

НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА

На правах рукопису

ОСТРОВСЬКА Катерина Олексіївна

УДК: 159.922.76 – 056.34:316.61 – 053.5

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ
КОМПЕТЕНЦІЙ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

19.00.08 – спеціальна психологія

ДИСЕРТАЦІЯ

на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук

Науковий консультант:

доктор педагогічних наук, професор

дійсний член НАПН України

Синьов Віктор Миколайович,

Київ – 2013

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	19
1.1. Аналіз стану проблеми формування соціальних компетенцій особистості у світових дослідженнях.....	19
1.2. Психологічні особливості аутичних дітей.....	66
1.3. Аналіз світової літератури щодо сформованості соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень....	90
Висновки до першого розділу	100
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ДІТЕЙ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ЯК ОСНОВА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО КОРЕКЦІЇ ЇХНЬОГО РОЗВИТКУ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ	102
2.1. Експериментальна база дослідження.....	102
2.2. Місце психологічного дослідження у комплексній діагностиці порушень аутистичного спектру.....	104
2.3. Діагностичні критерії аутизму.....	109
2.4. Опитування батьків і обстеження дитини.....	112
2.5. Методичний інструментарій для визначення ступеня аутизму та соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень.....	114
2.6. Основи диференційної діагностики дітей зі спектром аутистичних порушень.....	143
2.7. Складання індивідуальних програм для формування соціальних компетенцій.....	149
Висновки до другого розділу.....	152

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РІВНЯ СФОРМОВАНОСТІ СОЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ У ДІТЕЙ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ З УРАХУВАННЯМ КОМПОНЕНТІВ СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА	153
3.1. Структурні компоненти соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень.....	153
3.2. Аналіз сформованості компонентів соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень..	158
3.3. Загальні показники соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень за віком.....	188
3.4. Суспільні компоненти розвиваючого середовища як чинники сформованості соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень	198
3.5. Особливості ставлення педагогів загальноосвітньої школи до інклюзивної освіти.....	216
3.6. Психологічні особливості ставлення учнів загальноосвітньої школи до інклюзивного навчання ...	225
3.7. Психологічні особливості педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами.....	237
3.8. Психологічні чинники професійного вигорання у корекційних педагогів	259
3.9. Психологічні особливості волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку.....	273
Висновки до третього розділу	293
 РОЗДІЛ 4. ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ У ДІТЕЙ ЗІ СПЕКТРОМ АУТИСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ...	 296

4.1. Модель формування соціальної компонентності аутичних дітей	297
4.2.Зміст формування соціальних компонентцій дітей зі спектром аутистичних порушень.....	301
4.3.Засади та методи формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень.....	308
4.4. Параметри розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень	374
4.5. Результати формувального експерименту з формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень.....	385
Висновки до четвертого розділу	387
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	390
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	396
ДОДАТКИ.....	438

ВСТУП

У новітній парадигмі освіти важливе місце посідає формування ключових компетенцій підростаючого покоління. Розвиток соціальної компетентності дітей є важливою соціальною і психолого-педагогічною проблемою, вирішення якої належить до нагальних питань суспільства та освіти в цілому. В умовах соціально-економічних змін перед освітою поставлено завдання не просто дати вихованцям певний рівень знань, умінь і навичок щодо основних напрямків розвитку, але й забезпечити здатність і готовність жити в сучасному суспільстві, досягати соціально-значущих цілей, ефективно взаємодіяти і вирішувати життєві проблеми. Актуальність дослідження на соціально-педагогічному рівні визначається тим, що соціальна стратегія держави, спрямована на створення умов для сталого розвитку нашого суспільства на основі більш ефективного використання і вдосконалення людського потенціалу, передбачає перехід на компетентнісний рівень освіти.

Численні світові дослідження присвячені вивченню різних аспектів соціальної компетентності та зв'язку її з життєвими цінностями (J.P.Allen), з поведінкою в ситуації стресу (C.L.Hanson). Особлива увага приділяється шкільному віку як ключовому етапу формування соціальних компетенцій (Н.В. Калініна). Однак, у загальній, а особливо спеціальній психології, досліджень, спрямованих на вивчення питань соціальних компетенцій, вкрай недостатньо. Зокрема, роботи О.Л.Кононко присвячені вивченню зародження соціальних компетенцій у дошкільників. Окремі дослідники питання формування соціальних компетенцій розглядають у контексті життєтворчості особистості, пов'язуючи її порушення з ключовими аспектами дезадаптації дітей у соціумі (М.О.Доктрович, В.В.Нечипоренко, Л.В.Сохань). Хоча за останні роки українськими вченими виконані дослідження, пов'язані з розвитком соціальної поведінки аутичних дітей (А.Л.Душка, В.М.Синьов, Т.В.Скрипник, В.В.Тарасун, Г.М.Хворова, Д.І.Шульженко), питання цілеспрямованого формування у них соціальних компетенцій залишається поза увагою науковців та практиків. При

цьому у світовій аутопсихології ця проблема знаходиться в центрі уваги дослідників (S.Bellini, H. Goldstein, J.L.Matson).

За складністю соціальних наслідків і порушень адаптації аутизм займає особливе місце серед психічних розладів. Симптоми аутизму ускладнюють соціалізацію дитини, засвоєння соціальних ролей, пов'язаних з функціонуванням у дошкільних установах та школі, налагодженням взаємин з оточуючими людьми. Таким чином, актуальність даного дослідження обумовлена необхідністю розробки проблеми соціальних компетенцій з опорою на методологічні принципи вітчизняної дефектології, зокрема, спеціальної психології; важливістю виявлення груп ризику щодо соціальної дезадаптації в ранньому віці та розробки програм профілактики і корекції порушень соціалізації у дітей дошкільного та шкільного віку.

Актуальність психологічного обґрунтування основ формування соціальних компетенцій у дітей з аутистичними порушеннями значною мірою обумовлена тим, що в умовах сьогодення спостерігається низка суперечностей між:

- зростаючою потребою суспільства в соціалізації дітей з аутистичними порушеннями та існуючими традиційними підходами до їх освіти і соціального розвитку в умовах сучасної школи та системи дошкільної освіти, які на підставі клейма «ненаучуваності» ігнорують важливість і можливість формування початкових соціальних компетенцій у таких дітей;
- необхідністю формування соціальних компетенцій у дітей з аутистичними порушеннями і відсутністю теоретичної та методичної системи такої роботи в практичній діяльності корекційно-освітніх та реабілітаційних установ.

Виходячи з цього та зважаючи на недостатній рівень розробки теоретико-методологічних та методичних основ компетентнісного підходу у систематичній корекційно-виховній роботі з аутичними дітьми на науково обґрунтованих психологічних засадах, враховуючи нагальну потребу в систематизації накопиченого в цій сфері емпіричного матеріалу та підготовці педагогів відповідного фахового рівня, для дисертаційного дослідження обрано тему:

«Психологічні основи формування соціальних компетенцій дітей з аутистичними порушеннями».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри психокорекційної педагогіки Інституту корекційної педагогіки та психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова за напрямом: «Зміст освіти, форми, методи і засоби підготовки вчителів».

Тема дисертаційного дослідження затверджена Вченою радою Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (протокол № 6 від 26 грудня 2012 р.) й узгоджена в Міжвідомчій Раді з координації наукових досліджень педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 1 від 29 січня 2013 р.).

Мета дослідження: Розроблення науково-обґрунтованої та експериментально перевіреної системи діагностики та формування соціальних компетенцій аутичних дітей.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний і методологічний аналіз сучасного стану психологічного аспекту проблеми соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень.

2. Розробити комплекс діагностичних методик для визначення психологічних показників соціальних компетенцій аутичних дітей.

3. Розкрити психологічні механізми становлення соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень у періоди дошкільного та шкільного віку.

4. Виокремити змістові компоненти соціальних компетенцій та з'ясувати їх специфіку у дітей зі спектром аутистичних порушень.

5. Встановити психолого-педагогічні особливості та закономірності формування соціальних компетенцій аутичних дітей в умовах соціуму.

6. Експериментально дослідити показники соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень дошкільного та шкільного віку.

7. Розробити систему формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень та представити її у структурно-функціональній моделі.

8. Встановити особливості формування соціальних компетенцій у дітей з різним ступенем аутизму у періоди дошкільного та шкільного віку.

Об'єкт дослідження – соціалізація дітей з аутистичними порушеннями на основі набуття ними соціальних компетенцій.

Предмет дослідження – психологічні основи системи формування соціальних компетенцій у дітей з аутистичними порушеннями.

Теоретико-методологічна основа дослідження. У роботі враховані теоретико-методичні положення: про сутність соціалізації особистості (В.П.Андрущенко, В.І. Бондар, Т.Ф.Борисова, В.Н.Гуров, А.В.Мудрик, І.А.Зязюн, Я.Л.Коломинський, В.Г.Кремін, В.І.Луговий та ін.); компетентнісний підхід (А.Р.Андрєєв, Л.Н.Боголюбов, В.Н.Куніцина, У.Пфінгстен, Н.А.Соколова, О.Д.Савченко та ін.); сутність та формування соціальних компетенцій (Г.Е. Беліцька, Н.І.Білоцерковець, Н.В.Калініна, Ю.Н.Ємельянов, Л.В.Коломийченко та ін.); психологічні концепції розвитку особистості (Б.Г.Ананьєв, І.Д.Бех, Л.С.Виготський, В.В.Давидов, Г.С.Костюк, О.М.Леонтєв, С.Д.Максименко, С.Л.Рубінштейн та ін.); дані про загальні та специфічні закономірності розвитку дітей у нормі та при різних видах психічного дизонтогенезу (Г.В. Бекетова, В.І. Бондар, Л.С. Виготський, Т. П. Вісковатова, І. Г. Єременко, В.І. Лубовський, О. Р.Лурія, Т.В. Сак, В. М. Синьов, Є.П.Синьова, Є.Ф.Соботович, Л.І.Фомічова, М.К.Шеремет, А.Г. Шевцов, О. П. Хохліна та ін.); дослідження медичних, психологічних та педагогічних аспектів аутизму щодо його сутності, особливостей та шляхів корекції розвитку дитини зі спектром аутистичних порушень (О. М. Баєнська, С.Ю.Конопляста, К.С.Лебединська, О.С.Нікольська, Д.І.Шульженко, Т. В. Скрипник, В.В. Тарасун, Г. М. Хворова, А. П. Чуприков, Л. І. Шипіцина).

Для розв'язання визначених завдань, використовувалися **такі методи:**

- теоретичні: порівняння, співставлення, ретроспекція, моделювання), що дозволило виявити низку суперечностей у формуванні соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень у вітчизняній та світовій практиці, сформулювати принципові положення компетентнісного підходу до навчання таких дітей у дошкільних закладах та в умовах загальноосвітньої школи, визначити психологічні засади посилення корекційно-виховної ефективності роботи з ними;
- емпіричні: анкетування, інтерв'ювання, бесіда, тестування, аналіз продуктів діяльності, спостереження, метод експертних оцінок педагогів та спеціалістів, експеримент, а також комплекс психодіагностичних методів (шкала А.Біне-Т.Сімона для визначення рівня розумового розвитку, метод нейропсихологічного дослідження за О.Р.Лурією для визначення рівня психофізичного розвитку, рейтингова шкала дитячого аутизму (CARS) для визначення ступеня аутизму, психо-освітній профіль (PEP-R) для визначення рівня функціонування дитини, психо-освітній профіль підлітків та дорослих (AAPEP) для визначення професійних вмінь та соціальних компетенцій дітей старшого шкільного віку) для з'ясування особливостей розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень в аспекті досліджуваної проблеми.

В ході формувального етапу дослідження використовувалися авторські методики (тренінг батьківської ефективності, тематичні семінари для навчання спеціалістів, дискусійні клуби тощо), а також математично-статистичні методи вибірки, обробки й аналізу кількісних результатів дослідження за критерієм Стьюдента, факторний, дискримінантний та кореляційний аналіз.

Дослідження проводилося протягом 2003–2012 років та охоплювало декілька **етапів** науково-психологічного пошуку.

На першому етапі (2003–2005 рр.) досліджувався стан вивчення проблеми соціалізації дітей зі спектром аутистичних розладів за кордоном (Німеччина, Австрія, Португалія, Канада, Ізраїль, Чехія, Польща) та в Україні. На цьому

етапі дослідження з'ясували значимість та можливість розвитку соціальних компетенцій школярів з аутистичними порушеннями для забезпечення їх соціальної адаптації, визначено сутність основних проблем дослідження та сформульовано його мету, об'єкт, предмет, концепцію, завдання та напрямки.

На другому етапі (2005–2012 рр.) проведено збір емпіричного матеріалу з питань удосконалення діагностики аутизму, вивчення психологічних особливостей дітей, прогнозу і програмування їхнього розвитку, складання та реалізації індивідуальних корекційних програм, визначення та обґрунтування основних механізмів розвитку компонентів соціальних компетенцій дітей дошкільного та шкільного віку.

На третьому етапі (2010–2012 рр.) розроблена концепція формування соціальних компетенцій аутичних дітей в освітніх закладах та технологія її реалізації, проведена апробація авторської системи в рамках формувального експерименту в умовах реалізації обласного (2008-2011 рр.) та національного (2012-2018 рр) експерименту «Психолого-педагогічні засади корекційного навчання та реабілітації дітей зі спектром аутистичних порушень в умовах загальноосвітньої школи», в ході якого впроваджене інклюзивне навчання дітей зі спектром аутистичних порушень у школі, визначено функції спеціалістів, батьків та асистентів у процесі формування соціальних компетенцій дітей, впроваджено курси «Диференційоване оцінювання та диференційоване навчання», «Аутизм: методи та шляхи допомоги» для підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем «магістр» у вищих навчальних закладах м. Львова, впроваджено отримані результати у практику роботи обласної психолого-медико-педагогічної комісії (ПМПК); удосконалено зміст підготовки її голів та членів, сформульовано загальні висновки та рекомендації; визначено перспективні напрями подальших досліджень в аспекті психолого-педагогічного супроводу соціалізації дітей зі спектром аутистичних порушень в умовах сучасної освіти.

Експериментальна база дослідження. Дослідженням були охоплені діти, батьки, практичні працівники з різних регіонів України (Автономна Республіка

Крим, Донецька, Київська, Львівська, Харківська, Хмельницька, Чернівецька, Запорізька області) та європейських країн: Німеччина (Лейпциг, Галле), Польща (Краків), Чехія (Оломоуц), Португалія (Ліссабон).

Загальна кількість задіяних у дослідженні осіб – 506 дітей (з них віком від 3 до 5 років – 186, від 6 до 16 років – 320). Для проведення порівняльного аналізу результатів дослідження показників дітей зі спектром аутистичних порушень були сформовані три контрольні групи: 1) діти з тяжкими порушеннями мовлення (30 дітей віком від 3 до 5 років та 38 дітей віком від 6 до 16 років); 2) діти з розумовою відсталістю (30 дітей віком від 3 до 5 років та 30 дітей віком від 6 до 16 років) та 3) здорові діти (45 учнів загальноосвітніх шкіл). Вибір контрольних груп дітей з порушеннями розвитку зумовлений наявністю спільних ознак у дітей аналізованих нозологій: порушення мовлення – у дітей зі спектром аутистичних порушень і дітей з тяжкими порушеннями мовлення та інтелектуальний дефіцит – у дітей зі спектром аутистичних порушень та дітей з розумовою відсталістю. У дослідженні брали участь також 128 вчителів загальноосвітніх шкіл та 90 корекційних педагогів; 83 волонтери – студенти ВНЗ м. Львова та слухачі Університету III віку (з них 43 волонтери, які працюють з особами зі спектром аутистичних порушень та 40 осіб, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності), і 249 осіб із родин аутичних дітей.

На формульовальному етапі у дослідженні брали участь 167 дітей віком від 3 до 12 років. Експериментальними майданчиками корекційної роботи були: Львівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I-II ступенів «Довіра» (м. Львів), благодійний фонд Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце» (м. Львів), дитячий навчальний заклад №165, де відкрито першу в Україні державну дошкільну групу для дітей зі спектром аутизму (м. Львів), центр денного перебування для дітей зі спектром аутистичних порушень Регіональної Спілки «Справа Кольпінга» (м. Чернівці), комунальний заклад «Міський центр ранньої, загальної соціально-педагогічної та трудової реабілітації дітей інвалідів та інвалідів дитинства» «Промінь»

(м. Харків), спеціальна загально-освітня школа «Злагода» (м. Симферополь), родини аутичних дітей.

Дослідження проводилося в індивідуальній та груповій формах.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що *вперше*:

- здійснено науково-теоретичне обґрунтування системного характеру детермінації діагностико-психологічними та психокорекційними чинниками процесів виникнення, розгортання та подолання труднощів соціальної інтеграції аутичних дітей;
- виявлено підходи світової науки щодо розвитку соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень, які полягають у формуванні соціальної обізнаності, соціальної комунікації, соціальної взаємодії та соціального навчання дітей шляхом застосування біхевіорально-орієнтованих програм та наочно-навчальних соціальних інтервенцій за участю однолітків з використанням інноваційних технологій;
- обґрунтовано систему формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень, які диференційовано залежать від ступеня аутизму, інтелектуального віку дитини;
- доведено, що процес формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень відбувається у відповідності зі структурно-функціональною моделлю на основі компетентнісного, діяльнісного та антропологічного підходів, що представляє собою складне системне утворення, результатом реалізації якої є соціалізованість дитини дошкільного та шкільного віку;
- виділено змістові компоненти соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень: когнітивний, що розкриває соціальну компетентність через сукупність знань; діяльнісний, який базується на навичках соціальних взаємодій та сценаріїв поведінки; морально-ціннісний, що охоплює компетенції у сфері правил і норм функціонування дитини в суспільстві; особистісний, що проявляється через особистісні риси

дитини та інтегрує зовнішні та внутрішні ресурси дитини для досягнення життєво важливих цілей;

- встановлено, що формування соціальних компетенцій у дітей з глибоким ступенем аутизму відбувається через становлення діяльнісного та когнітивного компонентів, які служать основою для формування образу «Я», самоідентифікації та самоствердження дитини;
- запропоновано діагностичний інструментарій, який дозволяє в якості критеріїв оцінки сформованості соціальних компетенцій використовувати такі соціально значущі риси особистості, як саморегуляція, асертивність, здатність самотійно долати стрес, співпрацю і взаємодію, які в сукупності дозволяють судити про рівень сформованості соціальних компетенцій дитини зі спектром аутистичних порушень.

Розширено та доповнено наукові дані про:

- положення про компетентісний підхід до формування змісту фахової підготовки психолога спеціального у ВНЗ;
- особливості застосування методу диференційованої діагностики аутизму від розумової відсталості та аутизму від тяжких мовленнєвих порушень.

Уточнено специфічні особливості соціально-інтегративної діяльності аутичних дітей.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці пакету діагностичних методик та впровадженні: навчально-виховної та реабілітаційної програми для дошкільної групи аутичних дітей з метою їх інтеграції в суспільство, індивідуальної програми психолого-педагогічної освітньо-корекційної роботи з аутичними дітьми в умовах інклюзивного навчання; діагностичного та психотерапевтичного інструментарію (діагностичні та технологічні картки, прогностичні таблиці, книжки та посібники для аутичних дітей, відеоматеріали, брошури для батьків і родичів, різноманітний стимулюючий матеріал); науково-методичного забезпечення підготовки студентів спеціальності «Клінічна психологія», «Педагогічна психологія», зокрема

типових програм для освітньо-кваліфікаційних рівнів «Бакалавр» та «Магістр», методичних рекомендацій до викладання дисципліни «Спеціальна психологія», розробки та підготовки навчальних курсів «Аутизм: проблеми психологічної допомоги», «Диференційоване оцінювання в інклюзивній школі»; рекомендацій до волонтерської та психологічної практики студентів в спеціальних установах та умовах домашнього виховання дітей.

Матеріали дослідження покладені в основу розробки предметного змісту та заснування (у 2005 році) Благодійного фонду «Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», створення передумов для функціонування та відкриття (у 2010 р.) у м. Львові центру денного перебування для дітей з глибоким ступенем аутизму, відкриття (у 2011 році) державної дошкільної групи для дітей зі спектром аутистичних порушень, розробки концептуальних основ та проведення під науковим керівництвом автора обласного (2008-2011 рр.), а згодом національного експерименту «Науково-методичні засади створення моделі комплексної психолого-педагогічної допомоги та соціальної реабілітації й інтеграції дітей із загальними розладами розвитку (спектр аутизму)» на базі школи інтернату для дітей з тяжкими порушеннями мовлення (2012-2022 рр.).

Матеріали дослідження можуть бути використані для розробки стандартів спеціального навчального закладу, а саме – стандартизованих вимірників якості сформованості соціальних компетенцій дітей з аутистичним спектром порушень.

Результати дисертаційної роботи можуть бути використані корекційними педагогами, практичними психологами, логопедами, соціальними педагогами, лікарями (дитячий педіатр, психоневролог), спеціалістами всіх рівнів ПМПК для діагностико-прогностичного вивчення дитини; психокорекційної та реабілітаційної роботи з аутичними дітьми в усіх типах дошкільних та шкільних закладів, освітньо-реабілітаційних центрах; для взаємодії фахівців, батьків та опікунів, які виховують аутичну дитину; в організації семінарів для батьків, членів сімей, представників ЗМІ, благодійних фондів та неурядових

громадських організацій, які займаються проблемами соціалізації дітей із спектром аутистичних порушень.

Впровадження результатів дослідження відбувалося у Львівській обласній ПМПК (довідка Львівської облдержадміністрації, департамент з питань освіти, науки, сім'ї та молоді № 6/27 від 16.05.2013); Інституті інноваційних технологій і змісту освіти (Міністерство освіти і науки України, довідка № 21/17-6 від 04.05.2013 р.); Львівській спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті I-II ступенів «Довіра» (довідка № 80 від 17.05.2013); спеціальній загально-освітній школі «Злагода», м. Симферополь (АР Крим, Симферопольська міська рада, довідка № 1493 від 23.11.2012 р., дошкільному навчальному закладі компенсуючого типу № 165 м. Львова (довідка № 123 від 14.11.2012); Управлінні соціального захисту м. Львова (Львівська міська рада, довідка №2605-вих-1375 від 22.05.2013 р.); Львівському міському центрі соціальних служб сім'ї, дітей та молоді (Львівська міська рада, довідка № 171-1 від 22.11.2012 р.); Міжнародній ГО «Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім», м. Київ (довідка № 41 від 24.11.2012); громадській організації товариство «Родина Кольпінга», м. Львів (довідка № 17 від 11.10.2012 р.); благодійному фонді Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», м. Львів (довідка № 19 від 13.11.2012 р.); комунальному закладі «Міський центр ранньої, загальної соціально-педагогічної та трудової реабілітації дітей інвалідів та інвалідів дитинства» «Промінь», м. Харків (довідка № 36 від 21.-5.2013 р.), громадській організації інвалідів дитинства, дітей-інвалідів та членів їх сімей «Промінь», м. Харків (довідка № 21/2 від 21.05.2013 р.); міському клубі «Повір у себе», м. Маріуполь Донецької області (довідка №52 від 05.06.2013 р.); Хмельницькому фонді соціального захисту та реабілітації інвалідів дитинства (довідка № 39 від 25.12.2012 р.); Запорізькому національному університеті (факультет соціології та управління, довідка №25 від 22.04.2013 р.); Львівському національному університеті ім. І.Франка (Інститут післядипломної освіти, довідка № 39 від 15.05.2013р.).

Особистий внесок автора в працях, написаних у співавторстві полягає у визначенні загальної ідеї супроводу аутичних дітей під час навчання, теоретичному аналізі проблеми інклюзії та навчання аутичних дітей, розробці змісту роботи педагогів, спеціалістів та асистентів з аутичними дітьми для формування їх соціальних компетенцій [165, 166]. У розробці методики діагностики порушень у аутичних дітей та дітей з гіперактивністю, психолого-педагогічних методах допомоги дітям та членам їх родин [167, 168, 175, 176]. У теоретичному та практичному аналізі готовності учнів до інклюзивного навчання, визначенні основних принципів та формуванні концепції комплексної допомоги аутичним дітям, накресленні стратегії формування волонтаріату сеньйорів для підготовки асистентів у роботі з аутичними дітьми [54, 55]. У статті постановці задачі дослідження, концепції розвитку інтелекту дітей з різним ступенем аутизму [158]. У визначенні загального підходу для формування толерантності до інклюзії дітей з особливостями розвитку в освітньому середовищі [152]. У формулюванні мети та постановці задачі дослідження слухачів Університету III Віку як потенційних волонтерів для роботи з аутичними дітьми [150]. У всіх роботах спільно із співавторами здобувачем проведено постановку задачі, аналіз та інтерпретацію експериментальних результатів і підготовку статей до друку.

Апробація результатів дослідження здійснювалась на наукових конференціях та науково-практичних семінарах, зокрема:

- *міжнародних*: українсько-польська конференція «Психологічні проблеми суспільства епохи трансформації» (Львів-Варшава, 2003); «Формування особистості студентів, як майбутніх фахівців лікарської справи, працівників охорони здоров'я та інших соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики» (Львів, 2003); «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» (Київ, 2004, 2005, 2006); «Сучасні проблеми системної психотерапії у європейському просторі» (Берлін, 2004); «Дитяча та юнацька психотерапія в Україні». – 5-річний досвід роботи», (Львів, 2006); «Актуальні питання

навчання та виховання дітей в інтегрованому освітньому середовищі» (Київ, 2007, 2008); «Дитина в мені: психотерапія мого дитинства» (Львів, 2008); «Стан та перспективи розвитку системи адаптації інвалідів з розумовою відсталістю» (Одеса, 2008), «Стан та перспективи розвитку корекційної освіти» (Кам'янець-Подільський, 2009); ІХ «Проблеми порушення нервової системи у дітей» (Київ, 2009); «Проблеми інклюзії: реалії та перспективи» (Едмонтон.. 2009); «3-й Reinman's home форум з аутизму» (Відень, 2009); «Потенціал старших людей в Університеті III віку» (Вроцлав, 2010); «Психологічне забезпечення волонтерської діяльності» (Львів, 2011); «Диференційоване оцінювання та диференційоване викладання в інклюзивній школі», (Київ, 2011), «Психологічне забезпечення волонтерської діяльності» (Потсдам, 2011); «Інноваційні технології в освіті» (Братіслава, 2011); «Інтеграція людей з інвалідністю» (Тель-Авів, 2011); «Соціальна адаптація дорослих осіб з аутизмом» (Краків, 2012), «Використання методу ТЕАССН у практиці роботи з особами з аутизмом» (Галле, 2012); «Конгрес Європейської федерації старших студентів в університетах» (Вроцлав, 2012); «Модернізація передпрофесійної і початкової професійної освіти осіб з порушеннями інтелекту» (Москва, 2012).

– *всеукраїнських*: «Духовні та соціально-психологічні аспекти допомоги дітям із загальними розладами розвитку в системі інтеграційної освіти» (Львів, 2004); «Теоретичні та практичні аспекти дитячої та юнацької психотерапії» (2005, Львів); «Психологічне здоров'я: проблеми та перспективи дослідження» (Львів, 2006); «Стан виконання концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю» (Київ, 2008, 2011); «Стан та перспективи розвитку системи адаптації інвалідів з розумовою відсталістю» (Київ, 2009); «Соціальна адаптація дорослих осіб з порушенням розвитку», (Львів, 2012), а також на звітно-наукових конференціях викладачів ЛНУ ім. І.Франка (Львів, 2004–2012).

Кандидатська дисертація на тему «Взаємозв'язок образу «Я», самооцінки та ціннісних орієнтацій молодших школярів» (спеціальність 19.00.07 – вікова та

педагогічна психологія) була захищена у 2003 році. Матеріали кандидатської дисертації у тексті докторської не використовувалися.

Публікації. Основні положення дисертації та зміст дослідження висвітлено у 62 наукових та навчально-методичних публікаціях (із них 40 одноосібних). Серед них: 1 монографія, 13 навчально-методичних посібників та методичних розробок, 22 статті у наукових фахових виданнях, 26 матеріалів та тез наукових конференцій.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1.1. Аналіз стану проблеми формування соціальних компетенцій особистості у світових дослідженнях

З'явившись на світ, дитина вступає в особливі відносини з навколишнім середовищем, причому середовище не тільки грає роль зовнішніх умов для проживання дитини, а служить основним джерелом її розвитку, "виконуючи роль своєрідного пускового механізму, посилюючого чи гальмуючого внутрішні процеси" (Т.П. Морозова [133]. Л.С.Виготський [42] зазначав, що те, що повинно вийти в кінці розвитку, вже давно існує в середовищі від самого початку. У цьому полягає «найбільша особливість дитячого розвитку, яка удосконалюється в таких умовах, коли «зразок» та «ідеальна форма», кінцева форма, яка повинна з'явитися в кінці розвитку, не тільки існує в навколишньому суспільному середовищі і взаємодіє з дитиною від самого початку, але вона реально спрямовує і регулює процес розвитку і є його джерелом» [24, с. 102].

"Становлення особистості", виникнення і зростання цієї системної якості індивіда "здійснюється в процесі соціальних відносин, у які він включається своєю діяльністю, відпрацьовуючи здатність бути особистістю, розвиватися як особистість", тобто мова йде про процеси соціальної адаптації та соціалізації особистості в суспільстві [103]. І хоча норми соціального розвитку задані суспільством, що обумовлює характер формування соціальних зв'язків, відносин і соціальної позиції особистості, найважливіше значення в цьому процесі має наявність в індивіда здатності до самовираження, саморегуляції, самоствердження, самовизначення, що створює умови поряд з присвоєнням суспільних норм і принципів для формування соціальних компетенцій.

Поняття соціальної компетентності у вітчизняній психологічній науці

було використане М. Докторович [62] як розуміння цільового призначення соціальних інститутів, норми стосунків й уміння особисто здійснювати соціальні технології. Ми розглядаємо соціальну компетентність як адаптаційне явище, в якому функціонування адаптаційного механізму забезпечує соціально-психологічна підготовленість особистості.

Звернемося до сучасного педагогічному словника за тлумаченням понять "соціалізація", "соціальна адаптація", "соціальна компетентність" для уточнення та диференціації цих педагогічних категорій [94].

"Соціальна адаптація" - процес і результат освоєння дитиною нових для неї соціальних ролей і позицій, значущих для самої дитини і її соціального оточення – батьків, педагогів, однолітків, інших людей, всього соціуму.

"Соціалізація" - процес засвоєння й активного відтворення людиною соціального досвіду, оволодіння навичками практичної і теоретичної діяльності.

"Соціальна компетентність" - соціальні навички (обов'язки), які дозволяють людині адекватно виконувати норми і правила життя в суспільстві.

Як видно із спроби диференціювати дані поняття, в сучасній педагогічній науці немає конкретизації поняття "соціальна компетентність". Вона представляється якимись соціальними навичками, наявність яких дозволить особистості увійти в рольову структуру суспільства. Але це ж в рівній мірі відноситься і до "соціальної адаптації" і до "соціалізації". На наш погляд, співвідношення понять "соціальна адаптація", "соціалізація", "соціальна компетентність" може бути представлено таким чином (рис. 1.1),

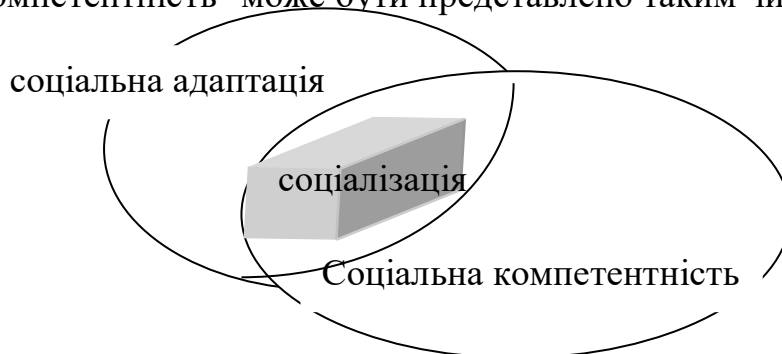


Рис. 1.1. Співвідношення понять

де "соціальна адаптація" є першим етапом соціалізації (А.В. Петровський [184], а "соціальна компетентність" виступає як якість особистості, сформована в процесі "соціалізації" (Є.В. Каблянська [80]).

Для підтвердження даного припущення і розв'язання проблем, які стосуються нашого дисертаційного дослідження, вважаємо за необхідне провести теоретичний аналіз проблеми "компетентності", "соціальної компетентності" в рамках вітчизняної та зарубіжної літератури з подальшим перенесенням даного поняття на процес формування особистості дітей зі спектром аутистичних порушень в умовах сучасної освітньої системи.

1.1.1.Зміст поняття «соціальні компетенції» дітей. В психолого-педагогічній теорії і практиці існують різні підходи до розуміння термінів «компетенція» і «компетентність». Поняття «компетентність» і «компетенція» трактуються по-різному. Словник іноземних слів [26] розкриває поняття «компетентний» як володіючий компетенцією - колом повноважень певної установи, особи: Competent (франц.) - компетентний, правомочний. Competens (лат.) - відповідний, здатний. Competere - вимагати, відповідати, бути придатним. Competence (англ.) - здатність (компетенція). Звідси випливає, що компетентність і компетенція є взаємодоповнюючими і взаємообумовлюючими поняттями. Тлумачний словник дає такі визначення [146]: «компетентність 1. Знаючий, обізнаний, авторитетний у певній області 2. Володіє компетенцією. Компетенція (Латин. competentia) 1. Коло питань, в яких людина добре обізнана. 2. Коло чийось повноважень, прав.»

На думку Н.С. Кірабаєва, «компетенція або компетентність є деякою інтегративною якістю суб'єкта, що включає в себе когнітивні, мотиваційні, ціннісні і практичні аспекти, яка проявляється в успішних діях у певній області.». Н.С.Кірабаєв пропонує вважати під компетентністю здатність самої людини, під компетентнісної характеристикою – складову цієї здатності, а компетенцію розуміти як універсальний термін, «що позначає в залежності від контексту як

компетентність, так і компетентнісну характеристику, а іноді навіть область застосування компетентності» [91]. Останнім часом з'явився обґрунтований поділ цих понять, які ще 15-20 років тому часто розглядалися як синоніми.

С. Шишов і А. Агапов визначають компетенцію як «здатність і готовність особистості до діяльності, засновані на знаннях і досвіді, придбані завдяки навчанню, орієнтовані на самостійну участь особистості у навчально-пізнавальному процесі, а також спрямовані на її успішне включення в трудову діяльність» [238].

О. А. Ільченко розводить поняття «компетентність і компетенція». За визначенням цього автора, компетентність - це сукупність компетенцій, наявність знань і досвіду, необхідних для ефективної діяльності в заданій предметній області. Компетенція ж, за визначенням цього ж автора, це особиста здатність фахівця вирішувати певний клас професійних завдань. Автором виділені компоненти професійних компетенцій такі, як навчально-пізнавальна, інформаційна, комунікативна, соціально-трудова та компетенція особистісного самовдосконалення [76].

У навчальному посібнику В.В. Нестерова і А.С. Белкіна [136] наведено таке визначення: «Компетенції - сукупність того, що людина має в своєму розпорядженні, а компетентність - сукупність того, чим вона володіє».

У таблиці 1.1 показано, як розводять і конкретизують поняття «компетенції» та «компетентність» різні автори.

Загальним практично для всіх визначень компетенції є розуміння її як здатності та (або) готовності людини справлятися з різноманітними особистими завданнями, яка залежить від набутих знань, умінь і навичок, необхідних для виконання конкретної роботи. Отже, набуття знань, умінь і навичок стають не підсумком отримання освіти, а якоюсь проміжною метою, обов'язковою, але не головною складовою частиною результату освіти, формування компетентного спеціаліста. Таким чином, можна спробувати підсумувати і узагальнити наведені вище думки про сутність поняття «компетентність» – це прояв

інтеграції знань, умінь, навичок, способів діяльності, якостей, властивостей особистості, що дозволяє людині діяти самостійно, брати на себе відповідальність за доручену справу, власне життя.

Таблиця 1.1

Порівняння понять «компетенція» і «компетентність» за літературними джерелами

Автор	Компетенція	Компетентність
Хуторський А.В. [225]	Компетенція включає сукупність взаємопов'язаних якостей особистості (знань, умінь, навичок, способів діяльності), що задаються по відношенню до певного кола предметів і процесів, і необхідних для якісної продуктивної діяльності по відношенню до них.	Компетентність – володіння людиною відповідною компетенцією, що включає його особистісне ставлення до неї і предмету діяльності.
Кириллов А.Г. [217]	Компетенція – сукупність взаємо-пов'язаних якостей особистості (знань, умінь, навичок, способів діяльності, здібностей), які визначають ефективність вирішення практичних завдань у межах визначеного кола предметів і процесів, необхідних для продуктивної діяльності у цій предметній області.	Компетентність – складна системна характеристика особистості, яка органічно поєднує теоретичний і практичний компоненти, завжди застосовна до конкретної предметної області, оцінюється ефективністю вирішення практичного завдання.
Маркова А.К. [125]	Компетенція – індивідуальна характеристика ступеня відповідності вимогам професії.	Поняття «компетентність» автор пов'язує з дозріванням особистості та набуттям такого стану, який дозволяє їй продуктивно діяти при виконанні трудових функцій і досягати відчутних результатів.
Ільченко О.А. [76]	Компетенція – це особиста здатність фахівця вирішувати визначений клас професійних задач.	Компетентність – це сукупність компетенцій, наявність знань і досвіду, необхідних для ефективної діяльності в заданій предметній області

Нестерова В.В. [136]	Компетенції – сукупність того, що людина має в своєму розпорядженні.	Компетентність – сукупність того, чим людина володіє.
----------------------	--	---

продовження таблиці 1.1

Автор	Компетенція	Компетентність
Ю.Орлов [147]	Компетенції повинні описувати те, як і чого повинен домагатися спеціаліст у своїй діяльності.	Компетентність адекватна кваліфікаційним вимогам Компетентність – здатність людини вирішувати професійні завдання.
Боритко Н.М. [30]	Компетенція – це наперед задана вимога до освітньої підготовки студента, характеристика його професійної ролі	Компетентність – міра відповідності цій вимозі, ступінь освоєння компетенції, особистісна характеристика людини

Компетентність, як і компетенція, виступає інтегральною характеристикою особистості. І те, і інше є набутими якостями. Спільним для цих понять виступає діяльність. Компетенція є сферою відносин, що існують між знанням і дією в людській практиці. Без знань немає компетенцій, але не всяке знання і не у всякій ситуації проявляє себе як компетенція. Загальною основою, що характеризує точку зору різних авторів, є те, що знання людини виступають потенціалом, науково-практичним багажем, яким вона володіє, але привести їх у дію можуть лише додаткові фактори. Значить, компетентність – це не тільки наявність знань і досвіду, але і вміння розпорядитися ними в ході реалізації своїх повноважень. Не слід протиставляти компетентність знанням або вмінням і навичкам. Поняття компетентності ширше поняття знання, або вміння, або навички, воно включає їх у себе.

1.1.2. Ключові освітні компетенції особистості дитини. Порівняно недавно компетентнісний підхід в освіті став розглядатися одним з найважливіших факторів розвитку всієї системи освіти. Для нас важливо розкриття розглянутих понять в області сучасної освіти.

Різні аспекти реалізації компетентнісного підходу в освіті відображені в публікаціях М.В.Гончарової-Горянської [52], М.О.Докторович [62], О.В. Запорожець [68], Е.Ф. Зеєра [69], І.А. Зимньої [71, 72], О.Л. Кононко [100], В.Н. Куніцина [108], О.Е. Лебедевої [110], А.К. Маркової [125], Т. В. Сак [191], Т.К.Селевко [194], А.В. Хуторського [225], І.Д. Фруміна [219] та ін. Л.М. Мітіна розуміє під компетентністю учня поєднання знань, умінь, навичок, а також способів і прийомів їхньої реалізації в діяльності, в спілкуванні, розвитку (саморозвитку) особистості [129]. Більш широке і загальне розуміння, причому близьке до визначення Равенна, ми бачимо у А.А. Черемісіної. Вона визначає компетентність як стійку здатність людини до діяльності зі знанням справи, «яка складається з глибокого розуміння сутності виконуваних завдань і вирішуваних проблем, досвіду, наявного в цій галузі, активного оволодіння її найкращими досягненнями, уміння вибрати засоби і способи дії, адекватні конкретним обставинам місця і часу, почуття відповідальності за досягнуті результати» [227].

На думку В.А. Горського «Освітня компетенція» - це сукупність соціального досвіду, знань, умінь і навичок, що забезпечують готовність до вирішення дослідницьких завдань з несформульованою умовою. У цьому випадку орієнтиром мети освіти може бути не «модель випускника, відповідна нормам і вимогам», а модель маршруту, проект шляху осягнення самого себе, осягнення навколишнього світу і свого місця в ньому, тобто модель шляху – індивідуалізованого маршруту осягнення сенсу життя» [53].

Питання про формування списку освітніх компетенцій знаходиться на стадії розробки. Освітня компетенція, згідно А.В. Хуторського [226] – це сукупність смислових орієнтацій, знань, умінь, навичок і досвіду діяльності учня по відношенню до певного кола об'єктів реальної дійсності, необхідних для здійснення особистісної та соціально-значущої продуктивної діяльності. Інше важливе поняття, дискусія про яке не вщухає серед наукових та громадських кіл, – це «ключові компетенції». У більшості публікацій "ключові компетенції" розглядаються як компетенції, загальні для всіх професій і спеціальностей.

Надпрофесійний характер ключових компетенцій підкреслюють Дж. Равен, називаючи їх «вищими компетентностями». С.В. Шишов розглядає «ключові компетенції» як «визначальні компетенції» [238]. В рамках акмеологічного напрямку (який сформувався як нова область людинознавства в 80 - 90-і рр.. ХХ в.) вивчаються «ключові компетентності»: ідея ґрунтується на концепції єдності процесу формування особистості як професіонала і професіонала як особистості (Г.М. Андрєєва, А.А. Деркач, В. Г. Зазикін, Ю.Н. Ємельянов, Л.А. Петровська, О.А. Поліщук, І.М. Семенов, С.Ю. Степанов та ін.).

Г.К. Селевко, розглядаючи питання про те, що особистість можна представити як сукупність компетентностей, які виступають мірою здатності включатися в діяльність, пропонує певну ієрархію компетентностей. Найважливіші, основні, ключові компетентності багатофункційні, надпредметні, багатовимірні [194]. Ключові компетентності, ґрунтуючись на властивостях особистості і проявляючись у певних способах поведінки, мають широкий практичний контекст, високий ступінь універсальності.

Під ключовими компетенціями розуміються такі, якими повинен володіти кожен член суспільства, і які можна було б застосовувати в різних ситуаціях. Тобто, вони є універсальними, і саме тому бурхливо обговорюваними, так як підходи до розуміння універсальності в різних культурах, різних наукових школах бачаться неоднаково і залежні від дуже багатьох факторів, в тому числі від рівня економічного і соціального розвитку сучасного суспільства.

Ключові компетенції розглядають як основу, яка дає ключ до становлення компетентності. Ключові компетенції є багатофункційними і багатокомпонентними, необхідні в будь-якій сфері діяльності людини, дозволяють вирішувати складні проблеми, переносити ефективні способи діяльності з однієї області в іншу. Якщо ключові компетенції сформовані, це означає, що людина володіє певним особливим ресурсом досягнення високого рівня компетентності в будь-якому вигляді діяльності.

Набір ключових компетенцій визначається соціумом, має відмінності в різних країнах світу і залежить від ціннісних орієнтацій, правил існування, світогляду окремої спільноти. Обраний суспільством набір ключових компетенцій сприяє регулюванню відносин індивіда і суспільства: через виділені види компетенцій суспільство висуває свої вимоги індивіду, а індивід, слідуючи вимогам суспільства, має можливість для успішної соціалізації.

При характеристиці ключових компетенцій важливим є врахування п'яти основних потенціалів, якими повинна володіти особистість. Це пізнавальний, морально-етичний, творчий, комунікативний і естетичний потенціали, що задають спрямованість процесу розвитку особистості [21]. Пізнавальний потенціал визначається, перш за все, об'єктом і якістю інформації, якою володіє особистість. Він також включає в себе психологічні якості, що забезпечують продуктивність пізнавальної діяльності людини. Морально-етичний потенціал характеризується морально-етичними нормами, цінностями, спрямованістю, які виробляються за допомогою емоційно-вольових та інтелектуальних механізмів і реалізуються в світовідчутті, світогляді, взаємодії з іншими. Творчий потенціал особистості визначається комплексом умінь і навичок, здібностями до дії та мірою їх реалізації в визначеній сфері діяльності або спілкування. Комунікативний потенціал особистості оцінюється ступенем товариськості, характером і міцністю усталених контактів, а також динамікою виконуваних соціальних ролей. Естетичний потенціал особистості характеризується рівнем і інтенсивністю її художніх потреб і тим, як вона їх задовольняє [21].

Актуально значимими є рекомендації Ради Європи з визначення п'яти груп ключових компетенцій, оволодіння якими і виступає основним критерієм якості освіти:

1. Політичні та соціальні компетенції, пов'язані із здатністю брати на себе відповідальність, брати участь у спільному прийнятті рішень, регулювати конфлікти ненасильницьким шляхом, брати участь у функціонуванні і в поліпшенні демократичних інститутів.

2. Компетенції, що стосуються життя в багатокультурному суспільстві. Щоб перешкоджати виникненню расизму чи ксенофобії, поширенню клімату нетерпимості, освіта повинна «озброювати» молодь такими міжкультурними компетенціями, як розуміння відмінностей, повага один до одного, здатність жити з людьми інших культур, мов, релігій.

3. Компетенції, що визначають володіння усним і письмовим спілкуванням, важливим у роботі й суспільному житті до такої міри, що тим, хто ними не володіє, загрожує ізоляція від суспільства. До такої групи спілкування відноситься володіння кількома мовами, що набирає важливого значення.

4. Компетенції, пов'язані з виникненням суспільства інформації. Володіння новими технологіями, розуміння їх застосування, їх сили і слабкості, здатність критичного ставлення до розповсюджуваної по каналах ЗМІ інформації та рекламі.

5. Компетенції, що реалізують здатність і бажання вчитися все життя, як основа безперервної підготовки в професійному плані, а також в особистому і суспільному житті.

Вітчизняна педагогічна наука і громадськість порівняно недавно стала розробляти питання про ключові компетенції. На думку О.Є. Лебедевої під ключовими компетенціями стосовно шкільної освіти розуміється здатність учнів самостійно діяти в ситуації невизначеності при вирішенні актуальних для них проблем. Компетентність розглядається як здатність діяти в ситуації невизначеності [110].

А.В. Хуторським сформульовані ключові освітні компетенції [225]:

1. Ціннісно-сміслові компетенції. Це компетенції у сфері світогляду, пов'язані з ціннісними орієнтирами учня, його здатністю бачити і розуміти навколишній світ, орієнтуватися в ньому, усвідомлювати свою роль і призначення, вміти вибирати цільові та смислові установки для своїх дій і вчинків, приймати рішення. Дані компетенції забезпечують механізм самовизначення учня в ситуаціях навчальної та іншої діяльності. Від них

залежить індивідуальна освітня траєкторія учня і програма його життєдіяльності в цілому.

2. Загальнокультурні компетенції. Коло питань, з якими учень повинен бути добре обізнаний, володіти знаннями та досвідом діяльності – це особливості національної та загальнолюдської культури, духовно-моральні основи життя людини і людства, окремих народів, культурологічні основи сімейних, соціальних, суспільних явищ і традицій, роль науки та релігії в житті людини, їх вплив на світ, компетенції у побутовій та культурно-дозвільній сфері, наприклад, володіння ефективними способами організації вільного часу. Сюди ж відноситься досвід освоєння учнем наукової картини світу, що розширюється до культурологічного та вселюдського розуміння світу.

3. Навчально-пізнавальні компетенції. Це сукупність компетенцій учня у сфері самостійної пізнавальної діяльності, включаючи елементи логічної, методологічної, загальнонавчальної діяльності, співвіднесеної з реальними пізнаваними об'єктами. Сюди входять знання і уміння організації планування, аналізу, рефлексії, самооцінки навчально-пізнавальної діяльності. По відношенню до досліджуваних об'єктів учень опановує креативними навичками продуктивної діяльності: добуванням знань безпосередньо з реальності, володінням прийомами дій в нестандартних ситуаціях, евристичними методами вирішення проблем. В рамках даних компетенцій визначаються вимоги відповідної функціональної грамотності: уміння відрізняти факти від домислів, володіння вимірювальними навичками, використання вірогіднісних, статистичних та інших методів пізнання.

4. Інформаційні компетенції. За допомогою реальних об'єктів (телевізор, магнітофон, телефон, факс, комп'ютер, принтер, модем, копір) та інформаційних технологій (аудіо-відеозапис, електронна пошта, ЗМІ, Інтернет) формуються вміння самостійно шукати, аналізувати і відбирати необхідну інформацію, організовувати, перетворювати, зберігати і передавати її. Дані компетенції забезпечують навички діяльності учня по відношенню до інформації, що

міститься в навчальних предметах і освітніх областях, а також в навколишньому світі.

5. Комунікативні компетенції включають знання необхідних мов, способів взаємодії з оточуючими і віддаленими людьми і подіями, навички роботи в групі, володіння різними соціальними ролями в колективі. Учень повинен вміти представити себе, написати листа, анкету, заяву, поставити запитання, вести дискусію та ін. Для освоєння цих компетенцій в навчальному процесі фіксується необхідна і достатня кількість реальних об'єктів комунікації і способів роботи з ними для учня кожного ступеня навчання в рамках кожного досліджуваного предмета чи освітньої галузі.

6. Соціально-трудова компетенція означає володіння знаннями та досвідом у сфері цивільно-громадської діяльності (виконання ролі громадянина, спостерігача, виборця, представника), в соціально-трудова сфері (права споживача, покупця, клієнта, виробника), у сфері сімейних відносин і обов'язків, у питаннях економіки і права, в області професійного самовизначення. Сюди входять, наприклад, уміння аналізувати ситуацію на ринку праці, діяти відповідно до особистої та громадської вигоди, володіти етикою трудових і цивільних взаємовідносин. Учень опановує мінімально необхідними для життя в сучасному суспільстві навичками соціальної активності та функціональної грамотності.

7. Компетенції особистісного самовдосконалення, спрямовані на освоєння способів фізичного, духовного та інтелектуального саморозвитку, емоційної саморегуляції та самопідтримки. Реальним об'єктом у сфері даних компетенцій виступає сам учень. Він опановує способами діяльності у власних інтересах і можливостях, що виражаються в його безперервному самопізнанні, розвитку необхідних сучасній особистості якостей, формуванні психологічної грамотності, культури мислення та поведінки. До даних компетенцій відносяться правила особистої гігієни, турбота про власне здоров'я, статеві грамотність, внутрішня екологічна культура. Сюди ж входить комплекс якостей, пов'язаних з основами безпечної життєдіяльності особистості.

Наведений перелік ключових компетенцій поданий автором у загальному вигляді та потребує деталізації як за віковими ступенями навчання, так і за навчальними предметами та освітніми областями.

І.А. Зимняя при формуванні основних груп компетенцій спирається на наступні теоретичні положення [71, 72]:

- а) людина є суб'єкт спілкування, пізнання, праці;
- б) людина виявляється в системі відносин до суспільства, інших людей, до себе, до праці;
- в) компетентність людини має вектор акмеологічного розвитку;
- г) професіоналізм включає компетентності.

Заявлена позиція дозволяє сформуванню три основні групи компетентностей, що містять в сумі десять основних компетенцій:

1. Компетенції, що відносяться до самої людини як особистості, суб'єкту незалежної діяльності, спілкування. До них належать:

- Компетенції збереження здоров'я: знання і дотримання норм здорового способу життя, знання небезпеки куріння, алкоголізму, наркоманії, СНІДу; знання і дотримання правил особистої гігієни, побуту; фізична культура людини, свобода і відповідальність вибору способу життя;
- Компетенції ціннісно-сміслової орієнтації в світі: цінності буття, життя; цінності культури (живопис, література, мистецтво, музика), науки; виробництва; історії цивілізацій, власної країни; релігії;
- Компетенції інтеграції: структурування знань, ситуативно-адекватної актуалізація знань, розширення, збільшення накопичених знань;
- Компетенції громадянськості: знання і дотримання прав й обов'язків громадянина; свобода і відповідальність, впевненість в собі, власна гідність, громадянський обов'язок; знання і гордість за символи держави (герб, прапор, гімн);
- Компетенції самовдосконалення, саморегулювання, саморозвитку, особистісної та предметної рефлексії; сенс життя; професійний розвиток;

мова та мовний розвиток; оволодіння культурою рідної мови, володіння іноземною мовою.

2. Компетенції, що відносяться до соціальної взаємодії людини і соціальної сфери:

- Компетенції соціальної взаємодії: із суспільством, спільнотою, колективом, сім'єю, друзями, партнерами, конфлікти та їх погашення, співпраця, толерантність, повага і прийняття Іншого (раса, національність, релігія, статус, роль, стать), соціальна мобільність;
- Компетенції в спілкуванні: усному, письмовому, діалог, монолог, сприйняття тексту; знання і дотримання традицій, ритуалу, етикету; кроскультурного спілкування; ділове листування; діловодство, бізнес-мова; іншомовне спілкування, комунікативні завдання, рівні впливу на реципієнта.

3. Компетенції, що відносяться до діяльності людини:

- Компетенція пізнавальної діяльності: постановка і вирішення пізнавальних завдань; нестандартні рішення, проблемні ситуації – їх створення і дозвіл; продуктивне і репродуктивне пізнання, дослідження, інтелектуальної діяльності;
- Компетенції діяльності: гра, навчання, праця; засоби і способи діяльності: планування, проектування, моделювання, прогнозування, дослідницька діяльність, орієнтація у різних видах діяльності;
- Компетенції інформаційних технологій: прийом, переробка, видача інформації; перетворення інформації (читання, конспектування), масмедійні, мультимедійні технології, комп'ютерна грамотність; володіння електронною технікою, інтернет технологією» [110].

1.1.3. Основні підходи до формування ключових компетенцій дитини.

Солодянкіна О. В. розглядає соціальну компетентність дитини лише як «свідоме застосування певних норм і правил поведінки в суспільстві, в якому відбивається відношення до дорослих та однолітків» [208]. У цій інтерпретації соціальна

компетенція – один з показників соціалізації дитини, поряд з іншими, такими, як рівень самообслуговування, соціальна адаптація, соціальний статус.

Р.М. Чумічева, проводячи дослідження з розробки концепції та програми дошкільної освіти, виходить з компетентнісного і ціннісно-сислового підходів як основоположних. Вона визначає поняття «компетентність» щодо дошкільника як найбільш ефективні способи досягнення цілей діяльності, вирішення проблемних ситуацій (навчальних, соціальних, особистісних), активно освоєні за допомогою дорослого або самостійно усвідомлені як цінність у даному просторово часовому відрізку (для себе та інших) [229].

О.Є. Лебедєва вважає, що соціальна компетентність складається з чотирьох складових її компонентів: виконавської, культурної, комунікативної і емоційної компетентності [110].

О.А. Шварцман [231] вивчала сформованість у випускників дитячого садку комунікативної, соціальної та мовної компетентності, і в кожній з них виділили наступні структури:

- знання (наявність деякого обсягу інформації);
- ставлення до цього знання (прийняття, неприйняття, ігнорування, трансформація та ін);
- виконання (реалізація знань на практиці).

Найбільш глибоко компетентнісний підхід опрацьований в базисній програмі розвитку дитини-дошкільника «Витоки» (авторський колектив «Дошкільне дитинство» ім. А.В. Запорожця [68]). У програмі визначається компетентність як найважливіша комплексна характеристика особистості, яка включає цілий ряд аспектів: інтелектуальний, мовний, соціальний та ін, які відображають досягнення особистісного розвитку дитини [183].

Соціальна компетентність дошкільника включає в себе аспекти:

- Мотиваційний (ставлення до іншої людини як найвищої цінності, прояв доброти, допомоги, милосердя);

- Когнітивний аспект (пізнання іншої людини: розуміння її інтересів, потреб, настрою, її труднощів, її емоційного стану);
- Поведінковий аспект (пов'язаний з вибором етично цінних зразків поведінки).

Важливими показниками соціальних компетенцій дитини є довільність – вміння керувати своєю поведінкою у відповідності з уявленнями, правилами, нормами; вміння вибудовувати відносини співробітництва в процесі навчання і виховання; компетентність у сфері соціально-трудової діяльності; навички самоорганізації, уміння працювати в колективі. Частиною соціальної компетентності є компетентність у побутовій сфері, включаючи аспекти сімейного буття; а також любові і прийняття навколишнього світу; як основи формування почуття громадянськості та соціальної активності дитини на основі контактів ДНЗ з іншими соціальними інститутами – школою, установами позашкільної освіти, музеями і т.п.

Соціально компетентна дитина добре орієнтується в новій обстановці, здатна вибрати адекватну манеру поведінки, знає міру своїх можливостей, вміє просити про допомогу і надати її, поважає бажання інших людей, може включатися у спільну діяльність з однолітками і дорослими. Вона не буде заважати своєю поведінкою іншим, вміє стримувати себе і заявити про свої потреби в прийнятній формі. Соціально компетентна дитина здатна уникнути небажаного спілкування. Вона відчуває своє місце в суспільстві інших людей, розуміючи різний характер відносин до неї навколишніх, керує своєю поведінкою і способами спілкування [183]. Сформованість соціальних компетенцій дітей дошкільного віку неминуче вплине на успішність адаптації до умов шкільного навчання.

Т.В. Єрмолова найбільш важливими складовими соціальних компетенцій молодших школярів бачить наступні: 1) їх уявлення про себе як про об'єкт і суб'єкт соціальних відносин; 2) їх оцінка адекватності або неадекватності своєї поведінки при вирішенні соціальних задач; 3) наявність у поведінці дітей нового способу саморегуляції (реального рольової поведінки як поведінкового корелята особистісного новоутворення кризи 7 років)». Вона припускає, що недостатня

сформованість будь-який з цих трьох складових соціальних компетенцій призводить до проблем в адаптації до нових умов існування дітей, а саме до систематичного навчання [66]. У посібнику «Розвиток соціальної впевненості у дошкільнят» Ю.А. Лебедев наводить компоненти соціально компетентної поведінки: вміння сказати «ні»; вміння висловлювати бажання і вимоги; володіння навичками ефективного спілкування: вміння налагоджувати контакти, вести і закінчувати розмову; виражати як позитивні, так і негативні почуття. Тут також перелічені фактори, що характеризують соціально компетентну поведінку:

1. Вміння проявити волю, прийняти власне рішення. Прогнозування всіх наслідків ситуацій як прояв рефлексії.

2. Вибір раціонально обгрунтованої поведінки: розуміти і правильно приймати соціальний сигнал; розпізнавати принципи механізмів соціального управління (мається на увазі вміння самокритично і рефлексивно спостерігати, оцінювати власну поведінку); контролювати свій стан і звільнитися від соціального страху в спілкуванні з іншими.

3. Уміння керувати блокуючими почуттями (ненависть, агресія, гнів), переформувувати їх в продуктивну форму поведінки, виокремлювати фактори асоціальної поведінки та усувати їх.

4. Проявляти самоствердження і реалізовувати його без агресії, не за рахунок інших. Надавати іншому можливість сформулювати свої уявлення і аргументи.

5. Адекватно сприймати і інтерпретувати похвалу. У спілкуванні з іншими не занижувати і не завищувати самооцінку.

6. Вміти виявити конфліктну або близьку до неї ситуацію. Поряд з прогнозуванням та правильною оцінкою конфліктної ситуації розвивати стратегію її усунення, шукати різні можливості задоволення особистих домагань» [108].

Р.М. Чумічева виділяє наступні компетенції в соціально-комунікативній сфері:

- оволодіння способами соціальної взаємодії (допомога, договір, діалог,

постановка питання, наслідування, узгодження, суперечка, доказовість, прийняття, організація спільної діяльності, спільне обговорення проблеми і результату тощо);

- оволодіння способами мовних комунікацій (фрази, вигуки, вигуки, оцінки, реакції, асоціації, образні вислови, пропозиції, опис, пояснення і т.п.);
- оволодіння способами організації спільної діяльності (орієнтація на загальні цілі, цінності, правила, спільне планування, самостійне прийняття рішень, регулювання відносин, позитивна оцінка іншого);
- оволодіння способами самопізнання (уявлення про ім'я, прізвище, по батькові, адекватна оцінка вчинків, поведінки, свого «Я», інших людей);
- оволодіння способами емоційної саморегуляції (самостійне стримування негативних емоційних проявів, мовленнєвий позитивний супровід, вибір правильного рішення);
- оволодіння способами диференціації свого статевого способу і поведінки (адекватні, орієнтовані на образ іншого (мати, батько), узгоджені, точні);
- оволодіння способами співробітництва та партнерства [229].

Л.В. Трубайчук, розглядаючи процес соціального розвитку дитини як сукупність безперервних закономірних змін в особистості, що приводять до виникнення нових якостей, таким чином формулює поняття соціальних компетенцій дошкільника: «це набуті дитиною даного віку компетенції, необхідні для входження зростаючої особистості в суспільство..., цінні для його подальшої життя уміння і навички колективної поведінки і колективної діяльності, вміння приймати спільні цілі, здійснювати пізнавальну діяльність, звикати до саморегламентации своєї активності, до узгодження її з іншими людьми на основі загальнолюдських цінностей, завдяки чому і формується соціальний досвід і соціальна зрілість»[213]. Вона ж, аналізуючи основні завдання соціалізації дітей дошкільного віку, виводить ключові компетенції дошкільника.

Узагальнення та аналіз психолого-педагогічної наукової літератури дозволяє сформулювати поняття «соціальна компетентність» стосовно дітей дошкільного

віку, а також визначити початкові компетенції, сукупність яких складає соціальну компетентність.

Таблиця 1.2

Ключові соціальні компетенції дитини

Ключові компетенції	Набуті уміння	Формовані якості
Загальнокультурні компетенції	Уміння керувати своєю поведінкою, дотримуватися правил гри, предметної та трудової діяльності, виконання вимоги дорослих	Акуратність, ввічливість, бережливість, самопізнання, самостійність
Фізичні компетенції	Уміння долати перешкоди, вміння керувати своєю поведінкою.	Витривалість, гнучкість, спритність, швидкість
Пізнавальні компетенції	Уміння аналізувати, порівнювати, узагальнювати, здійснювати самоконтроль і самооцінку на предметному рівні	Цікавість, допитливість, пізнавальний інтерес, пізнавальна активність, довільність, самостійність
Ціннісно-сміслові компетенції	Вміння виконувати обов'язки, слідкувати за тваринами, надавати посильну допомогу дорослим, співпереживати, позитивно ставитися до людей, вміння ставити себе на місце іншого, бачити речі з його позиції	Соціальний досвід, соціальна активність, доброта, чесність, милосердя, працьовитість, відповідальність
Комунікативні компетенції	Уміння співпрацювати з дітьми і дорослими, вміння користуватися вербальними і невербальними засобами мови, вміння враховувати не тільки свою, але і чужу точку зору.	Комунікативність, взаєморозуміння, взаємопідтримка, товариськість, ввічливість, емпатія, співробітництво, толерантність

Особистісна компетенції	Уміння усвідомлювати своє «Я» позитивно ставитися до себе, здійснювати і розуміти свою позицію, здійснювати самостійний вибір	Суб'єктна активність, творча ініціатива, самопізнання, самосприйняття, самозміна, саморозвиток, соціальний досвід
-------------------------	---	---

Соціальна компетентність дитини – це база, на якій буде вибудовуватись соціальна компетентність дорослої людини за умови формування ключових компетенцій. Соціальна компетентність – інтегральна якість особистості дитини, що дозволяє їй, з одного боку, усвідомлювати свою унікальність і бути здатною до самопізнання і самозміни, а з іншого – виявляти себе частиною колективу, суспільства, вміти вибудовувати відносини і враховувати інтереси інших людей, брати на себе відповідальність і діяти на основі загальнолюдських і національних цінностей. Ми використовуємо замість терміну «ключові соціальні компетенції» термін «початкові компетенції», підкреслюючи тим самим, що мова йде про дітей зі спектром аутистичних порушень. Початкові компетенції, з яких складається соціальна компетентність, формуємо в площині бачення цього питання А.В. Хуторським, Л.В. Трубайчук: ціннісно-сміслова; загальнокультурна; пізнавальна; комунікативна; особистісна.

Ціннісно-сміслова компетенція відноситься до сфери складання уявлення дитини про цінності навколишнього соціокультурного середовища і поведінки відповідної цим цінностям. Перш за все, це людина як головна цінність, її безпека і право на вибір, свобода думки і повага різних способів і варіантів реалізуватися. Цінності позитивних взаємин, любові, сімейного укладу, допомоги і підтримки в ній потребуючого. Цінності збереження свого крихкого світу, пошуку свого місця і усвідомлення свого взаємозв'язку з усім суцям. Цінність праці та її результатів, повага людини-творця.

Загальнокультурна компетенція охоплює коло питань, що відносяться до культури в різних сенсах цього поняття. Це і культура спілкування, культура побуту та облаштування своєї повсякденної діяльності, особистого простору. Це і культура того місця, в якому росте дитина, національної регіональної

самобутності, насиченість традиціями, культурними подіями, духовними потребами людей і можливість реалізації цих потреб в мистецтві, релігії, спорті тощо.

До пізнавальної компетенції відноситься сукупність компетенцій в області самонавчання, уміння здобувати інформацію, переробляти її, оволодіння навчальними навичками і розумовими операціями, плануванням своїх дій, самоконтролем помилок за допомогою дорослого і без, навичками продуктивної і творчої діяльності, основами проєктивної діяльності.

Комунікативна компетенція – це сукупність компетенцій, які забезпечують дитині можливість активних безконфліктних взаємодій з людьми різного віку, реалізації спільної діяльності, отримання спільного результату, володіння різними видами комунікацій.

До особистісної компетенції відносяться компетенції, спрямовані на освоєння способів самостійної діяльності, вирішення проблем, що приведе в кінцевому підсумку до освоєння способів саморозвитку і самопізнання; а також усвідомлення себе як особистості, здійснення самостійного вибору та вміння брати відповідальність за цей вибір. Коло самостійної діяльності, що веде до самопізнання і саморозвитку досить широке – від самообслуговування і усвідомленого ставлення до свого здоров'я до формування особистісних якостей, самодисципліни, уміння підкоряти себе правилам.

Процес соціалізації дитини, формування компетенцій відбувається в певних соціальних умовах, які створюються дорослими. Вони складаються з багатьох шарів відносин з середовищем, людьми, зовнішніх впливів. Сукупність цих умов – те, що Л. С. Виготський і його послідовники називають «соціальною ситуацією розвитку» дитини. Соціальна ситуація розвитку змінюється у міру дорослішання дитини, тому що відносини з соціальним середовищем носять характер взаємозалежності і взаємовпливу. У період дошкільного дитинства дитина цілком залежна від дорослого. Вона розвивається в тому соціальному, культурному

середовищі, яке дано йому від народження. Основи моральних уявлень, моделей поведінки вона вбирає від оточуючих її дорослих і однолітків.

Покоління сучасних молодих батьків перебуває в ситуації пошуку нових цінностей. Далеко не всі розуміють важливість впливу їх способу життя, спілкування, соціальної активності на формування особистості дитини. Часом батьки не дають позитивні соціальні зразки, стають причиною проблем поведінки, неуспішності дитини, складнощів адаптації та реалізації здібностей і можливостей. У сучасних умовах освітні установи покликані допомогти дітям самореалізуватися, придбати ті компетенції, які допоможуть їм успішно адаптуватися в суспільстві і самостійно будувати свою долю. Це можливо за умови створення грамотно побудованого соціокультурного середовища розвитку дитини в дошкільному чи шкільному закладі, надання можливості їй активно взаємодіяти з усіма компонентами середовища – значущими дорослими, однолітками, предметним і культурним змістом.

Інша важлива умова – компетентний дорослий, який створює це середовище, підтримує його, трансформує в залежності від потреб дитини, і при цьому враховує всі аспекти розвитку її особистості. Дорослий є провідником між дитиною і предметним світом, помічником в його освоєнні, консультантом і джерелом знань.

Формування початкових компетенцій дитини найбільш ефективно відбувається в соціальному середовищі, де вона може проживати різні соціальні ролі, бути молодшою і потребуючою допомоги, бути старшою, помічником, наставником; будувати стосунки з дітьми різного віку, розуміти потреби і проблеми більш слабких. Це можливо, коли група дітей формується за різновіковими принципом.

1.1.4. Організаційно-педагогічні умови формування соціальних компетенцій дітей. Будь-яка система допомоги дитині може функціонувати лише за відповідних умов (Ю.А. Конаржевський, Г.Н. Серіков, Ю.П. Соколик та ін.).

Синтезуючи визначення Ю.К. Бабанського, А. Я. Найна, В. А. Сластеніна та ін, під педагогічними умовами ми розуміємо сукупність об'єктивних можливостей, змісту, форм, методів, педагогічних прийомів, спрямованих на вирішення поставлених дослідних завдань.

При визначенні умов, реалізація яких сприятиме формуванню соціальних компетенцій у дітей, ми виходили з таких положень:

- урахування соціального замовлення суспільства;
- аналізу психолого-педагогічної літератури з проблем соціального розвитку дітей та формування соціальних компетенцій;
- використання можливостей компетентнісного, антропологічного та діяльнісного підходів.

Модель формування соціальних компетенцій дітей в умовах освітньої установи буде ефективною при виконанні таких умов:

- формування груп дітей дошкільного віку за різновікових принципом;
- створення і підтримка соціокультурного предметно-просторового розвиваючого середовища;
- володіння педагогами професійною компетентністю в області формування соціальних компетенцій вихованців.

Перша умова - формування дошкільних груп за різновіковим принципом. Багато дослідників оцінюють різновікові групи і колективи як оптимальну модель середовища розвитку дитини (Л.С. Байбородова, Б.З. Вульф, ЕН Герасимова, С.Л. Ільюшкіна, О.В. Соловйов та ін.). А.Г. Харчев відзначає, що якщо сім'я об'єднує людей різного віку, статі, професій, включає декілька дітей, то їх емоційний та інтелектуальний розвиток стає більш змістовним і всебічним. Що ж стосується характеру взаємовпливів старших і молодших, то ролі керівників, вихователів, організаторів, порадників грають старші, вони передають свій досвід молодшим, а молодші розвиваються швидше під впливом досвіду старших сестер і братів [2]. Підкреслюючи, що сучасна сім'я є, як правило, нуклеарного типу і не може забезпечити дитині змістовної повноти спілкування, прообраз ідеального

виховного середовища дослідники вбачають у селянській патріархальній багатопоколінній сім'ї (Г.Г. Кравцов).

Важливість постійного спілкування з дітьми різних вікових груп, відзначає Л.І. Божович, створює у дитини досвід різноманітних відносин: молодшому він повинен поступитися, захистити його, подбати про нього; старшому він повинен підкоритися, може наслідувати його вчинки, вчитися у нього організованості, відповідальності. Весь цей досвід відносин сприяє формуванню у дітей різних рис розуму і характеру [24]. Дослідження можливостей різновікових груп і об'єднань школярів у соціальному вихованні підлітків і юнаків проводилися в різні роки минулого століття (А.С. Макаренко, Л.І. Новиков, В.О. Сухомлинський, В.П. Ситников, Л.І. Уманський, С.Т. Шацький), тривають і в даний час (Л.В. Байбородова, М.І. Рожков), виходять на новий рівень у світлі сучасних завдань освіти (Є.І. Анохін, О.В. Димов та ін.). Встановлено, що об'єднання дітей різного віку позитивно впливає на розвиток як інтелектуальних умінь (М.А. Балабан, Е.Б. Давидович, В.К. Дьяченко, М.І. Перетятко та ін), так і особистісних якостей (В.А. Караковський, В.А. Сухомлинський, О.В. Соловйов).

Проводилися дослідження можливостей співдружності дітей дошкільного та молодшого шкільного віку в процесі ігрової, пізнавальної, трудової, художньої, спортивної видах діяльності (Н.К. Виноградова, О.Г. Жукова, В.В. Зайко, А.Є. Кондратенко, Е.Е. Кравцова, М.М. Пашкова, Н.Ф. Тарловський, Л.В. Тимошенко). У різновіковому спілкуванні і взаємодії забезпечується насамперед ефект соціального розвитку – досягнення оптимальної форми соціальної активності, яка робить людину здатною впливати на свої життєві обставини і на себе самого.Різновікові оточення в освітній установі збагачує соціальний досвід дитини і створює умови для її особистісного і соціального розвитку. Вироблені навички спілкування з більшим колективом сприяють розвитку контактності і комунікабельності дитини, забезпечують формування соціальної відповідальності, здатності відчувати і розуміти інших [96]. Дослідивши соціально-психологічний клімат в різновіковій групі ДНЗ,

Т.Ю.Кирилова прийшла до висновку, що усвідомлення моральних норм більш адекватно у дітей з різновікової групи. Вони правильніше оцінюють поведінку інших дітей і мотивують свою оцінку [92].

Соціальна взаємодія в різновікових групах характеризується своєрідними психологічними механізмами. Коли дитина вступає у взаємодію як молодший, включається механізм наслідування, при цьому відбувається орієнтація на «зону найближчого розвитку». Коли дитина вступає у взаємодію як старший, включається механізм «соціального дорослішання». Відомо, що діти завжди прагнуть відчувати, підкреслити свою дорослість, виконуючи роль старшого.

Можна виділити наступні функції, які реалізуються різновіковою групою, точніше, тими взаємовідносинами, які в ній складаються:

- функція наступності;
- функція соціального захисту;
- компенсаторна функція.

Функція наступності полягає в тому, що старші діти передають, як на власному прикладі, так і через надання допомоги правила співжиття колективу, особливості організації життя групи. У процесі соціальної діяльності та спілкування відбувається перетворення наявного досвіду старших, а також збагачення і розвиток досвіду молодших. Взаємини в різновікової групі виконують функцію соціального захисту. Перш за все, це допомога старших молодшим в повсякденній і навчальній діяльності при виконанні непосильної для молодших роботи. По-друге, це підтримка тих дітей, яким важко повністю реалізувати свої можливості у відповідності з віком в силу особливостей розвитку. Такі діти комфортніше почуваються серед молодших, мають можливість утвердити себе, отримати визнання.

Взаємодія дітей у різновікової групі забезпечує компенсаторну функцію. «Властивості молодших завжди доповнюють властивості старших, і навпаки» (І.С. Кон).

Можна відзначити такі принципи розвитку соціальної взаємодії в різновікових групах (за Л.В. Байбородовою та М.І. Рожковим) [14]:

- інтеграція і диференціація інтересів дітей;
- варіативність вибору форм взаємодії старших і молодших;
- динамічність і поліваріативність рольової участі дітей у соціальних відносинах різновікової групи;
- референтність і нонконформізм у відносинах учасників взаємодії;
- саморозвиток і самоорганізація життєдіяльності різновікової групи.

В цілому сучасний стан вивченості проблеми організації освітнього простору і життєдіяльності різновікових груп відрізняється невисоким рівнем. Не повністю вивченими є механізми та специфіка розвитку дітей в різновікових групах і, як наслідок, відсутня концепція системної реалізації цих механізмів в освітньому процесі, зокрема, що стосується дітей з вадами розвитку [58].

Аналіз особливостей організації освітнього процесу в групах, що працюють за системою М. Монтесорі, дозволяє визначити такі підстави для оволодіння дітьми різного віку соціальних норм, розвитку соціально-значущих якостей:

- Формування груп з дітей 3 - 6 років у такому співвідношенні, щоб діти могли вибудовувати як горизонтальні, так і вертикальні відносини: по 5-6 дітей кожної вікової підгрупи і приблизно рівне тендерне співвідношення дітей;
- Створення соціокультурної розвиваючого середовища, в якомуї кожна дитина може знайти можливості і засоби для самореалізації, якісного і різноманітного спілкування, реалізації освітніх потреб і потреб відповідно із сенситивним періодом розвитку;
- Готовність вихователів групи до педагогічній взаємодії з дітьми різного віку, здатності діагностувати вікові та індивідуальні прояви учасників взаємодії, їх різноманітні взаємні впливи, оцінювати їх педагогічну доцільність і прогнозувати освітні результати;

- Створення і підтримка педагогами атмосфери прийняття кожної дитини, доброзичливості, терпимості, толерантності, рівноправної участі дітей різного віку у всіх подіях, проектах на рівні своїх можливостей і умінь;
- Дотримання прийнятих правил групи усіма членами співтовариства, незалежно від віку, надання старшими дітьми допомоги у виконанні правил молодшим;
- Гнучке поєднання індивідуальних та групових форм діяльності, в яких реалізуються різноманітні види взаємодії дітей, підтримка спільної діяльності під час вільної роботи з дидактичними матеріалами, особливо тих дітей, які заледве встановлюють відносини з дітьми групи;
- Розвиток і підтримка наставництва і навчання старшими дітьми молодших чи однолітків, яким потрібна додаткова допомога в освоєнні нового знання або навички, а також розвиток уміння просити і пропонувати допомогу;
- Постійна робота з сім'ями вихованців, залучення їх до традиційних святкувань, підкреслення сімейного типу побудови відносин між суб'єктами освітнього процесу.

Зазначені підстави впливають з гуманістичних принципів побудови освітнього: визнання самоцінності особистості кожної дитини, суб'єктності всіх членів спільноти, створенні умов для саморозвитку особистості, свободи вибору і самостійності, врахування індивідуальних особливостей кожної дитини, довіри та підтримки, інтегративності всіх процесів в ДНЗ чи школі.

