимушеності; вона не спроможна марширувати, їй важко стрибати, має порушену координацію, маріонетковий характер рухів. Останні координуються слабо, дитина неспроможна керувати розподілом м'язового тону; спостерігається анімія, скутість пози, невелика кількість жестів. При цьому, зазвичай, такі діти люблять, щоб їх обіймали, загортали у ковдру, гойдали тощо.

У ранньому дитинстві виявляють ознаки порушеного реагування на зовнішні стимули. Дитина з аутизмом зазвичай вивчає предмети, облизуючи й обнюхуючи їх; є занадто чутливою до дотиків; не любить мати липкі руки (через бруд, фарбу); не любить одягати шапку і рукавички, мити і підстригати волосся, не любить хрустку їжу та таку, що вимагає тривалого жування. Дитина з аутизмом любить певну музику, відгукується на конкретні приємні їй звуки; любить звукові іграшки (музичні).

Дитина з аутизмом часто проявляє тактильну самостимуляцію (наприклад, б'є себе по вухах руками, кусає та стискає губи, згинає й розгинає пальці рук, перебирає ними, бавиться, потріпує, змахує зап'ястями рук; ходить і бігає навшпиньки; любить оберти навколо себе. При цьому, повторюючи ці всі рухи, дитина з аутизмом зосереджується на тілесних відчуттях. Усі рухи посилюються, коли дитина помічає вторгнення в її гру, якісь зміни у звичних для себе обставинах, чи чує звернення до себе. Це свого роду певна «сенсорна гра», яка виконує певні функції: стимулює периферійний зір, слух чи дотикові відчуття (Островська, & Островський, 2015)²⁰⁴.

Варто також зазначити, що дитина з аутизмом має певні порушення сенсорної системи, які характеризуються, за Марценковським (2007)²⁰⁵:

²⁰⁴ Островська, К.О. & Островський, І. П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

²⁰⁵ Марценковський, І. А. (2007). Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектра аутизму. *Нейро-News: психоневрологія і нейропсихіатрія*. Вип. 2.

1) фрагментарністю сприймання зовнішньої інформації (фіксація на певних зорових об'єктах, звукових чи дотикових враженнях);

2) труднощами одночасного сприймання інформації, що поступає від різних органів відчуття (бачить та не чує; чує та не відчуває);

3) заниженою чи суттєво завищеною чутливістю на певних зовнішніх подразниках, через що мозок не здатний усвідомити отриману через органи чуття інформацію й узагальнити її в образи та оформити у поняття.

Станом на сьогодні нозологічну самостійність означеного розладу не визначено. Існує думка, що цей синдром є м'яким варіантом розладу аутистичного спектру.

Синдром Аспергера, як й інші форми дитячого аутизму, починається в ранньому дитячому віці, проте діагностують його досить часто тільки тоді, коли діти йдуть у школи та виникають труднощі у налагодженні взаємин з іншими дітьми. Зазначимо, що при цьому особливості соціальної взаємодії виражені менше, аніж у випадку дитячого аутизму. Діти з синдромом Аспергера не ігнорують цілком присутність іншої людини, мають не такий глобальний розрив з реальністю. Для них характерні егоцентризм, низька здатність до взаємодії з однолітками, відсутності спільного інтересу з оточуючими дітьми. Вони не здатні зав'язувати й підтримувати дружні стосунки. Їх переслідує почуття самотності, яке пов'язане швидше за все з низькою якістю наявних стосунків, аніж з невеликою кількістю друзів.

Натомість з дорослоти такі діти демонструють надтовариськість, відсутність усяких меж. Діти можуть розпочати розмову на вулиці зовсім з незнайомою людиною, поводитися вільно, підходити до людей, говорити з ними, чіпати їх за одяг. Це є свідченням того, що ці діти не здатні оцінити ситуацію; не вміють поставити себе на місце іншого, неспроможні бачити реакцію іншої людини.

Загальною рисою дітей з аутизмом незалежно від ступеня їх інтелектуального розвитку є неспроможність використовувати мовлення, міміку і жести з комунікативною ціллю. Для осіб із синдромом Аспергера характерним є також «резонерство», через яке їхнє мовлення набуває характеру «розірваності».

