

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

Факультет (ННІ) гуманітарно-педагогічний

УДК 316.614.5:159.964.21

**ПОГОДЖЕНО**

Декан факультету (Директор ННІ)  
Гуманітарно-педагогічний  
(назва факультету (ННІ))

\_\_\_\_\_ Савицька І.М.  
(підпис) (ПІБ)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024 р.

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри  
соціальної роботи та реабілітації  
(назва кафедри)

\_\_\_\_\_ Сопівник І.В.  
(підпис) (ПІБ)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2024 р.

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему **«Соціально-психологічний супровід дітей із розладами аутичного спектру»**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»  
(код і назва)

Освітня програма Соціально-психологічна реабілітація  
(назва)

Орієнтація освітньої програми освітньо-професійна  
(освітньо-професійна або освітньо-наукова)

**Гарант освітньої програми**

Доктор педагогічних наук, професор  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Сопівник І.В.  
(ПІБ)

**Керівник магістерської кваліфікаційної роботи**

Доктор педагогічних наук, професор  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Сопівник І.В.  
(ПІБ)

**Виконала**

\_\_\_\_\_ (підпис)

**Кирилюк А.І.**  
(ПІБ студента)

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

**Факультет (ННІ) гуманітарно-педагогічний**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри  
соціальної роботи та реабілітації  
Доктор педагогічних наук, професор**  
(науковий ступінь, вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)  
“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_  
Сопівник І.В.  
(ПІБ)  
2024 року

**З А В Д А Н Н Я**

**ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТУ**

Кирилюк Анастасії Ігорівні

(прізвище, ім'я, по батькові)

Спеціальність 231«Соціальна робота»  
(код і назва)

Освітня програма Соціально-психологічна реабілітація  
(назва)

Орієнтація освітньої програми освітньо-професійна  
(освітньо-професійна або освітньо-наукова)

Тема магістерської кваліфікаційної роботи «Соціально-психологічний супровід дітей із розладами аутичного спектру»

затверджена наказом ректора НУБіП України від “\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_ «\_\_»

Термін подання завершеної роботи на кафедру 15 листопада 2024 р.  
(рік, місяць, число)

Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи наукові розробки вітчизняних та зарубіжних учених, матеріали періодичних видань, словники, навчальна та довідкова література з теми дослідження.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

- 1.Здійснити аналіз наукової літератури із проблеми дослідження.
- 2.Розкрити проблеми дітей з розладами аутичного спектру та сімей, що їх виховують.
- 3.Здійснити оцінку потреб у соціальній підтримці сім'ї, що виховує дитину з розладами аутичного спектру.
- 4.Обґрунтувати програму соціально-психологічного супроводу сімей з дітьми із розладами аутичного спектру.

Дата видачі завдання “15жовтня 2023 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_  
( підпис )

Сопівник І.В.  
(прізвище та ініціали)

Завдання прийняла до виконання \_\_\_\_\_  
(підпис)

Кирилюк А.І.  
(прізвище та ініціали студента)

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ .....	7
1.1. Особливості соціального та психологічного розвитку дитини з розладами аутичного спектру .....	7
1.2. Проблеми формування соціальних зв'язків та сімейних стосунків дітей з розладами аутичного спектру.....	18
Висновки до розділу 1 .....	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ .....	31
2.1. Методи соціальної роботи з дітьми, що мають розлади аутичного спектру.....	31
2.2. Супровід соціальним працівником дітей, що мають розлади аутичного спектру та їхніми сім'ями.....	42
Висновки до розділу 2 .....	57
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ.....	59
3.1. Оцінка потреб соціальної підтримці сім'ї, що виховує дитину з розладами аутичного спектру .....	59
3.2. Програма соціально-психологічного супроводу сімей з дітьми із розладами аутичного спектру .....	69
Висновки до розділу 3 .....	78
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	82
ДОДАТКИ.....	87

## ВСТУП

**Актуальність дослідження** зумовлено соціальною потребою соціалізації й адаптації дітей з розладами аутичного спектра (далі — РАС) до суспільного життя. РАС все частіше розглядається як психологіко-педагогічна проблема, але соціальна робота у цьому випадку є новим підходом до допомоги дітям з РАС.

РАС є одним із найпоширеніших розладів розвитку, що впливає на поведінку дітей; за даними Світової організації охорони здоров'я, він стосується близько 1 з 160 дітей у всьому світі. РАС — це не одне конкретне захворювання, а спектр, і кожна особа може мати індивідуальну симптоматику та розвиток. Соціальна адаптація дітей з РАС — складний комплексний процес, оскільки РАС може виявлятися у різних формах та відрізнятися симптоматикою. Діти з РАС можуть мати проблеми з аналізом та обробкою інформації в спілкуванні з іншими людьми: не розуміти жести, міміку, що може призводити до того, що така дитина буде неправильно сприймати ситуації, з якими вона стикається, та неточно аналізувати поведінку інших людей. Діти з РАС також можуть мати труднощі зі адаптуванням та прийняттям змін. Дітям з РАС притаманний «...найбільш комплексні порушення розвитку, так як цей стан характеризується порушенням соціальної комунікації та взаємодії, наявністю повторюваних зразків поведінки, стереотипних видів діяльності та вибіркового інтересів». Діти з РАС часто сконцентровані на конкретних звичках, які допомагають їм боротися з негативними емоціями, які вони відчувають, коли вступають у невідоме їм соціальне середовище.

Наслідком цього може стати формування у дитини соціально неприйнятних норм поведінки; й врешті-решт результатом може бути соціальна неадаптованість, ізоляція від суспільства, відсутність соціальних контактів, неготовність вести самостійне життя та непристосованість навіть до повсякденного життя.

Оскільки більшість дітей з РАС живуть у сім'ях, підтримка та розуміння зі сторони родини є ключовим фактором для нормального виховання дитини і підготовці її до дорослого життя. Але у контексті виховання такої дитини у сім'ї

можуть виникнути різні проблеми: так як часто діти з РАС мають проблеми з комунікацією та створенні близьких стосунків, у батьків та дитини можуть виникнути проблеми у встановленні емоційного зв'язку; також діти можуть мати ненормальні у контексті суспільної норми проблеми з гіперактивністю та/або агресію, що може викликати у батьків стрес. Авжеж, ще одна проблема — це фінансова, так як лікування, терапія та підтримка дитини з РАС може бути причиною фінансових проблем.

**Проблема дослідження** пов'язана з тим, що для адаптації та інтеграції таких дітей у суспільство потрібна ефективна та доречна система соціальних програм та розробка якісної інклюзивної освіти та залучення й підтримку батьків у вихованні дитини.

Результати проведеного науково-теоретичного аналізу проблеми, її недостатня розробленість і важливість для соціальної практики зумовили вибір теми дослідження – **«Соціально-психологічний супровід дітей із розладами аутичного спектру»**.

**Мета дослідження** – обґрунтувати програму соціально-психологічного супроводу сімей з дітьми із розладами аутичного спектру.

Відповідно до мети дослідження було визначено **завдання**:

1. Здійснити аналіз наукової літератури із проблеми дослідження.
2. Розкрити проблеми дітей з розладами аутичного спектру та сімей, що їх виховують.
3. Здійснити оцінку потреб у соціальній підтримці сім'ї, що виховує дитину з розладами аутичного спектру.
4. Обґрунтувати програму соціально-психологічного супроводу сімей з дітьми із розладами аутичного спектру.

**Об'єкт дослідження** – соціально-психологічний супровід дітей із розладами аутичного спектру.

**Предмет дослідження** - програма соціально-психологічного супроводу сімей з дітьми із розладами аутичного спектру.

**Методи дослідження:** теоретичні (аналіз філософської, психолого-педагогічної, соціально-педагогічної літератури з проблеми дослідження, систематизація та узагальнення отриманих даних); логіко-аналітичні (дедуктивні та індуктивні – з метою верифікації наукових припущень і прогнозованих висновків); відбір діагностичного інструментарію та теоретичне моделювання методики діагностики рівнів актуального стану обізнаності суспільства про РАС, сімей, що виховують дитину з РАС; емпіричні: вивчення та аналіз соціально-психологічного досвіду, бесіди з батьками і фахівцями, пряме та опосередковане спостереження на констатувальному етапі дослідження.

**Елементи наукової новизни одержаних результатів** полягають у доповненні теорій і методик соціальної роботи з дітьми, які мають РАС та їхніми сім'ями; розробленні та впровадженні експериментальних методик допомоги дітям з РАС та їх сім'ям.

**Практична значущість** одержаних результатів дослідження полягає в розробці програм та методик роботи з дітьми з РАС для фахівців соціальної роботи, що працюють з цією категорією людей, розвиток навичок комунікації з дітьми з РАС та їхніми батьками для соціальних працівників та підвищення рівня обізнаності суспільства про РАС та необхідність включення дітей з РАС у соціальне життя.

**Апробація результатів.** Апробація здійснювалась протягом 2023-2024 н.р. на базі закладу Національний університет біоресурсів та природокористування України, м. Києва, Київської області. Основні положення і результати дослідження представлено на ..... конференції «.....» (... 2024 р. м. ....).

**Структура магістерської роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, 2 додатки (4 сторінки), списку використаних джерел (50 найменувань, з них 12 – іноземними мовами, 5 Інтернет-сайтів). Повний обсяг роботи становить 92 сторінки, основного тексту – 82 сторінки. Робота містить 1 таблицю на 2 сторінках основного тексту.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ**

### **1.1. Особливості соціального та психологічного розвитку дитини з розладами аутичного спектру**

Згідно з даними Національного Інституту Ментального Здоров'я (The National Institute of Mental Health) та Центра контролю та профілактики захворювань у США (The Centers for Disease Control and Prevention), що базуються у Сполучених штатах Америки, кожна «одна дитина з 36 у 8-річному віці була діагностована РАС». Що цікаво з наукової та соціологічної точки зору, РАС є більш розповсюдженим серед хлопчиків (3,8%), ніж серед дівчаток (1,1%), та охоплює усі расові та етнічні групи. Тобто, РАС або може бути набутиим будь-якою дитиною, або вона може народитися з РАС [5].

Згідно дослідженням багатьох зарубіжних науковців, причини виникнення у дитини РАС можуть полягати як і у генетичних особливостях, так і в не генетичних, таких як оточення, виховання та вплив на дитину. Американська асоціація Autism Speaks надає світову інформацію: кожна одна дитина з 88 має діагностований РАС. У світі загально налічується 2 мільйони 400 тисяч осіб з розладом аутичного спектру. В Україні, насамперед, за даними МОЗ, кількість осіб з РАС зросло у період з 2008 по 2013 рік в 3,8 раз з 2,4 до 9,1 на 100 тисяч дитячого населення. Вважається, що тенденція збільшення дітей, що мають РАС, збережеться й в майбутньому [11].

Під РАС у широкому сенсі розуміється некомунікабельність, бажання уникати контакти з іншими людьми, ізолювання у, так би мовити, особистому всесвіті. Але усі ці риси не обов'язково свідчать про те, що дитина має РАС — іноді це звичайні особливості дитини, іноді це свідчить про інші проблеми зі здоров'ям, як, наприклад, проблеми з зором чи слухом, іншими психологічними проблемами, інтелектуальної недорозвинутості, мовленнєвими порушеннями. Тобто, у кожної дитини є особисті та/або психолого-медичні причини, через які

вона може уникати комунікацію та жити у особистому всесвіті. Це не завжди свідчить про те, що дитина має РАС.

Першими науковцями, які описали аутизм, були Ганс Аспергер (Hans Asperger) та Лео Каннер (Leo Kanner), що почали досліджувати цю сферу майже одночасно у 1930 році. Адам Фейнштейн (Adam Feinstein) у своїй книзі «A History of Autism: Conversation with Pioneer» міркує щодо цих двох вчених. Він посилається, що у 1943 році Каннер опублікував статтю у американському журналі «The Nervous Child», де вперше описав аутизм за рік до того, як це зробив Ганс Аспергер у німецькому журналі «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten». Однак, до статті Каннера, як дослідив Фейнштейн, Аспергер вже говорив та ввів термін «аутистичний» ще у 1934 році, а вперше озвучив його на лекції у 1938. У своїй роботі, Аспергер називав РАС «аутистичною психопатією» та описував п'ятьох хлопчиків, які мали проблеми з соціалізацією та обмежені інтереси [21].

Однак, вчений відмічав, що ці діти мали високий рівень інтелектуального розвитку та здатність чітко запам'ятовувати деталі: об'єкти, звуки, запахи, текстури, кольори та інші деталі навколишнього середовища. У дітей з РАС такі сенсорні особливості можуть бути розвинені до такого рівня, що інші люди можуть просто не помічати того, що помічають діти з РАС. З іншого боку, це може призводити до дискомфорту та перенапруженості та впливати на комунікацію з іншими людьми.

Аспергер вважав РАС вродженим. Аспергер досліджував одне конкретне захворювання, що у сучасному світі вважається одним з видів розладів аутичного спектру, а тобто, має спільні риси з іншими видами РАС. Це захворювання отримало назву на честь свого дослідника: Синдром Аспергера. Синдром Аспергера характеризується поганим розумінням та використанням жестів, міміки, тону голосу; вони уникають зорового контакту; мають стереотипну повторювану поведінку у своїх хобі та інтересах. Такі особи мають проблеми з комунікацією та розумінням соціальних норм та правил. Відміна синдрому Аспергера від інших видів РАС у тому, що люди з синдромом Аспергера мають

нормальний розвиток мовлення та здатність до навчання у школі, ніж інші діти з іншими видами РАС [9].

Каннер, на відміну від Аспергера, вважав РАС набутим розладом особистості, який виникає завдяки впливу оточуючого світу. Каннер досліджував РАС більше 50 років та працював і з дітьми, й з дорослими. Вчений описував симптоматику РАС як стереотипну, одноманітну поведінку, неможливість встановлення соціального контакту та уникнення того, тривожне та нав'язливе прагнення до стабільності та збереження типового стану речей, гіперфіксацію на певних об'єктах чи явищ, пізнавальний та інтелектуальний потенціал, що проявляється у блискучої пам'яті та вирішенні сенсоромоторних завдань. Також Каннер описував у дітей з РАС таке явище, як «мутизм». Мутизм — це психіатричний та неврологічний стан, коли особа не відповідає на запитання та уникає будь-якого соціального контакту, хоча можливість розмовляти та розуміти оточуючих у особи залишається. Каннер першим ввів термін «ранній дитячий аутизм» (РДА), який, згідно з його дослідженнями, розвивається у віці 2-2,5 років. Пізніше РДА почали називати «синдромом Каннера». Він вважав, як і Аспергер, що дитячий аутизм не має зв'язку з інтелектуальною недорозвиненістю, навпроти — його пацієнти мали феноменальну пам'ять, творчий хист, високі інтелектуальні здібності. Сучасні дослідження підтверджують дослідження й Аспергера, й Каннера щодо високих інтелектуальних здібностей осіб з РАС [13].

У середині 1970-х років Майкл Раттер провів дослідження, що стало відомо як «the Isle of Wight study», де він та інші вчені досліджували психічні порушення у дітей, також й РАС, а конкретніше — поширеність та характеристика РАС серед дітей Сполученого Королівства. У висновку дослідження з'ясувалось, що поширеність РАС була вищою, ніж вважалося раніше: 4,5 випадків на 10 тисяч дітей. Дослідження М. Раттера допомогли встановити РАС як окрему діагностичну категорію та сприяло розробці діагностичних критеріїв для розладів аутичного спектру.

Він запропонував концепцію «тріади порушень», до якої входять три основні симптоми РАС [19]:

- труднощі соціального спілкування: затримка та порушення мовлення незалежно від інтелектуального рівня дитини;
- особливі порушення соціального розвитку до 30-х місячного віку, що не пов'язані з інтелектуальним розвитком.
- ритуальність, повторювана стереотипна поведінка, прагнення до стабільності та виникнення дискомфорту, якщо стабільність не дотримується.

У 1980-х у результаті досліджень, що проводила британська психіаторка Лорна Вінг, трактування розуміння поняття «аутизм» змінилося. Вона вважається одною з «піонерів» у галузі дослідження РАС та відіграла велику та важливу роль у підвищенні обізнаності й серед науковців, і серед громадськості. Дослідження вченої були спрямовані на виявленні та описі різних симптомів РАС. Вона визначила набір симптомів, які стали відомі як «Тріада Вінг» [7]:

- порушення у соціальній взаємодії, включаючи порушення у сфері вербальної та невербальної комунікації;
- порушення процесів уявлення або гнучкого мислення;
- обмежені, повторювані та стереотипні моделі поведінки, інтересів та діяльності.

«Тріада Вінг» стала важливим інструментом діагностики РАС і є в сучасному світі загальноновизнаною основою для визначення РАС. Симптоми, які Вінг виокремила, досі використовуються в діагностичних критеріях РАС та відомі як DSM-5.

«Тріада Вінг» відрізняється від концепції «тріади порушень» Майкла Раттера, про яку ми говорили. Тріада порушень Раттера зосереджена на соціальному спілкуванні, соціального розвитку та ритуальності, а тріада Вінг на порушеннях соціальної взаємодії у більш широкому значенні, порушення процесів уявлення (гнучкого мислення) та обмеженості в інтересах. Але обидві ці тріади, й Раттера, й Вінг, вплинули на формування розуміння та діагностики

аутизму. На додаток до своєї роботи над тріадою, Вінг проводила багато досліджень у галузі РАС та розробила концепцію «розладів аутичного спектру», що визнає, що існує широкий спектр симптомів і рівнів тяжкості аутизму. Про роботу Л. Вінг інші науковці говорять так: «Її робота мала значний вплив у сфері розладів розвитку та психіатрії, і її спадщина залишиться довговічною» (Simon Baron-Cohen, директор Центру дослідження аутизму Кембриджського університету). «Лорна Вінг була піонером у галузі дослідження РАС та зробила значний внесок у наше розуміння цього стану» (Francesca Happé, директорка Центру соціального, генетичного розвитку психіатрії Королівського коледжу Лондона). «Внесок Лорни Вінг у дослідження РАС неоціненний. Її робота заклала основу для багатьох з того, що ми знаємо про аутизм сьогодні (Sally Ozonoff, професор психіатрії та поведінкових наук Каліфорнійського університету в Девісі).

Сама Лорна Вінг надавала таке визначення терміну «аутизм»: це складний розлад розвитку, який впливає на те, як людина спілкується та ставиться до інших, а також на те, як вона сприймає навколишній світ». Зазначимо, що вирази «аутизм», «розлади аутичного спектру» використовують як взаємозамінні (Качура Д. М.)

Приводимо ще декілька визначень терміну від зарубіжних вчених [7, 8, 23]:

Розлад аутичного спектру — це складний розлад нейророзвитку, що характеризується постійним дефіцитом соціального спілкування та соціальної взаємодії, а також обмеженими, повторюваними моделями поведінки, інтересів або діяльності (Американська психіатрична асоціація, АРА).

Аутизм — це розлад розвитку, що характеризується труднощами соціальної взаємодії та спілкування, а також обмеженою та повторюваною поведінкою (Саймон Барон-Коен, Кембриджський університет)

РАС — це розлад нейророзвитку, який впливає на те, як люди обробляють та реагують на інформацію в своєму оточенні. Це призводить до труднощів соціального спілкування, труднощів із соціальною взаємодією та наявності повторюваної поведінки чи інтересів (Науковий фонд аутизму).

Аутизм — це розлад нервової системи, що характеризується труднощами соціальної взаємодії та спілкування, а також наявністю обмежених, повторюваних моделей поведінки чи інтересів. Ці труднощі проявляються в ранньому віці та можуть відрізнитися за ступенем тяжкості, при цьому люди відчувають ряд симптомів й перешкоди (Девід Амарал, Каліфорнійський університет, Девіс).

Аутизм – це серйозне порушення комунікації, соціальної взаємодії та здатності до уяви» (Ф. Хаппе)

Класифікація розладів аутичного спектру доволі різноманітна за міжнародною системою класифікацій МКБ-10. Ми вже згадували, що існує синдром Аспергера, який входить у РАС, і синдром Каннера, який також вважається одним з видів РАС. У МКБ-10 ці види входять до частини «Загальні розлади розвитку» (F84). Демонструємо цю частину, що стосується РАС та їхню різноманітність (рис.1.1):

Т.В. Скрипник у своїй книзі «Феноменологія аутизму» (2010) надає таке визначення аутизму: «Аутизм — це комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що відзначаються з раннього віку і мають сталий перебіг. Симптоми зазвичай залишаються і в дорослих, хоча часто — у пом'якшеній формі».

Валентина Тарасун, яка є авторкою книги «Аутологія» (2018) розмірковує про те, чи являється аутизм варіантом норми чи симптомом хвороби. Сама аутологія — це наука про розлади аутичного спектра, про методи їхнього попередження. Об'єктом аутології є особа з РАС. Дітям, що мають аутизм, часто ставили діагноз «дитяча шизофренія». В Україні до знедавна взагалі не існувало такого діагнозу, як «аутизм», натомість, дітям з РАС ставили діагноз, що ми згадали у попередньому абзаці, тобто, «дитячу шизофренію». В. Тарасун стверджує, що, за думкою багатьох видатних спеціалістів визнається, що «аутизм не має ніякого відношення до шизофренії, оскільки логіка їхнього мислення і поведінки є різною».