Багаторічні спостереження показали, що адаптація дітей молодшого віку відбувається легше в різновіковій, ніж в гомогенній групі. Цьому сприяє турбота старших дітей про малюків, надання їм допомоги у всіх режимних моментах. З іншого боку, набуття навичок самостійності також відбувається швидше в різновіковій групі. Однією з причин цього є прагнення молодших дітей тягнутися за старшими, не відставати від них у спільних справах. У різновіковій групі практично відсутнє порівняння дітей один з одним, так як можливості та рівень освоєння різних компетенцій у всіх дітей групи різні. Практикована оцінка

досягнень дитини відносно попереднього рівня, сьогоденішнього порівняно з вчорашнім, дозволяє дітям формувати адекватну самооцінку, вчитися бачити свої досягнення і оцінювати їх. Надана свобода вибору партнера у спільній діяльності і спілкуванню, стихійні й організовані педагогами ситуації взаємодії і вирішення спільних творчих, побутових та ігрових завдань дітьми різного віку, дозволяє освоїти комунікативні навички, різні рівні спілкування, способи вирішення конфліктних ситуацій. Цьому допомагає і приклад педагога, який, демонструючи позитивний стиль спілкування, способи виявлення своїх почуттів, допомагає дітям поступово навчитися вирішувати проблеми взаємин, будувати їх конструктивно. Дитина проходить сходження від спроб і користування різних форм взаємодії до вироблення соціально позитивних навичок спілкування.

Серед дітей різного віку дитина послідовно і гармонійно переживає своє дорослішання, як би піднімаючись сходинками сходів, що ведуть у великий світ. Дивлячись на малюків, вона може бачити, якою була раніше. На прикладі старших розуміє, якою буде через рік - сильною, розумною, справедливою. Вона знає, що у старших хлопців є свої дорослі обов'язки, вони головні помічники вихователя, їм дозволяється те, що не дозволено молодшим. Крім того, старші діти знають багато цікавих ігор, вміють стрибати через скакалку, спритно кидати і ловити м'яч, швидко бігати. Вони можуть прийти на допомогу, заспокоїти і помирити малюків. З часом дитина поступово освоює всі складні дії, як би доростає до них. Її роль у групі змінюється, їй починають довіряти серйозні справи –наприклад, порізати фрукти і овочі для обіду, організувати гру і т.п. Дитина стає дорослою, тепер уже вона сама допомагає вихователю, сама може прийти молодшим на допомогу. І це відчуття, що дуже важливо, визріває в самій дитині. Вихователям не потрібно спеціально навчати дітей правильно поводитися. Дитина отримує такий досвід, творчо повторюючи дії старших дітей.

Важливими результатами різнопланового спілкування і взаємодії дітей ми бачимо формування таких значущих соціальних якостей, як:

- вміння запропонувати допомогу і попросити про допомогу;

- емоційна чуйність, співпереживання іншому, турбота про тих, хто її потребує;
- врахування і прийняття особливостей іншої людини, а, отже, терпимість і толерантність;
- адекватна самооцінка;
- впевненість у своїх силах, усвідомлення своєї значущості;
- комунікативні навички різних рівнів та видів.

Таким чином, комплектування груп за різновікових принципом з урахуванням реалізації гуманістичних принципів організації освітнього процесу і будування взаємин між суб'єктами спільноти приводить до формування соціально значущих якостей особистості дитини і, відповідно, до формування соціальних компетенцій школяра.

Як бачимо, наявність різновікових груп тісно переплітається з іншими умовами формування соціальних компетенцій дітей дошкільного віку – створенням соціокультурного розвиваючого предметно-просторового середовища і готовністю педагогів до реалізації принципів гуманістичної педагогіки. І тільки разом вони можуть дати позитивний ефект плекання соціально активної та грамотної особистості, здатної здійснювати вибір і брати на себе відповідальність, діяти на благо суспільства.

Друга умова реалізації моделі формування соціальних компетенцій – створення і підтримка соціокультурного предметно-просторового розвиваючого середовища.

Значення впливу розвивального середовища на формування соціальних компетенцій важко переоцінити. Поняття «середовище» є досить поширеним, але не має одного визначення. Середовище можна розуміти в широкому значенні як синонім поняття «навколишній світ» з усією гамою його різноманіття, сукупністю предметного та духовного світів, видимого і невидимого, явного і прихованого. У цей величезний світ потрапляє дитина з першої миті своєї появи на світ. Знаки світу і зв'язок з ним дитина отримує через те вузьке оточення, пред метне та соціокультурне, в якому вона живе. Це вже інше значення середовища: те

оточення, та обстановка, яка включає значущих дорослих, що створюють середовище проживання дитини, підтримують її зміст, наповнюють матеріальними, соціальними, духовними складовими, що міняють і руйнують його. Середовище не грає лише роль зовнішньої обстановки, а служить джерелом розвитку дитини, «виконуючи роль своєрідного пускового механізму, посилюючого чи гальмуючого внутрішні процеси» [134].

У дослідженнях Л.С. Виготського, А.В. Петровського, С.Л. Рубінштейна та ін.. переконливо показано, що середовище розвитку дитини є джерелом матеріалу для самопізнання, вона створює умови для усвідомлення себе цілісною особистістю. Н.А. Ветлугіна, В.А. Петровський під середовищем розуміють світ природи, людей, предметно-просторове оточення, здатне забезпечити соціально-культурне становлення дитини. Автори підкреслюють, що максимальний ефект впливу середовища на дитину досягається при грамотному поєднанні всіх компонентів середовища.

Під середовищем Н.Б. Крилова розуміє «оточуючий людину соціальний простір», зону «безпосередньої активності індивіда, його найближчого розвитку та дії» [107]. Основними параметрами середовища є відносини, цінності, символи, речі, предмети.

У вивченні механізмів впливу середовища на особистість психологи важливу роль відводять «соціальній ситуації розвитку». Л.С. Виготський під нею розуміє своєрідні, відповідні віку неповторні відносини між дитиною і навколишнім світом. Він прагнув зрозуміти зв'язок розвитку дитини з впливами оточуючого середовища, які будуть залежати від того, в яких взаєминах із середовищем знаходиться сама дитина, при цьому важливо враховувати зміни в самому середовищі і в розвитку дитини. Л.С. Виготський зазначав, що те, що повинне вийти в кінці розвитку, вже дано в середовищі присутнє від самого початку. У цьому полягає «найбільша особливість дитячого розвитку, яка удосконалюється в таких умовах, коли «зразок »і« ідеальна форма », кінцева форма, та, яка повинна з'явитися в кінці розвитку, не тільки існує в оточуючому суспільному

середовищі і взаємодіє з дитиною від самого початку, але воно реально спрямовує і регулює процес розвитку і є його джерелом» [42].

Л.І. Божович визначає середовище як особливе поєднання внутрішніх процесів розвитку і зовнішніх умов, що обумовлюють і динаміку розвитку, і нові якості освіти. Вона зауважує, що дуже важливо зрозуміти характер переживання дитини, включеної в середовище, характер її афективного ставлення до середовища. Погляд на особистість як індивідуальність і соціальний тип дозволяє зрозуміти, що, чим ширші можливості відкриває середовище перед дитиною, тим неповторнішим і самобутнішим є її життєвий шлях. У зв'язку з останнім зауваженням цікавим є висновок А.Н. Басова про педагогічний потенціал середовища в соціальному загартовуванні особистості: «Середовище, володіючи певною змушуючою силою, грою своїх стихій, багатогранністю ніш та видів діяльності, створює для дитини можливості іти певними коридорами, що вимагають оволодіння і реалізації відповідних наборів соціальних дій, що включають в різноманітні варіанти взаємодії» [58, с.76]. З гуманістичних позицій – чим ширше середовище надає людині доступ до загальнокультурним надбань, чим вони різноманітніші, і чим більше воно надає можливостей для саморозвитку людини, тим більше це середовище задовольняє умовам, необхідним для виховання [104]. В особистісно-орієнтованому світлі взаємовідношення середовища і розвитку особистості розуміється як різноманітний, суперечливий і «просторово-об'ємний за характером» взаємозв'язок індивіда з тим, що його оточує. Творчий, виховний потенціал середовища привертає педагогів-практиків і дослідників. При цьому можна говорити про наявність «множинності середовищ», в яких відбувається соціалізація дитини – соціокультурне, освітнє, безпосередньо культурне середовище тієї спільноти, куди включена дитина, виховне, розвиваюче, предметне, предметно-просторове і т.д.

Під соціокультурним середовищем розуміють «конкретний ... соціальний простір », за допомогою якого дитина включається в культурні зв'язки

суспільства. Це і сукупність різних (макро-та мікро-) умов її життєдіяльності та соціальної (рольової) поведінки, це і її випадкові контакти і глибинні взаємодії з іншими людьми, і конкретне природне, предметне оточення як відкрита до взаємодії частина соціуму. Соціокультурне середовище може бути оптимально сприятливим, нейтральним, ворожим для дитини. Особливості середовища повинні враховуватися педагогом, оскільки педагогічний вплив на дитину завжди «опосередковується», тобто сприймається дитиною двояко: і як відносно автономним індивідом, і як частиною цілком конкретної соціокультурного середовища [107]. Під «освітнім середовищем» розуміють «частину соціокультурного простору, зону взаємодії освітніх систем, їх елементів, освітнього матеріалу і суб'єктів освітніх процесів». Освітнє середовище також володіє великою мірою складності, оскільки містить декілька рівнів – від національного, регіонального до основного свого першого елемента – освітнього середовища конкретного навчального закладу і класу [107].

Саме поняття освітнього середовища (і похідні від нього) розроблялися протягом останніх десятиліть рядом вчених як у нашій країні, так і за кордоном. В.І. Слободчиков, В.А. Петровський, Н.Б. Крилова, М.М. Князева та ін. розробляли філософські аспекти поняття «освітнє середовище», прийоми і технології його проектування. У застосуванні до практики навчання і виховання питання конструювання освітнього середовища розглянуті в роботах О.С. Газмана, М.В. Кларіна, І.Д. Фрумїна, В.А. Левїна та ін. Приділялася увага даному питанню і в працях основоположників системи розвиваючого навчання В.В. Давидовим, В.В. Рубцевим, Б.Д. Ельконїною. Окремі аспекти середовищної проблематики в історії вітчизняної школи отримали висвітлення в працях В.Г. Бочарової, Р.Б. Вендровскої, З.А. Галагузова, Т.Н. Мальковскої, В.З. Равкіна, В.Д. Семенова, М.М. Скаткіна, Ф.А. Фрадкіна та ін. Одна з серйозних спроб всебічного аналізу виховного потенціалу середовища з позицій сучасності була зроблена Ю.С. Майнуловим. У своїх роботах він наводить ґрунтовний огляд педагогічних досліджень середовища [123, 124].

В.І. Слободчиков пише: «Освітнє середовище не є щось однозначне і наперед задане, середовище починається там, де відбувається зустріч, де утворює і утворюється; де вони починають спільно його проектувати і будувати - і як предмет, і як ресурс своєї спільної діяльності; там, де між окремими інститутами, програмами, суб'єктами освіти, освітніми діяльностями починають вибудовуватися певні зв'язки і відносини» [206].

У зв'язку із зміцненням позицій гуманістичної освіти постають завдання проектування нового освітнього середовища як багатовимірного простору, адекватного сучасним потребам дітей і підлітків, відповідного тенденціям розвитку сучасної культури, економіки, виробництва і технологій. Тому потрібна і розробка гнучкого середовищного підходу, орієнтованого не стільки на об'єктний, предметний світ, скільки на розвиток світу комунікацій, зв'язків і взаємин в освітній системі; на предметне і комунікаційне забезпечення розвиваючого і організуючого середовища.

М. Полані показав в своїй роботі, що всяке знання особистісне. Тому освітнє середовище кожної особистості є «особистісним» простором пізнання і розвитку. Проектування гуманістичного освітнього середовища вимагає реорганізації навчального простору, організації особливої культурної діяльності в дитячих спільнотах, перетворення навчальних програм і планів на принципах варіативності і альтернативності. Це забезпечує дитині можливість вибору діяльності, батькам – можливість побачити перспективи і потенціал своєї дитини, освітній установі – стати справді культурним центром для дитячих і доросло-дитячих спільнот, педагогу – підвищити свою професійну культуру і компетентність, оскільки управління освітнім середовищем частково полягає у зміні психологічних установок працівників освітнього закладу. Середовищно-орієнтований підхід у навчанні дозволяє перенести акцент у діяльності викладача з активного педагогічного впливу на особистість дитини в область формування освітнього середовища, в якій відбувається її самонавчання і саморозвиток. При такій організації освіти включаються механізми внутрішньої активності дітей в

їх взаємодіях із середовищем. Основні практичні завдання, що вирішуються в рамках серед-орієнтованого підходу:

- конструювання різноманіття навчальних середовищ;
- визначення загального і локального навчального ефекту та його підвищення;
- аналіз впливу середовища на подальшу поведінку, на розвиток суб'єкта [63].

І.Д.Фрумін, розглядаючи умови становлення особистості школяра в демократичному суспільстві, виділяє важливі відмінності середовищного підходу від соціального виховання (або «прямої соціалізації»), маючи на увазі під цим спеціально організовані заняття, спрямовані на соціальний розвиток дітей [219].

По-перше, пряма соціалізація організовується у вигляді спеціальних заходів, а «середовищна» відбувається в «природному» середовищі перебування дитини в школі.

По-друге, досвід, отриманий на спеціальних учбових заняттях, не містить внутрішніх механізмів перенесення на інші практики, в той час як в природному середовищі формуються вміння, пов'язані з перенесенням, оскільки дитина сама проходить етап ініціації дії.

По-третє, джерелом активності в штучних практиках є вчитель, а в середовищі – сама дитина, її життєвий інтерес, з одного боку, і об'єктивні компоненти середовищного контексту – з іншого.

Четверта відмінність полягає в тому, що при всіх спробах створити систему виховної роботи сукупність окремих заходів ніколи не матиме цілісності (а, відповідно, і кумулятивного ефекту) правильно влаштованого життя. Середовищний підхід дозволяє аналізувати і задавати контекст розвитку школярів.

П'ята відмінність стосується того, що будь-яка область шкільного життя при організації відповідної спеціальної рефлексії і комунікації може стати місцем отримання досвіду демократичної поведінки і взаємодії [40].

Середовищний підхід у вихованні базується на комплексі науково-філософських уявлень про те, чим є особистість, середовище, як вони пов'язані одне з одним, яким може і має бути опосередковане управління процесом розвитку і формування особистості дитини. Цим обумовлюються пошуки педагогів і дослідників шляхів гармонізації відносин, педагогізації середовища, залучення дітей до цінностей культури, на основі яких людина формується як гуманна моральна особистість та реалізує себе у світі, у створенні нових цінностей, культури [29].

Цікавим є підхід Н.Є. Щуркової [245] до виховного середовища як сукупності навколишніх соціально цінних обставин, що впливають на особистісний розвиток дитини і сприяють її входженню в сучасну культуру. Н.Є.Щуркова підрозділяє виховне середовище на предметно-просторове, поведінкове, подієве і інформаційно-культурне оточення.

Трансформуючи її бачення на освітню установу, можна охарактеризувати ці чотири оточення таким чином. Предметно-просторове оточення дитини створює психологічний фон, на якому розгортаються взаємини всіх, хто знаходиться в приміщенні установи. Предметно-просторове оточення стає фактором виховання дитини лише в тому випадку, коли за предметом бачиться ставлення, коли за речами вгадуються інтереси, коли матеріальні кошти виступають для всіх суб'єктів освітнього процесу як умова найкращого стану кожного члена колективу, коли дитина піклується про цей світ, творчо перетворюючи предметний простір у міру своїх сил.

Поведінкове середовище освітньої установи народжується як певна єдина карта поведінки, властива дитині в даній установі, за рахунок домінування тих чи інших поведінкових форм: усталені інтонації у зверненні, міміка та жести при розмові, пози при діалозі, характер спільної діяльності дітей і педагогів, окремі вчинки дітей, конфлікти та їх вирішення.

Подієве оточення – це сукупність подій, що потрапляють в поле сприйняття дитини, яке слугує предметом емоційного переживання, оцінки; приводом до

роздуму і підставою для життєвих висновків: якщо дитина бачить відносини там, де на поверхні лежать випадок, дії, обставина, то дана подія стає чинником її особистісного розвитку.

Інформаційне оточення дитини також має виховне значення, коли в освітній установі є предметне середовище, насичене матеріалами, іграми, ілюстративним матеріалом, книгами, які доступні дітям і дають поживу для отримання інформації для розвитку; коли в практиці роботи вихователів вибудовується традиція обміну інформацією між дітьми, між дітьми і дорослими.

Виховання, підсумовує Н.Є. Щуркова, – це створення нормальних, відповідних культурі умов життя для дитини, позитивні впливи яких педагог підсилює, негативні нейтралізує або інтерпретує з позиції сучасної культури. Реалізація мети – особистість, здатна будувати життя, гідне людини, – з позицій культурологічного підходу до виховання в першу чергу забезпечується соціально багатим оточуючим середовищем [245].

На наш погляд, найбільш важливе розуміння освітнього середовища як сукупності умов і впливів на зростаючу особистість, а також можливостей для формування її соціальних компетенцій, що містяться в соціальному і предметному оточенні і її внутрішньому, особистісному потенціалі. Використання поняття соціокультурне предметно-просторове розвиваюче середовище освітнього закладу, підсилює єдність духовно-ціннісного і предметного світу у житті дитини. Поєднання термінів «соціокультурне», «предметно-просторове» і «розвиваюче» в єдине поняття дозволяє підкреслити, що це середовище, яке включає предмети, речі, образи, знаки, символи, в яких відбивається культура поколінь різних народів і досвід, знання та вміння, накопичені людством, а також відносини особистості до цінностей, праці, творчості, які служать розвитку і саморозвитку дитини.

Принцип культуровідповідності виховання є одним з важливих в педагогіці і його реалізація багато в чому залежить від грамотної побудови середовища освітньої установи. «Основні функції культуровідповідного виховання

полягають у створенні різних культурних середовищ, де будуть здійснюватися розвиток дитини і придбання нею досвіду культуровідповідної поведінки, надання їй допомоги в культурній самоідентифікації і самореалізації своїх творчих задатків і здібностей» [27]. П.А. Флоренський писав, що «культура є середовищем, яке зрощує і плекає особистість». Гуманістична модель освіти культуровідповідного типу орієнтує науку і практику на відкриття нових аспектів цінностей культури у виховному процесі: ціннісні підстави особистісно-орієнтованого виховання (Е.В. Бондаревська, Т.І. Власова та ін), моделювання виховної системи як середовища виховання особистості (Е.Н. Степанов та ін), виховання особистості в подієвому середовищі (В.І. Слободчиков, Є.І. Ісаєв) виховання особистості в художньо-творчому середовищі (Т.С. Комарова, Л.В. Компанцева, Р.М. Чумічева та ін.).

Говорячи про соціокультурне предметно-просторове розвивальне середовище, необхідно відзначити його педагогічний, тобто спеціально організований характер, як результат професійної діяльності педагогів. Те чи інше середовище стає педагогічним тільки тоді, коли «наявний соціокультурний зміст» перетворюється на засіб і зміст звертання, «власне освітнє середовище» (за В.І. Слободчиковим). Л.С. Виготський писав з цього приводу: «В основу виховного процесу має бути покладена особиста діяльність учня, і все мистецтво вихователя повинно зводиться тільки до того, що направляти і регулювати цю діяльність ... Учитель є з психологічної точки зору організатором виховного середовища, регулятором і контролером його взаємодії з вихованцем ... Соціальне середовище є істинний важіль виховного процесу, і роль учителя зводиться до управління цим важелем»[43, 245].

Звертаючись до сучасних досліджень і програм дошкільної та шкільної освіти, можна побачити, що проблема розвиваючого середовища дитячої освітньої установи розглядається як найбільш актуальна. Саме в такій установі можлива організація такого середовища, спрямованого на «гармонізацію з точки зору кількості, різноманітності, неординарності, мінливості, ступеню впливу на

особистість дитини» (Р.Б. Стеркіна) всіх його компонентів, яка сприяє розвитку особистості дитини. Вивченням питань про виховний потенціал розвиваючого середовища, його впливу на розвиток особистості дитини займалися багато провідних відомих педагогів і психологів: Л. І. Божович, Л.С.Виготський, Є.В.Зворигіна, Т.С.Комарова, А.Н.Леонтьєв, А.С.Макаренко, С.Л. Новосьолова, Н.І.Поддьяков, Є.І.Тихеева, Е.А.Флерина та інші.

Середовище вивчалось з точки зору різних в науці підходів: системного, діяльнісного, вікового, особистісно-орієнтованого, середовищного та ін. При цьому значно глибше розроблено питання про матеріальну складову середовища, ніж про два інші не менш, а в деякій мірі і більш важливі складові середовища – суб'єктну та соціально-емоційну.

У концепції С.Л. Новосьолової розглядається поняття предметного розвиваючого середовища як системи матеріальних об'єктів діяльності дитини. В основу системного, діялісно-вікового підходу покладена пряма залежність виховно-освітнього процесу установи від змісту виховання, віку, досвіду, рівня розвитку дітей та провідного виду діяльності. С.Л. Новосьолова відзначає, що розвиваюче середовище будується з метою надання дітям якомога більших можливостей для активної цілеспрямованої і різноманітної діяльності [144].

У концепції В.А. Петровського і Л.М. Кларіна розкрито і науково обгрунтовано принципи побудови предметного розвиваючого середовища з опорою на особистісно орієнтовану модель взаємодії дорослого і дитини: емоційність, динамічність, стабільність, гнучке зони вання, врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей, відкритість середовища [178]. Концепція дошкільної освіти визначає розвиваюче предметне середовище дитячої діяльності як систему матеріальних об'єктів, які функціонально моделюють зміст фізичного і духовного розвитку дитини. Побудова розвиваючого середовища повинно відповідати таким принципам:

1. Принцип дистанції, позиції при взаємодії;
2. Принцип активності, самостійності, творчості;

3. Принцип стабільності – динамічності розвиваючого середовища;
4. Принцип комплексоутворення і гнучкого зонування;
5. Принцип емоціоногенності, індивідуальної комфортності та емоційного благополуччя дитини і дорослого;
6. Принцип поєднання звичних і неординарних елементів в естетичній організації середовища;
7. Принцип відкритості – закритості;
8. Принцип обліку статевих та вікових відмінностей.

Середовище, як важлива умова успішного соціального розвитку, представлена в роботах Л.В. Коломійченка [96]. Продумане наповнення середовища дидактичними іграми і матеріалами, ілюстративними матеріалами, предметами реальної соціальної дійсності сприяють ранньому моральному, статево-патріотичному, правовому вихованню. У педагогічній технології, розробленої М. Монтесорі, середовищу відводиться вирішальна роль в процесі саморозвитку, самоосвіти дитини, становлення її особистості, розвитку внутрішнього потенціалу, освоєнню соціальних ролей, придбанню якостей самостійності і відповідальності, розвитку навчальних навичок [130].

Соціокультурне предметно-просторове розвиваюче середовище різновікової групи, що працює на принципах гуманістичної педагогіки згідно поглядів М. Монтесорі повинно:

- відповідати віковим, фізичним, психологічним особливостям і потребам кожної дитини різновікової групи, певним сенситивним періодам розвитку;
- надавати можливість для прояву ініціативи дитини, для найбільш повної реалізації творчих можливостей, розкриття природного потенціалу;
- бути джерелом інформації для організації самостійної та спільної діяльності дитини, для самонавчання;
- надавати можливість вільно вибирати діяльність, реалізувати задум, отримувати результат, а також оцінювати, усвідомлювати і відповідати за результат своєї діяльності;

- надавати можливість широкого поля взаємодії, спілкування з усіма членами співтовариства у групі на різних рівнях;
- забезпечити потребу дитини у створенні особистого простору діяльності, а при необхідності – усамітнення і релаксації;
- надавати можливість усвідомити себе значимою шанованою особистістю, здатною адекватно оцінювати себе, а також здатною поважати і позитивно приймати інших членів спільноти групи;
- надати можливість розвивати в собі самостійність, незалежність, вміння допомагати і просити про допомогу, робити помилки, без страху їх вчинити, виправляти помилки за допомогою інших і самостійно;
- сприяти формуванню самодисципліни, вміння дотримуватись правил;
- забезпечувати психологічну та фізичну безпеку і захищеність кожної дитини

В рамках реалізації другої умови нами проводилася робота в напрямі побудови соціокультурного предметно-просторового розвиваючого середовища, яке б відповідало принципам, викладеним у концепції В.А. Петровського і Л.М. Кларіна, роботах Л.В. Коломійченка та вимогам, висунутим в педагогічній технології М. Монтесорі.

Третя умова реалізації моделі формування соціальних компетенцій дітей – володіння педагогами, що працюють в різновіковій групі, професійною компетентністю гуманістичної спрямованості діяльності.

Соціальний розвиток дитини, успішне формування соціальних компетенцій багато в чому визначається позицією дорослого. Позиція дорослого, вихователя як творця умов, посередника між предметним світом, світом культури і дитиною, партнером її діяльності, спостерігача і оборонця її самостійної позитивної активності – це та позиція, яка властива гуманітарному педагогу. Сучасна модель освіти передбачає високі технології розвитку уяви, грамотності та інших базових можливостей дітей, що вимагає високої кваліфікації вихователів-педагогів. Дошкільна та шкільна освіта покликана «забезпечити не тільки високу

готовність дітей до шкільного навчання, але і їх ранню позитивну соціалізацію, зниження випадків асоціальної поведінки». У сучасній моделі освіти на період до 2020 року особлива увага приділяється професійній підготовці та перепідготовці педагогів, ставиться завдання організації безперервної освіти педагогічних кадрів, здатних вирішувати актуальні завдання, що стоять перед вітчизняною освітою. Перш за все, це перехід освітньої діяльності на принципи гуманістичної педагогіки, побудова освітнього процесу в рамках гуманітарної парадигми. У зв'язку з цим важливим стає не тільки прийняття і усвідомлення цих принципів педагогічною громадськістю, але й підготовка та перепідготовка вчителів, вихователів у відповідності з вимогами, що пред'являються до педагога гуманістичної спрямованості діяльності. Ключові ідеї гуманістичної педагогіки сформулювали американські психологи А. Маслоу і К. Роджерс. Згідно А. Маслоу, метою гуманістичної освіти є сама людина, яка самостійно творить себе. Вона повинна відповідати інтересам кожної конкретної особистості, сприяти її самоактуалізації. Головне завдання освіти, стверджує А. Маслоу, полягає в тому, щоб допомогти людині максимально повно реалізувати свої можливості [126].

К. Роджерс підкреслював, що гуманістичний педагог зобов'язаний приймати дитину такою, якою вона є, допомагати їй зрозуміти себе, сприяти і радіти її росту і самоактуалізації. Тільки приймаючи учня, розуміючи його думки і почуття, учитель, на думку К. Роджерса, зможе сприяти тому, щоб вчення стало значущим для вихованця, знайшло для нього особистістний сенс [189].

Слід відзначити значну роль вітчизняних вчених і педагогів у розробці ідей гуманістичного виховання і освіти, а також ролі вчителя та висунутих до нього вимог. Важливими є ідеї педагогів антрополого - гуманістичного напрямку (К.Н. Вентцель, П.Ф. Каптерев та ін); досвід практичного здійснення гуманістичних положень (А.С. Макаренко, С.Т. Шацький, В.А. Сухомлинський та ін); інноваційна діяльність представників «педагогіки співпраці» (Ш.А. Амонашвілі, О.С. Газман, ЕН Ільїн, В.Ф. Шаталов та ін); аксіологія сучасних досліджень основ виховання й освіти (М.Н. Берулава,

М.В. Богуславський, Г.Б. Корнетов, В.А. Пономаренко, З.І. Равкин та ін); теоретичні дослідження, що розкривають природу та умови реалізації особистісно орієнтованого навчання (Е.В. Бондаревська, І.А. Колесникова, В.В. Серіков, Е.Н. Шиянов, І.С. Якиманська та ін.).

О.С. Газман пов'язував розуміння гуманізму не просто з проголошенням людини вищою цінністю, «мірою всіх речей», але і з визнанням її прав на інтелектуальну та економічну свободу, моральну автономію, соціальну суверенність, природно, за наявності у неї соціальної, етичної та індивідуальної відповідальності за прийняті нею рішення. О.С. Газман так характеризує «гуманістичні максими» (або принципи) виховання [47]:

- дитина не може бути засобом в досягненні педагогічних цілей;
- самореалізація педагога полягає у творчій самореалізації дитини;
- завжди приймай дитину такою, якою вона є, в її постійній зміні;
- всі труднощі неприйняття переборюй моральними засобами;
- не принижуй гідності своєї особистості і особистості дитини;
- діти – носії прийдешньої культури; співставляти свою культуру з культурою зростаючого покоління; виховання - діалогу культур;
- не порівнюй нікого ні з ким, порівнювати можна результати дій;
- довіряй – не перевіряй!
- визнавай право на помилку і не суди за неї;
- вмій визнати свою помилку;
- захищаючи дитини, вчити її захищатися.

А.В. Хуторський сформулював заповіді вчителя, які відіграють роль принципів, що допомагають вчителю в повсякденній роботі [226]:

1. Прийми все, що є в дитині, як природне, навіть якщо це і не відповідає твоїм знанням, культурним уявленням і моральним установкам.
2. Прийнявши всі прояви дитини, як позитивні, так і негативні, супроводжуй її позитивну самореалізацію. Якщо всіляко допомагати і схвалювати працю і

досягнення дитини, стимулювати її творчі ідеї, то саме вони будуть в ній зростати та розвиватися.

3. Ніколи не намагайся вчити дитину безпосередньо. Завжди вчись сам. Тоді дитина, перебуваючи з тобою, буде завжди бачити, відчувати і знати, як можна вчитися.

4. Не задавай дітям питань, на які знаєш відповідь (або думаєш, що знаєш). Шукай істину разом з ними. Відчуй радість спільної з ними творчості і відкриття.

5. Щиро захоплюйся всім красивим, що бачиш навколо ... Нехай діти будуть наслідувати тебе в такому захваті. Через наслідування в почуттях їм відкриється і саме джерело прекрасного.

6. Нічого не роби просто так. Якщо ти з дітьми, то ти вчитель у кожен момент часу. Будь-яка ситуація для тебе – педагогічна. Умій створити її або використати виниклу ситуацію для вирішення освітніх завдань ... Обов'язково допоможи дитині усвідомити і сформулювати свої результати, оцінки, висновки.

7. Вважай своїм основним педагогічним методом усвідомлене спостереження за дитиною. Все, що вона робить чи не робить, є зовнішнім вираженням її внутрішньої сутності. Обговорюй з нею її успіхи і проблеми. Навіть роблячи це без неї, ти будеш допомагати їй.

Отже, до професійної компетентності педагога, що будує діяльність у рамках гуманістичної парадигми освіти, пред'являються вимоги, що виводять його на високий рівень осмислення педагогічної діяльності і своєї місії. Компетентнісний підхід до професійної діяльності педагогів в умовах гуманізації вітчизняної освіти отримує нове звучання.

На сучасному етапі проблемою вивчення багатьох досліджень стала професійна компетентність. (І.Г. Агапов, В.С. Безрукова, Н.М. Боритко, В.А. Дьомін, Е.Ф. Зеєр, А.К. Маркова, В.Д. Шадриков, О.Н. Шахматова, В.М. Шепель, С.І. Шишов, Н.А. Евєрт та ін.). Сутність компетентності в них розглядається в логіці професійної діяльності. Е.Ф. Зеєр, О.Н. Шахматова і В.М. Шепель вважають, що професійна компетентність є однією з складових

професіоналізму, в структурі якого виділяються: професійна придатність, професійна задоволеність, професійний успіх [69].

Н.М. Боритко визначає педагогічну компетентність вчителя «як його здатність до ефективної реалізації в освітній практиці системи соціально схвалюваних ціннісних установок і досягнення найкращих педагогічних результатів за рахунок професійно-особистісного саморозвитку» [29].

Е.Ф. Зеєр, О.Н. Шахматова під професійною компетенцією розуміють сукупність професійних знань і умінь, а також способи виконання професійної діяльності [70]. Е.Ф. Зеєр, називаючи компетенції інтегративними конструктами, вважає, що вони включають знання, вміння, навички, діяльні здібності і ціннісно-мотиваційні компоненти [69].

Д. Шадріков пропонує модель фахівця, що включає три види компетенцій, а саме: компетенції соціально-особистісні; компетенції загальнопрофесійні; спеціальні компетенції або професійно-функціональні знання та вміння, які забезпечують конкретизацію загально компетенцій [230]. Свою модель фахівця - випускника педагогічного вузу пропонують Ю.В. Фролов і Д.А. Махотін. Ця модель заснована на трьох рівнях основних (базових) компетентностей [218]. Кожен з цих рівнів адекватний блокам дисциплін другого покоління державного освітнього стандарту вищої професійної освіти:

- 1) загальнокультурні компетентності;
- 2) методологічні (загальнопедагогічні) компетентності;
- 3) предметно-орієнтовані компетентності.

Тобто, під професійною компетентністю педагога в області формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень ми будемо розуміти комплекс загальнокультурних і професійних знань і умінь педагога, вмотивованість на саморозвиток, рефлексію своєї діяльності, готовність до реалізації моделі формування соціальних компетенцій дітей. Аналіз психолого-педагогічної літератури показав, що, як правило, питання становлення професійної компетентності педагога вирішуються щодо

підготовки студентів до професійної діяльності та в меншій мірі зачіпають проблему професійного росту педагогів, які вже включилися в трудову діяльність. Останній напрямок бере на себе система підвищення кваліфікації педагогічних кадрів. Розвиток ефективної роботи в цьому напрямку повинен привести до реального переходу освіти на гуманістичні принципи роботи з підростаючим поколінням. Проблема полягає в тому, що, по-перше, системі підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів потрібен час для впровадження продуктивних дієвих методів роботи на новому рівні вимог, а по-друге, ця система недостатньо мобільна і не може охопити усіх працюючих педагогів. Крім того, доводиться констатувати, що курсова перепідготовка педагога не завжди приводить до істотних змін у його роботі, якщо не відбулося зміни його позиції як педагога. На наш погляд, розвиток майстерності педагога, його професійної компетентності знаходиться в руках самого педагога, і саме він стає тим, хто осмислено регулює стандарти своєї поведінки. Перш за все це відбувається через осмислення свого професійного досвіду. Зберігає свою актуальність висловлена К.Д. Ушинським думка про те, що передача готових рад, незалежних від конкретних умов навчання і виховання неможлива – передається ідея, виведена з досвіду, але не сам досвід. Особистісний досвід – це переживання сенсу, свого роду включення даного предмета, діяльності (з її цілями, процесом, очікуваними результатами та ін) в контекст життєдіяльності особистості, це об'єктивна цінність, що стала суб'єктивною установкою, поглядом, переконаннями, власним висновком з пережитого.

Питання підвищення професійної компетентності педагогів, що закінчили вузи 8-10 і більше років тому, механізми управління цим процесом розглядаються багатьма авторами. Були проведені дослідження в області керівництва та управління персоналом (Пітер Ф. Друкер, Г. Саймон, В. Томпсон, Б.З. Мільнер, А.І. Пригожин, В.Л. Семіков, О.С. Виханский та ін) . Розроблені управлінські технології і прийоми, засновані на різних механізмах роботи з людьми (наприклад , мотивація) і на подоланні «базових протиріч організації».

Аналіз праць авторів, що розробляють питання управління освітньою установою (К.Ю. Біла, В.С. Лазарєв, Ю.А. Конаржевській, М.М. Поташник, С.О. Езопова, Т.П. Колодяжна, А.С. Соколов, В. А. Якунін), показав, що дієвим механізмом ефективного управління кадрами в освітньому закладі, в якому реалізується експериментальна діяльність, є мотивування педагогів на інноваційну діяльність через залучення педагогів у розробку питань цілепокладання і проблематизації; послідовна реалізація методів зведення до мінімуму опору нововведенням (перепідготовка кадрів, розробка системи стимуляції і т.п.); згуртування колективу та підвищення ефективності організаційної культури організації.

Важливі питання професійного розвитку та становлення педагога інноваційної практики розглядаються в роботах фундаторів авторських шкіл, розробників теорії та практики інноваційних шкіл А.Н. Тубельського, Е.А. Ямбурга, В.А. Караковського, Г.Н. Прозументової, Н.А. Каргапольцевої. У них же зачіпаються питання вирішення завдання організації процесу становлення професійної компетентності педагогів, умов, необхідних для успішної реалізації цього процесу. Такі дослідники, як Е.Д. Днепров, П.Г. Щедровицький, Г.Н. Прозументова, А.О. Зоткін, Т.М. Ковальова, О.Н. Тубельській, І.Д. Фрумін, підкреслюють необхідність формування суб'єкта розвитку – нового суб'єкта педагогічної діяльності. Реалізація інноваційної практики неможлива без появи суб'єктної позиції педагога, а з іншого боку формування суб'єкта можливо лише тоді, коли він попадає в ситуацію розвитку. «Тільки в самій діяльності, потрапляючи в ситуацію розриву старих норм, смислів і цінностей з новими, людина входить в ситуацію формування і розвитку своєї суб'єктності» [219]. Тобто, людина розвивається, розвиваючи діяльність.

Головні пріоритети в педагогічній підготовці педагога полягають у створенні умов для включення його особистісних структур – свідомості, критичності, мотивування, смислоутворення, рефлексії і т.д. Завдяки їх діяльності починається процес педагогічної творчості: визначення цінності педагогічних впливів, свого

місця в стосунках з дітьми, цінностей діалогу, особистісних особливостей учнів, які визначають сенс, зміст і спрямованість їх утворення [108].

Таким чином, ще досі в освітній практиці не до кінця вирішеною залишається проблема створення таких умов в освітніх установах, які сприяли б становленню педагога гуманістичної спрямованості діяльності, готового реалізувати модель формування соціальних компетенцій дітей.

Аналіз підходів до методів і форм роботи із становлення педагога гуманістичної спрямованості діяльності сприяв розробці циклу семінарів та тренінгів, спрямованих на становлення професійної компетентності педагогів ДНЗ та середньої школи. Найважливішими завданнями даної роботи було наступне: сприяти педагогам у становленні суб'єктної позиції у власній діяльності; створити умови для оволодіння вихователями ефективних педагогічних засобів формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень та впровадження їх у повсякденну практику. Підбір педагогічних засобів, які б сприяли розвитку соціально-значущих якостей кожного вихованця, є важливою частиною розробленої нами моделі формування соціальних компетенцій дітей в умовах дошкільної групи та шкільного навчання. Перш за все, це засоби, що використовуються в педагогічній технології М. Монтесорі:

- організація вільної діяльності дітей у спеціально підготовленому (адаптованому до потреб дитини) середовищі;
- комплекс занять у формі спільної діяльності: загальні заняття різної тематики і спрямованості, що проводяться з усією різновіковою групою, уроки соціального життя;
- розробка та прийняття Правил групи, виконуваних всіма суб'єктами освітнього процесу.

Також для реалізації моделі формування соціальних компетенцій аутичних дітей нами обрані методи інтерактивного і рефлексивного навчання:

- моделювання реальних соціальних ситуацій і розігрування їх за ролями, проживання дітьми і присвоєння певного соціального досвіду;

- проведення рефлексивних кіл, що сприяють розвитку самооцінки своєї діяльності; вмінню аналізувати її і розрізняти свої почуття, які відчують при отриманні результату навчальної, дослідницької, творчої діяльності.

Важливо те, що педагогічні засоби, що використовуються в технології М. Монтесорі, і методи інтерактивного і рефлексивного навчання гнучко переплітаються, поєднуються, доповнюють один одного, представляючи комплекс різноманітних видів активної різнопланової, емоційно насиченої спільної і самостійної діяльності, що приводить до формування соціально значущих якостей особистості дітей зі спектром аутистичних порушень.

1.2. Психологічні особливості дітей зі спектром аутистичних порушень

1.2.1. Проблема аутизму в медико-психологічній літературі. Порушення розвитку дитини в медико-психологічній літературі окреслюється терміном «психічний дизонтогенез». Основними клінічними типами психічного дизонтогенезу на думку Г. К. Ушакова та В. В. Ковальова [93], є:

- ретардація, тобто затримка і стійкий психічний недорозвиток як загальний так і парціальний;
- асинхронія як нерівномірний, дисгармонійний розвиток, що включає ознаки ретардації та акселерації.

Розглянемо інший варіант класифікації, у якій диференційовано окремі варіанти аномалій:

1. недорозвиток;
2. затримка розвитку;
3. пошкоджений розвиток;
4. дефіцитарний розвиток;
5. спотворений розвиток;

6. дисгармонійний розвиток.

Для дизонтогенезу за типом загального стійкого недорозвитку найбільш типовим є ранній час ушкодження, коли виражається незрілість мозкових систем, в першу чергу більш складних, що мають довгий період розвитку. Типовим прикладом є олігофренія. Екстенсивність ураження, пов'язана з генетичними недоліками розвитку, дифузним ураженням незрілого мозку в ряді внутрішньоутробних, родових і ранніх постнатальних впливів, обумовлює первинність і тотальність недорозвитку мозкових систем. Вторинний ефект формується за рахунок недостатності впливу з боку найбільш постраждалих вищих психічних функцій, а також певною мірою і недостатність впливу дефектних базальних функцій на вищі.

Характерна інертність психічних процесів із фіксацією на примітивних асоціативних зв'язках, з труднощами їх перебудови. В асинхронії розвитку домінують явища ретардації. Різні функції недорозвинуті нерівномірно. Найбільш виражена недостатність вищих психічних функцій і менше — базальних. Так найбільше відставання у розвитку простежується за шкалою інтелекту, комунікації; в меншій мірі порушені сприйняття, пам'ять, моторика, елементарні емоції.

Для психічного дизонтогенезу за типом затримки психічного розвитку (ЗПР) характерне сповільнення темпу формування пізнавальної та емоційної сфери з їх тимчасовою фіксацією на більш ранніх вікових етапах.

Затримка психічного розвитку може бути викликана генетичними, соматогенними, психогенними факторами, а також церебрально-органічною недостатністю, найчастіше резидуального характеру (інфекції, інтоксикації, травми мозку). При цьому затримка розвитку емоційної сфери виявляється в різних клінічних варіантах інфантилізму. Сповільнення темпу пізнавальної діяльності пов'язують з хронічною астеною. Характерна мозаїчність уражень, де поруч з дефіцитарними функціями є і майже повністю збережені. Простежується інертна фіксація більш елементарних зв'язків, що призводить до затримки

інволюції більш ранніх форм. Явище асинхронії пов'язане з тим, що первинний дефект частіше порушує розвиток окремих базальних ланок психічних процесів, вищі структури страждають вторинно.

Порушений психічний розвиток має ту ж етіологію, що й органічний недорозвиток психіки. Основна відмінність патогенезу пов'язана з більш пізнім (після 2-3 років) паталогічним впливом на мозок, коли більша частина мозкових систем значною мірою вже сформована і їх неповноцінність виявляється лише згодом.

Зауважимо, що компонент пошкодження присутній маже у всіх видах аномального розвитку. В інших видах дизонтогенезу він є або ускладнюючим фактором, або пусковим механізмом. Характерною моделлю порушеного розвитку є позитивна деменція. При її появі в досить ранньому віці характер дизонтогенезу визначається поєднанням грубого порушення ряду сформованих психічних функцій з недорозвитком онтогенетичних більш молодих утворень (лобні системи). В старшому віці трапляється і первинне порушення лобних систем. Окрім порушення підкоркових функцій, також простежують значні відхилення в емоційній сфері, що веде до ізоляції окремих систем, розладу складних ієрархічних зв'язків, нерідко з грубим регресом інтелекту та поведінки.

Дефіцитарний розвиток пов'язаний з важким порушенням окремих аналізаторних систем: зору, слуху, мови тощо. Первинний дефект аналізатора або певної соматичної системи веде до недорозвитку функцій, пов'язаних з ними найбільш тісно, а також до затримки розвитку інших функцій, що гальмує психічний розвиток загалом. Асинхронія виявляється в різному ступені недорозвитку одних аналізаторних систем при збереженні інших. Дефіцитарність певних сенсорних і моторних систем спричиняє виникнення явищ ізоляції.

При спотвореному розвитку простежується складне поєднання загального недорозвитку, затриманого, порушеного та прискореного розвитку окремих психічних функцій, що зумовлюють появу якісно нових паталогічних утворень.

Спотворений розвиток притаманний ряду процесуальних спадкових захворювань. Найхарактерніша модель — аутизм.

Останнім часом поширеною є думка про зв'язок цієї аномалії розвитку з органічним ураженням мозку. Для порушеного розвитку характерна найбільш виражена асинхронія. У процесі формування психічних функцій простежується інша ієрархія в послідовності розвитку окремих систем, до деякої міри обернена нормальному онтогенезу. Велике значення в порушеному дизонтогенезі відіграє явище ізоляції: функції, що розвиваються прискорено, не „підтягують” розвиток інших, що призводить до стереотипів у мові, ігрових діях тощо.

Дизгармонійний розвиток структурно нагадує спотворений розвиток (явище ретардації одних систем з парціальною акселерацією інших). Основою цього виду є вроджена або рано набута стійка диспропорція психіки (переважно в емоційно-вольовій сфері).

Моделлю дизгармонійного розвитку є ряд психопатій, передусім конституційних, переважно спадково обумовлених, а також так звані патологічні формування особистості в результаті неправильних умов виховання.

Клінічні дослідження переконують у тому, що при одному й тому ж захворюванні можуть поєднуватися різні види дизонтогенезу. Це дає змогу розглядати окремі варіанти дизонтогенезу не як самостійне незалежне новоутворення, а скоріше як синдроми аномального розвитку, що можуть поєднуватися за умови домінування якогось одного.

Запропоновано різні концепції [22, 23, 253, 273, 390], щоб пояснити аутизм. Розглянемо основні: соціокультурну, психологічну і біологічну.

Соціокультурна концепція. Першим звернув увагу на специфічні риси батьків аутистичних дітей Лео Каннер. Певні властивості особистості батьків, на думку вченого, створюють несприятливий клімат для розвитку дитини, що й спричиняє виникнення хвороби. Згідно з його описом, такі батьки – це високоінтелектуальні, проте холодні люди, “батьки-холодильники”. Ці твердження мали суттєвий вплив на загальну думку і на думку батьків про самих себе. Пізніші дослідження не

підтвердили того, що батьки таких дітей обов'язково є жорстокими, холодними, які нехтують своїми обов'язками чи мають порушення психіки (Роузен, 1992).

Інші клінічні спеціалісти вважали, що високий рівень соціального і пов'язаного з навколишніми умовами стресу може бути однією з причин аутизму. Однак, дослідження спростували й цю гіпотезу. Вчені, які порівнювали дітей-аутистів з дітьми, які не мають цього розладу, не виявляли ніяких розбіжностей у кількості таких сімейних подій, як смерть батьків, їхнє розлучення чи фінансові проблеми в сім'ї (Кокс, 1975).

Отже, соціокультурна концепція пояснює лише деякі аспекти проблематики аутизму, не розкриваючи причин цього явища та не подаючи результативних способів допомоги.

Психологічна концепція. На думку деяких учених, в аутистів є вроджені перцептивні чи когнітивні порушення, що унеможливають їхнє нормальне спілкування та взаємодію з іншими. Такий погляд на проблему аутизму існує в рамках теорії «емоційно-когнітивного функціонування» (або «теорія розуму») (Леслі, 1997; Фрітц, 1989; Байрон-Кохен, 1997; Хейп, 1997).

За теорією “емоційно-когнітивного функціонування” (Theory of mind) людина здатна передбачувати та розуміти наміри, думки інших людей (а також власні) на підставі поведінки, вигляду, вербальних та невербальних аспектів комунікації [262].

До трьох чи п'яти років більшість дітей здатні брати до уваги думку іншої людини і розуміють, що, враховуючи цю думку, можна передбачити, що людина робитиме, тобто вони вчаться «читати думки» інших людей. Для пояснення цієї теорії наведемо приклад: «Іринка поклала м'ячик у скриньку для іграшок, а потім ми спостерігаємо, як Андрійко забирає цей м'ячик і відносить його в іншу кімнату, поки Іра спить. Ми знаємо, що Іра, коли прокинеться, шукатиме свій м'ячик у скриньці для іграшок, бо вона не знає, що Андрій забрав його. Ми знаємо це, оскільки беремо до уваги думку Іринки. Здорова дитина так само зможе передбачити поведінку дівчинки. Людина, яка має аутизм, цього зробити

не зможе. Така людина буде очікувати, що Іра піде за своїм м'ячиком в іншу кімнату, тому що м'яч є там. Те, що відбувається в голові дівчинки, для такої людини значення не має».

Досвід роботи з аутистами показує, що вони справді страждають своєрідною “розумовою сліпотою”. Тому їм важко брати участь у рольових іграх, ефективно взаємодіяти з іншими людьми, використовувати засоби мовлення, які передбачають врахування іншої думки. Чому ж аутисти мають таке емоційно-когнітивне обмеження? Як вважають Гермелін та О'Коннор (1998), це відбувається внаслідок порушень біологічного характеру в ранньому дитинстві, що спричинює неспроможність аутистичної дитини у процесі сприйняття відрізняти важливе від другорядного.

Біологічна концепція. Протягом багатьох років дослідники намагаються визначити, які біологічні аномалії можуть бути причиною нездатності виробити теорію емоційно-когнітивного функціонування чи всієї сукупності симптомів аутизму. Чіткого біологічного пояснення поки що не знайдено, вчені висловлюють кілька гіпотез. По-перше, дослідження батьків аутичних дітей, дають змогу говорити про певну роль генетичного чинника в розвитку цього розладу. Наприклад, у братів і сестер аутистів, хвороба розвивається в шести – семи випадках зі 100 (Пайвен та ін., 1997), тобто в 200 разів частіше, ніж у середньому в усіх людей. Однойцеві близнюки аутистів належать до найбільш ризикованої групи. Крім цього, у 10 – 12% людей, які мають аутизм, простежуються хромосомні аномалії (Садхалтер та ін., 1990). Деякі дослідники пов'язують аутизм також з ускладненнями, які виникають під час вагітності чи народження дитини (Рімланд, 1992; Гудмен, 1990). Ймовірність розвитку аутизму зростає, якщо жінка під час вагітності хворіла на краснуху, до чи після вагітності працювала з токсичними хімічними речовинами, чи якщо були ускладнення при пологах.

У 80-х роках ХХ століття виявлено специфічні біологічні аномалії, що вагомо вплинуло на дослідження розвитку аутизму. У деяких працях, наприклад,

особливу увагу зосереджено на мозочку (Корчесне, 1997). Результати нейрофізіологічних досліджень дають змогу припустити, що в аутистів ще в ранньому дитинстві виникають аномалії в цій частині головного мозку. Якщо мозочок розвивається аномально, дуже важко спрямовано фокусувати свою увагу, розуміти словесні натяки чи міміку інших людей і сприймати соціальну інформацію, що є суттєвими ознаками аутизму. Дослідження у цьому напрямку продовжуються до сьогодення.

Згідно з МКХ-10, аутистичні синдроми введені в підрозділ «Загальні розлади розвитку» розділу «Порушення психологічного розвитку». Їх класифіковано:

F84 Загальні розлади розвитку

Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями в реципрокних соціальних взаємодіях і в способах комунікації, а також обмеженим, стереотипним набором інтересів та занять, які повторюються. Ці якісні аномалії є загальними рисами функціонування індивіда у всіх ситуаціях.

За бажанням можна застосовувати додатковий код для позначення будь-якого супутнього захворювання чи розумової відсталості.

F84.0 Дитячий аутизм

Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і (чи) порушеного розвитку, який вперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципрокна соціальна взаємодія; комунікація; поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, що повторюються). Крім цих специфічних діагностичних ознак, часто наявні інші – неспецифічні – проблеми, такі як-от страхи (фобії), порушення сну і харчової поведінки, спалахи гніву й агресивність (зокрема і спрямована на себе).

Належать:

аутистичний розлад;

інфантильний аутизм;

інфантильний психоз;
синдром Каннера.

Не належить: аутистична психопатія (F84.5).

F84.1 Атиповий аутизм

Цей різновид загального розладу розвитку відрізняється від дитячого аутизму або за часом прояву, або неповною відповідністю вимогам за трьома наборами діагностичних критеріїв. Отже, цей тип вперше проявляється тільки у віці після трьох років і (або) за відсутності достатньо чітких симптомів в одній (або двох) з трьох психопатологічних сфер, необхідних для діагнозу аутизму (а саме: порушення реципрокної соціальної взаємодії, комунікативних навичок і обмежена, стереотипна поведінка, яка повторюється) всупереч наявності характерних аномалій у двох інших сферах (або відповідно в одній з них). Атиповий аутизм найчастіше виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю або з важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення.

Належить:

атиповий психоз дитячого віку;
розумова відсталість з рисами аутизму.

F84.10 Атиповість за часом прояву.

F84.11 Атиповість за симптоматикою.

F84.12 Атиповість як за часом прояву так і за симптоматикою.

F84.2 Синдром Ретта.

У цьому стані (поки що описаний лише у дівчат) за раннім періодом зовнішньо нормального розвитку простежується часткова або повна втрата мовлення, набутих локомоторних і мануальних навичок поряд з уповільненням росту голови. Зазвичай розлад починається у віці від 7 до 24 місяців. Особливо характерними є втрата цілеспрямованих рухів руки, стереотипії у формі „заламування рук” і задишка. Соціальний та ігровий розвиток зупиняється, однак виявляється збереження соціального інтересу. Приблизно до чотирирічного віку починають розвиватись статична атаксія і апраксія, а згодом нерідко і

хореоатетодні рухи. Наслідком стану майже завжди є тяжка розумова відсталість.

F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку

Це загальний розлад розвитку (інший, ніж синдром Ретта), який характеризується періодом в цілому нормального розвитку до його початку, після чого протягом декількох місяців відбувається виразна втрата раніше набутих навичок в декількох сферах розвитку. Зазвичай, це супроводжується загальною втратою інтересу до довкілля, стереотипними рухами, що повторюються, а також відхиленнями в соціальних взаємодіях і спілкуванні, схожими до тих, що простежуються при аутизмі. У деяких випадках встановлюють зв'язок розладу з енцефалопатією, але діагноз ґрунтується на поведінкових симптомах.

Належить:

дезінтегративний психоз;

дитяча деменція;

симбіотичний психоз;

синдром Геллера.

Не належить: синдром Ретта (F84.2).

F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами

Це нечітко описаний розлад невизначеного нозологічного походження. Ця категорія призначена для випадків, які характеризуються поєднанням у дітей важкої розумової відсталості (IQ нижче 50) з вираженою гіперактивністю і порушенням уваги, а також стереотипною поведінкою. Дітям із таким розладом не допомагає лікування стимулювальними засобами (на відміну від тих, у кого коефіцієнт інтелектуальності в межах норми), до того ж ці препарати можуть спричиняти у них тяжку дисфоричну реакцію (іноді з психомоторною затримкою). У підлітковому віці гіперактивність має тенденцію змінюватись на понижену активність (нехарактерно для дітей з гіперкінетичним розладом при нормальному інтелекті). Цей синдром часто поєднується з різними видами затримки розвитку, специфічними або загальними. Невідомо наскільки

поведінкові порушення є наслідком низького інтелекту або органічного ураження мозку.

F84.5 Синдром Аспергера

Цей розлад, нозологічна самостійність якого не визначена, характеризується тим самим типом якісного порушення реципрокної соціальної взаємодії, що й типовий аутизм, та обмеженим набором стереотипних, повторюваних інтересів і занять. Головна відмінність від аутизму полягає у відсутності загальної затримки або відставання у розвитку мови або когнітивних функцій. Синдром Аспергера часто супроводжується вираженою незграбністю. Характерна стійка тенденція до збереження порушень, які розвинулись у підлітковому і дорослому віці; в молодому віці деколи простежуються психотичні епізоди.

Належить:

аутистична психопатія;

шизоїдний розлад дитячого віку.

F84.8 Інші загальні розлади розвитку

F84.9 Загальний розлад розвитку, неуточнений

Цю діагностичну категорію варто використовувати для розладів, які відповідають опису загальних розладів розвитку, у тому випадку, коли, зважаючи на суперечливість даних або через відсутність адекватної інформації, немає можливості з'ясувати, чи задовольняються діагностичні критерії якої-небудь з попередніх рубрик у **F84**.

Треба відмітити медичні проблеми дітей із загальними розладами розвитку:

– Розумова відсталість

Часто виникає необхідність співвідносити аутизм і розумову відсталість. Адже відомо, що дитячий аутизм може бути пов'язаний з різними, зокрема низькими показниками розумового розвитку: дві третини аутичних дітей при психологічному обстеженні оцінюються як розумово відсталі (половина з них – як глибоко розумово відсталі). Необхідно, однак, розуміти, що порушення інтелектуального розвитку при аутизмі має якісну специфіку: при кількісно

рівному коефіцієнті розумового розвитку дитина з аутизмом у порівнянні з дитиною з розумовою відсталістю (F70–F79 за МКХ–10) може виявляти набагато більшу кмітливість в окремих сферах, з одного боку, і значно гіршу адаптацію до життя в цілому, з іншого. Показники розумового розвитку дітей-аутистів за окремими тестами будуть відрізнятись один від одного, наприклад, діти із синдромом Аспергера, мають високий рівень IQ, висловлюються реченнями (навіть можуть бути надмірно говіркими) і дуже активні. Слід відмітити те, що чим нижчий коефіцієнт розумового розвитку, тим виразнішою буде різниця між результатами у вербальних і невербальних завданнях на користь останніх.

Зрозуміло, що люди з такими різними рівнями здібностей мають потребу в диференційованому керівництві і навчанні, а також у спеціальних умовах. Наприклад, вважається неприйнятним поєднувати в одному навчальному класі аутичних дітей зі значним ступенем розумової відсталості з дітьми-аутистами, для яких характерний високий інтелектуальний розвиток.

– Епілепсія

Епілепсія зустрічається у 30% аутистів і може ускладнювати перебіг захворювання. Існує достатня кількість даних, які вказують на те, що епілепсія може імітувати або провокувати аутизм. Наприклад, зміни поведінки, аналогічні таким при аутизмі, можуть проявлятись при синдромі Ландау-Клеффнера (набута епілептична дисплазія), при якому встановлюють за результатами електроенцефалографії (ЕЕГ). Складно робити висновок про значення пароксизмальної активності, яка виявляється при ЕЕГ у 50% дітей з дисплазією розвитку при відсутності нападів (Пікард та ін., 1998). Подібні дані були виявлені при аутизмі (Кавасакі та ін., 1997). Пароксизми при ЕЕГ були статистично пов'язані з аутистичною регресією, проявом аутизму після періоду номального розвитку (Тучман та Рейпін, 1997). Одночасно пароксизмальна активність, за даними ЕЕГ, спостерігається в невеликій кількості хворих і частіше відмічається при пізньому виникненні аутизму (Чех та Бученон, 1997). Ці дані вказують на можливість існування епілептичної природи деяких випадків аутизму та

необхідність застосування ЕЕГ в якості рутинного методу обстеження осіб з аутизмом. Це не просто, так як дослідження повинно враховувати і поверхневий, і повільнохвильовий сон. Більше того, подібний підхід виправданий тільки в тому випадку якщо отримані результати впливають на поведінку хворих: пароксизмальні порушення складно ігнорувати навіть при відсутності клінічних нападів.

Будь-який аналіз результатів лікування вимагає наявності або контрольної групи хворих, в якій лікування не проводилось, або даних про клінічний перебіг захворювання: у яких дітей аутизм має місце з моменту народження, в кого з раннього дитинства; як швидко він розвивається, які функції порушуються. Особливо важливо встановити, як часто проявляється аутистична регресія. Ці дані слід спів ставити з результатами лікування, так як необхідно знати, у яких дітей може настати покращення (особливо відразу після початку захворювання). Рання ремісія може свідчити про те, що вони не потрапили до психіатра і їм не був встановлений діагноз «аутизм».

Епілептичний напад може бути «класичного» генералізованого типу (*grand mal*), з тонічними судомами, ритмічними конвульсіями у всіх групах мускулів, утратою свідомості, іноді з прикушуванням язика, відсутністю дихання, посинінням і рідше з утратою сфінктерного тону з наступною втратою контролю над виділенням сечі і калу. Напад може тривати декілька хвилин і зазвичай завершується глибоким сном. Людину необхідно покласти на ліжко або на підлогу (для запобігання ушкодженні від падіння, удушення і дисфункції дихання у випадку наявності перешкоди в дихальних шляхах).

Деякі варіанти епілептичних нападів супроводжуються попередніми "психіатричними" симптомами, включаючи дивне поведіння, застиглий погляд, автоматизми, відсутність або замкнутість. В окремих випадках такі симптоми іноді важко відрізнити від основних симптомів аутизму.

Вчитель і батько іноді можуть краще, ніж психіатр або невропатолог, спостерігати за симптомами, що підтверджують "епілепсію".

Систематичні записи батьками та вчителями таких симптомів у блокноті звичайно дуже допомагають у встановленні діагнозу.

– Порушення зору - порушення руху очей

Порушення зору характерне для значної частини людей з аутизмом, дуже рідко розглядаються належним чином. Аутичні діти часто відмовляються носити окуляри. На жаль, така поведінка перешкоджає подальшому обстеженню і її розглядають як ритуальну. Якщо в дитини з аутизмом простежуються рефракторні аномалії або інші причини порушення зору, то треба ставитись до цього продумано, щоб дитина отримала повноцінну допомогу (окуляри, вправи для виправлення косоокості або оперативне втручання при постійній косоокості). Важливість взаємодії з офтальмологом, якому добре знайомі аутичні діти, не може бути недооцінена. Необхідне забезпечення кваліфікованого обстеження дитини, що допоможе складанню збалансованих і обґрунтованих рекомендацій.

Якщо дитині з аутизмом рекомендоване носіння окулярів, дуже важливо змусити її дотримуватися цього правила. Це вимагає значної частки винахідливості від деяких лікарів, батьків і вчителів, але ці загальні зусилля звичайно коштують витраченого часу і сил. Зовсім не є таким рідкісним явищем, коли дитина, що страждає аутизмом, опанувала академічними навичками після того, як вона почала носити окуляри.

Сліпі аутичні діти складають особливу групу з найважчими проблемами. Крім того, сліпота може викликати ризик розвитку аутизму: такого роду залежність у минулому практично не вивчалась.

– Порушення слуху

Щонайменше один з 20 осіб з аутизмом глухий або майже глухий. Кожен п'ятий має значне обмеження слуху. Для осіб, що мають важкі порушення слуху, можуть бути корисні слухові апарати. Для осіб із середнім ступенем порушення слуху зазвичай слуховий апарат у більшій мірі перешкода, ніж допомога. Більшість з цих людей вже й так стурбовані незвичайними звуками і шумом, з якими вони постійно перебувають, а слуховий апарат, підсилюючи звукові

ефекти, приносить їм ще більші проблеми. Так само як і окуляри при рефракторних аномаліях, слухові апарати повинні підбирати тільки фахівці.

Мова жестів та інші альтернативні невербальні моделі комунікації можуть бути дуже важливими інструментами для поліпшення якості життя деяких людей, що страждають аутизмом, особливо при наявності супутнього порушення слуху.

– Специфічні порушення мовлення

Більшості аутистам не притаманні специфічні розлади мовлення. Тільки приблизно в 1-го з 5 аутистів є такі специфічні проблеми, що не можуть розглядатися як просте порушення розуміння значення комунікації, що є відмітною ознакою аутизму. Нерідко аутисти мають специфічні труднощі під час висловлювання (наприклад, через порушення іннервації мускулів, що беруть участь у рухах голосових зв'язок) використовують термін «афазія» Мову жестів та інші альтернативні моделі комунікації треба випробувати у таких випадках. Однак, необхідно усвідомлювати, що такого роду прийоми можуть іноді бути даремними при роботі з людьми, що мають захворювання аутистичного спектру без афазії.

– Захворювання шкіри

Аутизм можуть супроводжувати різноманітні соматичні синдроми, зокрема, захворювання шкіри. Вузлові висипання, наприклад, від коричнево-червоних до пурпурних із твердими папулами (поширюються в області носа і щік) на ранніх стадіях нагадують звичайні прищі. Проте при аутизмі переважна більшість шкірних змін не вимагають медикаментозного лікування.

– Порушення в суглобах і кістках

Деякі захворювання спектру аутизму (синдром Ретта, маркер синдрому 15-ої хромосоми), зумовлюють порушення функцій хребта (сколіоз або кіфос). Це може вести до серйозних труднощів, що проявляються протягом довгого періоду часу. Починаючи з підліткового віку, порушення функцій хребта стають настільки серйозними, що потребують ортопедичного лікування. Більшість дівчаток з цим синдромом з підліткового віку прикуті до інвалідних візків. Люди із синдромом

«тендітної X-хромосоми» часто мають гіпотонію і виняткову розтяжність зв'язок. При цьому суглоби можуть бути надмірно гнучкими.

Хворі із синдромом Мебіуса (середнього і легкого ступеня) часто мають погано сформовані руки і ноги. Ця патологія може привести до значних порушень дрібної моторики і координації рухів, що перешкоджає оптимальному функціонуванню організму.

– **Дисфункція скроневих часток мозку**

З ряду різних багато людей з аутизмом мають порушення в скроневій області кори головного мозку. Дисфункція скроневої області кори головного мозку може бути причиною труднощів оволодіння мовою і формування мислення при аутизмі. Це також часто викликає агресивні спалахи й інші види "примітивної" поведінки. Нарешті, у скроневих областях кори головного мозку можуть бути розташовані епілептичні вогнища, що ведуть до різних типів нападів, що заважають нормальному навчанню і поведінці.

– **Дисфункція стовбура головного мозку**

Люди з дисфункцією стовбура головного мозку, за даними ABR-дослідження (реакції стовбура головного мозку на слух), звичайно мають деякі структурні порушення стовбура мозку. Ці порушення ведуть до більш тривалої передачі імпульсів у цій області головного мозку. Слухові імпульси звичайно затримуються на 15-20%. Це зазвичай призводить до розладу кодування звичайної розмовної мови, що має потребу у швидкій трансмісії, передачі нервових імпульсів, через стовбур головного мозку для ефективного декодування (розуміння) мови з боку співрозмовника.

Так, люди, що страждають аутизмом, що мають невисокі результати по ABR-дослідженню (з більшою тривалістю трансмісії підкіркових структур), потребують більш повільного темпу мовлення людей, що звертаються до них, і використання тільки декількох слів у визначений відрізок часу для того, щоб вони могли краще розуміти розмовну мову.

Багаторічний досвід показує, що люди з аутизмом і з порушенням функцій стовбура головного мозку (за даними АВР-дослідження або за даними інших тестів, як-от тест пост-механічного «ністагму») не дуже добре переносять музику (або окремі види музики) у порівнянні з тими, у кого немає порушення функції стовбура головного мозку. Це дуже важливо, тому що існує міф про те, що всі люди з аутизмом люблять музику. Це не завжди вірно. Дослідження типу АВР можуть іноді служити з метою виявлення тих, хто страждає від надмірного впливу дії музики. (У даному випадку це, звичайно, не говорить про те, що музика не сприймається багатьма людьми з аутизмом і захворюваннями цього спектра).

У багатьох аутистичних людей дисфункція стовбура головного мозку можуть призводити до м'язевої гіпотонії середнього ступеня, тому що їхній загальний мускульний тонус низький, і в результаті цього вони можуть показатися млявими і незграбними.

– Дисфункції мозочка

Дані декількох досліджень про те, що порушення функції мозочка існує в багатьох випадках захворювань аутистичного спектру, можуть бути причиною часто присутньої незграбності. Раніше передбачалося що аутизм якоюсь мірою асоціюється з добре розвинутими моторними навичками. Систематичні дослідження спростували це припущення. Це найбільш проявляється при синдромі Аспергера. Нездатність координації рухів різних частин тіла, порушення середніх моторних навичок, легке тремтіння і нестабільна хода, що зустрічається в багатьох маленьких аутичних дітей і синдромом Аспергера - усі вони є відображенням порушення функції мозочка.

– Нанесення собі ушкоджень

Багато людей з аутизмом наносять собі фізичні ушкодження. Вони б'ють себе або вдаряються головою об стіни, підлогу або вікна. Група людей, що страждають аутизмом та важкою розумовою відсталістю, мають найважчі проблеми в цій області. Це ті люди, у яких виявляються найбільші труднощі в комунікації (вербальними і невербальної) з іншими людьми. Завжди важливо

розглядати можливість схованого фізичного порушення в таких випадках, особливо тоді, коли такі симптоми з'являються вперше у людей, у яких раніше не було помічено таких симптомів. Іноді попадання в шлунок голок, бритв, рослин можуть бути причинами важких порушень кишківника. Зламана щелепа або кіста кінцівки, інфекція середнього вуха, пневмонія або апендицит можуть викликати такий біль, що людина, яка страждає аутизмом, не може виражатися інакше, крім як шляхом нанесення собі ушкоджень.

1.2.2. Історичний аспект проблеми дитячого аутизму. У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розглядають як загальний розлад розвитку, яке виявляється в ранньому дитинстві та триває протягом усього життя [25]. Люди з аутизмом неадекватно реагують на оточуючих, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій [98].

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів [73].

I етап. Донозологічний період (кінець XIX — початок XX ст.), який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі.

Першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на малих дітей з тяжкими психічними порушеннями та вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади як “психози”.

II етап. Так званий доканнерівський період у розвитку проблеми аутизму охоплює 20 – 40-ті роки XX сторіччя, який пов'язується з виявленням у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін “аутизм” (грец. “autos” – сам). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е. Бльойлер (1920). Аутизм він трактував як симптом шизофренії і охарактеризував його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій. Згодом він визнав наявність симптомів аутизму у клінічній картині таких хворіб,

як маніакально-депресивний психоз (МДП), шизоїдна психопатія, істеричні та афективні розлади. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення.

У працях Е. Бльойлера (а згодом і Л. Каннера) йшлося про замкнених дітей, хоча більш пізніші дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму (С. Байрон-Кохен, Л. Бобкович, Л. Вінг, Дж. Глатзель, Б. Кауфман, Е. Мінковські, П. Рандел, Б. Рімланд, Е. Шоплер, Т. Яшімото), засвідчили, що назва не достатньо відображає зміст проблеми, оскільки багатьох аутистичних дітей можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнених.

Багато клініцистів запропонували своє розуміння поняття аутизму. На думку Е. Мінковські (1927), аутизм є наслідком порушення „вітального” інстинкту; Дж. Глатзель (1982) проаналізував аутизм в аспекті інформаційного порушення між особистістю і середовищем. Власне трактування аутизму запропонував С. Салліван (1953), який вважав, що аутизм є наслідком регресу на ранньому рівні психічного онтогенезу. На взаємозв'язок особистісної дезадаптації та аутизму звертав увагу І. Т. Вікторов (1980), а на зв'язок між порушенням «Я-концепції» та аутизмом — С. Ф. Семенов (1975).

Слід підкреслити, що такі нетотожні поняття, як „аутизм”, «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка» нерідко вживають як синоніми, що зумовлює серйозні кваліфікаційні та діагностичні труднощі.

У дитячій психіатрії поняття аутизму як синдрому почали використовувати з часу виділення ранньої дитячої шизофренії (Г. Е. Сухарьова, 1926, 1937; М. О. Гуревич, Н. И. Озерський, 1930; Л. Бендер, 1933, 1956; Дж. Лутц, 1938) і шизоїдії (Т. П. Симеон, 1929; А. Хомбургер, 1926 та ін.). Т. П. Симеон вперше простеживши за формуванням шизоїдної психопатії у дітей трьох-п'яти років, дійшла висновку, що їм властиві аутизм і мала прив'язаність до об'єктів реального світу. На цьому етапі перед клініцистами стояла проблема доказу можливості формування аутизму в незрілої особистості дитини. В. П. Осипов

(1931) розглядав аутизм як «відокремлення хворих від зовнішнього світу», а В. А. Гиляровський (1938) писав про аутизм як про «своєрідний розлад свідомості свого «Я» та всієї особистості з порушенням нормальних настановлень до довкілля» [65].

III етап дослідження проблеми аутизму називають каннерівським (40 – 80-ті роки XX ст.). У цей період були опубліковані кардинальні праці з дитячого аутизму, одним з перших авторів яких був Л. Каннер (1943). У своїх працях автор описує особливі стани у дітей, що проявляються з перших років життя й зумовлена крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму, незважаючи на те, що у витоках цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, шизоїдії, проведені в Європі, США (Е. Бльойлер, 1911, 1922; Е.Крепелін, 1913; Е.Кречмер, 1921).

Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється у дітей, ніж це вважалось раніше, і що ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію. Каннер виділяв п'ять головних критеріїв дитячого аутизму:

- глибоке порушення контакту з іншими людьми;
- нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності;
- поглинутість предметами, які крутяться;
- мутизм, або мовлення, не спрямоване на міжособистісне спілкування;
- високий когнітивний потенціал.

На підставі більшої кількості спостережень, Л. Каннер (1956) дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності, а від трьох інших критеріїв як основних відмовився.

Складні й різні психопатологічні симптоми в клініці дитячого аутизму були підставою для того, щоб розглядати це захворювання як окремий розлад, але

феноменологічне визначення Каннер зберіг за ним колишнє — аутизм. Це зумовило плутанину понять дитячого аутизму як розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому, коли йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптом аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака різних хворіб і насамперед шизофренії, а розлад (хвороба), названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера.

IV етап. У 50 – 90-х роках ХХ ст. (так званий постканнерівський) аутистичні розлади у дітей вивчали за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму. В результаті досліджень багатьох авторів (В. М. Башина, Г. Н. Пивоварова, 1970; В. М. Башина, 1980; Е. Ентоні, 1958; Б. Рімланд, 1964; Дж. Лутц, 1968; Л. Вінг, 1981; М. Рутгер, 1987) у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву (до трьох – п'яти років) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності (Л. Каннер, 1956, В. М. Башина, 1975, 1978, 1980; Л. Ейзенберг, та ін.).

З'явилися праці, у яких автори доводили неспецифічність раннього дитячого аутизму. Послідовники психогенезу пов'язували формування раннього дитячого аутизму з порушенням симбіозу між матір'ю і дитиною, розладом адаптаційних механізмів у незрілої особистості, зі слабкістю інтеграційних процесів у нервовій системі дитини, із впливом таких зовнішніх чинників, як пологи, вікові кризові періоди, інфекції, травми, відстоюючи багатofакторність раннього дитячого аутизму (М. Махлер, 1959, 1972; З. Руттенберг, 1970 та ін.).

Великі досягнення у сфері вивчення диференційованих форм розумової відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, фенілпіровиноградній олігофренії, Х-ламкій хромосомі, синдромі Дауна й інших розладах (Г. С. Маринчева, В. И. Гаврилов, 1988 та ін.).

З дитячої шизофренії був виділений і ретельно описаний синдром Ретта, за наявності якого відзначалися аутистичні симптоми виявлялися на першій стадії його розвитку (В. М. Башина та ін., 1993, 1995; Ретт А., 1966; Хагберг Б., 1985).

Отже, питання про аутистичні розлади в дитинстві розглядається протягом пів-століття. Залежно від наукового напрямку, в аспекті якого розглядають аутистичні розлади, їхню природу і клініку, їх відповідно верифікують як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хворіб, у яких аутистичні розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку або психозів дитячого віку.

1.2.3. Проблеми розмежування аутизму та інших порушень розвитку.

Часто за аутизм можна прийняти деякі інші порушення, які трапляються у дітей. Майже у кожній аутистичній дитині спочатку підозрюють глухоту чи сліпоту. Ці підозри зумовлені тим, що вона, зазвичай, не озивається на своє ім'я, не виконує вказівки дорослих, оскільки дитина не реагує на соціальні стимули [113, 120].

Важливо пам'ятати про характерні відмінності реакцій на соціальні та фізичні стимули. Для здорової дитини соціальні стимули є надзвичайно важливими. Вона передусім реагує на те, що виходить від іншої людини. Аутистична дитина, навпаки, може ігнорувати близьку людину, з одного боку. З іншого – у поведінці дітей з порушеннями зору та слуху також простежуються одноманітні дії, як-от розхитування, перебирання пальцями перед очима та ін. Як і у випадку дитячого аутизму, ці дії виконують функцію аутостимуляції, що компенсується недостатністю реального контакту зі світом. Ми не можемо говорити про дитячий аутизм, доки стереотипність не поєднується з труднощами у налагодженні емоційних контактів з іншими людьми за допомогою доступних їй засобів. Зауважимо, що справді можливе співвідношення аутизму чи, принаймні, аутистичних тенденцій з порушеннями зору чи слуху.

Потрібно звернути увагу і на розумову відсталість. Аутизм може бути пов'язаний з різними, зокрема і дуже низькими, кількісними показниками

розумового розвитку. Необхідно також зважати на те, що порушення інтелектуального розвитку при дитячому аутизмі має якісну специфіку: у разі кількісно однакового коефіцієнта розумового розвитку дитина з аутизмом порівняно з дитиною-олігофреном може виявляти краще розуміння в окремих сферах і набагато гіршу адаптацію у житті в цілому. Її показники за окремими тестами відрізняються один від одного. Чим нижчий коефіцієнт розумової відсталості, тим помітнішою буде відмінність між результатами у вербальних і невербальних завданнях.

У випадках депривації у дітей з глибокою розумовою відсталістю можливий розвиток спеціальних стереотипів аутоstimуляції, наприклад розхитування, яке буває у випадку депривації у дітей зі сенсорними порушеннями. Вирішення питання про те, чи маємо у цьому випадку, справу з аутизмом, потребує перевірки: чи співвідноситься цей прояв стереотипності у поведінці дитини з неможливістю налагодження з нею емоційного контакту на простому і, здавалося б, доступному рівні.