Діти з аутизмом часто використовують слова без роздумів, інколи помилкові, оперують недостатньо продуманими поняттями, замінюють одне поняття іншим (Е. Блейлер). Вони не проявляють зацікавленості в увазі співрозмовників, не відчують, коли іншим уже важко чи нецікаво їх слухати. Їх мовленнєва поведінка носить однотипний характер як за формою, так й за змістом. Зокрема, особа з синдромом Аспергера в ділових ситуаціях і дружніх стосунках може розповідати про обставини свого особистого життя з однаковими подробицями. Це відбувається тому, що мовлення осіб з аутизмом не є знаряддям їх думки чи засобом спілкування між людьми.

Щодо зовнішнього вигляду таких дітей, то для них характерним є: відчужений, зосереджено-самозаглиблений (брови зрушені, погляд спрямований), «загадковий» вираз обличчя з бідною мімікою; фіксований погляд з несподіваною фіксацією на випадкових предметах та людях; відсутність виразних мімічних рухів, «бідна» жестикуляція.

Дітей з синдромом Аспергера у школі сприймають як диваків. Зазвичай, у них немає друзів. Вони більш схильні до чіткого розпорядку й ритуалів, аніж діти з класичним аутизмом. Дії у них начебто не відповідають цілям, переважають аутистичні інтереси. Саме на виконання останніх діти із синдромом Аспергера спрямовують усю свою енергію. До того ж у них сформована недостатньо довільна і цілеспрямована діяльність. Їх поведінку визначають імпульсивність, брак єдності та внутрішньої логіки, протилежні афекти й бажання.

Для дітей із синдромом Аспергера характерна прихильність до дому та відсутність прихильності до близьких; можливий розвиток афективних розладів, стертих нав'язливостей, поява фобій, іпохондричних скарг. Порушення такого роду виникають зазвичай у періоди фізіологічної кризи, інколи під впливом травмуючих зовнішніх чинників.

На відміну від класичного аутизму у дитини з синдромом Аспергера не спостерігають загального недорозвинення мовлення або пізнавальних функцій. Варто зазначити, що більшість дітей з цим синдромом мають високий рівень розвитку інтелекту, рано починають говорити і читати. Усеж у них спостерігають

неузгодженість з іншими структурними складниками психіки, особливо – функціями соціального інтелекту. Діти з цим синдромом важко відтворюють знання, які є вкрай нерівномірними; їх активна й пасивна увага є нестійкими; інтереси – скоріше абстрактні, навіть одержимі; у них відсутня зацікавленість реальним життям; спостерігається типова непристосованість у побутових обставинах; вони здатні до накопичення великої кількості знань та неможливості їх застосувати у практичному житті.

Синдром Ретта вирізняється від двої описаних вище синдромів РАС. По-перше, цей синдром спостерігається практично тільки у дівчаток, по-друге, він виникає після періоду нормального розвитку, по третє, характеризується вираженою нейроморфологічною патологією й поєднанням психічних розладів з важкими неврологічними порушеннями.

Характерними особливостями цього синдрому є те, що у віці 1-3 років відбувається регрес нервово-психічного розвитку дитини, що супроводжується нападами крику, неспокою, порушеннями сну. Впродовж кількох тижнів-місяців дитина втрачає усі набуті навички (зникають спрямовані рухи рук, дитина перестає говорити); одночасно з'являються характерні стереотипні рухи, що нагадують «миття рук». У дитини можливі судомні напади, що чергуються з періодами гіпервентиляції. Якщо симптоми важкі – є втрата контакту з іншими людьми. 1-2 стадії розвивається досить стрімко і драматично. Нерідко при цьому дітям ставляють діагноз енцефаліт.

3 стадія припадає на дошкільний і ранній шкільний вік. Стан дітей у цей час відносно стабільний. Однак, наявні судомні напади, глибока розумова відсталість та екстрапірамідні розлади (дистонія м'язів, гіперкінези, атаксія). У цей час напади неспокою відсутні, сон покращується, емоційний контакт з дитиною стає можливим.

4 стадія починається наприкінці першого десятиріччя життя з прогресування рухових розладів: хворі нерухомі, наростають спастичність і м'язові атрофії, вторинні ортопедичні деформації (сколіоз), з'являються відставання в рості, у деяких хворих – кахексія (виснаження), вазомоторні розлади, особливо на нижніх кінцівках. Можливе емоційне спілкування з хворим оскільки судоми рідкі.

Особи з синдромом Ретта можуть перебувати десятки років у такому стані.

Діти з синдромом Ретта здатні до часткової взаємодії, навіть у випадку коли засоби комунікації стають менш доступними через певний регрес розвитку. У спілкуванні наявні ехолалії. Спостерігається досить добре слів, однак обмежене розуміння слів з абстрактним значенням. У більшості дівчат, за умови втрати мовлення і здатності до жестикуляції, може розвиватися спілкування за допомогою погляду, як певна компенсація, яка у шкільному віці зазвичай посилюється.