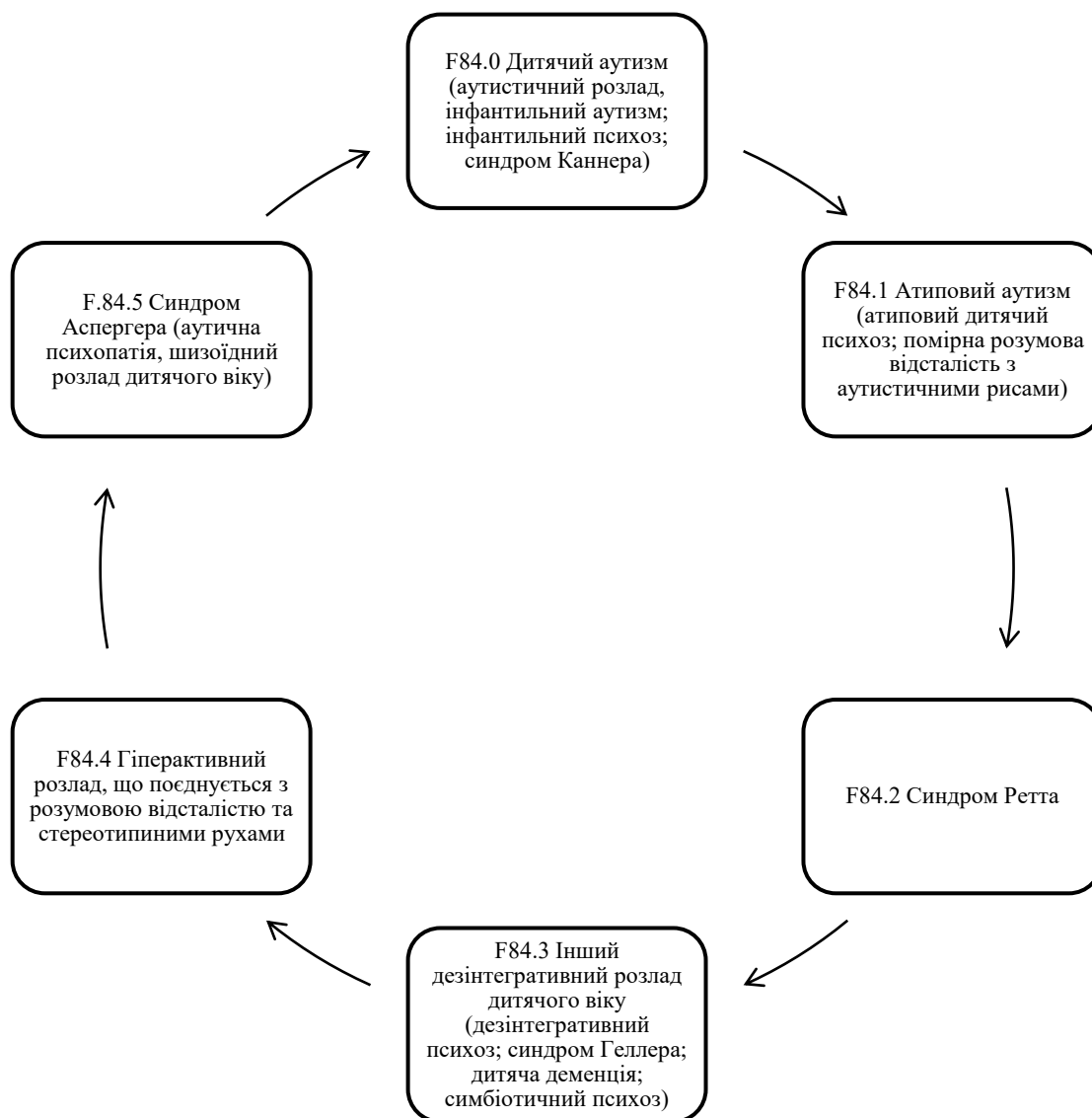


Рис.1.1. Різноманітність синдромів РАС

*Джерело складено автором на основі [23]*

Діти, що мають РАС, не можуть адекватно повноцінно соціалізуватися через особливості та свої потреби. Такі діти уникають контакту з іншими дітьми та людьми через свій стан та нерозуміння інших, зокрема невербальної мови, емоційної експресії; таким дітям важко встановлювати емоційний близький контакт з іншими людьми, розуміти соціальні норми та правила поведінки, що ускладнює їх соціалізацію та адаптацію до суспільства. Зазначаємо, так як існує класифікація, і так як кожна особа — окрема індивідуальність, кожен випадок РАС є унікальним, тому труднощі у соціалізації можуть варіюватися. Діти з РАС

мають тенденцію до обмеженої повторюваної поведінки, що забезпечує стабільність в їхньому оточенні. Регулярна повторювана поведінка полягає у тому, що дитина може займатися певними діями в одному й тому ж місці чи у певний час: наприклад.

У дітей з РАС може виникати фіксація на конкретних предметах чи темах: дитина може захоплюватися конкретними темами, як наприклад, динозаври, кити, комп'ютерні ігри та намагатися привернути увагу інших людей до цих тем. Зазначаємо, що ця фіксація може продовжуватися протягом великого проміжку часу. Дитина може повторювати конкретні рухи, такі як стукання по столу, махання ногою; конкретні слова, звуки, фрази (особливо це стосується синдрому Аспергера). Такій особі важко відмовитися від своїх привичних дій та інтересів через прагнення до постійної стабільності та створення передбачуваності у своєму оточенні [37].

На сьогоднішній день більшість фахівців у галузі психіатрії, когнітивної неврології та нейрофізіології вважає, що розлади аутичного спектру обумовлені генетичними мутаціями за участю кількох генів, що детермінують порушення нейронального розвитку. Основними нейропсихологічними наслідками таких мутацій є порушення перцепції, когнітивних процесів, виконавчих функцій та соціальної поведінки. Патопсихологічний аспект аутизму, заснований на популярних теоріях (theory of body та theory of mind), має на увазі відсутність у аутичної дитини здатності розуміти дії інших людей на тілесному рівні (дотик, погладжування, обійми, передбачання жестів) і позначається як відсутність «моделі тіла» (theory of body), поєднанні з відсутністю здатності усвідомлювати психічний стан самого себе та інших людей (theory of mind). Такі уявлення цілком корелюють з нейропсихологічними особливостями роботи мозку при аутизм [2].

В англійських публікаціях описуються порушення функціонування різних відділів мозку при аутизмі, виявлені з за допомогою сучасних методів нейровізуалізації. Є відомості про специфіці лобових структур, мозочка, глибинних структур скроневих часток (зокрема, мигдалина), вторинних та

третинних полів тім'яної області. Відомо, зокрема, що при аутизмі порушено роботу префронтальної кори, що бере участь у реалізації виконавчих функцій (планування, когнітивна гнучкість при прийнятті рішень, спрямованість діяльності на мету та ін.).

Існує також припущення, що при розладах аутичного спектру порушені інтегративні соматосенсорні функції тім'яної кори, формують соматогнозис, тобто, уявлення про своє тіло. Як відомо, такі уявлення тісно пов'язані у маленької дитини з афективними переживаннями в процесі тілесного контакту з матір'ю. Відсутність єдності перцепції (узгодженого сприйняття мультимодальної сенсорної інформації) призводить до неможливості формування цілісних уявлень (репрезентацій) у уяві аутистичних дітей [32].

З цим, мабуть, пов'язаний їх підвищений інтерес до деталей та окремих властивостей предметів («ігри» з тінню, перебирання пальцями перед очима на світлі, любов до невеликих прямокутним предметам), а також невміння «зчитувати» соціальні сигнали з осіб оточуючих людей, оскільки цей процес вимагає інтегративного сприйняття. Такі незвичайні поведінкові патерни при аутизмі, як здатність несвідомо копіювати («дзеркалити») мову та дії оточуючих пов'язані, ймовірно, з функцією дзеркальних нейронів, які активуються, коли людина спостерігає за діями інших людей або наслідує такі дії. Нейробіологи надають великого значення функції дзеркальних нейронів у навчанні поведінки, і особливо рідному мови через процеси імітації.

Особливості психічного розвитку дітей за різних форм аутизму різноманітні.

О. С. Нікольська виділяє два основні патогенні фактори, проявляються з народження аутичної дитини [36]:

- порушення можливості активно взаємодіяти із середовищем;
- зниження порога афективного дискомфорту у контактах зі світом.

Перший фактор дає про себе знати через зниження життєвого тону, і через труднощі у створенні активних відносин із миром. Спочатку він може

проявитися як загальна млявість дитини, яка не вимагає уваги до себе, такі діти дивують відсутністю цікавості, інтересу до нового. Активність дитини розподіляється нерівномірно, великі труднощі виникають при спробах організувати поведінку, зосередити увагу.

Другий фактор проявляється як хвороблива реакція на звичайний звук, колір, світло чи дотик - такі діти в дитячому віці не приймають «позу готовності», коли їх беруть на руки, можуть бурхливо реагувати на деякі звуки, відмовлятися носити одяг певного кольору, або виготовлену з певного матеріалу, при малюванні «табувати» деякі кольори.

Другий фактор проявляється також у підвищеній вразливості при контакті з іншими людьми - так, для таких дітей характерна швидка стомлюваність, пересичення спілкуванням, навіть приємним їм. Збереження візуального контакту з дитиною можливо на дуже нетривалі час. Також діти схильні «застрягати» на неприємних враженнях, формувати жорстку вибірковість у спілкуванні, створювати систему заборон та страхів.

Для аутичних дітей характерна також стереотипність, обумовлена обмеженою здатністю гнучкої взаємодії із середовищем, можливістю пристосуватися лише до стійких форм життя. Щоб підняти життєвий тонус та заглушити дискомфорт, діти часто користуються компенсаторними аутостимуляціями (наприклад, одноманітні рухи, розгойдування, маніпулювання з об'єктами). При спробах залучити таку дитину до взаємодії, помітно зростання тривоги, невпевненість, напруженість, часто посилення аутостимуляцій. Аутистичні діти легше спілкуються з дорослими, віддають їм перевагу, аж до встановлення симбіотичного зв'язку, але це спілкування часто носить відтінок залежності та підпорядкованості, і ззовні буває оформлено підозрілістю та настороженістю [28].

Ставлення до людей як до об'єктів, носіїв окремих властивостей та функцій, робить зрозумілим прихильність дітей не до особам, а доречно, обстановці, а бажання відчувати себе впевнено пояснює стереотипність у поведінці. У аутичних дітей, як правило, затримується формування навичок самообслуговування,

освоєння звичайних, необхідних у житті дій з предметами. Такі діти незручні у скоєних "для користі" предметних діях - як у великих рухах тіла, так і в дрібній ручній моториці, але в той же час, їх рухи можуть бути напрочуд вивіреними і точними, якщо справа стосується стереотипних, «ритуальних» рухів або аутостимуляцій.

У розвитку сприйняття таких дітей можна відзначити порушення орієнтування у просторі та часі, спотворення цілісної картини реального світу та вичленування окремих, значущих для дитини відчуттів, звуків, фарб, форм. Для дітей характерні стереотипні натискання на вухо або око, ігри зі своїми пальцями, ігри зі світлом тощо.

Мовленнєвий розвиток також відрізняється своєрідністю. Мова не використовується (або недостатньо використовується) у комунікативних цілях. Темпи розвитку мови нерівномірні та асинхронні. Фразова мова формується із затримкою, часто без попереднього періоду лепетів і етапу появи окремих слів, відрізняється відсутністю звукоутворювальних та звуконаслідувальних слів у ранньому віці.

Спотворена послідовність мовленнєвого розвитку також може виявлятися в ранньому формуванні монологічного мовлення, без попереднього діалогу. Йдеться про негнучкість, «механістичність», «папугайність». Часто справляє враження штампування. Одна з яскравих характеристик мови аутистичної дитини ехолалювання, часто — відстрочене, повторення почутої де-небудь фрази поза у зв'язку з реальною ситуацією.

Також кидаються у вічі аграматизми у промови: фрази часто оформляються з порушенням звичайного порядку слів і виглядають «іншомовними». Іноді діти обмежуються вживанням одних дієслів невизначеної формі або у наказовому способі, особливо коли діти висловлюють свої бажання, прагнуть привернути увагу себе до виконання будь-якої прохання. Також характерна тривала відсутність у мові займенника «я». Ймовірно, це пов'язано з неможливістю для дитини відчувати себе у світі особистісно, тобто як суб'єкт і як об'єкт одночасно. У спонтанній мові часто може спостерігатися назва себе на

ім'я. Такі слова, як «так» і «ні» також освоюються дитиною із затримкою (причому "ні" освоюється дітьми легше).

Безперечно, у дітей відзначається безліч проблем у поведінці. Найбільш очевидним є активний негативізм, під яким розуміється відмова від спільної діяльності, відмова від навчання, ситуацій довільної організації. Прояви негативізму можуть супроводжуватись посиленням аутостимуляцій, фізичним опором, агресією, самоагресією, ще більшим «відходом до себе» (з боку може здатися, що дитина не бачить або не чує).

Велику проблему становлять страхи дитини, які можуть бути незрозумілі оточуючим, оскільки безпосередньо пов'язані з особливою сенсорною вразливістю таких дітей (наприклад, діти можуть боятися побутових електроприладів, що видають різкі звуки, шуму води, темряви або яскравого світла, зачинених дверей, одягу з високим коміром) і т. д. Дуже часто страх може бути причиною агресії, яка найчастіше не спрямована ні на кого спеціально, для опису використовується термін «генералізована агресія» - спрямована як би проти всього світу, але вибухи можуть бути інтенсивними та руйнівними. Крайнім проявом відчаю таких дітей є аутоагресія, яка часто становить реальну загрозу життю та здоров'ю дитини.

Таким чином, вивчивши існуючу літературу, ми розуміємо, наскільки можуть бути різні особливості взаємодії, зовнішньої поведінки та специфічні риси у формуванні психічних процесів дітей з РАС.

## **1.2. Проблеми формування соціальних зв'язків та сімейних стосунків дітей з розладами аутичного спектру**

Поняття «соціальна взаємодія» визначається вченими неоднозначно. Загалом, у широкому значенні під соціальною взаємодією розуміється сукупність процесів життєдіяльності, до яких входить людина і сутнісною характеристикою яких є взаємні зміни взаємодіючих сторін внаслідок взаємних впливів і впливів. У цьому вся значенні будь-яка предметна діяльність людини

(групи, спільності) є соціальна взаємодія. У вужчому, особливому значенні соціальним вважається не будь-яка взаємодія людини, а тільки те, що забезпечує позитивні, суспільно цінні зміни в взаємодіючі сторони. У третьому, спеціальному своєму значенні соціальна взаємодія розуміється як соціальне відношення між людьми.

Під соціальною взаємодією ми розуміємо систему взаємозумовлених соціальних дій, пов'язаних циклічною залежністю, при якій дія одного суб'єкта є одночасно причиною та наслідком дій у відповідь інших суб'єктів. Взаємні впливи дорослого та дитини на ранньому та дошкільному дитинстві можуть розглядатися лише в умовах їх спілкування, спільних дій чи спільної діяльності, та пов'язані з взаємовідносинами, які виявляються та розвиваються у ситуаціях контактів. Таким чином, ми маємо справу з кількома категоріями, а саме: «діяльність», «спільна діяльність», «спілкування», «взаємодія» та «взаємини». У більшості психолого-педагогічних робіт вони розглядаються як взаємопов'язані, але однозначно неоднакові [32].

Спілкування — взаємодія двох і більше людей, під час якого вони обмінюються різноманітною інформацією з метою узгодження та об'єднання зусиль та налагодження відносин. Спілкування є не просто дію, саме взаємодія: воно здійснюється при взаємній активності учасників.

Кожен учасник спілкування виступає в ході не як фізичне тіло чи організм, бо як суб'єкт, як особистість, яка наділена своєю власною активністю і своїм ставленням до іншим. Орієнтація на активність іншого та його ставлення становить головне своєрідність спілкування. Будь-який акт, що навіть має всі зовнішні ознаки взаємодії (мова, міміка, жести), не можна вважати спілкуванням, якщо його предметом є тіло, позбавлене здатності сприйняття або психічної активності у відповідь. Тільки орієнтація на відношення іншого та його активність, облік його дій може свідчити, що цей акт є спілкуванням.

Особливо велика роль спілкування у дитинстві. Для дитини її спілкування з іншими людьми — це не тільки джерело різноманітних переживань, а й головна умова формування її особистості, її людського розвитку.

Формування дитини як особистості - процес соціальний у найширшому значенні. З самого народження дитина поступово опановує соціальний досвід через емоційне спілкування з дорослими, через іграшки та предмети, що оточують його, через мовлення тощо. Самостійно осягнути суть навколишнього світу — завдання непосильне для дитини. Перші кроки у соціалізації здійснюються за допомогою дорослого. У зв'язку з цим виникає важлива проблема — проблема спілкування дитини з іншими людьми та роль цього спілкування у психічному розвитку дітей на різних генетичних ступенях [13].

Дитина з РАС не тільки погано усвідомлює себе, а і навколишній світ. Діти з аутизмом зазвичай мають труднощі у формуванні соціальних зв'язків через особливості функціонування їх мозку. Вони часто відчують труднощі у спілкуванні з іншими людьми та розумінні соціальних і правил поведінки, що робить складним встановлення соціальних зв'язків.

Для дітей з аутизмом характерне обмежене сприйняття та інтерпретації невербальних сигналів, таких як міміка, жести, інтонація голосу, що ускладнює розуміння емоцій та соціальних ситуацій. Також діти з аутизмом часто мають обмежені інтереси і поведінкові схеми, що повторюються, що заважає їм включатися в соціальні взаємодії та спілкування з іншими людьми.

Крім того, соціальні зв'язки вимагають високого рівня абстрактного мислення та уявлення про те, що відбувається в умах інших людей. Діти з аутизмом, як правило, мають проблеми з такими аспектами мислення та мають низький рівень емпатії, що ускладнює сприйняття соціальних ситуацій та взаємодію з іншими людьми.

Крикуненко Ю.О. стверджує, що поведінка дітей з РАС характеризується жорсткою стереотипністю — від повторень простих рухів до найскладніших маніпуляцій і нерідко до агресії (у тому числі аутоагресії, як самоушкодження), негативизму. Ці зазначені особливості вже починають з'являтися на перші роки життя та яскраво посилюються у віці трьох років за думкою Крикуненко. У нашій країні багато дітей з РАС відвідують спеціальні школи замість звичайних, через що в них виникають проблеми з інтеграцією у суспільство [29].

У дітей з РАС є значні порушення у емоційній сфері через їхній специфічний стан — низька емпатія, неспроможність тримати зоровий контакт, часто є відсутність емоційної реакції на співрозмовника (посмішка, сміх тощо); дитина з РАС не співпереживає, виглядає без емоційною, не відчуває себе частиною свого оточення. У результаті дитина з РАС самостійно не усвідомлює мораль, тобто, що добре, що погане. Через небажання залучатися до соціальних зв'язків з будь-ким, перше, що порушується — зв'язки з батьками.

О.С. Нікольська вказує, що проблеми емоційної сфери дітей з РАС варіюються залежно від типу РАС. Наприклад, «це може бути і повна відсутність почуття реальної небезпеки і надмірна обережність; постійна тривожність і фіксація окремих страхів; панічна реакція на лякаючий об'єкт або ситуацію». Діти з РАС особливо бояться негативної оцінки їхніх дій чи їх самих від оточуючих людей, особливо від близького кола, тобто — сім'ї [34].

Дитина розвивається у процесі спілкування з дорослим, в основі якого лежить емоційний контакт дорослої та дитини. Емоційне спілкування дорослого та дитини при нормальному розвитку виникає дуже рано, воно починається із «зараження емоціями» (Е. Сеген, А. Валлон) у відповідь на привітний погляд і лагідний голос дорослого, а надалі переростає у «комплекс пожвавлення». У процесі емоційного контакту дитини виникає потреба у спілкуванні з дорослим.

Для дітей з РАС характерним є свій спосіб відгородження від світу, від повної відчуженості до надзвичайної труднощі у взаємодії з навколишнім середовищем. Тому, на відміну від однолітків, що нормально розвиваються, емоційний контакт з дорослим утруднений, а, отже, і потреби у спілкуванні, зазвичай, немає.

У більшості випадків соціальні проблеми у дітей з розладами аутичного спектру можуть бути виявлені ще в ранньому дитинстві. До ранніх ознак прояву соціальних труднощів у дитини, як правило, відносять відсутність навичок соціальної взаємодії, таких як встановлення зорового контакту, реакція на своє ім'я, спільну увагу та навички імітації.

Ці ознаки може бути досить стійкими, особливо в дітей із серйозними когнітивними труднощами. Часто такі діти довго залишаються соціально байдужими чи замкнутими. У той же час, немовлята та діти дошкільного віку, які отримали діагноз «синдром Аспергера» або «загальний розлад розвитку, неуточнений», можуть мати соціальні проблеми, які спочатку залишалися непоміченими, оскільки їхні прояви дуже нагадують небажану поведінку у нейротипічних дітей, які переживають «кризу трирічного віку» (відмова від співробітництва, істерики).

Дітей із розладами аутичного спектру від нейротипічних дітей двох-трьохрічного віку відрізняє крайня соціальна негнучкість, наполегливе прагнення до сталості, а також важкі спалахи гніву та істерики, пов'язані зі змінами рутинних процедур, переходами або будь-якими іншими ситуаціями, в яких дитина не може контролювати те, що відбувається, або домогтися отримання бажаного. Такі моделі негнучкої поведінки притаманні багатьом аутичним дітям з різним рівнем функціональності. У вербальних дітей з синдромом Аспергера ригідність поведінки проявляється у сильній потребі контролювати та керувати ігровим процесом або іншими видами діяльності, а також у небажанні слідувати інструкціям чи прикладам інших людей. Як правило, подібна негнучкість стає причиною ще глибшої ізоляції дитини від своїх однолітків [19].