У деяких випадках необхідно відрізнити мовленнєві труднощі при дитячому аутизмі від інших порушень мовленнєвого розвитку. Часто перші тривоги виникають у батьків аутистичних дітей власне щодо незвичності їхньої мови. Дивна інтонація, штампи, ехолалії – все це простежується так яскраво, що проблем диференціації з іншими мовленнєвими порушеннями, здебільшого, не виникає. Однак, у деяких, особливо у важких і легких, випадках дитячого аутизму труднощі все ж можливі.

У найважчому випадку – мутичної дитини (не користується мовою і не реагує на мову інших) може постати питання про моторну та сенсорну алалію (відсутність мови при нормальному слуху і розумовому розвитку; моторна алалія – неможливість говорити, сенсорна – нерозуміння мови). Мутична дитина відрізняється від тої, яка має моторну алалію тим, що інколи може випадково вимовити не лише слова, але й складні фрази. Важче вирішити питання сенсорної алалії. Глибоко аутистична дитина не зосереджується на тому, що до неї

звертаються, мова не є інструментом організації її поведінки. Чи розуміє вона те, що до неї говорять? Важко відповісти. Навіть якщо вона і намагається зосередитися на інструкції, то не втримує її у свідомості цілковито. У цьому вона подібна до дитини, що має труднощі з розумінням мови, з одного боку. З іншого – аутистична дитина може інколи адекватно сприймати і враховувати у поведінці порівняно складну інформацію, отриману з мовленнєвого повідомлення, зверненого до іншої людини.

Головною ознакою є характерне для глибоко аутистичної дитини глобальне порушення комунікації: на відміну від дитини зі суто мовленнєвими труднощами, вона не намагається виразити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами.

У легших випадках дитячого аутизму, коли замість цілковитої відсутності мови простежуються лише пов'язані з нею ускладнення, можливі прояви різних мовленнєвих порушень. У таких випадках виникають проблеми зі сприйманням мовленнєвої інструкції, простежується нечіткість вимови, аграматизми (порушення граматичної побудови мови), труднощі у побудові фраз. Усі ці проблеми виникають тоді, коли дитина намагається встановити контакт, організувати цілеспрямовану мовленнєву взаємодію. Щоб диференціювати в таких випадках слід ґрунтуватися власне на порівнянні можливостей розуміння і використання мови в ситуаціях аутоstimуляції та спрямованої взаємодії.

У процесі диференційного діагностування необхідно також брати до уваги більш загальні характеристики поведінки. У спробах комунікації дитина виявлятиме надмірну сором'язливість, загальмованість, підвищену чутливість до погляду іншої людини, тону її розмови [13]. Вона буде більш контактна у звичній і ритуалізованій обстановці і губитися в новій обстановці.

Водночас важливо розмежовувати дитячий аутизм та шизофренію. Виокремлений Каннером у 1943 році синдром раннього дитячого аутизму трактувався як дитяча форма шизофренії. Лише в 70-х роках ХХ століття з'явилися праці, в яких стверджувалося, що це різні й не пов'язані між собою

розлади (наприклад, Рутгер, 1972). Серед аргументів щодо розмежування аутизму та шизофренії зокрема наводяться такі:

- розумова відсталість часто наявна у аутичних дітей, проте, здебільшого відсутня у випадку шизофренії;
- наявність шизофренії в сім'ях хворих – серед родичів аутичних дітей майже не трапляються випадки захворювання на шизофренію; в родинах шизофреніків – такі випадки є частими (Кольвін, 1971);
- симптоми аутизму виявляються раніше, ніж симптоми шизофренії (Рутгер, 1972).

Як у випадку аутизму, так і у випадку шизофренії етіологія є незрозумілою.

Необхідно звернути увагу на розрізнення синдрому дитячого аутизму і порушень спілкування, що зумовлені особливими умовами життя, виховання дитини. Такі порушення можуть виникнути, якщо у ранньому віці дитина була позбавлена можливості налагодити емоційний контакт із близькою людиною, тобто у випадку так званого дитячого госпіталізму.

Відомо, що недостатність емоційних контактів з людьми, нестача вражень часто зумовлюють значну затримку психічного розвитку в дітей, котрі виховуються в дитячих будинках. У них можливий також розвиток стереотипної активності, яка компенсує недостатність контакту зі світом. Стереотипні дії у разі госпіталізму не мають такого загостреного характеру, як у разі дитячого аутизму: це може бути просто сильне розхитування чи смоктання пальця. Дитина з госпіталізмом, потрапивши в нормальні умови, може компенсуватися порівняно з аутистичною дитиною, набагато швидше, оскільки в неї немає внутрішніх перешкод для емоційного розвитку.

Іншою причиною психогенного порушення спілкування може бути негативний невротичний досвід дитини, перенесена травма, неспроможність до взаємодії з іншою людиною. Звичайно, такий досвід може набути будь-яка дитина з високою вразливістю. Однак ці порушення спілкування, здебільшого,

вибіркові та стосуються окремих, важких для дитини ситуацій. У випадку аутизму можливість комунікації порушена в цілому.

1.3. Аналіз світової літератури щодо сформованості соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень

Соціалізація дитини із спектром аутистичних порушень, а відтак і формування у них соціальних компетенцій є необхідною умовою розвитку дитини [45]. Вітчизняні та зарубіжні автори підкреслюють важливість взаємодії дитини з іншими, соціальної адаптації для повноцінного розвитку її особистості (А.Л. Душка, Н.М. Компанець, І.Б.Котова, Т.О. Куценко, Т.В. Скрипник, Г.Г. Смоляр, Д.І. Шульженко, А.П. Чуприков, Т.В.Сак, Г.М. Хворова, М. Ю. Веденіна, О.П. Гаврилушкина, Т.Е.Галкіна, Дж. Зидж, Х. Кумен, Д. Рурда, Дж. Хаген, К. Дизалво, Д. Освальд, Н. Юрен, К. Стэгнити та ін. [35,36, 44-46, 48, 64, 99, 103, 205, 207, 223, 240-244]. Особлива увага як в українських, так і в зарубіжних дослідженнях приділяється взаємозв'язку спілкування і навчання.

Так у програмі корекційно-розвивального і корекційно-превентивного навчання аутичних дітей автори В.В. Тарасун та Г.М. Хворова [212] виділяють декілька напрямів роботи з дітьми із спектром аутистичних порушень, спрямованих на їх соціалізацію (Таблиця 1.3).

Таблиця 1.3

Формування соціально-емоційної поведінки (за матеріалами [212])

Напрями корекційно-розвивальної роботи	Система методик
--	-----------------

<p style="text-align: center;">А. Формування емоційних станів:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ розвиток здібності до швидкого розрізнення базальних емоцій; ■ розвиток рухів очей у відповідь на емоційні стимули; ■ коригування негативної підсистеми емоційно-особистісної сфери дитини; ■ корекція емоційного статусу (скарги, ставлення до свого стану). 	<p>При формуванні емоційних станів застосовувати первинний аналіз емоційного стану; прямі і непрямі методи оцінки; проєктивні методики; вербальні і невербальні методи (оцінка виразу обличчя, метод семантичного диференціалізму);</p>
--	---

продовження таблиці 1.3

Напрями корекційно-розвивальної роботи	Система методик
<p style="text-align: center;">Б. Розвиток соціальної поведінки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ формування ініціативи в процесі взаємодії з іншими людьми; ■ корекція уникання соціальних взаємодій; ■ підсилення контакту очей; ■ збагачення мимичної і тілесної експресії; ■ формування здатності орієнтуватися в своїй поведінці на соціальне оточення; ■ формування здібності до афективних проявів; ■ розвиток вміння безпосередньо і відстрочено наслідувати прояви поведінки інших людей; ■ формування навичок символічної гри. 	<p>Формування вміння: впізнавати об'єкти, раніше бачені (відстрочене відтворення); відстрочено наслідувати прояви поведінки інших людей; здійснювати спільну діяльність з однією і більше особами (дитина – мати, дитина – педагог і т.д., дитина – мати – педагог тощо); здійснювати символічну гру.</p>

<p>В. <u>Формування основних фаз соціалізації:</u></p> <p><i>а) Фаза інтеріоризації:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ засвоєння інформації в якості знань, умінь, норм, зразків поведінки, цінностей; ■ засвоєння комбінації прийомів для подолання труднощів у проблемних ситуаціях; ■ оволодіння правилами середовища („уподібнення середовищу”, „перетворення середовища”); ■ засвоєння специфічних соціальних знань про процес виконання певних соціальних ролей; ■ оволодіння знаннями про прийоми людської взаємодії в різноманітних умовах; ■ формування знань і вмінь здійснювати вибіркоче запам’ятовування інформації, запропонованою іншою особою; ■ формування знань і вмінь інтерпритувати ті чи інші правила поведінки, вміння переорієнтуватися в залежності від обставин. 	<p>Формування знань про загальні і ситуативні прийоми подолання труднощів у взаємодії; застосування методик, що полегшують засвоєння дитиною знань, навичок і норм суспільного життя.</p>
---	---

продовження таблиці 1.3

<p>Напрями корекційно-розвивальної роботи</p>	<p>Система методик</p>
---	------------------------

<p><i>б) Фаза адаптації:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ формування у дитини поведінки, адекватної вимогам і сподіванням соціуму (від залежності до певної незалежності і прийняття деякої відповідальності за благополуччя інших); ■ розвиток здібності надавати подіям бажаної для себе спрямованості; ■ формування проникливості у наданні членам групи притаманним їм рисам; ■ корекція спонтанного і стихійного процесу адаптації; ■ формування вміння перетворювати і перебудовувати запропоновану ситуацію з метою застосування її у власних цілях. 	<p>Формування гнучкості, необхідної для сприймання нових умов; вміння користуватися умовами для досягнення цілей і намірів; розвиток ініціативності, здатності приймати рішення, визначати перспективи власного майбутнього; задіювання найбільш комфортних для соціалізації дитини типів взаємодії; встановлення чітко індивідуалізованого шляху соціалізації конкретної аутичної дитини.</p>
--	--

Аналіз англomовної зарубіжної наукової літератури [348] показав високий інтерес до формування соціальних вмінь у дітей зі спектром аутистичних порушень. Зокрема, у нашому дослідженні ми наводимо огляд понад 80 наукових публікацій, в яких представлені результати проведення соціальних інтервенцій у групах дітей різного віку та з різним рівнем функціональності (Табл.1.4). Загалом соціальні інтервенції можна охарактеризувати декількома параметрами – способом втручання, тривалістю (періодичністю), характеристикою цільової групи. За способом втручання соціальні інтервенції можна поділити на 5 категорій: 1) технологічні (використання технічних засобів: комп’ютера, відео спостереження, магнітофона, телевізора); 2) втручання за участю батьків; 3) втручання за участю спеціалістів; 4) втручання за участю однолітків; 5) комбіновані, чи мультифункціональні втручання. За терміном втручання інтервенції в основному тривають від 3 до 7 місяців (з періодичністю 1 год. 1 раз на тиждень). Загальна характеристика реалізованих соціальних інтервенцій

приведена у таблиці 1.4; характеристика реалізованих соціальних інтервенцій дітей дошкільного та шкільного віку приведена у таблицях 1.5, 1.6.

Таблиця 1.4

Характеристика соціальних інтервенцій, спрямованих на формування соціальних вмінь дітей зі спектром аутистичних порушень

Вікова група	№	Вид інтервенцій*			Рівень функціональності			Спосіб втручання				
		клініч	група	Разові	низьк	середн	висок	1	2	3	4	5
Дошкільники	35	2	2	31	19	22	9	2	4	21	5	9
Школярі	47	1	10	36	7	11	14	8	0	15	9	7
Заг.кількість дітей	82	3	12	67	26	33	23	10	4	36	16	16

*Примітка: аналізувалися три види інтервенцій: 1) клінічні; 2) групові; 3) разові втручання.

Таблиця 1.5

Характеристика соціальних інтервенцій, спрямованих на формування соціальних вмінь дітей дошкільного віку із спектром аутистичних порушень

Посилання	Спрямованість інтервенції	Вік дітей	Рівень функціонал	Метод	Тривалість	Параметри зміни
Технологічні інтервенції						
Bellini et al. [257-258]	на один параметр	4-5	Середній	Відео-тренінг	30 хв. 5 раз на тиждень 4 тижні	Соціальна взаємодія
Simpson et al. [378]	на один параметр	5-6	Низький і середній	Відео-тренінг	30 хв. 5 раз на тиждень 5 тижнів	Привітання
Інтервенції за участю батьків						
Aldred et al. [248]	Клінічне дослідження	2-5	Низький і високий	Батьківський тренінг і АВА	15 хв. на тиждень 26 тижнів	Увага
Ingersoll і Gergans [296]	на один параметр	2-3	Низький	Батьківський тренінг	30 хв. 2 рази на тиждень 10 тижнів	Ініціація
Schertz і Odom [368]	на один параметр	3	Низький	Батьківський тренінг і АВА	60 хв. на тиждень 9-26 тижнів	Увага, очікування черги

продовження таблиці 1.5

Посилання	Спрямованість інтервенції	Вік дітей	Рівень функціонал	Метод	Тривалість	Параметри зміни
-----------	---------------------------	-----------	-------------------	-------	------------	-----------------

Vismara i Lyons [388]	на один параметр	3	Низький	Батьківський тренінг і АВА	150 хв.2 рази на тиждень 14 тижнів	Об'єм уваги
Інтервенції за участю спеціалістів						
Boyd et al. [265]	на один параметр	3	Середній і високий	АВА	5 хв.2-3 рази на тиждень 3-4 тижні	Соціальна взаємодія
Carter [267-268]	на один параметр	5-7	Середній	АВА	50 хв.2 рази на тиждень 10 тижнів	Ініціація гри
Crozier i Tincani [272]	на один параметр	3-5	Середній і високий	АВА	5 хв.3 рази на тиждень 9 тижнів	Спілкування з однолітками
DeQuinzio et.al [276]	на один параметр	3-6	Середній	АВА	5 хв.5 разів на тиждень 8-9 тижнів	Імітація і експресія обличчя
Gena [285-286]	на один параметр	4	Низький і середній	АВА	40-70 тижнів	Соціальна взаємодія
Hancock i Kaiser [291]	на один параметр	3-4	Низький і високий	Природний	15 хв.2 рази на тиждень 12 тижнів	Спілкування
Ingersoll et.al [298]	на один параметр	2-3	Низький і середній	Природний	50 хв.2 рази на тиждень 10 тижнів	Спілкування
Ingersoll i Schreibman [297]	на один параметр	2-4	Низький і середній	Природний	50 хв.3 рази на тиждень 9 тижнів	Імітація, об'єм уваги, спонтанне мовлення
Kasari et. al [305]	Клінічне дослідження	3-4	Низький і середній	АВА	30 хв.5 разів на тиждень 5-6 тижнів	об'єм уваги, шкала соціального спілкування
Kern et.al [310]	на один параметр	3	середній	АВА	2-10 хв.5 разів на тиждень 9 тижнів	Привітання
Kohler et al. [314-315]	на один параметр	4	Низький і середній	Природний	10 хв. 2-3 рази на тиждень 29 тижнів	Соціальна взаємодія
Kroeger et al. [317]	Групове порівняння	4-6	Всі рівні	Соціальний тренінг	60 хв. 3 рази на тиждень 5 тижнів	Ініціація, відповідь та соціальна взаємодія
MacDuff et al.[333]	на один параметр	3-5	Низький	АВА	5 хв. до 10 разів на тиждень	Об'єм уваги
Smith et al. [380]	Групове порівняння	3-5	Середній	АВА	60 хв. 5раз на тиждень 26 тижнів	Соціальна взаємодія
Whalen i Schreibman [392]	на один параметр	4	Низький	АВА	30хв. до 15 разів на тиждень5 тижнів	Об'єм уваги
Інтервенції за участю однолітків						
Garfinkle i Schwartz [284]	на один параметр	3-5	Низький	Тренінг з однолітками	10хв. до 1 раз на тиждень 22 тижнів	Соціальна взаємодія

продовження таблиці 1.5

Посилання	Спрямованість інтервенції	Вік дітей	Рівень функціонал	Метод	Тривалість	Параметри зміни
Kohler et al.[315]	на один параметр	3-5	Низький	Тренінг з однолітками	10хв. до 3 рази на тиждень 11 тижнів	Соціальна взаємодія
Nelson et al.[344]	на один параметр	3-5	Низький і середній	Тренінг з однолітками	30хв. до 2-4 разів на тиждень 20-40 тижнів	Соціальна взаємодія
Petursdottir et al.[353]	на один параметр	3-5	Низький	Тренінг з однолітками	15хв. 4 рази на тиждень 4-5 тижнів	Соціальна взаємодія
Zercher et al.[398]	на один параметр	3-5	високий	Тренінг з однолітками	1 раз на тиждень 20 тижнів	Об'єм уваги
Betz et al.[260]	на один параметр	3-5	Середній	Тренінг з однолітками	40-52 тижнів	Об'єм уваги
Ganz і Flores [282]	на один параметр	3-5	Середній	Тренінг з однолітками	30хв. 4-5разів на тиждень 4 тижні	Соціальна взаємодія
Jones et al.[301]	на один параметр	3-5	Середній і високий	АВА	3хв. 5-20 разів на тиждень 7-43 тижні	Спілкування
Jung et al.[303]	на один параметр	3-5	Низький	Тренінг з однолітками і АВА	10хв. 5 разів на тиждень 12-15 тижнів	Об'єм уваги
Kern і Aldridge [309]	на один параметр	3-5	Низький і середній	Тренінг з однолітками і АВА	10хв. 5 разів на тиждень 34 тижні	Соціальна взаємодія
Sawyer et al.[365]	на один параметр	3-5	Низький і середній	Тренінг з однолітками і АВА	30хв. 5 разів на тиждень 5 тижнів	Соціальна взаємодія
Комбіновані інтервенції						
Apple et al.[250]	на один параметр	3-5	Середній і високий	АВАі відеотренінг	20 хв. 3 рази на тиждень 7-8 тижнів	Соціальна взаємодія
Gena et al.[286]	на один параметр	3-5	Середній і високий	АВАі відеотренінг	15-20 хв. 2-4 разів на тиждень 15-30 тижнів	Відповідь і афективна поведінка
Maione і Mirenda [335]	на один параметр	3-5	середній	АВАі відеотренінг	5-30 хв. 4 рази на тиждень 8-12 тижнів	Спілкування

Аналіз таблиці 1.5 показує, що пріоритетними (94 %) соціальними інтервенціями для аутичних дітей у дошкільному віці є втручання, спрямовані на формування окремого параметра *соціальних вмінь* дитини (разові втручання). Найбільш популярними є формування окремих параметрів соціальної взаємодії, спілкування, обсягу уваги. Більшість з цих втручань були короткотерміновими (тривали від 2 тижнів до 2-3 місяців). Натомість групове порівняння, чи клінічне дослідження, яке тривало від 6 місяців до 1 року та було спрямоване на формування низки параметрів шкали соціальної взаємодії (формування саме *соціальних компетенцій* дитини), спостерігалось лише у 6 % випадків.

Щодо використаних методів дослідження, великою популярністю користуються тренінги за участю однолітків, методи АВА та відеотренінгу. Необхідно відзначити високий відсоток порівняно з дітьми старшого віку тренінгів за участю батьків. Видно, що батьки вболівають за долю дитини, знаходяться у пошуках методів допомоги своїй дитині, самі готові активно допомагати, що спонукає їх об'єднуватися у групи взаємодопомоги, проходити курси та тренінги. Однак, у старшому віці (табл. 1.6) роль батьків суттєво знижується. Очевидно, це пов'язано з наданням переваги шкільним спеціалістам.

Як видно з таблиці 1.5, спеціалісти відіграють чільне місце у формуванні соціальних вмінь аутичних дітей. За їх участю відбувається переважна більшість соціальних інтервенцій (понад 50 %). Вказаний відсоток суттєво зростає (до 75%), якщо врахувати, що технологічні та комбіновані методи втручань також відбуваються за участю спеціалістів.

Проведений аналіз соціальних інтервенцій показує, що питання формування соціальних вмінь є актуальним для аутичних дітей і у західній практиці воно знаходить певне вирішення: у дошкільлі – до деякої міри за участю батьків та батьківських рухів, а у школі – під наглядом спеціалістів, з використанням новітніх технологічних методів.

Нижче наведена характеристика соціальних інтервенцій, спрямованих на формування соціальних вмінь у аутичних дітей шкільного віку.

Характеристика соціальних інтервенцій, спрямованих на формування соціальних вмінь дітей шкільного віку із спектром аутистичних порушень

Соціальні інтервенції, спрямовані на дітей шкільного віку						
Посилання	Спрямованість інтервенції	Вік дітей	Рівень функціонал	Метод	Тривалість	Параметри зміни
Технологічні інтервенції						
Buggey [266]	на один параметр	9-11	Високий	Відео-тренінг	3 хв. 5 раз на тиждень 2 тижні	Соціальна взаємодія
Charlop-Christy і Daneshvar [270]	на один параметр	6-9	Середній	Відео-тренінг	43 тижні	Спілкування
LeBlanc et al. [321]	Клінічне дослідження	7-13	середній і високий	Відео-тренінг і АВА	4-10 хв. 2-3 рази на тиждень 9-13 тижнів	Спілкування
Nikopoulos і Keenan [346]	на один параметр	7-9	Всі	Відео-тренінг	5 хв. 1 раз на тиждень 13 тижнів	Соціальна взаємодія
Nikopoulos і Keenan [347]	на один параметр	6-7	Високий	Відео-тренінг	30 хв. 5 раз на тиждень 10 тижнів	Соціальна взаємодія
Scattone [366]	на один параметр	9	Низький і середній	Відео-тренінг	5 хв. 1-2 рази на тиждень 15 тижнів	Контакт очей, усмішка, соціальна взаємодія
Sherer et al [373].	на один параметр	4-11	Низький	Відео-тренінг	15 разів на тиждень 4-15 тижнів	Ініціювання спілкування
Інтервенції за участю спеціалістів						
Bock [263]	на один параметр	9-10	Середній і високий	Природний	5 разів на тиждень 5 тижнів	Соціальна взаємодія
Fisher і Harpe [280]	Клінічне дослідження	6-15	Середній	Природний	25 хв. на тиждень 2-8 тижнів	Спілкування
Koegel et al. [312]	на один параметр	8-9	Середній	АВА	1 раз на тиждень 52 тижні	Соціальна взаємодія
Lee et al. [322, 323]	на один параметр	7	Середній	АВА	2-4 рази на тиждень 20-30 тижнів	Відповідь на питання
Legoff [325]	Групове порівняння	6-16	Середній і високий	Соціальний тренінг	60 хв. на тиждень 12 тижнів	Шкала соціальної взаємодії
Legoff and Sherman [326]	Групове порівняння	9	Середній і високий	Соціальний тренінг	60-90 хв. на тиждень 36 тижнів	Шкала соціальної взаємодії
Lopata et al. [330]	Групове порівняння	6-13	Середній і високий	Соціальний тренінг	360 хв. 5 разів на тиждень 6 тижнів	Шкала соціальної взаємодії

Owens et al. [350]	Групове порівняння	6-11	Середній і високий	Соціальний тренінг	60 хв. 1 раз на тиждень 18 тижнів	Шкала соціальної взаємодії
--------------------	--------------------	------	--------------------	--------------------	-----------------------------------	----------------------------

продовження таблиці 1.6

Посилання	Спрямованість інтервенції	Вік дітей	Рівень функціонал	Метод	Тривалість	Параметри зміни
Sarokoff et al. [364]	На один параметр	8-9	Середній	АВА	3 хв. на тиждень 40 тижнів	соціальна взаємодія
Інтервенції за участю однолітків						
Cotugno A.J.[271]	Групове порівняння	7-11	Високий	Соціальний тренінг	60 хв. 1 раз на тиждень 30 тижнів	Шкала соціальної взаємодії
Delano and Snell [274-275]	на один параметр	6-9	Середній	Тренінг з однолітками	45 тижнів	Соціальна взаємодія
DeRosier M.E. et.al. [277]	Групове порівняння	8-12	Високий	Тренінг з однолітками	60 хв. на тиждень 15 тижнів	Спілкування, мотивація, самоефективність
Ganz et al. [283]	на один параметр	7-8	Високий	АВА	5хв. до 2-4 разів на тиждень 5-10 тижнів	Спілкування
Koenig K. et.al [313]	Групове порівняння	8-11	Високий	Тренінг з однолітками	75 хв. на тиждень 15 тижнів	Соціальна взаємодія
Kuhn et al. [319]	на один параметр	7-12	Низький	АВА	20хв. на тиждень 6-8 тижнів	Соціальна взаємодія
Lee et al. [324]	на один параметр	7-9	низький	Тренінг з однолітками	20 на тиждень 4 тижнів	соціальна взаємодія
Owen-DeSchryver et al. [349]	на один параметр	7-10	Середній і високий	Тренінг з однолітками	30-40 хв. на тиждень 26 тижнів	соціальна взаємодія
Thiemann і Goldstein [385,386]	на один параметр	6-12	Низький і середній	Тренінг з однолітками	30хв. 2рази на тиждень 6 тижнів	Соціальна взаємодія
Laugeson E.A. et.al. [320]	Групове порівняння	12-17	високий	Тренінг з однолітками	60 хв. на тиждень 14 тижнів	Шкала соціальної взаємодії
Liber et al. [327]	на один параметр	6-9	Низький і середній	АВА	43-63 тижні	Спілкування
Locke J. et.al. [328]	Групове порівняння	7-9	високий	Тренінг з однолітками	30 хв. на тиждень 10тижнів	Дружби, почуття самотності
Loftin et al.[329]	на один параметр	9-10	Середній	Тренінг з однолітками і АВА	30хв. 5 разів на тиждень 7 тижнів	Ініціація
Morrison et al. [343]	на один параметр	10-13	середній і високий	Тренінг з однолітками і АВА	20-30хв. 3 рази на тиждень 29-38 тижнів	Ініціація і спілкування

McMahon C.M. et.al. [342]	Групове порівняння	10-16	високий	Тренінг з однолітками	90 хв. на тиждень 22 тижні	Шкала соціальної взаємодії
---------------------------------	-----------------------	-------	---------	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------

продовження таблиці 1.6

Посилання	Спрямованість інтервенції	Вік дітей	Рівень функціонал	Метод	Тривалість	Параметри зміни
Scheeren A.M. et.al. [367]	Групове порівняння	12-17	високий	Тренінг з однолітками	60 хв. на тиждень 12 тижнів	Шкала соціальної взаємодії
Thiemann і Goldstein [386]	на один параметр	6-9	всі	Тренінг з однолітками і АВА	30хв. 3-4 рази на тиждень 10-15 тижнів	Спілкування
Комбіновані інтервенції						
Sansosti and Powell- Smith [363]	на один параметр	6-10	Високий	АВАі відеотренінг	5 разів на тиждень	Спілкування
Shabani et al.[372]	на один параметр	6-7	Середній	відеотренінг	18-19 тижнів	Ініціація

Аналіз таблиць 1.4, 1.5, 1.6 показує, що за способом втручання найбільш поширеними є інтервенції за участю спеціалістів (терапевтів, психологів, вчителів). Однак, у більшості аналізованих робіт стверджується, що найкращі результати дають інтервенції за участю однолітків. Зрозуміло, що їх кількість не така значна завдяки складності забезпечення формування групи. Інтервенції з використанням технічних засобів більш ефективні у шкільному віці. Як видно з таблиці, інтервенції з боку батьків чисельно досить обмежені. Очевидно, це пов'язано з низькою активністю батьківських рухів та відносно невисокою професійною компетентністю батьків. Характерною рисою реалізованих соціальних інтервенцій є специфіка вибору цільової групи за рівнем функціональності: з таблиці 1.4 помітне зростання числа інтервенцій у дітей з вищим рівнем функціональності із збільшенням віку дітей. Тут доречно зауважити, що у випадку молоді та дорослих соціальні інтервенції з метою формування соціальних компетенцій у зарубіжній практиці застосовують виключно для осіб з високим рівнем функціональності.

До негативних моментів перелічених соціальних інтервенцій можна віднести високий відсоток разових втручань, спрямованих на формування

окремого параметра. Це свідчить про несистематичність підходу до формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень, відсутність цільових програм формування соціальних компетенцій у дітей загалом.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз світової літератури показав, що на сьогодні проблема формування соціальних компетенцій дітей є актуальною в сучасній школі. Компетентісний підхід стає провідним у підготовці підростаючого покоління до свідомого життя. Тому завдання формування соціальних компетенцій у дітей вже ставиться перед спеціалістами та педагогами дошкільних навчальних закладів і набирає великої ваги в загальноосвітній школі.

Особливо гострою потребою є формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень, які в силу психофізичних та інтелектуальних обмежень є до певної міри ізольовані від суспільства. З іншого боку, їх ізоляція обумовлена відсутністю належних умов, пристосованого предметно-просторового середовища для навчання в освітніх закладах, а, відповідно, для формування їх соціальних компетенцій.

Проведений аналіз літератури показав, що проблема формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень є досить складною і недостатньо вивченою. В Україні можна навести ряд позитивних підходів до вирішення цієї задачі, описаних в працях Д.І. Шульженко, В.В. Тарасун, Г.М. Хворової, Т.В. Скрипник, що спираються на практичну роботу цих науковців-дослідників у благодійних та громадських (переважно батьківських) організаціях, які намагаються створювати осередки для соціалізації та адаптації своїх дітей. Обмеженість процесів інтеграції та інклюзії аутичних дітей в освітній простір служить суттєвою перешкодою проведенню ширших досліджень в цьому напрямі.

Незважаючи на значну кількість соціальних інтервенцій, проведених зарубіжними дослідниками, спрямованих на формування соціальних навичок

дітей зі спектром аутистичних порушень, більшість з них можна віднести до разових втручань з метою розвитку певного окремого параметра. Крім того, соціальні інтервенції закордонних спеціалістів спрямовані в основному на дітей з легким-помірним ступенем аутизму. Діти з глибоким ступенем аутизму потрапляють в коло досліджень лише у дошкільному віці. Як показав аналіз літератури, у школі з підвищенням віку дитини соціальні інтервенції спрямовуються в основному на високо функціональних дітей. Це свідчить про відсутність цільових програм формування соціальних компетенцій аутичних дітей як закордоном, так і у вітчизняній психокорекційній практиці.

Таким чином, проведений аналіз вказує на необхідність застосування системного підходу до формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень, який включатиме як виділення та детальне вивчення психологічних основ становлення змістових компонентів соціальних компетенцій, дослідження їх взаємозв'язків, факторів, що на них впливають, так і створення на їх базі цілісної системи формування соціальних компетенцій у дітей дошкільного та шкільного віку, що становить концепцію та зміст дисертаційного дослідження.

Зміст розділу відображено у таких основних публікаціях автора: [153 –154], [160], [166], [168], [173], [348].

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ДІТЕЙ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ЯК ОСНОВА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО КОРЕКЦІЇ ЇХНЬОГО РОЗВИТКУ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ

2.1. Експериментальна база дослідження

Групи досліджуваних були виділені у відповідності із завданнями дослідження. Дослідженням були охоплені діти, батьки, практичні працівники з різних регіонів України (Автономна Республіка Крим, Донецька, Закарпатська, Київська, Львівська, Харківська, Хмельницька, Запорізька області) та європейських країн: Німеччина (Ляйпциг, Галле), Польща (Краків), Чехія (Оломоуц), Португалія (Ліссабон).

Дослідженням були охоплені діти, батьки, практичні працівники з різних регіонів України (Автономна Республіка Крим, Донецька, Закарпатська, Київська, Львівська, Харківська, Хмельницька, Запорізька області) та європейських країн: Німеччина (Ляйпциг, Галле), Польща (Краків), Чехія (Оломоуц), Португалія (Ліссабон).

Загальна кількість задіяних у дослідженні осіб – 506 дітей (від 3 до 5 років – 186 (серед них для проведення порівняльного аналізу були сформовані контрольні групи які налічували: 30 дітей з тяжкими порушеннями мовлення та 30 дітей з розумовою відсталістю, від 6 до 16 – 320 (серед них для проведення порівняльного аналізу були сформовані контрольні групи які налічували: 38 дітей з тяжкими порушеннями мовлення та 30 дітей з розумовою відсталістю).

На формувальному етапі дослідження брали участь 167 дітей віком від 3 до 12 років. Експериментальними майданчиками корекційної роботи були: спеціальна школа для дітей з тяжкими вадами мовлення № 6 м. Львів, освітньо-реабілітаційний центр-школа «Школа-сходинки» м. Києва, благодійний фонд – Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», м. Львів, дитячий навчальний заклад №165, де відкрито першу в

Україні державну дошкільну групу для дітей зі спектром аутизму, м. Львів, центр денного перебування для дітей з глибоким ступенем аутизму Регіональної Спільки «Справа Кольпінга», м. Чернівці, благодійна організація допомоги дітям з аутизмом та розладами мовлення м. Харків «Квіти життя», АР Крим, родини аутичних дітей.

Дослідження проводилося в індивідуальній та груповій формі.

2.2. Місце психологічного дослідження у комплексній діагностиці порушень аутистичного спектру

Психодіагностичні дослідження у спеціальній психології останнім часом набули особливого практичного значення. Поряд із вивченням особливостей психічного розвитку дітей, яке виявляє різноманітні варіанти дизонтогенезу психіки, досліджуються психічні процеси та властивості особистості із урахуванням психологічних, патопсихологічних і психопатологічних симптомокомплексів. При цьому йдеться не стільки про взаємозалежність цих симптомокомплексів, тобто співвідношення психологічного та клініко-психопатологічного діагнозів, скільки про можливість більш тонкої диференційної діагностики типів психічної патології засобами і методами, доступними психологу.

Патопсихологічні дослідження покликані встановлювати тип психічного порушення, тобто виявляти особливості дизонтогенетичного розвитку, обумовлені протіканням захворювання. Одночасно психологічне обстеження може констатувати також наявність норми, відсутність яскраво виражених або виражених розладів психічної діяльності. І тоді постає питання, чому клінічно поставлений дитині той чи інший діагноз не підтверджується параклінічним методом дослідження. Виявляється, що лікар-психіатр і психолог, які описують особливості поведінки «хворого», говорять ніби на різних мовах.

Лікар, який володіє клінічним мисленням, розглядає особистість хворого з позицій етіопатогенетичного підходу і найменше відхилення від «встановлених

норм», яке приводить до соціальної дезадаптації у суспільстві, кваліфікується ним як стан передхвороби або хвороби психіки.

На думку І. Коробейнікова, під час діагностики рівня психічного розвитку дітей з різними формами психічного дизонтогенезу «принцип нозологічної кваліфікації виконує швидше номінативну, ніж змістову функцію» [101, 224]. Діагнози, які ставлять цій групі дітей: «затримка психічного розвитку», «погранична інтелектуальна недостатність», «загальний розлад розвитку», – відмічає І. Коробейніков, – не є діагнозами у строго клінічному розумінні, оскільки вони надзвичайно різнорідні не лише за етіологією та патогенезом, але й за своїми клінічними проявами. В. Ковальов пропонує розглядати ці випадки як функціональну діагностику, ефективність якої може бути успішною за умови участі різних спеціалістів: психіатрів, психологів, педагогів, логопедів та ін. [93]. При цьому йдеться про діагностику і прогноз у контексті компенсаторного психічного розвитку.

Психологічний діагноз у цій схемі займає ніби відокремлене місце, якому відводиться соціально-психологічний аспект проблеми здоров'я – хвороби та її наслідків. У процесі вивчення особистості хворого психолог зіштовхується з особливостями протікання хвороби та її впливу на психічну сферу хворого, а також – з типом порушення, змінами особистості, які формуються під впливом хвороби.

Під час експериментально-психологічного вивчення особистості дитини із загальними розладами розвитку психолог використовує психологічні методи дослідження та аналізу отриманих результатів, що дає йому змогу встановлювати психологічні механізми формування тих чи інших особливостей поведінки, інтелектуальних або особистісних якостей досліджуваної дитини. Зауважимо, що тільки системний аналіз порушень, виявлених протягом індивідуального психологічного дослідження, дає змогу правильно оцінити якісні та кількісні сторони вищих психічних процесів. Відправним пунктом, який дозволяє порівнювати норму з відхиленнями, необхідно використовувати вікову норму

розвитку дитини (відповідно до біологічного віку досліджуваної дитини із загальними розладами розвитку). При цьому одним із важливих діагностичних критеріїв у дітей із загальними розладами розвитку протягом психологічного дослідження є мотиваційний компонент діяльності на основі співробітництва з дослідником.

За різними джерелами можна виділити основні критерії, які стосуються основних умов встановлення психологічного діагнозу: 1) психологічний діагноз повинен розкривати специфічні особливості, явища, які притаманні конкретній людині, впорядковані у відповідності з їх питомою вагою у психосоматичному стані досліджуваного; 2) діагноз повинен не обмежуватись констатацією наявного, але й враховувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення тих чи інших симптомів і подальший прогноз; 3) психологічний діагноз повинен бути представлений за допомогою понять, які спираються на описовий матеріал, що характеризує поведінку людини в умовах дослідження [224].

Якісний аналіз клінічних симптомів загальних розладів розвитку, які простежуються, здійснюється завдяки цілеспрямованому використанні у практиці методу спостереження. У патопсихологічному дослідженні метод спостереження є найважливіший при аналізі структури діяльності хворої дитини, діагностиці притаманних їй психологічних симптомів поведінки.

Психологічний діагноз встановлюється на підставі отриманих шляхом експериментального дослідження даних про психічну діяльність і особистісну сферу дитини із загальними розладами розвитку, аналізу різноманітних соціальних відомостей про неї, які становлять так званий об'єктивний аналіз її фізичного і психічного розвитку.

Вивчення і діагностика рівня психічного розвитку тривалий час обмежувалось «зрізовими» методами, які лише констатували досягнутий рівень розвитку. Зараз розроблено ряд методів, які дають змогу не лише оцінити рівень розумового розвитку дітей, а й з'ясувати причини тих чи інших недоліків. Ці методи, побудовані за принципом формуючого експерименту, відкривають

шлях для здійснення психопрофілактичної та індивідуально-психокорекційної роботи з дітьми із загальними розладами розвитку.

Результати психологічного дослідження дітей із загальними розладами розвитку мають велике значення для терапевтичної тактики, яка передбачає особливості нівелювання ознак психічної дезадаптації і порушень розвитку особистості корекційно-педагогічними засобами.

Важливими для практики психологічних досліджень дітей із загальними розладами розвитку залишаються питання диференціальної діагностики. У зв'язку з цим виникає необхідність виділення психологічних і патопсихологічних симптомокомплексів загальних розладів розвитку, а також пошук ефективних методів їх корекції психолого-педагогічними засобами, які повинні враховувати специфіку умов виховання і навчання хворої дитини на різних етапах її розвитку.

Методологія вивчення аутичної дитини у дослідженні базувалась на такому науковому підґрунті: теорія поліморфності структури дефекту (Л. С. Виготський, М. С. Певзнер, Ж. Піаже, та ін.); положення про необхідність активного пошуку позитивного у структурі особистості (Л. С. Виготський, А. С. Макаренко, Л. І. Фомічова та ін.); концепція індивідуального генетичного дослідження особистості (С. Д. Максименко, В. С. Мерлін,); вчення про психологічні аспекти діагностики аномального розвитку дітей (В. І. Лубовський, С. Я. Рубінштейн, Б. В. Зейгарник); концепція В. М. Синьова щодо врахування індивідуально-особистісних особливостей дитини і необхідності системного впливу корекційного процесу на становлення змістових, діяльнісних та особистісних компонентів інтелекту як інструменту урівноваження людини і оточення; психолого-педагогічні підходи до побудови класифікацій інтелектуального розвитку аутистичних дітей (Д. І. Шульженко); типологія акцентованих особистостей (К. Леонгард); теорія інтеріоризації та екстеріоризації розумових дій (П. Я. Гальперін); концепції особистісно-зорієнтованого емоційно насиченого виховання (І. Д. Бех); положення про індивідуально-диференційований підхід під час педагогічного вивчення дітей (В. І. Бондар, І. Г. Єременко); положення про

психолого-педагогічні основи корекційного спрямування навчання (О. П. Хохліна); положення про провідний стійкий когнітивний стиль аутичної дитини (В. В. Тарасун); теорія причинно-наслідкових моделей психічного прогнозування особливостей, характерних для аутизму (S. Baron-Cohen; D. Denneh, U. Frith, A. Leslie). теоретичні та практичні підходи до формування соціальних компетенцій у дітей (Н.В.Калинина, О.Ф.Борисова, Е.В.Левикова, О.П.Гаврилушкина) [28, 45, 83-86], зокрема у дітей зі спектром аутистичних порушень (Meyer R.J., Ingersoll B, Goldstein H., Matson J. L., Bellini S. [257, 288, 289, 297, 339] та ін.)

Під час експериментально-психологічного вивчення особистості дитини із загальними розладами розвитку відправним пунктом, який дозволяє порівнювати норму з відхиленнями, необхідно використовувати вікову норму розвитку дитини (відповідно до біологічного віку досліджуваної дитини із загальними розладами розвитку). При цьому одним із важливих діагностичних критеріїв у дітей із загальними розладами розвитку протягом психологічного дослідження є мотиваційний компонент діяльності на основі співробітництва з дослідником. Для адекватного оцінювання спектру аутистичних порушень необхідно:

– дослідити різноманітні сфери функціонування дитини (рис. 2.1). При цьому слід враховувати як біологічні (спадкові) риси дитини, так і риси, розвиненні в процесі контактів із соціальним середовищем.

– розбити проведення оцінювання на етапи.

Етапи психологічного аналізу особливостей розвитку дитини з аутистичними порушеннями за функціональною ознакою.

1. Систематизація даних про особливості розвитку дитини на момент дослідження (абсолютно необхідними тут є знання про особливості вікового та функціонального розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень);
2. Вивчення особливостей найближчого оточення дитини та його ролі стосовно цілісного процесу її психічного розвитку.

1-й етап: систематизації даних про особливості розвитку дитини:

- кваліфікація загальної невідповідності рівня психічного розвитку віку дитини;
- аналіз первинних та вторинних розладів;
- визначення ступеня аутизму;
- виявлення особливостей компенсаторних утворень і захисних форм поведінки;
- кваліфікований аналіз особливостей онтогенезу дитини, її окремих складових – пізнавальної сфери, емоційно-особистісного розвитку до проявів захворювання у дитини та після того, як вони з'явилися.



Рис. 2.1. Сфери комплексного оцінювання дитини із спектром аутистичних порушень

2-й етап: вивчення особливостей найближчого оточення дитини:

- вивчення емоційно-мотиваційних особливостей батьківства (опікунів);
- оцінка компетентності батьків щодо хвороби та різних станів дитини;
- оцінка здатності батьків до рефлексії власної стратегії виховання, до

емпатійного, безоцінкового прийняття дитини і т. д.

Етапи психологічного аналізу особливостей розвитку дитини з аутистичними порушеннями за структурною ознакою.

I етап: опитування батьків;

II етап: спостереження за дитиною;

III етап: застосування тестів;

IV етап: аналіз отриманих даних у контексті 1) критеріїв аутизму (за МКХ-10) та визначення ступеня аутизму (CARS); 2) виявлення особливостей компенсаторних утворень і захисних форм поведінки та кваліфікований аналіз особливостей онтогенезу дитини, її окремих складових – пізнавальної сфери, емоційно-особистісного розвитку до проявів захворювання у дитини та після того, як вони з'явилися; 3) вивчення особливостей найближчого оточення дитини.

2.3. Діагностичні критерії аутизму

Діагностика аутизму дітей пов'язана у батьків з дуже великим стресом. Поряд зі стресом виникають труднощі суспільного і поведінкового походження, а також почуття провини, що виникає через оточення, яке приписує батькам погане виховання дитини.

Правильна діагностика аутизму пов'язана з великими труднощами. В основному, це стосується проблеми розрізнення аутистичних розладів від інших розладів розвитку. Для діагностики аутизму використовуються діагностичні критерії *МКХ-10*. У цій класифікації порушення функціонування дитини досліджують в трьох основних сферах: соціальна взаємодія, комунікація, активність та зацікавлення дитини (табл. 2.1).

Використання цих критеріїв потребує професійної підготовки.

Потрібно пам'ятати, що розвиток є тривалим процесом – дець він протікає швидше, дець повільніше. Інколи здається, що дитина зупиняється у своєму розвитку чи повертається на ранні стадії розвитку. Також є різні типи дизгармонії

розвитку в деяких сферах функціонування. У малих дітей часто простежується індивідуальна різниця в розвитку, яка досягає кількох місяців. Тому, очевидно, чим старша дитина, тим об'ємнішою є інформація і легше поставити діагноз. Саме тому аутизм діагностується після трьох років.

Таблиця 2.1

Діагностичні критерії аутизму у дітей за МКХ-10 (форма, яку заповнюють фахівці)

Критерії	присутність ознаки	
	до 3-х років	після 3-х років
<i>А. Кількісні порушення в соціальній взаємодії, представлені щонайменше двома ознаками:</i>		
1) нездатність адекватно використовувати погляд «очі в очі», вираз обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціальної взаємодії;		
2) нездатність розвитку стосунків з однолітками з використанням взаємного обміну інтересами, емоціями чи спільною діяльністю;		
3) рідко шукає чи використовує підтримку інших людей для заспокоєння чи співчуття в періоди стресу чи (і) заспокоює, співчуває іншим людям, що мають ознаки стресу чи засмучення;		
4) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми;		
5) відсутність соціально-емоційної взаємності, що виявляється в порушеній реакції на емоції інших, чи відсутності модуляції поведінки у відповідності зі соціальним контекстом; чи слабка інтеграція соціальної та комунікативної поведінки.		
<i>Б. Кількісні порушення в комунікації, що представлені щонайменше однією ознакою:</i>		
1) відставання чи повна відсутність мовлення, яке не супроводжується спробами компенсації через використання жестів, міміки, як альтернативної моделі комунікації (якій часто передують відсутність комунікативного гуління);		
2) відсутність різноманітної спонтанної уявної чи (в більш ранньому віці) соціальної гри-імітації;		
3) відносна неспроможність ініціювати чи підтримувати розмову;		

4) стереотипне чи повторне використання мови чи ідіосинкретичне використання слів чи речень.		
--	--	--

Продовження таблиці 2.1

Критерії	присутність ознаки	
	до 3-х років	після 3-х років
<i>В. Обмежені, повторні чи стереотипні види поведінки, інтересів чи діяльності, що представлені щонайменше однією ознакою:</i>		
1) активна діяльність за стереотипними чи обмеженими видами інтересів (зацікавлень);		
2) виражене обов'язкове підтримування специфічного нефункціонального розпорядку та ритуалів;		
3) стереотипні та повторні механічні рухи;		
4) дії з частинами предметів чи нефункціональними елементами ігрового матеріалу.		

Рання діагностика є досить важливою як для самої дитини, так і для її батьків. Розвиток дитини – це процес дозрівання і навчання. Тому найефективнішою є терапія, яка проводиться з дошкільнятами і молодшими дітьми. Рання діагностика дає шанс таким дітям із вродженими вадами на краще функціонування в майбутньому житті. Для батьків, постановка діагнозу є відповіддю на запитання: "Чому моя дитина є іншою?".

Дитячий аутизм є одним з найважчих розладів розвитку дитини. Чим раніше дитині буде поставлений правильний діагноз, тим швидше дитині підберуть вправи для її розвитку і результат буде ефективнішим.

Розробка методики діагностики аутизму в малих дітей належить Сімону Барону-Коуену та його колегам. Опитувальник **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers) був створений для спостереження за балансом здоров'я 18-місячних дітей. Це означало, що він повинен бути короткий та легкий у використанні. Проведення дослідження за допомогою опитувальника CHAT займає біля 15 хвилин.

СНАТ складається з двох частин. Перша частина (А) охоплює закриті питання, що стосується функціонування дитини в 9 сферах: 1) гра у близькому фізичному контакті (гойдання, підкидання); 2) соціальні зацікавлення; 3) розвиток моторики; 4) соціальні ігри; 5) гра «на ніби»; 6) вказування на предмет, який дитина хоче отримати; 7) вказування на об'єкт, яким хоче зацікавити іншу особу; 8) функціональна гра; 9) розподіл уваги. Друга частина (Б) складається з п'яти пунктів, має експериментальний характер і полягає в тому, щоб особа, яка проводить дослідження оцінила виконання дитиною кількох простих завдань. Дитина має показати можливості розподілу уваги, вказування на об'єкт, щоб зацікавити ним іншу людину, а також, гра «на ніби». Друга частина дає змогу порівняти інформацію отриману від батьків з фактичними можливостями дитини.

Опитувальник СНАТ дає можливість виявити дітей, які належать до групи ризику, і, отже пришвидшує процес встановлення діагнозу.

2.4. Опитування батьків та спостереження за дитиною

Одне із найважливіших місць у психологічній діагностиці займає збір інформації зі слів батьків аутистичної дитини. Проведення *вступного інтерв'ю* (Додаток 1) триває 1,5 - 3 години. Це перший і важливий крок для подальшої роботи з батьками та їхньою дитиною. Інтерв'ю потребує детальної інформації, що стосується життя сім'ї. Бажано, щоб на цій першій зустрічі були присутніми обоє батьків без дитини. В цьому випадку знижується рівень суб'єктивності ставлення до дитини і є змога почути різні погляди, що стосуються розвитку та поведінки дитини в тих чи інших ситуаціях. Основні напрямки розмови в цьому інтерв'ю такі:

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

- мала моторика (мануальні можливості дитини);
- розвиток мови (крик, гуління, ехोलалії, вербальна та невербальна мова);
- проблеми сну;
- проблеми харчування;
- самообслуговування;
- сенсорні порушення (зір, слух , нюх, смак);
- поверхнєве та глибоке відчуття (долоні, стопи, поверхня цілого тіла, голова і лице, рот та ротова порожнина);
- контакт зоровий та фізичний;
- характер гри;
- емоційні проблеми;
- агресія та аутоагресія;
- стереотипна поведінка.

І ще один, не менш важливий крок початкової діагностики полягає в *спостереженні за дитиною*. Його проведення вимагає додаткових підручних засобів, які потрібно приготувати заздалегідь. Спостереження складається з наступних етапів:

1. Велика моторика та рухово-зорова координації (подолання перешкод, повзання через тунель, копання м'яча, підстрибування і т.д.).
2. Рівновага (ходьба по балці, гойдання (за руки і ноги), крутіння на кріслі (офісному) і т.д.).
3. Латералізація (око, вухо, рука, нога).
4. Слухові реакції (реакція на звук, пошук джерела звуку, розпізнавання звуків, затуляння вух і т.д.).
5. Зорові реакції (ліхтарик, зміна світла, конвергенція, огляд книжечок і т.д.).
6. Чуттєві реакції (реакція на дотик, реакція на легке потискування, реакція на міцний масаж, реакція на різні предмети (пластилін, фарба...) і т. д.).

7. Мануальні можливості (будування з кубиків, малювання, складачки і т.д.)
8. Пізнавальні можливості (класифікація предметів та знаходження розбіжностей, співвідношення предмета з назвою, читання, загальний рівень функціонування і т.д.)
9. Мова (артикуляція, вокалізація, спосіб мовлення, розуміння простих і складних вказівок).
10. Експресія емоцій, зміна настрою протягом дня.
11. Агресивна та аутоагресивна поведінка.
12. Стосунки з особою, яка проводить дослідження (зоровий та фізичний контакт).
13. Наслідування (спонтанне і на прохання, тематичні ігри) та співпраця (використання руки дорослої особи, вказування пальцем).
14. Концентрація уваги (тривалість та переключення уваги).
15. Поведінка дитини під час консультації (стереотипи, дивна поведінка).

2.5. Методичний інструментарій для визначення ступеня аутизму та соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

2.5.1.Методика «Психолого-освітній профіль» (PEP-R) для діагностики аутичних дітей. PEP-R застосовується для оцінювання психологічного віку дитини і профілю психомоторного розвитку дитини з аутистичними порушеннями. [153].Протягом двадцяти років невпинно розвиваються діагностика, терапія та методи навчання аутистичних дітей та дітей з розладами розвитку та спілкування. В 1972 р. Парламент штату Північної Кароліни створив групу зі справ терапії та освіти аутистичних дітей та дітей з розладами розвитку та спілкування (Treatment and Education of Autistic Communication Handicapped Children - TEACCH). Це перша всестороння соціальна програма, котра запропонувала дітям та їхнім сім'ям діагностику, навчання та

консультацію. Метою цієї програми є допомога в оцінці стану дитини та підготовки індивідуальної програми терапії. Умовою здійснення діагностики є тест, який надає інформацію про дитину та сприяє ефективній терапевтичній інтервенції. До того ж, вже на той час існувало переконання, що не можна тестувати дітей із аутизмом за допомогою існуючих тестів та методів, що є причиною загального браку розуміння цих розладів. Для практичного застосування у діагностиці дітей з аутистичними порушеннями необхідний такий тест, який можна гнучко провести із урахуванням специфічних реакцій дитини з аутизмом. Важливим також є спосіб оцінки, який можна застосовувати при створенні програми навчання. Всі ці завдання реалізуються за допомогою Психолого-освітнього Профілю (Psychoeducational Profile, PEP – Shopler і Reichler [374-376]) та Покращений Психолого-освітній Профіль (Psychoeducational Profile-Revised, PEP-R). PEP-R є ефективним засобом для оцінки можливостей дитини із загальними розладами розвитку, оскільки: 1) більшість тестових завдань не залежить від рівня розвитку мовлення; 2) гнучкість у проведенні тесту дозволяє пристосувати його до специфічної поведінки дитини; 3) окремі тестові завдання не обмежені в часі; 4) тестові матеріали є конкретними та цікавими навіть для дітей із серйозними розладами; 5) завдяки великій шкалі рівнів розвитку, розглянутих в тесті, кожна дитина може досягнути позитивних результатів; 6) мовні елементи тесту відділено від чітких завдань.

PEP застосовується терапевтами, вчителями та батьками понад 20 років. Він виявився надзвичайно ефективним засобом для оцінки складних проблем навчання дітей із порушеннями аутистичного спектру. Він також довів, що думка про те, що не можна протестувати дітей із аутизмом є хибною. PEP було перекладено такими мовами: японською, фламандською, французькою, німецькою, датською, іспанською та на сьогоднішній день українською. Це вказує на його міжнародне використання. Тест забезпечує дослідників основними даними для оцінки рівня розвитку дитини, що є необхідним для планування ефективної індивідуальної програми виховання та навчання.

Концепція оцінки розвитку/Розвивальна концепція оцінювання.

„Психолого-освітній Профіль покращеної версії” (PEP-R) є концепцією оцінки розвитку дітей із аутизмом, а також дітей із розладами розвитку. Результати, отримані в тесті PEP-R, використано для укладання „Індивідуальних програм навчання” (ІПН). Акцент на концепцію оцінки розвитку зроблено з кількох важливих причин. По-перше, нагадаємо про те, що діти, які розвиваються правильно або неправильно, однаково виростають та змінюються. По-друге, оскільки PEP-R повинен служити для підготовки програм навчання, при доборі завдань до цієї програми необхідно взяти до уваги актуальний рівень розвитку дитини. Підхід до розвитку уможливорює опис та розуміння неправильності в процесі навчання, типових для дитини з розладами розвитку. Деякі діти можуть показувати різний рівень розвитку в різних сферах діяльності. Ефективні методики навчання повинні пристосовуватися відповідно до рівнів розвитку дитини. Наприклад, п'ятирічну дитину з аутизмом із руховою координацією нормальної п'ятирічної дитини, але з розумінням мови на рівні дворічної дитини, можна навчити їздити на велосипеді, вживаючи тільки вислови на мовному рівні дворічної дитини. Хоча поведінка дітей із аутизмом не нагадує поведінку молодших дітей, які не відстають у розвитку, їхні проблеми з навчанням часто можуть бути зрозумілими при порівнянні їх із молодшими дітьми.

Опис PEP-R

PEP-R є добіркою паттернів поведінки та вмінь, які служать для діагностики характерних для даної дитини способів навчання. Тест призначається передовсім для дітей, що знаходяться на дошкільному або нижчому рівні, тобто у віці від шести місяців до семи років. Якщо дитина є старшою, але немає ще дванадцяти років, PEP-R може надати потрібну інформацію у випадку, коли деякі функції розвитку дитини є нижчими від рівня першого класу. Для старших дітей, вище дванадцяти років, рекомендованим є „Психолого-освітній профіль для молоді та дорослих” (Adolescent and Adult Psychoeducational Profile, AAPEP – Mesibov, Schopler, Schaffer, Landrus, 1988).

Використаний для оцінки дитини PEP-R надає інформацію щодо розвитку вміння наслідування, сприйняття, дрібної та великої моторики, зорово-рухової координації, пізнавальної діяльності, спілкування та активного мовлення. PEP-R також надає можливість визначити ступені розладів поведінки в стосунках між людьми (нав'язування контактів та емоційних реакції), в іграх, у способі реагування на зовнішні подразники, а також ступінь розладів розвитку мовлення.

Матеріали, які потрібні для проведення тесту: іграшки та освітня допомога, які дитина пізнає під час організованої гри. Протягом проведення тесту дослідник оцінює та занотовує поведінку дитини. Під кінець тестового дослідження результати дитини розміщуються в семи сферах, що стосуються розвитку, та в семи сферах, що стосуються поведінки. Упорядкований профіль результатів дослідження відображає сильні та слабкі сторони розвитку дитини та її поведінки.

Замість однозначної оцінки, результатів „зараховано" або „незараховано" PEP-R вводить третю можливість: „обнадійливо". Результат „обнадійливо" призначається для дитини, яка тільки частково розуміє, що потрібно зробити в даному завданні або не має достатньо вмінь, аби це зробити добре. Дитина може проявляти розуміння того, що потрібно зробити, або може навіть виконати частково, але специфічним способом. Таке розв'язання завдання оцінюється як таке, що подає надію / «обнадійливе».

Аутизм – це не тільки запізнення в розвитку, але також нестандартна поведінка. Головною перевагою PEP-R є те, що в ньому звертається увага на обидва ці аспекти. „Шкала розвитку" показує рівень розвитку дитини стосовно ровесників. Елементи „Шкали розвитку" становлять окрему систему, але мають наближену функцію, яка є визначенням реакцій та поведінки, характерних для аутизму. Ці категорії походять зі „Шкали оцінки дитячого аутизму" (CARS), опрацьованої з метою діагностики аутизму. (Shopler та ін., 1988). Цілісність нестандартної поведінки або поведінки, пов'язаної з неповносправністю дитини, визначається кількісно та якісно. Ця оцінка вказує на розмір проблем,

пов'язаних з поведінкою дитини. Поведінка оцінюється як: „відповідна“, „помірно невідповідна“ та „в значній мірі невідповідна“. Елементи „Шкали поведінки“, на противагу до елементів „Шкали розвитку“, мають відношення до норм поведінки. Поведінка ані з помірними, ані зі значними відхиленнями не є нормою для будь-якої вікової групи. Результати зі „Шкали поведінки“ можуть бути використаними для спостереження за змінами, що виникають в поведінці дитини, вони також полегшують відбір дітей до групи, класу. Окрім виняткової системи оцінювання, PEP-R відрізняється від більшості психологічних інструментів діагностики своїм застосуванням. Цей метод призначається як основа для планування індивідуальної програми навчання.

Донедавна панувало переконання, що дітей із аутизмом не можна піддавати тестовим дослідженням. На відміну від дітей без відхилень у розвитку, вони не реагують адекватно в ситуаціях тестового дослідження, що призводить до помилкових оцінок та заключень зі сторони осіб, які проводять тест. В минулому брак можливості тестування дітей зі спектром аутистичних порушень приписувався відсутності їх мотивації до участі в дослідженні, що спричиняло маскування передбачуваного нормального інтелектуального потенціалу.

Результати клінічних досліджень, що проводилися вченими з програми дослідження дітей в Університеті Північної Кароліни, а пізніше колективом TEACCH, погоджувалися з відкриттями Альперна (1967) та показали, що можливості дітей із аутизмом можуть бути відповідно оцінені, якщо тестові завдання є пристосованими до рівня розвитку дитини. Основним завданням PEP-R є оцінювання семи сфер розвитку, до кожної з них підготовано завдання з різним ступенем складності. З досвіду відомо, що якщо ступінь складності завдання не відповідає рівню розвитку дитини, зростає частота прояву неадекватної поведінки. Одною з основних причин розладів поведінки дитини може бути те, що вона очікує невідповідного завдання. Враховуючи зв'язок між розладами поведінки та складністю завдань, PEP-R дозволяє досліджуваному модифікувати спосіб запропонованих завдань. Це уможлиблює

досліджуваному проявити повноту своїх можливостей. Як правило, розлади поведінки значно зменшуються, коли ступінь складності завдання стає пристосованим до рівня розвитку дитини та розуміння нею інструкції. В такий спосіб дослідник може розпізнати вміння, які і є відповідною відправною точкою для початку навчання. Окремі завдання тесту PEP-R не повинні застосовуватися в усталеному порядку, що запобігає проблемам, які б могли з'явитися при тестуванні дітей із аутизмом. Характерною рисою тесту PEP-R є гнучкість в його застосуванні.

Оскільки аутичні діти і затримкою у розвитку мають проблеми з мовленням, рекомендується обмежити його використання до мінімуму. До того ж, у більшості випадків усні відповіді не вимагаються.

PEP-R містить також нові елементи, призначені для перевірки вміння дітей наймолодших вікових груп. В такий спосіб тести залишаються сталими, а їх обсяг – розширеним. Це дозволяє особі, яка проводить тест, оцінити вміння і запланувати поступ дітей на рівні розвитку від немовляти, протягом усього періоду раннього дитинства аж до шкільного віку.

Елементи „Шкали розвитку” PEP-R поділено на сім сфер розвитку: 1)наслідування, 2) сприйняття, 3) дрібна моторика, 4) велика моторика, 5) зорово-рухова координація, 6) пізнавальна діяльність, 7) спілкування, активне мовлення. Зважаючи на факт, що процес навчання не перебігає як серія відірваних дій, тестові завдання містять елементи кількох сфер розвитку і їх можна було би погрупувати дещо іншим чином. Незважаючи на те, що це ускладнює дослідження, ця процедура відображає багатовимірність процесу навчання під час досягнення здібностей. Групування завдань на окремі сфери розвитку є важливими для організації тесту, але ці сфери не потрібно трактувати як відокремлені або не пов'язані між собою.

Оцінка завдань, що стосуються розвитку

Усі завдання „Шкали розвитку” оцінюються під час виконання тестування.

Система оцінювання завдань, що стосуються розвитку, складається з трьох ступенів виконання завдання: зараховано, обнадійливо, нвзараховано:

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

Проведення завдань, що стосуються поведінки

Більшість завдань „Шкали поведінки" знаходиться в кінці тесту. Оцінка більшості із них не залежить від того, як дитина використовує матеріали або як на них реагує, але від того, як дитина поводить себе під час довільних та організованих вправ. Протягом всього часу, проведеного з дитиною, дослідник повинен спостерігати за нею та її реакціями або зацікавленнями, а також складати нотатки.

Дослідник може захотіти зібрати інформацію про загальні можливості дитини в межах навчання й тимчасово використати тест як підґрунття до науки. Може, наприклад, на основі одного з умінь, оцінюваних як обнадійливо, спробувати навчити дитину опанувати цим вмінням. Після якогось проміжку часу дослідник може повторити те саме завдання та оцінити, в якій мірі дитина засвоює нову інформацію.

Тест може бути також використаний для оцінки суспільної поведінки дитини. Деякі діти можуть радісно споглядати, охоче усміхатися або можуть пробувати щось сказати. З цього можна зробити висновок, що дитина дає собі

раду з присутністю дорослого. Це можна перевірити в приміщенні з „прозорим” дзеркалом, відвертаючись спиною до дитини і виглядаючи через вікно або виходячи на хвилину з кімнати. Дослідник може зауважити зміни в поведінці дитини, коли дорослий не звертає на неї уваги.

Дослідник може стверджувати, чи дитина дає собі раду з почуттями, виявленими дорослими. Він повинен спостерігати, чи поведінка дитини змінюється в залежності від перебільшених змін поведінки дорослого (усмішки, гримаси, збудження). Слід перевірити, чи дитина реагує по-різному на зміни голосу дослідника, на раптові „ні” та „стій”. Ситуація дослідження є найкращою обставиною, щоб знайти найефективніший спосіб мотивування дитини. Під час тесту можна використовувати різні види винагород (ласощі, улюблені іграшки, вільний час, рухову стимуляцію, схвалення). Дослідник повинен звернути увагу на частоту нагородження (нагородження відразу, відтерміноване, нерегулярне) та вид нагород, які належить використати, аби викликати жадану реакцію дитини.

Оцінка завдань, що стосуються поведінки

Система оцінювання завдань, що стосуються поведінки, відрізняється від системи оцінювання завдань, що перевіряють розвиток. Критерії оцінки спираються на спостереження та думку осіб, що проводять тест. Терміни „відповідно” та „в нормі” використовуються для означення поведінки, характерної для дітей, що розвиваються правильно в даній віковій групі. При виставленні оцінки дослідник повинен пам'ятати, що відповідна поведінка в даному віці стосується актуального віку розвитку і залежить від інтелектуального рівня розвитку дитини. В зв'язку з цим, дослідник повинен ознайомитися зі способами поведінки, характерної для дітей, що розвиваються правильно в різних вікових групах.

Елементи шкали поведінки найкраще оцінити відразу після проведення тесту, коли дослідник переглядає записи, зроблені під час спостереження. Важливо здійснити оцінювання, коли враження від спостереження за дитиною є свіжими.

Конкретна поведінка може бути оцінена позитивно як „відповідна" або негативно як „невідповідна". Поведінка не оцінюється як „обнадійлива". Якщо поведінка є характерною для даного віку, то дитина отримує оцінку „відповідна" (відп.). Якщо поведінка є доволі нехарактерною, то її можна оцінити двояко: „помірно невідповідна" (пом.) або „в значній мірі невідповідна" (зн.). Оцінка „помірно невідповідна" використовується у випадку, коли поведінка дитини є в помірній мірі гіршою, але лише тільки дещо іншою від нормальної поведінки. „В значній мірі невідповідною" вважається та поведінка, інтенсивність, якість та частота прояву якої рішучим чином відрізняються від нормальної і яка є однозначно нетиповою.

Інтерпретація та аналіз результатів. Використання профілю розвитку.

Профіль, отриманий з семи сфер розвитку, надає необхідну інформацію про знання та труднощі дитини, пов'язані з процесом навчання. Інтерпретація результатів залежить від виду окремих питань, представлених зацікавленими інститутами та батьками. Найчастіше ці питання стосуються діагностики, проблем навчання та документації щодо змін, які виникли. Інтерпретація „Профілю розвитку" містить вказівку на відповідні програми навчання, які повинні бути використані у подальшій праці з дітьми.

Профілі розвитку дітей із аутизмом характеризуються нерівномірним розміщенням зарахованих та обнадійливих результатів в усіх сферах розвитку. Завдяки встановленню рівнів віку розвитку для кожної сфери, профіль надає вказівки для складання індивідуальної програми навчання. Зміни, що виникають, можна визначити, щорічно проводячи тест та порівнюючи зміни обнадійливих результатів на зараховані в кожній сфері, а також порівнюючи зміни результатів.

„Профіль розвитку" визначає мету навчання, індивідуально пристосовану до дитини. Якщо профіль дитини є диференційованим, то початкова програма повинна звертати увагу також на завдання, з якими дитина справляється, а також на ті, з якими вона має труднощі. Певні недоліки дитини не можуть бути за один раз вилученими або зрівноваженими через введення до програми навчання

знань, добре засвоєних дитиною. Такий вид планування гарантує успіх в стосунках між дитиною та дорослим та створює сильні підстави для початку праці над вирівнюванням затримки в певних сферах розвитку. Складання довготермінових освітніх програм не повинно спиратися виключно на результати тесту, а й на спостереження за реакцією дитини на індивідуальну програму та діяльність вчителів.

Впровадження коефіцієнту розвитку

Після встановлення віку розвитку дитини на підставі підсумування результатів тесту, що стосуються розвитку, дослідник може вирахувати коефіцієнт розвитку (КР). Коефіцієнт розвитку вираховується поділом віку розвитку на вік життя дитини та множенням на 100. Коефіцієнт розвитку може послужити альтернативою або доповненням унормованої частки розумового розвитку. Як вже зауважувалося раніше, традиційні тести, зокрема Векслера вимагали б від аутистичної дитини занадто багато знань та мовних навиків й тим самим надавали б небагато корисної інформації. КР, отриманий із PEP-R, може послужити альтернативною вказівкою до визначення розбіжностей між біологічним віком дитини та його актуальним рівнем розвитку. КР можна було би порівняти з часткою розумового розвитку Біне-Сімона. Частку КР розвитку, отримана на підставі PEP-R, слід інтерпретувати з особливою обережністю, оскільки вона є показником, що спирається на відносно невелику кількість проведених досліджень. Однак, він може вказувати на відносний рівень розвитку дитини в порівнянні з іншими аутистичними дітьми. Він також може бути джерелом, що вимірює зміни, які виникають між черговими тестовими дослідженнями.

Використання профілю поведінки

„Профіль поведінки”, отриманий в результаті дослідження тестом PEP-R, служить для узагальнюючого опису поведінки дитини. Безпосереднє обстеження дитини під час тестування є систематизованим та впорядкованим щодо чотирьох сфер розвитку, пов'язаних з аутизмом: налагодження контактів та емоційні

реакції; гра та зацікавленість предметами; реакція на імпульси; мовлення. Обстеження дитини дає можливість описати нетипову поведінку, яка не відображається „Профілем розвитку”. „Профіль поведінки” дозволяє оцінити, чи аутизм є правильним діагнозом, а також визначає зміни, що виникають в поведінці дитини. Проведення такого обстеження є необхідним для планування індивідуальної програми навчання. Обстеження поведінки дає можливість встановити відповідний рівень класу та підказує, як повинен поводити себе вчитель відносно до дитини.

Аналіз результатів

Результати тесту PEP-R найкраще представляти у ширшому контексті цілісної оцінки. Така оцінка, як правило, складається з результатів тесту PEP-R, з підсумування медичних даних, інформації про розвиток та соціальну поведінку, з оцінки можливостей адаптованості в суспільстві, а також з опису актуальної поведінки, зробленого вчителями та батьками. Типовий психологічний тест може також надавати додаткову інформацію. Часто виявляються допоміжними обстеження та опис стосунків дитини з батьками та фахівцями.

2.5.2. Шкала оцінювання дитячого аутизму Е. Шоплера, Р. Рейхлера, Б.Реннера. Методика CARS – childhood autism rating scale (дитяча рейтингова шкала аутизму) [377] – стандартизований інструментарій для оцінювання порушень аутистичного спектру у дітей віком від 2-х років. Результати тестування за CARS корелюють із МКХ-10. Біхевіоральна шкала оцінювання дитячого аутизму (CARS) – складається з 15 пунктів, які дозволяють діагностувати аутичних дітей, відрізнити їх від дітей з вадами розвитку, але без синдрому аутизму. Також шкала дає можливість відрізнити ступінь аутизму від легкого – помірного до значного. [262]

Започаткована шкала була у 1971 році (Рейхлер, Шоплер, за Шоплером, Рейхлером, Реннером, 1988). Тоді вона називалася Childhood Psychosis Rating Scale (CPRS), згідно з критеріями Крік (Creak), які запобігали помилок у

виявленні аутизму з вузькою класичною тріадою Каннера [304]. Коли було розширено критерії аутизму, було прийнято теперішню назву CARS.

У роботі над CARS було застосовано п'ять важливих діагностичних систем: тріада Каннера (1943), пункти Крік (1961), система Руттера (1978), система NSAC (National Society for Autistic Children, 1978, за Шоплером, Рейхлером, Реннером, 1988) та DSM –III-R(1978).

До характерних рис, що відрізняють шкалу CARS належать:

- 1) включення пунктів, що показують різноманітні діагностичні критерії, що відносяться до поширеної симптоматики аутизму як синдрому;
- 2) заміна суб'єктивних клінічних спостережень об'єктивними, що дають змогу оцінювати безпосередньо під час біхевіорального спостереження;
- 3) розвиток і вдосконалення шкали тривало 10 років, на протязі яких її було застосовано до 1500 дітей;
- 4) тест можна застосовувати до дітей різного віку.

2.5.3. Профіль розвитку та поведінки для молоді та дорослих. ААРЕР («Психолого-освітній профіль для молоді та дорослих»), який є поширеним варіантом РЕР, розрахований на осіб від підліткового віку. Хоч більшість проблем у дітей із аутизмом залишаються і в старшому віці, однак можливості підлітків з аутизмом відрізняються від можливостей дітей раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку із цим діагнозом. Завдання ААРЕР полягає в тому, щоб підготувати актуальні компетенції та потенціал розвитку аутистичної дитини в тому обсязі, який є найважливішим для її успішного самостійного проживання та налагодження суспільних взаємин.

Побудова тесту

В рамках ААРЕР розроблений механізм, який розглядає компетенцію подолання життєвих труднощів у трьох сферах: шкала прямого спостереження, поведінка в побутовому середовищі, поведінка у школі або на роботі.

Оцінювання прямого спостереження проводиться терапевтом у клінічному відділенні. Проведення цієї частини тесту дуже схоже до РЕР та більшості традиційних дій на шляху до розвитку когнітивних навичок та практичних умінь.

Шкала оцінки поведінки у побутовому середовищі та „робоча шкала” складається з повідомлень про поведінку дитини особою, яка вперше спостерігає за аутистичною дитиною у згаданих вище середовищах.

Оцінювання проводиться людиною, яка спілкується з батьками або з керівником групи, залежно від того, де проживає дитина. На основі інтерв'ю заповнюється робоча шкала. Результати трьох шкал оцінювання (спостереження, побутове середовище, робоче (шкільне) середовище) інтегруються, щоб спланувати відповідні педагогічно-реабілітаційні заходи для клієнта.

Кожна із шкал поділена на шість функціональних сфер:

- професійні навички;
- самостійність;
- уміння організації дозвілля;
- поведінка на роботі;
- функціональне спілкування;
- поведінка у спілкуванні між людьми.

Ці сфери допомагають охопити та передбачити сильні та слабкі сторони дитини в різних оточеннях. У деяких пунктах ці функціональні сфери нашаровуються (як перетинаються навчальні галузі та становлять багатовимірний навчальний процес). Функціональні галузі відрізняються від тих, що є в РЕР. Вони спрямовані спеціально на те, щоб розвивати уміння аутистичних осіб із метою успішного задоволення потреб та вимог в соціальному середовищі.

Цілісність із РЕР

В ААРЕР взято до уваги більшість важливих ознак РЕР. По-перше, прийнято триступеневу шкалу оцінювання, яка поряд із звичними критеріями оцінювання „зараховано” та „не зараховано” передбачає оцінку „обнадійливо”. Навички, які оцінюються „обнадійливо”, вказують на те, що дитина тільки

частково розуміє, що потрібно виконати в даному завданні, але не має достатньо умінь, щоб успішно виконати завдання.

Найважливішим у цій формі оцінювання є те, що воно дає змогу визначити ті специфічні аспекти умінь, інтенсивні вимоги до яких здебільшого обіцяють успіх. Ця оцінка умінь відрізняється від „зараховано”, що вказує на здобуті уміння, та від „не зараховано”, що вказує на те, що уміння іще не розвинуті та завдання не може бути виконано.

Більшість тестів укладено так, що вони пропонуються у вигляді невербальних інструкцій на випадок, коли словесні вказівки можуть бути незрозумілими або неправильно розумітися. При аналізі розглядаються вербальні та невербальні реакції.

Швидкість при виконанні ААРЕР – важливий результат, і саме в цьому тесті час береться до уваги. Та все ж часове обмеження для одних є ліберальним, а для інших - гнучким. Воно не є таким строгим, як у більшості традиційних діагностик поведінки аутистичних осіб.

Останньою важливою ознакою ААРЕР є вибудована ним гнучкість. Керівник тесту може використати тестову ситуацію, бути посередником нових навичок та умінь, щоб скласти собі враження про навчальний стиль дитини. Це дає змогу досліднику побачити такі уміння, які ще не були наявними у дитини і які він має змогу розвинути.

Відмінності між ААРЕР і РЕР

Між ААРЕР і РЕР є і відмінності. Запити підлітків відрізняються від потреб дітей більш раннього віку.

Так, ААРЕР спрямований на концепцію критеріїв проектування, а не на концепцію рівня розвитку, як у РЕР. Для цього є багато підстав, найважливішою з яких є те, що рівень розвитку для підлітків вже не має такого значення, як для молодших.

Наприклад, у 12-річного підлітка з ментальним 4-річним віковим рівнем розвитку є інші потреби та характерні риси, ніж у 8-річної дитини з

відповідним психічним рівнем розвитку. З віком змінюються і соціальні потреби, інтереси дозвілля особи, а також загальний рівень розвитку. Ці зміни рефлексуються в ААРЕР.

Функціональна щоденна стратегія та стратегія переживання стають важливішими, коли вищезгадана особа дорослішає. набуті уміння у сфері наслідування чи пізнавальних здібностей, що є важливою частиною у програмі діагностики для молодших дітей, є менш важливими для дітей-підлітків. Коли діти дорослішають, вони мусять розвивати свої уміння, навички, які дадуть їм змогу успішно подолати життєві труднощі „назовні” у суспільстві. ААРЕР відрізняється від РЕР тим, що він більше уваги надає цим важливим, необмеженим умінням та їх основі. Третя відмінність між обома механізмами полягає в тому, що ААРЕР охоплює обсяг необхідних пунктів надання більш систематичної додаткової допоміжної інформації для успішного виконання певного завдання. Це стало важливим аспектом в оцінюванні „обнадійливих” результатів.