Майже всі дівчата зі збереженим мовленням демонструють одноманітно-монотонну поведінку. Відбувається втрата набутих цілеспрямованих рухів рук.

У дівчат спостерігається глибока затримка психомоторного розвитку; порушення координації, що захоплюють тулуб і кінцівки; спостерігаються тремор, порушення рівноваги, похитування при ходьбі; загальмованість рухів.

Можна діагностувати загальний моторний неспокій. Окремі особи з синдромом Ретта не встигають набути навички ходи при ранніх проявах хвороби; багато дітей, які вміли ходити, утрачають цю здатність. Спостерігається низький рівень психологічного тону; обличчя у дитини поступово набуває сумного, «неживого» виразу, погляд стає розфокусованим або спрямованим в одну точку.

У дітей з синдромом Ретта виражене відсторонення, часом з'являється легке бажання до спілкування, інколи є певне збереження емоційного ставлення до рідних. В окремих випадках можливі напади примусового сміху, що супроводжуються проявами імпульсивної поведінки.

Для таких дітей характерне відставання в інтелектуальному й мовленнєвому розвитку; глибоке пошкодження експресивного й імпресивного мовлення. Їх відповіді стають одноманітними чи ехолалійними, з часом мовлення зовсім може зникнути.

Варто зазначити додатково, що на сьогодні накопичується все більше описів випадків синдрому Ретта у хлопців (Скрипник, 2011²⁰⁶).

²⁰⁶ Скрипник, Т. (2011). Дослідження батьківських концепцій аутизму. *Дефектологія*, 4, 10-13.

Атиповий аутизм – тип загального розладу розвитку, який вирізняють від дитячого аутизму віком початку, браком хоч би одного з трьох діагностичних критеріїв. Так, та чи інша ознака аномального і/чи порушеного розвитку вперше з'являється тільки у віці після 3-х років; і/чи тут немає досить виразних порушень в одній або двох з трьох психопатологічних сфер, потрібних для діагнозу аутизму, у супереч характерним аномаліям в інших сферах (Галах, 2016²⁰⁷).

Виникнення атипового дитячого аутизму відбувається за певних форм клінічної патології, у випадку, коли ураження мозку є одним з головних проявів порушення розвитку різних органічних мозкових процесів, зумовлених хромосомними хворобами (ФКУ, хвороба Дауна, синдром Х-ламкої хромосоми тощо) та важких обмінних порушень в організмі.

Аутизм в окремих випадках розвивається на тлі вираженої розумової відсталості. Мова про те, що атиповий аутизм найчастіше виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю, з дуже низьким рівнем функціонування. Він також трапляється у осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення.

Психогенний аутизм діагностують у дітей з порушеннями спілкування й недостатнім рівнем розвиненості комунікативних функцій, затримкою розвитку мовлення та моторних навичок. Як правило, такі діти, перебуваючи на одинці, мовчки займаються одноманітною грою чи бездіяльно лежать на підлозі. Можна спостерігати також застигання в одній позі й ехोलалію. Час від часу у них може виникати моторне занепокоєння, наприклад біг, стрибки чи тривале одноманітне розгойдування, смоктання пальців, елементів одягу, вертіння зап'ястями рук. При спілкуванні з дорослими діти з психогенним аутизмом вкрай неактивні й часом байдужі, не реагують на звертання чи показ яскравих іграшок. Не спостерігається у них і орієнтовної реакції на нові предмети та людей. Не виникає радощів з приводу побачених солодоців, цуценяти чи кошеняти. Приклади останньої поведінки є типовими для дітей з нормальним типом розвитку.

²⁰⁷ Галах, Т. В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.

Аутистичні розлади у дітей можуть досягати ступеня псевдосліпоти та псевдоглухоти. Тільки повторна тактильна, звукова, зорова стимуляція дає змогу виявити в них орієнтовну реакцію, наприклад, стеження очима. Варто зазначити, що якщо немає реакції на подразники звичайної гучності й сили, то може виникнути реакція на імперативний наказ, висловлений підвищеним тоном (чи на шепіт). Багато дітей байдужі до змінення звичного стереотипу.

Зазначимо, що поведінка дітей з психогенним аутизмом нагадує синдром Каннера, однак на відміну від нього за активної стимуляції ці діти здатні до навчання та наслідування (наприклад, ігрових дій). Їм не притаманний негативізм й парадоксальні реакції; емоційна сфера у них недорозвинена; можливим є розвиток депресивних станів з соматичними скаргами, плаксивістю, адинамією й астеною.