Дитина з РАС до раннього віку вже має суттєві вторинні відхилення у психічному та мовному розвитку. Діти не звертають уваги багато предметів, отже, не запам'ятовують їх назв, гірше опановують назвами дій. У цьому мова дитини, якщо є, неспроможна служити, ні засобом спілкування, ні засобом передачі дитині громадського досвіду.

Лорна Вінг виділяє порушення соціальної взаємодії, як одна з головних відмітних ознак, властива всім дітям з РАС. Який проявляється як активне чи пасивне уникнення контактів із навколишнім світом, їх порушення (дитина «не відчуває дистанції»), наполегливо звертається до оточуючих зі стереотипним

питаннями чи вимовляє монологи на певні теми, цікавлячись переважно своїм висловлюванням, а чи не реакцією співрозмовника та інше) [4].

Так само вона звертає увагу на порушення мовної та немовної комунікації, затримки та спотворення мовного розвитку. Щодо мовленнєвого розвитку дітей з розладами аутичного спектру відзначається багато варіантів, від мутизму (мовчання, відмова від мовного спілкування) до формально достатнього мовного розвитку (використання в комунікації правильної фразової мови), але має особливості прагматичної та просодичної сторін мови.

Аутичні діти мають значні обмеження у розумінні жестів та міміки інших людей і самі, як правило, не використовують їх у спілкуванні. Також для багатьох дітей характерне порушення зорового контакту. Крім того, для аутичних дітей характерні порушення здатності до уяви, що найбільш яскраво проявляється у відсутності чи спотворенні символічної гри, а також зниження дослідницького інтересу до навколишнього світу поряд із виявом стійкого інтересу до певних об'єктів та інше.

Обмеження видів активності та інтересів у більшості випадків проявляється у негативізмі до нового, прагненні підтримувати звичний розпорядок у всіх значних ситуаціях. Однією із суттєвих проблем, що виникають у рамках обмеження спектру дій, є проблема гнучкого використання аутичною дитиною навичок у нетипових ситуаціях, що відрізняються від тих, у яких вони були сформовані та закріплені. Таким чином, відсутність засобів спілкування (як мовних, так і немовних), нерозуміння ситуації, що відображається в грі, ведуть до того, що діти з РАС намагаються сховатися від навколишнього світу, відновитися за рахунок стереотипних дій та аутостимуляцій, які є патологічними, і не носять пізнавальний характер.

Особливості соціальної взаємодії, характерні для кожної з 4 груп розвитку РДА, розглянуті О. С. Никольською (1985). Групи виділені на основі особливостей вторинних стереотипних поведінкових утворень, що є за своєю природою компенсаторними, аутостимуляційними і водночас патологічними, не

спрямованими на розвиток дитини. Розглянемо характерні риси соціальної взаємодії у кожній із виділених груп [27]:

Перша група. Найважчі прояви аутизму: діти немає потреби у контактах, не здійснюють навіть самого елементарного спілкування з оточуючими. Не опановують навички соціальної поведінки. Діти цієї групи намагаються не мати жодних точок зіткнення з навколишнім світом, можуть ігнорувати мокрі пелюшки і навіть життєво важливі, вітальні потреби – голод. Вони не тільки бездіяльні, а й повністю безпорадні, майже чи зовсім не мають навичок самообслуговування. Діти цієї групи мають найгірший прогноз розвитку, потребують постійного догляду та нагляду. Вони залишаються мутичними. Цілком неспроможними у довільній діяльності. У разі інтенсивної психолого-педагогічної корекції у них можуть бути сформовані базові навички самообслуговування; вони можуть освоїти письмо, елементарну математику і навіть читання про себе. Але їхня соціальна адаптація утруднена навіть у домашніх умовах.

Діти 2-ї групи з активною відмовою від навколишнього світу характеризуються ретельною вибірковістю у контактах із зовнішнім світом. Дитина спілкується з обмеженим колом людей, це часто батьки, близькі люди. Виявляє підвищену вибірковість у їжі, одязі. Будь-яке порушення звичного ритму життя веде до сильної афективної реакції. Дітям цієї групи більш ніж іншим властиво відчувати страх, який вони реагують агресивно, буває, що агресія приймає форми аутоагресії. Спостерігається велика кількість мовних та рухових стереотипів. Ці діти зазвичай мало доступні контакту, відповідають однозначно або мовчать, іноді щось шепочуть.

Спонтанно у них виробляються лише найпростіші стереотипні реакцію навколишнє, стереотипні побутові навички, односкладові мовні штампи-команди. Незважаючи на всю тяжкість різних проявів, ці діти набагато адаптованіші для життя, ніж діти першої групи.

Для дітей третьої групи характерна захопленість аутичними інтересами. Діти намагаються сховатися від навколишнього світу у своїх інтересах, причому

їх заняття носять стереотипний характер, і є розвиваючими. Захоплення носять циклічний характер, дитина може роками розмовляти на ту саму тему, малювати або відтворювати один і той же сюжет в іграх. Ці діти мають складніші форми афективного захисту, що виявляються у формуванні патологічних потягів, компенсаторних фантазіях, часто з агресивною фабулою, що спонтанно розігрується дитиною як стихійна психодрама, яка знімає лякаючі його переживання і страхи. Ці діти менш афективно залежать від матері, які не потребують примітивного контакту та опіки. Тому їх емоційні зв'язки із близькими недостатні. Низька здатність до співпереживання [3].

Ці діти за активної медико-психолого-педагогічної корекції можуть бути підготовлені до навчання в масовій школі.

Для дітей 4-ї групи характерні труднощі у взаємодії із довкіллям. Це найлегший варіант прояву аутизму. У них не менш глибокий аутичний бар'єр, менше виражена патологія афективної та сенсорної сфер. У їхньому статусі першому плані — неврозоподібні розлади: надзвичайна гальмівність, боязкість, полохливість, особливо у контактах, почуття власної неспроможності, що посилює соціальну дезадаптацію. Відмінною рисою є підвищена вразливість, уразливість дітей. Уникнення стосунків, якщо дитина відчуває будь-яку перешкоду. Діти чутливі до чужої оцінки. Значна частина захисних утворень носить адекватний, компенсаторний характер, при поганому контакті з однолітками вони активно шукають захисту у близьких; зберігають сталість середовища рахунок активного засвоєння поведінкових штампів. Формують зразки правильної соціальної поведінки, намагаються бути «хорошими», виконувати вимоги близьких. Вони мають велику залежність від матері, але це не вітальний, а емоційний симбіоз з постійним афективним «зараженням» від неї. У дітей саме цієї групи часто виявляють парціальну обдарованість.

Виділені клініко-психологічні варіанти РДА відбивають, зрозуміло, різні патогенетичні механізми формування цієї аномалії розвитку, можливо, різний ступінь інтенсивності та екстенсивності патогенного фактору (про що говорить можливість їх переходу один в одного у бік погіршення при ендогенних

коливаннях, екзогенної або психогенної провокації і, навпаки, поліпшення, частіше при ефективності медико-корекційних заходів, а іноді й спонтанно).

Важливо те, в якому віці батьки помітили порушення у розвитку дитини, і на якій стадії розвитку вона знаходиться. Діти кожної з представлених груп по-різному взаємодіють з навколишнім світом і мають порушення мовленнєвого розвитку, у свою чергу ці та інші особливості поведінки, при детальному аналізі, відрізняють їх від однолітків, які в цьому віці переживають кризу трьох років. Разом про те, характеристики групи дано описово, але, як відомо, дитячий аутизм — передусім спотворений вид психічного дизонтогенезу. Що саме по собі передбачає клінічну поліморфність і сприяє чіткості описових характеристик. Становище посилюється наявністю явищ депривації, затримки, часто психічного недорозвинення. Стан психіки дитини з аутизмом змінюється із віком. Причому нерівномірність розвитку окремих психічних функцій виявляється більш вираженою, ніж у нормі. Також відбуваються, накладаючись на віковий розвиток, зміни, пов'язані з перебігом корекційного процесу.

Отже, ми говоримо про те, що діти з РАС значно відрізняються один від одного за ступенем вираженості соціальних, комунікативних, мовленнєвих порушень, варіабельності пізнавального розвитку.

У дітей з розладами аутичного спектру навіть елементарні навички повсякденного життя складаються досить пізно і насилу. При цьому суттєво утруднено перенесення набутих ними умінь до інших умов. У міру дорослішання аутичні риси можуть згладжуватися, проте при цьому стає все більш очевидною непристосованість дитини до повсякденного життя [41].

Іноді аутична дитина за випадкових обставин може навчитися досить складній дії самостійно, але вкрай рідко це виходить у неї через наслідування іншої людини. Однак і в цьому випадку оволодіння навичкою буває зчеплене з конкретною ситуацією, і вкрай утруднене його перенесення в іншу ситуацію. Часто дитині заважають також порушення тонкої моторики, м'язового тону, загальна моторна незручність. У зв'язку з порушеннями соціальної поведінки дуже важко організувати саму ситуацію навчання. Аутична дитина може не

виконувати інструкції, ігноруючи їх, тікаючи від дорослого або роблячи все навпаки.

У той же час, якщо в нормі діти часто опановують багато вмінь, наслідуючи дорослих, діючи шляхом спроб і помилок, то аутичній дитині потрібно спеціально організоване навчання і багаторазове, спільне з дорослим проживання повсякденних побутових ситуацій. Неуспіх може спричинити стійкий протест такої дитини проти повторної спроби невдалої дії. Тому дуже важливо організувати ситуацію успіху, не поспішати з ускладненням завдання, забезпечити підтримку та поступове надання самостійності, щоб у неї виникло відчуття безпеки та впевненості у власних силах.

Слід зазначити, що проблеми адаптації аутичної дитини до побуту сім'ї, її відмова щось зробити часто пов'язані зі страхами. Дитина може боятися ходити в туалет через шум води, що спускається з бачка, заходити у ванну через звуки в трубах, митися, якщо вода одного разу потрапила їй в очі, одягатися, тому що в минулому злякалася вузького коміра светра, йти гуляти, тому що боїться сусідського собаки чи ліфта. Негативізм може бути подолано, якщо близькі розуміють, що стоїть за відмовою дитини; терпляче підбадьорюють її, підкреслюючи яка вона уже велика та сильна; дають їй можливість освоїтися в ситуації, що лякає [8].

Часто у відносинах між аутичною дитиною та її батьками існує небезпека гіперопіки. Боячись втратити встановлений контакт, побоюючись деструктивної поведінки з боку дитини або заощаджуючи час, батьки нерідко самі одягають і роздягають дитину, вгадуючи її найменший рух або наполегливий жест, дають їй предмет, який вона може дістати і самостійно.

У нормі діти у віці трьох років часто намагаються відстояти свою самостійність, протестуючи проти втручання дорослого. Аутична дитина, будучи невпевненою в успіху, навпаки, намагається залучити допомогу дорослого, легко стає залежною від підтримки та підказки. Тому вкрай важливо створити у дитини відчуття успіху, сили і якомога раніше почати підключати її

до найлегших дій, підкреслюючи, як у неї добре і спритно все виходить, яка вона сильна, як швидко одягається, акуратно їсть, чисто вмивається тощо.

Складність навчання аутичної дитини побутовим навичкам у тому, що звичні ситуації та домашні предмети є першими об'єктами, на основі яких будуються контакти з нею. Тому, якщо контакт з глибоко аутичною дитиною тільки складається і ще дуже тендітний, потрібно звести до мінімуму свої вимоги, радіючи вже тому, що дитина згодна бути поруч, потихеньку підключаючи її до дій як пасивного учасника. Важливо, щоб спочатку прохання, звернені до дитини, стосувалися приємних їй дій. В цьому випадку похвала за виконання прохання може зв'язатися з приємними для дитини відчуттями і надалі сприятиме формуванню установки на виконання інструкції. Перш ніж вимагати будь-що, необхідно розуміти, що саме ваша дитина зможе виконати. Якщо ви відчуваєте, що ваше прохання не під силу дитині, переключіть її увагу на легше і приємніше завдання, не доводячи її до протесту та крику, і порадійте результату, захопитися «як чудово він усе зробив» [22].

Для успішного оволодіння побутовими навичками та (що представляє для аутичної дитини особливу проблему) їх самостійного використання необхідно, щоб конкретна повсякденна ситуація набувала для дитини особливої значущості.

Аутичні діти почуваються спокійніше, у більшій безпеці та краще регулюють свою поведінку, якщо існують чіткий розпорядок дня, сімейні звички та традиції. Деякі діти самі з народження встановлюють постійний режим дня і вимагають його неухильного виконання: прогулянка повинна відбуватися завжди в один і той же час, по одному маршруту, їжа – лише у певну годину тощо. При цьому дуже важко переконати таку дитину змінити встановлену порядок. Вона може закапризувати, якщо їй пропонується щось несподіване, навіть приємне. Часто це дратує близьких, пов'язує їхню активність. Однак, як говорилося вище, необхідно дорожити стереотипними способами поведінки дитини, оскільки вони є опорою для її подальшої соціалізації. Дитина легше прийме нове, якщо дорослі заздалегідь обговорять з нею можливі варіанти, підготують її до зміни існуючого порядку.

Аутичній дитині нерідко буває дуже важко чекати, якщо бажана подія відкладається; часто саме слово «чекай» викликає негативну реакцію. Це з несформованістю ставлення до часу, про те, що дитині незрозуміло, наскільки відкладається задоволення.

Аутична дитина може дуже недовго витримувати ситуацію активної взаємодії. Іноді вона здатна вступати в контакт на короткі проміжки часу, самостійно дозуючи тривалість та насиченість своєї взаємодії з іншими.

Багато аутичних дітей різко негативно реагують на слово «ні», яке часто мимоволі виривається у дорослого при неправильній дії дитини. Більш продуктивний вихід із цієї ситуації полягає в тому, що дорослий формулює ще раз те, що дитині потрібно зробити, не фіксуючись на помилці. Взагалі багато фахівців вважають, що при навчанні побутових навичок важливо попереджати помилку дитини, спрямовуючи її вірним шляхом. Нерідко відзначають залежність від словесної підказки, що швидко з'являється: дитина, здавалося б, добре знаючи послідовність дій, чекає інструкції, щоб перейти до наступного кроку. Загалом процес освоєння аутичною дитиною необхідних побутових навичок є тривалим та поступовим і потребує великого терпіння від дорослих.

## Висновки до розділу 1

Діти з розладами аутичного спектру мають багато труднощів і в розумінні себе, і в спілкуванні з іншими людьми, навіть з батьками та близьким колом, у встановленні соціальних зв'язків з однолітками та дорослими. Їм характерні стереотипні заняття та приверженність до сталості оточення, при порушенні якого виринає негативізм, агресія та аутоагресія, що призводить до негативних наслідків. Розлади аутичного спектру — це тяжкий та складний стан, який викликає проблеми і в самої дитини, і в її оточенні.

У процесі дослідження було визначено необхідні терміни для розуміння проблематики дослідження, а саме «розлади аутичного спектру (РАС)», «ранній дитячий аутизм (РДА)», «синдром Аспергера». Вивчено основні етапи історії розладів аутичного спектру в період XX-XIX століть та проаналізовані роботи багатьох фахівців, що порушують проблему розладів аутичного спектру. Досліджено та визначено основні порушення дітей з розладами аутичного спектру, що виявляються в ранньому та пізньому дитинстві.

Результат здійсненого аналізу наукової літератури свідчить про те, що у суспільства та фахівців недостатній рівень обізнаності про проблеми розладів аутичного спектру.

## РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ

### 2.1. Методи соціальної роботи з дітьми, що мають розлади аутичного спектру

Розвиток навичок соціальної взаємодії у дітей із РАС здійснюється в рамках наступних методик, напрямів та прийомів роботи: прикладний поведінковий аналіз (АВА), навчання дітей з аутичними та іншими порушеннями спілкування (TEACCH), терапія ігрового часу С. Грінспена (DIR-метод), рівневий підхід до корекції емоційних порушень, сенсорна інтеграція; системи альтернативної комунікації.

Зупинимось кожному з цих напрямів докладніше.

Прикладний поведінковий аналіз (Applied behavior analysis, АВА) – одна з найвідоміших на сьогоднішній день методик, яка застосовується у корекційній роботі з дітьми з РАС (Ivar Lovaas, 1963). АВА являє собою добре розвинену наукову дисципліну, яка зосереджує основну увагу на аналізі, плануванні, здійсненні та оцінці соціальних та інших змін у навколишньому оточенні, необхідні отримання істотних змін у поведінці людини [44].

АВА передбачає використання прямого спостереження, вимірювання та функціонального аналізу відносин між навколишнім середовищем та поведінкою. АВА використовує зміни навколишнього середовища, у тому числі попередні подразники та їх наслідки, для отримання практичних та суттєвих змін у поведінці.

Згідно з принципами АВА-терапії, для навчання якоїсь складної навички (мова, гра, встановлення візуального контакту) важливо розбити його на кілька невеликих дій, кожному з яких дитину навчають окремо. Після того, як дитина освоїть найпростіші навички, їх з'єднують в ланцюг, навчаючи таким чином складної дії. Навичку вважають закріпленою, якщо у 80% пред'явлень (у будь-якій ситуації, а не лише у навчальній) дитина виконує завдання правильно (без

помилки). Серед особливостей методики треба назвати, по-перше, чітке та миттєве пред'явлення заохочень, закріплення бажаного поведінки. По-друге, АВА-терапія – це інтенсивна програма, що передбачає від 30 до 40 годин занять на тиждень, застосування цієї програми має здійснюватися як у спеціальному закладі, і удома, й у дитячому гуртку; використовується як у індивідуальних заняттях, і у групових.

Ця методика охоплює різні сфери пізнання (від побутових навичок до комунікації). Крім цього, методика АВА може поєднуватися з традиційними методами та методиками роботи з дітьми з РАС (та іншими складними порушеннями). Однак дана терапія не терпить перерв (заняття повинні продовжуватися навіть, якщо дитина хворіє, хоча б у полегшеній формі), передбачає чітке відстеження занять (у тому числі й вдома) [15].

Навчання дітей з аутичними та іншими порушеннями спілкування (ТЕАССН) — також є однією з найвідоміших методик, що використовується в роботі з дітьми з РАС. Протягом багатьох років Eric Schopler з групою фахівців займалися розробкою спеціальних методів діагностики дітей з аутизмом, а також упорядкуванням для них індивідуальних програм розвитку (ІПР), в основі яких лежали певні принципи. По-перше, проведені дослідження було спрямоване на здібності та недоліки конкретної дитини в різних сферах пізнання. По-друге, воно створювало базис для визначення «стратегій розвитку дитини», орієнтованих як на «досягнення як короткострокових, так і довгострокових цілей у вихованні та лікуванні дітей». По-третє, тренувальні завдання в рамках ІПР, яка є основною послідовністю роботи, є пристосованими до певної дитини. Сама ІПР складається з кількох частин, саме: 1) розуміння емоції та його причин, 2) розуміння механізмів отримання, 3) гра [10].

Кожна з них має свої етапи, певний перелік вправ та стимульний матеріал. Підбір вправ здійснюється для того, щоб формувалася як конкретний навик й розвивалися інші здібності. Розвиток, відповідно до метою програми, здійснюється за кількома сферами: імітація, сприйняття, велика моторика, тонка моторика, координація очей і рук, елементарна пізнавальна діяльність, мова,

самообслуговування, соціальні відносини. Методика передбачає визначення рівня розвитку тієї чи іншої сфери.

Серед особливостей програми ТЕАССН необхідно відзначити наступне. Програма ТЕАССН реалізується з урахуванням досить суворої впорядкованості дій та деякого «ритуалізму» (комфортне середовище, суворий розпорядок дня, всі речі розміщуються на певних місцях). Для засвоєння певного розпорядку (а також з метою комунікації) використовують картки-підказки. Важливою умовою застосування цієї програми є можливість маніпулювати навколишніми предметами (тобто вчасно їх прибрати, перемістити) і підбирати різний стимульний матеріал. Інакше ефективне використання стає вкрай скрутним. Крім того, період адаптації займає чимало часу; на цьому завдання фахівця входить долучитися до діяльності (стереотипії) дитини (а чи не намагається їх зупиняти як у методиці АВА). Програма забороняє будь-який «натиск» на дитину чи спонукання до діяльності.

Терапія ігрового часу С. Грінспена (DIR-метод) - Developmental (пов'язаний з розвитком), Individual-difference (індивідуальні відмінності), Relationship-based (заснований на відносинах) - концепція, розроблена одним з найбільших дослідників в галузі аутизму - Stanley Greenspan [23].

Метою DIR-методу є формування «програми допомоги», яка враховувала б істинний рівень розвитку, на якому знаходиться конкретна дитина, особливості переробки інформації, а також взаємини, спрямовані на його розвиток. У самій назві методу закладено три поняття, які становлять цю концепцію.