Остання важлива відмінність між ААРЕР і РЕР є включення в ААРЕР шкали проживання та робочої шкали. Ці шкали розвинулись на основі методик, які були неофіційною частиною основних дослідницьких стратегій TEACH програми та складовою частиною кожної охоплюючої діагностики. На початку розвитку діагностика РЕР трактувалась як одна із багатьох важливих складових у діагностичному процесі.

Результати наших тестів завжди поєднуються з інформацією батьків та вчителів, для того, щоб можна було скласти відповідний індивідуальний план для кожної дитини. Ми вирішили зробити ці додаткові джерела інформації (батьківський дім, проживання у спільноті, частково – школа та робота) у концепції ААРЕР систематичною інтегруючою складовою частиною механізму дослідження.

Опис та проведення тесту

Сфери розвитку

Шість сфер розвитку в ААРЕР відображають найважливіші виміри для успішного максимально самостійного життя для особи з важкими розладами в побуті та в суспільстві. Ці сфери досліджені за трьома шкалами ААРЕР (пряме спостереження, шкала розвитку в побуті, побутовому оточенні та робоча шкала). Хоч дані у функціональних сферах розвитку та у вимірах шкал дещо нашаровуються, спостерігаються різні варіанти індивідуальних показників загалом, то в одній шкалі, то в іншій, оскільки потреби залежно від ситуації різні. Наприклад, пункт шкали в побуті не обов'язково застосовується в робочій сфері чи в тестовій ситуації.

Інформація, зібрана у трьох шкалах, в кінці дослідження співставляється, порівнюється, щоб отримати повну картину умінь підлітка в різному оточенні.

Професійні навички

Пункт „професійні навички” охоплює специфічні уміння, необхідні для виконання найрізноманітніших завдань у робочій сфері. В процесі прямого спостереження тестують уміння, які можуть бути впроваджені у виконання різноманітних доручень (наприклад, сортування, впорядкування, лічба).

Завдяки побутовій і робочій шкалам переглядаються навички, які стосуються потенційних можливостей занять. Вони містять у собі набуті за побутовою шкалою навички користування верстатом, станком і кухонними приладами, а також навички приготування їжі, прибирання. У робочій шкалі містяться навички вимірювання та складання об'єктів.

Самостійність

Показники визначення самостійності стосуються сфер життєво-практичних навичок та ведення самостійного способу життя.

Досліджуються різноманітні уміння, для того, щоб оцінити найнеобхідніші уміння особи в самообслуговуванні та визначити ступінь самостійності у різних сферах життя. Навички самообслуговування охоплюють зовнішність особи, купання, одягання, їжу, туалет. Уміння вести самостійний спосіб життя

охоплює ще й навички самостійного користування транспортними засобами, засобами зв'язку, використання грошей.

Уміння організувати проведення дозвілля

Навички проведення дозвілля охоплюють уміння, не пов'язані з роботою чи з виконанням певних завдань, і сприяють активності особи при задоволенні своїх бажань. Це уміння особливо важливе для осіб, що проживають у групах чи в домашньому середовищі, в якому співмешканці очікують від них довготривалого самостійного заняття своїми справами.

Коли аутичні діти дорослішають, їх інтереси змінюються так само, як і в їх ровесників без аутизму чи без розладів розвитку.

Оцінювання в цій сфері дає змогу облікувати набуті уміння в проведенні вільного часу згідно з зацікавленням і якнайдовше займатися одним видом діяльності. Тестуються і окремі види занять, і групові види діяльності. Так особа, що проводить тест, може побачити, як ініціює та чи взагалі проявляє ініціативу до заняття аутистичний підліток, чи проявляє він готовність долучитися до запропонованої зміни заняття.

Види діяльності, що досліджуються в рамках ААРЕР, охоплюють звичайні інтерактивні настільні ігри, гру картами, слухання музики та звичайні вправи на розвиток загальної моторики (кидання та ловіння м'яча).

Поведінка під час зайнятості

Показники поведінки під час зайнятості ідентифікують та оцінюють навички, необхідні для участі в робочому процесі (тут розуміються різні, не навчальні види діяльності: прибирання, приготування їжі, майстерні тощо). Ці навички є надзвичайно важливими, оскільки незвична поведінка, більше, ніж будь-що інше, обмежує можливості підлітків із аутизмом вчасно увійти в робоче середовище.

Шкала прямого спостереження досліджує уміння аутистичного підлітка тривалий час самостійно працювати, адекватно реагувати на зовнішні подразники та продовжувати діяльність, із якою вони добре обізнані. Побутова шкала

оцінює, наскільки добре особа з аутизмом засвоїла правила техніки безпеки, чи може вона вчасно чи із запізненням виконувати доручення. Робоча шкала надає інформацію, як працювати в групах, як дотримуватися вказівок, інструкцій і як усувати свої помилки.

Комунікація

Сильна затримка мовлення або/і важкі розлади мовлення – один із найважливіших критеріїв у діагнозі „аутизм”. Коли особи з аутизмом досягають підліткового віку, вони неминуче вийдуть за межі строго обмеженого домашнього чи шкільного оточення. Показники комунікативних функцій застосовуються, щоб підвищити мінімальні комунікативні можливості, необхідні для того, щоб влаштувати своє життя на робочих місцях і в побуті.

Специфічні навички, що досліджуються: повідомлення про свої потреби, розуміння інструкцій, реакція на вказівки чи заборону. Розуміння та вживання найважливіших понять: позначення місця, кольори, імена осіб і назви предметів. Ці навички досліджуються, щоб отримати вказівки для розвитку ефективних методів шляхом подачі вказівок.

Поведінка у стосунках між людьми

Найбільша проблема для осіб із аутизмом – соціальна взаємодія, яка часто завдає їм шкоди. Саме ці труднощі потрібно долати особам із порушенням аутистичного спектру. На шляху розвитку взаємин із людьми ми зосередили свою увагу на тих соціальних компетенціях і міжособистісних стосунках, які є найважливішими для досягнення успіху в побутовій і робочій ситуації. Тут постають найскладніші питання: вміння працювати, не заважаючи при цьому іншим, поведінка в групах, реакція на зовнішні подразники (присутність інших осіб). Побутова та робоча шкала дають додаткову інформацію стосовно способу поведінки між знайомими людьми у порівнянні з поведінкою між незнайомими. Це – суттєва різниця, оскільки люди з аутизмом проявляють незвичну поведінку тоді, коли зазнають конфронтації з боку чужих, незнайомих людей.

Загальна інформація щодо поведінки

Кожна із трьох шкал (пряме спостереження, побутова, шкільна чи робоча) досліджує шість функціональних сфер (професійні навички, самостійність, уміння проводити дозвілля, поведінка на роботі, функціональне спілкування та спосіб спілкування між людьми). Кожна шкала містить сім завдань у кожній із функціональних сфер. В сумі це становить 24 завдання для кожної функціональної сфери: 48 – за шкалою та 144 завдання загалом.

Шкала прямого спостереження містить додатково 4 завдання вищого рівня, які проводяться в кінці тесту кожної функціональної сфери. Це дає змогу протестувати підлітка, який показує дещо вищий рівень умінь в одній або кількох сферах.

Тривалість тестування

Тестування у трьох шкалах проводиться окремо. Шкала прямого спостереження оцінюється терапевтом або досвідченим фахівцем (із освітою) у клінічному відділенні. На це тестування відводиться 1,5 години, але цей час, перш за все, є лише одною контрольною цифрою. Тривалість тесту залежатиме від рівня умінь і швидкості реакцій дитини. Для заповнення побутової шкали необхідне інтерв'ю з батьками або з керівником групи, яке триває \approx 60 хвилин. Інтерв'ю з учителем або асистентом підлітка на робочому місці, що є базою для заповнення робочої шкали теж триває \approx 1 годину.

В ААРЕР інструкції для презентації завдань є специфічними. Вони вимагають мінімального використання мовлення для пояснення клієнтові того, що потрібно зробити, як це зробити. Постановка завдання уточнюється за допомогою:

- 1) вербальних інструкцій у мовленнєвій формі або за допомогою мови жестів;
- 2) поєднання постановки питання з невербальними жестами;
- 3) показуванням того, як повинно проводитися завдання.

Оцінювання тестових досягнень

У сфері прямого спостереження занотовується, що саме показав аутистичний підліток. В інтерв'ю слід оцінювати, що робить дитина в буденних ситуаціях.

Для усіх трьох шкал система ААРЕР поділена на три ступені: „зараховано”, „обнадійливо”, „незараховано”. До кожного завдання подаються специфічні критерії довідкового оцінювання успіхів.

„Зараховано” – аутистична дитина успішно чи без демонстрації (або з її обмеженою кількістю) може виконати завдання .

„Обнадійливо” – у дитини є знання, яких від неї очікували, але їй бракує уміння до кінця зрозуміти завдання або виконати його задовільно. Дитина може виконати завдання після багаторазового показу або скориставшись додатковою інформацією.

„Незараховано” – дитина самостійно не може виконати хоча б один пункт завдання, навіть після багаторазового показу чи з додатковою інформацією.

Суттєвим елементом методики є категорія „обнадійливо”. Людина, яка проводить тест, поряд із завданнями, в яких дитина виявляє початкові знання, незначні уміння та навички, може вказати і на специфічну область, яка неодмінно активізує сприяння. Тому, ці часто „обнадійливі” вимоги є базою для створення програми допомоги.

Якщо це можливо, проведені тестові завдання повинні бути оцінені одразу ж після їх проведення. Якщо людина, яка проводить завдання, не впевнена, як їй його оцінити, слід оцінити уміння, внести в протокол реакцію дитини, щоб урахувати її в кінці тесту та надати пораду. Деякі пункти не стосуються визначених завдань, а базуються на загальному спостереженні за поведінкою. Вони теж повинні оцінюватися одразу після закінчення тесту. Щоб досягти найточнішого оцінювання умінь, доцільно відзняти тестування на відео та врахувати запис при оцінюванні.

Поширення рамок застосування тесту. Завдання вищого рівня

Як уже згадувалося, ААРЕР було розроблено для тестування дітей із аутизмом із низьким рівнем умінь і недостатнім розумінням вербального мовлення. Враховуючи наш досвід, є очевидним, що деякі з них мають достатньо навичок, щоб виконати усі вісім завдань тієї чи іншої сфери шкали прямого

спостереження. В окремих випадках доцільно використовувати ААРЕР для осіб із вищим рівнем умінь. Саме тому до кожної шкали компетенцій додано чотири важчі завдання.

Завдання вищого рівня розширюють рамки тесту, оскільки надають додаткову інформацію про уміння клієнта у сферах, які виявляють його сильні сторони. Здебільшого ці завдання даються тоді, коли клієнт може успішно виконати щонайменше сім завдань і одне – частково певної сфери.

Навчання нових умінь

Гнучкість тестування надає можливість людині, яка проводить тест, сформувати у аутистичної дитини нові уміння. Як наслідок – отримати інформацію про те, як швидко дитина засвоює нове та яка із навчальних технологій є найбільш ефективною. Навчання новим умінням може проводитися на основі завдань, які дитина засвоїла частково. Тут можна випробувати допоміжну інформацію, яка дасть дитині змогу досягти успіху. Інша можливість – дати змогу виконати важче завдання. Особа, яка проводить тест, повинна випробувати різноманітні навчальні та стимулюючі стратегії, щоб навчити дитину новим умінням.

Збір інформації

Під час тестування можна зібрати велику кількість інформації, яка безпосередньо не стосується завдання. Вона може стосуватися великої кількості сфер, серед них – комунікації, мотивації та інтерактивної сфери. Наприклад, із немовним клієнтом можна випробувати різні альтернативні форми спілкування та підібрати ту, яка йому найбільше підходить, щоб задовільнити його потреби.

Мотивація дає змогу визначити, чи має клієнт бажання успішно виконати завдання, як він реагує на заохочення (наприклад, похвалу, улюблене заняття, гру). Для спостереження можна створити таку ситуацію, коли дитина вимушена проявляти інтерактивну поведінку, щоб отримати те, що бажає.

Інтерпретація результатів тестування

Пропонується документувати тестові досягнення не лише шляхом анкетування, а й складання письмових висновків за результатами ААРЕР. Мета цього повідомлення (документа) полягає в тому, щоб відобразити сильні та слабкі сторони аутистичної дитини, інтегрувати інформацію із різних джерел та сприяти розробці специфічних та загальних пропозицій для складання індивідуальних програм розвитку. У цьому повідомленні керівник тесту може описувати не тільки завдання, виконані клієнтом, але й представити шляхи вирішення, обрані клієнтом і його поведінка з матеріалом. Це означає, що у цьому повідомленні можуть бути відображенні спостереження за поведінкою дитини, за її мотивацією та соціальними відносинами під час проведення тесту (обстеження). Ця інформація є надто важливою при оцінці і упорядкуванні успіхів, навиків та умінь аутистичної дитини, щоб на її основі скласти і врахувати пропозиції щодо програми допомоги та вирішити, над якими вміннями слід працювати надалі, щоб допомогти дитині успішно адаптуватись у побуті або на робочому місці.

Представимо перелік тестових завдань:

- професійні навички;
- самостійність;
- компетенції проведення дозвілля;
- поведінка під час заняття;
- функціональне спілкування;
- поведінка серед людей.

Під час обговорення окремих сфер компетенції є суттєвим обговорення трьох шкал одночасно, а не окремо по-черзі. В той час, коли приділяється основна увага сферам компетенцій, які нас найбільше цікавлять (професійні навички, самостійність, компетенції проведення дозвілля, поведінка під час праці, функціональне спілкування і суспільна поведінка), забезпечується краще інтегрування здобутої інформації. Виходячи з цього, необхідно обговорити, яким чином поглиблюється або виявляється суперечливою інформація з різних контекстів. Коли дані не співпадають, необхідно з'ясувати причини

(надійність партнера по інтерв'ю, по-різному часті випадки застосування певних компетенцій в різних контекстах, більш виражене структурування в одній ситуації на противагу іншій, змінна перспективність партнера по інтерв'ю, нестабільність поведінки дитини).

2.5.4. Оцінка соціальних компетенцій дітей та молоді з порушенням розвитку (ASC). Для визначення соціальних компетенцій дитини використовувався опитувальник ASC (Assessment of social competence for children and young adults with developmental disabilities, Meyer et al., 1985 [339]). Опитувальник складається з 252 дискретних способів поведінки, які були організовані в 11 функції: ініціювання, саморегуляції, слідування правилам, забезпечення позитивного підкріплення, забезпечення негативного зворотнього зв'язку, відповідь на сигнали, приймання допомоги, пропонування допомоги, вміння зробити вибір, вміння впоратися з негативом та припинення взаємодії. У середині кожної з функції елементи згруповані у вісім рівнів за ієрархію підвищення соціальних складності. Даний опитувальник проходив практичну адаптацію у центрі «Відкрите серце» і застосовувався до дітей різного ступеня аутизму дошкільного та шкільного віку.

2.5.5. Шкала тестів розумового розвитку А. Біне – Т. Сімона. Шкала тестів розумового розвитку А. Біне – Т. Сімона становить собою стандартизовану методикою, що дозволяє оцінити інтелектуальний розвиток дітей від трьох до п'ятнадцяти років [36]. Варто відзначити, що власне результати тестування за методикою Біне-Сімона (у порівнянні з іншими методиками, які досліджують рівень розумового розвитку у дітей із спектром аутистичних порушень) найбільш наближені (з точністю до 1-1,5 місяці) до результатів тестування за методикою РЕР-Р (це підтверджують і наші дослідження і дослідження фахівців Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України).

Для кожного віку обирається шість тестів, а для дванадцятирічних – вісім тестів. До кожного тесту дається позитивна або негативна оцінка.

Дитина конкретного віку отримувала тести, що розраховані на дітей, на два роки молодших, ніж досліджувана дитина. Якщо дитина позитивно розв'язує всі ці тести, тоді ми переходили до тестів, розрахованих на дітей старшого віку, зупиняючись на шкалі того віку, тести якого дитина не може розв'язати. Якщо ж дитина не справлялася із завданнями для молодших дітей, ми переходили до тестів для дітей ще молодшого віку і розв'язували тести доти, доки дитина змогла виконати всі завдання для певної вікової групи.

За кожний позитивно розв'язаний тест за шкалою до дванадцятирічного віку нараховується два місяці, за кожен тест, розрахований для дванадцятирічних – три місяці, а для чотирнадцяти- та п'ятнадцятирічного віку – по чотири місяці. Після цього визначається вік розумового розвитку дитини.

Наприклад, дитина восьми років розв'язала всі тести до восьми років включно, а потім розв'язала п'ять тестів для дев'яти років, два тести для десяти років і один тест для дванадцяти років. Отже, вік її розумового розвитку визначається так: до восьми років додаємо десять місяців за дев'ятирічний вік (5 тестів по 2 місяці), чотири місяці за 10-річний (2 тести по 2 місяці) і три місяці за 12-річний (1 тест по 3 місяці), разом 8 років 17 місяців. Отже, вік розумового розвитку цієї дитини дев'ять років і п'ять місяців.

Якщо ж дитина восьми років розв'язала лише чотири тести для восьмирічних, тоді ми давали їй тести для семирічних. Якщо вона з них розв'язала п'ять тестів, тоді ми давали їй тести для шестирічних. Якщо дитина розв'язала всі шість тестів для цього віку, тоді її розумовий вік становить: шість років + десять місяців (за сьомий рік) + вісім місяців (за восьмий рік) = шість років і вісімнадцять місяців, тобто сім років і шість місяців.

Даний тест дає нам результати з достовірністю +/- 1 місяць, що дає нам підстави бути певними у наших висновках.

2.5.6. Нейропсихологічна діагностика за О.Р. Лурією. За допомогою даної методики можна розв'язати такі завдання:

1. Опис індивідуальних особливостей і діагностика стану психічних функцій в нормі і при різних відхиленнях (атипіях) психічного функціонування.

2. Виявлення дефіцитарного блоку мозку (за О.Р. Лурією), первинного дефекту і його системного впливу на інші психічні функції, що становлять зону ризику їх недорозвитку, як в результаті дисфункції даної функціональної системи, так і через порушення її зв'язків з інтактними функціональними системами.

3. Рання диференційна діагностика ряду захворювань центральної нервової системи, диференціація органічних і психогенних порушень психічного функціонування.

4. Постановка топічного діагнозу органічного ураження чи дифіцитарності мозкових структур.

5. Виявлення причин і профілактика різноманітних форм аномального психічного функціонування: дезадаптації, шкільного невстигання та ін.

6. Розробка, на основі якісного аналізу порушених і збережених форм психічного функціонування, стратегії і прогнозу реабілітаційних, абілітаційних та корекційних заходів, а також методів профілактики розвитку та прогресування дефекту.

7. Розробка і застосування систем диференційованих та індивідуалізованих методів відновлюючого або корекційно-розвиваючого навчання, адекватних структурі психічного дефекту.

8. Оцінка динаміки станів психічних функцій і ефективності різних видів скерованого лікувального чи колекційного втручання: хірургічного, фармакологічного, психолого-педагогічного, психотерапевтичного та ін.

У нашій роботі ми провели дослідження за допомогою таких частин методики: орієнтування, адекватність, критичність, коректурна проба, проба на реципрокную координацію, проба на умовну реакцію вибору, проба на динамічний праксис, проба на копіювання простих фігур, проба на позу пальців та

оральний праксис, проба на предметний та акустичний гнозис, проба на впізнавання просторово орієнтованих простих фігур та проба на впізнавання емоцій.

Метою проведення такого дослідження є визначення відмінностей у рівнях виконання цих завдань дітьми з аутизмом та дітьми з олігофренією. Ми вважаємо, що отриманий результат дасть нам можливість в подальшій діагностиці аутичних дітей диференціювати їх від дітей, хворих на розумову відсталість, шляхом врахування власне тих шкал, в яких ми побачимо суттєві відмінності. Також це дослідження дасть нам можливість визначити особливості когнітивного розвитку аутичних дітей, що, в свою чергу, сприятиме покращенню складання корекційних та реабілітаційних програм для аутичних дітей.

Автори нейропсихологічного дослідження неоднозначно ставляться до можливості кількісного оцінювання результатів проб: від повного її заперечення, вважаючи, що Луріївський підхід передбачає лише якісну оцінку (О. А. Гончаров, 1998р.) до строгої стандартизації методів за рахунок суттєвого скорочення тестів, що застосовуються (Є. Г. Симерницька, 1991р., Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсакова, 1994р.). Більшість нейропсихологів, що займаються колекційною роботою з дітьми, розуміють необхідність кількісної оцінки виявлених симптомів дефіцитарності психічних функцій з метою об'єктивізації ступеню вираженості дефектів та динаміки їхнього зворотного розвитку.

Специфіка системи оцінювання (Ж.М. Глозак, 1999р.) полягає в двох взаємопов'язаних процедурах, які мають також і самостійне значення і можливість застосування.

1. Складення до кожної проби списку можливих труднощів її виконання і кваліфікація діяльності досліджуваного в сфері, що аналізується, відповідно до цього списку.

- по-перше, стан вищих психічних функцій кожної конкретної дитини може бути об'єктивований як констеляція +/- симптомів (з можливістю їх кількісного підрахунку);

- по-друге, можна виявити типовий нейропсихологічний петтерн для досліджуваної групи дітей;
- по-третє, можливо провести групування якісних параметрів (симптомів) на основі їхнього загального співвідношення з роботою тієї чи іншої структури чи блоку головного мозку для того, щоб порівняти ступінь дефіцитарності різних відділів мозку у даної дитини чи вікової групи дітей і виявити стійкість симптоматики в ході динамічного спостереження.

2. Оцінка в балах кожної проби за шестибальною шкалою на основі виявлених труднощів (помилки), їх первинного чи вторинного характеру, ступеню їх вираженості у порівнянні з нормативними даними відповідної вікової групи, а також можливості і умовної корекції помилок (необхідний спосіб представлення чи організації матеріалу, ступінь стимуляції дитини та допомоги з боку дослідника) при діалоговому режимі проведення нейропсихологічного дослідження. Балова оцінка також дозволяє визначити сумарний бал дефіцитарності за кожною психічною сферою і в цілому для дитини для того, щоб об'єктивно оцінити ступінь недостатності розвитку (атипії розвитку, дефіцитарності психічного функціонування), об'єктивувати динаміку стану дитини при лонгітюдному дослідженні в ході колекційного впливу.

Оскільки число тестів в Луріївській батареї у кожній сфері різне і основним принципом Луріївського тестування є гнучкість, тобто можливість скорочення чи розширення дослідження в кожному індивідуальному випадку та для кожної вікової групи, адекватність порівняльного аналізу забезпечується тим, що сумарний бал за кожною психічною сферою ділиться на кількість проб. Бална оцінка організована як система штрафів, тобто бал тим вищий, чим гірше виконується проба.

Далі ми опишемо методику дослідження та оцінку його результатів на прикладі основних Луріївських тестів, які ми використовували в нашому нейропсихологічному дослідженні. Ми враховували те, що однократне тестування

повинне бути компактним в силу нейродинамічних особливостей психічного функціонування дітей з розладами розвитку.

Схема і кількісна оцінка даних нейропсихологічного дослідження дитини з аутизмом. Загальна характеристика дитини

Під час стандартизованої бесіди з дитиною оцінюється стан трьох областей психічного функціонування:

- орієнтування в місці, часі, в деяких особистих даних;
- критичність;
- адекватність поведінки та емоційній реакції в ситуації дослідження.

Окрім цього, за допомогою розробленої спеціально для дітей коректурної проби досліджується розумова працездатність та концентрація уваги дитини. В цій пробі дитині пропонується 104 фігури, які складно вербалізувати, яких є 10 видів і вони чергуються у випадковому порядку. Кількість фігурок кожного виду різна. Дослідник закреслює фігурку і пропонує дитині: «Ми з тобою пограємо в гру, в якій необхідно бути дуже уважним. Я зараз засічу час і подивлюся, скільки ти знайдеш точно таких самих фігурок, поки я не скажу "Стоп"». Реєструється кількість знайдених за одну хвилину правильних фігурок, кількість і тип помилок (перцептивно близькі чи перцептивно далекі).

Наприклад, у досліджуваного 1 ми спостерігаємо перцептивно близькі помилки, всього 17 відмічених фігур, з яких 11 правильних. Таким чином ми оцінюємо коректурну пробу досліджуваного в 1 бал. Досліджуваний орієнтується в оточуючому середовищі, розуміє ситуацію, знає деякі свої особисті дані, орієнтується в часі і просторі. Тому оцінюємо орієнтування дитини в 0 балів. Дитина в умовах дослідження поводить себе не зовсім адекватно. Тут проявляються такі симптоми як відволікання, не до кінця сформоване відчуття дистанції, загальне збудження. Відповідно, рівень адекватності ми оцінюємо в 2 бали. Критичність дитини ми оцінюємо в 2 бали у зв'язку з тим, що дитина намагається виправити деякі допущені помилки після вказування на них

дослідником, проте прикладає недостатньо зусиль. Отже, загальний рівень психічного стану дитини становить: $(0+1+2+2)/4 = 1,25$.

Таким чином ми кількісно опрацьовуємо такі сфери психічної діяльності дітей:

1) загальна характеристика досліджуваного, що включає в себе такі сфери, як орієнтування в часі, просторі та особистих даних; адекватність; критичність та коректурну пробу;

2) дослідження рухів та дій, що включає в себе пробу на реципрокную координацію, пробу на умовну реакцію вибору, пробу на динамічний праксис, пробу на копіювання простих геометричних фігур, оральний праксис та праксис пози пальців та пробу на відтворення ритмічних структур;

3) дослідження гнозису, що включає в себе пробу на предметний гнозис, пробу на акустичний гнозис, впізнавання просторово орієнтованих фігур, пробу на ідентифікацію емоцій.

2.5.7. Тест М. Люшера. Тест Люшера відноситься до проєктивних методик. У практиці застосування методики у роботі з дітьми з порушеннями розвитку можна опиратись на досвід Аліції Опатовської та Тадеуша Галковського [Opatowska A., Galkowski T. Swiadomosc emocji uczniow niepełnosprawnych w klasach inyegracyjnych // Szkoła specjalna. Dwumiecznik akademii pedagogiki specjalnej im. Marii Grzego] Методика заснована на суб'єктивному переважанні колірних стимулів. Оpubлікована М. Люшером в 1948 р. Характеристика кольорів (по Люшеру) включає в себе 4 основних і 4 додаткових кольори. Основні кольори: синій - "Емоційна глибина", є концентричним, гетерономним, об'єднуючим, чутливим, замисленим, що з'єднує; символізує - спокій, задоволення, ніжність, любов і схильність; синьо-зелений - "Вольове зусилля", є концентричним, автономним, оборонним, запобіжним, що володіє, наполегливим; символізує - самоствердження, самовпевненість, терпіння, самооцінку; оранжево-червоний - "Ударна сила волі", є ексцентричним, автономним, наступальним, моторним,

завойовницьким, що впливає; символізує - бажання, збудження, агресивність; світло-жовтий - "Жвавість почуттів", є ексцентричним, гетерономним, як очікують, що сприяє розквіту, хто надіється, що шукають; символізує - зміну, прагнення до спілкування, експансивність, веселість.

Модифікації кольорів - фіолетовий, коричневий, чорний і сірий (5, 6, 7 і 8) - відносяться до іншої категорії. Якщо дотримувати точність, то чорний і сірий взагалі не кольори: чорний - це заперечення кольору, а сірий в тесті абсолютно нейтральний і безбарвний. Фіолетовий колір - це суміш синього і червоного, коричневий- змішується з оранжево-червоним і чорним і виглядає темним, щодо неживої фарби. Перевага, що віддається одній з модифікацій кольору: чорному, сірому або коричневому, в більшості випадків вказує на порушення. Вони символізують негативні тенденції: тривожність, стрес, переживання страху, гніву. Значення цих кольорів (як і основних) найбільшою мірою визначається їхнім взаємним розташуванням, розподілом за позиціями. "

Важливо зупинитись на процедурі проведення тесту з досліджуваними нами дітьми з аутистичними порушеннями. Очевидно, що це є доволі трудомістким дослідженням з огляду на:

- тривалість проведення тесту (поетапність виконання: налагодження контакту з дитиною; ознайомлення з інструкцією; проведення пілотної процедури тестування; проведення власне тестування);
- схильність дітей з аутистичними порушеннями до стереотипій (необхідно досягнути на пілотному етапі тестування ефекту, коли аутистична дитина не виконує завдання за завченим алгоритмом).

При використанні вказаних методик дослідження в кожному конкретному випадку враховувався рівень розумового розвитку, ступінь аутизму, ступінь вираження тих чи інших порушень, можливості та ресурси дитини, особистісні характеристики. Вибір найбільш оптимального поєднання експериментальних завдань дозволяв навіть у випадках максимально вираженого інтелектуального,

аутистичного дефекту виявити наявність збережених компонентів діяльності аутистичної дитини та прослідкувати їх динаміку у процесі корекції.

Отримані дані були опрацьовані за допомогою методів математичної статистики з використанням спеціалізованого комп'ютерного пакету STATISTICA.

2.6. Основи диференційної діагностики дітей зі спектром аутистичних порушень

Методологія вивчення аутичної дитини у дослідженні базувалась на такому науковому підґрунті: генетичний підхід до вивчення особистості (Л. С. Виготський, О.М.Леонт'єв, С. Д. Максименко та інші); теорії про єдність біологічних і соціальних факторів у психічному розвитку дитини (Б.Г. Анан'єв, П.К.Анохін, В.В.Давидов, С.Л.Рубінштейн та ін.); теорії про специфічні закономірності розвитку аномальної дитини (В.В.Лебединський, В.І. Лубовський, В.М.Синьов та ін.); теорії про взаємозалежність базових і вищих психічних функцій (М.О.Бернштейн, Г.М.Дульнєв, А.П.Чуприков та ін.); теорії про мультидисциплінарний характер дефектологічної науки і практики, необхідність поєднання медичних, психологічних, педагогічних аспектів у комплексному вивченні та корекції розвитку аномальної дитини (В. І. Лубовський, С. Я. Рубінштейн, Б. В. Зейгарник, В. І. Бондар, Т. П. Вісковатова, І. Г. Єременко, В.П.Кащенко, К.С.Лебединська, О.Р.Лурія, Є.В.Мастюкова, С.П.Миронова, М. С. Певзнер, М.К.Шеремет, Д.І.Шульженко, Л.Г.Фомічова та ін.); положення про психолого-педагогічні основи корекційного спрямування навчання (О. П. Хохліна); психолого-педагогічні підходи до побудови класифікацій інтелектуального розвитку аутистичних дітей (Д. І. Шульженко); положення про провідний стійкий когнітивний стиль аутичної дитини (В.В.Тарасун); теорія причинно-наслідкових моделей психічного прогнозування особливостей, характерних для аутизму (S. Baron-Cohen; D. Denneh, U. Frith, A. Leslie). теоретичні та практичні підходи до формування соціальних компетенцій у

дітей (Н.В.Калинина, О.Ф.Борисова, Е.В.Левикова, О.П.Гаврилушкина), зокрема у дітей зі спектром аутистичних порушень (L.H.Meyer, В Ingersoll , Н.Goldstein, J. L.Matson, S. Bellini та ін.)

Під час експериментально-психологічного вивчення особистості дитини із загальними розладами розвитку відправним пунктом, який дозволяє порівнювати норму з відхиленнями, необхідно використовувати вікову норму розвитку дитини (відповідно до біологічного віку досліджуваної дитини із загальними розладами розвитку). При цьому одним із важливих діагностичних критеріїв у дітей із загальними розладами розвитку протягом психологічного дослідження є мотиваційний компонент діяльності на основі співробітництва з дослідником. Для адекватного оцінювання спектру аутистичних порушень необхідно дослідити різноманітні сфери функціонування дитини (рис. 2.1). При цьому слід враховувати як біологічні (спадкові) риси дитини, так і риси, розвиненні в процесі контактів із соціальним середовищем.

Для з'ясування ступеня аутизму у групі аутичних дітей, які навчаються в рамках національного експерименту у середній школі, було застосовано методику CARS. Результати дослідження за допомогою шкали CARS групи з 60 дітей представлені на рис.2.2.

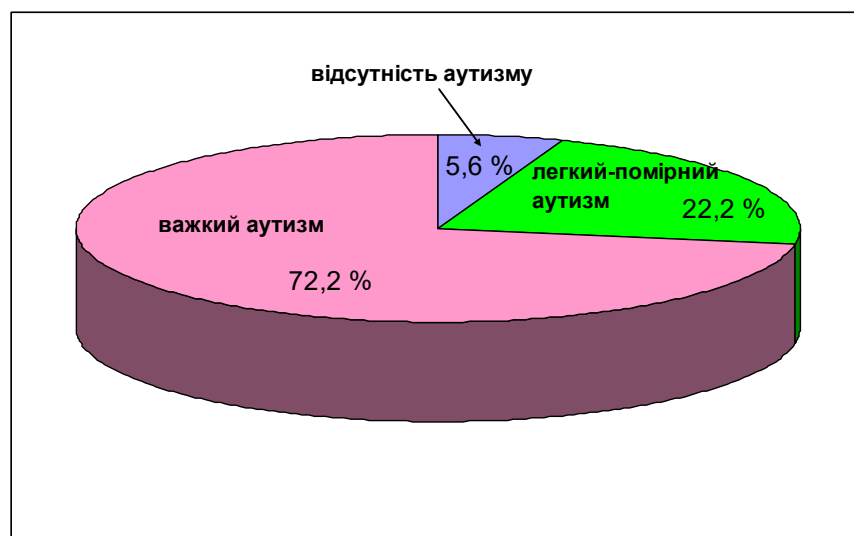


Рис.2.2. Розподіл групи аутистичних дітей за ступенем аутизму

Проведені дослідження дозволили поділити групу дітей на три підгрупи:

1. Діти з легким ступенем аутизму
2. Діти з помірним ступенем аутизму

Кількість дітей з легким-помірним ступенем аутизму у нашому дослідженні становила 22,2%.

3. Діти з глибоким ступенем аутизму – 72,2%.

Необхідно відзначити факт встановлення відсутності аутизму у підгрупі дітей (5,6 % вибірки), яким раніше психоневрологами був поставлений діагноз аутизм. Даний факт свідчить про складність процесу діагностування аутизму в цілому. Зрозуміло, що на основі результатів застосування однієї діагностичної методики не варто робити поспішних висновків.

Слід також відзначити значний відсоток дітей з важким ступенем аутизму у школі. Це, на нашу думку, свідчить про недостатньо сформовану систему допомоги дітям з аутизмом у дошкільному віці. Тому, використавши нове гасло «інклюзії», до школи потрапило більшість важких дітей, які раніше практично не отримували відповідної допомоги.

Проведені дослідження цілої вибірки дітей (167 дітей віком від 3 до 12 років) дали такі результати: діти з легким ступенем аутизму (42,8 %), діти з помірним ступенем аутизму (47%), діти з важким ступенем аутизму (10,2%).

Поряд з адаптацією зарубіжних методик, у роботі набули подальшого розвитку напрацьовані Д.І.Шульженко вітчизняні методи диференційної діагностики для аутичних дітей. Зокрема, ми зупинилися на нейропсихологічній шкалі досліджень рухів та дій за О.Р.Лурія. Використовуючи цю методику, було проведено порівняльну характеристику трьох груп дітей – з різним ступенем аутизму, групи здорових дітей та групи дітей з тяжкими порушеннями мовлення [149, 163]. Результати показали, що діти з легким-помірним ступенем аутизму отримали кращі результати, ніж діти із значним ступенем аутизму. Усереднені показники для дітей з легким-помірним ступенем аутизму – 1,3 бали, а для дітей з важким ступенем аутизму – 2,5 бали. Усереднені показники за даною

методикою для дітей з тяжкими порушеннями мовлення та групи здорових дітей $\epsilon < 1,0$ (рис. 2.3). Тобто, методика рухів та дій за О. Р. Лурія придатна для диференціації ступенів аутизму та відмежування аутичних дітей від дітей з тяжкими порушеннями мовлення .

Для перевірки результатів дослідження аутичних дітей контрольної групи здорових дітей та дітей з тяжкими порушеннями мовлення за шкалою рухів і дій О.Р. Лурія проводився дискримінантний аналіз одержаних даних.

Цей аналіз показав, що всі діти з тяжкими порушеннями мовлення були відкласифіковані коректно. Серед аутичних дітей 26 осіб відкласифіковано коректно, а 4 особи мали би бути віднесені до дітей з тяжкими порушеннями мовлення з ймовірністю більше 95%.

На класифікацію найбільше впливали шкали – умовна реакція вибору та малюнок (відтворення геометричних фігур): $\lambda w = 0,3$, що свідчить про адекватну класифікацію (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Найбільш значимі шкали для коректної класифікації аутистів за методикою О.Р.Лурія

Variable	Classification Functions; Grouping: gr(Spreadsheet8)		
	Аутичні діти $p=,47$	Здорові діти $p=,47$	Діти з тяжкими порушеннями мовлення $p=,52$
Реакція вибору	8,36	-0,30	3,83
Малюнок	1,28	+0,16	-0,16
Constant	-12,17	-0,14	-2,40

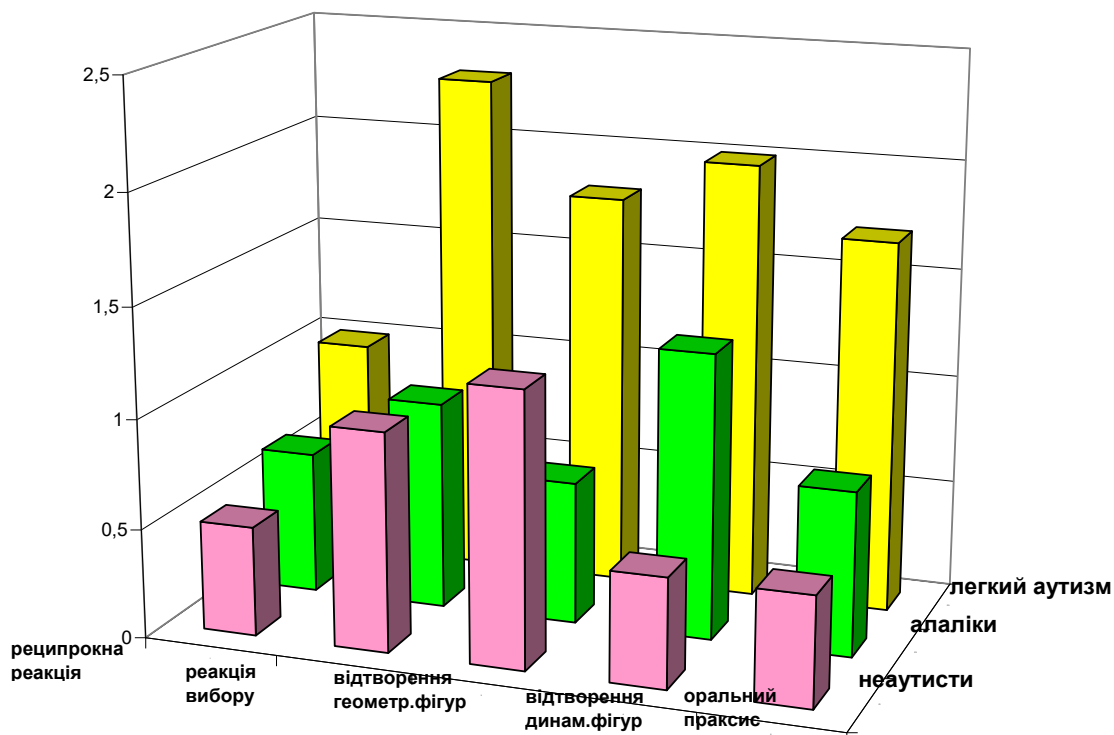


Рис.2.3. Порівняльна характеристика аутичних дітей здорових дітей та дітей з тяжкими порушеннями мовлення (алаліків), оцінена за шкалою рухів і дій О.Р. Лурія

Для порівняння ми спробували проаналізувати досліджену вибірку дітей за допомогою дискримінантного аналізу даних, отриманих за картою спостережень РЕР-Р. Такий аналіз забезпечує 100% класифікацію обох груп, тобто 30 дітей з тяжкими порушеннями мовлення та 30 аутичних дітей. Змінні, які найсуттєвіше вплинули на класифікацію (мають ваговий коефіцієнт $\lambda_w = 0,016$), це: пройти 10 кроків по вузькій лавці; переступити через палку; зловити м'яч; ходити сходами; копати м'яч; підстрибувати 10 раз на двох ногах; підстрибувати у середині кола дм. 60 см. Однак карта спостереження не призначена для поділу дітей на групи, а в основному спрямована на визначення пріоритетних сфер розвитку дитини.

Отже, проведене дослідження – застосування методики О.Р.Лурія та статистичної обробки даних у поєднанні з застосуванням методики CARS – дозволило уточнити діагноз 4 дітей, які раніше вважалися аутичними дітьми.

Отримані результати дозволяють рекомендувати методику О.Р.Лурія для використання в науково-практичному експерименті з дітьми з аутизмом щодо виявлення можливості її подальшого застосування для діагностики аутизму.

З метою апробації запропонованого діагностичного інструментарію (поєднання методик О.Р.Лурія та CARS) проведено порівняльне дослідження дітей з аутистичним спектром порушень та дітей з розумовою відсталістю [155, 164]. В результаті цього дослідження:

- виявлено наявність певного ступеня аутизму у дітей, які мають офіційно встановлений діагноз розумова відсталість.
- за допомогою факторного аналізу визначено значущі латентні фактори, які проявились у дослідженні та наведена їх інтерпретація. Це три фактори, які враховують показники інтелектуального розвитку, приналежності до групи та вікові особливості аутичних дітей.
- показано, що інтелектуальний рівень аутичних дітей є загалом вищим, ніж у дітей з розумовою відсталістю. Проте, показники інтелектуального розвитку у аутичних дітей та дітей з розумовою істотно відрізняються: у дітей з розумовою відсталістю наявне рівномірне зниження інтелекту, в той час як у аутичних дітей деякі зони психічного розвитку розвинені акселеративно, а деякі зони розвинені нормально або погано.
- за допомогою дискримінантного аналізу ми визначили найбільш значущі фактори методики О.Р.Лурія та CARS для діагностики аутизму. Для адекватної диференціації аутизму необхідні високі значення таких показників як критичність, загальне враження, емоційна реакція, адаптація до змін, рівень активності, взаємини з людьми, невербальна комунікація, вербальна комунікація, та низькі значення таких показників як проба на предметний гнозис, коректурна проба та адекватність. Використання об'єктів, імітація, інтелектуальний розвиток, боязкість і нервозність.
- виявлено залежність критеріїв нейропсихологічного дослідження від інтелектуального віку дитини. Зокрема встановлено, що чим вищий

когнітивний розвиток дитини, тим нижчий її ступінь аутизму, проте для повного зниження ступеня аутизму необхідно також розвивати й інші дві сфери, які входять до аутистичної тріади, а саме комунікаційні навички та навички соціалізації.

Отримані результати дозволяють рекомендувати методика О.Р.Лурія для використання в науково-практичному експерименті з дітьми з аутизмом щодо виявлення можливості її подальшого застосування для діагностики аутизму та його диференціації від інших нозологій.

2.7. Створення програми індивідуального розвитку

У цьому розділі, окрім психолого-педагогічної діагностики дітей, представлено особливості проведення з ними індивідуальної корекційної роботи, що спирається на перманентний моніторинг та корекцію індивідуальної програми розвитку дитини.

Для визначення соціальних компетенцій дитини здійснюється лонгетюдне дослідження осіб з аутизмом за всіма шкалами методик РЕР та ААРЕР. Впродовж багатьох років психолого-освітній профіль РЕР є наріжним каменем у ситуативній діагностиці для дітей із аутизмом та схожими вадами (спілкування за програмою ТЕАСН). Діагностика має на меті надати інформацію про важливі функціональні сфери щодо розвитку навичок дитини з аутизмом (наслідування, сприймання, розвиток дрібної та великої моторики, зорово-рухової координації, пізнавальної діяльності, спілкування, а також незвичної поведінки у стосунках із людьми). Матеріали, які використовують при проведенні цього тесту, повинні бути привабливими для дітей, а керівник, який проводить тест, мусить бути гнучким, не обмежуватися часовими рамками.

У РЕР застосовується шкала оцінювання, в яку, поряд із „зараховано” та „не зараховано”, вводиться оцінка „обнадійливо”. Ця система оцінювання є ефективним допоміжним засобом при складанні індивідуальних навчальних планів, коли до уваги беруться результати тесту для подальшого складання

індивідуальних програм формування соціальних компетенцій дитини. Як вітчизняний досвід (Д. І. Шульженко, І. А. Марценковський, К. О. Островська та ін.), так і досвід зарубіжних фахівців (Т. Мак Кернан, Дж. Мортлок М.Вронішевський та ін.), які застосовують РЕР, довів ефективність такої системи оцінювання. Оскільки РЕР не розрахований на тестування старшої вікової категорії, ми використовуємо „Психолого-освітній профіль для молоді та дорослих” (ААРЕР), який є поширеним варіантом РЕР, розрахованим на можливості та цілі підлітків, юнаків та дорослих. Завдання ААРЕР полягає в тому, щоб підготувати актуальні уміння та потенціал розвитку підростаючої молоді з аутистичними порушеннями в тому обсязі, який є найважливішим для успішного самостійного проживання та налагодження суспільних взаємин. За допомогою методики соціальна компетентність оцінюється у трьох сферах: шкала прямого спостереження (під час безпосереднього обстеження), поведінка в побутовому середовищі (в умовах безпосереднього проживання), поведінка в інституції, де особа з аутизмом перебуває (у школі або на роботі). Кожна із шкал поділена на шість функціональних сфер: професійні навички; самостійність; уміння організації дозвілля; поведінка у школі чи на роботі; функціональне спілкування; поведінка у спілкуванні між людьми. Ці сфери, допомагають охопити та передбачити сильні та слабкі сторони аутистичної особи в різних соціальних оточеннях.

На підставі отриманої інформації психолог складає *”Стимуляційну програму”* для дитини. Діти з порушенням розвитку аутистичного спектру – це діти, які мають проблеми у багатьох сферах, тому дуже важко розвивати всі сфери відразу. Починати потрібно з найбільш виразних та наглядних порушень, які в першу чергу хвилюють батьків та заважають нормальному функціонуванню самої дитини.

Правила створення програми:

1. Програму потрібно складати виходячи з того, що дитині подобається найбільше.

2. Вправи повинні бути короткі та необтяжливі.
3. Забезпечити комфорт проведення стимуляційної програми (місце проведення не повинне змінюватись; необхідні для виконання вправ матеріали потрібно приготувати заздалегідь; виконувати програму бажано в один і той самий час; не відволікатися на дзвінки, розмови).
4. Заохочувати дитину до співпраці (можна використовувати матеріальні та соціальні нагороди).
5. Вправи повинні змінюватись (статична-динамічна).
6. Загальна тривалість стимуляційної програми не повинна перевищувати 1 години.

Перший раз програма проводиться психологом під час консультації, в присутності батьків, які мають змогу спостерігати за правильним виконанням вправ. Оскільки ці вправи потрібно виконувати щоденно, хоча б два рази на день, їх з дитиною виконують батьки (чи один з опікунів дитини). Стимуляційна програма змінюється кожних 2-3 тижні і складається наступна. Виконуючи вправи вдома батькам пропонується навпроти кожної вправи ставити "+", якщо дитина виконала завдання і "-", якщо не виконала. Якщо існує проблема з виконанням певної вправи чи небажання її виконувати, можна змінити матеріали, які використовують для проведення даного завдання. Систематичність виконання вправ є необхідною умовою для отримання позитивного результату роботи з дитиною.

Висновки до другого розділу

1. У розділі розкрито світові та вітчизняні підходи до діагностики та корекції аутизму, на основі систематизації психологічної клінічної практики представлено авторські підходи до вдосконалення діагностичного інструментарію дітей аутистичного спектру.

2. Проаналізовано та вибрано методичний інструментарій для визначення ступеня аутизму (CARS), рівня інтелектуального розвитку (методика А.Біне-Т.Сімона, нейропсихологічний метод за

О.Р.Лурія), емоційних станів (тест М.Люшера) та соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень (методи РЕР-R, ААРЕР, ASC, спостереження, експертні оцінки батьків та спеціалістів).

3. Поряд з адаптацією зарубіжних методик у роботі набули подальшого розвитку вітчизняні методи диференційної діагностики для аутичних дітей. Зокрема, використовуючи нейропсихологічну шкалу досліджень рухів та дій за О.Р.Лурія, було проведено порівняльну характеристику груп дітей з різним ступенем аутизму, групи здорових дітей, групи дітей з тяжкими порушеннями мовлення та розумовою відсталістю. Проведене дослідження – застосування методики О.Р.Лурія та статистичної обробки даних у поєднанні з застосуванням методики CARS – дозволило уточнити діагноз 4 дітей, які раніше вважалися аутичними дітьми. Отримані результати дозволяють рекомендувати методику О.Р.Лурія для використання в науково-практичному експерименті з аутичними дітьми щодо виявлення можливості її подальшого застосування для діагностики аутизму.

Зміст розділу відображено у таких основних публікаціях автора: [154 –155], [158 –159], [163], [169], [175 –176].

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ СОЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ У ДІТЕЙ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ З УРАХУВАННЯМ КОМПОНЕНТІВ СОЦІАЛЬНОГО СЕРЕДОВИЩА

Розділ присвячено висвітленню змісту та результатів констатувального експерименту, в основу якого були покладені діагностичні критерії індивідуального розвитку аутичних дітей як головної основи їх урівноваження з навколишнім середовищем. Для реалізації єдиного підходу до аналізу результатів дослідження були розроблені структурні компоненти соціальних компетенцій

для дітей зі спектром аутистичних порушень. Представлені основні соціальні компетенції дітей згруповані за компонентами соціальних компетенцій залежно від рівня функціонування дитини. У розділі представлено також аналіз компонентів соціокультурного розвиваючого середовища як чинників формування соціальних компетенцій дитини.

3.1. Структурні компоненти соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

Дослідження проводилося з дітьми дошкільного та шкільного віку. Для дослідження було вибрано 250 дітей з одним із офіційних діагнозів «загальні розлади розвитку» із МКХ-10.

У дослідженні були використані такі методи:

- 1) Шкала Біне-Сімона для визначення рівня розумового розвитку [224].
- 2) Метод нейропсихологічного дослідження за О.Р.Лурією для визначення рівня психофізичного розвитку [118, 119].
- 3) Метод CARS для визначення ступеня аутизму [165].

Серед застосованих методик потребує окремого пояснення застосування нейропсихологічного дослідження за О.Р. Лурією. У нашій роботі ми провели дослідження за допомогою таких частин методики: орієнтування, адекватність, критичність, коректурна проба, проба на реципрокну координацію, проба на умовну реакцію вибору, проба на динамічний праксис, проба на копіювання простих фігур, проба на позу пальців та оральний праксис, проба на предметний та акустичний гнозис, проба на впізнавання просторово орієнтованих простих фігур та проба на впізнавання емоцій. Передбачалося, що це дослідження дасть нам можливість визначити особливості когнітивного розвитку аутичних дітей, що, в свою чергу, сприятиме покращенню складання корекційних та реабілітаційних програм.

Отримані результати оброблялися статистичними методами. Відповідно, був проведений порівняльний, факторний та кореляційний аналіз для інтерпретації

результатів та отримання об'єктивних висновків.

Першим етапом дослідження було розділення вибірки досліджуваних дітей за ступенем аутизму. Ми досліджували ступінь аутизму за методикою CARS – Childhood Autism Rating Scale (Шкала оцінювання дитячого аутизму). Внаслідок дослідження ми отримали такі результати: із всіх досліджуваних нами дітей 53% показали легкий ступінь аутизму, 42% - помірний і 5% - глибокий (рис.3. 1).

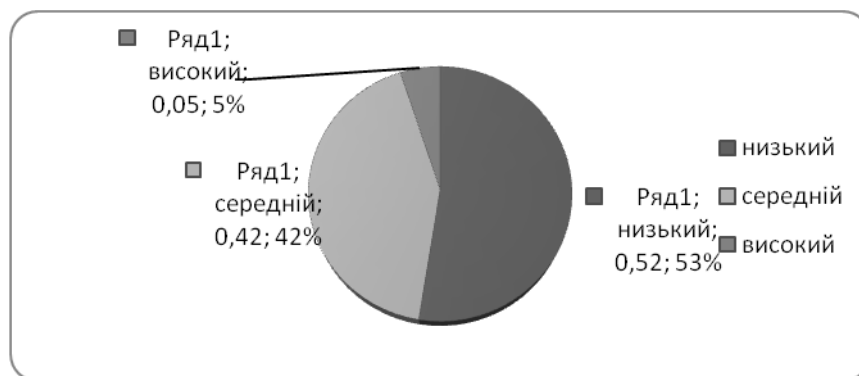


Рис.3.1. Загальні показники ступеня аутизму

Ці показники закономірні для дітей, які навчаються в експериментальній школі. Як видно з рис.3.1, на сьогодні у школі навчається порівняно мало дітей з глибоким ступенем аутизму. Навіть у школі, яка має статус національного експерименту з супроводу аутичних дітей під час навчання, не під силу освіта важких дітей. Тому на рівні громадської організації «Відкрите серце» у м. Львові створений центр денного перебування для дітей з глибоким ступенем аутизму, який можуть відвідувати важкі діти після 1-2 уроків у школі, а також діти, які проходять підготовку до вступу до школи.

На основі проведеного факторного аналізу показників, отриманих за методиками Біне-Сімона, О.Р.Лурія та CARS, виділено 5 факторів, яким за смисловим навантаженням можна приписати таке психологічне значення [160]:

- 1) особистісний компонент;
- 2) діяльнісний компонент;
- 3) інтелектуальний компонент;
- 4) емоційний компонент;

5) вік.

Сукупність цих компонентів визначають рівень сформованості тих, чи інших компетенцій дитини. Якщо розглядати кожен з цих факторів зокрема, то можна виділити 4 сфери соціальних компетенцій аутичних дітей та простежити динаміку їх зміни з віком. Таким чином, нами емпірично обґрунтована структурна схема соціальних компетенцій дітей з спектром аутистичних порушень (Рис. 3.2).



Рис. 3.2. Структура соціальних компетенцій для високо функціональних дітей зі спектром аутистичних порушень.

Враховуючи наявність істотних залежностей соціальних компетенцій від ступеню фізіологічних порушень у дитини, доцільно встановити відмінності компетенцій у дітей із різним ступенем аутизму. У нашому дослідженні для встановлення цих відмінностей ми використали результати кореляційного аналізу.

На основі проведеного кореляційного аналізу встановлено такі зв'язки:

- 1) обернені кореляційні зв'язки між ступенем аутизму та параметрами діяльнісного компонента – «назвати предмети», «порахувати 4 монети» ($r=-0,6$); а також прямий кореляційний зв'язок між ступенем аутизму та безцільним використанням об'єктів» ($r=0,87$). Тобто, діти з нижчим ступенем аутизму

мають більші можливості, краще залучаються до різних видів діяльності. У них зменшується схильність до безпредметного використання об'єктів, діяльність набуває цілеспрямованого характеру.

- 2) прямий кореляційний зв'язок між ступенем аутизму та тривожністю ($r=0,8$). Тобто, діти з глибоким ступенем аутизму відзначаються високою тривожністю. Вони не можуть собі знайти місця, перебувають у постійному неспокою. Зниження ступеня аутизму, відповідно, приводить до покращення загальної рівноваги, більшої адекватності емоційних реакцій.
- 3) прямий кореляційний зв'язок між ступенем аутизму та імітацією ($r=0,72$). Тобто, дітям з глибоким ступенем аутизму характерне наслідування без усвідомлення змісту своїх дій. Зниження ступеня аутизму приводить до більшого усвідомлення мотивів своєї поведінки, осмислення дій.
- 4) прямий кореляційний зв'язок між ступенем аутизму і доланням перешкод ($r=0,84$). Тобто, діти з глибоким ступенем аутизму вбачають загрозу в навколишньому світі і тому з метою її уникнення намагаються долати перешкоди. Здебільшого вони гіперактивні. Зниження ступеня аутизму у результаті корекційних занять, а також вік впливають позитивно на дитину, приводять до зростання її врівноваженості, зниження фізичної активності.

Таким чином, на основі кореляційного аналізу встановлено зростання рівня соціальних компетентностей із зниженням ступеня аутизму у дітей в інтелектуальній, емоційній та діяльній сфері. Результати кореляційного аналізу не виявили наявності взаємних зв'язків між ступенем аутизму та компонентами особистісного розвитку. На наш погляд, це пов'язано з тим, що про особистісний компонент ми можемо говорити лише для високо функціональних дітей зі спектром аутизму. Діти з легким і помірним ступенем аутизму не усвідомлюють свого «Я» внаслідок значного порушення інтегративних функцій головного мозку, тому для них важко говорити про сформований особистісний компонент.

В результаті ми можемо запропонувати таку схему (рис. 3.3), яка узагальнює соціальні компетенції дітей з глибоким ступенем аутизму.



Рис. 3.3. Структура соціальних компетенцій для дітей з глибоким та помірним ступенем аутизму

3.2. Аналіз сформованості компонентів соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

Для з'ясування рівня сформованості соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень використовувалися експертні оцінки спеціалістів, а також карта спостереження дитини, складена у відповідності до шкал методика PEP-R.

Проведений аналіз за методикою PEP-R за середніми показниками сфер розвитку дітей з легким-помірним та важким ступенем аутизму наведено на рис.3.4 [169].

Для дитини з важким ступенем аутизму найбільш перспективно працювати із

сферами, за якими встановлено найвищі показники. Це сфери перцепції, розуміння мови та дрібної моторики (рис. 3.4). Ймовірно, у процесі реабілітації

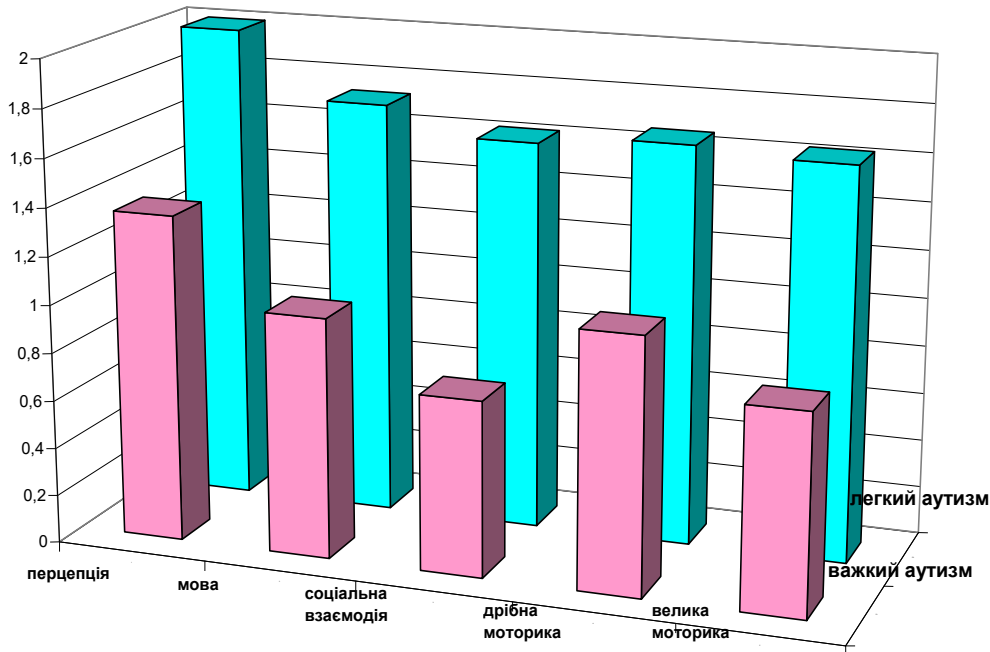


Рис.3.4. Середні показники сфер розвитку аутичних дітей з різним ступенем захворювання

буде відбуватися розвиток мовлення та соціальної взаємодії дитини з оточенням, в результаті чого відбуватиметься інтелектуальний розвиток особистості. Аналіз рис. 3.4 показує, що діти з легким-помірним ступенем аутизму мають здебільшого збалансований розвиток за всіма шкалами. Тому можна одночасно працювати в напрямі гармонійного розвитку таких дітей. Для кожної дитини з важким ступенем аутизму необхідно скласти індивідуальну програму розвитку і працювати в напрямі вдосконалення сфери максимального прогресу (перцепції) з метою поступового «підтягування» інших сфер. Таким чином, розвиток перцептивної сфери аутичних дітей сприяє їх самоінтеграції, яка приводить до самоусвідомлення та розвитку дитини як особистості. Це передумова розвитку соціальних компетенцій, який відбувається у процесі соціальної взаємодії дитини в групі. На цьому етапі відбувається формування навичок знайомства,

переживання емоцій, процес входження та подолання конфліктів, введення елементів дружніх відносин, визнання дитиною певних правил, норм соціальної поведінки, введення і засвоєння системи цінностей.

3.2.1. Діяльнісний компонент сформованості соціальних компетенцій. На основі результатів, отриманих за картою спостереження, діяльнісний компонент охоплює три сфери методики PER-R: комунікація, велика та дрібна моторика.

Розуміння мовлення Щодо розуміння мовлення аутичні діти значно поступаються дітям з важкими порушеннями мовлення. Середній показник розуміння мовлення у дітей з легким-помірним ступенем аутизму становить 1,73 бали, а для дітей з важким ступенем аутизму цей показник є близьким до 1,0. У вибірці досліджуваних дітей з важкими порушеннями мовлення усереднений показник розуміння мовлення становить близько 1,9. У даному випадку також виявлений обернений кореляційний зв'язок між загальними показниками сфери розуміння мовлення та ступенем аутизму з коефіцієнтом кореляції $r=-0,7$, що свідчить про погіршення комунікативних здібностей дітей в міру підвищення ступеня аутизму.

Також слід відзначити значний розкид показників за різними шкалами розуміння мовлення. Цей розкид ілюструється на рис.3.5. Як видно з рис.3.5, для аутичних дітей практично нехарактерне вживання займенника «Я». Вони, зазвичай, говорять про себе в третій особі. З рис.3.5 також випливає, що більша половина аутичних дітей не вміє виражати свої бажання словами. Здебільшого вони беруть дорослого і ведуть його до обраної цілі; часто за допомогою плачу чи капризування примушують дорослих виконувати їх бажання. З рис. 3.5 видно, що аутичні діти доволі часто у своїх висловлюваннях вживають слова, звуки. Однак, зазвичай, вони висловлюються реченнями з одного-двох слів. Натомість вживання звуків аутичними дітьми досить часто носить аутоstimуляційний характер.

Дрібна моторика Дослідження дрібної моторики аутичних дітей показало [151, 172], що діти з легким-помірним ступенем аутизму відзначаються досить

розвинутою моторикою – усереднений показник за цією шкалою становить 1,66. Зауважимо, що розвиток дрібної моторики у контрольній групі дітей з тяжкими порушеннями мовлення в середньому нижчий – 1,53. Натомість діти з важким ступенем аутизму характеризуються значно нижчим ступенем розвитку дрібної моторики – середній показник за цією шкалою становить 1,06.

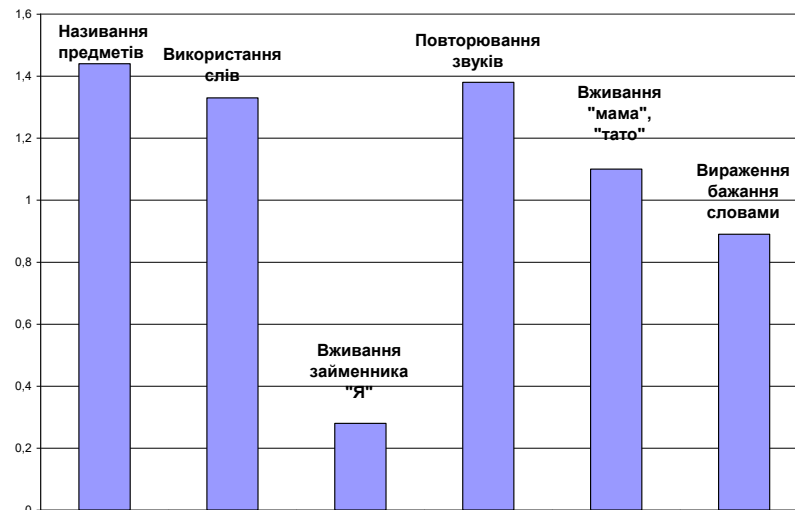


Рис. 3.5. Деякі усереднені показники розуміння та вживання мовлення в аутичних дітей

Велика моторика Аналогічні міркування справедливі для охарактеризування великої моторики аутичних дітей. Діти з легким-помірним ступенем аутизму відзначаються досить розвинутою моторикою – усереднений показник за цією шкалою становить 1,63. Для порівняння у контрольній групі дітей з тяжкими порушеннями мовлення цей показник становить 1,37. З підвищення ступеня аутизму психомоторна сфера аутичних дітей в загальному гальмується – це відображається існуванням обернених кореляційних зв’язків між шкалою великої моторики та ступенем аутизму з коефіцієнтом кореляції $r=-0,85$. Відповідно усереднений показник великої моторики у дітей з глибоким ступенем аутизму становить 0,83. Отже, наші дослідження показали, що існує зв’язок між рівнем психомоторного розвитку та ступенем аутизму: посилення проявів аутизму пов’язане з нижчим рівнем функціонування психомоторної сфери

дитини, а менші прояви аутизму пов'язані з вищим рівнем психомоторного розвитку.

Значна увага відводиться ключовій ролі мотивації поведінки у розвитку діяльнісного компоненту соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень.

3.2.2. Когнітивний компонент сформованості соціальних компетенцій.

Рівень сформованості когнітивного компоненту соціальних компетенцій пов'язаний з станом сенсорно - перцептивної сфери аутичних дітей [158, 159]. Необхідно відзначити, що для аутичних дітей характерні досить високі показники за шкалами сенсорно - перцептивної сфери. При цьому у дітей з легким-помірним ступенем аутизму виконання завдань (складання квадрату з чотирьох кубиків, сортування кубиків за кольором, сортування геометричних фігур за формою, вкладання меншої формочки у більшу та ін.) оцінюється переважно за найвищим балом – 2,0. У дітей з важким ступенем аутизму ця сфера оцінюється усередненим балом за всіма шкалами – 1,36. Зауважимо, що для контрольної групи дітей з тяжкими порушеннями мовлення, з якими проводилося порівняння аутичних дітей, середній показник сенсорно-перцептивної сфери становить 1,82, а у групі здорових дітей цей показник рівний 2,0. Тобто, сенсорно - перцептивна сфера у дітей з легким-помірним ступенем аутизму краще розвинена, ніж у дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Підвищення ступеня аутизму приводить до істотного порушення сенсорно - перцептивної сфери. Це підтверджується результатами проведеного кореляційного аналізу – спостерігається обернений коефіцієнт кореляції $r=-0,66$ між узагальненими показниками стану розвитку сенсорно - перцептивної сфери та ступенем аутизму.

На основі проведеного факторного аналізу експериментальних даних параметри методики Біне-Сімона аутичних дітей віднесені до 3 факторів, які мають таке психологічне значення: операційний інтелект, об'єднана увага та соціальний інтелект. Перші два фактори можна віднести до компонентів

поточного інтелекту, тоді як останній – до компонентів кристалізованого інтелекту. Встановлено, що порушення об'єднаної уваги у дітей зі спектром аутизму приводить до ослаблення поточного інтелекту, а, відповідно, до зниження кристалізованого інтелекту.

Слід зазначити, що за своїм змістом методика Біне-Сімона використовується для визначення реального віку дитини, її рівня розумового розвитку. Виділення додаткових факторів у даному дослідженні є особливо актуальним для дітей зі спектром аутизму. З одного боку, сильною стороною цих дітей прийнято вважати порівняно (відносно інших нозологій) високий інтелект. З іншого боку, слабкою стороною цієї категорії є слабо розвинена об'єднана увага. Виокремлення параметрів, за якими визначають рівень сформованості того чи іншого фактора (інтелекту, чи об'єднаної уваги) дозволяє вказати сфери розвитку дитини, які потребують корекції. Так, для формування об'єднаної уваги важливо систематично робити з дитиною завдання, які включають перелічення предметів на карточці, повторення фраз, заучування віршів, порівняння предметів, геометричних фігур. Тобто, необхідно називати сфери, що відповідає параметрам методики Біне-Сімона і об'єднані у нашому дослідженні у фактор уваги.

Тут слід, однак, зазначити, що для формування уваги не можна обмежуватися лише параметрами розвитку інтелектуальної сфери. Дуже важливими сферами, над якими слід працювати у дітей зі спектром аутизму є перцептивна сфера (слухова, зорова, відчуттєва реакція). Значні порушення цих сфер приводять до зниження концентрації уваги, недорозвитку поточного інтелекту. Відповідно, не може бути до кінця сформований кристалізований інтелект.

Для з'ясування взаємозв'язку між параметрами уваги, соціального та операційного інтелекту нами проводився кореляційний аналіз.

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем розумового розвитку дитини і такими пізнавальними діями як

- *здатністю до повторення, а саме вміння повторити фразу ($r=0,79$);*

- називанням 4-х кольорів ($r=0,89$);
- перерахуванням предметів на картинці ($r=0,79$),
- усвідомленням і вмінням назвати дитиною свою стать і своє прізвище ($r=0,83$);
- виконанням трьох доручень ($r=0,85$);
- називанням предметів ($r=0,72$),
- вмінням порахувати 4 монети ($r=0,72$),
- вмінням розрізнити предмети по вазі ($r=0,83$);
- розгадкою головоломки ($r=0,83$);

Перші три параметри ми віднесли до компонентів об'єднаної уваги, наступні два – до компонентів соціального, а останні чотири – до компонентів операційного інтелекту.

Зв'язок цих пізнавальних дій з рівнем розумового розвитку дитини очевидний, оскільки, наприклад називання предметів, а також вміння перерахувати предмети на картинці, передбачає те, що дитина знає їх назви, а отже правильно їх співвідносить, також це передбачає відповідний словниковий запас дитини, а отже і є показником її розумового розвитку.

Вміння повторити фразу, є показником здатності до мовленнєвого наслідування. Відомо, що наслідування є однією з форм пізнання світу, і засвоєння форм поведінки у дитини, а отже і виступає показником рівня розумового розвитку. З іншого боку, здатність повторити фразу зумовлена можливістю дитини сконцентрувати увагу, почути цю фразу від дорослого, завчити і відтворити. Тобто, ці параметри вказують на засоби формування уваги у дітей. Перелік достатньо простих завдань на запам'ятовування предметів на картинці, слів у фразі чи вірші, послідовності дій і ретельна регулярність їх повторення – це запорука розвитку уваги у дітей зі спектром аутистичних порушень.

Розвиток цієї сфери добре корелює з показниками гнозису, інтелектуального розвитку дитини з аутистичним спектром. Це свідчить про високий вплив сприйнятої через вухо інформації на її розуміння та осмислення. Тому для розвитку інтелектуальної сфери дітей важливо добитися, щоб вони увійшли у

стан «слухання». Це відносно легко зробити з високо функціональними дітьми, однак, дуже важко – з дітьми з глибоким ступенем аутизму. Два основні фактори, які заважають таким дітям зосередитись – це надмірна тривожність та постійна фізична активність. Відмінність між цими групами дітей помічена і на фізіологічному рівні – у дітей з глибоким ступенем аутизму практично відсутній алфа-ритм на енцефалограмі головного мозку. Алфа-ритм – це коливання низької частоти з періодичністю 8-9 разів у секунду. Ймовірно, що наявність таких коливань у здорових дітей та у високо функціональних дітей з порушеннями інших нозологій гармонізує психічні процеси, знімає стан тривожності. У здорових людей альфа-ритм пропадає у стані підвищеної тривожності, трансу, натомість добре розділяється у стані спокою, сну. Одним із способів заспокоєння людей є сеанси психотерапії, де використовується практика ритмічних повторень, плавна мова, повільна музика. Очевидно, що ці ж самі техніки необхідно застосовувати для заспокоєння гіперактивних дітей. Практика роботи з гіперактивними дітьми з аутизмом у центрі «Відкрите серце» показала, що добрі результати у цьому напрямі дає систематична участь у молитвах, постійне повторення віршів, спів простих пісень. В результаті багаторічної практики такі діти стали спокійнішими, відкритими на «слухання», а, відповідно, і на розуміння смислу речей.

Розглянуто стадії розвитку соціального інтелекту у дітей зі спектром аутистичних порушень. Зокрема показано, що стадія розвитку соціального інтелекту обернено корелює з ступенем аутизму. Тобто, діти з глибоким ступенем аутизму характеризуються предметно-суб'єктивним сприйняттям особи соціальної взаємодії, схильні до маніпулятивних дій, тоді як зниження ступеня аутизму приводить до підвищення здатності дитини до відчитування перебігу думок інших людей та прогнозування їх поведінки, що сприяє її адекватній адаптації в соціумі.

Певні уявлення про сформованість когнітивних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень можна скласти на основі порівняння з параметрами для групи дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

Порівняння результатів дослідження за шкалою тестів розумового розвитку А.Біне-Т.Сімона у досліджуваних групах дало такі результати:

- Серед дітей зі спектром аутизму високі результати отримали 16,6%, середні – 50% і низькі - 33,4 % досліджуваних. Серед дітей з тяжкими порушеннями мовлення високі результати отримали 40%, середні – 30% і низькі - 30 % досліджуваних.
- Діти зі спектром аутизму характеризуються дуже нестабільними (рис.3.6), тоді як діти з тяжкими порушеннями мовлення – монотонними та стабільними (рис. 3.7) показниками розумового розвитку.

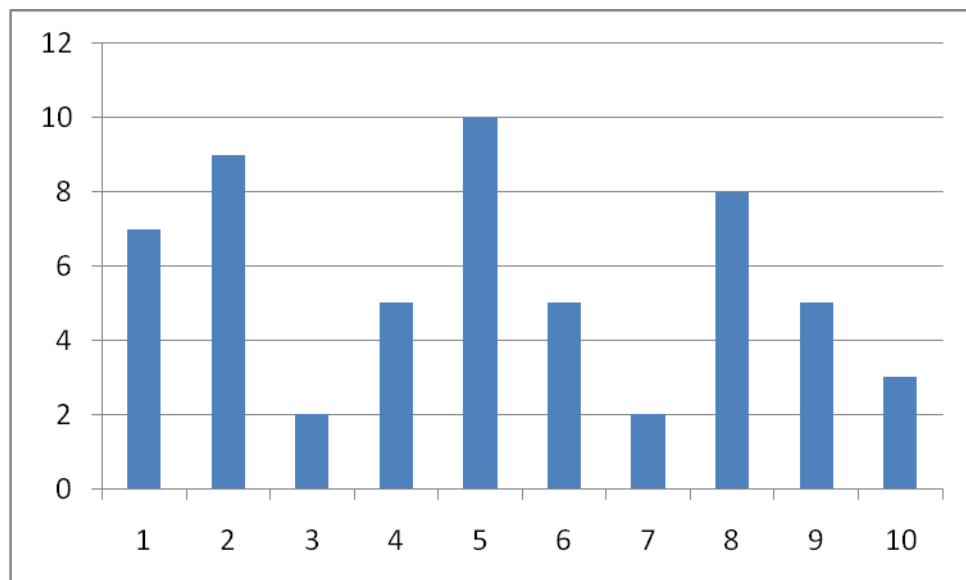


Рис.3.6. Результати за шкалою тестів розумового розвитку А.Біне-Т.Сімона у групі досліджуваних з розладами спектру аутизму *

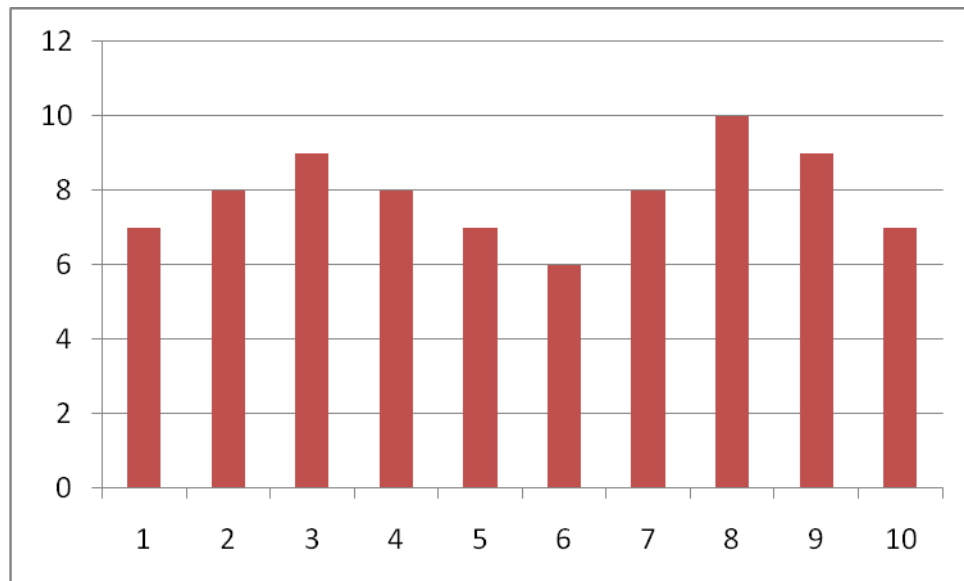


Рис.3.7. Результати за шкалою тестів розумового розвитку А.Біне-Т.Сімона у групі досліджуваних з тяжкими порушеннями мовлення *

*Примітка: Цифри 1,2,3,4... 10 на рис. 3.6. та рис. 3.7 позначають окремі показники результатів тестування за методикою А.Біне-Т.Сімона: 1 – порівняти 2 гирі; 2 – порівняти 2 лінії; 3– назвати своє прізвище; 4 – назвати свою стать; 5 – намалювати квадрат; 6 – виконати доручення; 7 – перерахувати предмети на карточці; 8 – назвати 4 монети; 9 – назвати 4 кольори; 10 – повторити фразу з 7 слів.