Відомо, що аутистичні розлади призводять до вторинної затримки розумового розвитку. У міру дорослішання дитини парааутичний синдром зазнає часткового зворотного розвитку: мовлення формується із запізненням, здібності до спілкування розвиваються повільно, рідше виникають депресивні стани. Усе виразніше проявляються емоційна незрілість, особистісні особливості, недостатня здатність до співпереживання, понижена мотивація до праці, інколи – ускладнення з налагодженням міжособистісних зв'язків (як з дорослими, так і з однолітками). Разом з проявами затримки розумового розвитку це формує своєрідний дефіцитарний тип особистості, що є іншою формою деприваційного аутизму.

Елементи аутичних розладів можна спостерігати у особливостях поведінки осіб, які позбавлені повноцінного спілкування з навколишнім світом у випадках слухової, зорової (у разі глухоти, сліпоти, глухонімоти) й іншої депривації (у разі ДЦП). Однак, такі форми аутичних розладів вирізняє збереження емоційної сфери, її підвищена чутливість до зовнішніх дій, дратівливість і афективна лабільність. У таких осіб зовсім немає моторних проявів аутизму та стереотипності у поведінці.

Варто наголосити, що тимчасову затримку психічного розвитку й мовлення (за винятком випадків глухонімоти) коригують конкретними педагогічними діями у спеціально створених умовах. При правильній корекційно-розвитковій діяльності, такі діти можуть

досягати високого рівня інтелектуального розвитку. Однак, в окремих випадках, в дорослому віці вони все ж залишаються менш товариськими (Островська, & Островський, 2015²⁰⁸).

Варто звернути увагу на те, що аутизм в усіх його формах зараз добре діагностується. Далі – правильно вибудована індивідуальна програма розвідку, що дозволить покращити індивідуальні показники розвитку кожної окремої дитини. Диференційна діагностика РАС ґрунтується на знанні ядерних проявів аутизму як особливого психічного розвитку та на володінні інформацією щодо етапів нормального психічного розвитку дитини.

Ранню діагностику аутизму вважають можливою, оскільки РАС з відповідно оформленим комплексом симптомів можна виявити ще в ранньому віці. Діагностика має бути точною, зважати слід на симптоми а не на особистість дитини. У випадку ускладнення при постановці діагнозу, дитина має увійти у групу ризику та перебувати під постійним спостереженням лікаря (дитячого психіатра чи психоневролога) і спеціального психолога (вчителя-дефектолога).

Зазвичай у поле зору фахівців дитина з РАС потрапляє не раніше 2-3-х років, коли порушення вже стають досить явними. Часто батьки самі починають помічати, що їх дитина «не така як усі», наприклад має затримку мовленнєвого розвитку чи порушення слуху.

Трохи пізніше, під час розмови з фахівцем удається з'ясувати, що вже на першому році життя дитина мала обмежене гуління, що нагадувало вигуки, верещання. В той же час не було імітації звуків, відсутня реакція на людей, характерного для дитини з нормальним типом розвитку похваллення, при якому дитина демонструє позитивні емоційно-рухові реакції на появу дорослого (мами, її голос, обличчя, дотики) чи на яскраві іграшки, приємні звуки тощо (Марценковський, 2007)²⁰⁹.

Для розробки ефективної індивідуальної програми розвитку дитини з РАС необхідно вивчити її індивідуальні психологічні особливості. Для цього можна використати такі методики:

²⁰⁸ Островська, К.О. & Островський, І. П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

²⁰⁹ Марценковський, І. А. (2007). Дитячий аутизм: особливі діти з особливими потребами. Здоров'я України. Педіатрія. Психіатрія. 18/1.

- опитувальник для батьків,
- шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона (варіант Л. Термена),
- нейропсихологічна діагностика в дошкільному віці (О. Лурія),
- зорово-моторний Бендер гештальт-тест,
- анкета СНАТ,
- шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS),
- профіль шкали розвитку PEP-R,
- діагностичні методики LEITER-3, ADI-R, CASD, SQR, які широко використовуються для діагностики аутизму.

Спробуємо коротко охарактеризуємо кожен з названих методик.

Опитувальник для батьків – дозволяє зібрати значну частину необхідної інформації про можливі форми взаємодії з дитиною зі слів батьків дитини з РАС (Скрипник, 2011²¹⁰).