1. «Закономірності розвитку» (developmental), які St. Greenspan пов'язує з 6 стадіями розвитку дитини [11]:

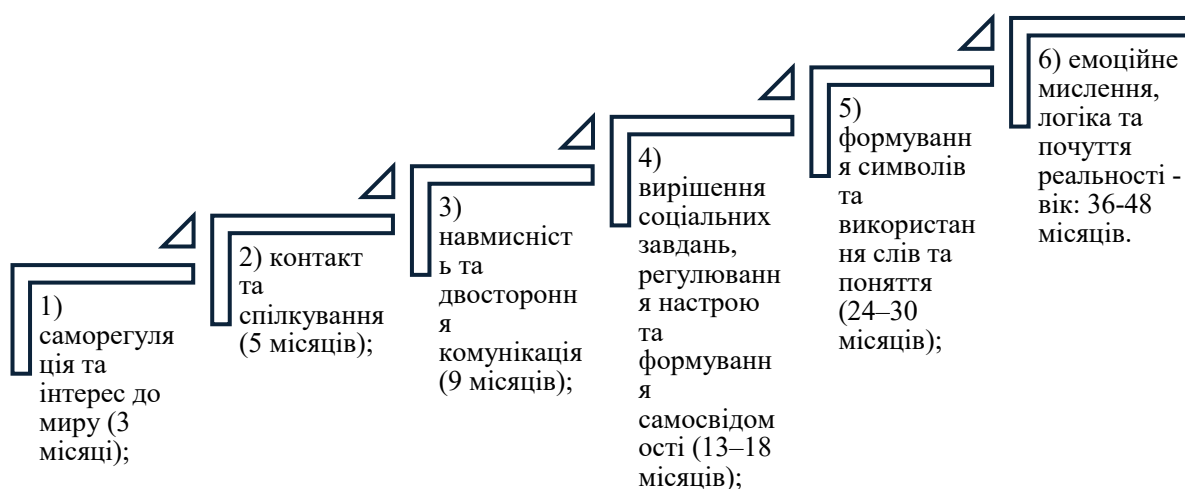


Рис.2.1. Стадії розвитку дитини

*Джерело складено автором на основі [11]*

Тут слід згадати про стратегію Floortime (ігрова терапія, яка є базовою для DIR-методу). Її метою є створення «емоційно значущої взаємодії у навчальних ситуаціях», які спрямовані на розвиток перерахованих вище 6-ти базових рівнів розвитку. Зазначимо, що всі ігри мають комунікативну спрямованість. Так, вже на першій стадії дорослий прагне привернути увагу дитини (ведеться робота з визначення того, які звуки, ритми, дотики привертають дитину, викликають у неї позитивні емоції), проводяться такі ігри, як «Дивися і слухай», «Заспокой мене».

На другий стадії триває підстроювання під емоції та ритми дитини, дорослий так само, спираючись на стимули конкретної дитини, організує взаємодію, пропонуються ігри. Наприклад, у грі «Потанцюй зі мною» фахівець прагне розвинути у дитини наслідування звуків, рухів і, безумовно, встановити з ним емоційно позитивний контакт.

При розвитку цілеспрямованої емоційної взаємодії, рекомендується до будь-якої дії дитини ставитися як до цілеспрямованого: звуки або лепетні слова, мімічні вирази, що спостерігаються у дитини під час стереотипій,

ускладнюються фахівцем, їм надається ігровий характер (безцільні оплески використовуються для танців, звукові ланцюжки можна вимовляти з різною інтонацією, доповнювати їхні слова). На четвертій стадії проводиться «Гра у наслідування», на початкових етапах якої дорослий імітує звуки, слова, дії, міміку дитини, потім стимулює у нього наслідування новим; далі вводяться слова, спрямовані отримання бажаного («дай», «встань», «лялька» тощо).

Для появи у дитини понять (5-та стадія) необхідно створювати такі ситуації, у яких хотілося висловлювати свої емоції (Гра «Давай побалакаємо»). На 6-ій стадії дитини підштовхують до того, щоб кожен «комунікативний цикл» він завершував якийсь ідей («Гра в режисера» - пропонується продовжити/доповнити сюжетну лінію під час рольової гри).

2. «Індивідуальні відмінності» – припускають специфічні індивідуальні особливості переробки інформації конкретної дитини.

3. «Відносини» між дитиною та дорослим, які виникають у процесі навчання та сприяють ефективному розвитку дитини.

Сенсорна інтеграція включає можливість сприйняття інформації, яка надходить від різних органів чуття, вичленування із загального потоку інформації найбільш значущої, її аналізу та спрограмувати адекватну і відповідну ситуації реакцію у відповідь. Необхідно відзначити, що дана концепція застосовується не тільки при організації корекційної допомоги дітям з РАС, але і з руховою патологією, гіперактивністю, розумовою відсталістю, затримкою мовного розвитку. У цій концепції виділяють три основні або базові види відчуттів (починають працювати раніше за всіх і є основою для взаємодії всіх органів чуття) (Anna Jean Ayres) [38].

1. Тактильні відчуття, за допомогою яких людина отримує «детальну інформацію про дотики, розмір і форму об'єкта, про власне тіло».

2. Вестибулярні дозволяють визначати «дія гравітації та руху голови, а також пересування тіла у просторі».

3. Пропріоцепція – це несвідома диференціація відчуттів, які надходять від м'язів, суглобів, сухожилів та зв'язок.

Крім названих видів чутливості слід згадати слух, зір, нюх, смакові відчуття, вісцеральні (повідомляють, що відбувається всередині тіла); вони починають функціонувати більш пізніх етапах розвитку дитини. Терапія, побудована на сенсорній інтеграції, є спеціально організованими руховими і сенсорними вправами, контрольованими фахівцем. Виконуючи їх, дитина отримує контроль над власним тілом і навколишнім оточенням, він удосконалює навички аналізу сенсорної інформації.

Відповідно до теорії Anna Jean Ayres, розвиток мови залежить від інтеграції слухових сигналів з вестибулярними, які, у свою чергу, поєднуються з образом тіла (формується в результаті інтеграції тактильних, вестибулярних та пропріоцептивних відчуттів). До того, як дитина опанує мову, вона вчиться концентрувати увагу на співрозмовнику (досягається шляхом інтеграції базових відчуттів). Для процесу артикулювання так само важливою є інтегрована робота трьох основних систем. Скроневі частки, в яких здійснюються функції слуху (необхідного для оволодіння мовою), потребують підкріплення вестибулярними відчуттями. Так Ulla Kiesling за відсутності протипоказань для подолання порушень артикуляційної моторики пропонує такі вправи, як: «прицільне випльовування кубиків льоду у ванну» (при зниженій чутливості); складання за щіку шматочків булочки, яка посипана великою сіллю, і притискання з подальшим вилученням «акробатичним рухом мови та з кумедними гримасами»; «експерименти з шипучим порошком» (для стимуляції сприйняття) [19].

Проведення систематизованих сенсорно-інтегративних вправ сприяє розвитку пластичності чутливих зон кори головного мозку. В результаті проведення такої терапії відбувається зміна кортикальної структури, в результаті чого використовується відповідна реакція дитини на різні подразники.

Альтернативна комунікація включає всі способи спілкування, які доповнюють і замінюють вербальну комунікацію. Вона використовується в тих випадках, коли спілкування за допомогою мови утруднене або неможливе. Багато дослідників стверджують, що застосування альтернативної комунікації як не перешкоджає появі промови (у разі дітей аутизмом), і навіть стимулює

виникнення перших слів. Крім цього, дана система розвиває абстрактне мислення та символічну діяльність. Принципи альтернативної комунікації [20]:

- 1) «Від більш реального до більш абстрактного»;
- 2) Надмірність символів (суміщення різних систем комунікації - жестів, картинок і, наприклад, написаного слова);
- 3) Постійна підтримка мотивації;
- 4) Функціональне використання у комунікації (використання альтернативної комунікації як на занятті, але її межами).

Розрізняють селективні та топографічні системи альтернативної комунікації. До перших відносять символи та картки. До других – мова жестів, міміки та пантоміміки, рухи пальців рук, які складають слова, а також вокальна мова. До основних систем альтернативної комунікації належать: система жестів, система символів, глобальне читання, PECS, Макатон [1].

1) Система жестів. Серед позитивних сторін даної системи слід зазначити таке: можливість використання залежить від додаткових коштів (можна завжди використовувати на відміну карток); простота використання (на відміну мовної системи); наочність; можливість фізичної допомоги дитині під час навчання; «Звернення йде безпосередньо до того, з ким говорять, і має місце зоровий контакт». У той самий час, в повному обсязі жести інтерпретуються однозначно і правильно (особливо це стосується описових і імітаційних). Крім цього, жести динамічні. Опанування цією системою вимагає, щоб дитина запам'ятовувала і витягувала з пам'яті жести.

2) Система символів - спілкування за допомогою даної системи виглядає так: дитина бере певну картку (картинку) і дає її дорослому (співрозмовнику), вказує на неї рукою (торкається пальцем) або "натискає" на конкретну кнопку («так» або «ні»).

3) Світове читання. Суть цієї системи у тому, що дитина навчається читати, спираючись на зоровий образ слова без вичленування окремих букв. Безпосередньому навчанню глобальному читанню передують підготовчий етап, у якому розвиваються зорове сприйняття і зорова пам'ять, увагу, розуміння мови

та змісту читаного, вдосконалюється вміння виконувати прості інструкції, підбирати парні предмети і картинки, співвідносити предмет та її зображення. Види робіт під час навчання глобального читання: читання автоматизованих енграм (ім'я дитини, імена його близьких), читання слів; читання інструкцій; читання речень.

4) Система комунікації за допомогою карток PECS (The Picture Exchange Communication System). Ця система є однією з програм АВА-терапії. Для навчання дитини спілкуванню за картками PECS необхідно, щоб він мав бажання щось отримати чи зробити. Перш ніж переходити до навчання за цією системою, необхідно з'ясувати, які інтереси дитини, які предмети він найчастіше просить, які дії любить робити. Потім робляться «фотокартки всіх улюблених мотиваційних стимулів і занять», створюється альбом, до якого ці картки кріпляться на липучках. Етапи навчання: На першому етапі здійснюється навчання дитини навичку подавати картку з тим предметом, який він хоче отримати (або із зображенням дії, який він хоче вчинити); відсутній вибір карток та предметів; не використовуються словесні підказки [30].

На другому етапі здійснюється закріплення навички, виробленого на першому: дитина вже не просто подає картку, а повинна перед цими вчинити якісь дії (встати з килима, підійти до дошки, на якій висить картка, взяти її та подати співрозмовнику); не використовуються словесні підказки, відсутній вибір. Завдання на третьому етапі полягає в тому, щоб навчити дитину вибирати потрібну картку з двох карток: одна з бажаним предметом або дією, а інша – з небажаною; словесні підказки не використовуються.

На четвертому етапі навчають вибору з двох карток, на яких зображені бажані предмети (дії): перед дитиною мають два бажані предмети і дві відповідні картки, після того, як дитина вибрала одну з карток, йому надають можливість вибрати відповідний предмет. Якщо співвідношення картинки та предмета відбулося правильно (тобто вибрав правильний предмет), то дитини хвалять, якщо ні — застосовують процедуру корекції помилки. Після навчання вибору з

двох, переходять до вибору з 3, 4, 5 тощо. На п'ятому етапі відпрацьовується навичка вибору необхідної картки зі всієї книги PECS.

5) МАКАТОН — («ма» — Маргарет, «ка» — Kate, «тон» — Тоні) — система, що передбачає використання жестів, символів, а також мови, що звучить. Основна ідея полягає у використанні мови (т.к. це основний засіб спілкування більшості людей), що супроводжується жестом (що викликає певні спогади чи відчуття в того, до кого звернено повідомлення) «стійким зоровим чином». Даний підхід до формування засобів комунікації призначений для тієї категорії людей, які зазнають особливих труднощів у цьому процесі (РАС, ДЦП, множинні порушення, генетичні хвороби тощо).

Виходячи з тих труднощів, які є у тієї чи іншої дитини, останній вибирає найбільш комфортну (-і) і доступну (-і) складову (-і) мови МАКАТОН. Так, деякі діти, що не говорять, з РАС воліють вступати в комунікацію тільки за допомогою жесту, або тільки використовуючи символ, а інші підкріплюватимуть жест символом.

В Україні одним з найвідоміших є емоційно-рівневий підхід, розроблений О.С. Нікольскою із співавторами.

Таблиця 2.1.

Переваги та недоліки підходу О.С. Нікольскої

<b>Переваги</b>	<b>Недоліки</b>
1. Наявність класифікації різних варіантів аутистичних порушень – груп, виділених на основі теорії про рівневу організацію емоційної сфери; робота будується по-різному в залежності від групи.	1. Недооцінюються когнітивні порушення, які часто трапляються при аутизмі.
2. Розроблено та детально продумано етап встановлення первинного контакту з дитиною.	2. Робота ведеться переважно у рамках ігрової діяльності, яка доступна не всім дітям з аутизмом через глибокі

	порушення сприйняття, уваги та мислення.
3. Корекційна робота спирається на спонтанну активність дитини у взаємодії з навколишнім світом та іншою людиною.	3. Недостатня увага приділяється соціальній адаптації дітей з РАС.

*Джерело складено автором на основі [23]*

Рівневий підхід до корекції емоційних порушень розроблено також Никольскою у команді з колегами. Визнаючи, що аутизм відноситься до первазивних порушень, автори вважали порушення в емоційній сфері найбільш суттєвими, які, у свою чергу, відбиваються (порушують) на інших сферах пізнання (мовленнєвий, когнітивний тощо). Розглянутий корекційний підхід ґрунтується на уявленнях про рівні емоційного регулювання організму (рівень польової реактивності, рівень стереотипів, рівень експансії, рівень емоційного контролю).

Основні етапи корекції в рамках рівневого підходу [16]:

- 1) Встановлення емоційного контакту з дитиною.
- 2) Зменшення агресії, негативізму, страхів, патологічних уподобань та потягів.
- 3) Розвиток соціальних форм взаємодії та комунікації.
- 4) Підвищення довільної активності дитини, формування осмисленого ставлення до світу.

Серед основних засобів, що використовуються при даному підході, необхідно назвати ігрову (а також сенсорну) та музичну терапію, ізотерапію, психодраму, які використовують найбільш збережені можливості дитини. Створюючи мотивацію до привабливим для дитини видам діяльності, дорослий формує передумови у розвиток інших сфер психіки. На корекційних етапах застосовуються такі прийоми, як: підключення до стереотипної

аутоstimуляційної поведінки дитини з РАС, формування зв'язку між дорослим та інтенсивно позитивними для дитини відчуттями (на першому етапі); стимулювання дитини героїчними враженнями (на другому етапі). Воно полягає в тому, що дорослий включається до стереотипної гри або стереотипного малюнку дитини і поступово вводить нових героїв (або нові дії, обставини). Йде навчання прислухатися до партнера з гри та підлаштовуватися під правила. «Ритмічна організація емоційних контактів та введення в них активної та різноманітної сенсорної стимуляції» (на третьому етапі); Організація поведінки дитини та емоційно-смісловий коментар (на четверту етапі).

Слід зазначити, робота з даної методики з кожним окремим дитиною будується залежно від цього, якої групи за класифікацією О.С. Никольскою, він відноситься (тобто залежно від того, який рівень емоційної регуляції порушено). Так, працюючи з дітьми першої групи, спеціаліст прагне викликати звукові наслідування через ті види діяльності, які захоплюють конкретну дитину. Наприклад, якщо йому подобається дивитися на предмети, що обертаються, логопед пропонує поспостерігати за юлою, коли вона подає, вимовляє «ой»; щойно з'явилося наслідування мовної коментар ускладнюють «ой, впала», «ой, впала юла», «ой, впала червона юла» тощо.

Робота з навчання письма та читання з такими дітьми починається якомога раніше (можливо, ще до появи мовлення, що звучить). З дітьми другої групи ведеться робота з активного розширення наявного невеликого словникового запасу, фрази, ехололій. Причому останні має сенс вводити у відповідні ситуації. Також рекомендується навчати читання і письма до появи активних форм мовної діяльності. Працюючи над розвитком мови з дітьми третьої групи, логопед виводить дитину з її монологу на діалог. Спочатку фахівець прислухається до монологу дитини, поступово починає ставити запитання.

Як тільки прості форми діалогу будуть достатньо засвоєні (дитина адекватно реагує, коли її перебивають і задають уточнюючі питання, дає відповідні відповіді) і «з'являється можливість активно впливати на перебіг міркувань дитини, не викликаючи її протесту». Потім фахівець переходить до

навчання побудови довільного діалогу (дитину вчать розвивати сюжет, створений дорослим, передавати цю роль назад), за основу взаємодії беруть «надцінні інтереси» дитини. На початкових етапах корекції мовного розвитку з дітьми четвертої групи слід опосередковано включатись у діяльність дитини (дорослий перемовляється з дитиною через телефон, труба з паперу і т.д.). Вкрай важливо, щоб, працюючи з дитиною, у нього з'явилося почуття впевненості у своїх силах (через ігри, що підвищують психічний тонус, наприклад, музичні і технічні).

## **2.2. Супровід соціальним працівником дітей, що мають розлади аутичного спектру та їхніми сім'ями**

Батькам дітей з РАС та за всієї їхньої спрямованості на допомогу дитині часто досить важко освоювати способи корекційної взаємодії з нею. Цьому перешкоджає їхня невпевненість у собі, обумовлена вихідно утрудненим зворотним зв'язком з дитиною, відсутністю загального афективного досвіду, який звичайні батьки та діти отримують у ранніх формах емоційної взаємодії. Тому необхідно проводити з сім'єю, яка виховує дитину з розладами аутичного спектру, цілеспрямовану та ефективну роботу.

Особливої важливості при роботі в цьому напрямку набуває психосоціальна робота, яка спрямована на надання психологічної допомоги та підтримки сім'ям в адаптації до умов, що склалися, пов'язаних з особливим статусом дитини. У цьому аспекті психосоціальна робота виконує інформаційну, діагностичну, консультативну, корекційну функції через індивідуальні та групові форми надання психосоціальної допомоги [23].

Діти з РАС, як правило, перші, а нерідко й єдині у сім'ї. Тому через відсутність досвіду батьки довго не помічають особливостей дитини. Третій рік життя є критичним для батьків, оскільки стає очевидною серйозність відхилень дитини.

У момент встановлення діагнозу сім'я переживає важкий стрес. Реакція батьків у цей момент різноманітна, але найчастіше проявляється у пригніченості, розгубленості перед неконтактністю дитини, у комплексі власної неповноцінності, у відмові себе у ім'я дитини, у тривожних побоюваннях у зв'язку з гаданою роллю «поганої спадковості». Це посилюється невігідним порівнянням своєї дитини з «нормальними» дітьми. Виникає напруженість, прихована чи явна конфліктність сімейних відносин, взаємні звинувачення батьків.

Варто також зазначити, що напруженістю своїх переживань сім'ї дітей, які мають розлади аутичного спектру, вирізняються навіть на тлі сімей, які мають дітей з іншими важкими порушеннями розвитку. І тому є цілком об'єктивні причини. Одна з них полягає в тому, що усвідомлення всієї тяжкості становища дитини найчастіше настає раптово. Навіть якщо тривоги існують, фахівці зазвичай довгий час їх не враховують, запевняючи, що нічого незвичайного не відбувається. Труднощі встановлення контакту, розвитку взаємодії врівноважуються в очах батьків заспокійливими враженнями, які викликають серйозний, розумний погляд дитини, його особливі здібності. Стан стресу для сім'ї, яка продовжує «боротися» за свою дитину, з цього моменту нерідко стає хронічним, а в сім'ї неминуче змінюється уклад і особливо психологічний клімат. Виникають нерівні, а часто й конфліктні відносини між подружжям та іншими членами сім'ї. Стан хронічного стресу призводить до підвищеної дратівливості, почуття постійного внутрішнього занепокоєння, порушень сну [28].

У спеціальних дослідженнях, які проводили американські психологи, виявлено, що стрес найбільшою мірою проявляється у матерів дітей з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями. Вони не тільки зазнають надмірних обмежень особистої свободи і часу через надзалежність своїх дітей, але й мають дуже низьку самооцінку, вважаючи, що недостатньо добре виконують свою материнську роль.

Таке самовідчуття матері дитини з ментальними порушеннями цілком зрозуміле. Дитина з раннього віку не заохочує її, не підкріплює її материнської

поведінки: не посміхається їй, не дивиться у вічі, не любить бувати на руках; іноді він навіть не виділяє її з інших людей, не віддає переваги в контакті. Таким чином, дитина не несе їй достатнього емоційного відгуку, безпосередньої радості спілкування, звичайної для будь-якої іншої матері, що покриває всі її тягарі, всю втому, пов'язану з щоденними турботами і тривогами. Тому зрозумілі прояви у неї депресивності, дратівливості, емоційного виснаження.

Емоційний стрес матері відбивається, перш за все, на її стосунках із чоловіком. Знижений фон настрою, постійне занепокоєння, дратівливість матері, повне самозречене перемикання її уваги на дитину формують у батька почуття дискомфорту, що не зникає, емоційно хворобливий стан.

Батьки зазвичай проводять більше часу на роботі. Це дозволяє їм уникати повсякденного стресу. У той же час вони теж переживають почуття провини, розчарування, хоч і не говорять про це так явно, як матері. Крім того, батьки стурбовані тяжкістю стресу, який відчувають їхні дружини, на них лягають особливі матеріальні тягарі щодо забезпечення догляду за «важкою» дитиною, які відчуваються ще гостріше через те, що обіцяють бути довготривалими, фактично довічними.

Якщо взаємини подружжя були не дуже гармонійні, то поява хворої дитини посилює і виявляє прихований внутрішній конфлікт: неминучі взаємні звинувачення у народженні дитини з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями, і часто достатньо одного необережного слова родичів чи лікаря, щоб сім'я розпалася. Напруженість матері несприятливо впливає на взаємини з малюком.