Тобто, інтелектуальний розвиток дітей з тяжкими порушеннями мовлення в середньому є вищим, ніж у дітей зі спектром аутистичних порушень. Однак, за деякими показниками у аутичних дітей рівень інтелекту може бути суттєво завищеним, або, навпаки, заниженим. Така висока нестабільність показників розумового розвитку у дітей зі спектром аутизму зумовлена наявністю їх сенсорної недо- або над вразливості.

3.2.3. Морально-ціннісний компонент сформованості соціальних компетенцій. Морально-ціннісний компонент сформованості соціальних

компетенцій на ранніх стадіях розвитку дитини у значній мірі пов'язаний зі шкалою методики РЕР-R – *гра та соціальна взаємодія*.

Результати проведених досліджень показали, що у аутичних дітей дуже слабо розвинена гра та соціальна взаємодія. Так для дітей з легким-помірним ступенем аутизму середній показник за цією шкалою становить 1,62, тоді як у контрольної групи дітей з тяжкими порушеннями мовлення він досягає 1,8. Підвищення ступеня аутизму приводить до ослаблення соціальних контактів, що підтверджується виявленим оберненим кореляційним зв'язком з коефіцієнтом кореляції $r=-0,75$. У дітей з важким ступенем аутизму усереднений показник за шкалою гри та соціальної взаємодії становить 0,73.



Рис. 3.8. Деякі усереднені показники соціальної взаємодії та гри в аутичних дітей

Деякі усереднені показники за шкалою соціальної взаємодії та гри наведені на рис.3.8. Як видно з рис.3.8, аутичні діти до деякої міри проявляють інтерес до гри. Однак, використання предметів у грі не завжди є осмисленим, здебільшого дитина з аутизмом не може зрозуміти правила гри.

Дослідження емоційної сфери ми проводили шляхом порівняння параметрів у групах аутичних дітей та дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

Аналізуючи дані отримані за методикою «Восьмиколірний тест М. Люшера» у групі дітей з розладами спектру аутизму можна виокремити наступні показники [156]:

- 50% дітей даної групи характеризує шкала «x5x3», що говорить про прагнення цих дітей до сильних відчуттів. А також намагання утверджувати та відстоювати свою індивідуальність, що перешкоджає спілкуванню з іншими дітьми.
- 33% досліджуваних характеризує шкала +4+2, яка свідчить про бажання пошуку нових шляхів вирішення поставлених завдань, прагнення до самоствердження та ліквідації прірви, яка, як вони відчують відділяє їх від інших.
- 33% досліджуваних даної групи даної групи характеризує шкала =0=7 що свідчить про потребу в любові і добрих стосунках з оточуючими, а також вимушені поступки щоб не опинитися в ізоляції.
- 33% дітей даної групи характеризує шкала -6-1 яка говорить про негативний стан, почуття незадоволеності через недостатнє визнання та розуміння, прагнення до самообмеження і самоконтролю.

У групі дітей з тяжкими порушеннями мовлення можна виокремити наступні показники:

- 30 % дітей даної групи характеризує шкала -4 -1, яка свідчить про відчуття розчарування, стан, близький до стресу, прагнення придушити негативні емоції.
- 20% досліджуваних даної групи характеризує шкала +7+6, що характеризує стан збудження, постановку нереальних завдань, прагнення уникнути неспокійних думок, несприятливих ситуацій.
- 20% досліджуваних характеризує шкала x7x0, що говорить про потребу в усуненні існуючих конфліктів і труднощів, пошук виходу із ситуації, що склалася.
- 20 % дітей даної характеризує шкала = 5 = 2, що говорить про орієнтування на самого себе, оскільки немає жодної людини, у якої б вони могли би

завжди знайти співчуття і розуміння. Стримувані емоції роблять їх образливими, але вони усвідомлюють, що повинні якомога краще використовувати обставини такими, як вони є.

- 16,6% досліджуваних даної групи характеризує шкала x5x3 що говорить про прагнення цих дітей до сильних відчуттів. А також намагання утверджувати та відстоювати свою індивідуальність, що перешкоджає спілкуванню з іншими дітьми.

Порівняння пріоритетних емоційних шкал у дітей зі спектром аутизму та дітей з тяжкими порушеннями мовлення вказує на:

- 1) більш виражені емоційні реакції у дітей першої групи порівняно з дітьми другої групи;
- 2) відмінність пріоритетних емоційних шкал у дітей двох груп. Так діти із спектром аутизму більш схильні до соціальної взаємодії – намагаються утверджувати і виявляти свою індивідуальність, шукають любові та розуміння, у них досить низький рівень зневіри і незадоволення через невизнання і неприйняття у соціумі. Діти з тяжкими порушеннями мовлення здебільшого розчаровані, перебувають у стресі, намагаються придушити свої негативні емоції, слабо сподіваючись на можливість подолання конфлікту, виходу з ситуації, що склалася.

Готовність дитини брати участь у всьому, що викликає сильні емоції, намагання активно відстоювати свою індивідуальність і свободу, – нерідко служить бар'єром розвитку. Надмірне зосередження на переживанні інтенсивних емоцій не сприяє інтелектуальному розвитку, а навпаки знижує його рівень.

За методикою дослідження ступеня аутизму CARS у групі дітей з розладами спектру аутизму глибокий ступінь аутизму показали 16,6 % досліджуваних, помірний – 50% і легкий ступінь аутизму – 33,4 %. Високі показники більшість досліджуваних отримали за такими шкалами даної методики як: взаємодія з людьми, емоційна реакція, адаптація до змін, вербальна комунікація, невербальна

комунікація (рис.3.9), що свідчить про значні проблеми досліджуваних в цих сферах розвитку.

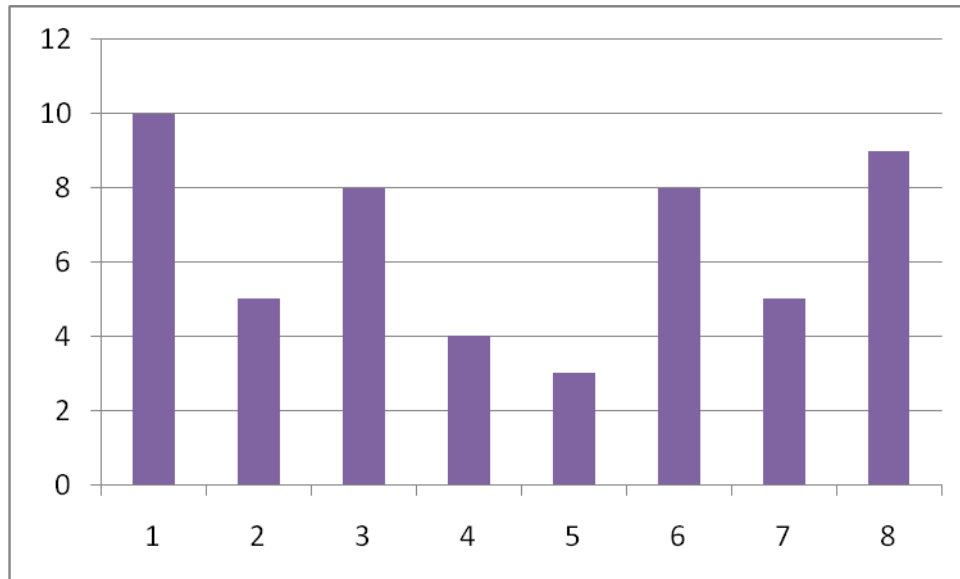


Рис.3.9. Результати дослідження за методикою CARAS у групі досліджуваних з розладами спектру аутизму: 1 – взаємодія з людьми, 2 – наслідування; 3 – емоційна реакція, 4 – володіння тілом; 5 – використання об’єктів ; 6 – адаптація до змін; 7 – вербальна комунікація, 8 – невербальна комунікація

Згідно із результатами проведеного кореляційного аналізу (при $p < 0,05$) виявлений прямий кореляційний взаємозв’язок між взаємодією з людьми та здатністю зацікавлювати навколишніх у власній персоні ($r = 0,56$), це свідчить про те, що прагнення взаємодії з навколишніми пов’язане із бажанням дитини спілкуватися з іншими, проявляти інтерес до інших осіб. Встановлений прямий кореляційний взаємозв’язок між здатністю зацікавлювати навколишніх у власній персоні та емоційною реакцією ($r = 0,53$), це говорить про те, що прагнення дитини взаємодії з навколишніми пов’язане із бажанням спілкуватися та емоційним реагуванням на співрозмовників, оскільки ці властивості взаємопов’язані (див. рис. 3.10).

Виявлений також обернений кореляційний взаємозв’язок між імітацією та

тривогою, потребою у фізичному комфорті ($r = -0,60$), розвинена імітація, вміння дитини правильно імітувати слова, звуки, вирази, рухи знижує

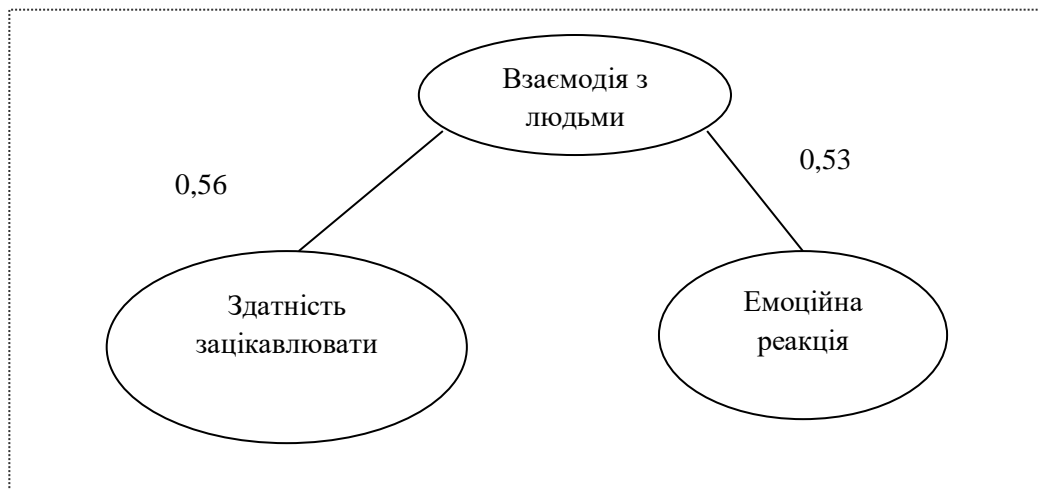


Рис. 3.10. Зв'язок взаємодії з людьми, здатності зацікавлювати та емоційної реакції

тривожність, потребу у захисті, та фізичному комфорті, оскільки розвинена імітація сприяє успішній соціалізації дитини. Встановлений обернений кореляційний взаємозв'язок між імітацією та ступенем аутизму ($r = -0,55$), розвинена імітація у дитини, що виражається у здатності адекватно наслідувати слова, звуки, вирази, рухи знижує ступінь аутизму, який виражається у схильності до ригідних дій та стереотипністю поведінки, оскільки дитина із розвиненою імітацією краще адаптується до умов середовища. (див. рис.3.11)

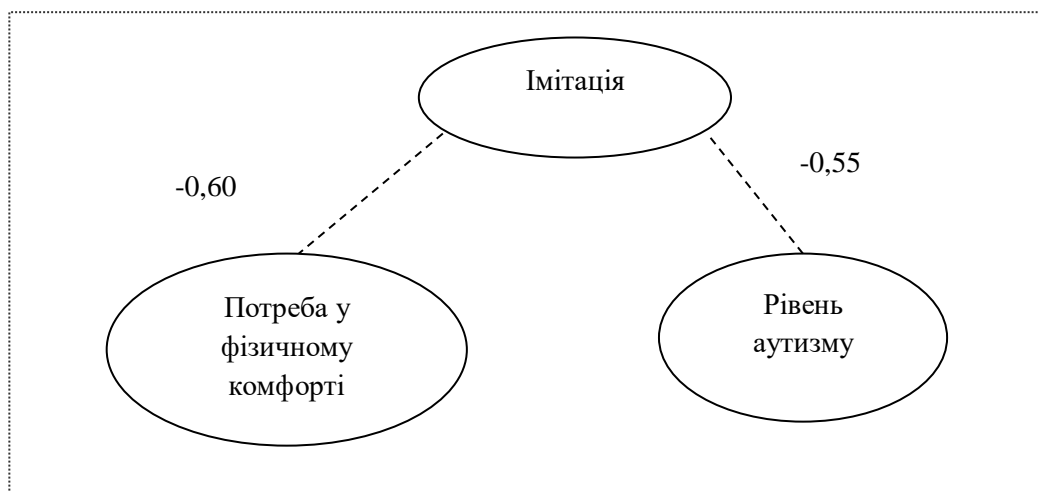


Рис. 3.11. Зв'язок імітації, потреби у фізичному комфорті та ступенем аутизму

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між спрямованістю на сильні відчуття, прагненням до утвердження власного індивідуалізму та боязкістю ($r = 0,55$), прагнення дитини до сильних відчуттів пов'язане із виникненням нервозності, що перешкоджає спілкуванню з іншими людьми. Встановлений також обернений кореляційний взаємозв'язок між спрямованістю на сильні відчуття та володінням тілом ($r = -0,44$) (див. рис.3.12).

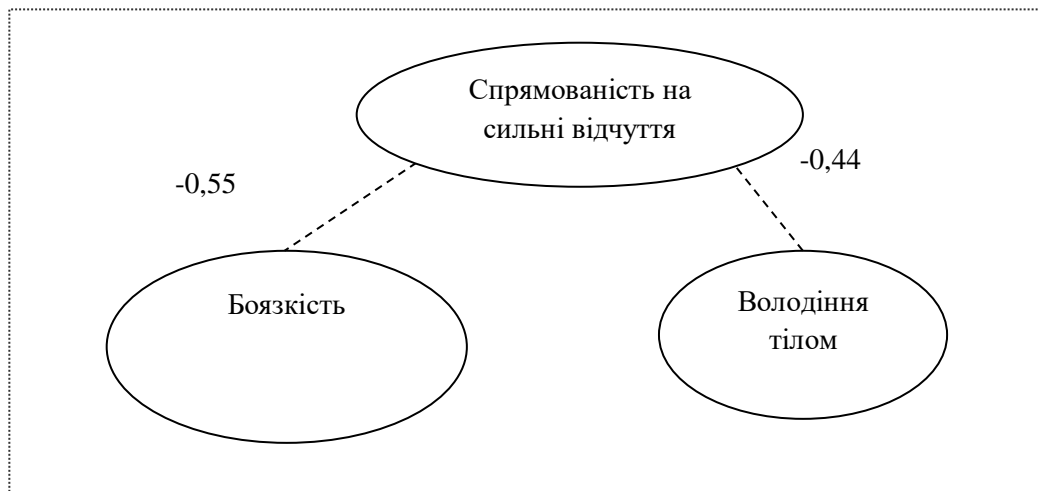


Рис. 3.12. Зв'язок спрямованості на сильні відчуття, боязкості та володіння тілом

Це можна пояснити таким чином. Взаємодія з людьми у дітей із аутистичним спектром відбувається завдяки високому прагненню утвердити і відстояти свою індивідуальність. Однак, при цьому спостерігається підвищена тривожність через страх несприйняття і невизнання. Тривожність настільки висока, що веде інколи до паралізування тіла, порушення координації рухів.

Виявлені обернені кореляційні зв'язки між рівнем інтелекту та: прагненням задоволення ($r = -0,55$), активністю, спрямованістю на зовні ($r = -0,55$), вимушеними поступками ($r = -0,44$), та вимушеними компромісами ($r = -0,55$) (рис. 3.13). Це говорить про те, що чим нижчий рівень інтелекту, притаманний дітям з розладами спектру аутизму, тим більше вони прагнуть задоволення, фізичної легкості, відсутності конфліктів, а також, тим вони активніші,

спрямовані назовні, невгамовні, здатні йти на вимушені компроміси та поступки.

Також виявлено прямі кореляційні зв'язки між рівнем інтелекту та: станом стресу ($r = 0,62$) та егоцентризмом, образливістю ($r = 0,62$). Тобто, чим вищий рівень інтелекту у дітей з розладами спектру аутизму, тим більш вони схильні переживати стан стресу, а також зосереджуватися на своїх емоціях та переживаннях, часто ображатися.

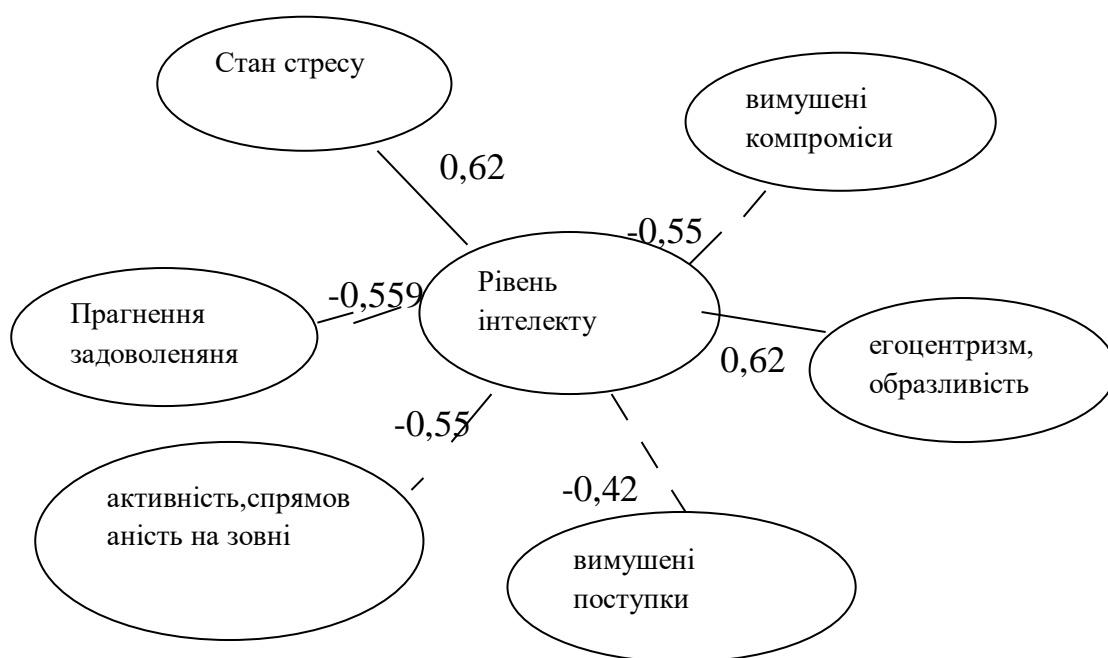


Рис. 3.13. Зв'язки між рівнем інтелекту та емоційними станами

Крім того, встановлені обернені кореляційні зв'язки між ступенем аутизму та станом тривоги, незадоволення ($r = -0,55$), станом стресу через надмірні вимоги ($r = -0,62$), прагненням до сильних відчуттів, індивідуалізмом ($r = -0,42$) та емоційною загальмованістю ($r = -0,55$). Тобто, чим нижчий ступінь аутизму, тим вищий рівень тривожності, невдоволеності, стресу через надмірні вимоги оточення, фрустрації та пригнічений емоційний стан, через це та більше прагнення до сильних відчуттів, індивідуалізму, що загалом можна охарактеризувати як підвищення рівня самосвідомості та прагнення самостійності.

Шкала самоконтроль корелює зі шкалами взаємодія з людьми ($r=-0,43$), імітація ($r=-0,56$) та інтелект ($r=0,35$). Дитина з високим рівнем самоконтролю зосереджена на собі, мало взаємодіє з іншими людьми, рідко імітує дорослих. Така дитина скерована у внутрішній світ, сконцентрована на внутрішніх переживаннях. Така концентрація уваги сприяє розвитку дитини в інтелектуальному плані.

Виявлено також обернені зв'язки між показниками ізоляції ($r=0,51$) та взаємодії з людьми ($r=-0,52$), вербальної комунікації ($r=0,41$), інтелекту ($r=-0,60$). На противагу попередній групі зв'язків, де самозосередження позитивно впливало на рівень інтелектуального розвитку, тут йдеться про ізоляцію від інших людей, яка веде до зниження інтелекту. Таке відгородження дитини від навколишніх викликає у неї відчуття самотності, покинутості, тривогу. Дитина є стриманою, не може виявити прив'язаність, егоцентрична. Така надмірна ізоляція негативно відображається на її розумовому розвитку.

Таким чином було виявлено, що діти, які мають вищий рівень самоконтролю, ставлять до себе високі вимоги, є більш зосереджені на собі мають високий рівень інтелекту. Їм притаманний нижчий рівень міжособистісної взаємодії та емоційного сприймання. Натомість діти, які мають потребу в близьких емоційних стосунках, прагнуть сильних відчуттів, більш імпульсивні та збудливі діти мають вищий рівень взаємодії з іншими і нижчий рівень інтелекту.

Наприкінці необхідно зазначити, що пріоритетна емоційна реакція дітей зі спектром аутизму – прагнення до утвердження та відстоювання власної індивідуальності, – не є їхньою примхою, чи наслідком усвідомлення власної унікальності, а впливає з природної потреби самоусвідомлення, формування власного «Я», яке завдяки порушенням сенсорної інтеграції є слабким місцем дітей із захворюванням цієї нозології.

Таким чином, отримана характеристика емоційної сфери дітей з розладами спектру аутизму дозволяє зрозуміти та пояснити певні негативні прояви їх поведінки в соціумі, а, відповідно, застосувати адекватні методи їх корекції.

Так, зокрема, найбільш виражені емоції у соціальній взаємодії дітей на основі тесту Люшера – це прагнення утвердитися та виявити свій індивідуалізм (50% вибірки), прагнення до ліквідації прірви (35% вибірки), прагнення бути любленим та встановлення добрих стосунків (35% вибірки), почуття незадоволення через недостатнє визнання (35% вибірки). Ці результати показують, що загалом діти із спектром аутизму потребують і шукають соціальної взаємодії, хочуть продемонструвати оточенню свою глибоку індивідуальність та неповторність. Однак, через порушення сенсорної сфери, вербальної та невербальної комунікації, неадекватність емоційних реакцій вони залишаються невислужаними, їх прагнення є незрозумілими як для найближчого оточення (батьки, родичі, опікуни), так нерідко і для спеціалістів, які з ними працюють.

Порівняння емоційних реакцій у дітей з різним ступенем аутизму показало, що діти з легким-помірним ступенем аутизму мають вищий рівень самоконтролю, ставлять до себе високі вимоги, є більш зосереджені на собі, мають високий рівень інтелекту. Їм притаманний нижчий рівень міжособистісної взаємодії та емоційного сприймання. Натомість діти з глибоким ступенем аутизму мають вищий рівень взаємодії з іншими, мають більше виражену потребу в близьких емоційних стосунках, прагнуть сильних відчуттів, більш імпульсивні та збудливі. Ці результати цілком логічні, оскільки з пониженням ступеня аутизму підвищується інтелект, розуміння дитиною своїх обмежень, свого несприйняття у соціумі, що часто приводить до самоізоляції та замикання в собі. Вузька спрямованість соціальної взаємодії дітей з глибоким ступенем аутизму – готовність дитини брати участь у всьому, що викликає сильні емоції, намагання активно відстоювати свою індивідуальність і свободу, – нерідко служить бар'єром розвитку. Надмірне зосередження на переживанні інтенсивних емоцій не сприяє інтелектуальному розвитку, а, навпаки, знижує його рівень. Тому основними методичними рекомендаціями у роботі з такими дітьми є прийняття їх такими, якими вони є, визнання, повага до самовираження, щедрість у похвалі за маленькі успіхи, зосередженість на позитивних емоціях. Тоді через призму емоційного

вираження спеціаліст зможе відчитувати причини неадекватної поведінки та вжити заходів для її корекції.

3.2.4. Особистісний компонент сформованості соціальних компетенцій.

Розвиток Я-концепції дитини з аутизмом є важливою складовою її загального розвитку, оскільки на її основі формується уявлення дитини про себе і про світ, дає можливість розвитку когнітивних, соціальних, фізичних та інших функцій. Високий рівень сформованості Я-концепції свідчить про вищий рівень функціонування вищих психічних функцій, і як наслідок, можливість покращення рівня життєдіяльності дитини.

У вітчизняній практиці особистісний розвиток аутичних дітей – феномен, до якого звертається багато представників науки, освітніх та соціальних інститутів (В. М. Синьов [198-203], М. К. Шеремет [232], С.Д. Максименко [127], Д. І Шульженко [244], Г.І. Беленька [19], Т. В.Скрипник [204], О.Б.Романчук [190], А.Л.Душка [64], О.А.Богдашина [22, 23, 264] та ін.) Це питання широко обговорювалося і у світовій психолого-педагогічній науковій літературі (Є.Р. Баєнська [10-13], К. С.Лебедінська [111, 112], В.В.Лебединський [114, 115], М.М.Ліблінг [116], О. С.Нікольська [138-143], В.М.Башина [16,17], Є. С.Іванов [74], Л.М.Шипіцина [59, 233-236], С.А.Морозов [5, 9, 131, 132]). Однак, рівень розуміння і прийняття проблем аутистичної особистості суспільством в цілому і органів багаторівневої системи освіти, зокрема, низький. Зокрема, на сьогодні у вітчизняній літературі немає систематичного вивчення закономірностей розвитку самосвідомості аутичних дітей. Відсутність однозначного розуміння специфіки розладів ускладнює, а в деяких випадках унеможлиблює застосування методів адекватної корекції. Проблема полягає в тому, що такі діти мають різні ступені аутизму, а також у них часто дуже добре розвинена одна із сфер когнітивної діяльності. Тому важливим є дослідити взаємозв'язок ступеня аутизму із інтелектуальним розвитком таких дітей та з їхніми нейропсихологічними особливостями. Також важливо визначити особливості самосвідомості та

самосприйняття аутичних дітей в порівнянні з дітьми із іншими нозологіями, зокрема з розумово відсталими дітьми.

На основі проведеного дослідження на етапі констатувального експерименту нами встановлені особливості Я-концепції у дітей зі спектром аутистичних порушень та проведено порівняння з особливостями Я-концепції дітей з розумовою відсталістю [171, 177].

У дослідженні взяли участь дві групи: перша група – діти із діагнозом аутизм у кількості 56 осіб віком від шести до десяти років, та друга група – діти із розумовою відсталістю у кількості 54 осіб віком від семи до чотирнадцяти років.

Проведені дослідження з використанням таких методик:

- 1) Шкала тестів розумового розвитку А.Біне – Т.Сімона.
- 2) Нейропсихологічна діагностика О.Р. Лурії
- 3) Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму CARS
- 4) Методика «Психолого – освітній профіль» РЕР – R

Слід зазначити, що для вивчення Я-концепції дітей зі спектром аутизму необхідно спеціальний методологічний інструментарій, оскільки в силу наявних порушень у цих дітей дослідити їхні уявлення про власне Я за допомогою стандартних наборів методик неможливо. Тому до вивчення цього питання необхідно підходити комплексно. Вище наведений перелік застосованих методик дозволяє оцінити показники дітей за різними шкалами когнітивного, фізичного та соціального розвитку. Ці показники дають можливість зробити висновки про рівень розвитку дітей двох досліджуваних груп, в результаті чого, ми можемо зробити висновки і про рівень сформованості уявлень про себе, особливості «Я-концепції» у дітей цих двох груп.

Отже, методика РЕР – R дає нам змогу зробити висновки про:

1. Розвиток фізичного Я, на основі таких шкал: дрібна моторика, велика моторика, зорово-рухова координація.
2. Розвиток соціального Я, на основі шкал: комунікація і активна мова, реакція

на подразники, нав'язування контактів та емоційні реакції, гра та зацікавленість предметами.

3. Розвиток інтелектуального Я, на основі шкал: перцепція, наслідування, пізнавальні дії.

За допомогою шкали інтелектуального розвитку А. Біне – Т. Сімона, ми можемо зробити висновки про залежність формування Я-концепції від рівня інтелектуального розвитку, а також порівняти ці показники у двох групах.

Нейропсихологічне дослідження дає нам можливість оцінити рівень сформованості соціального Я (шкала загальної характеристики), фізичного Я (дослідження рухів і дій) та когнітивного Я (дослідження гностичних функцій).

Методика CARS дає можливість порівняти ступені аутизму у дітей з обох груп і зробити висновки про вплив ступеня аутизму на розвиток Я-концепції.

Проведене дослідження було спрямоване на послідовний розв'язок таких завдань:

- 1) дослідження ступеня аутизму у групі аутистичних дітей та групі дітей з розумовою відсталістю;
- 2) Визначення факторів, що є найбільш впливовими у розвитку самоусвідомлення дитини з аутизмом.

Провівши дослідження за методикою А.Біне – Т. Сімона, з метою визначення рівня психічного розвитку досліджуваних нами аутичних дітей та розумовою відсталістю, ми отримали такі результати: у більшості аутичних дітей середні показники психічного розвитку були нижчими від біологічного віку в межах від 4 місяців до 12 років і 10 місяців. При цьому варто взяти до уваги, що особливістю дизонтогенезу при аутизмі є спотворений психічний розвиток (за класифікацією Лебединського). Це означає, що за деякими параметрами розвитку у аутичних дітей наявні як акселеративні зони розвитку, так і зони ретардації.

У дітей з розумовою відсталістю середні показники психічного розвитку були нижчими від біологічного віку в межах від 2 років 9 місяців до 6 років 9 місяців. При розумовій відсталості за класифікацією Лебединського

дизонтогенез носить характер недорозвитку з переважаючими процесами ретардації за всіма параметрами психічного розвитку.

Цікавим виявився факт щодо показників ступеня аутизму. Ми досліджували ступінь аутизму за методикою CARS як у аутичних дітей, так і у дітей з розумовою відсталістю. Внаслідок дослідження ми отримали такі результати. Серед аутичних дітей було виявлено 69% таких, що мають помірний ступінь аутизму, 25% - легкий ступінь аутизму (зазвичай це діти, які вже проходили індивідуальні програми абілітації), 6% дітей із глибоким ступенем аутизму (див. рис. 3.14).

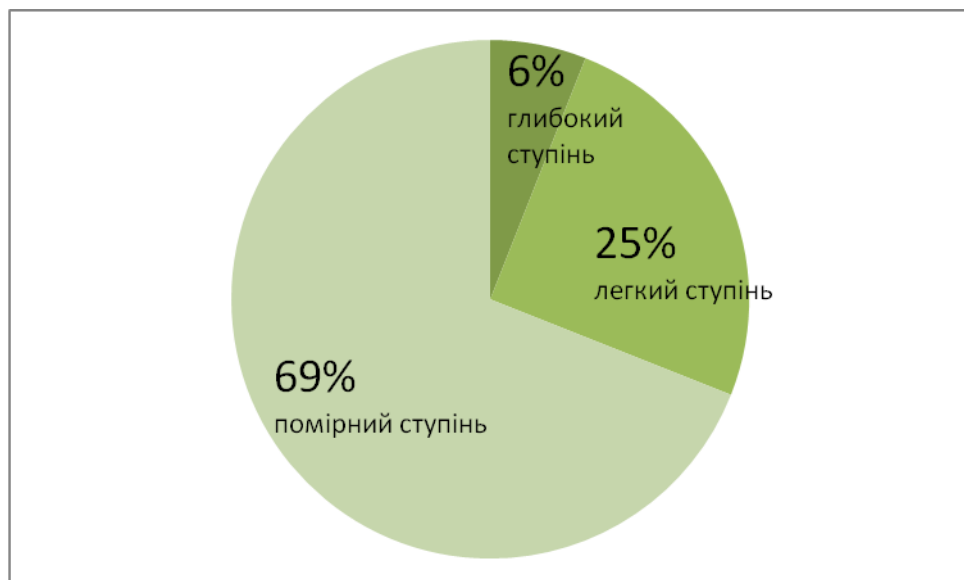


Рис. 3.14. Показники ступеня аутизму в групі досліджуваних з діагнозом аутизм

Серед дітей з розумовою відсталістю було виявлено 97% таких, що мають легкий ступінь аутизму, 3% дітей із помірним ступенем аутизму (див. рис. 3.15).

Отримавши такі результати та проаналізувавши дані дослідження, ми можемо припустити два ключові моменти щодо практичного застосування нашої роботи:

1. Встановлення діагнозу із спектру аутизму не є завданням однозначним і до кінця розробленим.

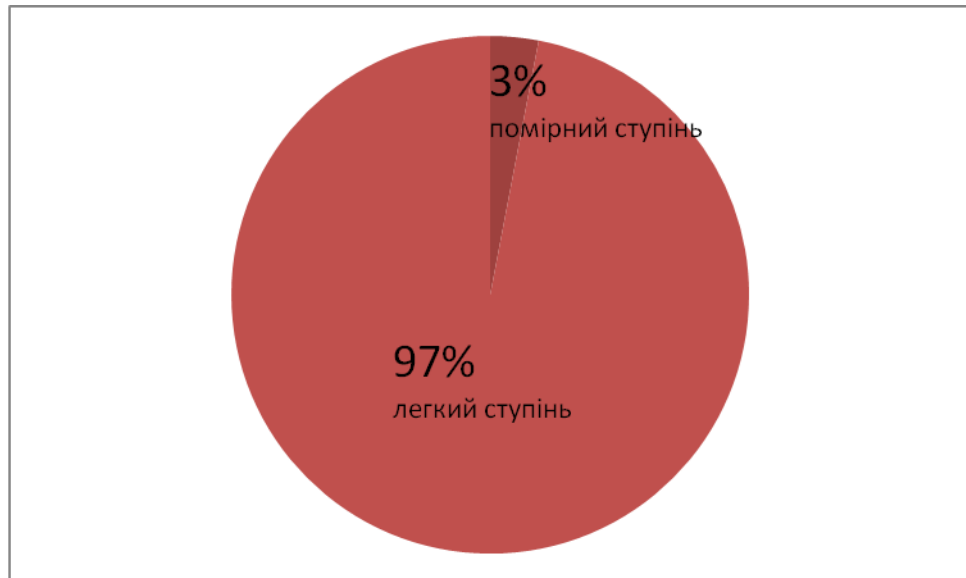


Рис. 3.15. Показники ступеня аутизму у досліджуваних із розумовою відсталістю

2. Ступінь аутизму (набір аутистичних симптомів) може проявлятися у дітей при різних розладах психічного та неврологічного характеру.

Також ми провели нейропсихологічне дослідження за методикою О.Р. Лурія і отримали такі результати:

1. 44% досліджуваних із діагнозом аутизм показали високий рівень загального розвитку, 31% - середній та 25% - низький.

2. 56% аутичних дітей показали високий рівень за шкалою дослідження рухів і дій, 31% - середній та 13% - низький (див. рис. 3.16)

3. 36% аутичних дітей показали високий рівень при дослідженні гнозису, 32% - середній, 32% - низький (див. рис. 3.17)

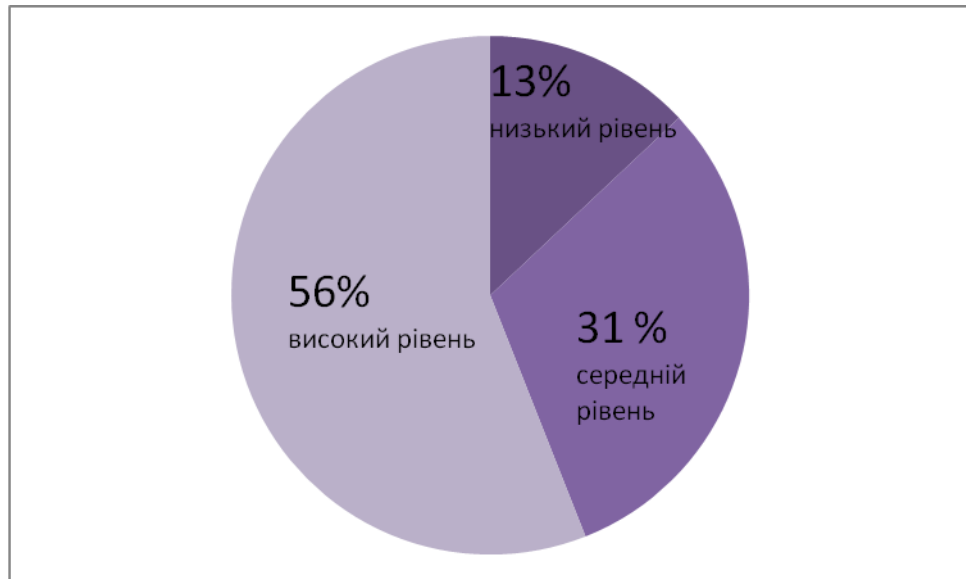


Рис. 3.16. Показники дослідження рухів і дій у аутичних дітей

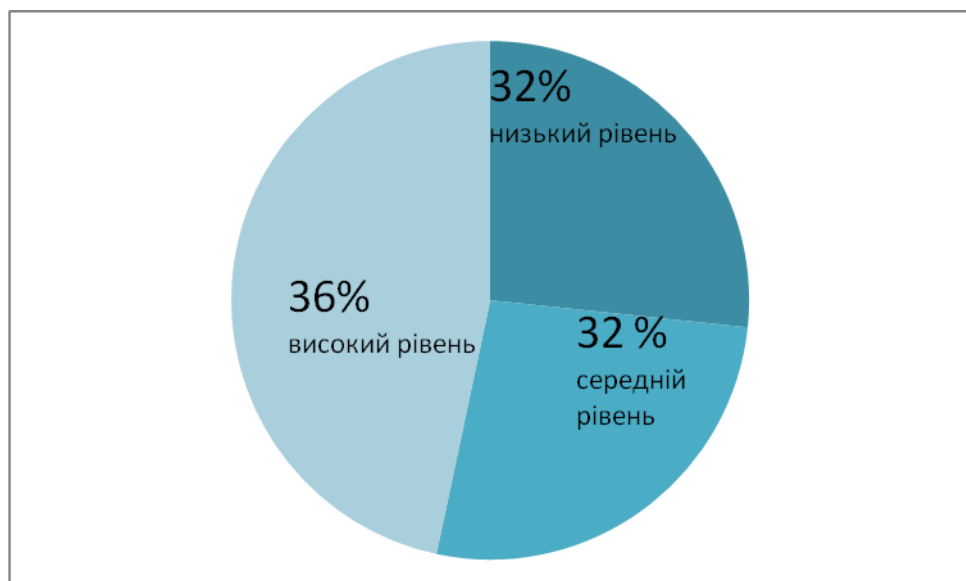


Рис. 3.17. Показники дослідження гнозису у аутичних дітей

4. 79% дітей із розумовою відсталістю показали високий рівень загального розвитку, а 21% - середній рівень розвитку.

5. 57% дітей з розумовою відсталістю показали високий рівень за шкалою дослідження рухів і дій, 29% - середній та 14% - низький (див. рис. 3.18).

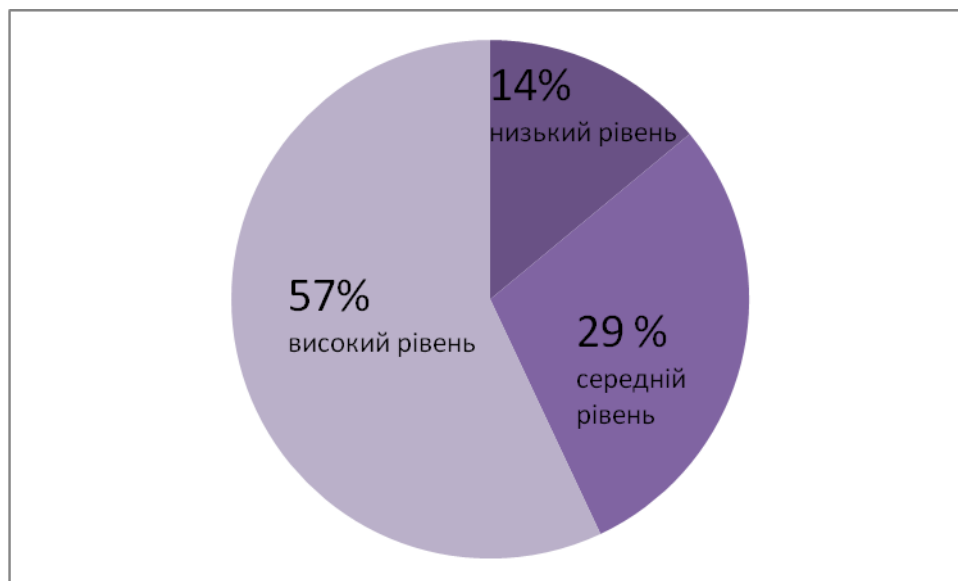


Рис. 3.18. Показники дослідження рухів і дій у дітей з розумовою відсталістю

7. 58% дітей із розумовою відсталістю показали високий рівень розвитку при дослідженні гнозису, 21% - середній рівень та 21% - низький (див. рис. 3.19).

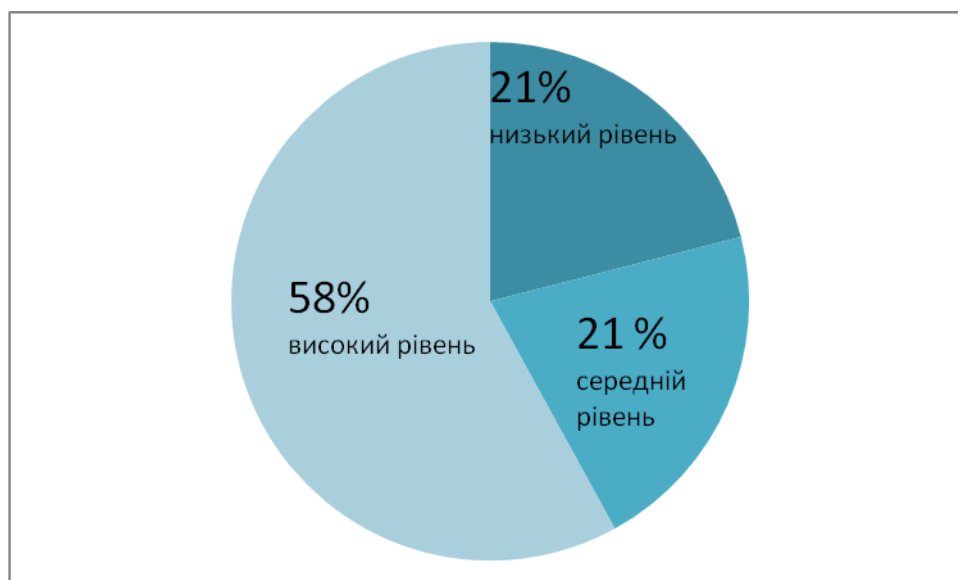


Рис. 3.19. Показники дослідження гнозису у дітей з розумовою відсталістю

Такі результати дослідження дають нам підставу припускати, що когнітивний розвиток аутичних дітей є вищим, ніж у дітей з розумовою

відсталістю, що є наслідком наявності великої кількості у спотвореному дизонтогенезі зон з акселеративним та нормальним рівнем розвитку у дітей із аутизмом.

Ми провели статистичну обробку даних за допомогою кореляції Спірмана та критерію Стюдента для вибірок, які репрезентують дві різні генеральні сукупності. Внаслідок опрацювання даних кореляції ми виявили наявність таких зв'язків (див. рис. 3.20).

Аналізуючи кореляційні зв'язки, ми бачимо, що існують зворотні кореляційні зв'язки між ступенем аутизму та такими сферами, як пізнавальна діяльність, гра та зацікавлення предметами, перцепція, нав'язування контактів, мова та загальний рівень розвитку за PEP-R.

Важливим є виявлений нами зворотній кореляційний зв'язок між рівнем розвитку мовлення та результатами нейропсихологічного обстеження рухів і дій. Такий зв'язок говорить про те, що чим краще у дитини розвинена мова, тим кращі результати дослідження рухів і дій, відповідно краще розвинене Я-фізичне. Такий результат може виникати не лише внаслідок відповідного розвитку вищих психічних функцій, але й тому, що дитина краще може висловити і зрозуміти тілесні переживання, а відтак і усвідомити своє власне тіло.

Також наявні кореляційні зв'язки між сферою налагодження контактів та таким сферами, як загальна характеристика нейропсихологічного дослідження, гнозис, дослідження рухів і дій, ступінь аутизму та рівень інтелектуального розвитку за шкалою Біне-Сімона. Отже, якщо розвивати у дитини з аутизмом усі вище названі фактори, то відповідно дитина зможе краще налагоджувати соціальні взаємозв'язки і, відповідно формуватиметься Я-соціальне.

Окрім дослідження кореляційних зв'язків між шкалами, ми також провели статистичний аналіз даних за t-критерієм Стюдента. В результаті ми отримали такі дані:

1. Характеристика «нав'язування контактів та емоційні реакції» є краще розвиненою у дітей із розумовою відсталістю ($t = 9,071$), ніж у групі дітей

із діагнозом аутизм ($t = 6,437$), при рівні значущості $p = 0,008$ (за методикою PER – R).

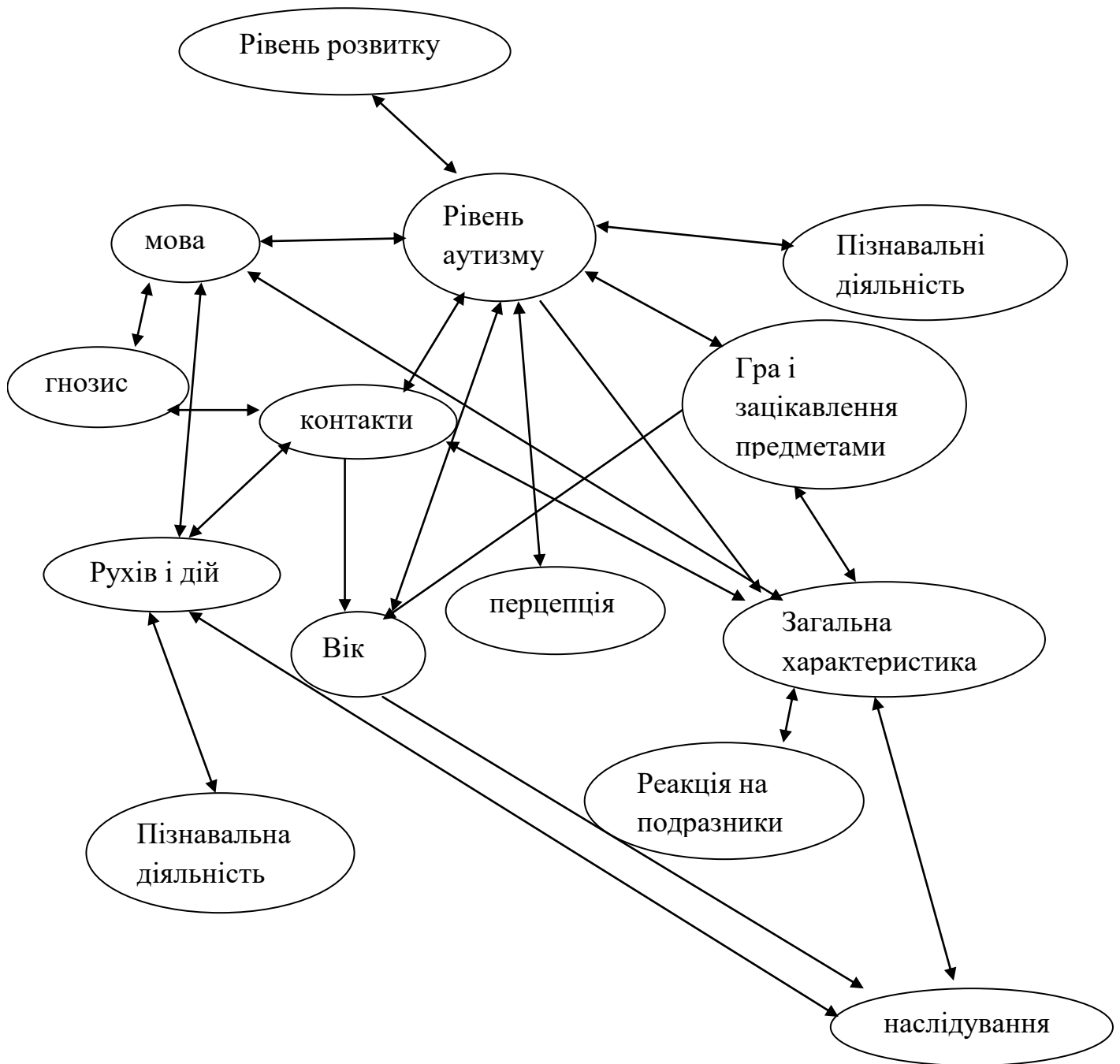


Рис 3.20. Кореляційні зв'язки

1. Характеристика «Гра і зацікавлення предметами» краще розвинена у групі дітей з розумовою відсталістю ($t = 6,500$), ніж у групі аутичних дітей ($t = 4,500$), при рівні значущості $p = 0,011$ (за методикою PER – R).

2. Мова є значно краще розвинена у дітей з розумовою відсталістю ($t = 5,357$), ніж у аутичних дітей ($t = 2,250$), при рівні значущості $p = 0,015$ (за методикою РЕР – R).
3. Здатність до пізнавальної діяльності є краще розвинуеною у дітей з розумовою відсталістю ($t = 19,214$), ніж у аутичних дітей ($t = 12,500$), при рівні значущості $p = 0,002$ (за методикою РЕР – R).
4. Розвиток комунікації та активного мовлення у дітей з розумовою відсталістю є вищим ($t = 12,285$), ніж у аутичних дітей ($t = 5,250$), при рівні значущості $p = 0,014$ (за методикою РЕР – R).
5. Загальна характеристика дитини у нейропсихологічному дослідження є кращою у аутичних дітей ($t = 1,726$), ніж у дітей з розумовою відсталістю ($t = 1,125$), при рівні значущості $p = 0,032$ (за нейропсихологічним дослідженням).
6. Ступінь аутизму за методикою CARS у аутичних дітей є вищим ($t = 30,500$), ніж у дітей з розумовою відсталістю ($t = 23,535$), при рівні значущості $p = 0,000013$.
7. Рівень інтелектуального розвитку за методикою Біне – Сімона є вищим у дітей з розумовою відсталістю ($t = 55,571$), ніж у аутичних дітей ($t = 38,562$), при рівні значущості $p = 0,011$.

В результаті дослідження ми побачили, що ступінь аутизму у дітей з діагнозом аутизм є вищим, ніж у дітей з розумовою відсталістю, але діти з розумовою відсталістю також мають наявний певний ступінь аутизму, що свідчить про наявність у них симптомів аутичного спектру. Відтак можна говорити не лише про діагноз аутизм, але й про «аутичність» дітей із іншими нозологіями на симптоматичному рівні.

Показники загальної характеристики у дітей із діагнозом аутизм у нейропсихологічному дослідження є нижчими, ніж у дітей із розумовою відсталістю. Беручи до уваги кореляційні зв'язки шкали загальної характеристики із такими шкалами методики РЕР – R, як комунікація і активна мова, реакція на

подразники, нав'язування контактів та емоційні реакції, гра та зацікавленість предметами, а саме ці шкали ми визначили як такі, що впливають на формування соціального Я, то можна зробити висновок, що сформованість соціального Я у аутичних дітей є на нижчому рівні, ніж у дітей з розумовою відсталістю. Проте, ці чинники можна розвивати за допомогою спеціально розроблених комплексів завдань і вправ, внаслідок чого є ймовірність розвитку і соціального Я.

Також наявні прямі кореляційні зв'язки між показниками загальної характеристики функціонального розвитку дитини та ступенем аутизму, що свідчить про те, чим нижчий ступінь аутизму, тим більш соціально адаптованою і розвиненою є дитина.

Показники нейропсихологічного дослідження рухів і дій у двох групах статистично не відрізняються, що свідчить про те, що рівень сформованості фізичного Я у дітей за аутизмом та у дітей з розумовою мало відрізняються. Проте, наявний зворотній кореляційний зв'язок між рівнем інтелектуального розвитку та показниками дослідження рухів і дій, з чого можемо зробити висновок, що чим вищий інтелектуальний розвиток, тим краще розвинена сфера рухів і дій, і навпаки. Отже, при розвитку фізичного Я дитини, підвищується її інтелектуальний рівень. Це може бути пов'язано з тим, що при усвідомленні свого тіла, його меж та можливостей функціонування, дитина може краще сприймати й оточуючий світ, відповідно розвиватись інтелектуально.

Показники гнозису за нейропсихологічним дослідженням мають зворотні кореляційні зв'язки із такими шкалами методики РЕР –R, як розвиток мовлення, наслідування та комунікація. Ці показник формують інтелектуальне Я, відповідно можемо зробити висновок, що при розвитку цих характеристик можемо також формувати інтелектуальне Я.

Таким чином, ми визначили характеристики, за допомогою яких можемо визначити рівень сформованості інтелектуального, фізичного та соціального Я, а також визначили шкали у методиці РЕР – R, які можна розвивати за допомогою

спеціального набору вправ та завдань і таким чином розвивати самоусвідомлення дитини та формувати її Я-концепцію.

У підсумку можна виділити кілька особливостей розвитку Я-концепції у дітей з розладами спектру аутизму:

- Оскільки одними з найсуттєвіших порушень у аутичних дітей є порушення сенсорної сфери, то фізичне Я у цих дітей також формується своєрідним чином. Так, наприклад, аутичні діти можуть не впізнавати себе в дзеркалі, що свідчить про порушення самосприйняття та самоусвідомлення. Також діти даної категорії часто не вживають займенника «Я», навіть при достатньому розвитку активного мовлення.
- Одним аспектом із, так званої, аутичної тріади, є комунікативні навички. Аутичні діти часто мають порушені функції комунікації, їм важко зав'язувати знайомства, а у дитячому віці вони не йдуть на контакти та не взаємодіють з оточуючими. Відповідно, можна судити про порушення соціального «Я», яке формується із затримкою. Соціальне «Я» у аутичних дітей починає формуватися спершу через спілкування з дорослими і на початках носить характер комунікації заради задоволення потреб. Розвиток соціального «Я» може бути ще більш сповільненим у випадку, коли дорослі також зводять спілкування із дитиною до рівня задоволення її фізіологічних потреб, оскільки, внаслідок порушень у сфері наслідування дитина може так і не ініціювати соціальної взаємодії. Тому важливим є постійна ініціація соціальних взаємозв'язків дорослими із дитиною. Пізніше ця соціальна взаємодія може розвиватися у дитини не лише з дорослими, але й з іншими дітьми.
- Духовне «Я», інтимне «Я» та інші більш абстрактні складові Я-концепції для дітей із розладами спектру аутизму є доступними меншою мірою, оскільки при аутизмі одним із важливих порушень є нездатність сприймати абстрактні речі, такі діти не можуть усвідомлювати своєї духовності, усвідомлювати себе в майбутньому чи минулому часі.

Отже, при вивченні формування Я-концепції у дітей з розладами спектру аутизму, слід в першу чергу звертати увагу на формування їхнього фізичного «Я» та соціального «Я», оскільки лише при максимальному формуванні цих складових можливий подальший розвиток формування їхньої Я-концепції.

3.3. Загальні показники соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень за віком (від раннього віку до моменту закінчення школи)

На основі даних спостережень за дітьми, експертних оцінок бв'ятків та спеціалістів були вивчені та систематизовані вікові особливості соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень (табл.3.1.). Дані табл.3.1 систематизовані за принципом «від супротивного», тобто увага звертається на обмеженість сфер розвитку дитини відповідно до вікового періоду її розвитку. У цій ситуації формування соціальних компетенцій дитини суттєво залежатиме від структури дефектів, які спричинили аутистичні порушення. У цьому зв'язку на перший план виходить врахування такого параметра як ступінь аутизму, оскільки навіть старша за віком дитина з глибоким ступенем аутизму має значні обмеження у здобуванні соціальних компетенцій порівняно з молодшою за віком дитиною з легким-помірним ступенем аутизму. Наступною умовою формування соціальних компетенцій аутичних дітей є високий рівень компетенцій спеціалістів, які працюють з дитиною. Нарешті формування соціальних компетенцій дітей у значній мірі залежить від ступеня сформованості відповідного соціально-предметного середовища, покликаного забезпечити ефективність психолого-педагогічного впливу.

Слід зауважити, що спектр аутистичних порушень – це спектр багатоманітних різновидів, відмінностей, відхилень і порушень, ядрним і загальним для яких є порушення соціальної інтеграції і небажання (навіть боязнь) аутичних дітей вступати в будь-який контакт із суспільством, зокрема зі своїм

оточенням. Коли у своє поле аутична дитина «пускає» інших людей відкривається

Таблиця 3.1

Вікові особливості соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

Компоненти соціальних компетенцій	Показники прояву
1	2
РАННІЙ ВІК (2–3 роки)	
Діяльнісний	<p>Виражена недостатність або повна відсутність потреби в контакті з оточуючими людьми. Порушення формування усіх форм довербального і вербального спілкування, слабкість артикуляцій. Можлива відсутність ускладнення лепету за умови його наявності. Вимова лише окремих складів або ж виражена схильність до вербалізації. Запізнення або випередження появи перших слів, їх незвичність і маловживаність. Після появи перших слів можливий розвиток мутизму (відмова від мовлення), що зберігається на місяці і навіть роки. Вимова перших слів нікому не адресована і не виступає засобом спілкування. Слова вимовляються спонтанно, без урахування ситуації, використовуються без співвідношення з конкретними предметами чи людьми. Обмеженість можливості розуміння мовлення. Відсутність реакції на звернене мовлення, в тому числі і на власне ім'я. Значні відхилення імітації: дитина рідко або ніколи не імітує звуки, слова, рухи. В аутичної дитини є улюблені ігри, одна чи декілька. В таких іграх вона може годинами маніпулювати предметами, виконуючи дивні дії. Основні особливості таких ігор: ціль та логіка гри, зміст дій часто є незрозумілими для оточуючих; в цій грі є лише один учасник – сама дитина; повторюваність: дитина постійно здійснює один і той же набір дій та маніпуляцій; незмінність: гра протягом тривалого часу залишається незмінною.</p>

Когнітивний	Порушення м'язевого тонусу (до гіпотонії або гіпертонії). Скованість незграбність, неритмічність і нескоординованість рухів. Манірність і химерність рухів, несподівані і своєрідні <i>продовження таблиці 3.1</i>
--------------------	--

1	2
----------	----------

<p>Когнітивний</p>	<p>жести, нав'язливі рухові ритуали. Тенденція до моторної стереотипії в пальцях, руках, ходіння на пальчиках, одноманітний біг, стрибки з опорою на всю ступню. Нездатність розрахувати рухи за силою та амплітудою. Окремі складні рухи можуть виконуватись успішніше, ніж набагато легші. Розвиток дрібної моторики у окремих проявах відбувається раніше, ніж загальної. Точне і легке виконання спонтанних рухів у поєднанні з утрудненнями у довільній діяльності.</p> <p>Зниження життєвого тону, що може проявлятися як загальна млявість дитини, яка нікого не турбує, не вимагає до себе уваги, не просить їсти або замінити білизну. Порушення рухової сфери. <i>Зорове сприймання.</i> Етіологічно значимі стимули, такі як людська особа, очі, не викликають тієї реакції, яка є типовою для здорових дітей. Порушення у візуальній реакції – дитина уникає дивитись на об'єкти і демонструє граничні форми візуальних дивацтв.</p> <p><i>Слухове сприймання.</i> Аутистичні діти найчастіше ніяк не реагують навіть на голосні звуки, справляючи враження глухих. Водночас щодо деяких звуків вони демонструють гіперчутливість, наприклад, затискають вуха, почувши гавкіт собаки. Дуже часто простежується відсутність вибіркової уваги до звуків мови.</p> <p><i>Тактильна чутливість.</i> Однією з характерних особливостей тактильної чутливості в аутистичних дітей є так званий тактильний захист . Типовими виявами тактильного захисту (за Маас, 1998) є небажання мити та розчісувати волосся; труднощі зі смоктанням, гризінням і жуванням; негативна реакція на мокру білизну, купання, обстригання нігтів; уникання липких, зернистих, м'яких, пухнастих матеріалів; уникання несподіваних дотиків; задоволення від відчуття розривання тканин, паперу, пересипання круп; обстеження навколишніх переважно за допомогою обмацування тощо. Порушення тактильної чутливості, типове для цих дітей, призводить до порушення формування схеми тіла і фізичного</p>
---------------------------	---

продовження таблиці 3.1

<p>1</p>	<p>2</p>
----------	----------

	образу „Я”. Тактильний захист може бути перешкодою для розвитку нових видів діяльності, впливає на якість навчання, спричинює обмеження пізнавального та соціального досвіду.
Особистісний	Неадекватна адаптація до змін – дитина демонструє різку реакцію на зміни, реагує спалахом негативних емоцій. Поведінка аутистичної дитини розладнана, вона не вміє керувати своїми емоціями, зокрема негативними. Причиною емоційного спалаху аутистичної дитини може бути переживання гострого дискомфорту, наприклад, у випадку, коли перервана стереотипна гра дитини (гра, основним змістом якої є багаторазове повторення незмінного ланцюжка певних дій протягом довгого часу). Якщо спробувати відірвати її від улюбленої гри в кубики або забрати пластилін, з якого вона годинами ліпить абстрактні фігури, швидше за все дитина виразить свій протест криком і діями (відмовиться віддавати іграшки). Частою причиною емоційних реакцій аутистичної дитини є бажання викинути негативні емоції, що накопичилися. В цьому випадку можна говорити про своєрідну „емоційну розрядку”, коли дитина не усвідомлено намагається позбутися напруження, що накопичилося. Іноді така реакція виявляється у вигляді агресивних дій. Загалом порушений рівень активності – дитина проявляє крайні стани активності, її стан може змінюватись від одноно екстремального стану до іншого.
Морально-ціннісний	Слабо розвинене усвідомлення небезпеки – дитина може не помічати небезпеку, яку інші діти такого ж віку уникають. Несформований доморальний (передконвенціональний) рівень (за Д. Колбергом, 1969) морального розвитку – страх перед покаранням.
ДОШКІЛЬНИЙ ВІК (3–7 років)	
Діяльнісний	Для дитини з аутизмом характерна виражена недостатність або повна відсутність потреби в контакті з оточуючими людьми, притаманне ігнорування присутності інших дітей та дорослих, обмежене використання жестів та їх незграбність, відсутність

1	2
<p>Діяльнісний</p>	<p>вказівного жесту, обмеженість можливості розуміння мовлення, відсутність реакції на звернене мовлення, в тому числі і на власне ім'я. Іноді спостерігається повторення одноманітних фраз, відсутність ритму, інтонації та артикуляції; неадекватність сприйняття мелодії, ритму, відсутність реакції на них наспівуванням та рухами. Наявність ехолалії. Дитина не прагне наслідувати дорослих Ритмічними ударами в бубон не передає голосне і тихе звучання музики. Характерне точне і легке виконання спонтанних рухів у поєднанні з утрудненнями у довільній діяльності. Для аутистичної дитини характерним є монотонність ігор, фантазій, інтересів, ігнорування іграшки; ігри з відблисками, тінями, світлом, маніпулювання з неігровими предметами, що дають сенсорний ефект (тактильний, зоровий, нюховий), переваги у грі неспеціалізованим іграшкам (яскраві кубики, намисто і т.д.), побутовим предметам (папірці, ганчірочки і т.д.) поряд з бажанням діяти з матеріалами (пісок, вода) та інтересом до просто фізичних ефектів при діях з предметами (скрип дверей, шум води, шурхіт паперу, «зайчик» від дзеркала і т.д.), некомунікативна гра наодинці, у відокремленому місці.</p>

Когнітивний	<p>У аутичної дитини спостерігаються незвичні реакції на звуки або шуми (наприклад, немає реагування на дуже голосні звуки, інколи спостерігається захоплення звуками шелесту або шурхоту та ін.; незрозуміле реагування страхом та надмірні реакції на певні звуки. Деякі діти надають перевагу специфічним шумам (наприклад дзюрчанню води, музиці) їх приваблює шум приладів домашнього господарства, шум моторів. При високому мовленнєвому рівні такі діти постійно повторюють певні звороти, речення, тексти пісень. Проте, у них порушені тон і ритм мовлення. Для аутичних дітей характерним є відсутність живої цікавості, інтересу до нового, дослідження навколишнього середовища. Дітей зі спектром аутистичних порушень цікавлять не стільки зміст, скільки</p>
--------------------	--

продовження таблиці 3.1

1	2
	<p>деталі. Деталі для них є важливішими, і вони не втрачають своєї цінності навіть після розгадки, тобто після отримання цілісної картини. Ціле не має для них інтересу, інколи головоломки вони розгадують у зворотному порядку. А коли розгадка готова, така дитина навіть не дивиться на результат. Дитина з аутизмом, наприклад, побачивши маріонетку, може довго вдивлятися в її очі чи інші окремі частини, не звертаючи увагу на те, що це є цілісний предмет.</p>

Особистісний	Дітям з аутизмом характерна підвищена емоційна чутливість, глибока недостатність емоційних контактів, емоційна холодність або байдужість до близьких поряд з можливим симбіотичним зв'язком з матір'ю, поєднання байдужості і нечутливості до емоцій іншої людини з підвищеною чутливістю до стану матері, фіксація на неприємних враженнях, яскраво виражені страхи, яких складно позбутися, яскраво виражена потреба у захисті, підбадьорюванні, емоційній підтримці. У дитини з аутизмом спостерігається утруднення формування розмежування власного «Я» і навколишнього світу, слабкість або відсутність контактів як стосовно близьких, так і однолітків; ігнорування присутності інших дітей та дорослих, неперенесення прямого зорового контакту «очі в очі», погляді ніби «повз», відсутність фіксації погляду на обличчі людини; відсутність посмішки і відповідних емоційних реакцій.
Морально-ціннісний	Фіксація на неприємних враженнях, яскраво виражені страхи. Початок формування доморального (передконвенціонального) рівня морального розвитку. З'являється страх перед покаранням.
Молодший шкільний вік (7–11 років)	
Діяльнісний	У аутистичної дитини спостерігається нав'язливе повторення певних одноманітних дій (ритуалів) і виникає сильне збудження, якщо вони порушуються. Дитина оволодіває елементарними навичками догляду за своїм тілом. Проте не
<i>продовження таблиці 3.1</i>	
1	2

Діяльнісний

використовує за призначенням предмети побуту та вжитку, основні засоби зв'язку, знаряддя, прилади, матеріали. У такої дитини спостерігається виражена недостатність або повна відсутність потреби в контакті з оточуючими людьми, ігнорування присутності інших дітей та дорослих; обмежене використання жестів та їх незграбність. Іноді спостерігається мутизм – відсутність мовлення, слабкість артикуляцій, відсутність формування простої фрази, ехолалії – повторення почутих слів та фраз – часто відірвані у часі, слова-штампи, фрази-штампи, фонографічність мовлення, що часто при хорошій пам'яті створює ілюзію розвинутого мовлення. Таким дітям властива нездатність до ведення діалогу при достатньому розвитку монологічного мовлення, відсутність слів «так» і «ні», спостерігається порушення семантичної сторони мовлення (метафоричні заміщення, розширення або надмірне, до буквальності, звуження тлумачення значення слів); широке використання неологізмів поряд з нездатністю до словотворчості, порушення синтаксичної будови мовлення, аграматизми, порушення просодичних компонентів мовлення (відхилення тональності, швидкості, ритму, інтонаційного переносу). обмеженість можливості розуміння мовлення, відсутність реакції на звернене мовлення, в тому числі і на власне ім'я. А також спостерігаються труднощі у виконанні інструкцій. Дітям опановують розмаїтість пластичних матеріалів (пластилін, глина, солоне і здобне тісто, вологий пісок, сніг і т. д.), ознайомлюються із властивостями цих матеріалів (пластичність, в'язкість, вага, цілісність маси на відміну від розсипчастого), опановують можливості свого впливу на матеріал, навчаються виділяти основні форми предметів та порівнювати подібні за формою предмети, у малюнках створюють різнокольорові образи, опановують спосіб ліплення, сплющування та витягування маленьких часток зі шматка пластиліну, з допомогою дорослого створюють аплікаційні картинки: ритмічно розкладаючи однакові за розміром, але різні за кольором фігури.

1	2
Когнітивний	<p>Для дитини з аутизмом характерними є стереотипні, часто незвичні рухи головою, тілом, руками, пальцями, ногами інтенсивніші при збудженні (гойдання, скакання, крутіння частинами тіла, ходіння на пальчиках), моторні манеризми (наприклад, крутіння долонями, пальцями, складні рухи усім тілом), така дитина любить крутитися на місці чи захоплюється предметами, які є сенсорно привабливими. Притаманна ритуальна поведінка – виконання повсякденних занять в одному порядку і в той самий час. Зорова увага вкрай вибіркова і дуже короткочасна, дитина дивиться «повз» людей (однолітків у класі, учителів і т. д.), не зауважує їх і ставиться до них як до неживих предметів.</p> <p>Соціальна взаємодія, яка приносить звичайним дітям стільки радості й задоволення, в аутичних дітей викликає лише роздратування і бажання ізолюватися. Хоча аутичні діти демонструють свою емоційну прив'язаність до батьків чи інших опікунів, проте вони не реагують на їхню любов в очікуваний спосіб. Батьки стверджують, що діти неохоче відкривають свої обійми, щоб притулитися чи знайти втіху. Здається, що ігнорують чи погано інтерпретують емоційну поведінку людей і не розуміють їхніх почуттів. Цей брак емпатії є причиною невідповідної соціальної поведінки.</p>
Особистісний	<p>Спостерігається ігнорування присутності інших дітей та дорослих, характерна слабкість або відсутність контактів по відношенню як до близьких, так і однолітків, спостерігається затримання формування навичок побутової адаптації, освоєння звичайних, необхідних для життя, дій з предметами та оволодіння навичками охайності, гігієни, одягання, самостійної їжі і т.п.. Аутичні діти прагнуть до повного домінування і контролю над оточуючими людьми.</p>

Морально-ціннісний	Дитина з аутизмом демонструє незначну тривожність у соціальному середовищі; частково дотримується правил поведінки.
---------------------------	---

продовження таблиці 3.1

	2
Підлітковий (молодший підлітковий: 11–14 років)	
Діяльнісний	<p>Брак мотивації та відповідальності за життєві рішення. У підлітка спостерігаються стереотипні рухи. Проявляються протестні реакції на зміни у навколишньому середовищі чи у способі перебування у школі чи в іншому закладі. Наявне обмежене коло уподобань. Дитина не відволікається від власних одноманітних, повторюваних дій чи фраз. Рідко проявляє імітовану ігрову поведінку. Говорить нечітко, швидко, зависоко. Соціальна взаємодія, яка приносить звичайним дітям стільки радості й задоволення, в аутичних дітей викликає лише роздратування і бажання ізолюватися.</p> <p>Дитина з аутизмом розуміє звернене до неї мовлення, може виконувати певні доручення. Але потребує постійного контакту з боку дорослого, щоб вступити у спілкування чи виконати якесь доручення. Йде на контакт із знайомим дорослим, вслухається у його мовлення. Виконуючи завдання, прохання, дотримується заборони. Вступає у сюжетно-рольову гру з дорослим – впізнає та розрізняє людей за статтю, за віком, називає і вказує зображенні предмети. На прохання може відповідати реченням з 2 – 3 слів, вступає в діалог, але репліки діалогу у неї неповні, скорочені. Уважно протягом нетривалого часу може прослухати опис будь-якого предмета, а на прохання – знайти його й показати.</p>

Когнітивний	Виникають труднощі довільного навчання, цілеспрямованого розв'язання реально виникаючих задач, таким дітям притаманна нездатність переносити здобуті навички у аналогічні ситуації. Для компенсації сенсорного голоду, регулювання внутрішнього психічного тону підліток може звертатись до аутостимуляцій. Притаманні нав'язливі ідеї при вузьких зацікавленнях.
--------------------	---

продовження таблиці 3.1

1	2
Особистісний	У підлітків з аутизмом спостерігається глибока недостатність емоційних контактів, підвищена емоційна чутливість, відсутній емоційний контакт з оточуючими людьми, емоційна холодність або байдужість до близьких поряд з можливим симбіотичним зв'язком з матір'ю, властиве поєднання байдужості і нечутливості до емоцій іншої людини з підвищеною чутливістю до стану матері, фіксація на неприємних враженнях. Властиві яскраво виражені страхи, яких складно позбутися, виражена потреба у захисті, підбадьорюванні, емоційній підтримці, проблеми з розумінням логіки іншої людини, її уявлень та намірів та труднощі у адекватному вираженні власних станів (емоцій, почуттів, бажань і т.п.). наявна зверх вибірковість контакту з людьми.
Морально-ціннісний	Нестача соціального досвіду, насмішки з боку однолітків призводить до ізоляції, а відтак нерозуміння. Ігнорування соціальними нормами.
Ранній юнацький вік (старший підлітковий: 14–18 років)	

Діяльнісний	В умовах довільної діяльності може відбутись «розпад» попередніх умінь. Наявні проблеми із самоорганізацією; несформованість соціально-побутових навичок; невміння організувати власне дозвілля; труднощі самостійного пересування (всі життєві ситуації неможливо передбачити заздалегідь. Притаманне неефективне управління завданнями, слабка самоорганізація.
Когнітивний	Асинхронія розвитку пізнавальної сфери та психіки в цілому. Недостатньо (слабо) сформована креативність; досягнення у навчальній діяльності за рахунок добре сформованої здатності до репродукування, імітації, детального копіювання. Стереотипні моделі мислення аутичних юнаків ґрунтуються на тому, що вже завчено через багаторазове повторення, тому нові ідеї у них не виникають на тлі незасвоєних реакцій. Порушене сенсорно-моторне сприйняття та регулювання

продовження таблиці 3.1

1	2
Особистісний	Характерна певна інколи значна затримка емоційно-особистісного розвитку. Наявна невідповідність між бажаннями аутичних юнаків спілкуватися і їх дуже низькими реальними можливостями в комунікації (нездатність ведення діалогу, зацікавленість власними стереотипними темами і т. ін.). Залишається наївними і добродушними, дуже прив'язаними до близьких та залежними від них у повсякденному житті. Наявні труднощі цілеспрямованої взаємодії з дорослими. Контакт з дорослими та ровесниками вимагає величезної напруги. Аутична особа може зосереджуватись тільки на короткі миті, а потім настає або повна знемога, або перебудження. Наявне порушення власного усвідомлення.

Морально-ціннісний	Дотримання соціальних норм може ускладнюватись через неприйняття і нерозуміння з боку соціального оточення. Прихильність до чіткого розпорядку та рутинного способу життя як основа дисциплінованості та при правильній організації режиму дня чітке дотримання правил поведінки у конкретному середовищі.
---------------------------	--

пізнавальний, діяльнісний, змістовний світ життя. Вона «заражається» справжніми людськими (дитячими) радощами інтересами, звичайними і «незвичайними» шкільними завданнями, долаючи при цьому аутистичне усамітнення та відчуження від свого оточення. Якщо припустити, що первинними порушеннями в аутистичному спектрі розладів у дітей є несформованість ще в ранньому віці предмета діяльності, у зв'язку з чим виникає дисбаланс життєвих відносин організму до оточуючої дійсності, то як наслідок з віком з'являються психологічні особливості вторинних порушень, які ми називаємо порушеннями процесів взаємодії суб'єкта (дитини) з оточуючим середовищем, блокуванням активності психічних процесів як результат їх розвитку, перерозподілом ієрархії властивостей психіки (спрямованості, темпераменту, характеру, здібностей, задатків, потреб, потягів), домінуванням психічних станів (настроїв, афектів, стресів, фобій), спотворенням психічних утворень і зрештою - утворення ранньої потужної і стійкої психологічної кризи дитини, яка розвивається у світі "викривлених" (Л. Каннер [304]) психічних явищ, що впливає на інтелектуальний комунікативний регуляторний емоційний ресурс дитини і зумовлює виникнення специфічного, характерного аутистичній симптоматиці, дистанційованого відношення до дійсності. Як видно з табл. 3.1, особистість аутичної дитини зазнає патологічних змін вже в ранньому віці внаслідок заміщення у психічній структурі основних її компонентів, які детермінують утворення первинної діяльності – емоційно-позитивної взаємодії (спілкування) з дорослими що, своєю чергою, спричинює невідповідність подальших видів діяльності (предметної, ігрової,

навчальної тощо) власне аутистичній діяльності дитини.

3.4. Суспільні компоненти розвиваючого середовища як чинники сформованості соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

На формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень значною мірою впливає рівень сформованості соціокультурного розвиваючого предметно-просторового середовища дитини. Традиційними компонентами такого середовища є сім'я та школа. Наявність спектру аутистичних порушень зумовлює певну специфіку впливу цих компонентів на розвиток дитини, а, відповідно, на формування її соціальних компетенцій. Зокрема, з народженням аутичної дитини виникає ряд проблем у сім'ї, пов'язаних з різними чинниками. Загалом це проблеми прийняття/неприйняття дитини усіма членами сім'ї, ризики тривалого перебування батьків в стані стресу, внутрішнього та зовнішнього конфлікту. Сукупна пагубна дія цих чинників на розвиток дитини ускладнюється відсутністю в державі налагоджених механізмів допомоги таким сім'ям (служби адекватної скринінг-діагностики та раннього втручання, надання вчасної медичної допомоги).

Іншим дуже важливим обмеженням розвитку дитини є відсутність відпрацьованих механізмів включення дитини, яка виховується сім'єю, в навчальне середовище, освітній простір (незначна кількість навчально-реабілітаційних центрів, відсутність налагоджених механізмів інтеграції та інклюзії дитини зі спектром аутистичних порушень в ДНЗ, загально-освітні школи).