Застосування цієї діагностичної методики включає проведення вступного інтерв'ю, що триває 1,5-3 години, під час якого збираємо докладну інформацію, що стосується життя сім'ї. Важливо, щоб на першій зустрічі були обидва батьків без дитини. Це сприяє зниженню рівня суб'єктивності ставлення до дитини і дає змогу почути різні погляди, що стосуються розвитку й поведінки дитини в тих чи інших ситуаціях (до і після 3-ох років).

Опитувальних для батьків передбачає якісний аналіз особливостей поведінки дитини з РАС.

Анкета СНАТ (Checklist for Autism in Toddlers) розроблена Барон-Коуен і колегами (Allen, Gillberg) у 1992 р. (Тарасун, & Хворова, 2004, с. 59-64²¹¹) для спостереження за балансом здоров'я дітей з РАС. Це короткий і легкий у використанні опитувальник, застосування якого займає близько 15 хвилин. СНАТ складається з двох частин, містять закриті питання і передбачають відповідь «так» / «ні»:

перша частина (А) передбачає закриті запитання щодо функціонування дитини в дев'яти сферах;

друга частина (Б) складається з п'яти пунктів, носить експериментальний характер і полягає в тому, щоб дослідник оцінив

²¹⁰ Скрипник, Т. (2011). Дослідження батьківських концепцій аутизму. *Дефектологія.*, 4, 10-13.

²¹¹ Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.

рівень виконання дитиною 9 простих завдань. Отримані результати можна порівняти з інформацією, отриману від батьків дитини.

Перевагою опитувальника СНАТ є зручність у використанні. Варто зазначити, що початкова бесіда з батьками до початку застосування анкети сприяє зниженню напруги та встановленню довірливих відносин, налагодити контакт з батьками та зробити перший крок у налагодженні контакту з дитиною.

Нейропсихологічна діагностика О. Лурія, в основі якої лежить концепція про три функціональні блоки мозку, дозволяє диференціювати труднощі навчання і поведінки, обумовлені індивідуальними особливостями функціонування мозкових структур, дезадаптацію, пов'язану з неправильним педагогічним впливом чи патохарактерологічними особливостями особистості дитини.

Ця методика не обмежується виявленням лише слабких сторін у розвитку дитини. Вона також визначає зону найближчого розвитку та сприяє побудові індивідуальної програми корекційно-розвиткового навчання дитини (Островська, & Качмарик, 2001²¹²).

Програма враховує двосторонню взаємодію між морфогенезом мозку і формуванням психіки. Відомо, що для появи певної функції потрібен відомий ступінь зрілості нервової системи, функціонування й активний корекційно-розвивальний вплив сприяють дозріванню відповідних структурних елементів. Ця діагностика дозволяє оцінити: загальну характеристику дитини, її рухи і дії, гнозис, мовленнєві функції, пам'ять, інтелект.

Для оцінки кожної сфери використовують тести, кількість яких є різною. Сумарний бал, отриманий при діагностиці кожної окремої психічної сфери, ділиться на кількість проведених проб.

Бальна оцінка кожної проби:

– організована як система штрафів: тобто що вищий бал, то гірше виконана проба;

– здійснюється за шестибальною шкалою на основі виявлених труднощів, ступеня їх прояву у порівнянні з нормативними показниками відповідної вікової групи;

²¹² Островська, К. О., & Качмарик, Х. В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.

– дозволяє також визначити сумарний бал дефіцитарності у кожній психічній сфері і загалом для дитини, щоб адекватно оцінити ступінь недорозвитку, об'єктивувати динаміку розвитку при лонгitudному відслідковуванні в ході корекційного впливу.

Загальна характеристика дитини передбачає оцінку таких параметрів: адекватності, критичності, орієнтації дитини та виконання коректурної проби.

Обстеження рухів і дій охоплює проби на: реципрокну координацію, праксис пози пальців, оральний та динамічний праксис, копіювання простих геометричних фігур, умовну реакцію вибору, відтворення ритмічних структур.

Обстеження гнозису оцінюється на основі виконання проб на: предметний гнозис, акустичний гнозис, впізнання просторово орієнтованих простих фігур, ідентифікацію емоцій.

Обстеження мовленнєвих функцій передбачає оцінку спонтанного мовлення, проб на називання, розуміння (співвіднесення з картинкою) слів та логіко-граматичних конструкцій.

Обстеження пам'яті здійснюється на основі оцінки слухомовленнєвої пам'яті, зорової, рухової, а також запам'ятовування розповіді.