Така мати напружена, скута, вона рідко посміхається, вкрай непослідовна та нерівна у поводженні з дитиною. Якщо мати ставить на собі хрест, кидає роботу і віддає всі свої сили лише малюкові, буває так, що з роками вона невротизується дедалі більше, а стосунки у сім'ї загострюються. Багато таких родин також розпадаються.

Слід зазначити, що і в сім'ях, що не розпалися, хвороба дитини найчастіше відволікає мати від суспільно корисної праці, активного суспільного життя,

призводить до звуження кола знайомих. Ізоляція від суспільства ще більше посилює тяжкий психічний стан батьків, погіршує взаємини матері та дитини, завдаючи шкоди її вихованню та сприяючи його дезадаптації.

Відносини в сім'ї змінюються не тільки між подружжям, а й з їхніми батьками. Жалість до свого онука та його сім'ї можуть тривалий час пронизувати взаємини близьких людей. Іноді з боку бабусь та дідусів звучать грізні закиди у бік дитини та її матері («Ти винен у тому, що бабуся хворіє» або «Ти винна в тому, що у мене немає здорових онуків» та інше). Однак у більшості випадків бабусі та дідусі поступово усуваються від такої родини.

Брати і сестри дітей, які мають розлади аутичного спектру та інші ментальні порушення, теж мають певні труднощі, оскільки батьки нерідко змушені жертвувати їхніми інтересами. Вони можуть відчувати обділеність увагою, відчувати, що батьки їх люблять менше. Багато дітей поділяють турботи сім'ї, у своїй вони рано дорослішають, але й зустрічаються ситуації, що вони дистанціюються, що додатково ранить батьків.

Іноді здоровим дітям доводиться вдаватися до своєрідного психологічного захисту для компенсації наявності брата чи сестри з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями. Це може набувати характеру дезадаптації, особливо в тих випадках, коли здорова дитина намагається будь-якими засобами привернути до себе увагу і чимось виділитися серед однолітків. Найбільш важко переживають наявність у сім'ї хворої дитини її молодші брати та сестри. Старші здорові діти бувають незадоволені додатковими обов'язками для догляду за хворою дитиною [24].

Існують несприятливі для дитини з ментальними порушеннями форми поведінки батьків у сім'ї, які виражаються у відсутності інтересу до них. Недостатність взаємодії. Такий тип ставлення до дітей з аутизмом та іншими ментальними порушеннями трапляється часто. Так, деякі батьки, забезпечивши дитину всім необхідним: повноцінним харчуванням, гарним одягом, іграшками, водночас підсвідомо відкидають його.

У таких дітей частіше спостерігається знижене тло настрою, схильність до депресивних станів. Психологічне відкидання посилює або визначає моторну та інтелектуальну недостатність дитини, формує у дітей підвищену тривожність, схильність до страхів та фантазій, посилює труднощі їхнього навчання, сприяє порушенням сну, апетиту, може стати причиною стійкого енурезу.

У тих сім'ях, де стосунки спочатку були теплими, будувалися на взаєморозумінні та коханні, народження дитини, яка має ментальні порушення, може ще більше зблизити сім'ю. Але й ця сім'я потребує моральної підтримки оточуючих, близьких та суспільства. На жаль, рівень усвідомлення проблем таких сімей у суспільстві невеликий, і люди часто неправильно поведуться по відношенню до них, що ще більше посилює їх становище.

Фахівець, який працює з дитиною, яка має розлади аутичного спектру та інші ментальні порушення, та з її сім'єю, повинен знати про особливу вразливість цієї сім'ї, а також про те, що ранимість посилюється в періоди вікових криз дитини і в ті моменти, коли сім'я проходить певні критичні точки свого розвитку: вступ дитини до дошкільний заклад, до школи, досягнення їм перехідного віку. Настання повноліття і його події (отримання паспорта, переведення до дорослого лікаря тощо) часом викликає у сім'ї ще більший стрес, ніж постановка діагнозу.

Узагальнюючи все вищесказане, стає очевидним, що самотійно впоратися з труднощами, що виникли, сім'я, яка виховує дитину з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями, не може, тому вона потребує професійної психосоціальної допомоги. На жаль, у нашій країні дана робота стала вестись нещодавно і найчастіше носить епізодичний характер. Тому цей напрямок має розвиватися, перш за все, з метою надання допомоги сім'ї в її основних турботах: вихованні та введенні в життя дитини з аутизмом. Головне – дати батькам можливість зрозуміти, що відбувається з їхньою дитиною, допомогти встановити з нею емоційний контакт, відчувати свої сили, навчитися впливати на ситуацію, змінюючи її на краще.

Надзвичайно важливо допомогти батькам прийти до думки про недоцільність відмови від себе в ім'я дитини, пояснити, що це не сприяє її

розвитку та соціалізації. Дуже важливо, щоб усі члени сім'ї досягли єдності в розумінні поведінки і потреб дитини, а також вимог, що висуваються до неї.

Крім того, таким сім'ям просто корисно спілкуватись між собою. Вони не тільки добре розуміють один одного, але кожна з них має свій унікальний досвід переживання криз, подолання труднощів і успіхів, освоєння конкретних прийомів вирішення численних побутових проблем.

І. Колупаєва та О. Таранченко зазначають: «Сьогодні психопедагогічний супровід дітей з особливими потребами — це комплексна технологія, особлива культура підтримки та допомоги дитині у вирішенні завдань розвитку, навчання, виховання та соціалізації». визначається одна цілісна, системно організована діяльність, у ході якої створюються соціально-психологічні та пенітенціарно-педагогічні передумови успішного навчання та психологічного розвитку дитини» [32].

Робота з надання психосоціальної допомоги сім'ї, яка виховує дитину з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями, повинна бути індивідуально спрямованою, систематизованою та структурованою, носити адресний та комплексний характер.

Метою такої роботи є створення сприятливого психоемоційного клімату в сім'ях, які виховують дітей з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями, надання батькам знань з вікової та спеціальної психології.

Для практичного вирішення проблем сім'ї, яка виховує дитину з розладами аутичного спектру, необхідно розробити основні стратегії, спрямовані на реалізацію допомоги сім'ям цієї категорії. Однак ці стратегії не можна визначити, не вивчивши якісні характеристики особистісних змін, що виникають у батьків, та не провівши соціально-психологічного діагностування сім'ї, яке включає [19]:

- вивчення загальних відомостей про сім'ю;
- визначення психологічного типу батьків та обраної ними моделі виховання у сім'ї;

– вивчення психологічних особливостей дитини та дитячо-батьківських відносин.

Соціальна педагогіка в сім'ї, яка виховує дитину з розладами аутичного спектру, складається з таких змістових компонентів [44]:

1. Вивчення соціально-психологічного стану сім'ї. Позиція батьків, їх внутрішня установка може мати психологічний вплив на ситуацію в сім'ї, де виховується дитина з РАС.

2. Консультування батьків дітей з розладом спектру аутизму з особистих питань. Проблеми, які виникають у батьків у певний період життя сім'ї (проблеми, пов'язані зі зміною життєвого циклу сім'ї; проблеми, пов'язані із соціальною ізоляцією сім'ї, негативним ставленням оточуючих; погіршення здоров'я дитини або неможливість іншого члена сім'ї). ). передбачення майбутнього; погіршення міжособистісних стосунків у родині; Почуття відчаю, пов'язане з неуспішністю дитини в навчанні тощо.

3. Метою діагностичного посібника є оцінка окремих сторін особистості. Педагогічна діагностика спрямовує свої зусилля на результати формування особистості та пошук причин її порушень; цілісно характеризує навчально-виховний процес.

4. Психолого-педагогічна корекційна робота. На основі даних діагностичного обстеження фахівці складають програму корекційної роботи з кожною окремою сім'єю. Це як психологічна адаптація, так і надання необхідної інформаційної підтримки, а також корекційні заходи, пов'язані з поліпшенням психологічного, емоційного та фізичного стану кожного члена сім'ї.

5. Навчання батьків навичкам побутової реабілітації дітей. Навчання та соціалізація кожної дитини з розладом аутичного спектру є важливим кроком у розвитку навичок самообслуговування. Уміння доглядати за собою є фундаментальною навичкою – уміння одягатися та роздягатися самостійно; їсти без сторонньої допомоги, виконувати звичайні домашні справи тощо.

6. Організація консультацій для родичів дітей з РАС. Мета цих консультацій – надати батькам дітей з РАС інформацію про їхні права, права

своєї дитини, шляхи захисту цих прав, перспективи навчання та розвитку дитини тощо. Такі консультації організуються з урахуванням проблем та інтересів, актуальних для кожної сім'ї та порушують питання психолого-педагогічного характеру.

7. Соціально-педагогічний супровід — це досягнення оптимального результату в процесі взаємодії. Прогнози поділяються на короткострокові і довгострокові, а їх форма залежить від завдань, пов'язаних з даним видом діяльності.

8. Допомога батькам у розвитку творчих здібностей дітей з РАС. Процес розкриття творчого потенціалу дитини з розладами аутичного спектру підтримує компенсаторні процеси.

9. Організація культурно-дозвіллевої діяльності дітей з РАС відіграє важливу роль у загальному розвитку дитини, сприяє зміцненню інституту сім'ї та подоланню її соціальної ізоляції.

10. Важливою частиною загальної реабілітації сім'ї є співпраця з різними соціальними установами, які займаються проблемами сімей дітей-аутистів у суспільстві. Соціальний працівник виконує роль координатора та очолює роботу інших спеціалістів. Його завдання на цьому етапі – вчасно виявити конкретну сімейну проблему і залучити до її вирішення потрібного фахівця.

11. Профілактика явищ дезадаптації в сімейному оточенні дитини з РАС є завданням соціального педагога, яке є актуальним на кожному етапі життя сім'ї. Знання особливостей різних етапів сімейного життя дозволяє фахівцеві запобігти виникненню певних проблем у функціонуванні сім'ї.

12. Належне ставлення суспільства до людей з РАС та їх родин. Важливим завданням соціального педагога є практична реалізація через співпрацю із засобами масової інформації, волонтерами, людьми, які виховують особливих дітей та створюють умови для інтеграції. Зрештою, соціальна інтеграція для дітей з розладами аутичного спектру означає активне залучення до різних сфер діяльності та життя суспільства.

При визначенні діагностичного інструментарію спеціалісту бажано спиратися на відомі в діагностичній практиці комплекти та набори діагностичних методик та тестових завдань, обов'язково враховуючи при цьому вік дитини [13].

Загальні відомості про сім'ю можуть бути отримані з документації про дитину, у розмові з батьками, і навіть у результаті спостереження. Визначення психологічного типу батьків та обраної ними моделі виховання в сім'ї, а також вивчення психологічних особливостей дитини та дитячо-батьківських відносин може вивчатися за допомогою методу спостереження та відповідних методик, які визначаються відповідно до обраного суб'єкта (дорослі чи діти).

Перелік та кількість методик визначається залежно від поставлених завдань та практичного досвіду спеціаліста. Як психодіагностичні можна використовувати такі методики [24]:

1. Малювальні тести: «Малюнок людини», «Неіснуюча тварина», «Малюнок сім'ї», «Будинок, дерево, людина». Ці методики застосовуються під час обстеження дітей віком від 4-5 років. В окремих випадках перелік методик доповнюється малюнком сім'ї. Малюнки дітей за змістом багатозначні. Особливо це проявляється у плані вивчення внутрішньосімейного клімату та характеру міжособистісних відносин. Особливістю малюнкових тестів і те, що дитині не потрібно вербалізувати показники цих відносин, досить їх зобразити. Іншою важливою перевагою малюнкових тестів є те, що в будь-якому дитячому малюнку може бути відображено зміст міжособистісного та внутрішньосімейного конфлікту.

2. Методика «Два будинки» (І. Вандвік та П. Екбланд). Ця методика використовується для вивчення спілкування дитини із членами своєї сім'ї. З її допомогою визначаються особливості взаємин близьких людей з дитиною та встановлюється її оцінка, дана цим відносинам. Як ілюстративний матеріал методики використовується попередньо підготовлений малюнок. Вгорі альбомного листа міститься багатопверховий будинок, намальований простим олівцем. Внизу розташовуються два інші будинки: один у вигляді котеджу,

великий і красивий, виконаний у червоному кольорі, а інший - менший, звичайний, намальований простим олівцем. При оцінці результатів насамперед звертається увага на те, чи всіх членів сім'ї дитина розмістила у своєму будинку. Якщо він когось «забув» або переселив у маленький будиночок, то це свідчить про неоднозначне чи негативне ставлення дитини до цього члена сім'ї. При цьому оцінюється швидкість відповіді. Чим більше дитина думає, тим менш достовірною розцінюється її відповідь. Якщо в сім'ї домінують гармонійні відносини і дитина відчуває любов близьких, то в цьому випадку вона має в своєму будиночку всіх близьких.

3. Методика «Сходишки» використовується щодо самооцінки дітей. Зміст методики було адаптовано для дослідження проблем сім'ї, яка виховує дитину з відхиленнями у розвитку. В результаті модифікації методики стало можливим її використання в психодіагностичній роботі як з батьками («Сходишки для батьків»), так і з дітьми («Сходишки для дітей»). Варіант методики «Сходишка для дітей» використовується з метою визначення оцінки дитиною її взаємин з близькими в сім'ї та іншими значущими особами.

4. Перше питання, на яке відповідає дитина («З ким тобі частіше доводиться спілкуватися?»), Визначає ступінь його близькості з оточуючими людьми. Друге питання («Хто краще до тебе ставиться? Хто більше тебе цінує?») оцінює характер та якість цих відносин. Дитина сама встановлює ієрархію зв'язків і визначає глибину почуттів, які, на його думку, відчувають щодо неї значні близькі. Для того щоб скласти уявлення про ієрархію життєвих цінностей батька та місце в ній проблемної дитини, розроблено методику «Сходишки для батьків». Ця методика дозволяє визначити особисті, життєві орієнтири кожного з подружжя. Вона включає два етапи. У першому етапі батько оцінює своїм особистісним якостям, розподіляючи риси характеру за принципом домінування. З другого краю етапі батько оцінює чинники, що визначають стабільність сім'ї.

5. В окремих випадках, з метою доповнення інформації про досліджуваних, використовується методика САТ (дитячий апперцептивний тест), запропонована Л. Беллаком для обстеження дітей віком від трьох до десяти років.

За допомогою цієї методики оцінюється рівень тривожності дітей та особливості їх взаємовідносин із значним соціальним оточенням. Дитині пропонується подивитися на картинки та розповісти про те, що там відбувається. Як стимульний матеріал використовуються такі стандартні малюнки з методики САТ: лев і мишеня, зайчик у ліжечку, собака зі цуценям, ведмеді перетягують канат, кенгурятко зі зламанною ногою, вагітна кішка, ведмедиця качає ведмежа, мавпочки в класі.

З метою визначення характеру реакцій батьків на сформовану психогенну ситуацію (народження в сім'ї дитини з розладами аутичного спектру) використовуються методики, спрямовані на вивчення їх особистісних та психологічних особливостей. У зв'язку з цим завдання цього виду діагностичної діяльності включають (рис.2.2):



• дослідження особистісних особливостей батьків дітей з відхиленнями у розвитку та визначення психологічного типу (авторитарний, невротичний, психосоматичний);
• оцінку інтелектуальних, емоційних та комунікативних властивостей, характеристик адаптаційних механізмів, здатності переносити тривалий стрес;
• визначення рівня тривожності, типу реакції стрес, і навіть рівня схильності до неврозу, психопатії;
• аналіз внутрішньосімейних відносин та визначення рівня інтегрованості сімей даної категорії;
• встановлення типу батьківсько-дитячих відносин, дитячо-батьківських відносин та причин їх порушення;
• визначення моделі сімейного виховання;
• вивчення динаміки дитячо-батьківських та батьківсько-дитячих відносин під впливом корекції.

Рис.2.2. Завдання діагностичної діяльності

*Джерело складено автором на основі [38]*

Для реалізації поставлених завдань можуть бути використані такі методики:

1) СБДО (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості) – ММРІ – стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості є модифікованим варіантом тесту ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Методика є скороченою формою ММРІ і містить 71 твердження.

СБДО є об'єктивним психодіагностичним інструментом, який забезпечує багатофакторну оцінку психічних станів, особливостей особистості, соціально-психологічних та інших характеристик обстежуваних осіб.

Профіль СБДО – ММРІ – це графічне зображення кількісних показників базисних шкал, кожна з яких визначає ступінь виразності тієї чи іншої особистісної тенденції. Для здійснення оцінки показників базисних шкал вводяться три оціночні шкали (шкала «брехні» - L; шкала «достовірності» - F; шкала «корекції» - K). Обстеження методикою СБДО – ММРІ здійснюється за допомогою автоматизованої системи психологічної діагностики «СБДО-Експерт».

2) Методика «16 - ФО - 105 – С» (16-факторний особистісний опитувальник, 105 питань, форма «С») являє собою один з варіантів опитувальника Р. Б. Кеттелла, призначеного для вимірювання 16 особистісних факторів. Ця методика дозволяє отримати багатогранну інформацію про індивідуальні особливості особистості. Риси особистості, які досліджуються за допомогою цієї методики, Р. Б. Кеттел називав конституційними факторами. Чинники позначаються відповідними латинськими літерами. Максимальні відхилення в особистісних характеристиках визначаються високими чи низькими оцінками, які одержують за факторами. Кількісний та якісний аналіз базисних факторів методики дозволяє об'єднати їх у три блоки. Перший блок характеризує інтелектуальні особливості особистості. Це чинники, М, Q1. Другий блок характеризує емоційно-вольові особливості особистості. До нього відносяться фактори С, G, I, Про, Q3, Q4. Третій блок розкриває комунікативні властивості та особливості міжособистісної взаємодії. Цей напрямок оцінюється факторами А, Н, F, E, Q2, N, L.

Для вивчення внутрішньосімейних відносин та виховних позицій батьків рекомендовано використовувати такі методики [4]:

1) «Сімейна соціограма» (Е. Г. Ейдеміллер) – проєктивний рисунковий тест. Ця методика дозволяє виявити становище суб'єкта в системі міжособистісних відносин та визначити структуру та характер комунікації в сім'ї. Батькам пред'являється бланк із намальованим у ньому колом діаметром 110 мм. Потім вводиться інструкція з проханням намалювати себе та членів своєї сім'ї у вигляді гуртків. Як критерії, за якими проводиться оцінка результатів, використовуються такі [12]:

- число членів сім'ї, які потрапили до площі кола;
- величина гуртків;
- розташування гуртків щодо один одного;
- дистанція між ними.

Оцінюючи результат за першим параметром, психолог зіставляє кількість гуртків, зображених випробуваним, із кількістю членів сім'ї. Ті члени сім'ї, які перебувають у конфліктних відносинах з випробуваним, може бути винесені їм із кола. Величина гуртків відповідно до думки випробуваного вказує на значущість членів сім'ї. Розташування гуртків щодо один одного та відстань між ними вказують на характер відносин між членами сім'ї.

2) «Аналіз сімейних взаємин» (Е. Р. Ейдеміллер) - опитувальник для батьків «Аналіз сімейних взаємин» (АСВ) у двох варіантах - дитячому та підлітковому - призначений для вивчення стилю сімейного виховання та визначення причин його порушень. Ця методика дозволяє розкрити способи, якими користуються батьки під час виховання дитини, і навіть визначити модель виховання. У тому випадку, якщо ця модель сприяє формуванню або розвитку патологічних змін дитини з розладом аутичного спектру, методика дає можливість визначити причини, що викликають даний тип виховання. За допомогою цієї методики можна знайти відповідь на питання, чому батьки виховують дитину саме таким чином.

3) Методика PARI (Parental Attitude Research Instrument, Дослідницький інструмент батьківських позицій та відносин) призначена для вивчення найбільш загальних особливостей та принципів батьківського виховання, а також внутрішньосімейних відносин. Методика включає 115 тверджень, що стосуються виховання дітей та сімейного життя. Усі твердження відповідним чином ранжировані у 23 шкали, кожна з яких містить 5 питань. Методика дозволяє оцінити особливості внутрішньосімейних відносин та організації сімейного життя та специфіку батьківсько-дитячих відносин.

Для вивчення сім'ї з дитиною з розладами аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями додатково можна використовувати такі методи, як спостереження, бесіди, інтерв'ю, соціологічні опитування, анкетування тощо.

Як ефективний додатковий метод використовується бесіда-інтерв'ю. Упорядковане інтерв'ю чи розмова - це з основних методів як психологічного, соціального консультування, і діагностичних заходів щодо вивчення сім'ї з дітьми, мають розлади аутичного спектра. За формою інтерв'ю може бути:

- вільним, коли розмова проводиться без суворої деталізації питань, але має певний предмет обговорення;
- стандартизованим, коли ретельно регламентується порядок проведення розмови;
- частково стандартизованим, що об'єднує першу та другу форми.

Бесіда-інтерв'ю може бути використана як у діагностичних цілях, так і для здійснення психокорекції. Істотно важливим проведення розмови-інтерв'ю з батьками дітей із розладами аутичного спектру і те, що предметом взаємодії, визначальним відносини психолога і обстежуваних, обирається внутрішній світ останніх. Бесіда-інтерв'ю - це один із спеціальних методів аналізу унікальної ситуації суб'єкта з метою створення для нього альтернативного варіанту переживання значущої проблеми та визначення можливого виходу із ситуації. Як діагностичний метод розмова використовується щодо як дорослих, і дітей. Як частина діагностичної процедури з метою вивчення сім'ї та дітей із розладами

аутичного спектру та іншими ментальними порушеннями, розмова включається також у процес консультування.