Для забезпечення соціального розвитку дитини необхідно долати бар'єри, що склалися в державі. Тому одне з основних завдань на шляху до формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень полягало у створенні належного соціокультурного розвиваючого середовища [54, 55, 154,

166-168, 173]. Реалізація цього завдання включала ряд послідовних кроків, ініціатором та виконавцем яких була автор цього дослідження:

- об'єднання батьків аутичних дітей у благодійний фонд Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце»;
- організація навчання та підвищення кваліфікації спеціалістів у реабілітаційних центрах закордоном («Синапсис», Польща; амбулаторії для аутичних дітей м. Ляйпцига та Галле, Німеччина; «Ідемо назустріч аутичній дитині», Чехія; «Rainman's home», Відень, Австрія), ознайомлення з освітньою системою для неповносправних дітей в Ізраїлі та в Канаді;
- проведення систематичних тренінгів для батьків та спеціалістів (дошкільних та шкільних психологів, членів ПМПК) щодо методики виховання та навчання аутичних дітей;
- напрацювання методичного інструментарію, підготовка спеціалістів та створення державної дошкільної групи для аутичних дітей;
- створення нових ГО – Товариство «Родина Колльпінга» та «Інститут системної психотерапії» для реалізації освітніх та корекційних завдань;
- створення консультативного центру та амбулаторію для аутичних дітей у м. Львові;
- систематична участь в соціокультурних проектах Львівської міської ради щодо напрацювання стандартів соціальних послуг – соціального супроводу родин аутичних дітей, соціального супроводу аутичної дитини під час навчання;
- ініціація обласного (з 2008 р.), а згодом національного експерименту (з 2012 р.) «Психолого-педагогічні засади корекційного навчання та реабілітації дітей зі спектром аутистичних порушень в умовах загально-освітньої школи», в ході якого впроваджене інклюзивне навчання дітей зі спектром аутистичних порушень у школі, визначено функції спеціалістів, батьків та асистентів у процесі формування соціальних компетенцій дітей;

- розробка та впровадження навчальних курсів «Диференційне оцінювання та диференційне навчання», «Аутизм: проблеми психологічної допомоги» (програма курсу подана у додатку 1) для підготовки спеціалістів за кваліфікацією «магістр» у вищих навчальних закладах м. Львова;
- лобювання процесів інклюзії дітей зі спектром аутистичних порушень в освітній та соціальний простір через участь у «Коалація захисту прав інвалідів та осіб з інтелектуальною недостатністю», грантову та проектну діяльність.

Нижче розкриваються описані компоненти розвиваючого середовища, зокрема звертається увага на відносини в сім'ї, застосування насилля до дитини як з боку батьків, так і спеціалістів. На основі проведеного експерименту аналізується відношення педагогів та учнів загально-освітніх шкіл до інклюзії, розкриваються психологічні особливості педагогів та волонтерів, які працюють з дітьми з особливими потребами, на основі чого обґрунтовується необхідність організації систематичної роботи в напрямі підготовки та підвищення кваліфікації педагогів та спеціалістів, залучення та підготовки волонтерів для роботи з дітьми зі спектром аутистичних порушень.

3.4.1. Стресогенні чинники, пов'язані з наявністю аутичної особи в сім'ї. Наявність дитини з аутизмом спричинює зміни в житті сім'ї та функціях, які вона виконує, може викликати її дезорганізацію, порушити зв'язки з її найближчим оточенням. Багато досліджень підтвердило, що психофізичні розлади батьків, які виховують аутичних дітей, значно складніші, ніж розлади батьків дітей з іншими типами неповносправності [279]. Цей факт зумовлений, зокрема тим, що більшість аутичних дітей виглядають цілком нормальними і здоровими [356]. Як зауважила одна з мам аутичної дитини, аутизм “підкрадається непомітно” і те, що дитина здається нормальною і здатна виконати всі очікування батьків, спричинює стресогенну реакцію на встановлення діагнозу.

Специфіка аутизму полягає у своєрідності емоційної сфери, яка породжує відстороненість дитини від оточення. Це проявляється в поведінці аутичної дитини, яка часто буває непередбачуваною. Така поведінка дитини, яка виглядає здоровою, викликає неприхильність та осудження з боку середовища, яке трактує її як “невиховану дитину”, а її батьків як таких, які не вміють нею опікуватись. Це, зазвичай, призводить до конфлікту з оточенням, і, як наслідок – до цілковитої ізоляції, що, в свою чергу, поглиблює їх суспільний образ “дивних людей”.

Часто для батьків аутичних дітей є типовою ситуація, описана А. Зарецьким: “У звичний гул великого супермаркету раптово вривається дивний крик. Одночасно на підлогу падають десятки пляшок, розбивається скло. Восьмирічний хлопчик намагається пробратись між баночками з джемом. Мама стримує його в останню хвилину. Він є сильним і тому йому вдається звільнити одну руку. В одну мить падає кілька баночок. Довкола мами з дитиною відразу збирається натовп. Один чоловік енергійно підходить до них.

– *Яке неподобство – кричить. – Як можна таке терпіти! Нічого подібного не бачив! Що за щеня, що за мама!*“ [318].

Батьки аутичних дітей часто зіштовхуються з неготовністю оточення до прийняття аутичних дітей в суспільстві.

В березні 2005 р. було проведене опитування серед людей, які не дотичні до праці з дітьми-аутистами. Опитано 48 осіб різних професій (медики, підприємці, студенти). В результаті отримано такі середні показники: на питання: “З чим у вас асоціюється термін “аутизм”?” – 56% опитуваних відповіло, що з емоційними розладами або психічним захворюванням; 8% – з якоюсь мало відомою хворобою; 27% відповіло, що цей термін їм не відомий. В групі осіб, у яких аутизм асоціюється з емоційними розладами або психічною хворобою та мало відомим захворюванням – на питання: “За якими ознаками можна здогадатись, що особа (яка Вам зустрілась) є хворою на аутизм?” – 76% опитуваних відповіло, що ця хвороба має вплив на порушення поведінки і спричинює надмірну вразливість нервової системи, стереотипні рухи та слова, вразливість на галас, замкнутість

в собі та уникання контакту з іншими людьми; 24% осіб відповіли, що їм це не відомо.

Проведене опитування показало, що термін “аутизм” загалом вже є відомим. Більшість опитуваних пов’язують аутизм з порушеннями поведінки та соціальних контактів. Однак ця обізнаність суспільства ще не розв’язує щоденні проблеми функціонування аутичних осіб та їх сімей в суспільному середовищі.

Відсутність соціального розуміння і підтримки – це не лише образливі, жорстокі та помилкові повчання – це обмежений доступ до медичної інформації, серйозні проблеми з відвідуванням навчальних закладів, обмеженість соціальної допомоги та можливості відреагувати родиною аутичної дитини стани напруження та стресу.

- **Обмежений доступ до медичної інформації.** На теперішній час існують проблеми діагностики та диференціації аутизму і, відповідно створення адекватних індивідуальних програм розвитку.
- **Проблеми відвідування дошкільних та навчальних закладів.** В педагогічному середовищі існує стереотип, що аутизм є дуже важким захворюванням і співпраця з такими дітьми – надто складна для вихователів та педагогів, що ускладнює прийняття аутичних осіб на вищому рівні їх функціонування – в навчальних закладах.
- **Обмеженість соціальної допомоги.** Будь-яка неповносправність, зокрема аутизм, погіршує економічну ситуацію в родині. Окрім видатків, пов’язаних з реабілітацією, кошти витрачаються також на предмети, які використовуються на заняттях з дитиною. Труднощі, що пов’язані з відвідуванням навчальних закладів, викликані потребою присутності батьків на заняттях – погіршують ситуацію батьків на місці праці, поглиблюють фінансові проблеми, не говорячи вже про стреси внаслідок можливості втрати роботи. Відсутність соціального розуміння та підтримки у різних сферах перетинаються і створюють механізм замкненого кола.

- **Обмеженість можливості відреагування батьками напруження та стресу.** Існує багато форм допомоги батькам неповносправних дітей, які, однак, не торкаються сутності потреб цих батьків і діють лише короткий час, так як не відбудовують необхідний резерв сил, необхідних для подальшої опіки над хворою дитиною. З опитування батьків аутичних дітей, можна зробити висновок, що вони потребують не стільки терапії, скільки звичайного відпочинку. Допомога в усуненні лише проявів перевантаження є сизифовою працею. Змучений організм “згинається” під проблемами, з якими в іншому випадку не важко дати собі раду, будучи в кращій фізичній формі.

Таким чином, важливим чинником допомоги родині аутичної особи є вміння давати собі раду в усіх складних об’єктивних обставинах, які виникають при наявності цього діагнозу [175, 176]. Це, звичайно, має сенс при відповідній суспільній підтримці близького та дальшого оточення. Для надання такої підтримки розроблена програма ТЕАССН (терапія та навчання аутичних дітей) для родин аутичних дітей [170, 174]. Окрім цього, надзвичайно істотним завданням допомоги родинам аутичних осіб є допомога власне самому оточенню. У зв’язку з тим постає необхідність напрацювання відповідних довготривалих програм і терпеливого їх впровадження в суспільство. Розмірковуючи про можливість допомоги дітям із загальними розладами розвитку (аутизмом) та їх сім’ям слід усвідомлювати той факт, що наявність тяжкої хвороби у дитини, пов’язаної з її неповносправністю спричинює велику кількість проблем, які травматизують всіх членів сім’ї цієї дитини. Аналізуючи наслідки хвороби дитини для її сім’ї, виділимо їх основні компоненти:

- 1) необхідність звільнення з роботи (найчастіше матері);
- 2) фінансові труднощі;
- 3) багаточисельні проблеми здорових членів сім’ї у зв’язку з:
 - суспільним неприйняттям;

- відсутністю можливості перебування сам на сам без присутності хворої дитини;
- стресом і втомою батьків.

В результаті у членів сім'ї хворої дитини виникає:

- почуття меншовартості;
- емоційна надвразливість;
- почуття непотрібності;
- почуття провини за хворобу дитини.

Погіршення стану здоров'я хворої дитини часто у членів сім'ї викликає:

- стрес, пов'язаний з посиленням хвороби і передбаченням смерті дитини;
- виснаження із-за цілодобової опіки;
- збільшення фінансових витрат;
- труднощі в отриманні швидкої медичної допомоги (із-за недостатньо розгалуженої мережі інтервенцій);
- розпач через недостатність терапевтичних програм;
- труднощі у подоланні архітектурних бар'єрів.

Вибір певного типу допомоги, який потребує сім'я дитини з аутизмом залежить, зокрема, від її можливостей адаптації до стресу. Т. Галковський (1980) поділив чинники, які мають вплив на адаптацію сім'ї аутичної дитини до стресу на ендо- та екзогенні:

- ендогенні: перцепція власної ситуації; стосунки в сім'ї; попередній досвід;
- екзогенні: розвиток хвороби; соціальне середовище; доступність послуг.

Шляхи виходу сім'ї з кризової ситуації схематично зображено на рис. 3.21. Як видно з рисунка, агресія, несприйняття членів сім'ї хворої дитини соціальним оточенням інколи приводить до синдрому «вигорання сил», зневіри, ще більшого поглиблення кризової ситуації. В цьому випадку для подолання кризи сім'ї важко обійтися без сторонньої допомоги, зокрема спеціалістів центру сім'ї, дітей та молоді соціального захисту населення та психологічної служби

навчального закладу, де навчається дитина. Більшість сімей, однак, у відповідь на негативну реакцію найближчого довкілля з допомогою вказаних спеціалістів звертається до державних органів, виборюючи ті, чи інші пільги для своєї дитини. Натомість незначний відсоток сімей здатний, долаючи кризу, боротися за рівноправ'я та прийняття, відстоювання власної гідності та гідності своєї дитини і тисяч подібних на неї дітей.

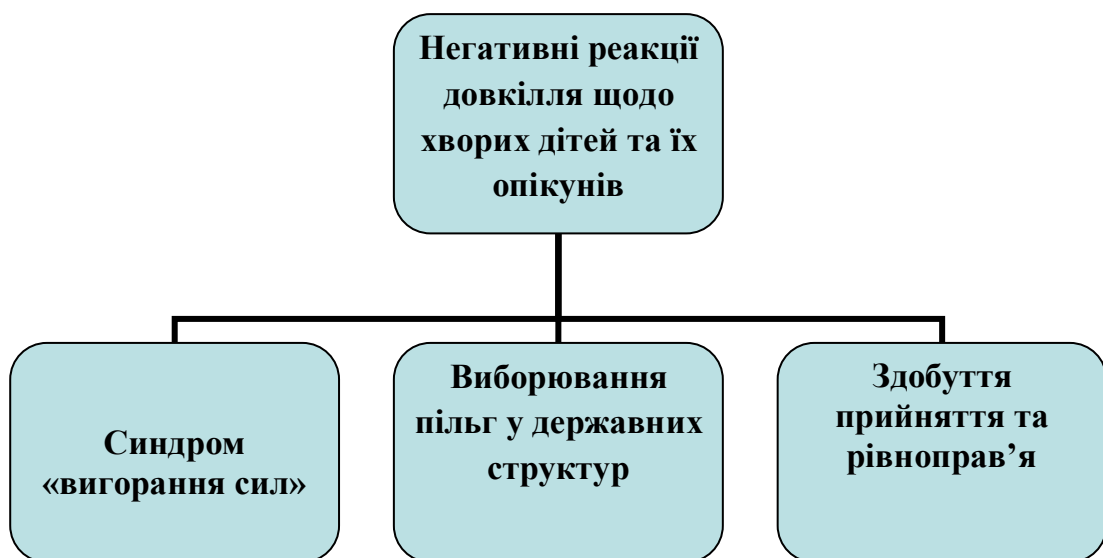


Рис. 3.21. Наслідки наявності симптомів аутизму у дитини для її сім'ї

Зрозуміло, що доступність послуг, яка охоплює сферу соціальної допомоги, навчання та здоров'я, має величезний вплив на всі інші стресогенні чинники.

Отже, можна зробити висновок, що для допомоги дитині із загальними розладами розвитку необхідно враховувати усі проблеми її сім'ї та стрес, в якому ця сім'я перебуває. Тому допомогою варто охоплювати цілу сім'ю. Певним чином координувати такою діяльністю можуть громадські організації, які враховували б комплексний, стабільний та структурований характер допомоги, у який обов'язково повинні бути заангажовані служби охорони здоров'я, освіти та соціальної допомоги.

3.4.2. Роль батьківського виховання у формуванні агресивної поведінки у аутичних дітей. Присутність дитини з аутизмом впливає на усіх членів сім'ї і на життя сім'ї загалом. Тому дуже важливо свідомо і мудро адаптувати життя сім'ї до присутності дитини з аутизмом, але також і адаптувати дитину з аутизмом до життя у сім'ї. Діти ростуть щасливими у міцних та дружних сім'ях – це стосується усіх дітей, а щодо дітей із особливими потребами, мабуть, це перша і головна їхня потреба. Тому так важливо, щоби наявність певних труднощів, стресів та випробувань не стала перешкодою до позитивних стосунків у сім'ї, спілкування і взаємопідтримки, спільних свят і традицій, уваги до кожного, зокрема до інших дітей, порозуміння між батьками – щоби було усе те, що робить сім'ю щасливою [39].

Дуже часто у таких дітей спостерігається симбіотичний зв'язок з батьками (частіше матір'ю).

Аутичні діти порівняно із здоровими однолітками значно рідше скаржаться. На конфліктну ситуацію вони, як правило, реагують криком, агресивними діями або займають пасивно-оборонну позицію. Звернення по допомогу до старших надзвичайно рідкісні.

В узагальненому вигляді вплив деяких особливостей стилю сімейного виховання (слів, приписів, інструкцій та зразків поведінки) на формування психологічної позиції дитини наведено у табл. 3.2.

Слід відмітити, що фактори які у звичайних дітей проявляються відкрито, помітити у аутичних дітей надзвичайно важко і як правило приводять до загострення хвороби та найчастіше проявляються у різни формах агресії описаних вище.

Усвідомлення батьками хвороби дитини часто призводить до певних порушень у сімейному вихованні.

Порушення сімейного виховання в психології розуміється як стійке поєднання певних рис виховання, що призводить до негативних наслідків

розвитку особистості дитини. Для аналізу порушень виховання перспективно послуговуватися такими критеріями:

рівень протекції (тобто скільки сил і часу приділяють батьки вихованню дитини); тут розрізняють:

– гіперпротекцію як надмірну увагу до проблем виховання дитини;

– гіпопротекцію як недостатню увагу з боку батьків до виховних проблем;

ступінь задоволення потреб (якою мірою діяльність батьків націлена на задоволення матеріально-побутових і духовних потреб дитини); мова йде про:

– потурання – прагнення батьків до максимального й некритичного задоволення потреб дитини;

– ігнорування потреб дитини, недостатнє прагнення батьків до їх задоволення;

рівень вимогливості до дитини в сім'ї виступає у вигляді заборон, покарань по відношенню до неї, а також знаходить прояв у колі її обов'язків:

– надмірність вимог – обов'язків (містить ризик психотравматизму й розвитку в дитини почуття власної несвободи й залежності від батьківської родини);

–

Таблиця 3.2

Вплив факторів сімейного виховання на формування психологічної позиції дитини

Зовнішні фактори Виховання	Психологічні позиції (варіанти особистості і типи долі)
-------------------------------	--

<p>Підтвердження від дорослих „негарності” дитини</p> <p>Відкидання дитини</p> <p>Суперечна поведінка батьків</p> <p>Жорсткі покарання</p> <p>Побої</p> <p>Розбещеність дитини</p>	<p>„Я – негарний, інші – гарні” (комплекс неповноцінності) Кредо: „Моє життя не багато коштує” Варіанти: пасивне переживання невдач; прагнення удосконалити себе за допомогою якихось предметів (зовнішня перевага за рахунок модного одягу, автомобіля тощо); прагнення вдосконалити себе за рахунок досягнення успіху в кар’єрі, спорті (зовнішня зверхність)</p> <p>„Я – негарний, інші – погані”. (повна безнадійність). Кредо: „Жити взагалі не варто! ” Варіанти: невдачі, алкоголізм, наркотики, самогубство.</p> <p>„Інші – погані, Я – гарний”. Кредо: „Чуже життя не багато коштує! ”. Варіанти: жертва (усі погані); Бажання робити боляче іншим: вербальна (критика інших) або фізична (побиття, убивства); бажання розпоряджатися іншими (прагнення до влади).</p>
<p>Твердження дорослих про позитивні риси дитини. Прийняття її такою, якою вона є.</p> <p>Розвиток у дитини зусиль до самовдосконалення, прийняття відповідальності за своє життя, соціального інтересу та продуктивного підходу до невдач: „Не вийшло, то спробуй інакше”.</p>	<p>„Я – гарний, Інші – гарні, Життя – гарне”. Кредо: „Життя варте того, щоб жити! ”. Для того, щоб стати переможцем, необхідні свідомі дії й цілеспрямованість.</p>

– недостатність вимог-обов’язків (має наслідком складність залучання дитини до будь-якої справи);

- надмірність вимог-заборон (формує у дітей реакцію емансипації з захисно-агресивними проявами або, навпаки, розвиток її надмірної чутливості й тривожності);
- недостатність вимог-заборон (стимулює розвиток сваволі й надмірної самостійності дитини, сприяє формуванню нестійкого типу характеру);
- надмірність санкцій (бурхливе, надто суворе реагування навіть на незначні порушення поведінки дитини зазвичай призводить до формування залежної безініціативної особистості дитини або ж набутої агресивності як захисно-агресивного реагування на позицію батьків);
- мінімальність санкцій, що проявляється у відсутності системи контролюючих дій з боку батьків, у їхньому ставленні на заохочування дитини та в сумнівах у результативності будь-яких покарань[33].

Наведені риси виховання, поєднуючись між собою, утворюють певний тип порушень сімейного виховання. Класифікація цих типів є такою:

1. потуральна гіперпротекція (характерна для потурального стилю виховання);
2. домінуюча гіперпротекція (авторитарний стиль), емоційне відкидання (авторитарний і ліберальний стилі);
3. підвищена моральна вимогливість (авторитарний стиль);
4. гіпопротекція (ліберальний стиль).

Незалежно від того, якими є особливості порушень у взаємовідносинах „батьки-дитина”, дорослі займають по відношенню до дитини неефективну виховну позицію.

Серед причин неефективного батьківського ставлення назвемо такі:

- педагогічна й психологічна неграмотність батьків;
- ригідні стереотипи виховання;
- вплив особливостей спілкування в сім'ї на відносини батьків і дитини;
- особистісні проблеми й особливості батьків, які вносяться у спілкування з дитиною.

Доволі часто батьки схильні розв'язувати особистісні проблеми за рахунок дитини. Це може виражатися у наступному:

- переданні дитині своїх власних небажаних якостей;
- винесенні конфлікту між подружжям у сферу виховання;
- зсуві в установках батьків по відношенню до статі дитини (надавання переваги жіночим або чоловічим якостям у дитини протилежної статі);
- нерозвиненості батьківських почуттів;
- надмірному розширенні сфери батьківських почуттів;
- виховній невпевненості батьків;
- фобії (боязні) втратити дитину (особливо, якщо такі прецеденти вже були)[].

Подібні порушення викривають такі причини: підвищену протекцію батьків (домінуючу або потуральну) або, навпаки, їхню низьку опіку, емоційне відкидання й жорстоке поводження – проблема, яку психологові доводиться вирішувати у кожному окремому випадку. Усі ці причини так само важливі і при вихованні аутичної дитини. Крім того слід усвідомлювати, що аутичні діти не можуть сприймати світ та відношення до себе як відсторонені. Тому часто порушення виховання у сім'ї з аутичною дитиною призводить до конфлікту, а вже сам конфлікт викликає агресію. Ця робота необхідна батькам, насамперед, для того, щоб усвідомити, як не слід чинити по відношенню до дітей [180].

3.4.3. Психологічні чинники насилля стосовно осіб з аутизмом. Як батьки, так і спеціалісти, які працюють з аутичними особами перебувають під впливом постійного стресу внаслідок надзвичайно складних для зрозуміння поведінки та емоцій аутистів. Любов до аутичної особи поєднана з недостатністю знань стосовно того як їй допомогти становить одну з найскладніших життєвих ситуацій. У багатьох випадках застосування насилля щодо аутичної особи є розпачливою спробою контролю за її поведінкою, яку не розуміємо, не навчилися лікувати, чи якій не вміємо запобігти. Можна припустити, що насилля застосовується найчастіше у ситуаціях, коли не має доступу до навчання (і

розуміння аутизму), чи коли у суспільства недостатньо необхідних засобів для використання теоретичних знань на практиці.

Ефективна терапія аутичних осіб взаємопов'язана із необхідністю зрозуміння аутизму. Важливим у цьому взаємозв'язку є аналіз причин застосування насилля батьками та терапевтами щодо аутистів.

Проблема застосування насилля стосовно осіб з аутизмом розглядалась такими зарубіжними авторами, як Т. Пітерс [351, 352] та Р. Джордан [302]. Вітчизняними дослідниками ця проблема не вивчалась. Тому важливим видається аналіз специфічних чинників, які, як показує практика роботи з аутичними особами та їх сім'ями у Львівському центрі підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце» призводять до застосування насилля стосовно осіб з аутизмом.

Виходячи з того, що аутизм є розладом контактів з іншими (Каннер [304]; Гобсон, [294]), насильство у багатьох випадках є симптомом порушення взаємин у системах «батьки-аутичні особи», «спеціалісти-аутичні особи». Розлади комунікації мають такі важливі наслідки (рис. 3.22):

- з одного боку, аутична особа у ситуаціях контакту з іншими відчуває неспокій та збентеження замість комфорту та спокою. Жести з боку опікунів, які виражають співчуття, заспокоєння, зближення не трактуються адекватно аутичними особами [251], і можуть сприйматись ними як джерело подальшого неспокою. В цьому випадку аутист, переживаючи паніку, відповідає такими поведінковими реакціями, які зазвичай трактуються як агресія;
- з іншого боку, навіть при відповідних теоретичних знаннях реакції аутичних осіб, протрактовані як агресія та відторгнення викликають у опікунів почуття безпорадності та гніву.

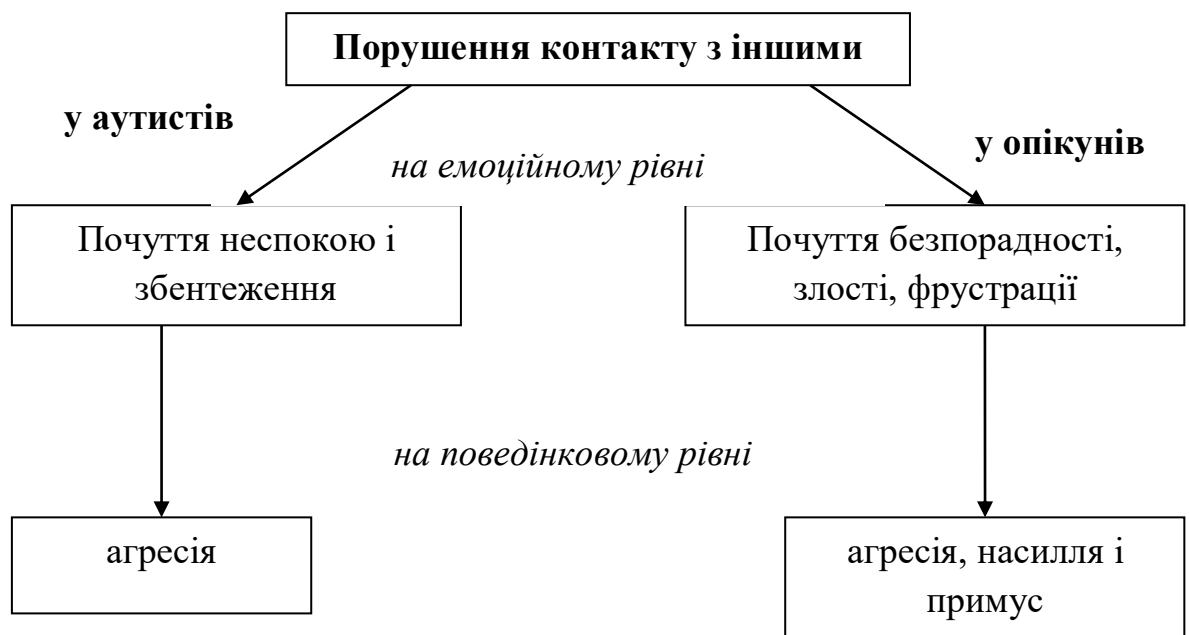


Рис. 3.22. Наслідки порушення контакту аутичних осіб з оточуючими

Як показує досвід, навіть розуміння аутизму на теоретичному рівні не застраховує нас від помилкового трактування їх поведінки. Особливо складним є процес розпізнавання сигналів, які подає нам аутична особа для налагодження контакту, зокрема часто приписуємо поведінці аутистів таку мотивацію, якою вони насправді не керуються.

Згідно теорії емоційно-когнітивного функціонування (theory of mind) [249], аутична особа має проблеми з передбаченням поведінки інших, і ці інші (батьки, спеціалісти) часто помилково трактують поведінку аутистів, так як розуміють її буквально. Аутичним особам притаманні специфічні способи поведінки, які легко виводять з рівноваги опікунів. Реакцією опікунів у таких випадках є бажання контролювати і обмежувати поведінку аутичних осіб, що може призвести до примусу та насилля. Важливо враховувати, що аутичні особи також потребують контролювати поведінку опікунів, що викликає конфронтацію та взаємоконтроль. Переживання конфлікту може викликати страх у опікуна та схилити його до вживання особливих засобів для встановлення контролю (рис. 3.23).

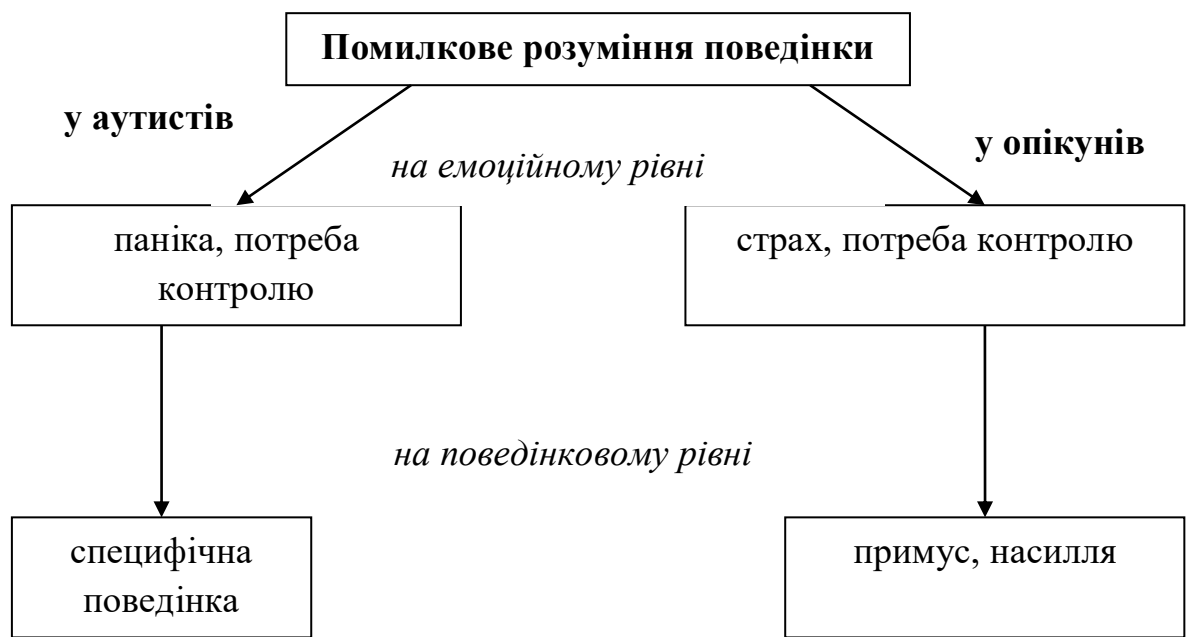


Рис. 3.23. Наслідки проблеми з передбаченням поведінки інших

Щоб позбутись небажаної поведінки, чи змусити аутичну особу щось виконати, використання примусу може принести короткотривалий успіх. Ефектом такого примусу зазвичай є нагорода за його використання у подібних ситуаціях. Почуття провини, яке переживає у такому випадку опікун, може зрівноважуватись за допомогою самооправдання на кшталт: «Це єдиний спосіб, який на нього / неї діє», або «Це сприяє його / її кращому доступу до навчання, чи адаптації у суспільство». Такі підходи добре відомі спеціалістам, які працюють з аутичними особами [316]. Часом застосування примусу у подібних випадках підвищує самооцінку опікунів, бо сприймається ними як метод, який «діє». Проте з часом виявляється, що короткотривалий успіх призводить до тривалих проблем. Наприклад, терапевт може крикнути на дитину за те, що вона ущипнула його в той момент, коли має виконуватись навчальне завдання. Цей спосіб може подіяти: дитина перестає щипатись і займається завданням. Дорослий відчуває полегшення і загальне задоволення, окрім деякого дискомфорту, спричиненого застосуванням насилля. Чого ж у такому випадку навчилась дитина? У ситуації, коли вона

почуває роздратування (можливо з приводу незрозумілості для неї умови завдання, або способу, яким це завдання було представлено, а може з приводу близькості дорослого) виконує дію (щипання), яка у минулому забезпечувала їй спокій. На цей раз такою дією дитина не досягає бажаного ефекту, а натомість наражається на крик. Внаслідок цього настає перерва у виконанні дії (щипання), бо дитина почуває себе нещасливою. Наступним кроком є виконання завдання, запропонованого дорослим. Цим разом застосування примусу діє, оскільки змінено взірць поведінки дитини. Далі невігідна ситуація може повторитись: завдання знову може бути незрозумілим (із-за зменшення контролю з боку дорослого), або дорослий є далі на надто близькій відстані від дитини, і вона ще раз пробує його ущипнути. Дорослий, у свою чергу, кричить на неї. Поступово створюється нове правило. Щипання вже не гарантує спокою для дитини, але зараз його результатом стає щось ще більш передбачуване для неї – крик. Хоча крик у нашому розумінні є покаранням, але в хаотичному світі аутиста все, що можна передбачити є кращим від непевності. Тому дитина вибирає щипання і крик, який за цим слідує. Дорослий роздратовується і з кожним разом кричить все сильніше, щоб відшукати контроль. Таким чином постає замкнуте коло.

Короткотривала ефективність подібних засобів призвела до того, що деякі програми включили їх до свого навчання. Попри виразним висловлюванням Скіннера [379] щодо застосування покарань, деякі терапевти активно використовують їх у своїй роботі. На підставі праць Скіннера представимо такі помилки застосування покарання:

- неефективні у реалізації довгострокових цілей;
- небажані побічні ефекти, наприклад такі, як переляк;
- показує, що не повинно робитись, а не те, що повинно;
- оправдовує завдання іншим болем;
- використання аутичною особою ситуації, коли якась поведінка, за яку раніше було покарано, може бути проігнорована (наприклад, дитина знає, що за те, що вона скаче на ліжку грозить покарання

батька, але, коли його не має поблизу, вона скаче ще з більшим запалом);

- викликає у аутиста агресію стосовно особи, яка карає, або стосовно інших.

Таким чином, напрошується висновок, що методологія, у якій ставиться натиск на маніпуляцію поведінкою, без зрозуміння її причин, а отже і значення, буде сприяти використанню способів утримування контролю, що спираються на покарання та застосування сили.

Слід підкреслити, що використання батьками чи спеціалістами примусу зазвичай не виникає зі злих намірів чи бажання зробити іншим боляче. Виходячи з доктрини філософії Кауфмана [306–308], згідно якої кожен робить те, що може робити найкраще при доступних для нього засобах, можна зрозуміти і оправдати застосування примусу у роботі з аутичними особами. Використання насилля впливає зі страху, непорозуміння та недостатності знань на тему аутизму. У такому випадку цю проблему можна пробувати вирішувати за допомогою відповідного навчання, що є приводом для створення ефективної програми навчання батьків та персоналу реабілітаційних центрів, які працюють з аутичними особами.

3.5. Особливості ставлення педагогів загальноосвітньої школи до інклюзивної освіти

Проблема інклюзії дітей з обмеженими можливостями паралельно з розвитком громадянського суспільства, актуалізації питань соціального захисту у демократичній державі викликає все більший науковий, практичний і державний інтерес.

Аналіз останніх літературних даних (А.А. Колупаєва [97], Т. В.Сак [191], В.М. Синьов [198-200], та ін.) свідчить про зростання інтересу до проблематики інклюзивної освіти дитини, яка має обмежені можливості [67, 135]. Однак, незважаючи на важливість цієї проблеми та проведені окремі дослідження, вона

залишається практично не вирішеною. Потребують подальшого висвітлення питання психологічного і педагогічного аспектів проблеми [13, 261, 331], зокрема особливостей ставлення до інклюзивного навчання усіх учасників цього процесу. Вагомим фактором максимально можливого розвитку дитини з обмеженими можливостями в інклюзивній школі є педагог, який бере на себе роль вчителя і вихователя, провідником у формуванні позитивного ставлення учнів до гуманістичних цінностей [381]. Тому метою дослідження є визначення психологічних характеристик особистості педагогів, які впливають на їх ставлення до інклюзивної освіти [152, 162].

Для реалізації мети дослідження було використано такі методики: Методика багатофакторного дослідження особистості Р.Кеттела; методика «Ціннісних орієнтацій» М. Рокіча; методика «Схильність до емпатії» І.М. Юсупова [135]; опитувальник для визначення ставлення педагогів до інклюзивної форми навчання [97].

Дослідження проводилося у двох середніх загальноосвітніх школах м. Львова. В опитуванні взяло участь 98 вчителів. Спочатку їм пропонувалося дати відповіді на запитання опитувальника, за допомогою якого визначалась їхня прихильність до інклюзивної освіти. За даними цього опитувальника вчителі поділилися на дві групи: прихильники (60 осіб), та не прихильні до інклюзивної освіти (38 осіб).

У результаті опрацювання даних особистісних факторів Кеттела за критерієм Т-Ст'юдента найістотніша різниця між групами прихильники/противники інклюзії виявлена за факторами: «відкритість/замкнутість» («А»), «життєрадісність/стурбованість» («F»), «страх/смівлість» («Н»), «романтизм/логічність» («I»), «підозрливість/довірливість» («L»), «мрійливість/практичність» («M»), «наївність/проникливість» («N»), «радикалізм/консерватизм» («Q1»), «контроль емоцій/імпульсивність» («Q3»), «задоволення/незадоволення потреб» («Q4»).

Виявлені відмінності за фактором «А» означають, що прихильники інклюзивної освіти – це індивіди, яким притаманні такі особливості, як різноманітність та яскравість емоційних проявів, природність та невимушеність поведінки, готовність до співпраці, чутливе, уважне ставлення до людей, доброта та сердечність. Прихильники даного виду виховання добре уживаються в колективі, активні в налагодженні контактів, їм подобається робота з людьми, участь у громадських заходах. Вони постійно вимагають спілкування і це не дивно, бо вони є відкритими до нових можливостей, знань. Показник афектотимії у першій групі дорівнює 8,82, а у другій групі — 4,63 ($t = 12,36$ $p < 0,000001$).

Враховуючи порівняння результатів дослідження за фактором «F», представники першої групи є більш безтурботними, проте це не означає, що вони легковажні. Легко сприймають життя і так само легко піддаються новим віянням. Вони живуть, не замислюючись серйозно над подіями, легко ставляться до життя, вірять в успіх і свій талант, про майбутнє не піклуються. Даний фактор становить 6,64 ($t = 11,28$ $p < 0,000001$).

Низькі оцінки у другій групі за фактором «F» — 3,36 ($t = 12,36$ $p < 0,000001$) свідчать про стриманість цих досліджуваних, стурбованість, схильність все ускладнювати, до всього підходити занадто серйозно та обережно. Такі особи живуть у постійній турботі про своє майбутнє, занепокоєні наслідками своїх вчинків, постійно очікують можливих невдач і нещасть. Це скоріше за все консерватори у всьому, а особливо у науці.

Показник „сміливість” високий у другій групі — 7,63 ($t = 10,12$ $p < 0,000001$). Високі оцінки свідчать про несприйнятливості до загроз, сміливість, потяг до ризику та гострих почуттів. Такі люди вільно встановлюють контакти, не відчують труднощів у спілкуванні, охоче і багато говорять, не розгублюються при зіткненні з непередбаченими обставинами, про невдачі швидко забувають, не роблять належних висновків із пережитих покарань.

Досліджувані першої групи мають значно нижчі оцінки по цьому фактору — 5,32 ($t = - 10,12$ $p < 0,000001$), що вказує на гіперчутливу нервову систему, що

визначає „їх гостру реакцію на будь-яку загрозу”. Ці індивіди вважають себе занадто боязкими, невпевненими у власних силах, іноді повільні та стримані у прояві своїх почуттів.

Також у другій групі високі показники за факторами L — 5,78, у першій групі вони дорівнюють 2,28 ($t = - 8,9$ $p < 0,000001$). Це вказує на те, що у другій групі індивіди до всіх людей ставляться із упередженням, насторожено, у всьому шукають таємниці, чекають від усіх підступу, нікому не довіряють, вважають своїх друзів здатними на нечесність, невідверті з ними. У колективі вони тримаються окремо, піклуються тільки про себе, заздять успіхам інших, вважають, що їх недооцінюють, приділяють мало уваги оцінці їх досягнень. У відношеннях з людьми проявляють себе як наполегливі, дратівливі, не терплять конкуренції, не піддаються чужому впливові, скептично ставляться до моральних мотивів поведінки інших людей. Також неприхильникам інклюзивної освіти характерний високий рівень тривоги і стурбованості. Досліджувані першої групи є досить відвертими, у колективі легко вживаються, веселі, не заздрісні, проявляють щиру турботу про своїх товаришів, не намагаються конкурувати з ними, виділитися, звернути на себе увагу.

Такі люди покладаються на самих себе при вирішенні відповідальних проблем.

Також противники інклюзивної освіти характеризуються удаваністю, обачливістю, проникливістю, вмінням поводити себе холодно та раціонально, не піддаватися емоційним поривам, бачити за почуттями логіку. Вони тримаються завжди коректно, чемно і відчужено, до всього підходять розумно й несентиментально, перед тим, як зробити щось, з холодною аналітичністю оцінюють можливі шанси, хитро й уміло будують свою поведінку, скептично ставляться до лозунгів і закликів, схильні до інтриг і вишуканої підступності.

Досліджувані першої групи іноді бувають прямолінійними, нетактовними, у них відсутні уміння ясно мислити, проникливості й соціальної спритності. Вони, зазвичай, наївні, відкриті люди, комунікабельні, компанійські, які віддають

перевагу простим життєвим утіхам. Вони погано розуміють мотиви поведінки інших людей, все приймають на віру, легко загоряються загальними захопленнями, сентиментальні, вразливі, не можуть приборкати логікою емоції, не вміють хитрувати, поводяться природно, просто.

У прихильників інклюзивного методу високі показники за факторами I — 9,03 ($t = 20,38$ $p < 0,000001$), M — 5,03 ($t = 6,25$ $p < 0,000001$), Q — 7,35 ($t = 9,23$ $p < 0,000001$), Q₃ — 7,35 ($t = 10,48$ $p < 0,000001$), Q₄ — 7,92 ($t = 13,08$ $p < 0,000001$), що вказує на те, що вони є дещо м'якими натурами, витонченими, у них образне, художнє сприйняття світу. Такі люди не люблять «грубих людей» і «грубої роботи», романтично прагнуть до подорожей і нових вражень, мають розвинуті уяву та естетичний смак, художні твори більш впливають на їхнє життя, ніж реальні події. Протилежними є до них досліджувані другої групи — особи мужні, суворі, практичні та реалістичні. До життя вони підходять з логічною міркою, більше довіряють розуму, ніж почуттям, не довіряють враженням і відчуттям, інтуїцію замінюють розрахунком, а психотравми долають за допомогою раціоналізації.

Також досліджувані вчителі першої групи мають розвинуту уяву, орієнтуються лише на власні бажання, витають у хмарах, не звертають уваги на повсякденні справи й обов'язки. Їх поведінка виділяється ексцентричністю і своєрідністю. У них самобутній світогляд і власна, неповторна манера поведінки. Також вони мають різноманітні інтелектуальні інтереси, прагнуть бути добре інформованими з приводу наукових, політичних, навіть побутових проблем, але жодної інформації не сприймають на віру, ніякі принципи не є для них абсолютними, до всього вони ставляться скептично, не довіряють авторитетам, усе намагаються проаналізувати й зрозуміти самі, люблять, коли експеримент приносить щось нове й несподіване. Вони легко змінюють свою точку зору, спокійно сприймають нові погляди та ідеї, відрізняються критичністю мислення, толерантністю до суперечностей і неточностей.

Вчителі другої групи є особами зрілими, врівноваженими, розсудливими, які добре розуміються у життєво важливих речах, тверезо оцінюють обставини і людей. Проте, у несподіваних ситуаціях їм часто не вистачає уяви і винахідливості, вони є досить консервативні, ригідні, не люблять змін. Це — люди стійких поглядів. Все нове вони зустрічають насторожено, навіть ворожо, воно здається їм абсурдним і безглуздим, іншої точки зору вони не допускають, схильні до повчань, моралізацій і порад, вважають, що всі недоліки будуть подолані, якщо суворо дотримуватись усіх вимог старших і більш досвідчених людей, що власна ініціатива і винахідливість можуть тільки зруйнувати все, що і без того добре влаштовано. Вся шкода, на їх думку, походить від людей, які порушують принципи і традиції і не хочуть прийняти на віру досвід старших поколінь.

Попри те, що вчителі першої групи є за нашими дослідженнями бурхливими романтиками, це не заважає одночасно їм планомірно й розмірено, наполегливо долати перешкоди, вони не беруться за кілька справ одночасно, розпочату справу доводять до завершення. У вчителів противників інклюзивного навчання слабка воля і поганий самоконтроль (особливо над бажаннями). Діяльність таких осіб неупорядкована, хаотична. Вони часто розгублюються, діють нерівномірно, безладно, не вміють організувати свій час та порядок виконання справ. Нерідко вони залишають справу незавершеною і без достатніх роздумів беруться за іншу. Ці особи байдужі до успіхів і невдач, незворушні, заспокоєні, задоволені будь-яким станом справ, не прагнуть до досягнень і змін.

Виокремивши важливі цінності, обрані вчителями, ми отримали такі результати. Так, прихильники інклюзивної освіти віддають пріоритет активному способу життя, красі і мистецтву, пізнанню нового, виокремлюють любов, важливим для них є щасливе сімейне життя. Серед інструментальних цінностей прихильники інклюзивної освіти виокремлюють такі: виховання, виконавчість, а також важливими для них є широта поглядів, чуйність і чесність (див. рис. 3.24).

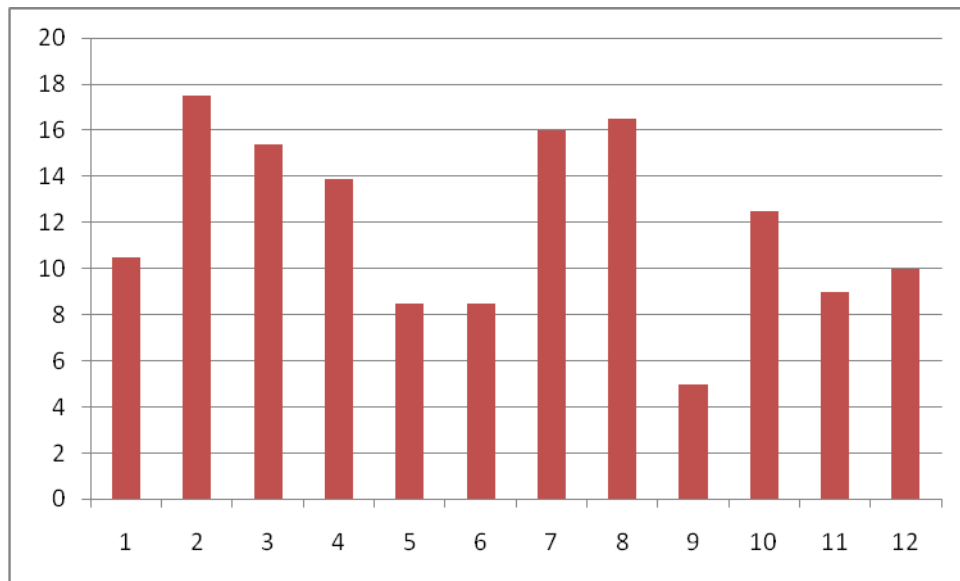


Рис. 3.24. Ціннісні орієнтири прихильників інклюзивного виду освіти:

- 1 – активність; 2 – краса; 3 – любов; 4 – пізнання; 5 – сімейне щастя;
6 – щастя інших; 7 – вихованість; 8 – виконавчість; 9 – сміливість;
10 – широта поглядів; 11 – чесність; 12 – чуйність.**

Цінності у другій групі вчителів дещо різняться. Ці досліджувані вибрали такі цінності: активність життя, краса природи і мистецтва, важливим для них є суспільне визнання, пізнання, щастя інших, а також серед інструментальних цінностей важливими для них є високі потреби, незалежність, несприйняття недоліків інших, їм властивий раціоналізм, тверда воля та ефективність у справах (див. рис. 3.25).

Стосовно рівня емпатії, то він вищий у першій групі досліджуваних, а у другій цей показник є значно меншим. Це свідчить про те, що у вчителів першої групи присутнє вміння взаємодіяти з оточенням, вони краще відчують стан учнів чи своїх колег, ніж, наприклад, колеги другої групи. Емпатія дозволяє педагогу використовувати свої почуття в педагогічній ситуації як індикатор стану дітей групової атмосфери в цілому, як засіб, який забезпечує успіх у взаємовідносинах з учнями, що й підтверджує нашу третю гіпотезу.

За даними кореляційного аналізу було встановлено, що ставлення вчителів до інклюзивної освіти прямо пропорційно залежить від факторів «Тректія»

(нерішучість, боязкість); «Алаксія» (довірливість, внутрішня розслабленість); «Прямолінійність» (наївність, простакуватість, відкритість, безпосередність), та обернено пропорційно від факторів «Шизотимія» (скритість, уособленість, критичність, відчуженість, замкнутість); «Стриманість» (заклопотаність, мовчазність, сер'йозність, розсудливість); «Харія» (низький рівень чутливості, товстошкірість, суворість, реалістичність, практичність, несентиментальність); «Консерватизм» (стійкість поглядів, ідей, терпеливість, схильність до моралізації); «Залежність від групи» (несамостійність, послідовність, потреба групової підтримки); «Низька самооцінка» (неконтрольованість, неточність, неуважність, нетактовність, недисциплінованість); «низке его-напруження» (розслабленість, апатичність, в'ялість, низька мотивація).

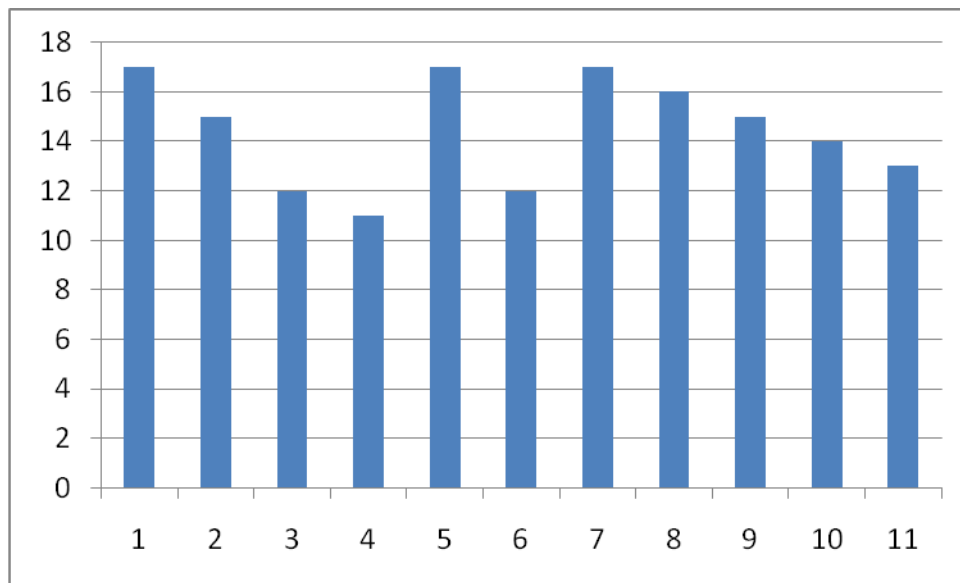


Рис. 3.25. Ціннісні орієнтири противників інклюзивного виду освіти:

1 – активність; 2 – краса; 3 – суспільне визнання; 4 – щастя інших; 5 – високі потреби; 6 – незалежність; 7 – непримиренність; 8 – раціоналізм; 9 – тверда воля; 10 – ефективність; 11 – пізнання.

Також рівень прихильності до інклюзивної освіти прямо пропорційний з рівнем емпатійності і такими цінностями як любов, наявність хороших і надійних друзів, продуктивне життя, щасливе сімейне життя, вихованість, виконавчість,

відповідальність, терпеливість, чесність, чуйність, та обернено пропорційний з такими - здоров'я, розвиток, свобода, суспільне визнання, високі потреби, незалежність, ефективність у справах.

Отже, за результатами проведених досліджень можна сказати, що :

- існує зв'язок між полярністю ставлення педагогів до інклюзивної освіти;
- психологічні характеристики особистості педагогів впливають на їх ставлення до інклюзії
- рівень емпатійності педагогів, які є прихильниками інклюзивної освіти – вищий, ніж в тих, які її не схвалюють.

За отриманими даними можна подати психологічні характеристики вчителів обох груп. Отже, вчителі, які не є прихильниками інклюзивної освіти - люди скриті, критичні, неприхильні, відчужені, некомунікабельні, замкнуті, відстоюють свої ідеї, холодні, відчужені, точні, об'єктивні, недовірливі, сердиті, похмурі. Характеризуються низькою чутливістю, вони «товстошкірі», не вірять в ілюзії, у них завжди присутній здоровий глузд. Такі люди несентиментальні, мало очікують від життя, мужні, самовпевнені, вміють брати на себе відповідальність, з іншого боку вони черстві у відносинах, не фантазують, діють практично і логічно, постійні, не звертають увагу на фізичну слабкість. Також такі вчителів спокійні, в'ялі, апатичні, стримані; в них спостерігається низька мотивація, лінощі, надлишкова самовдоволеність, вони заклопотані, спокійні, мовчазні, серйозні, некомунікабельні, розсудливі, оточуючим здаються нудними. Такі вчителі характеризується самовпевненістю, спокійністю, холоднокрівністю, безпечністю; для них характерні соціабільність, несамостійність, послідовність, необхідністю в груповій підтримці, приймає рішення разом з іншими, наслідує загальну думку, орієнтується на соціальне схвалення..

Вчителям, які бачать позитивні сторони інклюзивної освіти притаманні такі характеристики особистості, як сердечність, доброта, безпечність, комунікабельність, відкритість, природність, добродушність, готовність до співпраці, уважність до інших, довірливість, активність, м'якосердність,

ніжність, чутливість, обережність, здатність до емпатії, співчуття, розуміння, терплячість до себе і оточуючих, безтурботність, безпечність, життєрадісність, імпульсивність, енергійність, відкритість. Вчитель цієї групи експериментатор, аналітик, терпить незручності; йому притаманні групова незалежність, самотійність, винахідливість, уміння доводити справу до кінця.

На сьогоднішній день інклюзія є незворотнім процесом в Україні. У зв'язку з цим кожен педагог загальноосвітньої школи може опинитись у ситуації педагогічної взаємодії з учнями з особливими потребами. Тому для цієї групи вчителів, які вирізняються негативним ставленням до інклюзивного навчання важливо формувати ті психологічні особливості, які допоможуть їм змінити ставлення до інклюзивного навчання на позитивне. Отримані результати дали підставу для розробки програми із створення умов, сприятливих для розвитку позитивного ставлення до інклюзивного навчання, а також для вияву тих особливостей, які заважають позитивному сприйняттю дітей з особливими потребами. Основними методами роботи у цьому напрямку є: проведення психологічного тренінгу: «Світ наших цінностей», основною метою якого є формування таких ціннісних орієнтацій, які сприяють прийняттю дитини з особливими потребами; розвиток емоційності, зокрема за допомогою використання методів творчого самовираження особистості; підвищення рівня розуміння педагогом учня з особливими потребами, в першу чергу за допомогою підвищення рівня професійної кваліфікації.

Перспективи дослідження ми вбачаємо у побудові розгорнутої теоретико-експериментальної моделі генези позитивного ставлення до інклюзивної освіти усіх учасників цього процесу.

3.6. Психологічні особливості ставлення учнів загальноосвітньої школи до інклюзивного навчання

Питання освіти завжди цікавило педагогів, психологів та вчених, які

працювали над розробкою моделей, які сприяли б ефективному навчанню учнів, продуктивній роботі вчителів та вихователів, здоровій взаємодії учнів між собою та з педагогічним колективом. Досить довгий період часу існувала освітня політика, яка базувалася на принципах роботи системи загальноосвітніх шкіл для «здорових» дітей та так званих спеціальних шкіл для «дітей з особливими освітніми потребами». Звичайні школи були недосяжними для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, взаємодія з однолітками та можливість спілкування з ними була обмеженою. Це сприяло розповсюдженню і утвердженню стереотипу упередженого ставлення до дітей з особливими освітніми потребами з боку оточення. На них дивляться як на хворих людей, що потребують постійної уваги та турботи, таких, що не здатні навчатися з «нормальними» дітьми та взаємодіяти з ними. Дуже часто можна почути, що «особливі» діти можуть погано впливати на «здорових» дітей. Тому на загал в суспільстві не спостерігаємо особливого бажання йти на зустріч дітям з особливими потребами. Рух на підтримку інтеграційних процесів у освіті має довгу історію в різних країнах світу. Ця ініціатива набула розвитку через різні причини, у різний час і в різний спосіб на Американському континенті, країнах Північної та Південної Європи. Україна нещодавно також звернула увагу на такі нововведення і намагається їх реалізувати. Якщо така практика буде поширюватися, це допоможе звільнити від соціальної ізоляції таких дітей, сприятиме здоровій взаємодії їх з «нормальними» дітьми, сприятиме розвитку позитивного, терпеливого, толерантного, лояльного ставлення з боку довкілля. Упродовж останніх років в Україні загалом з ініціативи батьків та науковців (В. Засенко, А. Колупаєва, Т. Сак, В. Синьов, А. Шевцов та ін.) з'явилися паростки руху інклюзії дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади. Держава береться за фінансування різноманітних проектів, що стосуються феномену інклюзії: в загальноосвітніх школах активно будують пандуси та ліфти, в звичайних класах навчається по декілька дітей з особливими освітніми потребами. Ця практика дає суттєві позитивні результати. Останнім

часом можна спостерігати зміни і в ставленні оточення до людей з особливими потребами, і особливо дітей, що зумовлено популяризацією засобами масової інформації позитивного ставлення до дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Тому мета нашого дослідження: вивчення психологічних особливостей, що впливають на ставлення учнів до навчання з дітьми з психофізичними розладами [153].

Під інклюзією (від «inclusion» – включення) розуміють залучення дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітній простір, пристосування шкіл та освітнього процесу до потреб усіх учнів, зокрема таких, які мають особливі освітні потреби.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу [97].

З метою забезпечення рівного доступу до якісної освіти інклюзивні освітні заклади повинні адаптувати навчальні програми та плани, методи та форми навчання, використання існуючих ресурсів, партнерство з громадою до індивідуальних потреб дітей з особливими освітніми потребами. Інклюзивна освіта - це процес, у якому школа намагається відповідати на потреби всіх учнів, вносячи необхідні зміни до навчальної програми та ресурсів, щоби забезпечити рівність можливостей [41]. Проте, не варто стверджувати, що сам факт залучення таких дітей в інклюзивні класи є запорукою їхнього успішного навчання та соціалізації. Кінцевий результат значною мірою залежить від наполегливої та цілеспрямованої роботи вчителів, батьків та інших фахівців.

Інклюзія в першу чергу передбачає особистісно орієнтовані методи навчання, в основі яких – індивідуальний підхід до кожної дитини з урахуванням усіх її індивідуальних особливостей (здібностей, особливостей розвитку, типів темпераменту, статі, сімейної культури тощо).

Інклюзивне навчання передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам та можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Інклюзивне навчання передбачає гнучку, індивідуалізовану систему навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи за місцем проживання. Навчання відбувається за індивідуальним навчальним планом, кожна дитина повинна бути забезпечена медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом.

Оскільки процес інклюзії досить складний та об'ємний, в його основу закладені певні цінності та принципи:

- визнання спроможності до навчання кожної дитини та, відповідно, необхідність створення суспільством належних для цього умов;
- визнання факту, що інклюзивна освіта потребує додаткових ресурсів, необхідних для забезпечення особливих освітніх потреб дитини;
- рівний доступ до навчання в загальноосвітніх закладах та отримання якісної освіти кожною дитиною;
- забезпечення права дітей розвиватися в родинному оточенні та мати доступ до всіх ресурсів місцевої громади;
- навчальні програми, в основі яких лежить особистісно орієнтований, індивідуальний підхід і які сприяють розвиткові вміннь та навичок навчатися у продовж усього життя та повноцінній участі у житті громади, соціуму;
- надання позитивного сенсу поняттю розмаїтості, як невід'ємної частини досвіду людей, де кожен може зробити свій внесок, цінувати його, навчатися;
- залучення батьків до навчального процесу дітей як рівноправних партнерів і перших вчителів своїх дітей;
- використання результатів сучасних досліджень і практики під час реалізації інклюзивної моделі освіти;

➤ командний підхід у навчанні та вихованні дітей, що передбачає залучення педагогів, батьків та спеціалістів [148, 361, 362].

Навчання в інклюзивних освітніх закладах корисне як для дітей з особливими потребами, так і для звичайних дітей, членів родин та суспільства загалом. В інклюзивних класах наголос доцільно робити в першу чергу на розвиткові сильних якостей і талантів дітей, а не на їхніх проблемах.

Взаємодія з іншими дітьми сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному та емоційному розвиткові дітей з особливими освітніми потребами. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами і мотивують їх до розвитку та цілеспрямованого використання нових вмінь та знань. Взаємодія між «здоровими» дітьми і дітьми з порушеннями психофізичного розвитку в інклюзивних класах сприяє налагодженню між ними дружніх стосунків. Завдяки такій взаємодії діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей, вони стають більш чуйними, готовими до взаємодопомоги.

Базуючись на результатах міжнародних досліджень (Д. Бівер, М. Белл, Д. Ліпські, Дж. Лупарт, та ін.), досвіді інтегрованого та інклюзивного навчання у нашій державі, можна стверджувати, що таке навчання корисне не лише для дітей з особливими потребами, а й для їхніх однолітків, батьків. Воно сприяє розвиткові емпатії, толерантності, об'єктивній оцінці власних можливостей, формуванню реалістичного світогляду.

Залучення дітей з особливостями психофізичного розвитку до загальноосвітніх навчально-виховних закладів передбачає позитивний вплив на широке коло близьких для них людей: батьків, інших членів родини. Входження дитини в коло своїх однолітків може сприяти поступовій зміні і психічного стану їхніх батьків – послаблюватиме напруженість, покращуватиме емоційний стан, підвищуватиме ефективність навчально-виховної, корекційної роботи. Активна, мотивована, ціннісно-орієнтована і педагогічно керована участь батьків у

навчально-виховному процесі буде обумовлювати зменшення їхніх тривог і страхів, мобілізуватиме сили на щоденне і перспективне досягнення успіху, по-новому структуруватиме світосприйняття цілої родини, близьких до неї людей.

Серед позитивних аспектів залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл варто відзначити те, що:

- діти почуваються потрібними, бажаними, стають самостійнішими;
 - змінюються поведінка, ставлення до навчання та оточуючих;
 - діти успішно адаптуються в колективі, у них з'являються нові друзі, зникає почуття ізоляції;
 - відбуваються швидкі та помітні зміни в розвитку;
 - діти значно удосконалюють свої вміння та навички, намагаються краще читати, писати, малювати;
 - навчаються в ровесників соціального досвіду;
 - здорові діти накопичують позитивний досвід взаємодії;
 - забезпечується співпраця, співпереживання, співдружність;
 - усі діти сприймають одне одного як рівних;
 - здорові діти стають добрішими, милосерднішими;
 - педагоги мають додаткові можливості розвинути і продемонструвати свою педагогічну майстерність і творчість;
 - діти з особливими потребами починають почуватися комфортно
- [199].

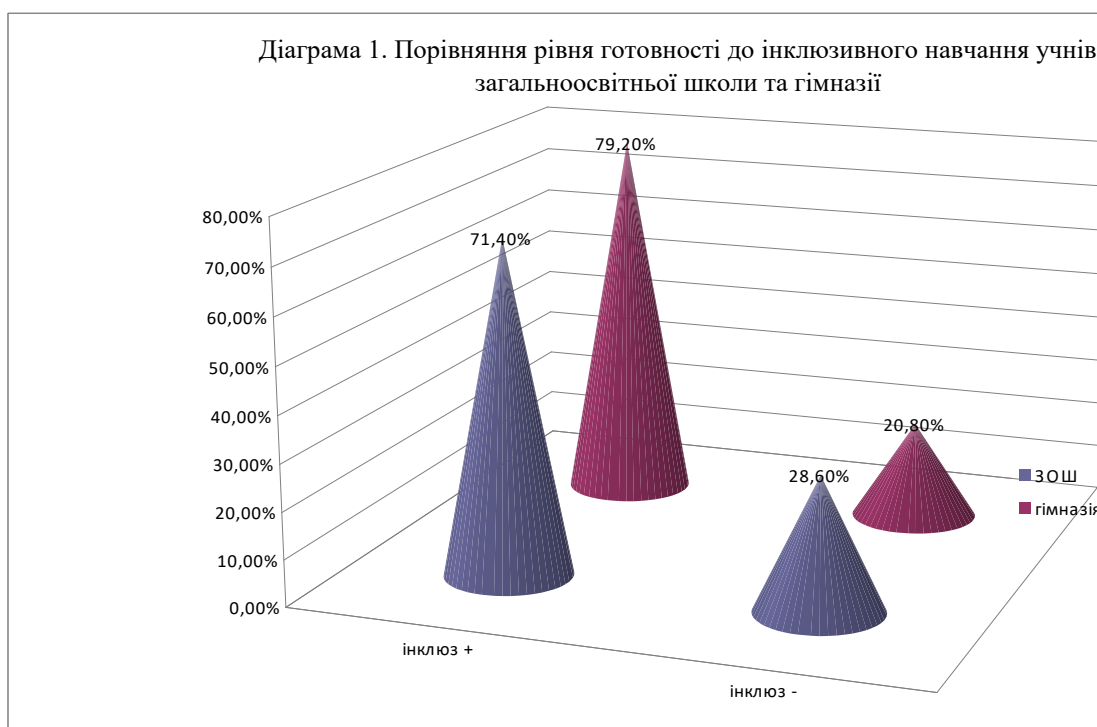
Для визначення ставлення учнів до процесу інклюзії було проведене дослідження з учнями п'ятих класів (45 учнів, серед яких 21 школяр загальноосвітньої школи та 24 школярі гімназії (23 дівчат та 22 хлопців) за допомогою методик «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, соціометрія, дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейна в модифікації А.М. Прихожан [135], а також аналіз поточного рівня успішності та анкета для визначення готовності до інклюзивного навчання.

За результатами дослідження практично 76% опитаних учнів виявили готовність до навчання з дитиною з особливими потребами в одному класі. Отриманий результат свідчить про загальну тенденцію позитивного ставлення до інклюзивного навчання. Такі дані можуть бути зумовлені соціальним аспектом виховання, заохоченням та популяризацією позитивного ставлення до людей з особливими освітніми потребами, бажанням подати себе з кращого боку. Можна припустити, що в тих сім'ях, в яких у процесі виховання приділяють більше уваги та значення цінностям колективізму, діти проявляють більш позитивне ставлення до інклюзивного навчання.

Був проведений аналіз отриманих даних щодо готовності прийняття дитини з особливими освітніми потребами, залежно від типу школи, в якій навчаються досліджувані. Загалом, учні гімназії виявили вищий рівень готовності до інклюзивного навчання (79,2%), порівняно з учнями загальноосвітньої школи (71,4%) (див. рис. 3.21). Це може бути пов'язане з тим, що в гімназії приділяють більше уваги формуванню дисциплінованості, вчителі часто проводять уроки та своєрідні обговорення на соціально важливі та актуальні теми з учнями. Гімназія працює над виробленням в дитини позитивних якостей, таких як толерантність, терплячість, порядність, ввічливість та інших. В той час, як в загальноосвітній школі учні класу, в якому проводилося дослідження, виявили менший рівень дисциплінованості та терплячості. Можна зробити припущення, що в загальноосвітній школі приділяють менше уваги розвитку перерахованих рис. Тому можна спостерігати подібну тенденцію.

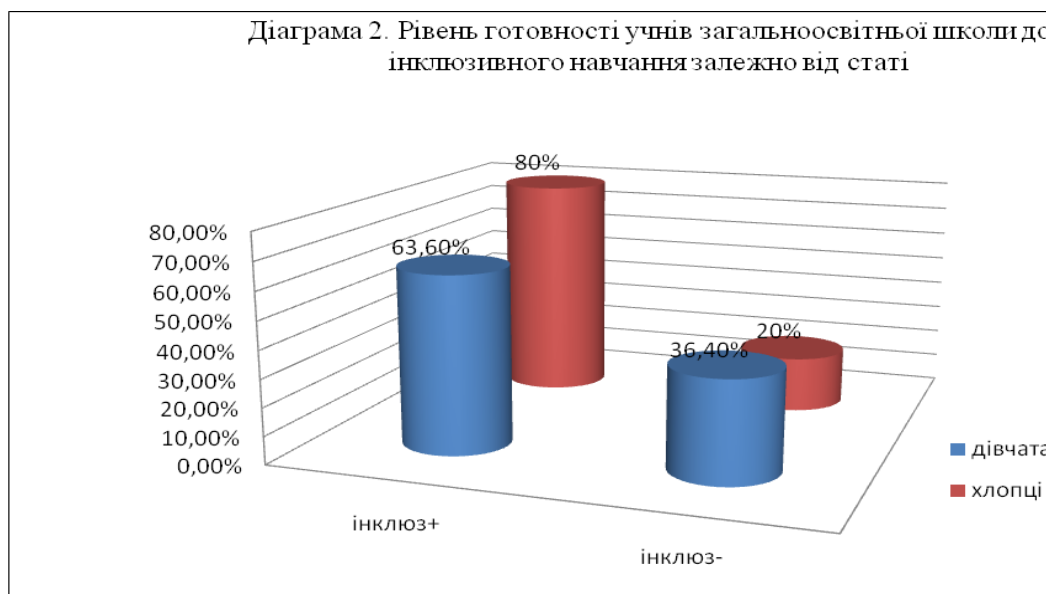
Цікавою виявилася відмінність залежно від статі у рівні готовності учнів загальноосвітньої школи до навчання з дитиною з особливими потребами: помітно вищий цей рівень показали хлопці (80%), порівняно з дівчатами (63,6%) (див. рис.3.26) (Відмінності статистично значущі).

У гімназії спостерігається протилежна тенденція: у дівчат рівень готовності до інклюзивного навчання виявився вищим (83,3%), ніж у хлопців (75%) (див. рис.3.27, але, як бачимо, ці відмінності менш істотні).



"інклюз +" - готовність навчатися поруч із дитиною з особливими потребами, "інклюз -" - неготовність навчатися поруч із дитиною з особливими потребами

Рис.3.26. Порівняння рівня готовності до інклюзивного навчання учнів загальноосвітньої школи та гімназії



"інклюз +" - готовність навчатися поруч із дитиною з особливими потребами, "інклюз -" - неготовність навчатися поруч із дитиною з особливими потребами

Рис.3.27. Рівень готовності до інклюзивного навчання учнів загальноосвітньої школи залежно від статі

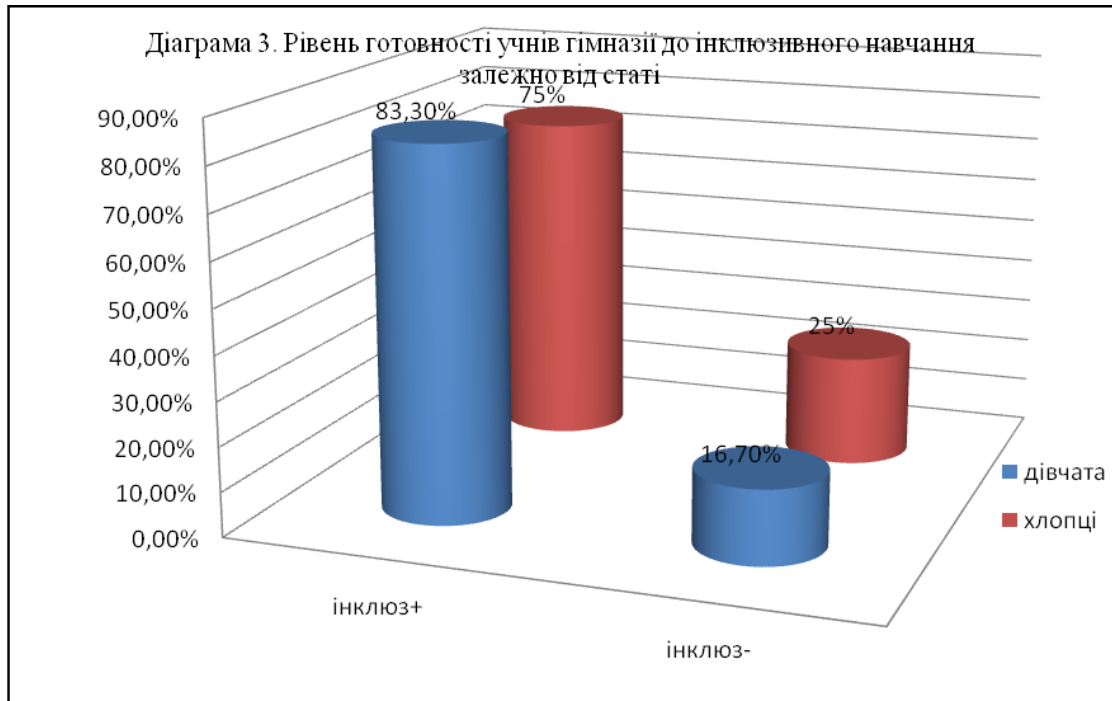


Рис.3.28. Рівень готовності до інклюзивного навчання учнів гімназії залежно від статі

Загалом помітна позитивна тенденція в ставленні до інклюзивного навчання у головних учасників цього процесу – в учнів. Це вказує на те, що діти готові навчатися зі своїми однолітками, допомагати їм у навчальному процесі та товаришувати з дітьми з особливими освітніми потребами. Проте, не варто забувати, що це можуть бути лише їхні уявлення про подібну ситуацію, не зважаючи на те, що вони чудово ознайомлені з поняттям «діти з особливими освітніми потребами». Отримані позитивні дані стосовно готовності до інклюзії можуть бути зумовлені малою інформованістю деяких дітей. Адже, реальні ситуації, в які може потрапити учень, перебуваючи в одному класі з дитиною з особливими освітніми потребами, може викликати в учнів певні труднощі у взаємодії з ними, страхи та непорозуміння.

Наступним етапом аналізу даних була статистична обробка отриманих результатів. Для цього використовувалися методи статистичного аналізу: критерій Фішера для перевірки на нормальність розподілу, кореляційні матриці, однофакторний аналіз та критерій Стьюдента для двох незалежних груп, взятих з однієї вибірки.

В результаті проведеного кореляційного аналізу було виявлено багато зв'язків між досліджуваними ознаками. Насамперед варто зазначити, що учні, які готові прийняти дитину з особливими освітніми потребами, менш популярні серед своїх однокласників (0,28), і, навпаки, досліджувані, що отримали більше позитивних виборів з боку своїх однолітків, характеризуються більш негативним ставленням до навчання та дружби з дитиною з особливими освітніми потребами (-0,31). Це може бути зумовлено тим, що діти з більшою кількістю негативних виборів дещо не вписуються в класний колектив через їхню невідповідність вимогам на нормам групи, низькі адаптивні можливості, соціальні та психологічні чинники. До соціальних факторів можна віднести статус дитини та її батьків, матеріальний стан сім'ї та рівень життя дитини. Психологічні чинники включають в себе оригінальність думок та поглядів, своєрідність поведінки, креативність тощо.

У результаті кореляційного аналізу ціннісних орієнтацій та рівня готовності до навчання з дитиною з особливими освітніми потребами виявлено, що діти, які більше цінують дисциплінованість, виявляють більший рівень готовності навчатися, допомагати та товаришувати з дитиною з особливими освітніми потребами (-0,44, -0,50 та -0,31 відповідно). Це може свідчити про терплячість дитини, готовність проявляти толерантність та прихильність до дитини з особливими освітніми потребами.

Також було виявлено, що діти, які приділяють менше уваги цінностям розвитку та сміливості, швидше будуть товаришувати з дитиною з особливими освітніми потребами (0,31 та 0,33 відповідно). Окрім цього отримано негативний кореляційний зв'язок між цінністю розвитку та готовністю

товаришувати з дитиною з особливими освітніми потребами, а саме учні, які ставляться негативно до дружби з такою дитиною, приділяють більшу увагу цінності розвитку ($p=0,038910$). Можна припустити, що цю цінність діти трактують як суто індивідуальну, таку, що стосується лише їхньої особи. Тому прояви такої своєрідної егоцентричності, або навіть егоїзму, можуть бути чинником формування негативного ставлення до інклюзивного навчання.

За критерієм Стюдента стосовно соціометричних показників було виявлено, що діти, які отримали більше позитивних та менше негативних виборів, схильні проявляти більш негативне ставлення до інклюзивного навчання ($p=0,045817$, $p=0,000490$ відповідно). Це нашо вухує на думку, що діти, популярні серед однолітків, можуть побоюватися втрати уваги до себе, якщо в класі з'являться учні з особливими потребами і, відповідно, якщо їхні потреби особливі, перетягнуть на себе «ковдру» уваги як їхніх товаришів, так і вчителів.

Таким чином, інклюзивна освіта – це закономірний етап розвитку освітньої системи, який пов'язаний з переосмисленням суспільством і державою ставлення до осіб з особливими освітніми потребами. Організація інклюзивного навчання потребує створення сприятливої соціальної ситуації для розвитку дітей з психофізичними порушеннями і забезпечення їм рівних прав в одержанні освітніх послуг. Залучення дітей з особливими освітніми потребами до загальноосвітнього середовища на теперішньому етапі розвитку українського суспільства носить стихійний характер. Важливою умовою ефективності інклюзивного процесу є психолого-педагогічна робота, спрямована на формування у здорових учнів адекватних уявлень про однолітків з порушеннями психофізичного розвитку. У зв'язку з цим доцільно проводити дослідження, зокрема, спрямовані на виявлення особливостей ставлення учнів загальноосвітніх шкіл до навчання разом з дітьми з особливими освітніми потребами. Отож, для дослідження було опитано 45 учнів п'ятих класів. Більшість дітей виявили готовність до навчання з дитиною з особливими

освітніми потребами в одному класі, що може свідчити про загальну тенденцію позитивного ставлення до інклюзивного навчання.

Було виявлено, що учні гімназії проявили вищий рівень готовності до інклюзивного навчання, порівняно з учнями загальноосвітньої школи.

Проведений кореляційний аналіз свідчить, що учні, які готові прийняти дитину з особливими потребами, менш популярні серед своїх однокласників та, навпаки, досліджувані, що отримали більше позитивних виборів (за соціометрією) з боку своїх однокласників, характеризуються більш негативним ставленням до навчання та дружби з дитиною з особливими потребами.