Обстеження інтелекту містить тести на розуміння сенсів: розповіді, сюжетних картинок, виведення аналогій та відкидання (заперечення) понять.

Зорово-моторний Бендер гештальт-тест застосовується для:

– діагностики ступеня розвитку структурних зорово-моторних функцій у дітей,

– вивчення розумової відсталості, феноменів регресії, вираження порушень окремих функцій та органічних мозкових дефектів і в дорослих, і в дітей,

– дослідження особистісних відхилень, особливо тих, які пов'язані з регресивними проявами (Тарасун, & Хворова, 2004, с. 59-64²¹³).

Цей тест використовують для оцінки рівня розвитку здібностей до просторової організації візуального стимульного матеріалу та зорово-

²¹³ Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.

моторної координації в дітей віком 3-12 років; ступеня порушення організації перцептивних і моторних функцій у хворих з різними органічними ураженнями головного мозку і психічними захворюваннями.

В основу тесту лежить ідея того, що гештальт-функція може бути визначена як інтегральна характеристика організму, за допомогою якої він відповідає на пред'явлену сукупність 13 стимулів як єдиного цілого, таким чином, що сама відповідь є цілісною структурою чи гештальтом. Останні визначають структуру відповіді. Будь-яке відхилення в цілісності організму буде відобразитися на сенсомоторному патерні, що є результативною відповіддю на пред'явлений стимульний патерн.

Стимульний набір тесту охоплює 9 оригінальних фігур Вертхеймера. Науковець їх відібрав серед тих, які він використовував для психологічного дослідження сприйняття візуальних гештальтів. Фігура А використовується для ознайомлення із завданням; фігури з 1 по 8 застосовуються для діагностичного тестування і пропонуються дитині послідовно для копіювання на листах білого паперу форми А4.

Для інтерпретації тесту кожна фігура оцінюють за трьома параметрами балами від 0 до 5: виконання кутів, орієнтація елементів, взаємне розташування елементів. Також оцінюють загальні тенденції (від 0 до 6 балів): послідовність розташування фігур на листі паперу; наявність виправлень; тенденція до збільшення чи зменшення розміру малюнків чи різка відмінність у розмірах малюнків; перекриття фігур; старанність виконання тесту; відмова від виконання завдання.

Результати подіються як сума балів по кожній з фігур і по загальних тенденціях та як повна сума балів, що співвідноситься з таблицею вікових норм, яка містить середній бал, а також діапазон норми для кожного віку від 6 до 11 років.

Шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона відзначається простотою, доступністю, навіть для дітей з глибоким ураженням мозку.

Шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона передбачає дослідження розумового розвитку дітей конкретного віку, починаючи від 3 і до 15 років. Для кожного віку обирається по 6 тестів, тоді як для 12-річних – 8 тестів. Дослідження проводять так, що дитині

конкретного віку даються тести, розраховані для дітей молодших на два роки за дитину-респодента. У випадку позитивних відповідей – переходять до наступного рівня, зупиняючись на шкалі того віку, тести якого дитина не може розв’язати. Кожен тест оцінюється позитивно чи негативно відповідно до вказівок до кожного завдання (Хворова, 2010²¹⁴).

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) – складається з 15 пунктів, які дозволяють діагностувати дітей з аутизмом, відрізнити їх від дітей з вадами розвитку, але без синдрому аутизму; дає можливість діагностувати ступінь аутизму від легкого – помірного до значного (Островська, & Качмарик, 2001)²¹⁵.

Характерні риси шкали CARS: введення пунктів, що показують різноманітні діагностичні критерії, що відносяться до поширеної 15 симптоматики аутизму як синдрому; заміна суб’єктивних клінічних спостережень об’єктивними, що дають змогу оцінювати безпосередньо під час біхевіорального спостереження.

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) вміщує 15 шкал: взаємини з людьми, емоційна реакція, імітація, володіння тілом, адаптація до змін, використання об’єктів, слухова реакція, зорова реакція, смак, запах, реакція на дотик, їх використання, вербальна комунікація, невербальна комунікація, боязкість або нервозність, рівень активності, рівень і ступінь інтелектуального розвитку, загальне враження. Кожна шкала оцінюється від 1 до 4 балів. Сумарний бал по всіх шкалах дає змогу виявити наявність чи відсутність порушень аутистичного спектру, а також визначити рівень аутизму: 15 - 30 балів свідчать про відсутність аутизму; 30-37 балів – легка або помірна форма аутизму; 37 - 60 балів – важкий аутизм.