Проведення розмови будується у кілька етапів. У вступній частині бесіди-інтерв'ю встановлюються довірчі відносини з дитиною та її близькими, потім визначається перелік проблем, що їх хвилюють. В основній частині бесіди, що проводиться з дитиною або її батьками, обговорюються заявлені проблеми. У завершальній частині розмови передбачається наявність змін чи прояв тенденції до зміни ціннісних орієнтацій батька стосовно дитині з розладами аутичного спектра. Тому процес інтерв'ю спрямовується на те, щоб при обговоренні особливо значущих для батьків тим змінювати їхнє ставлення до них. З метою досягнення останнього акценти переставляються таким чином, щоб батько під керівництвом психолога сам змінював свій підхід до питання, що обговорюється. Бесіда з дитиною, як правило, прямує на виявлення рівня сформованості її уявлень про навколишній світ, особливості пізнавальної та емоційно-особистісної сфер, інтересів, включаючи міжособистісні зв'язки та соціальні контакти. У процесі розмови формулюється попередній, гіпотетичний діагноз дитини, який потім підтверджується, уточнюється або спростовується в ході подальшого психолого-педагогічного вивчення.

## Висновки до розділу 2

Отже, під соціальною взаємодією ми розуміємо систему взаємозумовлених соціальних дій, пов'язаних циклічною залежністю, при якій дія одного суб'єкта є одночасно причиною та наслідком дій у відповідь інших суб'єктів. Виходячи з визначення соціальної взаємодії ми виділяємо такі навички, які є базовими щодо нього:

1. Співпраця з дорослими;
2. Утримання погляду;
3. Тривалість контакту;
4. Відзивається на ім'я;
5. Вираження бажань та потреб;
6. Невербальна комунікація.
7. Моторна (рухова) імітація;
8. Вокалізація;
9. Вміння діяти за зразком;
10. Розуміння та виконання інструкції;
11. Вступає у запропоновану дорослим взаємодію;
12. Пропонує взаємодію дорослому;
13. Адекватна емоційна відповідь;
14. Володіння тілом;
15. Стереотипії.

Згідно з МКБ-10, структура порушення при аутизмі представлена такими особливостями: значні труднощі у соціальній взаємодії; якісні порушення комунікативної галузі; стереотипність поведінки, інтересів та діяльності взагалі.

Сьогодні кожна дитина має право на повноцінне життя в умовах, які зберігають її гідність, сприяють розвитку її впевненості в собі, право на особливе піклування, доступ до якісної освіти, відновлення здоров'я та активне соціальне та культурне життя. І першими про це піклуються та організують батьки та родина.

Розглянувши формування навичок соціальної взаємодії в онтогенезі, ми можемо визначити особливості соціальної взаємодії у дітей молодшого дошкільного віку з РАС: порушення емоційного контакту дитини з дорослим; відсутність зорового контакту та реакції на своє ім'я; активне чи пасивне уникнення взаємодій; використання неадекватних ситуацій засобів спілкування при вступі в контакт (або не ініціювання його); порушення мовної та немовної комунікації (обмеження у розумінні жестів, міміки, погляду); відсутність спільної уваги та навичок імітації. Ми вивчили такі методики роботи з дітьми, що мають розлади аутичного спектру: прикладний поведінковий аналіз (АВА), навчання дітей з аутистичними та іншими порушеннями спілкування (ТЕАССН), терапія ігрового часу С. Грінспена (DIR-метод), рівневий підхід до корекції емоційних порушень, сенсорна інтеграція, системи альтернативної комунікації.

Також ми проаналізували такі методики роботи з сім'ями: малювальні тести: «Малюнок людини», «Неіснуюча тварина», «Малюнок сім'ї», «Будинок, дерево, людина»; Методика «Два будинки» (І. Вандвік та П. Екбланд), Методика «Сходишки», методика САТ; СБДО ММРІ; Методика «16 - ФО - 105 - С»; «Сімейна соціограма» (Е. Г. Ейдеміллер); «Аналіз сімейних взаємин» (Е. Р. Ейдеміллер); Методика PARI (Parental Attitude Research Instrument, Дослідницький інструмент батьківських позицій та відносин).

Таким чином, аналізуючи наведені вище підходи до розвитку навичок соціально-побутової орієнтації у дітей з РАС, ми бачимо, що головною умовою успішного розвитку та навчання є чітке структурування середовища, в якому знаходиться дитина, розподіл кожного навички на окремі кроки, планування послідовності дій, багаторазове повторення та закріплення пройдених навичок та зорова просторово-часова організація. Найбільш повне створення цих умов для успішного формування навичок соціально-побутової орієнтації можливе лише всередині сім'ї, проте ця робота має продовжуватися і в освітньому закладі, який дитина відвідує.

## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РОБОТИ

### 3.1. Оцінка потреб соціальної підтримці сім'ї, що виховує дитину з розладами аутичного спектру

Сім'ї, які виховують дітей з розладами аутичного спектру, найчастіше виявляються замкнутими у своїй проблемі, їм не вистачає необхідних знань про способи взаємодії з дитиною, методи навчання, корекцію поведінки дітей. Опинившись у важкій життєвій ситуації, батьки переживають важкий стрес, з'являються депресії, гнівливість, різкість у поводженні з дітьми, розпач.

Нерідко руйнуються дружні близькі контакти, і сім'я опиняється в ізоляції. У подібних ситуаціях і дорослі, і діти потребують підтримки і допомоги, яка може і повинна бути надана всіма фахівцями, які так чи інакше взаємодіють з дитиною та її сім'єю. Нерідко сім'я стикається з проблемами, виховуючи дитину, що має РАС [7].

Найгострішими проблемами є наступні (рис.3.1):



Рис. 3.1. Найгостріші проблеми при вихованні дитини з РАС

Для того, щоб надати всій родині кваліфіковану допомогу, недостатньо мати лише вузько професійні знання та навички. Необхідно розбиратися в особливостях психологічного стану батьків, дотримуватися етичних норм спілкування, володіти методами навчання як дітей, а й батьків, і навіть надавати їм психологічну допомогу.

Невід'ємною умовою ефективної корекційної роботи та успішної адаптації дитини з РАС є робота з її сім'єю. Порушення розвитку дитини, її поведінкові проблеми стають сильним джерелом стресу і призводять до дезадаптації всіх членів сім'ї. У ході адаптації до ситуації стану дитини, як правило, відбуваються зміни та деформація всієї структури сімейних відносин: наростають проблеми у шлюбі, соціальна ізоляція, виснажуються психічні ресурси батьків. При цьому необхідно, щоб батько, незважаючи на стрес, міг виконувати свої батьківські функції, а також розумів завдання, етапи та кінцеві цілі роботи, що проводиться з дитиною.

Завдання фахівців - сформувати у дитини з РАС життєво необхідні навички, забезпечити умови для їх реалізації не лише при взаємодії зі спеціалістом, а й удома, у школі та інших громадських місцях. Це істотно знизить рівень стресу у батьків і створить необхідний ресурс для подальшої корекційно-розвиваючої роботи. Кінцевим результатом роботи з батьками є самостійне адаптоване функціонування всієї сім'ї з можливістю подальшого зростання та розвитку всіх її членів.

При розгляді процесів, що відбуваються з сім'єю, що має дитину з особливостями розвитку, можна виділити декілька аспектів: проблеми адаптації до ситуації стану дитини, дитячо-батьківські відносини, взаємодія батьків та фахівців.

У разі «відстроченого діагнозу» сім'я досить тривалий час функціонує у режимі, коли порушення розвитку існують, але вони не названі. Усвідомлення всієї тяжкості становища дитини найчастіше настає раптово. У момент постановки діагнозу сім'я часом переживає важкий стрес: у три, в чотири, іноді навіть у п'ять років батькам повідомляють, що їхня дитина, яка досі вважалася

здоровою або навіть обдарованою, насправді має серйозні проблеми. Постановка остаточного діагнозу може призвести до гострого кризи, що супроводжується сильними емоціями.

У деяких сім'ях, де основне психологічне навантаження лягло на період невизначеності, батьки, навпаки, відзначають, що постановка діагнозу викликала в них парадоксальне почуття полегшення, так як з'явилися визначеність і розуміння (нехай і гірке) стану дитини.

Незалежно від того, чи починається гостра криза відразу після народження дитини, після постановки діагнозу або після стадії невпевненості, що завершилася, нарешті, усвідомленням тяжкості його стану, для батьків настає довгий етап пристосування до нових життєвих реалій. Кожна ситуація - чи то погіршення здоров'я дитини, погані результати тесту, що оцінює рівень розвитку, поява дива у поведінці, початок відвідування дитячого садка, вибір школи або підготовка до майбутньої професії - може містити для батьків небезпечні та тривожні імпульси, з якими вони повинні навчитися справлятися. Батьки опиняються в особливому психологічному стані: воно важче, ніж якби хвороба дитини була виліковна, і часто навіть важче, ніж якби дитина померла. Напруженість переживань у сім'ях, мають дітей із РАС, сильніше, ніж у сім'ях з дітьми коїться з іншими важкими порушеннями розвитку [21].

Сім'ї, що виховують дитину з розладами аутичного спектру, можуть мати різні потреби в соціальній підтримці. Потреби кожної окремої сім'ї можуть залежати від багатьох факторів.

Ступінь тяжкості РАС впливає на потреби сім'ї. РАС включає у себе широкий спектр симптомів та ступінь їхньої виразності, в залежності від дитини симптоматика та вираженість може вар'юватися. Тобто, сім'я, що виховує дитину з більш тяжкою формою РАС, може відчувати більш високі потреби у соціальній підтримці у зв'язку з підвищеними вимогами до догляду, терапії та освіти.

Доступ до ресурсів у сім'ї впливають на потреби сім'ї у соціальній підтримці. У великих містах, де інклюзивність та толерантність більш розвинена,

та існує багато державних та волонтерських організацій, таким сім'ям набагато вірогідніше отримати соціальну підтримку від відповідних установ. У невеличких містах та селах, відповідно, потреба такої сім'ї у соціальній підтримці критично зростає.

Соціальні зв'язки та підтримка з боку близьких, друзів, сусідей та професіоналів у сфері охорони здоров'я та освіти може допомогти сім'ї справитися з викликами, пов'язаними з вихованням дитини з розладами аутичного спектру. Зустрічі з іншими сім'ями, які також виховують дітей з РАС, можуть представити можливість обмінятися досвідом та емоціями, справитися з відчуттям ізоляції; для сім'ї знання, що не тільки ця конкретна сім'я стикається з перешкодами, може мотивувати та підтримувати. Завдяки соціальним зв'язкам з іншими сім'ями, сім'я може отримати доступ до корисної інформації, рекомендації щодо фахівців, програмами підтримки та освітніми можливостями [29].

Обмін досвідом та кращими практиками допомагає сім'ї розвинути ефективну стратегію виховання та підтримки дитини з розладами аутичного спектру. Інші сім'ї можуть поділитися практичними порадами по конкретним проблемам: наприклад, щодо того, як краще контролювати поведінку дитини, розвивати її комунікаційні навички та іншими аспектами, пов'язаними з розладами аутичного спектру. Участь у батьківських групах та соціальних організаціях, що спеціалізуються на підтримки дітей з розладами аутичного спектру, можуть запропонувати можливість адвокації у інтересах дитини. Такі організації часто працюють на рівні суспільства, регіона чи навіть національного рівня, щоб привернути увагу до проблем, пов'язаних з розладами аутичного спектру (таких як стигматизація, булінг тощо), та боротися за права та благополуччя дітей з розладами аутичного спектру та їхніх сімей. В Україні існують декілька державних та суспільних організацій, які спеціалізуються на підтримці дітей з розладами аутичного спектру. Ми дослідили декілька з них [30]:

- 1) Асоціація «Дитина з майбутнім». Ця організація займається підтримкою дітей з РАС та їхніх сімей. Вони пропонують широкий спектр послуг,

таких як освітні програми, тренінги для батьків та фахівців, консультації та психологічну підтримку. Працюють вже дванадцять років та створюють цікаві проекти: міжнародні конференції на тему РАС, міжнародний практичний онлайн-курс на тему РАС. Асоціація створила ексклюзивний дитячий садок «Дитина з майбутнім», який є «ексклюзивний корекційний заклад для дітей з раннім дитячим аутизмом (РДА), аутичними рисами особистості, затримкою мовного і психо-мовного розвитку, гіперактивністю (СДУГ), це продумана система навчання і виховання з урахуванням індивідуальних особливостей і рівня розвитку кожного дитини», якій діє з 2010 року.

2) Асоціація міжнародних і всеукраїнських громадських організацій «Child.ua». Асоціація працює на захист прав та інтересів дітей з РАС в Україні. Вони оказують допомогу в освітній адаптації, соціальній інтеграції та доступності послуг для дітей з аутизмом. «Child.ua» створили у 2017 року сайт, що присвячений РАС та є незалежним інформаційний ресурс для батьків та фахівців; і метою цього порталу є інформаційна підтримка, просування цінностей та потреб людей з розладами аутичного спектру в Україні. У 2019 «Child.ua» відкрили програму «AUTISM FRIENDLY SPACE» та допомагають розвіяти стереотипи навколо осіб з РАС.

3) Портал «Аутизм в Україні». Цей портал об'єднує батьків, фахівців та інших зацікавлених осіб, щоб підвищити обізнаність про РАС та надати підтримку дітям з РАС та їхнім сім'ям.

4) Громадська організація «Сонячне коло». У своїй діяльності дана організація вирішує таку системну задачу, як соціальна адаптація дітей з РАС та їх інтеграцію в суспільство. Також вони працюють з батьками, і на це приділяється достатньо уваги: консультації, розробка індивідуальних корекційних програм, семінари, тренінги, психотерапія.

5) Благодійна організація «Школа-Сходинки». У організації, що розташована в Києві, займаються з дітьми від трьох до п'ятнадцяти років.

6) Центр лікувальної педагогіки «Сонячне подвір'я». Центр займається лікувально-педагогічною роботою з дітьми у малих групах, які мають порушення

фізичного та психо-емоційного розвитку (включаючи РАС), Підтримують батьків, пропонуючи їм лекції та консультації.

7) Благодійна організація «Джерело». У організації робота фахівців тісно переплітається з батьками, що забезпечує ранню діагностику та «комплексну, індивідуальну до потреб кожної дитини з РАС та сім'ї реабілітаційну програму».

Діяльність таких організацій є важливим фактором соціальної підтримки для сімей, які виховують дитину з розладами аутичного спектру. Організації надають інформаційну підтримку сім'ям, розповідають необхідну інформацію про розлад, його особистості, доступних ресурсах та послугах. Це дозволяє сім'ям краще розуміти потреби своєї дитини, розвивати ефективні стратегії виховання та отримувати потрібні послуги та підтримку. Так як батьки дітей з РАС часто стикаються з емоційними труднощами, стресом та відчуттям ізоляції, організації надають батькам психологічну підтримку, консультації та групові сесії, де батьки можуть поспілкуватися з іншими батьками та обмінятися досвідом.

Для сімей, що виховують дитину з розладом аутичного спектру, важлива також освітня підтримка: спеціальні освітні програми, інклюзивні школи, навчання за індивідуальною програмою. Важливо мати доступ до фахівців, що спеціалізуються на розладах аутичного спектру та допомозі таким дітям, щоб фахівці могли надавати необхідну сім'ї підтримку. Так, соціальний працівник може проконсультувати сім'ю щодо існування різних освітніх програм і як до них залучитися, та допомогти батькам прийняти рішення. Важливим є етап переходу з дитячого садка у освітній заклад: багато дітей з розладами аутичного спектру тяжко сприймають зміни у житті, тому соціальний працівник може допомогти батькам під час перехід дитини з одного рівня освіти до іншого.

Також ми, після аналізу теоретичних даних, вирізняємо важливість психо-педагогічної та медичної підтримки. Сім'ї, що виховують дитину з РАС, можуть потребувати психо-педагогічної підтримки – психотерапія, педагогічна терапія, терапія мовлення. Такі терапевтичні послуги допомагають розвивати навички

соціалізації, спілкування, саморегуляції тощо. Медична підтримка пов'язана з потребами сім'ї у послугах педіатра, психіатра або інших медичних фахівців, які спеціалізуються на дітях з розладами аутичного спектру. Це може включати лікарське лікування, медичні консультації, моніторинг загального стану здоров'я. Соціальний працівник може виступати «точкою зв'язку» між різними фахівцями (вчителями, терапевтами, консультантами) та координувати їх роботу задля забезпечення взаємодії та спільної роботи для досягнення найкращих результатів для дитини [36].

Соціальний працівник виступає важливим елементом для зв'язку з іншими спеціалістами та організаціями для такої сім'ї. Соціальний працівник може надавати необхідну інформацію про РАС та розповісти сім'ї про існуючі та доступні послуги, програми та ресурси, що можуть бути корисними для дитини та сім'ї. Також, соціальний працівник може проводити навчання батьківства для сімей, в яких виховується дитина з РАС. Соціальний працівник може навчати батьків ефективним стратегіям взаємодії з дитиною, способам підтримки розвитку комунікативних, соціальних та поведінкових навичок, а також розвитку у дитини навички самообслуговування. Соціальний працівник може допомагати сім'ї у отриманні доступу до необхідних соціальних послуг та ресурсів; допомогти в організації зустрічей з медичними фахівцями, психологами, педагогами; а також підтримати сім'ю у процесі отримання пільг.

Важливою технологією соціальної роботи з сім'ями, в яких виховуються діти з розладами РАС, є безперервний комплексний супровід, який базується на таких принципах: міждисциплінарність, сімейність, наближеність до природи.

Структура безперервної комплексної підтримки включає три основні напрями:

- Розробка індивідуального шляху до постійної комплексної підтримки;
- Підготовка комплексних допоміжних тем для ефективної взаємодії з дітьми з РАС;
- Забезпечення готовності середовища до ефективної взаємодії з дітьми з РАС.

Давайте глибше заглибимося в розробку індивідуального шляху до постійної комплексної підтримки (рис.3.2):

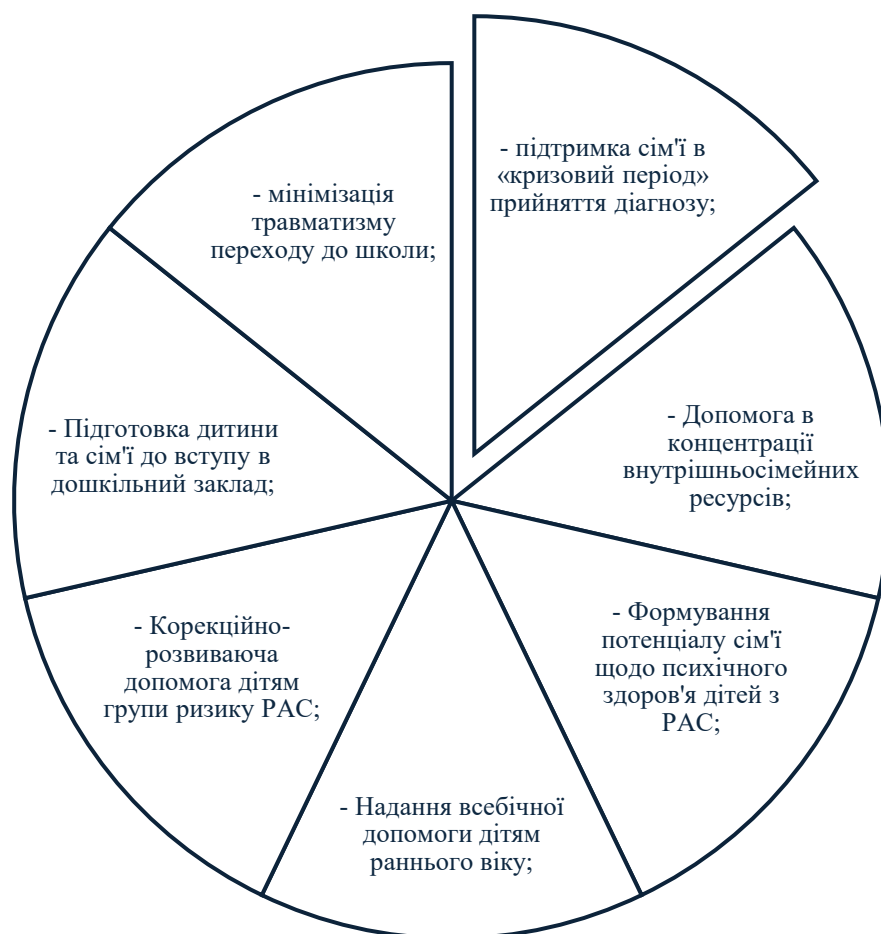


Рис.3.2. Індивідуальний шлях до постійної комплексної підтримки  
Джерело складено автором на основі [38]

Індивідуальний шлях має три обов'язкові форми реалізації: здоров'язбережувальну, освітню та соціальну. Форма надання медичної допомоги є компетенцією регіональної системи охорони здоров'я. Він включає неврологічне та психологічне лікування; особливе ставлення до хворого при лікуванні соматичних та інших захворювань.

Форма навчання реалізується в закладах, що надають освітні послуги, з урахуванням створення в них спеціальних умов навчання. Соціальна спрямованість реалізується в закладах соціального захисту. При необхідності

шлях безперервного комплексного супроводу конкретної сім'ї, яка виховує дитину з РАС, може бути змінений в одному або кількох аспектах (освітній, оздоровчий, соціальний).