В ході статистичного аналізу було встановлено, що діти, які більше цінують дисциплінованість, проявляють вищий рівень готовності навчатися, допомагати та товаришувати з дитиною з особливими освітніми потребами. Це свідчить про терплячість дитини, готовність проявляти толерантність та прихильність до дитини з порушенням психофізичного розвитку. Також виявлено, що діти, які приділяють менше уваги цінностям особистого розвитку та сміливості, швидше будуть товаришувати з дитиною з особливими потребами.

Зв'язків між ставленням та поточним рівнем успішності, самооцінкою не виявлено.

Отже, можна зробити висновок, що результат включення дітей з особливими освітніми потребами залежить не лише від характеру і міри наявних в них порушень та ефективності навчальних програм та технологій, але і ставлення до таких дітей з боку соціального оточення, і перш за все, в того оточення, в яке дитина входить. Ефективний, безболісний перехід дитини з особливостями психофізичного розвитку з дитинства в доросле життя, підготовка до самостійного життя та діяльності є першочерговим завданням процесу інклюзії. Це може бути досягнуто психолого-педагогічним супроводом під час навчання, надання спеціальної допомоги та підтримки.

3.7. Психологічні особливості педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами

У психології проблема взаємозв'язку діяльності та особистості, професії і свідомості набула широкого поширення. Професійна діяльність вчителів відрізняється від інших категорій праці постійною нервово-психічною й емоційною напругою, обумовленою як змістом, так і умовами педагогічної роботи. До таких умов можна віднести труднощі педагогічної діяльності, виникнення різного роду бар'єрів, перешкод, конфліктів.

Дана проблема знайшла певне відображення в наукових працях як вітчизняних, так і зарубіжних учених, таких як: А. Адлера, Г. Андрєєвої, Е. Берна, Л. Божович, І. Бурганово, О. Єльнікової, В. Казанської, А. Кан-Калик, Дж. Келлі, В. Куніциної, В. Лабунської, А. Леонтєва, О. Лещинської, Б. Ломова, Я. Луп'яна, А. Міляєвої, С. Назметдінової, Ю. Орлова, В. Панфьорова, Б. Паригіна, А. Петровського, М. Подимова, К. Роджерса, Н. Кузьміної, А. Маркової, П. Полякової, І. Зимньої, В. Сластьоніна, К. Фопеля, Р. Шакурова.

В працях Л.І.Божович, М.Г.Демидової, Л.А.Гапоненко, Ф.Н.Гоноболіна, Н.Ф.Каськової, Р.П.Мільруда, А.В.Петровського, О.П.Саннікової, П.М.Якобсона та інших дослідників вивчалися прояви емоційності як фактора, що здійснює позитивний або негативний вплив на організацію навчально-виховного процесу й успішність професійної діяльності в цілому.

У роботі вчителя допоміжної школи тісно пов'язані різноманітні види педагогічної діяльності: діагностична; орієнтаційно-прогностична; конструктивно-проектувальна; корекційна; організаційна; інформаційно-пояснювальна; комунікативно-стимулююча; аналітико-оцінювальна; дослідницько-творча. Корекційна діяльність безпосередньо залежить від всіх інших. Адже саме так відбувається вивчення дитини з вадами інтелекту,

прогнозування її розвитку. Водночас вона акумулює всі заходи корекції виявлених недоліків психофізичного розвитку дитини щодо запобігання вторинних та інших відхилень, формування особистості дитини, створення умов для її нормального розвитку. Корекційна робота - елемент професійної діяльності всього педагогічного персоналу незалежно від посади, оскільки основною особливістю навчального процесу допоміжної школи є його корекційна спрямованість. Тож діяльність вчителя-дефектолога можна називати корекційно-педагогічною.

З'ясовуючи специфіку педагогічної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, В. Сластьонін пропонує розглядати корекційно-педагогічну діяльність як невід'ємну складову педагогічного процесу, що є динамічною педагогічною системою, спрямованою на розв'язання освітніх завдань та завдань розвитку.

Корекційна спрямованість становить сутність навчально-виховного процесу в допоміжній школі і не розглядається як окрема ділянка або додаток до основного змісту роботи школи, а є його складовою. О.П. Граборов називає корекційно-виховну роботу стрижнем педагогічного процесу допоміжної школи.

Для посилення коригуючого впливу педагогічного процесу на розумовий розвиток дітей з розумовою відсталістю принцип корекційної спрямованості має цілісно впливати на змістові, діяльнісні, особистісні компоненти інтелекту у їх системній єдності.

Корекційний ефект роботи допоміжної школи пов'язаний із забезпеченням діалектичної єдності, з одного боку, адаптації засобів педагогічного процесу до знижених пізнавальних можливостей дітей з розумовою відсталістю і, з іншого, - спрямованості цих засобів на максимально можливий розвиток здібностей учнів до оволодіння елементами соціальної культури у неадаптованому вигляді.

Педагогічний процес має переважно спрямовуватися на формування у дітей вищих психічних функцій із забезпеченням їхньої усвідомленості та довільності.

Навчально-виховна робота допоміжної школи у корекційному впливі на розумовий розвиток учнів ґрунтується на організації їхньої предметно-

практичної діяльності із забезпеченням її інтелектуалізації та вербалізації (з урахуванням особливостей) та корекцією процесів інтеріоризації та екстеріоризації знань і вмінь, які засвоюють діти.

Корекційний ефект роботи з розумово відсталими школярами зумовлений забезпеченням активізації та формування їх продуктивного мислення, що підвищує свідомість засвоєння знань і вмінь, мотивацію пізнавальної діяльності. Загалом, у корекційній роботі вчителя-дефектолога можна виділити: діагностико-корекційну, корекційно-розвивальну, корекційно-профілактичну, корекційно-виховну, навчально-корекційну діяльність. Проте доцільніше говорити про корекційно-педагогічний процес у цілому, що охоплює навчання, виховання, розвиток і корекцію.

Психологічні вимоги до особистості педагога

На сучасному етапі психологічні вимоги до особистості педагога, що працює з дітьми з особливими освітніми потребами включають: вимоги до особистості дефектолога, олігофренопедагога, соціального педагога (базуються на диференційному підході в системі освіти) та вимоги до особистості педагога, що працює в системі інклюзивної моделі освіти (особистісно-орієнтований та індивідуалістичний підходи).

Педагог, що працює з дітьми з розумовою відсталістю (олігофренопедагог)

Успіх у навчанні і вихованні дітей багато в чому залежить від особистісних якостей учителя і насамперед від його педагогічних здібностей. Під здібностями до педагогічної діяльності розуміється певне поєднання психічних властивостей особистості, що є умовою досягнення високих результатів у процесі навчання і виховання дітей. Розвиток педагогічних здібностей органічно пов'язаний з оволодінням педагогічними вміннями та навичками.

Надзвичайно велике значення професійних якостей олігофренопедагога. Педагогічна діяльність вимагає від вчителя переконаності, глибоких і різнобічних знань, високої загальної культури, чітко вираженої професійно-педагогічної спрямованості, любові до дітей, глибокого знання теорії та

володіння практикою навчання і виховання. Висока активність особистості вчителя, його педагогічна майстерність багато в чому залежать від його професійної та соціальної орієнтації, відповідальності за поведінку та дії, від ступеня його включеності у творчу діяльність педагогічного колективу школи. . На думку А. С. Макаренка, виховання полягає в тому, що більш доросле покоління передає свій досвід, свою пристрасть, свої переконання молодому поколінню. Дуже важливий особистий приклад олігофренопедагога, так як допоміжна школа є єдиним навчальним закладом, який закінчують учні з розумовою відсталістю. Відповідальність олігофренопедагога дуже велика. Він проектує особистість учня: систему знань, погляди, інтереси, характер. Педагог управляє формуванням особистості учня в колективі і через колектив. Учитель робить сильний вплив на розвиток розуму, почуттів, волі учнів

Педагог-дефектолог

Для успішного вирішення відповідальних завдань педагог-дефектолог повинен володіти такими особистісними якостями, без яких неможлива робота з дітьми з особливими освітніми потребами. А саме: педагогічна чуйність, що проявляється у вмінні за найнезначнішими і найменшими проявами вловлювати зміни в психічній діяльності, поведінці, загальному стані дитини і адекватно реагувати на такі зміни; терплячість і наполегливість у досягненні намічених цілей в роботі з дітьми з порушеннями розвитку; твердість і послідовність, організованість, педагогічний такт.

Вимоги до педагога, що працює в системі інклюзивної моделі освіти

Психологічну готовність педагога до інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами можна розглядати як інтегровану якість особистості, яка включає систему мотивів, знань, умінь і навичок, певного досвіду вчителя, особистісних якостей, які забезпечують успішну педагогічну діяльність. У структуру психологічної готовності особистості входять п'ять функціонально зв'язаних та взаємозумовлених компонентів – мотиваційний, когнітивний, операційний, оціночний та особистісний.

Виокремлюють такі бажані професійні якості педагога в системі інклюзивної світи як:

- знання зі спеціальної педагогіки та психології, методик роботи з дітьми з особливими освітніми потребами ;
- знання особливостей їх розвитку ;
- вміння знайти індивідуальний підхід та зрозуміти дитину ;
- вміння співпрацювати з іншими фахівцями та використовувати їхні поради ;
- гнучкість у виборі форм і методів роботи, які найбільше відповідають конкретній дитині ;
- досвід роботи та вміння спілкуватись з дітьми та їх батьками ;
- високий рівень майстерності, професійності, вміння протистояти труднощам та знаходити вихід зі складних ситуацій ;
- адекватне сприйняття дітей з особливими освітніми потребами .

Особливості емоційної сфери особистості педагога

Серед різних здібностей особистості вчителя найкраще висвітлюється їх емоційність, наголошує в своїх дослідженнях Є.П.Ільїн. А М.Педаяс відмічає, що емоційність вчителя – це найважливіший фактор впливу та взаємодії у навчально-виховній роботі . Справжній вчитель, підкреслюють Л.Мітіна, О. Баранов, Є. Асмаковець, повинен володіти не лише емоційною стійкістю, а й емоційною гнучкістю.

Емоційні процеси виконують регулятивно-впливову й керуючу функції в педагогічній діяльності. Емоції, що переживає вчитель, детермінують мотиви педагогічного спілкування, впливають на розвиток комунікативних умінь і техніки педагогічної взаємодії. Емпатійні стосунки й позитивний емоційний тон є невід’ємною складовою оптимального педагогічного спілкування. Соціальна, оцінна й регулятивна функції емоцій великою мірою визначають характер, шлях і спосіб прийняття рішень педагогом. Методи навчання й дидактичні прийоми, обрані вчителем, є більш ефективними за умови опори на емоційну виразність

фраз та інтонацій, мімічні й пантомімічні способи передачі інформації та почуттів

Емоційна стійкість

Однією із основних професійно значимих якостей психіки педагога є емоційна стійкість, що проявляється у тому наскільки терплячим і наполегливим є педагог при здійсненні своїх задумів, наскільки характерні для нього витримка та саморегуляція навіть у самих несприятливих стресових ситуаціях, наскільки він може тримати себе в руках в умовах негативних емоційних впливів зі сторони інших людей. Для визначення явища стійкості в психології використовують такі поняття, як “стійкість до стресу”, “стійкість до фрустрації”. В основі змістовного визначення лежить виділення різних аспектів утруднених ситуацій та їх вплив на психічну регуляцію поведінки, на діяльність і розвиток особистості педагога. В словнику А. Ребера “стійкий” розуміється як характеристика індивіда, поведінка якого відносно надійна і послідовна. “Стабільний” в цьому словнику пояснюється як риса (в теоріях особистості), яка характеризується відсутністю надмірних емоційних змін. В цьому випадку часто використовується уточнює слово “емоційна” (стабільність).

Емоційна стійкість є складною і об'ємною якістю особистості. В ній об'єднано цілий комплекс здібностей, широке коло різнорівневих явищ. Під стійкістю розуміють здатність протистояти труднощам, зберігати віру в ситуаціях фрустрації і постійний (достатньо високий рівень) настрій. “Стійкість” проявляється в подоланні труднощів як здібності зберігати впевненість в собі, своїх можливостях, ефективній саморегуляції, здатності педагога функціонувати, здійснювати самоуправління, розвиватися, адаптуватися.

А.В. Мірошин вважає, що в роботі педагога стійкість характеризується цілим рядом особливостей, оскільки в ній “ми маємо справу не тільки з емоційно складними ситуаціями, і з самими різними факторами, що несуть в собі потенційну можливість підвищеного емоційного реагування. Крім того, в роботі педагога, пов'язані із його індивідуальністю і його унікальною емоційною

будовою, можуть викликати емоційну напругу навіть там, де ситуація далека від емоціогенної”

Емоційна зрілість

Сучасними психодинамічними концепціями особистості зрілість визначається як здатність людини контролювати проблеми, з якими вона стикається, і, після глибшого усвідомлення своїх справжніх мотивів, здійснювати управління власним життям, захищаючи себе від прояву неприйнятних інстинктивних імпульсів, їх задоволенням способом сублимації, що забезпечує відведення енергії інстинктів за прийнятними для суспільства каналами.

Професійна зрілість особистості педагога визначається здатністю контролювати ситуації професійно-педагогічної діяльності, усвідомлювати мотиви поведінки вихованців і спрямовувати її за прийнятними для суспільства напрямками освітньої діяльності. Досягненню особистістю професійної зрілості, як найвищого рівня розвитку, сприяє повна самореалізація всіх елементів особистості шляхом їх об'єднання впродовж професійної підготовки навколо центру особистості - самості. Професійна зрілість визначається готовністю особистості рухатися ступенево, через поворотні кризи в напрямку до вищих стадій професійної компетентності. Ідеальний тип професійно зрілої і цілісної особистості педагога визначається продуктивними орієнтаціями характеру (незалежність, чесність, творчість, врівноваженість, спрямованість на соціальні вчинки), що сприяє самоусвідомленню свого "Я" в особистісно-професійному призначенні. Професійна зрілість особистості вчителя проявляється в умінні гнучко реагувати на різні ситуації міжособистісної педагогічної взаємодії, легко добираючи необхідні стратегії професійно-педагогічної діяльності у змінюваних ситуаціях прояву особистісних потреб вихованців.

6. Професійна зрілість особистості характеризується відповідністю цінностям і планам неперервного професійного становлення, конструктивністю міжособистісних відносин, врівноваженістю, реалістичністю і самокритичністю у сприйнятті себе й оточуючих.

Емоційний інтелект

На емпіричному рівні емоційний інтелект (ЕІ) це вміння керувати власними емоціями та емоціями іншої людини

Д. Гоулмен виділяє в ЕІ два виміри - «Я-Інші», «Впізнання-Регуляція», поєднання яких дає чотири сфери ЕІ: 1) самосвідомість «Я-Впізнання» (емоційна самосвідомість, точна самооцінка, впевненість у собі), 2) самоконтроль «Я-Регуляція» (приборкання емоцій, відкритість, адаптивність, воля до перемоги, ініціативність, оптимізм); 3) соціальна чуйність «Інші-Впізнання» (співпереживання, ділова поінформованість, люб'язність); 4) управління відносинами «Інші-Регуляція» (наснага, вплив, допомога у самовдосконаленні, сприяння змінам, врегулювання конфліктів, зміцнення особистих взаємин, командна робота і співробітництво). Р. Бар-Он розглядає п'ять підтипів ЕІ:

- 1) внутрішньоособистісний інтелект (поінформованість про власні емоції, впевненість в собі, самоповага, самоактуалізація і незалежність);
- 2) міжособистісний інтелект (емпатія, міжособистісні відносини, соціальна відповідальність);
- 3) адаптація (вирішення проблем, оцінка реальності, гнучкість);
- 4) управління стресом (стійкість до стресу, контроль спонукань);
- 5) загальний настрій (щастя, оптимізм).

Наявність високого рівня емоційного інтелекту надзвичайно важлива складова психологічних особливостей особистості педагога, а особливо педагога, що працює з дітьми з особливими освітніми потребами, оскільки це має прямий вплив на формування особистості учнів, а також на якість надання їм освітніх послуг.

3.7.1. Емпіричне дослідження психологічних особливостей педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами. Дослідження проводилось серед педагогів Львівської обласної загальноосвітньої школи-інтернату №6 для дітей з тяжкими порушеннями мовлення (23 вчителів), а

також було проведено дослідження у контрольній групі педагогів Пікуловицької загальноосвітньої школи(23 вчителів).

Дослідження було проведено у індивідуальній формі.

Під час дослідження ми використали наступні методики: «Оцінка рівня емоційного інтелекту», «Автоаналітичний опитувальник здорової особистості»(В. А. Ананьєв), «Багатофакторний опитувальник особистості» (Р. Кетелл), «Локус контролю» (Дж. Роттер).

Згідно з проведеним аналізом дослідження ми отримали наступні результати: 52,2% досліджуваних педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами мають високий рівень особистісної зрілості, 47,8% - середній і низького рівня особистісної зрілості не виявлено. Серед досліджуваних педагогів, що не працюють з дітьми з особливими освітніми потребами високий рівень особистісної зрілості властивий 65,2% педагогів, середній – 44,8%, і 0% низького рівня . Узагальнюючи, можемо сказати, що суттєвих відмінностей не виявлено, проте у досліджуваних педагогів загальноосвітньої школи дещо вищі показники особистісної зрілості.

За методикою оцінки рівня емоційного інтелекту 52,2% досліджуваних педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами притаманний високий рівень емоційного інтелекту, 43,5% - середній рівень і 4,4% - низький рівень емоційного інтелекту. У контрольній групі педагогів з загальноосвітньої школи 73% досліджуваних мають високий рівень емоційного інтелекту, 17,4% - середній і 8,7% - низький. З даних результатів видно, що у досліджуваних педагогів, що не працюють з дітьми з особливими освітніми потребами високий рівень емоційного інтелекту дещо вищий ніж у педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами.

За методикою дослідження рівня суб'єктивного контролю у 4,3% досліджуваних педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами виявлено високі показники за шкалою загальної інтернальності, і у 39,1% - низькі. Це свідчить про те, що педагоги, які працюють з дітьми з

особливими освітніми потребами схильні вважати себе відповідальними з події, що стаються в їхньому житті, а також здатними керувати ними. Серед досліджуваних педагогів загальноосвітньої школи у 65,% виявлено низькі показники за шкалою інтернальності (високих не виявлено), тобто високий рівень екстернальності. Що говорить про те що більшій частині даної групи досліджуваних педагогів притаманно не вважати себе відповідальними за значимі події в їхньому житті.

За шкалою інтернальності в галузі досягнень серед педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами високі показники виявлено у 4,3% і у 17,4% - низькі показники. У педагогів загальноосвітньої школи високі показники показали 4,3% досліджуваних, і 21,7% - низькі. Ці показники говорять про те, що як досліджувані педагоги, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами так і педагоги з контрольної групи не мають чітко вираженої тенденції до екстернальності чи інтернальності за даною шкалою.

За шкалою інтернальності в галузі невдач 8,7% досліджуваних педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами отримали високі показники і 34,7% - низькі показники. Серед педагогів загальноосвітньої школи низькі показники отримали 56,5% досліджуваних і високих показників не виявлено. Дані результати говорять про те, що як досліджувані педагоги, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами так і педагоги з контрольної групи у власних невдачах звикли звинувачувати зовнішні обставини, проте у контрольній групі показник екстернальності в галузі невдач дещо вищий.

За шкалою інтернальності у сфері сімейних стосунків у 8,7% досліджуваних педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами виявлено високі показники і у 26% - низькі. У контрольній групі 4,3% досліджуваних отримали високі показники і у 17,4% - низькі. Ці показники можуть свідчити про те, що як досліджувані педагоги, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами так і педагоги з контрольної групи не мають чітко вираженої тенденції до екстернальності чи інтернальності за даною шкалою.

За шкалою інтернальності у сфері професійних стосунків у 30,4% досліджуваних педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами, а також у 60,6% педагогів загальноосвітньої школи виявлено низький рівень інтернальності, високих показників ні в основній ні в контрольній групах не виявлено. Дані результати свідчать про те що педагоги з обох досліджуваних груп важливу роль в організації власної професійної діяльності схильні приписувати зовнішнім обставинам – керівництву, колегам.

За шкалою інтернальності у сфері міжособистісних стосунків 8,7% досліджуваних педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами отримали високі показники і 13% - низькі. З даних результатів ми можемо зробити висновок, що я досліджувані педагоги, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами не мають чітко вираженої тенденції до екстернальності чи інтернальності за даною шкалою.

У групі педагогів з загальноосвітньої школи тенденції до екстернальності чи інтернальності не виявлено.(0% - високі показники; 0% - низькі показники).

За шкалою інтернальності у сфері ставлення до здоров'я та хвороби серед досліджуваних педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами високі показники отримали 43,% і 52% - низькі показники. Серед педагогів загальноосвітньої школи низькі показники отримали 52,1% досліджуваних і високих показників не виявлено. Дані результати говорять про те, що як досліджувані педагоги, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами так і педагоги з контрольної групи вважають, що здоров'я і хвороба є результатом випадку і сподіваються на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей.

За багатофакторним опитувальником особистості Р. Кетелла 60,9% педагогів з основної групи досліджуваних (педагоги, працюють з дітьми з особливими освітніми потребами) притаманна афектотимія і 39,1% - шизотимія. Серед досліджуваних контрольної групи 56,5% властива афектотимія і 44,5% шизотимія. Дані результати свідчать про те, що більшості досліджуваних

педагогів як з основної так контрольної груп відзначаються комунікабельністю, відкритістю, добротою, готовністю до співпраці.

47,8% досліджуваних з основної групи властивий високий рівень інтелекту і 52,2% низький. У педагогів з контрольної групи високий рівень інтелекту виявлено у 43,5% досліджуваних і у 56,5% - низький. З даних результатів видно, що як і в першій так і в другій групі показники за рівнем інтелекту розподілились приблизно порівну, проте низький рівень інтелекту має дещо більша частина педагогів.

39,1% педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами отримали високі показники за шкалою «С», що свідчить про силу «я», і 60,9% - низькі, що свідчить про слабкість «я». Серед педагогів з контрольної групи високі показники за шкалою «С» отримали 26% досліджуваних і 74% - низькі. Отже, з отриманих результатів ми бачимо, що як у досліджуваних з основної групи так і у досліджуваних з контрольної групи переважає слабкість «я».

Серед педагогів з основної групи 65,2% досліджуваних властива домінантність і 34,8% конформізм. У педагогів з контрольної групи домінантність притаманна 47,8% досліджуваних і 52,2% - конформізм. Тобто, досліджуваним педагогам, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами притаманний вищий рівень домінантності ніж педагогам загальноосвітньої школи.

За шкалою «F» як педагогам з основної групи так і з контрольної високі показники, тобто експресивність, сургентність властиві 26% досліджуваних, і низькі, тобто стриманість, десургентність властиві 74% досліджуваних.

Серед педагогів з основної групи 43,4% досліджуваних характерний високий рівень супер-его і 56,6% - низький рівень. У педагогів з контрольної групи високий рівень супер-его характерний 39,1% досліджуваних і 60,9% - низький рівень. З отриманих результатів ми бачимо, що як у досліджуваних з основної групи так і у досліджуваних з контрольної групи переважає низький

рівень супер-его, що говорить про тенденцію до мінливості, неорганізованості, незалежності, ігнорування обов'язків.

56,5% педагогів з основної групи характерна пармія і 43,5% - тректія. Серед педагогів з контрольної групи пармія притаманна 52,2% досліджуваних і 47,8 – тректія. Отже, з отриманих результатів ми бачимо, ці ознаки як у педагогів з основної групи так і серед контрольної розподілені майже порівно, проте тректія характерна дещо більшій частині досліджуваних це може свідчити про тенденцію досліджуваних педагогів до нерішучості, сором'язливості, емоційної стриманості.

Серед педагогів з основної групи 60,9% досліджуваних властива премія і 39,1% - хартія. У педагогів з контрольної групи премія властива 65,2% досліджуваних і 34,8% - хартія. Тобто, з результатів ми бачимо, що більшій частині досліджуваних як з основної, так і з контрольної групи характерна чутливість, надмірна обережність, схильність до співпереживання, толерантність, романтизм та художнє сприйняття світу.

У 73,9% педагогів з основної групи виявлено протенсію і у 27,1% - алаксію. Серед педагогів з контрольної групи протенсія виявлена також у 73,9% і у 27,1% - алаксія. Отримані результати можуть свідчити по схильність як досліджуваних педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами так і педагогів,що не працюють з дітьми з особливими освітніми потребами до догматичності, підозрливості, імпульсивності, егоцентричності.

За шкалою «М» як педагогам з основної групи так і з контрольної високі показники, тобто аутія, властиві 39,1% досліджуваних, і низькі, тобто праксенія, властиві 60,9% досліджуваних. З отриманих результатів ми можемо зробити висновок, що більшості досліджуваних з основної групи так і у досліджуваних з контрольної групи притаманні практичність, приземленість, швидке виконанням практичних завдань, добросовісність, надмірна увага до деталей.

60,9% педагогів з основної групи характерна дипломатичність і 39,1% - прямолінійність. Серед педагогів з контрольної групи дипломатичність характерна 73,9% досліджуваних і прямолінійність – 27,%.

У педагогів з основної групи 78,3%% досліджуваних властива гіоманія і 21,7% - гіпертимія. У педагогів з контрольної групи гіоманія властива 73,9% досліджуваних і гіпертипія – 27,1%. Тобто, з результатів ми бачимо, що більшій частині досліджуваних як з основної, так і з контрольної групи властива гіоманія - депресивність, тривожність, почуття провини та тривоги, сильне відчуття обов'язку, ранимість, чутливість до реакцій навколишніх.

За шкалою «Q1» як педагогам з основної групи так і з контрольної високі показники, тобто радикалізм, властиві 39,1% досліджуваних, і низькі, тобто консерватизм, властиві 60,9% досліджуваних.

Серед педагогів з основної групи 52,2% досліджуваних характерні високі показники за шкалою «Q2», що свідчить про самодостатність, та 47,8% низькі, що свідчить про залежність від групи. Серед педагогів з контрольної групи самодостатність характерна 43,5% досліджуваних, і залежність від групи – 56,5%. Як бачимо з результатів педагогам, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами притаманний дещо вищий рівень самодостатності ніж досліджуваним педагогам з загальноосвітньої школи.

У педагогів з основної групи 65,2% досліджуваних виявлена висока самооцінка, і у 34,8% - низька. Серед педагогів з контрольної групи висока самооцінка виявлена у 78,3%% досліджуваних і у 21,7% - низька. З результатів ми бачимо, що більшій частині досліджуваних як з основної, так і з контрольної групи властива висока самооцінка.

52,2% досліджуваних педагогів з основної групи властива висока его-напруженість, та 47,8% - низька. Серед педагогів з контрольної групи висока его-напруженість властива 60,9% досліджуваних, і 39,1% - низька. Отже, з отриманих результатів ми бачимо, що більшій частині досліджуваних як з основної, так і з контрольної групи властива висока его-напруженість.

Результати кореляційного аналізу (при $p < 0,05$)

Кореляційні зв'язки між психологічними особливостями педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між загальною інтернальністю та самооцінкою ($r=0,53$), це свідчить про те, що високий рівень суб'єктивного контролю над важливими подіями сприяє підвищенню самооцінки. . Встановлено обернений кореляційний зв'язок між загальною інтернальністю та его-напруженістю ($r=-0,45$), це свідчить про те, що із зростанням рівня суб'єктивного контролю над важливими подіями знижується его-напруженість. Виявлений прямий кореляційний зв'язок між інтернальністю у сфері досягнень та самооцінкою ($r=0,42$), це говорить про те, що із зростанням інтернальності у сфері досягнень підвищується самооцінка. Встановлено також прямий кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та силою «я» ($r=0,47$), це свідчить про те, що високий рівень особистісної зрілості сприяє зростанню сили «я». Встановлено прямий кореляційний зв'язок між інтернальністю у ставленні до здоров'я та хвороби та самооцінкою ($r=0,52$), це говорить про те, що із зростанням інтернальності у ставленні до здоров'я та хвороби підвищується самооцінка. Виявлено також прямий кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та самооцінкою ($r=0,57$), це свідчить про те, що високий рівень особистісної зрілості сприяє підвищенню самооцінки. Встановлено обернений кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та его-напруженістю ($r=-0,44$), це говорить про те, що із зростанням рівня особистісної зрілості знижується его-напруженість. Виявлений прямий кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та інтернальністю у сфері професійних стосунків ($r=0,42$), , це свідчить про те, що із зростанням рівня особистісної зрілості підвищується інтернальність у сфері професійних стосунків. Виявлений також прямий кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та інтернальністю у ставленні до здоров'я та хвороби ($r=0,49$), це говорить про те, що із зростанням рівня особистісної зрілості підвищується рівень інтернальності у ставленні до здоров'я та хвороби.

Встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та рівнем інтелекту ($r=0,45$), це свідчить про те, що із зростанням рівня емоційного інтелекту підвищується рівень загального інтелекту. Виявлений прямий

кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та рівнем супер-его ($r=0,44$), це говорить про те, що зростання рівня емоційного інтелекту сприяє зростанню рівня супер-его. Виявлений також прямий кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та загальною інтернальністю ($r=0,62$), що свідчить про те, що із зростанням рівня емоційного інтелекту зростає рівень

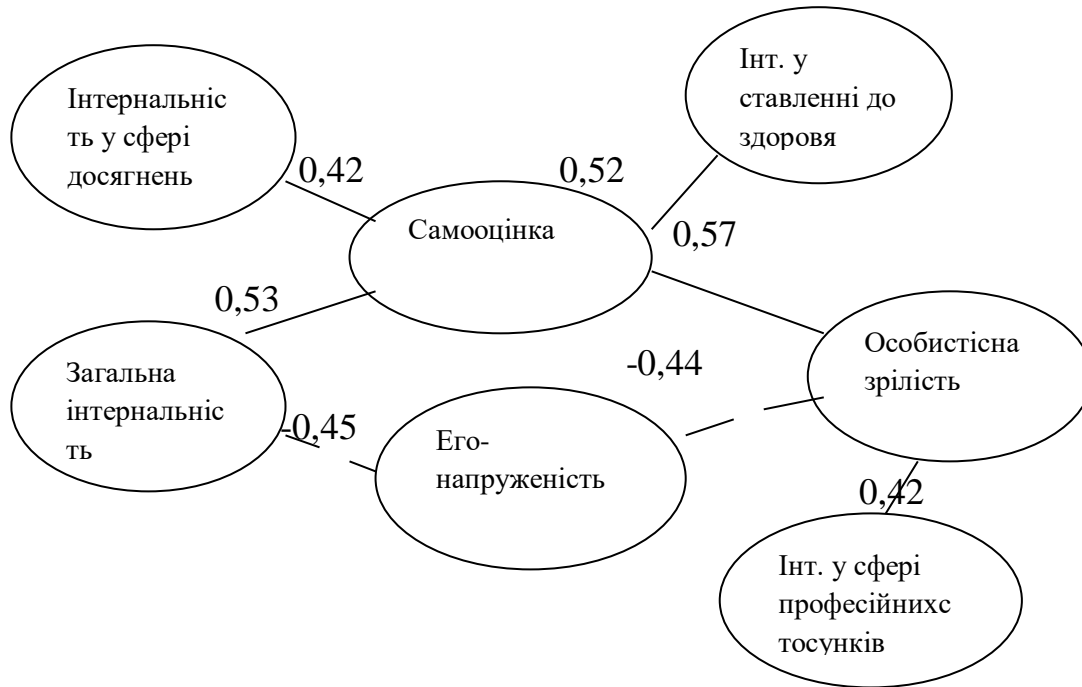


Рис. 3.29. Кореляційні зв'язки параметрів особистості педагогів основної групи

суб'єктивного контролю над важливими подіями. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та інтернальністю в галузі невдач ($r=0,45$), що говорить про те, що зростання рівня емоційного інтелекту сприяє зростанню рівня інтернальності в галузі невдач, тобто прийняття відповідальності за невдачі на себе. Виявлений також прямий кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та інтернальністю у ставленні до здоров'я та хвороби ($r=0,58$), що свідчить про те, що із зростанням рівня емоційного інтелекту зростає рівень інтернальності у ставленні до здоров'я та хвороби.

Кореляційні зв'язки між психологічними особливостями педагогів з загальноосвітньої школи (контрольна група)

Згідно із результатами кореляційного аналізу (при $p < 0,05$)

Виявлений обернений кореляційний зв'язок між інтернальністю у сфері досягнень та его-напруженістю ($r=-0,46$), це свідчить про те, що із зростанням рівня інтернальності у сфері досягнень. Виявлений прямий кореляційний зв'язок між інтернальністю у міжособистісній сфері та силою «я» ($r=0,50$), що говорить про те, що зростання рівня інтернальності у міжособистісній сфері сприяє зростанню сили «я». Також встановлено прямий кореляційний зв'язок між інтернальністю у міжособистісній сфері та експресивністю – стриманістю ($r=0,48$), що свідчить про те, що із зростанням інтернальності у міжособистісній сфері зростає рівень експресивності. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та силою «я» ($r=0,58$), це свідчить про те, що високий рівень особистісної зрілості сприяє зростанню сили «я». Встановлено також прямий кореляційний зв'язок між особистісною зрілістю та пармією ($r=0,44$), що говорить про те, що зростання рівня особистісної зрілості сприяє підвищенню рівня сміливості, імпульсивності, авантюризму (премії).

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та силою «я» ($r=0,51$), що свідчить про те, що із зростанням рівня емоційного інтелекту зростає сила «я». Виявлений також обернений кореляційний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та гімоманією – гіпертипією ($r=-0,50$), це свідчить про те, що із зростанням рівня емоційного інтелекту підвищується рівень гіпертипії, тобто безпечності, життєрадісності, нечутливості до похвали чи критики.

Порівняння психологічних властивостей досліджуваних педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами та педагогів що не працюють з дітьми з особливими освітніми потребами

Для порівняння двох груп педагогів було використано т-тест.

При рівні $p < 0,05$ виявились такі відмінності:

1. відмінність у рівні загальної інтернальності ($t = -2,157$, $df=44$; при $p=0,036$), у групі педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми

потребами рівень цієї ознаки вищий ніж у групі педагогів із загальноосвітньої школи.

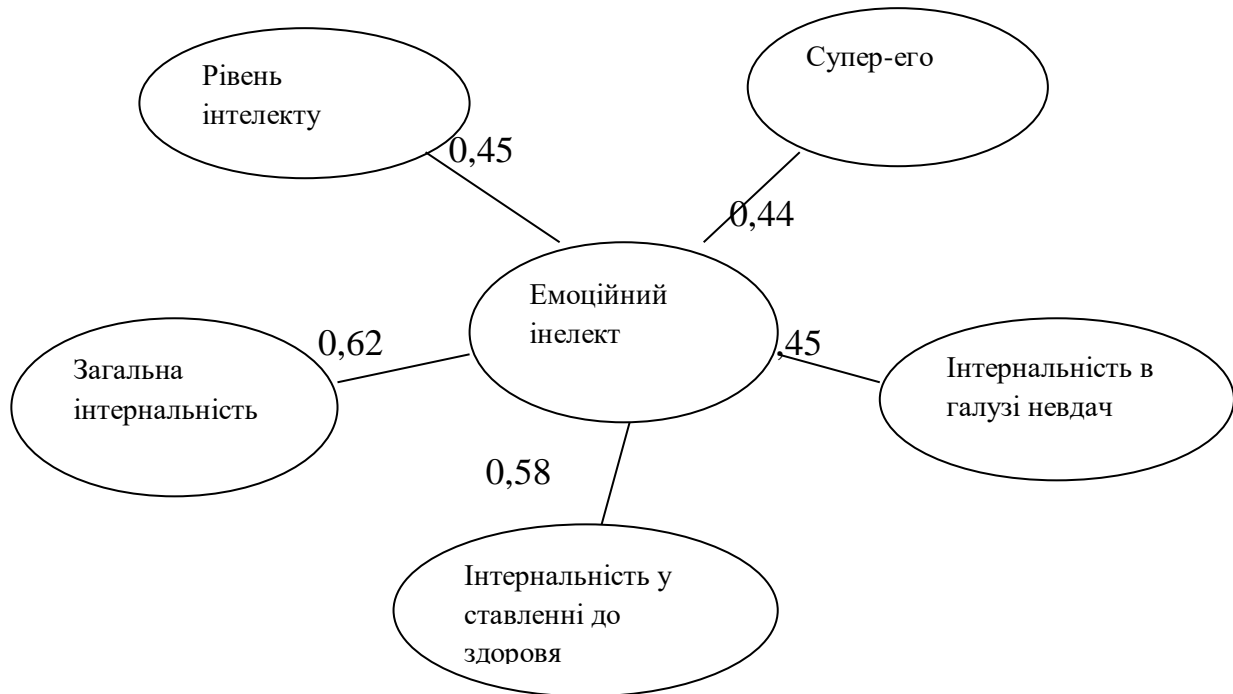


Рис. 3.30. Кореляційні зв'язки параметрів особистості педагогів основної групи

Це можна пояснити тим, що педагоги з основної групи досліджуваних частіше стикаються з необхідністю брати на себе відповідальність за результати їхньої роботи, їхніх рішень, а також з необхідністю приймати іноді ці рішення за інших.

Отже, з даних результатів, ми бачимо, що наша перша гіпотеза підтвердилась.

2. відмінність у рівні інтернальності у сфері невдач ($t = -2,461$, $df=44$; при $p=0,017$), у групі педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами рівень цієї ознаки вищий. Це можна пояснити тим, що у роботі педагогів з основної групи досліджуваних більший акцент ставиться на

роботу кожного педагога, а не колективу чи рішень керівництва, отже і відповідальність за власні невдачі вони звикли брати на себе.

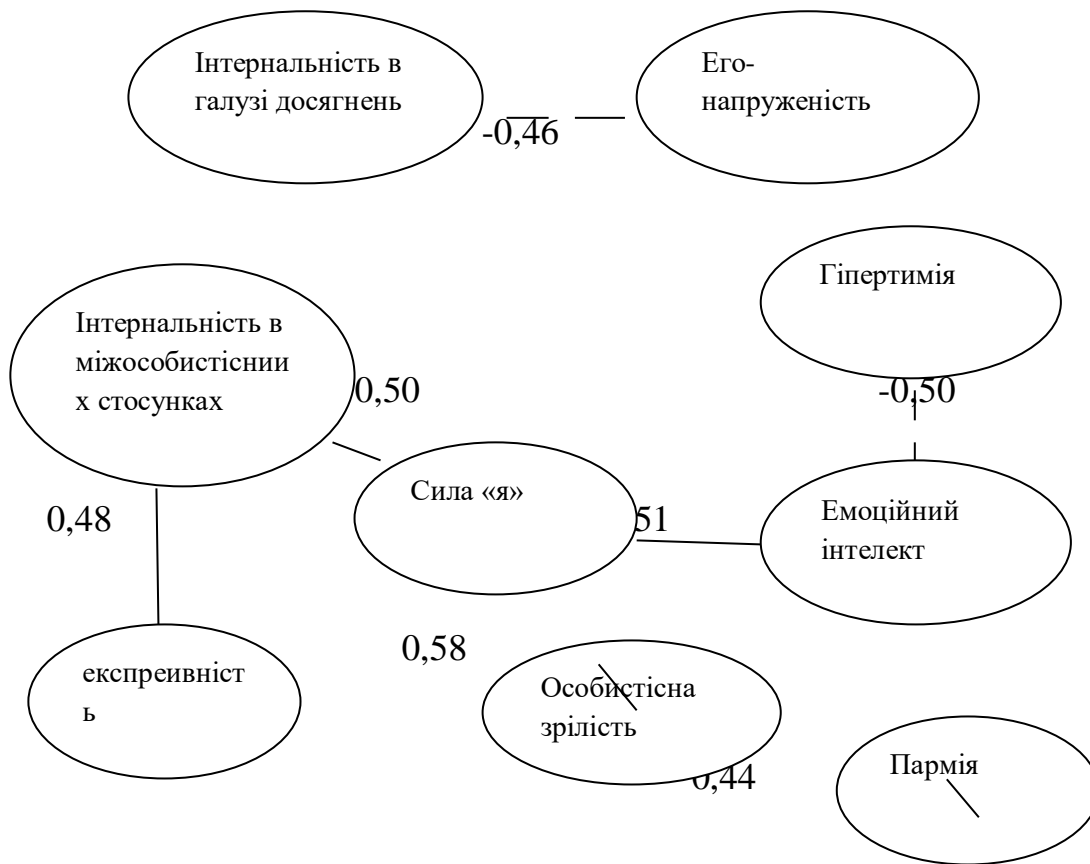


Рис. 3.31. Кореляційні зв'язки параметрів особистості педагогів контрольної групи

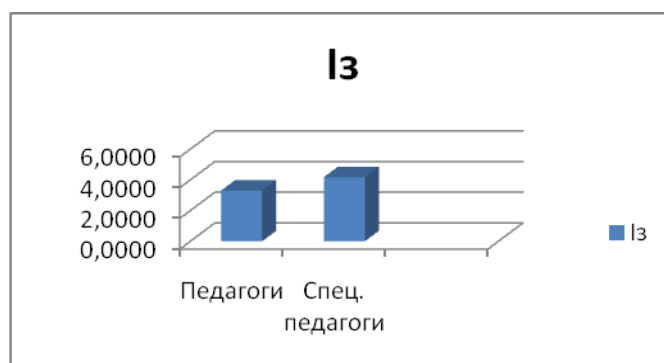


Рис. 3.32. Показники порівняльного аналізу за шкалою загальної інтернальності у педагогів досліджуваних груп

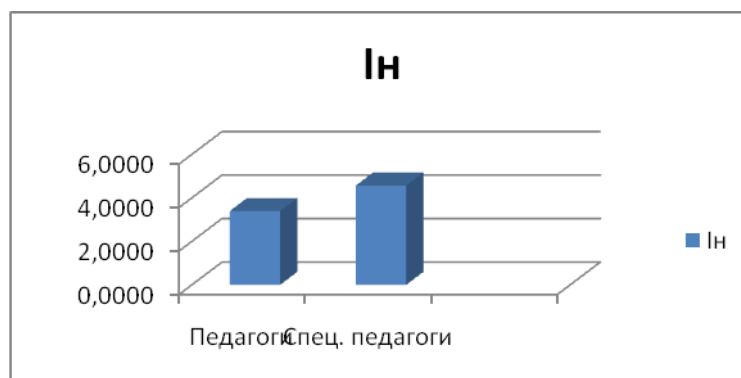


Рис. 3.33. Показники порівняльного аналізу за шкалою інтернальності у сфері невдач у педагогів досліджуваних груп

3. відмінність у рівні інтернальності у сфері професійних стосунків ($t = -2,703$, $df=44$; при $p=0,009$), у групі основній педагогів, рівень цієї ознаки вищий ніж у контрольній. Це може бути пов'язано з тим що особливості роботи з дітьми з особливими освітніми потребами вимагають більшої самостійності, а отже і несення відповідальності за ці самостійні професійні рішення.

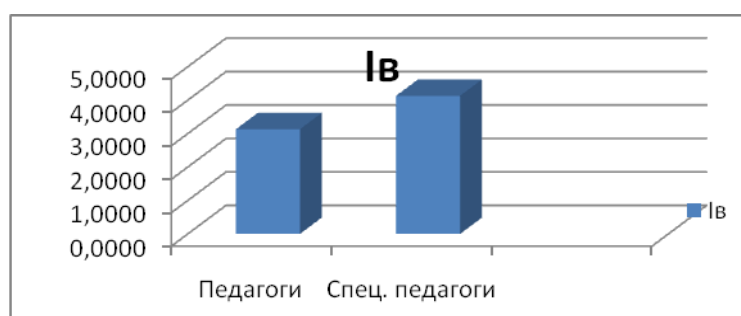


Рис. 3.34. Показники порівняльного аналізу за шкалою інтернальності у сфері професійних стосунків у педагогів досліджуваних груп

Отже, можна зробити висновок про те, що в групі педагогів, що працюють з дітьми з особливими освітніми потребами вищі показники рівня загальної інтернальності, інтернальності у сфері невдач та інтернальності у сфері професійних стосунків.

Факторний аналіз

За результатами факторного аналізу було виділено чотири фактори:

У перший фактор – Активність – увійшли такі показники як: сила «я»(факторне навантаження $-0,781$), пармія (факторне навантаження $- 0,605$), висока его-напруженість (факторне навантаження $- -0,750$), висока особистісна зрілість(факторне навантаження $- 0,531$). Фактор 1 пояснює 16% дисперсії.

У другий фактор - Емоційна регуляція - увійшли такі показники як: домінантність(факторне навантаження $- 0,713$), експресивність(факторне навантаження $- 0,598$), пармія (факторне навантаження $- 0,537$), протенсія (факторне навантаження $- 0,579$), радикалізм (факторне навантаження $- 0,549$), низька інтернальність у сфері досягнень(факторне навантаження $- -0,502$) Фактор 2 пояснює 11% дисперсії.

До третього фактору – Відповідальність – увійшли такі показники як:загальна інтернальність, з факторним навантаженням $0,789$, інтернальність у сфері невдач, з факторним навантаженням $0,775$, інтернальність у ставленні до здоров'я та хвороби, з факторним навантаженням $0,514$. Фактор 3 пояснює 8,6% дисперсії.

Четвертий фактор - Самоконтроль та самопрезентація - складається з таких показників:високий рівень супер-его (факторне навантаження $- 0,613$), дипломатичність (факторне навантаження $- 0,612$), висока самодостатність (факторне навантаження $- 0,602$), висока самооцінка(факторне навантаження $- 0,567$).

Таким чином, на основі результатів порівняння психологічних особливостей двох груп педагогів, які працюють з дітьми з особливими потребами, та педагогів, які працюють із здоровими дітьми, можемо зробити такі висновки:

- 1) У досліджуваних групах виявлено низку спільних особистісних рис: висока комунікабельність, відкритість, готовність до співпраці, практичність, добросовісність, достатньо високий рівень самооцінки.
- 2) До відмінних рис у досліджуваних групах педагогів слід віднести:
 - вищий відсоток осіб з високими показниками сила «я» у групі вчителів спеціальної школи (39%) порівняно з педагогами загальної школи (26%);
 - значно вищий рівень домінантності вчителів спеціальної школи (65%) порівняно з педагогами загальної школи (49%);
 - вищий рівень самодостатності вчителів спеціальної школи (52%) порівняно з педагогами загальної школи (43%);
 - дещо нижчий рівень самооцінки вчителів спеціальної школи (високі показники спостерігалися у 65% опитуваних) порівняно з педагогами загальної школи (високі показники виявлені у 78% опитуваних);
 - дещо нижчий рівень еґо-напруження вчителів спеціальної школи (високі показники спостерігалися у 52% опитуваних) порівняно з педагогами загальної школи (високі показники виявлені у 61% опитуваних);
 - нижчий рівень емоційного інтелекту вчителів спеціальної школи (високі показники спостерігалися у 52% опитуваних) порівняно з педагогами загальної школи (високі показники виявлені у 73% опитуваних);
 - дещо нижчий рівень дипломатичності вчителів спеціальної школи (61%) порівняно з педагогами загальної школи (74%).
- 3) Для більшості педагогів, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами притаманний інтернальний локус контролю. При цьому їх рівень інтернальності значно вищий, ніж у педагогів, які працюють із здоровими дітьми. Це може бути пов'язано з тим, що особливості роботи з дітьми з особливими освітніми потребами вимагають більшої самостійності педагога, а отже і несення відповідальності за ці самостійні професійні рішення.
- 4) На основі даних кореляційного аналізу показано, що існує взаємозв'язок між особистісними рисами педагогів, які працюють з дітьми з особливими

освітніми потребами, їх рівнем особистісної зрілості та рівнем емоційного інтелекту.

5) В ході проведеного дослідження перевірялася гіпотеза про те, що педагогам, які працюють з дітьми з особливими освітніми потребами притаманний вищий рівень особистісної зрілості, ніж педагогам, які працюють із здоровими дітьми. Ця гіпотеза була спростована отриманими експериментальними даними. Тобто, робота з дітьми передбачає високий рівень особистісної зрілості, при цьому не має значення, чи це здорові діти, чи діти з особливими освітніми потребами.

б) Проведений факторний аналіз експериментальних даних дозволив зобразити портрет педагога, який працює з дітьми з особливими освітніми потребами. Це особистість, що характеризується такими факторами: активність, відповідальність, емоційна регуляція, самоконтроль. Порівняння виявлених факторів у педагогів загальної та спеціальної школи вказує на дещо більше розвинені в останніх відповідальність та емоційну регуляцію, пов'язану з своєрідним «загартуванням» педагогів на роботі з більшим емоційним та нервовим навантаженням.

3.8. Психологічні чинники професійного вигорання у корекційних педагогів

Основна психологічна проблема в діяльності педагога - це постійний стан напруженості, пов'язаний з необхідністю внутрішнього налаштування на певну поведінку, мобілізації всіх сил на активні й доцільні дії [197].

Емоціогенність закладена в самій природі педагогічної праці, особливо у праці з дітьми початкових класів, з дітьми-інвалідами, причому емоції мають найрізноманітніший характер. Більшість авторів сьогодні схиляються до думки, що емоціогенні форми професійної дезадаптації педагогів і осіб які працюють з дітьми-інвалідами (у яскраво вираженій це «синдром згорання») є характерною ознакою даного виду діяльності і водночас можуть бути виявом професійної непридатності [196].

“Синдром вигорання” – складний психофізіологічний феномен, що визначається як емоційне, розумове і фізичне виснаження через тривале емоційне навантаження. Синдром виявляється у депресивному стані, почутті втоми і спустошеності, ентузіазму, утраті здатності бачити позитивні наслідки своєї праці, негативній настанові щодо роботи і життя в цілому [337]. Отже, якщо подібний синдром спостерігається у педагога і особи яка працює з дітьми інвалідами, то це стає небезпекою для його вихованців, тому що, як уже згадувалося, настрій педагога швидко передається дітям.

Проблемою синдрому вигорання, зокрема педагогів, займались дослідники: К. Маслач, Г. Робертс, Л. А.Китаєв-Смик, Е. Мехер, В.В.Бойко, В. Орел, Д.І. Шульженко та ін. Практично не вивчалась тема професійного вигорання педагогів спеціальної школи. Тому метою дослідження є вивчення особливостей професійного вигорання педагогів та осіб які працюють з дітьми із порушенням розвитку в умовах спеціальної школи [157].

Для реалізації мети дослідження було застосовано такі методики: методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко; методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі; методика багатofакторної діагностики особистості Р. Кеттелла; методика Н. Холла на визначення рівня емоційного інтелекту.

У дослідженні взяло участь 60 педагогів середніх шкіл міста Львова, віком від 30 до 45 років. Серед них 30 спеціальних педагогів (працівники загальноосвітньої школи-інтернату для дітей з тяжкими порушеннями мовлення: 19 жінок і 11 чоловіків) та 30 учителів загальноосвітніх шкіл (працівники ЗОШ № 64 та ЗОШ № 65, з яких 21 жінка і 9 чоловіків).

Згідно із результатами методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко встановлено, що 37,5 % опитаних мають високий рівень розвитку резистенції, тоді як лише у 13,2% опитаних виявлено високий рівень розвитку першого компонента синдрому (“напруження”), також у 11,6% опитаних – високий рівень розвитку третього компонента синдрому (“виснаження”).

Тобто можна стверджувати, що розвиток “професійного вигорання” у педагогів відбувається саме через другий компонент синдрому. Професійна діяльність педагога завжди містить у собі перевантажену емоціями комунікативну діяльність: спілкування з дітьми, колегами, адміністрацією, батьками тощо. Усе це створює для вчителя умови постійного емоційного напруження. Результати дослідження свідчать, що за таких умов учителі схильні

Таблиця 3.3

Результати дослідження за методикою «Діагноста емоційного вигорання» В. В. Бойко

Симптоми емоційного вигорання		Сформувалося емоційне вигорання (М)	Формується емоційне вигорання (М)	Відсутність емоційного вигорання(М)
Напруження	Переживання психотравмуючих обставин	-	3,1	2,9
	Незадоволеність собою	-	2,4	1,9
	Загнаність в клітку	-	4	1,6
	Тривога і депресія	-	2,9	2,9
Резистенція	Неадекватне виборче емоційне реагування	2,3	2,3	2,1
	Емоційно-етична дезорієнтація	1,8	2,9	1,4
	Розширення сфери економії емоцій	2,5	4.3	1,1
	Редукція професійних обов'язків	2,3	2,9	2,6
	Емоційний дефіцит	3,9	1,9	1,4
	Емоційна усунутість	3,7	1,5	1,9

Виснаження	Особова усунутість (деперсоналізація)	5,1	1,9	1,6
	Психосоматичні і Психовегетативні порушення	4	2,3	1,4

реагувати згоранням комунікативної діяльності. Будь-якому педагогові для того, щоб зберегти власне емоційне здоров'я та благополуччя дуже часто доводиться вдаватись до тактики економії емоцій, вибудовувати захисні бар'єри на шляху виснажливого спілкування (див. табл. 3.3).

Отже, такі дані дають нам можливість розкрити сутність поведінкових реакцій педагогів при виникненні синдрому. Переважна більшість опитаних педагогів схильні до такої захисної реакції, як “економія емоцій”, що позначається на стосунках з оточенням і може призводити до неадекватних емоційних реакцій, а також провокує редукцію професійних обов'язків.

За методикою діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі – найбільший відсоток 52,5% припадає на доброзичливий тип ставлення до оточуючих. Такі педагоги зазвичай виховані з усіма, зорієнтовані на соціальне схвалення, прагнуть задовольнити потреби всіх і досягнути мети певної мікрогрупи, емоційно мобільні. Вони прагнуть до співпраці, гнучкі, часто йдуть на компроміс в конфліктних ситуаціях, дотримуються правил і принципів «гарного тону», комунікативні, а відповідно проявляють толерантність.

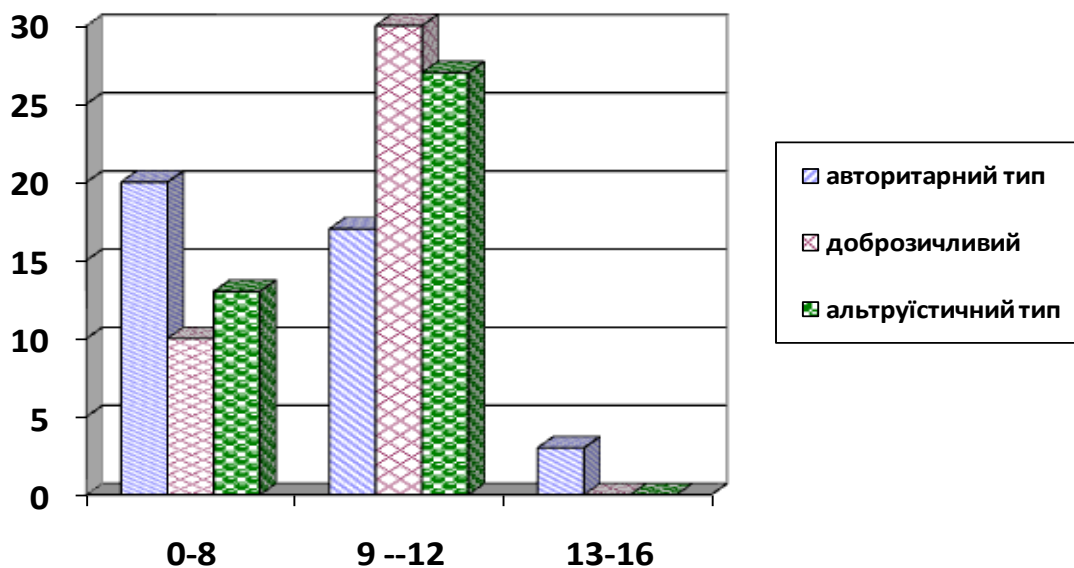


Рис.3.35. Співвідношення авторитарного, дружелюбного і альтруїстичного типів ставлення до оточення

22,5% складає альтруїстичний тип. Такі педагоги часто гіпервідповідальні, прагнуть допомогти всім, дуже активні у стосунках з оточуючими; інколи можуть «носити маску». Їм притаманні м'якість, доброта, емоційне ставлення до учнів, співчутливість, турботливість, лагідність.

10% авторитарний тип. Ці педагоги мають диктаторський, деспотичний характер. У них майже відсутня комунікативна толерантність у стосунках з учнями. Вони завжди повчають, не вміють приймати думку інших, пригнічують індивідуальність. В такій атмосфері учень не може проявити власне «Я» (див. рис. 3.35).

Згідно із результатами методики багатofакторної діагностики особистості Р. Кеттелла встановлено, що у 77,7% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень самооцінки (Фактор MD), у 12,3% середній і в 10% низький рівень самооцінки. Натомість, у 58,4% корекційних педагогів низький рівень самооцінки, у 21,6% середній і в 20% низький. Це свідчить про те, що у корекційних педагогів нижчий рівень самооцінки, ніж у педагогів загальноосвітньої школи. У 68,1% педагогів загальноосвітньої школи

високий рівень комунікабельності (Фактор А), у 22,2% середній, а в 10,7% низький рівень комунікабельності. Натомість, у 52,8% корекційних педагогів низький рівень комунікабельності, у 30,2% середній і в 17% низький. Це свідчить про те, що у корекційних педагогів нижчий рівень комунікабельності. У 68,2% педагогів загальноосвітньої школи і корекційних педагогів високий рівень інтелекту (Фактор В), у 17,8% середній рівень інтелекту і в 14% низький рівень. Це свідчить про те, що у корекційних педагогів і педагогів загальноосвітньої школи переважає високий рівень інтелекту. Також у 57,5% корекційних педагогів високий рівень емоційної стійкості (Фактор С), у 18% середній і в 24,5% низький рівень стійкості. Натомість, у 35,5% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень емоційної стійкості, у 30,1% середній, а в 34,4% низький. Це свідчить про те, що у корекційних педагогів вищий рівень емоційної стійкості, ніж у педагогів загальноосвітньої школи. У 68,7% корекційних педагогів високий рівень домінування (Фактор Е), у 19% середній і в 12,3% низький рівень прагнення до домінування. Натомість, у 50,1% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень прагнення до домінування, у 25% середній, а в 24,9% низький рівень прагнення до домінування. Можна зробити висновок про те, що у педагогів досліджуваних груп переважає прагнення до домінування. Також у 53% корекційних педагогів

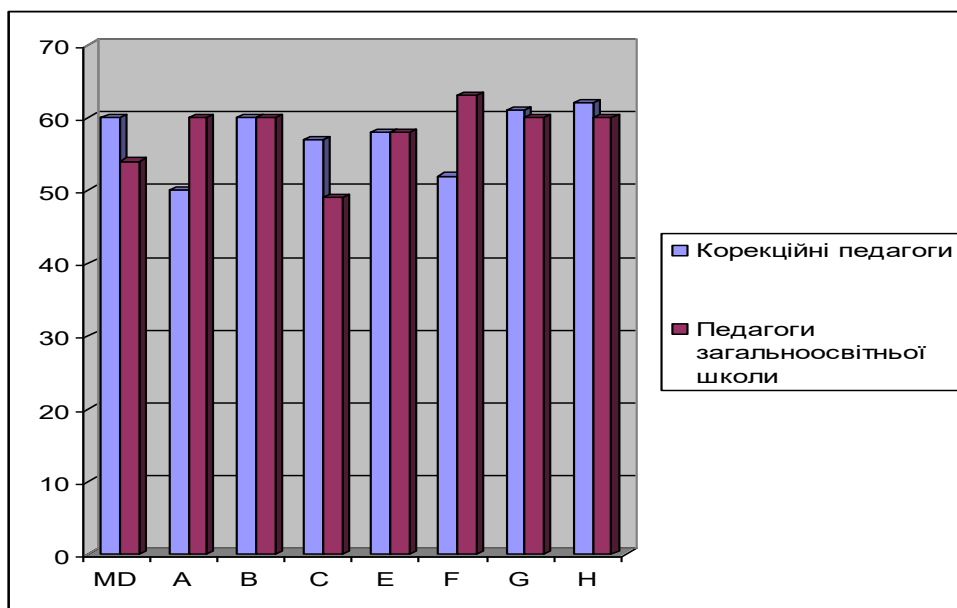


Рис. 3.36. Відмінності психологічних властивостей корекційних педагогів та педагогів загальноосвітньої школи

переважає високий рівень стриманості, у 17% середній і в 27% переважає низький рівень стриманості, тобто домінує експресивність. Натомість, у 60,2% педагогів загальноосвітньої школи переважає низький рівень стриманості, домінує експресивність, у 30,8% середній рівень експресивності, і в 9% низький. Це свідчить про те, що у педагогів загальноосвітньої школи вищий рівень експресивності, ніж у корекційних педагогів. У 45% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень нормативності (Фактор G), у 30% середній і в 25% низький рівень нормативності, що виражається у схильності до непостійності. У 52,2% корекційних педагогів високий рівень нормативності поведінки, у 23,6% середній рівень і в 24,2% низький рівень. Це свідчить про те, що у педагогів досліджуваних груп переважає високий рівень нормативності поведінки, що свідчить про наявність у них таких характерологічних рис як: відповідальність та цілеспрямованість. У 69,2% корекційних педагогів та педагогів загальноосвітніх шкіл високий рівень сміливості (Фактор H), у 17,8% середній і в 13% низький рівень. Це свідчить

про те, що педагоги досліджуваних груп є сміливими та соціально активними (див. рис. 3.36).

Також у 62% корекційних педагогів високий рівень чутливості (Фактор І), у 19% середній рівень і в 11,8% низький рівень чутливості. Натомість, 49,5% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень чутливості, у 25,7% середній, а в 24,8% низький. Це свідчить про те, що корекційним педагогам властива емпатійність, схильність до романтизму, художнього сприйняття світу. Педагоги загальноосвітніх шкіл практичні та спрямовані на зовнішню реальність. У 70,1% педагогів загальноосвітньої школи низький рівень підозріливості (Фактор L), у 19,9% середній рівень і в 10% високий рівень підозріливості. Натомість, у 65,6% корекційних педагогів низький рівень підозріливості у 22,2% середній рівень і в 12% високий рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що педагоги досліджуваних груп доброзичливі у ставленні до інших, толерантні і добре працюють у колективі. У 39,1% корекційних педагогів високий рівень практичності (Фактор М), у 20% середній рівень і в 40,9% низький рівень прояву цієї ознаки. Натомість, у 51,2% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень практичності, у 27,6% середній рівень і в 21,2% низький. Це свідчить про те, що педагогам загальноосвітньої школи властиве практичне мислення та реалістичність. Натомість, корекційні педагоги спрямовані на свій внутрішній світ та є творчими особистостями. У 60% корекційних педагогів високий рівень дипломатичності, у 43% середній, і в 27% низький. У 55% педагогів загальноосвітньої школи переважає високий рівень дипломатичності, у 24,5% середній і в 20% низький. Це свідчить про те, що у педагогів досліджуваних груп переважає високий рівень дипломатичності. Також у 72,1% корекційних педагогів переважає високий рівень впевненості в собі (Фактор О), у 21% середній рівень і в 26,9% низький рівень впевненості в собі. У 69,8% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень впевненості в собі, у 16% рівень і в 14,2% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що

педагоги досліджуваних груп впевнені в собі. У 61,1 педагогів загальноосвітньої школи високий рівень радикалізму (Фактор Q1), у 18,4% середній, і в 20,5% низький рівень прояву радикалізму. У 58,9% високий рівень радикалізму, у 22,3% середній, і в 18,8% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у педагогів досліджуваних груп переважає високий рівень радикалізму, що виражається аналітичністю мислення та наявністю інтелектуальних інтересів. Також у 40,2% корекційних педагогів переважає високий рівень конформізму (Фактор Q2), у 29,5% середній, і в 30,3% низький рівень прояву конформізму. У 57,5% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень прояву нонконформізму, у 21,1% середній рівень прояву нонконформізму, і в 21,5% переважає конформізм. Це свідчить про те, що корекційним педагогам властива конформність та залежність від групи. Відсутність ініціативи у прийнятті рішень. Натомість педагоги загальноосвітньої школи незалежні у прийнятті рішень і не потребують соціального схвалення. У 65,4% педагогів загальноосвітньої школи встановлено високий самоконтроль(Фактор Q3) , у 20% середній рівень прояву цієї ознаки та у 14,6% низький рівень самоконтролю. У 58,4% корекційних педагогів переважає високий самоконтроль, у 22,6% середній рівень самоконтролю, і в 19% низький рівень прояву цієї ознаки. Педагогам досліджуваних груп властива цілеспрямованість, чіткість у виконанні соціальних вимог. У 55% педагогів загальноосвітньої школи переважає високий рівень напруженості (Фактор Q4), у 28% середній рівень прояву цієї ознаки, і в 17% низький. У 49,1% високий рівень напруженості, у 29,4% середній, і в 21,5% низький. Це свідчить про те, що у педагогів досліджуваних груп переважає напруженість, що виражається у підвищеній мотивації (див. рис.3.37).

Згідно із результатами методика Н. Холла на визначення рівня емоційного інтелекту встановлено, що 67,2% корекційних педагогів переважає високий рівень емоційного усвідомлення, у 20,4% середній рівень, а в 12,4% низький. У 45,2% педагогів загальноосвітньої школи виявлено високий рівень

емоційного усвідомлення, у 30,1% середній, і в 24,7% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у корекційних педагогів вищий рівень емоційного усвідомлення, ніж у педагогів загальноосвітньої школи. У 65,3% корекційних педагогів високий рівень прояву керування своїми емоціями, у 19,4% середній і в 15,3% низький. У 42,4% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень керування своїми емоціями, у 38,5% середній і в 19,1% низький рівень прояву цієї ознаки. Це свідчить про те, що у корекційних педагогів вищий рівень керування своїми емоціями, ніж у педагогів загальноосвітньої школи. 63,2% педагогів загальноосвітньої школи притаманний високий рівень самомотивації, у 18,6% середній, і в 18,2% низький рівень прояву само мотивації. 59,2 % корекційних педагогів притаманний високий рівень

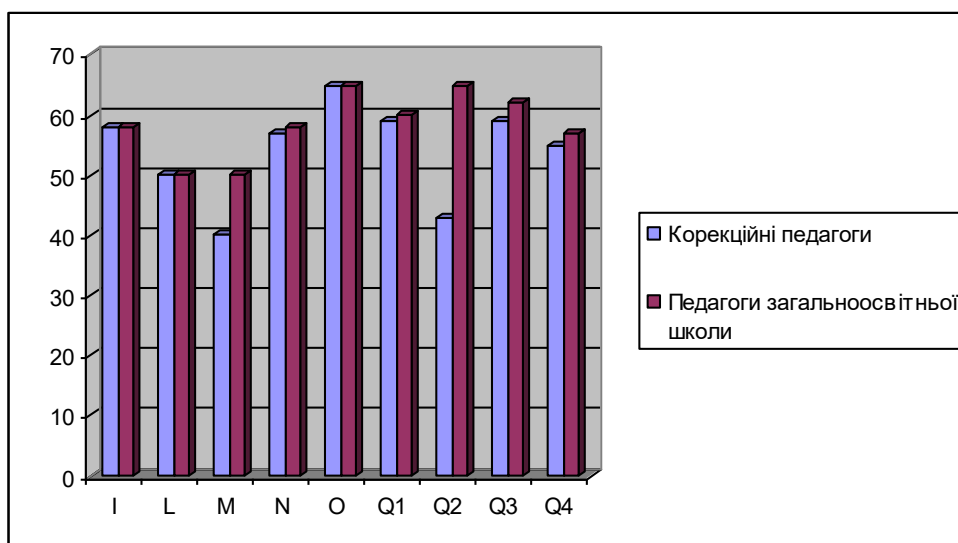


Рис. 3.37. Відмінності психологічних властивостей корекційних педагогів та педагогів загальноосвітньої школи

самомотивації, у 22,5% середній і в 18,3% низький. Можна зробити висновок про те, що у педагогів досліджуваних груп переважає високий рівень самомотивації. У 62,1% корекційних педагогів високий рівень емпатії, у 26,7% середній рівень емпатії, і в 11,2% низький рівень прояву цієї ознаки. У 63,4% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень емпатії, у 22,4%

середній рівень емпатії, і в 14,2% низький рівень. У педагогів досліджуваних груп переважає високий рівень емпатії. Також у 60,3% корекційних педагогів високий рівень розпізнавання емоцій, у 25,1% середній, і в 14,6% низький рівень прояву цієї ознаки. У 59,3% педагогів загальноосвітньої школи високий рівень розпізнавання емоцій, у 24,5% середній, і в 16,2% педагогів низький рівень прояву цієї ознаки. У педагогів досліджуваних груп переважає високий рівень розпізнавання емоцій (див. рис. 3.38).

Згідно із результатами кореляційного аналізу у групі корекційних педагогів (при $p < 0,05$) : встановлений обернений кореляційний зв'язок між агресивним типом особистості та інтелектом (Фактор В) ($r = -0,61$), із зростанням агресивності, ворожості по відношенню до навколишніх знижує абстрактність та гнучкість мислення. Також встановлений прямий кореляційний зв'язок між резистенцією та інтелектом (Фактор В) ($r = 0,38$), із зростанням схильності до емоційного вигорання зростає інтелектуальна гнучкість та зібраність особистості. Емоційне вигорання може виникати внаслідок напруженої інтелектуальної праці. самоконтролю над своїми емоційними переживаннями зростає напруження, що є першою фазою емоційного виснаження.

Виявлений прямий кореляційний зв'язок між емпатією та напруженням ($r = 0,42$), із зростанням схильності особистості до емпатії зростає психологічне напруження, що є першою фазою емоційного виснаження. Здатність особистості до співпереживання передбачає виникнення емоційного напруження, що може в подальшому призвести до емоційного виснаження.

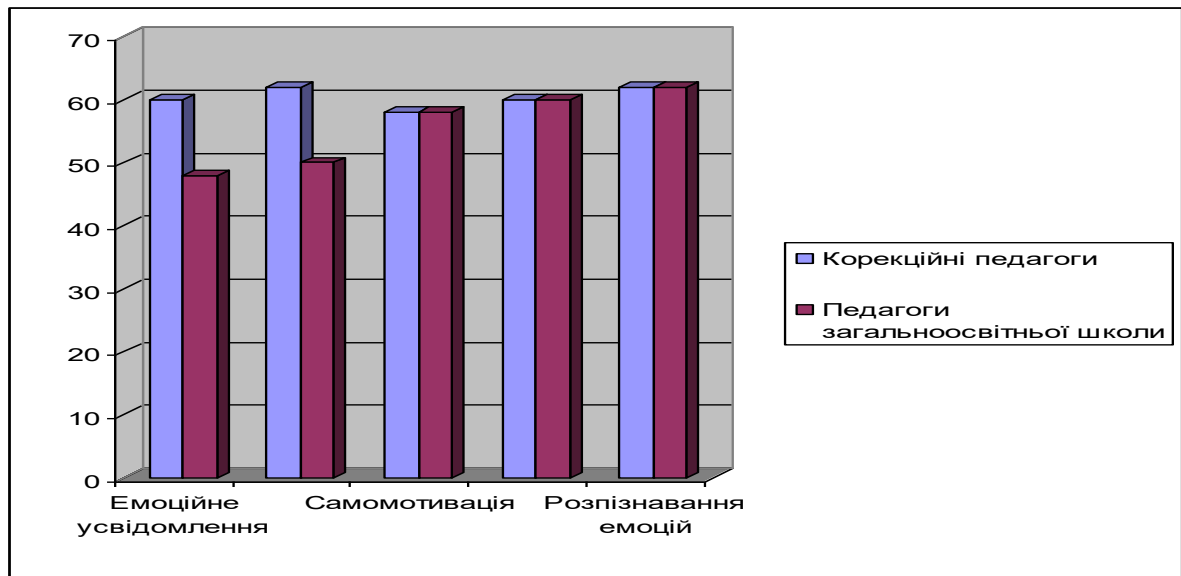


Рис. 3.38. Відмінності психологічних властивостей корекційних педагогів та педагогів загальноосвітньої школи

Виявлений прямий кореляційний взаємозв'язок між виснажливістю та високим самоконтролем (Фактор Q3) ($r = 0,62$), із зростанням схильності до емоційного виснаження зростає прагнення особистості контролювати свої емоційні переживання і поведінку. Цілеспрямованість, самоконтроль як психологічні властивості особистості є передумовою до виникнення емоційного виснаження.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між емпатією та емоційним виснаженням ($r = 0,44$), із зростанням здатності особистості до співпереживання зростає емоційне виснаження. Співпереживаючи, людина віддає свої душевні сили, емоційні ресурси і це призводить до емоційного виснаження.

Встановлено прямий кореляційний зв'язок між розпізнаванням емоцій та комунікабельністю (Фактор А) ($r = 0,62$), із зростанням вміння впливати на емоційні стани інших зростає товарицькість, комунікабельність, відкритість до інших, як психологічні властивості особистості.

Для порівняння двох груп педагогів було використано т-тест. При рівні

$p < 0,05$ виявились такі відмінності: відмінність у рівні комунікабельності ($t = 0,784$, $df=81$; при $p=0,4350$), у групі педагогів загальноосвітньої школи вищий рівень цієї ознаки; у емоційному виснаженні ($t = 0,884$, $df=81$; при $p=0,4347$); у емоційному усвідомленні ($t = 0,653$, $df=81$; при $p=0,5154$); у керуванні своїми емоціями ($t = 0,884$, $df=81$; при $p=0,4347$). Графічно це зображено на Рис. 3.34.

Можна зробити висновок про те, що у корекційних педагогів вищий рівень емоційного виснаження, емоційного усвідомлення та керування своїми емоціями, проте нижчий рівень комунікабельності. Натомість у педагогів загальноосвітньої школи нижчий рівень емоційного виснаження, емоційного усвідомлення та керування своїми емоціями та вищий рівень комунікабельності.

На основі факторного аналізу у групі корекційних педагогів отримано такі результати: фактор 1 пояснює 14 % дисперсії, і має назву «Емоційність та характерологічні властивості». Представлений такими шкалами як: напруження ($r=-0,190$, $p=0,7$), керування своїми емоціями ($r=0,498$, $p=0,7$), доброзичливість ($r=0,151$, $p=0,7$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали керування своїми емоціями. Найменше факторне навантаження характерне для шкали напруження. Вміння керувати своїми емоціями знижує емоційну напругу, яка є передумовою емоційного вигорання. Для такої особистості характерне доброзичливе ставлення до інших, прагнення допомогти і співчувати; фактор 2 пояснює 10 % дисперсії, і має назву «Емоційність та емоційне виснаження». Представлений такими шкалами як: самоконтроль (Фактор Q3) ($r=0,139$, $p=0,7$), виснаження ($r=-0,381$, $p=0,7$), самомотивація ($r=0,187$, $p=0,7$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали самомотивація. Найменше факторне навантаження характерне для шкали виснаження. Вміння керувати власними емоціями розвиває цілеспрямованість та інтегрованість особистості і знижує емоційне виснаження.

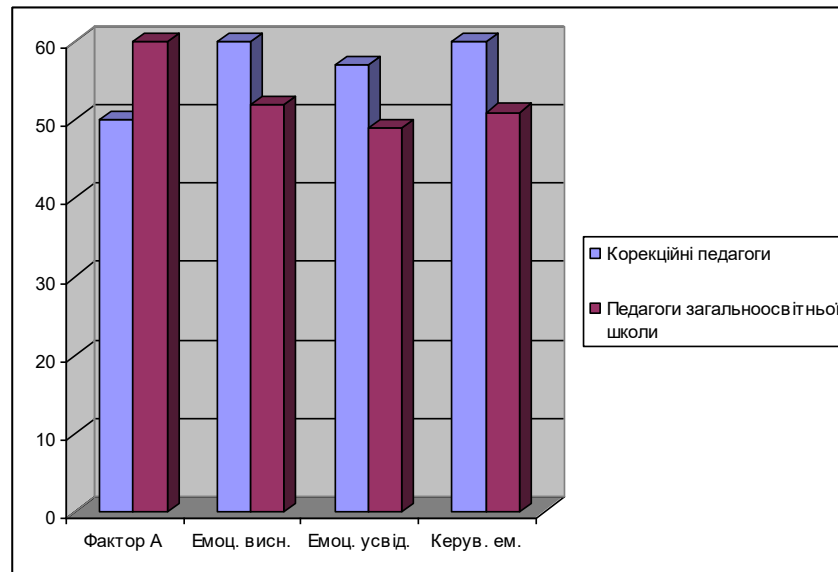


Рис.3.39. Показники порівняльного аналізу за шкалами комунікабельність (Фактор А), емоційне виснаження, емоційне усвідомлення, керування емоціями

Фактор 3 пояснює 8 % дисперсії, і має назву «Психологічні властивості особистості». Представлений такими шкалами як: адекватність самооцінки (Фактор MD) ($r=0,186$, $p=0,7$), впевненість в собі (Фактор O) ($r=0,331$, $p=0,7$), емоційне усвідомлення ($r=0,187$, $p=0,7$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали впевненість в собі. Найменше факторне навантаження характерне для шкали адекватність самооцінки. Це можна пояснити тим, що впевненість особистості у власних силах формує адекватну самооцінку. Така особистість краще усвідомлює та контролює власні емоційні переживання.

Таким чином, можна зробити висновок, що професія педагога – одна з тих, де синдром “професійного вигорання” є найбільш поширеним. Тому дуже важливим є вивчення особливостей його виникнення, розвитку та перебігу саме у педагогічній діяльності. Педагоги працюють у доволі неспокійній, емоційно напруженій атмосфері, що вимагає постійної уваги і контролю за взаємодією в системі “вчитель – учень”. Якщо педагог реагує адекватним, адаптивним чином, він більш успішно й ефективно діє та підвищує свою функціональну активність і впевненість, у той час, як дезадаптивні реакції ведуть по спіралі вниз, до

“професійного вигорання”. Коли вимоги (внутрішні й зовнішні) постійно переважають над ресурсами (внутрішніми й зовнішніми), у людини порушується стан рівноваги. Безперервне або прогресуюче порушення рівноваги неминуче призводить до “професійного вигорання”.