Шкала оцінювання розладів спектра аутизму (CASD) – включає 30 питань-симптомів, які визначають проблеми поведінки дитини в 6 областях: проблеми з соціальною взаємодією; тілесно-чуттєві (соматосенсорні) порушення; нав’язливі дії (персеверації); порушення настрою; відхилення у спілкуванні і розвитку; проблеми з увагою і розумінням небезпеки.

²¹⁴ Хворова, Г. М. (2010). Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. К. 22 с.

²¹⁵ Островська, К. О., & Качмарик, Х. В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.

Кожне питання опитувальника за наявності певних відхилень у розвитку оцінюється у 1 бал, в той час як нормальний розвиток дитини оцінюється в 0 балів. Сумарна кількість балів за результатами 16 опитування – 15 балів – визначає зону ризику порушення аутистичного спектра. Відповідно, > 15 – відповідає легкому, помірному та важкому ступеню розладів аутистичного спектру.

Опитувальник ADI-R – це структуроване інтерв'ю, яке дають батьки / опікуни про свою дитину, спрямоване на виявлення порушень у таких сферах: аспекти поведінки; мова і мовлення; соціальна взаємодія; стереотипна поведінка і вузькоспрямовані інтереси. Складається з 93 пунктів, які викладені на 85 сторінках тексту. Питання інтерв'ю стосується таких сфер як: біографічні дані, вступні питання (1), ранній розвиток (2-8), набуття і втрата мовлення / інших навичок (9-28), мовлення і комунікація (29-49), соціальний розвиток і гра (50-59), улюблені заняття / іграшки (60-66), інтереси та форми поведінки (67-79), загальні форми поведінки (80-87), особливі ізольовані здатності (88-93).

Загальний час опитування батьків становить 1,5-2 години. Опитувальник дозволяє встановити психологічний вік дитини – від 2-х років.

Скринінгова діагностична методика SQR містить: 40 питань в трьох сферах: соціальна взаємодія, спілкування, обмежені, повторні та стереотипні паттерни поведінки.

Опитувальник передбачає застосування 2 алгоритмів: 1) опитування «Протягом життя» - з акцентом на віці 4-5 років; 2) опитування «В даний час» - з акцентом на поведінці в останні 3 місяці.

Опитувальник заповнюється зазвичай батьком / опікуном для дітей від 4 років. Визначає рівень психічного розвитку дитини – від 2 років.

Профіль шкали розвитку PEP-R (Островська, & Качмарик, 2001²¹⁶) є концепцією оцінки розвитку дітей з РАС, а також дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Результати, отримані в тесті PEP-R, використовують для укладання «Індивідуальних програм

²¹⁶ Островська, К. О., & Качмарик, Х. В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.

навчання».

PEP-R є добіркою поведінок і вмінь та служить для діагностики характерних для конкретної дитини способів навчання. Тест призначається передовсім для дітей, які перебувають на дошкільному чи нижчому рівні, тобто у віці від 6 місяців до 7 років. Якщо дитина є старшою, але немає ще 12 років, PEP-R може надати потрібну інформацію у випадку, коли деякі функції розвитку дитини є нижчими рівня першого класу.

PEP-R містить шкали розвитку та поведінки. Шкала розвитку поділена на сім сфер: 1) наслідування, 2) сприйняття, 3) дрібна моторика, 4) велика моторика, 5) зорово-рухова координація, 6) пізнавальна діяльність, 7) спілкування, активне мовлення. Система оцінювання результатів за шкалою розвитку містить оцінку «зараховано» або «не зараховано», що свідчить про однозначність виконання або невиконання завдання, а також результат «обнадійливо», який призначається для дитини, яка тільки частково розуміє, що потрібно зробити в конкретному завданні чи не має достатньо вмінь, щоб це зробити добре.

Дитина може проявляти розуміння того, що потрібно зробити, або може навіть виконати частково, але в особливий спосіб. Таке вирішення завдання оцінюється як таке, що подає надії / «багатообіцяюче».

Основні засади оцінки виконання завдання: «зараховано» – оцінку (зар.) отримує завдання, яке дитина зуміє самостійно добре виконати; «обнадійливо» – оцінку обнадійливо (об.) / зона найближчого розвитку / отримує таке виконання завдання, яке вказує, що дитина більш-менш знає, як виконати завдання, але не в стані його вдало закінчити; чи коли дослідник змушений декілька разів показувати чи вчити дитину, як варто виконати завдання; «не зараховано» – в ситуації, коли дитина не в стані зробити жодної частини завдання або навіть не пробує його виконати, незважаючи на те, що дослідник декілька разів його демонстрував; за виконання завдання отримує оцінку «н. зар.».