Соціальна робота фокусується на соціальних змінах, що відбулися, і визначає адаптивну соціалізацію як процес адаптації сім'ї, яка виховує дитину з аутизмом, до нових умов соціальної реальності через переоцінку цінностей і соціального досвіду (розуміння неминучості змін і їх необхідність, осмислення труднощів, оцінка реальної ситуації, розуміння причинно-наслідкових зв'язків), розвиток адаптивних навичок («адаптивні навички» — у тому числі мобільність, наполегливість, гнучкість, консолідація зусиль, активна життєва позиція), розвиток якісно нові Копінг-стратегії подолання труднощів і програма адаптаційної діяльності (дорожня карта цілей і шляхів їх досягнення), що сприяють задоволенню потреб сім'ї.

У фокусі інтервенцій соціальної роботи знаходиться конфлікт між адаптаційними потребами соціальної групи та ресурсами, якими вона володіє. Практика соціального супроводу зосереджується на втручаннях на мікрорівні: переорієнтації оцінки соціальних змін, що відбулися, активації ресурсів, необхідних для адаптації до ситуації, розвитку необхідних життєвих адаптаційних навичок і формування продуктивних стратегій подолання як для окремих учасників, так і сім'я в цілому макрорівень: пошук джерел офіційної/неофіційної соціальної підтримки, лобіювання інтересів сім'ї, робота з соціальним середовищем, мінімізація впливу стресових факторів як форми соціальної співпраці, сімейна інтеграція [14] .

Отже, адаптивна соціалізація – це безперервний процес життєдіяльності сімей, які виховують дітей з аутизмом, який за своєю природою є складовою процесу соціальної інклюзії. Складні соціальні ситуації, з якими стикається сім'я, яка виховує дитину з аутизмом, вимагають трансформації існуючих або створення якісно нових адаптивних стратегій адаптації до існуючих умов. Тільки в цьому випадку сім'я включається в систему суспільних відносин і відбувається

процес соціалізації всіх її членів. Особливу увагу слід приділяти балансу між адаптивними потребами сім'ї та її можливостями і ресурсами.

Роль соціальної роботи в контексті адаптивної соціалізації зосереджена на соціальній підтримці сімей, які виховують дітей з аутизмом, на мікрорівні (індивід і сім'я) і на макрорівні (суспільство), з наголосом на підтримці стійкості сімей. забезпечені відповідним обладнанням для кожного окремого члена та інтеграція сім'ї в соціальні процеси [14].

Для вирішення проблеми доступу до соціальних послуг доцільно проводити інформаційно-просвітницькі кампанії щодо пропозицій в соціальних закладах області. Також важливо створити мережеві маршрутизатори та/або контактні картки від установ, які спеціалізуються на роботі з цією категорією суспільства.

Цілеспрямована освіта сімей про їхні права та можливості в рамках заходів з розширення прав і можливостей є важливою.

Щоб залучити сім'ї до участі в соціальних мережах, на рівні місцевої громади та штату слід впроваджувати програми для зменшення самостигматизації та запобігання стигматизації та упередженню щодо людей з аутизмом. Важливо залучати родини до взаємодії з громадою через створення програм «сусідства» та «дружби», а також організацію груп підтримки та взаємодопомоги в центрах соціального захисту.

Ранній соціальний супровід також передбачає налагодження співпраці з інклюзивно-ресурсними центрами та неврологічними та психіатричними амбулаторіями для ефективного обліку сімей, які виховують дітей-аутистів, надання допомоги в адаптації до нових умов життя. Соціальні працівники також повинні здійснювати соціальний супровід цих сімей шляхом проведення домашніх візитів за місцем проживання. Підсумовуючи, можна сказати, що налагодження соціальної роботи в системі допомоги сім'ям з дітьми-аутистами зараз має велике значення і постійний розвиток технологій надання допомоги людям з дітьми-аутистами з РАС та їх сім'ям більше не може бути проігнорованим.

Соціальним працівникам доручено непросте завдання: з одного боку, йдеться про інтеграцію та подальшу адаптацію аутиста, а з іншого — про підготовку суспільства до толерантного сприйняття особливих людей.

Організуючи корекційну роботу з сім'єю дитини, що має РАС, соціальний працівник навчає батьків спеціальним корекційним та методичним прийомам, що необхідні для проведення занять з дитиною в домашніх умовах, і спеціальним виховательським прийомам, що допомагають корекції особистості дитини, а також здійснює корекцію внутрішнього психологічного стану батьків та інших членів сім'ї та корекцію взаємовідносин між ними та дитиною. У процесі цієї роботи фахівець використовує різноманітні психокорекційні техніки та методи, які обираються у відповідності з поставленими метою та завданнями роботи з конкретною сім'єю.

### **3.2. Програма соціально-психологічного супроводу сімей з дітьми із розладами аутичного спектру**

Коротко РАС можна охарактеризувати як стан патологічно глибокої зануреності в себе, що веде до хворобливого спотворення сприйняття навколишнього світу. Наслідок цього – формування аутичної дитини соціально неприйнятних форм поведінки, результат – соціальна дезадаптованість дітей. І якщо для будь-якої іншої дитини з особливими потребами проблема соціальної адаптації носить швидше технологічний характер, то у випадку з аутизмом у зв'язку з глибокими психічними відхиленнями поведінки в середовищі та практичною відсутністю позитивного досвіду міжособистісних контактів як таких соціалізація дітей серйозно утруднена. Ніяка програма не може вилікувати РАС, але з її допомогою фахівець може взаємодіяти з дитиною, навчити необхідним навичкам, що пом'якшує негативну поведінку. Соціальному працівнику необхідно «зустрітися» з дитиною у його стихії, тому заняття здебільшого складаються з імпровізацій [6].

Ми розробили та пропонуємо наступну програму, що зосереджується на розвитку соціальних навичок дітей з розладами аутичного спектру: «Розвиток

соціальних навичок дітей із розладами аутичного спектру через соціальну роботу». Мета цієї програми: надання дітям можливості розвивати соціальні навички та пристосуватися до соціального оточення. Програма спрямована на підтримку і поліпшення якісного життя дітей з розладами аутичного спектру шляхом навчання їх взаємодії з оточуючими та розвиток навичок самостійності.

Складена нами програма включає напрацювання вітчизняних та зарубіжних дослідників та практиків. Програм може реалізовуватися як у ДНЗ, під час підготовки дошкільника до навчання у шкільництві, і деякими елементами на початкових етапах навчання у школі (під час адаптації). Термін реалізації: дана програма розрахована терміном на 4-6 місяців, заняття проводяться з кожною дитиною 2-3-4 рази на тиждень (кратність відвідувань змінюється в залежності від періоду реалізації корекційно-розвивальної програми), тривалістю 60 хв. Використання програми має відповідати рівню розвитку соціальної взаємодії, когнітивному розвитку та особливостям сенсорно-перцептивної сфери.

Опис програми:

1) Перший етап: оцінка потреб. Першим етапом є оцінка потреб дітей з розладами аутичного спектру та визначення конкретних соціальних навичок, які потребують розвитку. Це може бути:

1. Здібність до спілкування;
2. Взаємодія з однолітками;
3. Розвиток самообслуговування;
4. Контроль поведінки.

2) Другий етап: розробка індивідуального плану. Другим етапом є розробка індивідуального плану, який ґрунтується на попередній оцінці потреб дитини з розладом аутичного спектра та визначення конкретних соціальних навичок, які потрібно розвинути, що і визначає конкретні цілі і завдання для розвитку соціальних навичок. Цей план повинен бути гнучким і адаптованим до потреб і можливостей кожної дитини.

3) Третій етап: Сесії соціальної роботи. Програма включає регулярні сесії дітей з соціальними працівниками. Ці сесії можуть проводитися індивідуально або в групах невеликого розміру в залежності від потреб і можливостей дітей. На цих сесіях соціальні працівники спілкуються з дітьми, використовуючи методики для розвитку соціальних навичок у дітей.

1. Методика послідовного навчання або АВА-методика – методика, що використовує принципи поведінкової науки для навчання нових навичок та формування бажаної поведінки. Вона базується на систематичному розбитті навчання на малі кроки та посилення навчання з кожним кроком. Ця методика може бути використана у програмі для навчання соціальних навичок, таких як взаємодія з іншими, спілкування, емоціональне розуміння емоцій інших людей (розвиток емпатії)

2. Соціальна ігрова терапія – ця методика спрямована на розвиток соціальних навичок через гру. Вона включає у себе структуровані ігрові сесії, де діти з розладами аутичного спектру мають можливість взаємодіяти з іншими дітьми та вчитися ефективним способам спілкування, спільної гри та взаємодії з іншими.

3. Соціальні історії – це методика, у якій застосовуються короткі історії, що описують соціальні ситуації, правила поведінки та очікувані результати. Соціальні історії допомагають дітям з РАС краще розуміти соціальні контексти та адаптуватися до них.

4. Моделювання – цей метод включає демонстрацію бажаної поведінки, навички імітації, рольової гри. Моделювання допомагає дітям з розладами аутичного спектру спостерігати та наслідувати соціальні навички.

5. Розвиток соціальних навичок через візуальну підтримку: використання візуальних інструментів, таких як піктограм, графіків, розкладів та схем може допомогти дітям з РАС краще розуміти соціальні ситуації та регулювати свою поведінку. Це може бути використано для навчання правил соціальної взаємодії, послідовності дій у різних ситуаціях та розуміння очікуваної поведінки.

6. Групові тренінги соціальних навичок: організація групових тренінгів соціальних навичок може бути корисною для дітей з РАС, оскільки вони надають можливість практикувати соціальну взаємодію в контрольованій та підтримуючій груповій обстановці. Групові тренінги можуть включати рольові ігри, спільні проекти, вправи, спрямовані на розвиток комунікаційних навичок.

7. Підтримка соціальних навичок у натуральних середовищах – цей підхід полягає у наданні можливостей для використання соціальних навичок у реальних життєвих ситуаціях. Він передбачає створення сприятливих умов для взаємодії з однолітками та іншими людьми у різних середовищах, таких як школа, парк або магазин. Це дозволяє дітям з РАС вчитися соціальним навичкам у реальних ситуаціях з підтримкою фахівців.

4) Четвертий етап: включення сім'ї. Програма включає у себе взаємодію з батьками та родичами дітей з РАС. Це може включати надання порад і підтримки щодо виховання та спілкування з дітьми, організацію сімейних тренінгів та занять, де батьки можуть навчитися ефективним стратегіям взаємодії з дитиною. Ось декілька аспектів, які можуть бути включені в програму [42]:

1. Надання інформації: батьками потрібно мати доступ до інформації про РАС, його особливості, стратегії і методики, які сприяють соціальному розвитку дітей з РАС. Тренінги можуть включати пояснення розладу, основні принципи взаємодії з дитиною з РАС;

2. Навчання стратегії: батьки можуть вивчати конкретні стратегії, які допоможуть їм підтримувати соціальний розвиток своєї дитини. Це може включати навчання способів комунікації, спілкування, підтримки емоційного розвитку та інших соціальних навичок. Тренінги можуть проводитися за допомогою практичних вправ, демонстрацій та ролевих ігор.

3. Психологічна підтримка: батьки, які виховують дитину з РАС, можуть стикатися з різними емоційними труднощами та стресом. Сімейні тренінги можуть включати психологічну підтримку, таку як консультування та групові сесії, які допомагають батькам поділитися своїми досвідами.

4. Розвиток спільної взаємодії: важливо, щоб батьки навчилися спілкуватися зі своєю дитиною з розладом аутичного спектру; соціальні працівники можуть проводити тренінги, які спрямовані на розвиток способів підтримки взаємодії, включаючи використання візуальних підказок, адаптивних комунікаційних стратегій та заохочення спільних активностей.

5. Впровадження навичок в повсякденне життя: сімейні тренінги можуть зосередитися на тому, як батьки можуть впроваджувати соціальні навички, набуті під час тренінгів, в повсякденному житті. Це включає інтеграцію соціальних вправ та стратегій у різні ситуації, такі як домашні обов'язки, ігри з ровесниками, відвідування громадських місць та інші рутинні ситуації.

6. Обмін досвідом та підтримка: сімейні тренінги можуть створювати сприятливе середовище для батьків, щоб обмінюватися досвідом, ідеями та підтримкою один від одного. Це може включати групові сесії, форуми, дискусійні групи або онлайн-спільноти, де батьки можуть обговорювати свої проблеми, перешкоди та успіхи виховання дитини з розладом аутичного спектру.

7. Залучення фахівців: сімейні тренінги можуть включати співпрацю зі спеціалістами, такими як психологи, терапевти або соціальні працівники, що мають досвід у роботі з дітьми з розладами аутичного спектру. Вони можуть проводити консультації, індивідуальні чи групові заняття, терапію та надавати психологічну допомогу батькам.

8. Практичні навички: сімейні тренінги можуть орієнтуватися на навчання практичних навичок, які допоможуть дитині з розладами аутичного спектру в соціальних ситуаціях. Це може включати навчання правил етикету, способів взаємодії з іншими людьми, розвиток самоконтролю та управління емоціями.

9. Рольова гра та моделювання: батьки можуть навчатися використовувати рольову гру та моделювання, щоб допомогти дитині з РАС розуміти соціальні ситуації та розвивати навички взаємодії. Це може включати створення ситуацій з рольовою грою, де батьки та дитина можуть відтворювати

реальні соціальні ситуації та вчитися ефективним способам спілкування та поведінки.

10. Індивідуальний підхід: враховуючи, що кожна дитина з РАС унікальна, важливо мати індивідуальний підхід до організації сімейних тренінгів та занять. Розуміння потреб та інтересів конкретної дитини допоможе визначити найефективніші методи та стратегії для підтримки її соціального розвитку.

5) П'ятий етап: моніторинг та оцінка прогресу: протягом програми важливо проводити систематичний моніторинг та оцінку прогресу кожної дитини. Це може включати спостереження за виконанням завдань, оцінку соціальних навичок, збір «фідбеку» від батьків та інших осіб, які працюють з дитиною. Цей процес допомагає визначити успішність програми та вносити необхідні корективи для досягнення кращих результатів.

6) Шостий етап: Співпраця з іншими фахівцями: у програмі можуть брати участь різні фахівці, такі як психологи, терапевти, медики та інші фахівці з досвідом роботи з дітьми з розладами аутичного спектру. Співпраця з іншими фахівцями допомагає забезпечити комплексний підхід до розвитку соціальних навичок дітей із розладами аутичного спектру.

7) Сьомий етап: Розробка ресурсів: програма може включати розробку спеціальних ресурсів, які підтримують розвиток соціальних навичок дітей з розладами аутичного спектру. Це можуть бути навчальні матеріали, методики, інтерактивні ігри тощо. Розробка таких ресурсів сприяє ефективному навчанню та підтримці дітей з розладами аутичного спектру у розвитку соціальних навичок.

8) Восьмий етап: Взаємодія зі школою та іншими соціальними середовищами: у програмі важливо врахувати взаємодію зі школою та іншими соціальними середовищами, де діти з розладами аутичного спектру проводять багато часу. Співпраця з вчителями та іншими працівниками школи допомагає створити сприятливу атмосферу для дітей з розладами аутичного спектру.

9) Дев'ятий етап: соціальна інтеграція: програма також спрямована на підтримку соціальної інтеграції дітей з РАС. Це може включати організацію спільних активностей з іншими дітьми, розвиток навичок взаємодії та

спілкування в групових ситуаціях, сприяння участі у шкільних та громадських заходах. Це допомагає дітям з розладами аутичного спектру почуватися прийнятими та впевненими у собі в соціальному оточенні.

10) Десятий етап: підтримка батьків. Програма також включає підтримку батьків дітей з розладами аутичного спектру. Це є наданням інформації, консультацій, тренінгів та групові заняття, що допомагають батькам краще розуміти потреби своєї дитини та розвивати навички підтримки їх соціального розвитку.

11) Одинадцятий етап: Постійне вдосконалення програми: програма соціальної роботи з дітьми із розладами аутичного спектру повинна піддаватися постійному оновленню та вдосконаленню. Це включає в себе аналіз результатів, збір фідбеку від учасників програми та використання нових наукових досліджень.

Також пропонується розробити комплексну програму реабілітації дітей з розладами аутичного спектру з використанням ігрових методик. Комплексна програма реабілітації створена з урахуванням особливостей розвитку аутизму у кожної дитини. При виборі форм навчання, методів, прийомів та їх застосування (простих чи складних) враховувався соціальний та комунікативний досвід кожної дитини, її індивідуальні психофізичні особливості та здібності.

Діяльність дітей з РАС на уроці включала вивчення предметів, маніпулювання предметами та зображеннями, участь у різноманітних іграх (дидактичні, рольові сценки), виконання різноманітних вправ та практичних робіт (малювання, ліплення, конструювання тощо). Позитивна мотивація дії досягалася шляхом формування ставлення до неї як до важливої, особистісно значущої для дитини частини життя (її здоров'я, зовнішності, настрою, ставлення до оточуючих людей) і тому для досягнення успіху. є необхідним. На уроках ігрової терапії використовувалися різноманітні засоби наочності (природні предмети, картинки, фотографії, схеми, карти, макети, іграшки тощо) [31].

Програма комплексної реабілітації дітей з розладами аутичного спектру з використанням ігрових методик включає основні напрямки покращення

показників фізичного, функціонального та психомоторного розвитку дітей з РАС, зокрема шляхом використання таких методів: ранкова гігієнічна гімнастика; Рухова терапія (вправи на дошці Белгау), дихальна гімнастика, артикуляційна гімнастика, вправи для розвитку загальної та дрібної моторики; Рухливі ігри, застосування ігрових прийомів у різних предметних областях представлені в додатку А.

Перші кілька уроків використовували прості вправи для ознайомлення дитини з дошкою. Щоб уникнути страху у дитини і швидше звикнути до нього, краще почати з простих вправ:

1. Встаньте та вийдіть з дошки:

а) спереду;

в) ззаду;

з) з обох сторін.

2. Дитина в положенні «по-турецьки» сидючи. Попросіть дитину утримувати рівновагу під час розгойдування дошки.

3. Дитина лежить на дошці. Вправи для рук – імітація плавання. Можна поперемінно використовувати дві руки - ліву, праву. Після того як дитина добре освоїлася з елементом вправи на бревні, їй пропонували більш складні вправи з допоміжними засобами:

1. Ми кидаємо дитині пакетики з крупою різної ваги, і вона повинна їх зловити.

2. Ловити м'яч або мішки від тренера однією або обома руками, одночасно кидаючи і ловлячи.

3. Підкиньте пакети двома руками.

4. Підкинути правою рукою, потім лівою.

5. Вдарте по плаваючому м'ячу лівою, правою та обома руками. 6. Кидайте пакети в ціль на підлозі або стіні.

7. Відбити стрибковий м'яч від похилої дошки. Комплексна програма реабілітації дітей з розладами аутичного спектру з використанням ігрової терапії включала наступний комплекс завдань, у тому числі застосування методик, що

сприяють фізичному, функціональному та психомоторному розвитку дитини цієї категорії.

Таким чином, програма комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру (РАС), що базується на ігрових методиках, є інноваційним підходом, спрямованим на всебічний розвиток дитини. Вона враховує індивідуальні особливості кожної дитини, її психофізичні здібності та соціальний досвід. Завдяки ігротерапії, яка включає широкий спектр вправ, ігор та практичних завдань, у дітей розвиваються фізичні, функціональні, психомоторні та когнітивні навички.

Особливу увагу приділено створенню мотивації до навчання та виконання завдань через емоційно значущі для дитини елементи. Методи, що використовуються, такі як «Мозаїка», «Кільцекид», «Чарівна скринька», «Куточки природи» та інші, сприяють покращенню моторики, координації, пам'яті, уваги, мислення та навичок соціальної адаптації. Оцінювання прогресу дітей здійснюється за бальною системою, що дозволяє об'єктивно відстежувати динаміку їх розвитку.

Використання таких програм має значний потенціал для поліпшення якості життя дітей із РАС, їх соціалізації та інтеграції в суспільство.

### Висновки до розділу 3

Необхідність розробки соціальної програми зумовлена недостатньою освітленістю у літературі проблеми формування навичок соціальної взаємодії у дітей з розладами аутичного спектру.

У цьому розділі докладно описано науково-методологічну основу та представлено програму психолого-педагогічне супроводження формування навичок соціальної взаємодії у дітей з розладами аутичного спектру.

Розроблена програма корекційно-розвивальної роботи щодо формування навичок соціальної взаємодії у дітей молодшого дошкільного віку з розладом аутичного спектру рекомендована соціальним працівникам, які працюють з дітьми з РАС.

Програма комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру (РАС), що базується на ігрових методиках, є інноваційним підходом, спрямованим на всебічний розвиток дитини. Вона враховує індивідуальні особливості кожної дитини, її психофізичні здібності та соціальний досвід. Завдяки ігротерапії, яка включає широкий спектр вправ, ігор та практичних завдань, у дітей розвиваються фізичні, функціональні, психомоторні та когнітивні навички.

Особливу увагу приділено створенню мотивації до навчання та виконання завдань через емоційно значущі для дитини елементи. Методи, що використовуються, такі як «Мозаїка», «Кільцекид», «Чарівна скринька», «Куточки природи» та інші, сприяють покращенню моторики, координації, пам'яті, уваги, мислення та навичок соціальної адаптації. Оцінювання прогресу дітей здійснюється за бальною системою, що дозволяє об'єктивно відстежувати динаміку їх розвитку.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, провівши дослідження, можемо навести наступні висновки та пропозиції:

Загальне збільшення кількості дітей, які мають розлади аутичного спектру, визначає необхідність їх вивчення та подальшого пошуку ефективних методів та прийомів роботи з ними.