Шкала поведінки має на меті розпізнавання нетипових способів поведінки, характерної для РАС: завдання шкали поділено на чотири частини: налагодження контактів та емоційні реакції; гра та

зацікавлення предметами; реакції на імпульси; мовлення. Завдання шкали мають на меті розпізнавання вміння налагодження зорового контакту, неналежного використання матеріалів, надмірної зацікавленості нюханням та смакуванням речей, нетипового вживання слів чи нескоординованої поведінки в час виконання завдання. Три нові завдання №172, 173, 174 додано задля оцінювання реакції дитини на різноманітні нагороди.

Поведінка оцінюється як «відповідна», «помірно невідповідна» та «в значній мірі невідповідна». Елементи шкали поведінки, на противагу до елементів шкали розвитку, мають стосунок до норм поведінки. Поведінка з помірними чи зі значними відхиленнями не є нормою для будь-якої вікової групи. Результати зі шкали поведінки можуть бути використані для спостереження за змінами, що виникають у поведінці дитини. Якщо поведінка характерна для конкретного віку, то дитина отримує оцінку «відповідна». Якщо поведінка є доволі не характерною, то її можна оцінити двояко: «помірно невідповідна» або «в значній мірі невідповідна». Оцінку «помірно невідповідна» використовують у випадку, коли поведінка дитини є помірною мірою гіршою, але лише тільки дещо іншою від нормальної поведінки. «В значній мірі невідповідна» вважається та поведінка, інтенсивність, якість та частота прояву якої істотно відрізняється від нормальної і яка є однозначно нетиповою. Для відображення результатів, отриманих за допомогою тесту PEP-R, є картка, що підсумовує дослідження, 10 карток для нотування й оцінювання (картка оцінок), а також картка підрахунку. Також тест 20 PEP-R містить картки, де відображено профіль шкали розвитку та профіль шкали поведінки.

Профіль шкали розвитку становить «Результат» в шкалі розвитку (WSR), тобто є сумою всіх зарахованих завдань шкали розвитку. Після прирівняння результату в шкалі розвитку до шкали віку можна встановити вік розвитку дитини. Суми всіх результатів «обнадійливо» для кожної сфери розвитку визначають можливості дитини до навчання та пропонують точки виходу при плануванні навчання. У профілі шкали поведінки відображається сума результатів в значній мірі невідповідних в даній сфері, які стосуються поведінки, а також число оцінок помірковано невідповідних в кожній сфері поведінки.

Отже, PEP-R призначений для планування індивідуальної програми навчання. У випадку дітей з високими диференційованими можливостями набагато більш корисним буде оцінювання та виявлення сфер розвитку, в яких вони мають досягнення, і тих, в яких вони досягнень не мають.

Тест PEP-R слугує для представлення у формі профілю рівня розвитку дитини, визначеного відносно до нормальної популяції, у вигляді, наближеному до віку розвитку. Досягнення дитини в кожній із сфер діяльності можна порівняти з іншими сферами розвитку.

Варто зазначити, що процедура обстеження дошкільників з РАС проводиться в індивідуальній формі. Діагностичні зустрічі в середньому відбуваються раз на тиждень. Тривалість визначалася індивідуальними потребами і можливостями кожної дитини.

Аналіз широкого кола наукових досліджень щодо висвітлення проблеми дітей з аутизмом дозволив систематизувати основні підходи до вивчення базових понять дослідження; висвітлити основні підходи до визначення та класифікації розладів аутичного спектру у дітей, концептуальні бачення основних ознак, характеристик та підходів до розвідки щодо висвітлення проявів аутизму, ознак та симптомів порушення розвитку у дітей дошкільного віку.

Проведений нами науковий огляд дав підстави для твердження, що аутизм у дітей досліджували з соціально-медичних позицій, оскільки корекцією психосоціального розвитку дітей з аутизмом до недавнього часу займались в основному лікарі. У сучасних міждисциплінарних наукових доробках означену категорію дітей розглядають із позиції включення їх соціальний інклюзивний простір. Соціалізація та самореалізація дітей з РАС є перспективним напрямом в системі спеціальної освіти, адже інклюзивне навчання як один із шляхів створення інклюзивного середовища у суспільстві потребує розбудови безбар'єрного освітнього середовища в межах загальноосвітніх навчальних закладів.