Теоретичний аналіз спеціальної літератури з проблеми дослідження дозволяє нам стверджувати, що діти з розладами аутичного спектру страждають від соціальної непристосованості, стереотипії; соціальні навички розвинуті в них погано через відсутність емоціонального розуміння зв'язків з іншими людьми. Соціальні навички є широким поняттям, яке, як правило, охоплює будь-які навички або поведінку, що зачіпають інших людей або впливають на інших людей. Якщо розглядати соціальні навички з такої точки зору, стає зрозумілим, наскільки більшим значенням може мати їх неповноцінний розвиток.

Стан психіки дитини з розладом аутичного спектру змінюється із віком. Причому нерівномірність розвитку окремих психічних функцій виявляється більш вираженою, ніж у нормі. Також відбуваються, накладаючись на віковий розвиток, зміни, пов'язані з перебігом корекційного процесу.

Отже, ми говоримо про те, що діти з розладами аутичного спектру значно відрізняються один від одного за ступенем вираженості соціальних, комунікативних, мовленнєвих порушень, варіабельності пізнавального розвитку.

Таким чином, у теоретичній частині роботи ми розглянули психолого-педагогічні концепції поведінки, позначили особливості структурних порушень згідно з міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, визначили параметри соціальної взаємодії у дітей молодшого дошкільного віку з РАС, виділили основні та найбільш значущі, на підставі яких склали протокол спостереження. Позначили та описали основні методики корекції порушень навичок соціальної взаємодії у дітей з РАС.

У методичній частині роботи нами було вивчено та проаналізовано існуючі методики, що використовуються соціальними працівниками під час роботи з дітьми, що мають розлади аутичного спектру. Нами було розглянуто безліч зарубіжних методик. Також ми розглянули та приділили увагу роботі соціального працівника з сім'єю, що виховує дитину з розладами аутичного спектру.

У практичній складено соціальна програма щодо формування навичок соціальної взаємодії у дітей з РАС. У нашій програмі ми приділили увагу важливим навичкам соціальної взаємодії: співпраця з дорослим, збільшення тривалості контакту, розвиток навичок моторної імітації, здатність дитини повідомити про свої бажання та потреби, уміння діяти за зразком, розширення пасивного словникового запасу дітей. Важливо підкреслити, що на ефективність реабілітаційного процесу величезний вплив надає ступінь залучення батьків до роботи та їх компетентність (у тому числі, володіння практичними навичками). продуктивної взаємодії зі своєю дитиною).

Програма комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру (РАС), що базується на ігрових методиках, є інноваційним підходом, спрямованим на всебічний розвиток дитини. Вона враховує індивідуальні особливості кожної дитини, її психофізичні здібності та соціальний досвід. Завдяки ігротерапії, яка включає широкий спектр вправ, ігор та практичних завдань, у дітей розвиваються фізичні, функціональні, психомоторні та когнітивні навички.

Особливу увагу приділено створенню мотивації до навчання та виконання завдань через емоційно значущі для дитини елементи. Методи, що використовуються, такі як «Мозаїка», «Кільцекид», «Чарівна скринька», «Куточки природи» та інші, сприяють покращенню моторики, координації, пам'яті, уваги, мислення та навичок соціальної адаптації. Оцінювання прогресу дітей здійснюється за бальною системою, що дозволяє об'єктивно відстежувати динаміку їх розвитку.

Таким чином, у ході проведеного дослідження нами було досягнуто поставленої мети, вирішено завдання, необхідні для її досягнення, та підтверджено гіпотезу про те, що для навичок соціальної взаємодії дітей з РАС буде характерна несформованість та мозаїчність прояву до шкільного віку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge: Harvard University Press, 1979. 268 p.
2. Cleaver, H., Unell, I, i Aldgate, J. Children's Needs-Parenting Capacity: The Impact of Parental Mental Illness, Problem Alcohol and Drug Use, and Domestic Violence on Children's Behaviour, London: The Stationery Office, 199 - 272 p.
3. Davis K, Gavidia-Payne S. The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 2009; 34 (2): 153-162.
4. Ecker C., Bookheimer S., Declan G. Neuroimaging in autism spectrum disorder: brain structure and function across the lifespan. London, 2015. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1474442215000502>
5. Gilman S.R., Chang J., Xu B., et al. Diverse types of genetic variation converge on functional gene networks involved in schizophrenia. Nature Neuroscience. 2012. № 15 (12). P. 1723-1728.
6. Hsiao YJ. Autism Spectrum Disorders: Family Demographics, Parental Stress, and Family Quality of Life. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2018; 15 (1): 70-79.
7. Immad L. 5 Countries With The Highest Rate Of Autism. URL: <https://www.insidermonkey.com/blog/5-countries-with-the-highest-rate-of-autism1170854/>
8. Jones S, Bremer E, Lloyd M. Autism spectrum disorder: family quality of life while waiting for intervention services. Quality of Life Research. 2017; 26 (2): 331-342.
9. Park J, Hoffman L, Marquis J, та ін. Зміна сімейної якості життя життя. Journal of Intellectual Disability Research. 2003; 47: 367-384.
10. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring

Network, 11 Sites, United States, 2020. Surveillance Summaries. March 24, 2023. № 72(2). P.1–14

11. Stoliaryk, O. (2020). Оцінка якості життя сімей, що виховують дітей з аутизмом, як інструмент соціальної роботи. Path of Science, 6(2), 5001-5007. <https://doi.org/10.22178/pos.55-5>

12. WHOQOL. Measuring quality of life. Program on mental health. World Health Organization. 1997; 15

13. Базима Н. В. До проблем обстеження стану мовленнєвого розвитку у дітей з порушенням аутичного спектра. Логопедія, №1, 2011, С. 5-10.

14. Базима Н. В. Розвиток мовлення дітей з аутизмом. Харків ; Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 144 с. (Інклюзивна освіта).

15. Базима Н. В., Мороз О. В. Значення музикотерапії для розвитку мовлення у дітей з аутистичними порушеннями. Логопедія. 2013. № 3. С. 3.

16. Блеч Г., Трикоз С. Інклюзивне навчання. Дитина з порушеннями інтелектуального розвитку. Київ: Літера ЛТД, 2019. 40 с.

17. Бойко С. П. Інклюзивна освіта як системна інновація соціальної адаптації дітей з особливими освітніми потребами. Від науки – до практики: науково-методичний альманах / за заг. ред. проф. І. В. Татьянчикової. Слов'янськ, 2019. С. 41–47.

18. Воробей О., Бобир Р. Місце дитини-аутиста в сучасному українському суспільстві. Етнічна історія народів Європи. 2012. Вип. 37. С. 79–82.

19. Галущенко С. С. Соціальний педагог та інклюзивна освіта. Шкільному психологу. Усе для роботи. 2017. № 3. С. 18–21.

20. Гончарова К.В. Особливості розвитку мозку дітей з РАС. Включення дітей та молоді в соціокультурне середовище. Матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (25 березня 2021 року, м. Запоріжжя). Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2021. 115 с

21. Грабовська С. Л., Островська К. О. Генералізація соціальних умінь у осіб з порушеннями аутистичного спектра. Соціальна адаптація дорослих осіб з

порушенням розвитку: матеріали науково-практ. конф. (31 серпня-1 вересня 2012 р.). Львів, 2012. С. 36–40.

22. Григорян О. О. Педагогічне обстеження дітей молодшого шкільного віку з синдромом дитячого аутизму. Корекційна педагогіка. 2005. №4. С. 34-46.

23. Губарева Н. В. Аутичні діти в звичайній школі. Шкільному психологу. Усе для роботи. 2012. № 4. С. 31–38.

24. Гуртовенко Н. В. Психологічна корекція поведінки та особливості психічного розвитку дітей, що страждають раннім дитячим аутизмом. Габітус. 2022. Вип. 39. С. 268-272.

25. Давоян Є. Обдарованість і аутизм: контент-аналіз дослідженості проблеми. Навчання і виховання обдарованої дитини: теорія та практика: зб. наук. праць. Київ, 2014. Вип. 2 (13) 12. С. 112–119.

26. Дурманенко Є. Соціальна робота з дітьми з розладами аутистичного спектра. Humanitas. 2021. № 1. С. 15–21, doi: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2021.1.3>

27. Іваницька Л. Шляхи вирішення індивідуально-психологічних проблем дітей з розладами спектру аутизму в корекційній роботі вчителядефектолога.Актуальні питання гуманітарних наук. 2022. Вип. 47(2). С. 241- 249.

28. Ігнатська О. Особливості реалізації педагогіки партнерства в умовах інклюзивної освіти. Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації: матеріали міжнар. наук.-практ. інт.-конф. (м. Переяслав-Хмельницький, 25 червня 2019 р.). Переяслав-Хмельницький, 2019. Вип. 48. С. 68–70.

29. Коломоєць Т., Ворох В. Розвиток мовлення дітей із аутизмом сучасними дидактичними засобами. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. № 8 (102). 2020. С. 27-40.

30. Колупасва А. А., Таранченко О.М. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчальнометодичний посібник. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 304 с.

31. Куцолапська А. Неконтактні діти : комунікативна система в роботі з дітьми з раннім дитячим аутизмом. Психолог дошкілля. 2017. № 4. С. 1–16.
32. Лаєвська Н. Засоби допоміжної та альтернативної комунікації. Види мов, які полегшують соціальну комунікацію дитини : [аутизм]. Психолог. 2018. № 13/14. С. 36–49.
33. Лаєвська Н. Процес соціалізації. Діти молодшого шкільного віку з раннім дитячим аутизмом у сучасному суспільстві. Психолог. 2018. № 11/12. С. 64–77.
34. Лещук Г. Соціальна робота з дітьми із розладами аутистичного спектру: комунікативний аспект. *Social Work and Education*. 2016. Vol. 3, No. 2. P. 26-33
35. Нікольська О. С. Дитина з аутизмом. Шляхи допомоги. Москва, Теревинф, 2005.
36. Островська К. О. Особливості соціальної компетентності у дітей з різним рівнем аутизму. Практична психологія та соціальна робота. 2013. № 5. С. 52–56.
37. Островська К. О., Качмарик Х. В., Дробіт Л. Р. Основи діагностики дітей з розладами аутистичного спектра: навч. посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2017. 124 с.
38. Першко Г. О. Принципи та функції роботи соціального педагога щодо інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку в середовище загальноосвітнього навчального закладу. Соціальна педагогіка: теорія та практика. 2010. № 2. С. 88–92.
39. Полешко Р. А. Гуманістичні засади соціально-психологічної роботи в системі інклюзивної освіти технічного ліцею. Завучу. Усе для роботи. 2019. № 2. С. 23–40.
40. Розвадовська Т. В. Просвітницька робота соціального педагога як складова успішної інтеграції дітей з аутизмом у соціум. Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. 2016. Вип. 31. С. 341-348

41. Скриниченко О. Корекційна робота з аутичними дітьми. Сучасна школа України. Шкільний світ. 2012. № 12. С. 50–51
42. Скрипник Т. В. Системна психокорекція дітей з розладами аутичного спектра. Педагогічна і психологічна наука в Україні: зб. наук. праць. Київ, 2016. С. 388-398.
43. Скрипник Т. В. Уроки фізичної культури для дітей з аутизмом. Фізичне виховання в рідній школі. 2014. № 3. С. 18–20.
44. Скрипник Т. Підтримати, допомогти, спрямувати : корекційно-розвивальна робота з аутичними дітьми. Дошкільне виховання. 2015. № 5. С. 12–15
45. Столярик О. Доступність послуг для сімей, які виховують дітей з аутизмом, як мета соціальної роботи. Vol. 7, No. 3. TernopilAberdeen, 2020. pp. 289-303. DOI: 10.25128/2520- 6230.20.3.4
46. Столярик О., Семигіна Т. Адаптивна соціалізація сімей, які виховують дітей з аутизмом. Tendenze attuali della moderna ricerca scientifica: der Sammlung wissenschaftlicher Arbeiten «ΛΟΓΟΣ» zu den Materialien der internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz (B. 2), 5. Juni, 2020. Stuttgart, Deutschland: Europäische Wissenschaftsplattform, 2020. P. 140-142.
47. Уколова Р.С. Аутизм у дітей (клінічне спостереження). PhD Thesis, 2022.
48. Устінова М. В. Нейропсихологічна характеристика дітей з РАС. 2017. № 11. С. 4. URL : <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2017/11/201.pdf>
49. Чоп Л. Навчання грамоти дітей з аутизмом. Дефектолог. 2015. № 8. С. 19–22.
50. Шуліменко Л. Досвід роботи з соціальної адаптації та розвитку дітей-аутистів у загальноосвітній школі. Початкова школа. 2017. № 10. С. 55– 57

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Програма комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру з використання ігрових методик

Зміст та напрями реабілітаційної роботи	Завдання реабілітаційної роботи	Очікувані результати
<b>I етап: Діагностико-превентивний</b>		
Діагностика фізичного, функціонального, психомоторного розвитку дитини з РАС та РДУГ	З'ясувати стан фізичного розвитку (вимірювання антропометричних показників: маса тіла, довжина тіла, визначення окружності грудної клітки); функціонального розвитку (вимірювання частоти серцевих скорочень у спокої, вимірювання життєвої ємності легень, проби Руфф'є); психомоторного розвитку дитини з РАС та РДУГ (перевірка функції статичної рівноваги; тест на динамічну координацію; тест швидкості рухів тіла; визначення рівня розвитку дрібної моторики; перевірка ритмічності рухів перевірка синхронності рухів	Одержані результати діагностики сприятимуть визначенню ефективних шляхів подолання проявів РАС у дітей
<b>II етап: Організаційно-діяльнісний</b>		
Визначення цілей та завдань ігротерапії. Розроблення програми комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру з використання ігрових методик	Розробити програму комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру з використання ігрових методик, з урахування індивідуальних фізичних, функціональних та психомоторних можливостей кожної дитини.	Інноваційна програма комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру з використання ігрових методик сприятиме подоланню дітей з РАС наступних труднощів у триманні рівноваги, орієнтації у просторі, розвиватиме загальну та дрібну моторику, сформує точність рухових реакцій, розвиватиме навички самообслуговування.

### III етап: Реабілітаційно-корекційний

<p>Реалізація програми комплексної реабілітації дітей із розладами аутичного спектру з використання ігрових методик</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ранкова гігієнічна гімнастика;</li> <li>- кінезотерапія (вправи на дошці Бельгау), - дихальні вправи, - артикуляційна гімнастика,</li> <li>- вправи для розвитку загальної та дрібної моторики;</li> <li>- рухливі ігри.</li> <li>- застосування ігрових методик на різним тематичним спрямуванням (методика «Мозаїка», «Кільцекид», «Чарівна скринька», «Куточки природи», «Булавки», «Швидкість», «Головоломки», «Професія», «Кубики», техніка «Шаблони»).</li> </ul>	<p>Діти з РАС мають достатній рівень фізичного розвитку, показники функціонального та психомоторного розвитку мають значну позитивну динаміку, що відображається у вмінні дитини тримати рівновагу, орієнтуватися у просторі, мати точність координованих рухових реакцій та розвинені навички самообслуговування. У дітей сформована готовність фізичного, фізіологічного та психомоторного розвитку до навчання у школі.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Додаток Б

## Програма реабілітації та супроводу дітей із РАС

## Техніка «Мозаїка».

Завдання: Тримати мозаїку трьома пальцями; можливість намалювати малюнок за обраним шаблоном. Перед заняттям кожна дитина індивідуально вибирає розмір мозаїки. Пацієнту пропонують спочатку зробити більш простий знімок, а потім перейти до більш складного. Бал: 0 – погане розуміння фрагментів мозаїки, невміння намалювати малюнок за шаблоном; 1 – достатнє розуміння фрагментів мозаїки, невміння малювати малюнок за трафаретом; 2 – задовільний захоплення фрагментів мозаїки, часткове складання візерунка за шаблоном; 3 – добре знання мозаїчної верстки, малювання за шаблоном (великі та середні елементи); 4 – добре розуміти фрагменти мозаїки, виконувати малюнок за шаблоном (будь-якого розміру).

## Метод «Кидок кільця».

Завдання: Збільшення амплітуди рухливості кистьових, ліктювих і плечових суглобів; Контроль за координацією рухів. Перед початком заняття необхідно визначити місце розташування тренажера для хворого. Стоячи, пацієнта просять обережно покласти кільце вперед, праворуч або ліворуч на конус. Щоб ускладнити рухи, рекомендується надіти на конус кільце.

Оцінка результату в балах: 0 - погана координація рухів, 0 влучень з 10; 1 – незадовільна координація рухів, 1-2 удари з 10; 2 – адекватна координація рухів, 3-5 з 10 ударів; 3 - хороша координація рухів, 6 і більше ударів з 10.

## Техніка «Чарівна скринька».

Завдання: Візьміть предмети різної форми та розміру; уміння розпізнавати предмет на дотик за його формою. Хворому пропонують занурити руку в коробку з непрозорого матеріалу і, торкаючись до неї, надати форму предмету, не відриваючи руки від коробки, а потім дістати предмет з коробки.

Оцінка результату в балах: 0 – погане захоплення предметів, нездатність визначити предмет на дотик; 1 – задовільний захоплення предметів, нездатність визначити предмет на дотик; 2 – адекватне захоплення предметів, часткова

здатність ідентифікувати предмет на дотик; 3 – добре володіння предметами, вміння розпізнавати предмети на дотик (великого та середнього розміру); 4 – добре захоплення предметів, здатність розпізнавати предмети (будь-якого розміру) на дотик.

Метод «Куточки природи».

Завдання: виховувати радість; вміння самостійно розташовувати елементи «картинки» за порами року. Тренажер являє собою пластину, до якої прикріплені заклепки різного розміру (листя, гриби, трава тощо). Дитина повинна запам'ятати положення окремих елементів малюнка, а потім відтворити їх по пам'яті.

Оцінка результату в балах: 0 - низький ентузіазм, відсутність можливості зробити «фото» відповідно до сезону; 1 – задовільна радість, нездатність скласти «картинки» в залежності від пори року; 2 – задоволення, часткове складання «картинки» в залежності від пори року; 3 – хороший кадр, часткова композиція «картинки» в залежності від пори року; 4 – одне задоволення, робить «фото» в залежності від пори року.

Техніка «шпилька».

Завдання: вміння захоплювати прищіпки трьома пальцями; можливість за допомогою сили пальця подолати опір білизняної пружини. Хворому пропонують розмістити прищіпки на плоскому колі. При виникненні труднощів рекомендується використовувати невелику кількість прищіпок зі слабшими пружинами, а потім переходити на прищіпки з більш сильними пружинами.

Оцінка в балах: 0 – погане захоплення пряжки трьома пальцями; 1 – задовільний захват скріпки трьома пальцями; 3 – добре тримайте пряжку трьома пальцями.

«Швидкісний» метод.

Завдання: Удосконалювати дрібну моторику рук; Поліпшення координації рухів верхніх кінцівок. Цю техніку використовують перед тим, як навчити пацієнта зав'язувати шнурки. Урок проводиться з використанням моделі взуття. Оцінка: 0 – Невміння зашнурувати взуття; 1 - погана шнурівка взуття; 2 – задовільна шнурівка; 3 – хороша шнурівка.

Метод «Пазл».

Завдання: Поліпшити концентрацію уваги; Розвиток наочно-образного мислення. Пацієнту пропонується створити малюнок з окремих частин різного розміру за заданим шаблоном. Оцінка: 0 – Неможливість компоувати зображення за заданим шаблоном; 1 – Часткова композиція зображення за заданим шаблоном; 3 – створює зображення за заданим шаблоном (великі та середні деталі); 4 – створює зображення за заданим шаблоном (всі розміри деталей).

Метод «Професія».

Завдання: Розвиток уваги та образного мислення. Пацієнту пропонуються картки із зображеннями представників різних професій і картки з професійною характеристикою. Пацієнт повинен асоціювати роботу зі своїми характеристиками. Оцінка результату в балах: 0 - відсутня можливість асоціації професії з її характеристикою; 1 – частковий зв'язок професії з її особливостями; 2 - повний зв'язок професії з її специфікою.

Метод «Кубики».

Завдання: розвиток концентрації уваги; розвиток абстрактного мислення. Пацієнту пропонують два види кубиків: перший – «Твапіни», другий – «Казки». Прості кубики складаються з 9 елементів з простим зображенням, складні - з 20 елементів з великою кількістю дрібних деталей зображення. Пацієнт повинен розкласти кубики за заданою схемою. Оцінка результату в балах: 0 – невміння розкласти кубики за заданим зразком; 1 – часткове складання кубиків за заданим зразком; 2 – Повне складання кубиків за заданою схемою.

Техніка «Візерунок».

Завдання: тренування пам'яті; Розвиток наочно-образного мислення. Пацієнт отримує шаблони із зображеннями овочів, фруктів, тварин і комах і вчиться розпізнавати пред'явлений предмет за контурами шаблону. Оцінка результату в балах: 0 – нездатність розпізнати представлений об'єкт за контуром шаблону; 1 – часткова здатність розпізнавати пред'явлений об'єкт за контуром

шаблону; 2 – повна здатність розпізнавати представлений об'єкт за контуром шаблону.