Згідно із результатами емпіричного дослідження, чинниками професійного вигорання у педагогів спеціальної школи є: емоційні; характерологічні; психологічні. У педагогів спеціальної школи вищий рівень професійного вигорання, ніж у педагогів загальноосвітньої школи. Корекційні педагоги краще усвідомлюють та контролюють свої емоційні переживання, ніж педагоги загальноосвітньої школи. Окрім того, існує взаємозв'язок між емпатією та емоційним напруженням корекційних педагогів та між розпізнаванням емоцій та їх комунікабельністю

Для успішного подолання професійного вигорання слід пам'ятати про наступні компоненти:

- інтелектуальний - розуміння завдань, обов'язків, знання засобів досягнення мети, прогноз діяльності;
- емоційний - упевненість в успіху, наснага, почуття відповідальності;
- мотиваційний – інтерес, прагнення домогтись успіху, потреба успішно виконати поставлене завдання;
- вольовий - мобілізація сил, зосередженість на завданні, відволікання від перешкод, подолання сумнівів.

Одним із засобів подолання професійного вигорання у педагогів, які працюють з аутичними дітьми є, на думку Д. І. Шульженко, пербудова та вдосконалення дидактичних систем підготовки та перепідготовки вчителів і вихователів [240]. Реалізація ідеї підготовки та перепідготовки спеціалістів, які в різних навчально-терапевтичних умовах працюють з аутичними дітьми, здійснюється різними навчально-реабілітаційними центрами, зокрема, спеціалістами Львівського центру підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце» спільно з працівниками відділення психології

Львівського національного університету імені Івана Франка було розроблено навчальну програму "Психолого-педагогічна допомога особам з аутизмом" (розрахована як на батьків, так і на спеціалістів), яка в першу чергу впроваджується у закладах, в яких працюють з дітьми з аутизмом (див. Додаток 2).

3.9. Психологічні особливості волонтерів, які працюють з особами зі спектром аутистичних порушень

Люди як суспільні істоти формують та підтримують розгалужену мережу взаємодій, оперту на цінності рівності, свободи, підтримки та допомоги.

Психологічні особливості осіб, які працюють з особами із психофізичними розладами викликають широкий пізнавальний інтерес. Тема волонтерства є новою і цікавою, про неї висловлено багато думок та припущень, зокрема поширена думка, що волонтерською діяльністю схильні займатися особи, що мають певні внутрішні конфлікти та незадоволені власним життям, однак основні чинники, що мотивують особистість займатися волонтерською діяльністю залишаються невідомими.

Тема волонтерства стосується практичних сторін соціальних центрів, оскільки волонтерська діяльність є важливою складовою у наданні психологічної допомоги.

Проблематику волонтерства та соціальної роботи вивчали такі вчені як Л. С. Виготський, А. Шютц, Е. Клері, М. Снайдер, В. В. Козлов, Р. Патнамом.

Аналізуючи теоретичні підходи у трактуванні волонтерства можна умовно виділити три основні напрямки.

Перший підхід розвинувся в руслі соціальної психології. Його опорою є концепція символічного інтеракціонізму Герберта Блумера. Згідно з ним, суспільство визначається як символічна взаємодія індивідів. Люди діють з опорою на значення (сенси), які приписують речам. Сенс будь-якої речі виникає у

процесі взаємодії, у яку людина вступає з іншою людиною.

Другий підхід - соціологічний, представниками якого є Альфред Шютц та Роберт Патнамом, які стверджують, що суспільство розвивається у процесі духовної взаємодії людей. В руслі соціологічного підходу альтруїзм розглядається під впливом дії двох соціальних норм: взаємності та соціальної відповідальності. Норма соціальної відповідальності - це очікування того, що люди будуть допомагати тим, хто від них залежить, не вимагаючи жодної віддачі у майбутньому.

Третій підхід до розуміння альтруїзму пропонує еволюційна психологія. У межах еволюційної теорії безкорисливу поведінку пояснюють вродженими механізмами: захист роду та пошук взаємної вигоди. Цей підхід представлений психологічною теорією соціального обміну. Згідно з цією теорією люди обмінюються не лише матеріальними цінностями (речами, грошима), а й соціальними цінностями, такими як дружба, послуги, інформація і статус. І при цьому люди намагаються звести до мінімуму власні витрати і одержати максимально можливу винагороду.

- Волонтерство як соціально-психологічний феномен

У загальному розумінні волонтерства (від лат. *volontarius*) - це добровільна, неприбуткова діяльність, що приносить користь суспільству та задоволення тому, хто її здійснює. Будь-яка людина, яка свідомо і безкорисливо працює на благо інших може називатися волонтером. Волонтером вважається особа, яка добровільно здійснює благодійну діяльність, що не передбачає включеності до ієрархічно-організаційної структури певної установи [39, 40].

Особливість мотивації волонтерської діяльності дозволяє відокремити цей феномен від таких форм добровільницької діяльності, як взаємодопомога та самодопомога, лобіювання інтересів, оскільки сам термін взаємодопомога вказує на очікування на взаємність. Мотивація - це те, що спонукає людей здійснювати будь-які дії у відповідності з потребою, що виникла. Волонтерство відповідає природній потребі належати до певної групи цінностей. Волонтерство як психологічний феномен відіграє значну роль у становленні та розвитку

суспільства. Можна стверджувати, що волонтерська діяльність, як психологічне явище є проявом соціальної відповідальності особистості, простором для її самореалізації, вона відіграє суттєву роль у процесі формування професійної компетентності майбутнього фахівця.

- Психологічні особливості волонтерів

Часто люди не можуть реалізувати всі свої потреби, працюючи лише за однією професією. В цьому випадку волонтерська праця може внести різноманітність, допоможе відволіктися від щоденної рутини. Волонтерська праця задовільняє такі потреби, як контакти з новими людьми, самовдосконалення, зміну певних орієнтирів.

Соціальні психологи Е. Клері, М. Снайдер вивчали мотивацію волонтерів, які допомагають хворим на СНІД. Вони виявили шість причин, які спонукають надання допомоги:

- етичні причини: бажання діяти відповідно до загальнолюдських цінностей та виявляти турботу про інших.
- когнітивні причини: бажання більше дізнатися про хворобу або набути навичок підтримки хворого.
- соціальні причини: отримати членство у певній групі, заслужити схвалення; використати надбаний досвід і корисні контакти для подальшого кар'єрного росту.
- підвищення самооцінки: посилення відчуття власної гідності й певності в собі;

захист власного Я від почуття провини, або як втеча від особистих проблем [49].

Здійснюючи волонтерську діяльність волонтери мають можливість задовільнити власні потреби та вдосконалити власні знання та навички.

Більшість дослідників соціальної підтримки вважають, що для здоров'я і відчуття емоційного благополуччя важлива не кількість контактів, а якість емоційної підтримки і відчуття близькості стосунків. Відчуття благополуччя особистості базується на таких параметрах соціальних відносин, як соціальна інтеграція,

прив'язаність, емоційна підтримка [40]. Можна стверджувати, що спілкування з іншими людьми постає значним ресурсним фактором у підвищенні якості життя людини.

У контексті волонтерської діяльності важливо розглянути духовність, що розглядається як основа загальнолюдських цінностей. Духовний розвиток є процесом розширення свідомості особистості. Рушійною силою в цьому процесі постає прагнення до усунення протиріч між існуючим рівнем гармонії (у внутрішньому світі) і рівнем гармонії, що суб'єктивно визначений як ідеальний. Досягнення цього ідеального рівня (стану) зумовлює спрямованість особистості на самовдосконалення, розширення власних можливостей [1]. Для такої особистості сенсом буття стає самопізнання (самоусвідомлення), пізнання світу, творчість, спрямована на самовдосконалення. Важливим елементом моральної свідомості, що надає духовної визначеності системам мотивів є ціннісні орієнтації. Обираючи ту чи іншу цінність особистість формує план своєї поведінки та діяльності [4]. Можна виділити два типи цінностей:

1. Нижчі цінності, сенс яких визначається наявними потребами й інтересами людини,

які передбачають самоствердження та відродження особистості у принципово новій якості.

2. Вищі (сми́сложиттєві) цінності, що передбачають моральні орієнтири, які визначають діяльність особистості.

Духовність виражає певний, якісний рівень розвитку свідомості особистості, що проявляється в соціальній зрілості. Соціальна зрілість проявляється у всіх аспектах свідомості особистості (політичному, етичному, моральному). Особливу роль у її розумінні відіграє ціннісне усвідомлення, що виражає активне, діяльне ставлення людини до дійсності. Важливим фактором, що впливає на прийняття рішення займатися волонтерством є сформована система цінностей особистості. Іноді така ціннісно-сми́слова орієнтація волонтера, що обумовлює його готовність працювати на безоплатній основі, для деяких індивідів є незрозумілою з точки

зору здорового глузду. Вчений Ф. Василюк намагався пояснити психологічний механізм мужності діяти згідно власних переконань всупереч загальноприйнятим у суспільстві твердженням (у випадку волонтерської діяльності, це «працювати задарма - безглуздо»). Дослідник зазначає, що такий спосіб ставлення до реальності можливий лише за вищого рівня сформованості такого компоненту психологічного світу особистості як «внутрішньо-складний та зовнішньо легкий світ» [34]. Особистість у якій наявний цей компонент здатна до самозаглиблення та самопізнання, що дозволяє ціннісному переживанню створити такий стан свідомості, у якому інтеріорізована система цінностей відмежовує людину від думок зовнішнього світу. Сформованість такої ціннісної системи, яка перетворюється на мотив, властива психологічно зрілим волонтерам. Це свідчить про важливу роль цінностей у житті людини, що виражаються в цілях, нормах, ідеалах та здійснюють вплив на формування мотивів діяльності.

- Характеристика волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку

Аналізуючи в літературі поняття психофізичних розладів розвитку можна стверджувати, що єдиного терміну, який би визначав це поняття немає. Багато авторів вказують на те, що самосвідомість є важливою частиною особистості. При цьому нерідко підкреслюється що рівень розвитку особистості пропорційний рівню розвитку самосвідомості. Самосвідомість є регулятором поведінки, який впливає на подальший розвиток особистості [31]. Дослідниця робить наголос на те, що негативні відхилення в розвитку самосвідомості порушують гармонійну структуру особистості і призводять до дефектного формування.

До осіб із проблемами розвитку належать особи з порушеннями інтелекту (розумово відсталі); з відхиленнями у пізнавальному розвитку (із затриманням психічного розвитку); з порушеннями слуху, зору, мовлення функціонуванням опорно-рухового апарату, з емоційними розладами, у тому числі з раннім дитячим аутизмом (хворобливим станом психіки); з порушеннями поведінки і діяльності; з важкими комплексними порушеннями.

У осіб зі складними психофізичними розладами спостерігається первинне порушення у становленні і зовнішнього, і внутрішнього рівнів організації мовленнєвої діяльності. У випадку наявності рухових розладів центрального генезу може унеможливлуватись процес породження мовлення, а у випадку поєднання із інтелектуальними порушеннями чи моторно-сенсорною мовленнєвою недостатністю - і процеси його внутрішньої організації.

Особи з порушеннями розвитку мають спільні та специфічні труднощі, пов'язані з характером і вираженістю первинних порушень, особливостями вторинних. Первинні порушення обумовлені безпосередньо хворобою, вторинні виникають унаслідок первинних порушень, піддаються впливу ранньої корекційної допомоги. Специфічні труднощі, з якими стикаються особи із розладами розвитку, обумовлені характером і мірою вираженості відхилень, умовами соціально-педагогічного оточення на ранніх етапах розвитку. Спільними проблемами цих осіб є соціальна дезадаптованість: низький рівень психічних процесів (уваги, сприймання, мислення, пам'яті); несформованість мотиваційної та емоційно-вольової сфер; знижена довільність психічних процесів, діяльності та поведінки; труднощі оволодіння мовою; відхилення у сприйманні, осмисленні та використанні інформації з навколишнього середовища.

Очевидно, що волонтерська допомога особам із психофізичними розладами розвитку істотно відрізняється від допомоги здоровим дітям та дорослим, як за цільовою спрямованістю, так і за організацією та динамікою процесу. Важливе значення у ефективності волонтерської допомоги таким особам відіграє особистість самого волонтера. Тому ми поставили собі за мету: дослідити психологічні властивості волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку.

У психологічному дослідженні брали участь 83 особи, які були поділені на дві групи. До групи А увійшли 43 волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку (10 чоловіків і 33 жінки, віком від 18 до 30 років). До групи В увійшло 40 осіб, які задіяні в інших напрямках

волонтерської діяльності (волонтери телефону довіри та інших організацій у кількості -15 чоловіків і 25 жінок тієї самої вікової категорії). До першої групи належали слухачі Львівського Університету III Віку.

У дослідженні використовувались такі методики [135]:

1.Методика діагностики соціально-психологічних установок особистості в мотиваційно-потребнісній сфері О.Ф. Потьомкіної;

Методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кетелла;

Методика ціннісних орієнтацій Е.О. Помиткіна;

Методика діагностики рівня суб'єктивного контролю Дж. Роттера;

Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона;

Методика спрямована на визначення рівня емоційного благополуччя.

Провівши дослідження, ми отримали такі результати [153, 154]:

у волонтерів двох груп переважає середній рівень емоційного благополуччя;

у двох досліджуваних груп волонтерів домінує середній рівень самотності;

у більшості волонтерів групи А низький рівень вираженості загальної інтернальності.;

волонтери обох досліджуваних груп зосереджені над процесом діяльності;

волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку більшою мірою орієнтовані на результат діяльності;

у волонтерів групи А переважає високий рівень орієнтації на альтруїзм;

у волонтерів двох досліджуваних груп домінує низький рівень егоїзму;

- волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку більшою мірою орієнтовані на діяльність;

вагомою цінністю для двох груп волонтерів є свобода;

у більшості волонтерів двох груп низький рівень орієнтації на владу;

- для волонтерів досліджуваних груп матеріальні ресурси не є вагомою цінністю;

- у волонтерів двох досліджуваних груп переважає низький рівень прояву індивідуалістичних цінностей;

волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку більшою мірою орієнтовані на цінності власної сім'ї;

у волонтерів групи А нижчий рівень прояву соціальних цінностей, ніж у волонтерів, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності.. Волонтери групи В у більшій мірі спрямовані на відкриту взаємодію з іншими;

- волонтерам, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку притаманні такі якості, як комунікабельність, довірливість та схильність до співпраці;

- у двох досліджуваних груп домінує високий рівень інтелекту;

у волонтерів двох досліджуваних груп переважає низький показник сили Я (слабкість Я). Характеристиками цієї властивості є емоційна нестійкість, мінливість інтересів. Наявність цих особистісних властивостей спонукають особистість бути активною у різноманітній діяльності, зокрема у волонтерській;

волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку у більшій мірі прагнуть до домінування, оскільки вони активна взаємодія передбачає наявність самостійності та незалежності як особистісних властивостей;

у волонтерів двох досліджуваних груп переважає високий рівень експресивності;

волонтерам двох досліджуваних груп властивий достатньо високий рівень прояву супер-его, що проявляється у таких характерологічних властивостях, як добросовісність, наполегливість, емоційна стриманість;

волонтерам, які працюють у центрах підтримки осіб із розладами розвитку в більшій мірі притаманна така якість як соціальна сміливість та схильність до ризику;

у двох досліджуваних груп переважають такі характерологічні властивості, як схильність до емпатії та співпереживання, ніжність, інтуїтивне сприйняття дійсності;

у двох досліджуваних груп волонтерів домінує фактор протенсії, що передбачає такі якості, як егоцентризм, імпульсивність, догматичність;

серед волонтерів групи А спостерігається вищий рівень прояву аутиї, ніж серед волонтерів групи В. Волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку більшою мірою схильні до ідеалізації та самозаглиблення;

- волонтерам двох досліджуваних груп притаманний високий рівень дипломатичності, що проявляється у таких характерологічних властивостях як проникливість, емоційна стриманість та обережність;

– у досліджуваних груп волонтерів виражений високий рівень гіпотимії як характерологічної властивості, що проявляється у таких якостях як сумлінність до праці, почуття провини та тривоги, чутливість до реакцій навколишніх;

– у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку виражений радикалізм як характерологічна властивість, що проявляється у аналітичності мислення, критичній налаштованості, схильності не довіряти авторитетам, натомість у осіб, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності переважає консерватизм як характерологічна властивість, що проявляється у толерантності до традиційних труднощів, сумнівності до нових ідей, схильності до моралізації;

- у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку переважає залежність від групи, що проявляється у потребі групової підтримки та схвалення, послідовності дій;

- у характерологічних властивостях осіб, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку переважає внутрішня конфліктність уявлень про себе;

- у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку вищий рівень его-напруженості, що характеризується такими характерологічними властивостями, як висока мотивація до діяльності та активність, натомість волонтери, які задіяні в інших напрямках волонтерської

діяльності характеризуються низькою мотивацією до діяльності та емоційною стриманістю;

- волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку мають достатньо низький рівень тривожності:

- у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку вищий рівень екстраверсії, ніж в осіб, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності;

серед волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку переважає сенситивність, що проявляється у таких характерологічних якостях як: витончена емоційність, чутливість до тонкощів життя;

у двох досліджуваних груп домінує високий рівень незалежності, що проявляється у сміливості, кмітливості, відсутності потреби у підтримці від інших.

Волонтерам, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку притаманні такі якості, як комунікабельність, толерантність у ставленні до інших, схильність до співпраці. Властиві високі розумові здібності, врівноваженість, відповідальність та моральні стандарти. Волонтери цієї групи прагнуть до домінування, уникають проблематичних ситуацій, схильні потрапляють під вплив почуттів. Вони відверті у спілкуванні з іншими, експресивні, врівноважені та імпульсивні. Схильні до ризику, проте мають труднощі у прийнятті рішень їм властива сентиментальність, здатність до співпереживання та емпатії. У волонтерів цієї групи яскраво виражена ідеалізованість мислення, високий творчий потенціал. Для них властиве почуття провини та тривоги, чутливість до реакцій навколишніх. Волонтери схильні помічати тонкощі життя, але водночас у них спостерігається аналітичність та критичність мислення, цілеспрямованість та вольові якості. Загалом, у двох досліджуваних груп волонтерів на першому місці духовні цінності, на другому - сімейні, на третьому - соціальні, а на четвертому - індивідуалістичні.

На основі кореляційного аналізу було отримано такі результати стосовно групи волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку:

- кореляційні зв'язки між самотністю рівнем емоційного благополуччя та інтернальністю дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням самотності знижується рівень емоційного благополуччя; із зростанням загальної інтернальності спостерігається зниження самотності; із зростанням орієнтації на альтруїзм зростає рівень суб'єктивного відчуття самотності. Це можна пояснити тим, що безкорислива праця на благо інших не завжди належно оцінюється та сприймається оточуючими, і тому у особистості виникає суб'єктивне відчуття самотності; із зростанням інтернальності у сфері міжособистісних відносин зростає рівень емоційного благополуччя особистості.

- кореляційні зв'язки між орієнтацією на владу, рівнем емоційного благополуччя та афектотимією дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням орієнтації на владу зростає рівень емоційного благополуччя; із зростанням афектотимії зростає рівень емоційного благополуччя. Це свідчить про те, що такі властивості особистості як комунікабельність, схильність до співпраці підвищують рівень емоційного благополуччя особистості; із зростанням сили Я зростає рівень емоційного благополуччя особистості; із зростанням наполегливості, владних повноважень зростає рівень емоційного благополуччя особистості, оскільки наявність владних ресурсів сприяють самоствердженню; із зростанням самотності знижується загальна інтернальність та інтернальність у сфері міжособистісних відносин; із зростанням орієнтації на егоїзм знижується рівень суб'єктивного відчуття самотності. Це можна пояснити тим, що зосередженість на власних інтересах, діяльність спрямована виключно на досягнення власних цілей знижує суб'єктивного відчуття самотності.

– кореляційні зв'язки між орієнтацією на працю, самотністю, спрямованістю на владу та гроші дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням орієнтації на працю знижується рівень самотності особистості; із зростанням орієнтації на владу знижується суб'єктивне відчуття самотності особистості; із зростанням

орієнтації на гроші знижується рівень суб'єктивного відчуття самотності особистості.

- кореляційні зв'язки між силою Я, самотністю та домінантністю дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням сили Я знижується рівень суб'єктивного відчуття самотності особистості; із зростанням домінантності знижується рівень суб'єктивного відчуття самотності; із зростанням схильності до ризику, комунікабельності знижується рівень суб'єктивного відчуття самотності особистості.
- кореляційні зв'язки між премією, самотністю та гіпотимією дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням емпатійності, толерантності до себе і навколишніх зростає рівень самотності особистості. Це можна пояснити тим, що чутливість, надмірна обережність, схильність до самозаглиблення проявляється у інтровертованості, як характерологічній властивості особистості, а це у свою чергу спонукає особистість до зосередження на власних думках, внаслідок цього рівень суб'єктивного відчуття самотності у особистості зростає; із зростанням почуття провини, тривожності, чутливості до реакцій навколишніх як особистісних властивостей рівень суб'єктивного відчуття самотності зростає; із зростанням его-напруженості зростає рівень суб'єктивного відчуття самотності. Імпульсивність, підвищена мотивація до діяльності перешкоджають успішній адаптації особистості до соціуму, у неї виникає прагнення до усамітнення, а це у свою чергу призводить до зростання суб'єктивного відчуття самотності.
- кореляційні зв'язки між соціальними цінностями самотністю, інтернальністю у сфері сімейних відносин та емоційним благополуччям дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням важливості для особистості соціальних цінностей зростає рівень її суб'єктивного відчуття самотності; із зростанням інтернальності у сфері сімейних відносин знижується рівень емоційного благополуччя особистості. Прагнення

особистості брати на себе відповідальність за події, які відбуваються у її сімейному житті впливає на рівень емоційного благополуччя, через постійну відповідальність зростає психологічна напруга, а це призводить до зниження рівня емоційного благополуччя; із зростанням інтернальності у сфері міжособистісних відносин зростає рівень емоційного благополуччя. Вміння особистості активно формувати коло свого спілкування підвищує рівень її емоційного благополуччя, оскільки така особистість спрямована на взаємодію з іншими в умовах соціуму; із зростанням імпульсивності, мотивації до діяльності як характерологічних властивостей особистості знижується рівень емоційного благополуччя; із зростанням загальної інтернальності зростає прояв таких характерологічних якостей особистості як схильність до співпраці, довірливість.

- кореляційні зв'язки між загальною інтернальністю, високим інтелектом, силою Я та пармією дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням загальної інтернальності знижується рівень прояву інтелектуальних здібностей особистості; із зростанням загальної інтернальності зростає прояв таких характерологічних властивостей як емоційна зрілість, реалістична оцінка ситуації, оскільки особистість вважає себе відповідальною за події у її житті, і відповідно їй більшою мірою буде властиве реалістичне мислення, постійність інтересів та емоційна стриманість; із зростанням загальної інтернальності зростає прояв таких характерологічних якостей, як схильність до ризику, комунікабельність, емоційність;
- кореляційні зв'язки між загальною інтернальністю, аутиєю, дипломатією гіпотимією, самодостатністю та духовними цінностями дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням загальної інтернальності зростає схильність до аутії. Схильність до інтернальності як властивість особистості сприяє самозаглибленню та розвитку творчого потенціалу; із зростанням загальної інтернальності знижується прояв дипломатії, як

характерологічної властивості. Прагнення особистості брати на себе відповідальність за події власного життя сприяє виникненню психологічної напруги та формує прямолінійність мислення, що характеризується відсутністю проникливості; із зростанням загальної інтернальності знижується тривожність, чутливість до реакцій навколишніх, зростає впевненість в собі; із зростанням загальної інтернальності знижується групова незалежність, самостійність у прийнятті рішення; із зростанням загальної інтернальності зростає вираженість духовних цінностей.

- кореляційні зв'язки між інтернальністю у сфері досягнень, орієнтацією на процес та спрямованістю на свободу та високим інтелектом дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням орієнтації у сфері досягнень знижується орієнтація на процес, відповідальність особистості за власні досягнення знижує вираженість процесуальної спрямованості, що проявляється у тому, що особистість у більшій мірі задумується над результатом власної діяльності та прагне досягнути успіху у ній; із зростанням інтернальності у сфері досягнень знижується вираженість орієнтації на свободу; із зростанням інтернальності у сфері досягнень знижується рівень інтелекту.
- кореляційні зв'язки між інтернальністю у сфері досягнень, супер-его, екстраверсією та незалежністю дали змогу зробити висновки про те, що: із зростанням інтернальності у сфері досягнень знижується рівень прояву супер-его; із зростанням інтернальності у сфері досягнень знижується незалежність.

На основі порівняльного аналізу психологічних властивостей волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку та серед осіб, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності були виявлені такі відмінності:

- відмінність у рівні інтернальності у сфері сімейних відносин ($t = 2,767$, $df=81$; при $p=0,0070$), в групі волонтерів, які працюють з особами із

психофізичними розладами розвитку нижчий рівень прояву цієї ознаки. Волонтери цієї групи безпосередньо взаємодіють із особами, які звертаються у психологічні центри, на відміну від волонтерів групи А, які безпосередньо не контактують з особами, що до них звертаються, тому відповідальність за результат виконаної діяльності та наданих послуг у волонтерів групи В зростає, тому закономірно, що волонтери цієї групи будуть схильними перекладати відповідальність за події у власній сім'ї на інших осіб.

- в інтернальності у ставленні до здоров'я та хвороби ($t = 2,667$, $df=81$; при $p=0,0092$). У групі волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку нижчий рівень прояву цієї ознаки. Це можна пояснити тим, що волонтери цієї групи спостерігають різні психофізичні відхилення у розвитку. І тому в меншій мірі хвилюються за стан власного здоров'я, вважають, що здоров'я є результатом випадку, відповідальність за нього перекладають на зовнішні обставини. Графічно це зображено на рис. 3.40.

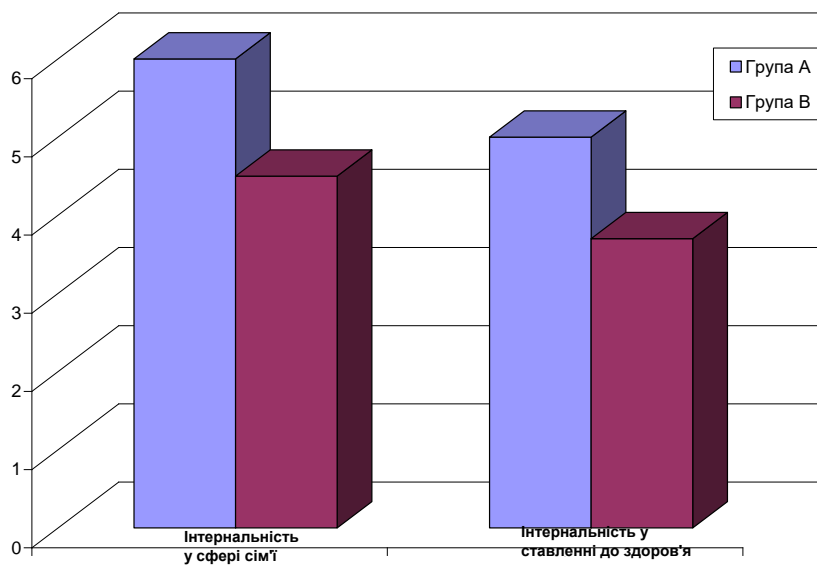


Рис. 3.40. Показники порівняльного аналізу за шкалами інтернальності у сфері сімейних відносин та інтернальністю у ставленні до здоров'я та хвороби у волонтерів досліджуваних груп

- відмінність у рівні супер-его ($t = 2,506$, $df=81$; при $p=0,0142$). У групі волонтерів, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності вищий рівень прояву цієї ознаки, ніж у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку. Волонтери, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності володіють такими характерологічними властивостями як: врівноваженість, відповідальність, рішучість та почуття обов'язку, наполегливістю у досягненні цілі. Ці якості є важливими, оскільки сприяють ефективному виконанню їх діяльності. Натомість, у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку переважає низький рівень вираженості супер-его, що проявляється у впливі на особистість випадку і обставин, тому волонтери цієї категорії у більшій мірі схильні до мінливості, періодичного виконання волонтерської діяльності.
- виявлена відмінність у значенні аутиї ($t = -2,5752$, $df=81$; при $p=0,0118$). У групі волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку вищий рівень прояву цієї ознаки. Волонтери, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності, зокрема волонтери телефону довіри повинні керуватися об'єктивною оцінкою реальності та бути практичними у власних судженнях, цього від них вимагає їхня діяльність, тому у характерологічних властивостях волонтерів цієї категорії домінує праксернія. Натомість, волонтери іншої групи в більшій мірі схильні до ідеалізованого мислення та самозаглиблення, вони в меншій мірі керуються об'єктивною реальністю. Це сприяє розвитку їх творчого потенціалу.
- спостерігається відмінність у значенні дипломатичності ($t = -2,1638$, $df=81$; при $p=0,033$). У групі волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку вищий рівень прояву цієї ознаки, оскільки волонтерська діяльність у цій сфері передбачає наявність таких характерологічних якостей як: проникливість, емоційна стриманість та обережність у взаємодії з особами, які до них звертаються. У процесі

міжособистісної взаємодії ці властивості розвиваються. Натомість, волонтери, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності володіють такими характерологічними якостями як: комунікабельність та відвертість, але їхнє мислення не є конкретним та проникливим, тому у них нижчий рівень дипломатичності, що проявляється у прямолінійності. Проте ці характерологічні властивості є важливими у діяльності, яку вони виконують.

- виявлена відмінність у значенні екстраверсії ($t=-2,0222$, $df=81$; при $p=0,0464$). У волонтерів, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності нижчий рівень прояву цієї ознаки, ніж у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку. Волонтери, які працюють у центрах підтримки осіб із психофізичними розладами розвитку тісно взаємодіють з особами, які до них звертаються, співпрацюють та підтримують соціальні контакти з різними організаціями, тому у них домінує вищий рівень екстраверсії. Графічно це зображено на рис. 3.41.

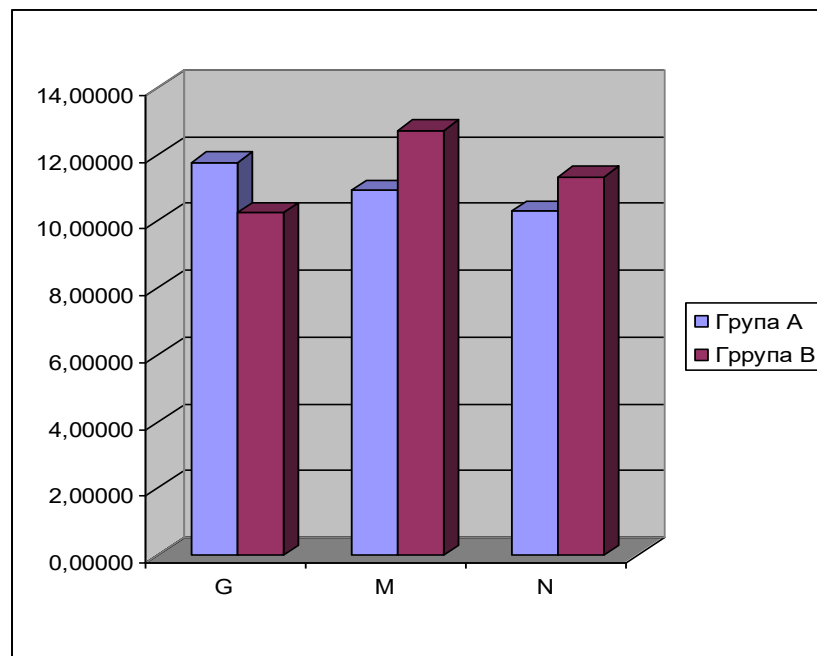


Рис. 3.41. Показники порівняльного аналізу за шкалами супер-его, аутиї, дипломатії у волонтерів досліджуваних груп

- встановлена відмінність у значенні індивідуалістичних цінностей у волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку вищий рівень прояву цих цінностей, ніж у волонтерів, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності. Волонтерська діяльність слугує засобом самореалізації, зокрема волонтери, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку мають можливість здобути певні професійні знання та навички з певних психотерапевтичних методів, тому рівень їх індивідуалістичних цінностей є вищим. Графічно це зображено на рис. 3.42.

Отже, можна зробити висновок про те, що в групі волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку нижчий рівень штерральності у сімейних відносинах та штерральності у ставленні до здоров'я та хвороби, нижчий рівень прояву супер-его, дипломатичності та індивідуалістичних цінностей, проте вищий рівень аутиї та екстраверсії. Натомість у групі волонтерів, які задіяні в інших напрямках волонтерської діяльності вищий рівень штерральності у сімейних відносинах та штерральності у відношенні до здоров'я та хвороби, вищий рівень прояву супер-его, проте нижчий рівень вираженості аутиї, дипломатичності, екстраверсії та індивідуалістичних цінностей.

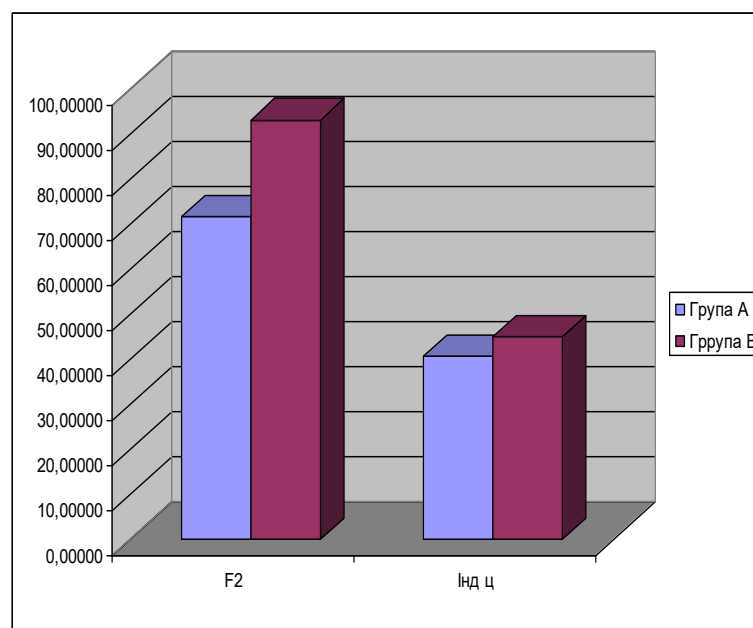


Рис. 3.42. Показники порівняльного аналізу за шкалою екстраверсії та індивідуалістичних цінностей у волонтерів досліджуваних груп

На основі факторного аналізу у групі волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку (група А) було отримано такі результати: - фактор 1 пояснює 19% дисперсії і має назву «Інтернальність та характерологічні властивості особистості». Представлений такими шкалами як: загальна інтернальність ($r=0,807$, $p>0,5$), інтернальність у сфері професійних відносин ($r=0,735$, $p>0,5$), афектотимія ($r=0,740$, $p>0,5$), сила Я ($r=0,815$, $p>0,5$), гіпотимія ($r=-0,828$, $p>0,5$), низька его-напруженість ($r=-0,728$, $p>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали сила Я. А найменше факторне навантаження притаманне шкалі низька его-напруженість. Ці властивості взаємопов'язані, тому що особистість, яка відчуває відповідальність за виконання професійної діяльності більшою мірою буде чутливою до реакцій навколишніх, володітиме реалістичним мисленням та емоційною стриманістю.

фактор 2 пояснює 32% дисперсії і має назву «Мотиваційна спрямованість особистості». Представлений такими шкалами як: орієнтація на владу ($r=0,726$, $p>0,5$) орієнтація на гроші ($r=0,714$, $p>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали орієнтація на владу. А найменше факторне навантаження притаманне шкалі орієнтація на гроші. Потреба влади часто реалізовується з допомогою матеріальних ресурсів, тому ці мотиваційні орієнтації - взаємозалежні.

фактор 3 пояснює 42% дисперсії і має назву «Інтернальність». Представлений такими шкалами як: низький рівень інтернальності у сфері досягнень ($r=-0,824$, $p>0,5$) та низький рівень інтернальності у сфері сімейних відносин ($r=-0,819$, $p>0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали низький рівень інтернальності у сфері досягнень. А найменше факторне навантаження характерне шкалі низький рівень інтернальності у сфері сімейних відносин. Особистість, яка перекладає відповідальність за успіх у професійній діяльності на зовнішні обставини (колектив, співробітників), у більшій мірі буде схильною перекладати відповідальність за події у власній сім'ї на інших її членів.

Насамкінець варто зробити загальні висновки щодо психологічних особливостей волонтерів, які працюють з особами із психофізичними розладами розвитку:

виявлено низький рівень загальної інтернальності, волонтери вважають себе нездатними керувати більшістю важливих подій їх життя;

волонтерам властивий низький рівень інтернальності у сфері невдач, що свідчить про те, що у ситуації неуспіху вони схильні перекладати відповідальність на інших, встановлено достатньо низький рівень інтернальності у сімейних відносинах та інтернальності у ставленні до здоров'я та хвороби;

- волонтери цієї групи схильні приписувати результати їх власної професійної діяльності зовнішнім обставинам, оскільки їхня діяльність в більшій мірі є безкорисливою, тому відповідальність за неї вони передають іншим;

волонтери орієнтовані на працю та результат діяльності, оскільки вони безпосередньо взаємодіють з особами, які до них звертаються, тому для них важливо спостерігати результат їхньої праці, в подальшому він служить для них важливим мотивуючим чинником діяльності;

домінуючою мотиваційною спрямованістю у волонтерів є орієнтація на альтруїзм та спостерігається низький рівень вираженості орієнтації на егоїзм;

- волонтери прагнуть свободи;

у волонтерів на першому місці духовні цінності, на другому сімейні, на третьому - соціальні, а на четвертому - індивідуалістичні.

волонтери потребують підтримки та схвалення інших, характеризуються ідеалізованим мисленням.

Отже, можна вважати, що ціннісні орієнтації та певні характерологічні властивості спонукають особистість здійснювати волонтерську діяльність стосовно осіб із психофізичними розладами розвитку. Волонтери свідомо обирають власну діяльність, що є проявом свободи та ініціативності. Волонтерська діяльність, як форма соціальної активності виражається у добровільній, суспільно-корисній праці і обумовлена готовністю індивіда служити соціально значимим цілям, водночас сприяє формуванню і розвитку

професійно значимих якостей особистості. У перспективі волонтерська діяльність може стати потужним інструментом розвитку та підтримки осіб із психофізичними розладами розвитку різних спільнот. Як соціально-психологічний феномен волонтерство відіграє велику роль у суспільному розвитку.

Висновки до третього розділу

1. На основі емпіричних досліджень, зокрема результатів факторного аналізу показників розвитку дитини, отриманих за методиками Біне-Сімона, О.Р.Лурія та CARS, виділено 5 факторів, яким за смисловим навантаженням можна приписати таке психологічне значення: 1) особистісний компонент; 2) діяльнісний компонент; 3) інтелектуальний компонент; 4) емоційний компонент; 5) вік. Сукупність цих компонентів визначають рівень сформованості тих, чи інших компетенцій дитини. Якщо розглядати кожен з цих факторів зокрема, то можна виділити 4 сфери соціальних компетенцій аутичних дітей та простежити динаміку їх зміни з віком. Таким чином, нами емпірично обґрунтована структурна схема соціальних компетенцій дітей з спектром аутистичних порушень.
2. Враховуючи наявність істотних залежностей соціальних компетенцій від ступеню фізіологічних порушень у дитини, встановлено відмінності компетенцій у дітей із різним ступенем аутизму. На основі кореляційного аналізу емпіричних даних встановлено зростання рівня соціальних компетенцій із зниженням ступеня аутизму у дітей в інтелектуальній, емоційній та діяльнісній сфері. Результати кореляційного аналізу не виявили наявності взаємних зв'язків між ступенем аутизму та компонентами особистісного розвитку. Це пов'язано з тим, що сформованість особистісного компоненту характерна лише для високо функціональних дітей зі спектром аутизму. Діти з низьким і середнім ступенем аутизму не усвідомлюють свого «Я» внаслідок

значного порушення інтегративних функцій головного мозку, тому для них важко говорити про сформований особистісний компонент.

3. За допомогою методики РЕР-R та нейропсихологічного дослідження за О.Р. Лурія був оцінений рівень сформованості компонентів Я-концепції дітей зі спектром аутистичних порушень: соціального Я (шкала загальної характеристики), фізичного Я (дослідження рухів і дій) та когнітивного Я (дослідження гностичних функцій). За допомогою критерію Стюдента встановлено, що рівень сформованості соціального, фізичного та інтелектуального Я у аутичних дітей є нижчим, ніж у дітей з розумовою відсталістю. Доведено, що при вивченні формування Я-концепції у дітей з розладами спектру аутизму, слід в першу чергу звертати увагу на формування їхнього фізичного «Я» та соціального «Я», оскільки лише при максимальному формуванні цих складових можливий подальший розвиток формування їхньої Я-концепції та, відповідно, особистісного компоненту соціальних компетенцій.
4. На основі проведеного факторного аналізу експериментальних даних параметри методики Біне-Сімона аутичних дітей віднесені до 3 факторів, які мають таке психологічне значення: операційний інтелект, об'єднана увага та соціальний інтелект. Показано, що стадія розвитку соціального інтелекту обернено корелює з ступенем аутизму. Тобто, діти з високим ступенем аутизму характеризуються предметно-суб'єктивним сприйняттям особи соціальної взаємодії, схильні до маніпулятивних дій, тоді як зниження ступеня аутизму приводить до підвищення здатності дитини до відчитування перебігу думок інших людей та прогнозування їх поведінки, що сприяє її адекватній адаптації в соціумі.
5. На основі карти спостереження за методикою РЕР-R, експертних оцінок батьків та спеціалістів визначені вікові особливості соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень від раннього дитинства до закінчення школи.
6. Встановлені компоненти соціального середовища, які значною мірою (більше, ніж для дітей інших нозологій) впливають на формування соціальних

компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень. До цих компонентів відносять характер взаємовідносин дитини з членами сім'ї, особа та особистісні якості вихователя, педагога, відношення здорових однолітків та психологічні характеристики волонтерів-персональних асистентів аутистичних дітей, до яких належить як студентська молодь, так і слухачі Львівського університету III віку.

Зміст розділу відображено у таких основних публікаціях автора: [149 – 152], [154 – 157], [162 – 164], [171 – 172], [177].

РОЗДІЛ 4

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ У ДІТЕЙ ЗІ СПЕКТРОМ АУТИСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Методологічною основою формування соціальних компетенцій в аутичних дітей стала корекційна система, побудована на концептуальних засадах В. М. Синьова, згідно яких, компоненти інтелекту – змістовий, діяльнісний та особистісний – системно пов'язані і мають бути цілісно охоплені корекційними впливами та концептуальних поглядів Д.І. Шульженко, що спектр аутистичних порушень – це комплекс різновидів системи мовленнєвих, інтелектуальних, комунікативних, особистісних, емоційно-вольових порушень, які слід враховувати як відправну точку для формування соціальних компетенцій у дітей з різним рівнем інтелектуального розвитку.

Метою формувального експерименту була перевірка ефективності системи формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень з різним ступенем аутизму та інтелектуального розвитку.

Базовими положеннями психолого-педагогічної системи формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень визначено:

- системний вплив на змістові, діяльнісні, особистісні компоненти інтелекту дитини у навчально-виховному процесі для забезпечення ефективного корекційного впливу на неї та її розумовий розвиток;
- адаптація до знижених пізнавальних можливостей аутичних дітей засобів педагогічного процесу, спрямованих на максимально можливий розвиток здібностей дітей, оволодіння ними елементами соціальної культури в неадаптованому вигляді;
- формування вищих психічних функцій дітей із максимально можливим забезпеченням усвідомленості та довільності їхніх дій і вчинків;
- організація конкретної, доступної та емоційно значущої предметно-практичної діяльності із забезпеченням її інтелектуалізації та вербалізації,

взаємозв'язків процесів інтеріоризації та екстеріоризації засвоєваних знань і умінь, становлення соціальних компетенцій;

– активізація та формування продуктивного мислення дитини, які підвищують усвідомлення засвоєної інформації та мотивацію соціально-зорієнтованої діяльності;

– створення спектру взаємно доповнювальних просторів, у кожному з яких може культивуватися суб'єктна позиція дітей у різних видах соціальної діяльності, спрямованої на виявлення і вирішення проблем взаємодії дитини з зовнішнім соціокультурним оточенням;

– створення та забезпечення експериментальної перевірки інноваційної освітньої програми як спектру індивідуальних освітніх маршрутів учнів, що вибудовуються ними спільно з командою фахівців (педагогами, психологом і тьюторами), реалізація яких передбачає їх включення в реальні і модельні взаємодії з носіями особистісно значимої проблематики зовнішнього соціокультурного середовища.

– створення комплексної системи оцінки соціального досвіду учнів за критеріями сформованості ключових соціальних компетенцій; основним механізмом оцінки виступає експертиза результатів проходження учнями індивідуальних соціально орієнтованих освітніх маршрутів.

4.1. Модель формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

На основі систематизації вітчизняного та зарубіжного досвіду, проведеного емпіричного дослідження, власного практичного досвіду, отриманого автором дослідження в рамках обласного (2008-2011 рр), а згодом національного (2012-2022 рр) експерименту «Науково-методичні засади створення моделі комплексної психолого-педагогічної допомоги та соціальної реабілітації й інтеграції дітей із загальними розладами розвитку (спектр

аутизму)» на базі школи-інтернату для дітей з тяжкими порушеннями мовлення побудована структурно-функціональна модель процесу формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень (див. рис. 4.1). Модель включає 4 блоки: діагностичний, змістовний, процесуальний та блок моніторингу, які, відповідно, покликані виконувати такі функції – сенсорно-інтегративну, особистісно-зорієнтовану, організаційну та оціночно-рефлексивну. Діагностичний блок забезпечує передумови формування соціальних компетенцій і окрім діагностики перцептивних та когнітивних характеристик дитини включає виконання індивідуальних програм корекції розвитку. Основним завданням цього блоку є підготовка дитини до включення в групу, яка реалізується в процесі низки індивідуальних занять зі спеціалістами – психологом, корекційним педагогом, за необхідності сурдопедагогом. Змістовий блок включає програму формування соціальних компетенцій дитини за 4 сферами: когнітивна, діяльнісна, морально-ціннісна та особистісна. Практика роботи над формуванням соціальних компетенцій показала, що найбільш ефективною формою є тренінги за участю однолітків. Тому такі тренінги готувалися та вводилися у навчальні плани роботи дошкільної групи в ДНЗ та у вигляді виховних уроків у експериментальній загально-освітній школі, що вже складає компоненти процесуального блоку. В процесуальному блоці використано переваги обласного, а згодом національного експерименту з організації освіти дітей з аутистичними порушеннями. Зокрема, в рамках експерименту запропоновано формування дошкільної групи дітей за рівнем інтелектуального розвитку, обґрунтована наповнюваність групи – 6 осіб. Оскільки в процесі дослідження дітей в наших дослідженнях показано, що рівень інтелектуального розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень в середньому відповідає на щабель нижчій віковій категорії дітей, обґрунтовано вік включення дітей у дошкільну групу від 3 до 10 років. Особливої ваги для підвищення ефективності формування соціальних

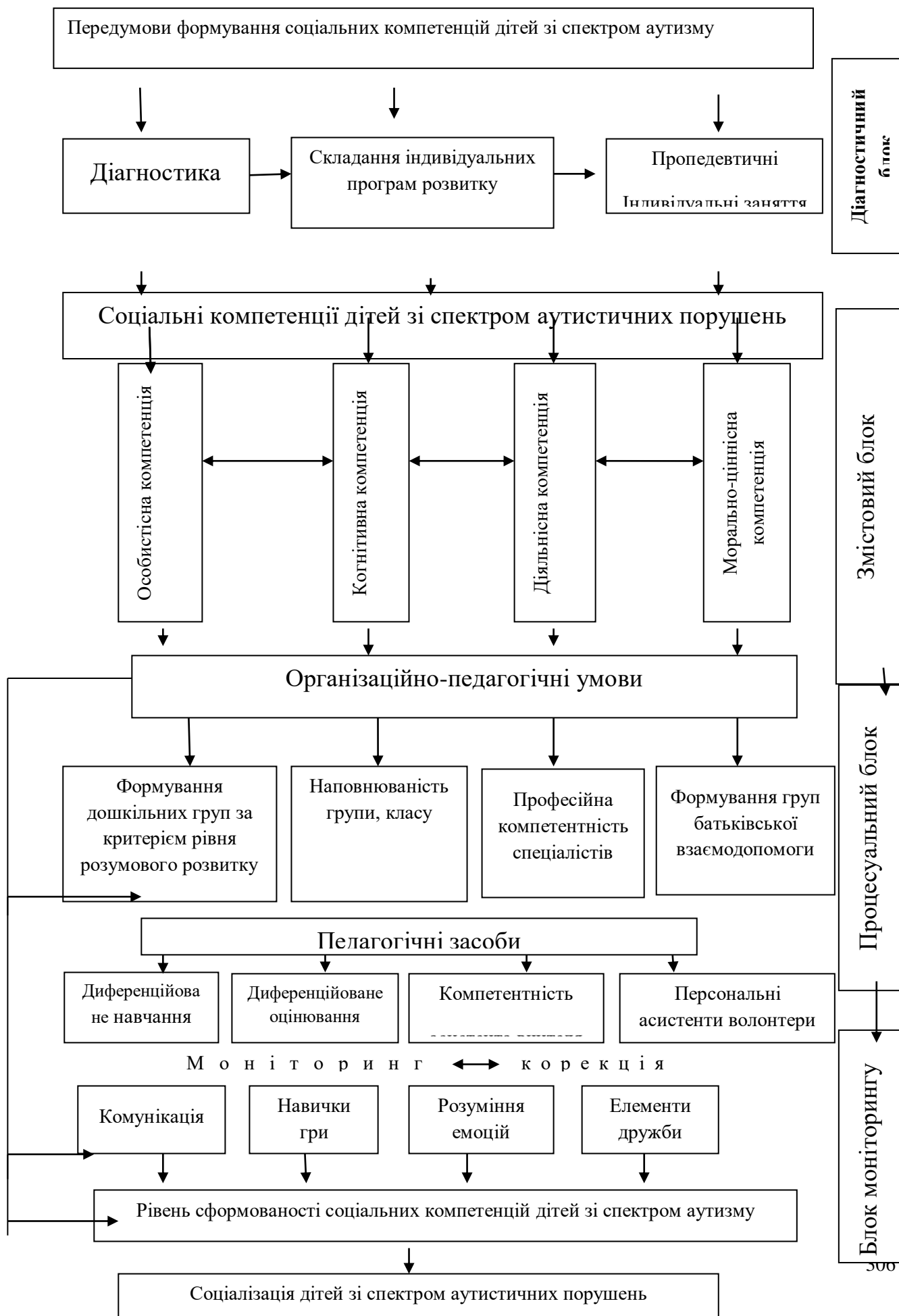


Рис. 4.1. Структурно-функціональна модель формування соціальних компетенцій дітей із спектром аутистичних порушень

компетенцій дітей є адаптація навчального середовища та створення належних умов в сім'ї. Тому значна увага автора поряд з науково-пошуковою роботою була приділена організаційній діяльності, спрямованій на зміну ставлення в громаді до інклюзивної освіти та активізацію груп батьківської взаємодопомоги. До процесуального блоку належать і спеціальні педагогічні засоби – диференційне оцінювання, диференційне навчання, необхідність супроводу дітей під час навчання, що забезпечується введенням посади асистента вчителя та використання персональних асистентів (тьюторів), особливо для важких дітей. Автором розроблені та застосовані для підготовки майбутніх спеціалістів навчальні курси «Диференційоване оцінювання», «Диференційоване навчання», ініційоване залучення іноземних волонтерів до тьюторського супроводу важких аутичних дітей.

Останній, блок моніторингу, включає моніторинг та корекцію програми формування соціальних компетенцій у сформованих соціальних групах (класах) на кожному етапі її впровадження. Зокрема, у формувальному експерименті були застосовані такі етапи: 1) етап формування групи та групової згуртованості; 2) етап групової стабільності та сформованості взаємовідносин; 3) етап соціальних інтервенцій та соціальних реакцій. 4) підсумковий оціночний етап. В процесі формування соціальних компетенцій найбільшу результативність дають почергове чергування 3-го та 2-го етапу: створення нових навчальних ситуацій та вироблення у дітей адекватних реакцій на 3-ьому етапі та закріплення соціальних навичок у процесі тривалого стабільного 2-го етапу.

4.2. Зміст формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

Переконавшись протягом 5-ти річного періоду вивчення особливостей розвитку осіб з аутизмом (90 осіб м. Львова та Львівської обл. з офіційно встановленим діагнозом із спектру F84: загальні розлади розвитку за МКХ–10 віком від 3-х до 14 р.) у несформованості у них соціальних компетенцій як цілісного феномену, ми прийшли до висновку про необхідність розробки спеціальної системи, спрямованої на цілеспрямоване формування соціальних компетенцій у осіб з аутизмом.

Реалізація комплексної програми допомоги особам з порушеннями аутистичного спектру [154, 161] в рамках співпраці громадської організації Регіональна Спілка «Справа Кольпінга» та кафедри психології Львівського національного університету імені Івана Франка протягом 2005–2012 років дала змогу зробити висновок про те, що формування соціальної компетентності у осіб з аутизмом вимагає поетапного підходу, який реалізується через застосування декількох форм психосоціального впливу, а саме:

- тренінгу соціальних умінь;
- групової психотерапії;
- заняттєвої терапії.

Тренінг соціальних умінь (базовий етап) розглядається як ефективний метод психосоціальної інтервенції для осіб з психічними розладами. Це біхевіорально-зорієнтований вплив на розвиток особистості хворої людини, який опирається на структуризаційні освітні методи, спрямовані на компенсацію проявів захворювання та дефіцитів психічного розвитку особистості. З метою формування мотивації до навчання у цьому випадку застосовуються техніки: моделювання, інструктаж, позитивне підкріплення, повторення, спонукання, адаптація реакції, гальмування, переучування. Модулі програми формування соціальних вмій та

готовності до самостійного життя (Табл. 4.1) є прикладами стисло структурованого біхевіорального тренінгу.

Для того, щоб уміння, здобуті на заняттях в центрах реабілітації, клініках та ін. мали ефективний вплив на соціальну адаптацію осіб з порушенням розвитку, необхідно їх застосовувати у практичних ситуаціях щоденного життя, тобто генералізувати [15]. Цей тип генералізації у осіб з порушенням аутистичного спектру природно не формується – він повинен впроваджуватись з допомогою певних ustalених процедур.

Таблиця 4.1

Модулі програми формування соціальних вмінь та готовності до самостійного життя

Тренінг активної участі у власному фармакологічному лікуванні.
Тренінг саморегуляції поведінки.
Тренінг побутових навичок
Тренінг навичок проведення дозвілля (рекреації)
Тренінг базових соціальних навичок (ведення діалогу).
Тренінг професійних навичок.
Тренінг соціальної взаємодії.
Програма включення родин осіб з порушенням розвитку до партнерства з фахівцями.

На генералізацію умінь, що здобуваються у процесі занять у осіб з аутизмом впливає соціальна підтримка: створення можливостей, заохочення осіб з аутизмом до використання умінь та навичок, закріплення позитивного використання вмінь та навичок через впровадження тривалих, часто повторюваних циклів тренінгових занять, заохочення до використання вмінь та навичок у природних ситуаціях, зокрема через виконання домашніх завдань.

Для генералізації соціальних компетенцій в інституційних умовах застосовується наступний етап – групова психотерапія. У цьому випадку головним завданням є заохочення осіб із порушеннями аутистичного спектру до формування особистих цілей. Динаміка групи використовується для допомоги особі з аутизмом з метою розпізнавання та подолання перешкод на шляху задоволення особистих потреб. Акцент на цьому етапі ставиться на емпатію, підтримку, емоційну компетентність, яку в першу чергу забезпечують спеціалісти. Найефективніше у груповій роботі з особами з порушенням аутистичного спектру зарекомендував себе системно-зорієнтований підхід. У цьому контексті для забезпечення роботи групи використовуються параметри групової системи:

- стереотипи взаємодії;
- правила;
- міфи;
- межі;
- стабілізатори;
- спільні історії [190].

Стереотипами взаємодії, за допомогою яких досягається конгруентності повідомлень. вважаються повідомлення та взаємодії, які часто повторюються.

Правила – стандарти поведінки. Вироблені групою для забезпечення спільної безпечної діяльності її членів. Правила передбачають розподіл групових ролей та функцій, визначення певних місць у груповій ієрархії, окреслення того, що дозволено, а що заборонено, що добре, а що погано.

Міфи – складне групове усвідомлення, яке є продовженням речення «Ми – це...».

Межі у кожній системі визначають структуру групи та її зміст. Формування підсистем та створення тимчасових «коаліцій» забезпечує у цьому випадку диференційний підхід у виконанні програми формування соціальних вмінь.

Стабілізатори – гаранті безпеки групи, які покликані нормалізувати групову напругу. Сюди можна віднести: наявність відповідно облаштованого

приміщення (з поділом на зони діяльності), спільні матеріали для занять, спільні справи, спільні розваги і т. п.

Спільні групові історії – сукупність ідей, які сприяють задоволенню основних мотивів діяльності групи, потреб та соціальних цінностей її членів. На основі досвіду сімейного системного психотерапевта Гельги Керншток-Редль [190], можна застосовувати типи історій:

- цілющі історії про минуле – особлива форма історій, за допомогою яких опрацьовуються як негативні, так і позитивні випадки з минулого групи, використовуючи досвід минулого як ресурс;
- інтерактивні історії з актуального життя, які сприяють налагодженню стосунків між членами групи;
- історії для розвитку на майбутнє, спрямовані на формування уявлення про світ, майбутні випробування і можливі розв’язання проблем.

Для формування почуття власної цінності і потреби у групі, розвитку самостійності та незалежності у щоденному житті на третьому етапі генералізації соціальних умінь у осіб з порушеннями аутистичного спектру застосовується заняттєва терапія (працетерапія) [15]. У цьому випадку ефекту формування соціальних умінь досягається за допомогою мистецтва та рукоділля, рекреаційної діяльності, професійної реабілітації. Певні досягнення в цьому напрямі отримані у центрі денного перебування осіб аутистичного спектру Товариства «Родина Кольпінга» у Львові. Головним завданням центру денного перебування є адаптація осіб з аутизмом в соціумі, вироблення навичок самообслуговування та з’ясування можливостей їх професійної орієнтації та зайнятості. Виходячи з цього, паралельно з абілітаційною роботою у центрі здійснюється лонгетюдне дослідження осіб з аутизмом за всіма шкалами методик РЕР та ААРЕР. Впродовж багатьох років психолого-освітній профіль РЕР є наріжним каменем у ситуативній діагностиці для дітей із аутизмом та схожими вадами (спілкування за програмою ТЕААСН). Діагностика має на меті надати інформацію про важливі функціональні сфери щодо розвитку навичок дитини з аутизмом (наслідування,

сприймання, розвиток дрібної та великої моторики, зорово-рухової координації, пізнавальної діяльності, спілкування, а також незвичної поведінки у стосунках із людьми).

Матеріали, які використовують при проведенні цього тесту, повинні бути привабливими для дітей, а керівник, який проводить тест, мусить бути гнучким, не обмежуватися часовими рамками.

У РЕР застосовується шкала оцінювання, в яку, поряд із „зараховано” та „не зараховано”, вводиться оцінка „обнадійливо”. Ця система оцінювання є ефективним допоміжним засобом при складанні індивідуальних навчальних планів, коли до уваги беруться результати тесту для подальшого складання індивідуальних програм. І наш набутий досвід (Д. І. Шульженко, І. А. Марценковський, К. О. Островська та ін.), і досвід зарубіжних фахівців (Т. Мак Кернан, Дж. Мортлок М.Вронішевський та ін.), які застосовують РЕР, довів ефективність такої системи оцінювання. Багато дітей, які до цього часу не тестувались, відреагують на тестову ситуацію РЕР схвально та позитивно. Враховуючи вищесказане, РЕР зарекомендував себе як повноцінне джерело інформації, на базі якої можна скласти індивідуальний навчальний план для дітей із розладами розвитку. Діагностика РЕР користується дедалі більшою популярністю. Оскільки програма ТЕАССН існує вже понад десять років, багато дітей, яких ми обслуговуємо, про яких піклуємося, подорослішали. Вони стали підлітками та дорослими. Оскільки РЕР не розрахований на тестування старшої вікової категорії, ми використовуємо „Психолого-освітній профіль для молоді та дорослих” (ААРЕР), який є поширеним варіантом РЕР, розрахованим на можливості та цілі підлітків, юнаків та дорослих. Хоч більшість проблем у осіб із аутизмом залишаються і в юнацькому віці, однак можливості молоді з аутизмом відрізняються від можливостей дітей із цим діагнозом. Батьків непокоїть питання, що ж буде з їхніми дітьми, якщо вони вже не зможуть надавати їм свою батьківську опіку. Це питання є актуальним, оскільки шкільна опіка закінчується

у віці 21 року. І тут гостро постає питання професійного майбутнього, проживання, можливостей молоді та дорослих із аутизмом.

Завдання ААРЕР полягає в тому, щоб підготувати актуальні уміння та потенціал розвитку осіб з аутистичними порушеннями в тому обсязі, який є найважливішим для успішного самостійного проживання та налагодження суспільних взаємин. За допомогою методики соціальна компетентність оцінюється у трьох сферах: шкала прямого спостереження (під час безпосереднього обстеження), поведінка в побутовому середовищі (в умовах безпосереднього проживання), поведінка в інституції, де особа з аутизмом перебуває (у школі або на роботі).

Кожна із шкал поділена на шість функціональних сфер:

- професійні навички;
- самостійність;
- уміння організації дозвілля;
- поведінка у школі чи на роботі;
- функціональне спілкування;
- поведінка у спілкуванні між людьми.

Ці сфери, допомагають охопити та передбачити сильні та слабкі сторони аутистичної особи в різних оточеннях. У деяких пунктах функціональні сфери нашаровуються. Функціональні сфери ААРЕР дещо відрізняються від тих, що фігурують в РЕР. Вони спрямовані спеціально на те, щоб розвивати соціальні компетенції осіб з аутистичними порушеннями з метою успішного задоволення потреб та вимог на робочому місці, в соціальному середовищі.

На основі визначених структурних компонентів, нами було виділено три рівні сформованості соціальних компетенцій осіб з аутизмом від найвищого до найнижчого:

- **I-й рівень сформованості соціальних компетенцій** – незначні порушення у різних сферах структурних компонентів соціальних компетенцій;

- **II-й рівень сформованості соціальних компетенцій** – помірні порушення у різних сферах структурних компонентів соціальних компетенцій;
- **III-й рівень сформованості соціальних компетенцій** – значні відхилення різних сферах структурних компонентів соціальних компетенцій.

Це дослідження дозволяє виділити пріоритетні напрямки роботи з кожною конкретною особою, розвивати сфери її найбільшого успіху, оптимізувати роботу центру загалом. Так, наприклад, попередні результати дослідження свідчать, що особи із спектром аутизму добре сприймають природу, природній стиль життя. Тому для них рекомендовані часті виїзди на природу, залучення до простих сільськогосподарських робіт на фермі, в саду. Професійні навички ведення сільськогосподарських робіт співзвучні з ідеєю організації підтриманого проживання осіб з аутистичним спектром у невеликих помешканнях за містом, що є одним з пріоритетів Регіональної Спілки «Справа Кольпінга» в Україні.

Для ефективного формування соціальних компетенцій осіб з аутистичними порушеннями необхідне дотримання таких організаційно-психолого-педагогічних умов:

- формування груп осіб з аутизмом за різновіковим принципом, що забезпечує ефективний розвиток загальнокультурної, ціннісно-сміслової, пізнавальної, комунікативної та особистісної компетенцій;
- створення та підтримка соціокультурного предметно-просторового розвивального середовища, яке сприяє розвитку самостійності, уміння робити вибір, відповідальності, самопізнання, само зміни осіб із спектром аутистичних порушень;
- професійна компетентність фахівців у галузі формування соціальних компетенцій осіб з аутизмом.

Очевидно, що кожен з етапів генералізації соціальних компетенцій у осіб з порушеннями аутистичного спектру може розглядатись та використовуватись

як окремий самодостатній метод впливу на формування самостійності дорослих осіб з аутизмом. З метою виокремлення цих методів доцільно провести порівняльний аналіз впливу кожного методу на параметри соціальних умінь та дослідити критерії ефективності цих впливів, що є подальшою перспективою праці з дорослими особами з аутизмом. Але на сьогоднішній день, у практичному, вимірі нам видається доцільним поєднання та взаємодоповнення вище описаних методів.

4.3. Засади та методи формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

В основу формувального експерименту щодо підвищення соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень покладено комплекс взаємодоповнюючих факторів, які включають як різні форми та методи терапії, взаємодії спеціалістів різного профілю з дітьми, так і виховна, роз'яснювальна, навчальна робота з батьками, родиною аутичної дитини. Нижче описані прийоми та методи, які ми використовували у роботі з дітьми та їх родинами з метою формування соціальних компетенцій.

4.3.1. Засади психологічної роботи з аутистичними дітьми. Вибір терапевтичного методу тісно пов'язаний з поглядами на етіологію розладів. Відповідно до кожної теоретичної орієнтації знаходимо характерну для неї програму лікування і запобігання небажаної поведінки. Підхід до причин виникнення розладів імплікує вид, а також сферу терапевтичних дій. Окремі теорії ґрунтуються на різних причинах порушеного функціонування осіб, які хворі на аутизм. На жаль, сьогодні немає жодного методу, який би був результативний у всіх випадках аутизму, що пов'язано з величезною диференціацією цього розладу.

4.3.1.1. Принципи психологічної роботи з аутистичними дітьми.

Більшість звернень батьків за допомогою до спеціалістів припадає на четвертий – п'ятий рік життя дитини, коли особливості поведінки та затримка розвитку стають очевидними. І, як правило, саме психологи починають корекційну роботу з такими дітьми та їхніми сім'ями.

Тому на основі накопиченого досвіду роботи можна відокремити основні моменти психологічної корекції.

Використання особливостей аутистичної дитини для закріплення позитивних, соціально прийнятих форм поведінки. Так, більшість аутистів тяжіють до вироблення стереотипів і ритуалів, намагаються чітко дотримуватися свого "сценарію" (маршрут прогулянок; наявність та місце розташування речей в квартирі; певний перелік страв, які любить дитина; тощо). П'ятий – шостий рік життя є важливим для формування позитивних стереотипів (наприклад, стереотип, що з психологом чи рідними потрібно займатися у строго визначений час). Якщо дотримуватися певних правил, а саме, проводити заняття в один і той самий час, декілька разів на тиждень, припиняти заняття при перших ознаках втоми, підібрати цікаві для дитини іграшки, то заняття за досить короткий час (від трьох тижнів до двох місяців) "вплітаються" у полотно ритуалізованих дій. У аутиста виробляється потреба спочатку у присутності певної людини (психолога) в певний час у виконанні завдань, відмінних від повсякденних, а потім і у пізнанні нового. *Робота з аутистичною дитиною має опиратись на спостереження за її поведінкою та опосередковані дані про її можливості.* Важко визначити рівень розвитку дитини, яка не говорить або не використовує мову для спілкування та в більшості випадків, не виконує інструкції. Однак, у дитини можуть бути інтереси, які наближені до інтересів ровесників (наприклад, в три роки відповідним до віку є будівництво з кубиків складних конструкцій; в чотири роки спостерігається сюжетна гра з ляльками, а не просто маніпуляція іграшками; в п'ять років дитина із задоволенням слухає історії про Вінні Пуха, тощо). Аутист пробує

переносити знання, отримані від спеціаліста на повсякденну діяльність (наприклад, психолог намагалася навчити дитину розкладати предмети за кольором; ввечері після заняття вона приносила матері декілька речей одного кольору і вимагала, щоб мама назвала цей колір). Це може свідчити про збереженість деяких пізнавальних функцій. Отже, такій дитині потрібно давати знання відповідно до того рівня, який спостерігається, а не спрощувати заняття до читання казки “Колобок” та вивчення звуків, які видають тварини.

Раннє навчання читанню за допомогою метода заучування написаних слів. Це є додатковий метод комунікації для аутиста. Оскільки дитина отримує шанс пояснити свої бажання за допомогою карток з написаними словами, оскільки інші канали (жести, міміка, мова) вона використовує не в повній мірі. Крім того, для зменшення тривожності та розширення уявлень про навколишній світ аутистам потрібно всі знання спробувати розкласти по полицках. Такий спосіб світосприйняття (через слова, які подаються вперемішку з малюнками за тематичними блоками) є властивим для аутистів. У цих дітей формування такої мисленнєвої операції як класифікація може випереджати розвиток образного мислення. Ймовірно, це відбувається як компенсація порушень сприймання та відсутність можливості створити цілісну картину світу, опираючись тільки на сенсорні канали.

4.3.2. Початковий етап корекційної роботи з аутистичною дитиною: знайомство, встановлення контакту

Спеціалісти, які починають працювати з аутистичною дитиною зіштовхуються з безліччю труднощів: по-перше, з такою дитиною нелегко знайти контакт; по-друге, у випадку аутизму традиційні прийоми корекційної педагогіки не завжди є ефективними. Можна стверджувати, що робота з аутистичною дитиною потребує особливого підходу: побудова корекційних занять, особливо на початкових етапах роботи, відрізняється від занять з дітьми, які мають інші порушення розвитку.

Початкова робота з аутистичною дитиною повинна спиратись на такі засади:

- на етапі встановлення контакту з дитиною не рекомендується наполягати на проведенні конкретних ігор, виконанні певних завдань; будьте більш чутливим до реакцій дитини, дійте залежно від ситуації, зважайте на її бажання та настрої. Часто дитина сама пропонує ту форму можливої взаємодії, яка на цей момент є для неї найбільш комфортною;

- все, що відбувається на занятті, має супроводжуватися емоційним коментарем, під час якого дорослий проговорює всі дії та ситуації;

- не забувайте, що поведінка дитини під час заняття може бути різною. Якщо дитина вийшла зі стану рівноваги, треба бути спокійним, не сварити її, а зрозуміти, чого дитина хоче у конкретний момент і спробувати допомогти їй вийти зі стану дискомфорту;

- потрібно бути готовим до того, що реакція на одну й ту ж гру, ситуацію в різних дітей-аутистів може бути різною: на що одна реагує досить дружньо, в іншої може викликати різко негативну реакцію. Крім того, одна й та ж дитина може поводитись по-різному в подібних ситуаціях. Якщо у дитини дії спеціаліста викликають супротив – слід зупинити гру. Звичайно, це потребує гнучкості, яка допоможе діяти залежно від розвитку подій.

4.3.2.1. Стереотипна гра аутистичної дитини як привід для знайомства

Труднощі в роботі з аутистичною дитиною виникають у спеціаліста вже під час першого знайомства. Звичайною є ситуація, коли дитина або не звертає уваги на незнайому дорослу людину, або ж стає напруженою та агресивною. До такої реакції потрібно бути готовим. При цьому треба чітко знати психологічні причини такої поведінки. Поява нової незнайомої людини в житті аутистичної дитини є елементом невідомого, яке викликає почуття дискомфорту та страху. Такій дитині потрібен час, щоб призвичаїтися до нових умов.

В аутистичної дитини є улюблені ігри, одна чи декілька. Дитина-аутист вона може годинами маніпулювати предметами, виконуючи дивні дії. Основні особливості таких ігор:

- ціль та логіка гри, зміст дій часто є незрозумілими для оточуючих;
- у цій грі є лише один учасник – сама дитина;
- повторюваність: дитина постійно здійснює один і той же набір дій та маніпуляцій;
- незмінність: гра тривалий час залишається незмінною;
- тривалість: дитина може бавитися в таку гру роками.

Стереотипна гра виділяє аутистичну дитину з-поміж інших. Стереотипна гра на початку корекційної роботи стає основою побудови взаємодії з нею, оскільки це комфортна для дитини ситуація, яка допомагає дитині бути спокійною.

Під час знайомства психолог чи педагог лише спостерігає за стереотипною грою дитини. Ціль спостереження – спроба вникнути в структуру стереотипної гри: виявити цикл дій, що повторюються; виділити конкретні звуки, слова та словосполучення, які виголошує дитина під час гри. Ваші спостереження та висновки допоможуть долучитись до гри дитини та стати її співучасником.

Спочатку просто сядьте недалеко від дитини. Якщо вона не відвернеться від вас – це вже добре. Однак, часто дитина може мати і негативний досвід спілкування з дорослими, який ґрунтувався на авторитаризмі. Тому, вона може зреагувати і негативно: відійде від вас якнайдалі і знайде нове місце для гри. Але в будь-якому випадку залишайтеся неподалік і продовжуйте спостерігати.

Коли дитина звикне до вашої присутності, можна обережно пробувати підключатися до її ігор, проте робити це треба тактовно і ненав'язливо. Почніть з того, що в потрібний момент (адже ви вже запам'ятали порядок дій дитини) подайте необхідну деталь, чим ви і звернете її увагу на себе. Неголосно повторіть за дитиною її слова.

Ваша ціль – дати зрозуміти дитині, що ви не будете заважати їй бавитися (як це зазвичай буває), крім цього, ви ще й принесете користь. На цьому етапі ваші зусилля повинні спрямовуватись на встановлення довіри між вами та дитиною. Це потребує часу і терпіння. Ситуація, коли педагог приходить, а дитина в цей час зайнята своєю стереотипною забавою і не звертає на вас ніякої уваги, є звичною на початку занять з аутистичною дитиною. Однак, якщо діяти терпляче й наполегливо, обов'язково настане момент, коли дитина довіриться вам, і ви будете тією людиною, від якої вона буде очікувати розуміння і допомоги.

4.3.2.2. Сенсорна гра як можливість встановлення контакту з аутистичною дитиною. Для того, щоб налагодити з аутистичною дитиною контакт, без якого не можливе проведення корекційних занять, запропонуйте сенсорні ігри. Сенсорними називаються ігри, основна ціль яких – дати дитині нові відчуття. Відчуття можуть бути різні: зорові, слухові, тактильні, рухові, нюхові та смакові.

Значимість таких ігор ґрунтується на тому, що сенсорний компонент світу набуває нового значення для аутистичної дитини. Якщо вдається поєднати приємне переживання, яке виникає в аутистичної дитини під час нового сенсорного переживання з образом конкретної людини, в дитини-аутиста виникає довіра до того, хто бавиться з нею. В цьому випадку можна говорити про встановлення емоційного контакту. Перелік можливих сенсорних ігор наведений у додатку 4.

Рекомендації для проведення сенсорних ігор:

- якщо дитина не включається у гру, не звертає уваги на ваші дії чи якимось протестує проти ваших дій, не наполягайте. Але обов'язково спробуйте іншим разом. Якщо ви бачите, що дитині сподобалось, але вона пасивна, не зупиняйтеся, продовжуйте бавитися, коментуючи так, ніби ви вже дієте разом з дитиною;
- пам'ятайте, що дитина може налякатися нових яскравих вражень, які їй

пропонують. Уважно стежте за тим, як дитина реагує на ваші дії і при перших виявах тривоги чи страху припиняйте гру;

- повторюйте ігри, які дитині сподобалися, оскільки їй потрібен час для закріплення нових емоцій;

- пам'ятайте, що довільна увага дитини є короткочасною і нестійкою, тому, якщо в грі з'являється нова сюжетна лінія, доречно затягувати сюжет. Нехай спочатку ви «посадите на грядку» лише один овоч, а «обід» буде тривати дві хвилини. Основне завдання на цьому етапі – за допомогою емоційного коментаря зберегти логічну структуру гри, завершити ігрову діяльність і підвести підсумок;

- під час гри дитина може почати говорити, заглядаючи вам в очі й очікуючи реакції. Це можуть бути фрази-штампи з рекламних роликів чи вигадані слова. Посміхніться у відповідь і повторіть те, що сказала дитина. Така форма спілкування переконає дитину у тому, що ви її розумієте, зумовить більшу довіру;

- якщо дитина чогось дуже хоче і намагається висловити своє бажання, спробуйте знайти соціально адекватну можливість задовольнити його;

- розвиваючи сюжет гри, обережно і ненав'язливо пропонуйте різні варіанти. Вони будуть залежати від бажання дитини, а також від вашої фантазії. Спробуйте, зважаючи на інтереси дитини, її бажання, організувати ситуацію навчання, яка допоможе їй отримати корисну інформацію та засвоїти нові навички;

- завжди є небезпека того, що запропоновані дії дитина почне виконувати неадекватно. Наприклад, може стукати по склу з усієї сили, над свічкою підпалювати палички і т. д. Дозвольте дитині отримати нові враження під вашим контролем, а потім переключіть її на улюблену спокійну гру.

4.3.3. Організація базальної стимуляції у корекційній роботі з дітьми із загальними розладами розвитку. Діти із загальними розладами розвитку – це

діти з особливими потребами, життя яких наповнене величезною кількістю обмежень. В першу чергу це:

- можливість самостійно задовольняти особисті потреби;
- сприймати та перетворювати інформацію;
- здобувати досвід діяльності;
- оволодівати мовленням та іншими засобами комунікації;
- наслідувати соціальну поведінку;
- ініціювати та підтримувати соціальну взаємодію;
- виражати емоційний власний стан;
- розуміти емоційні стани інших.

Характерним наслідком загальних розладів розвитку є зменшення доступних каналів компенсації обмежень. Подібна ситуація зазвичай провокує порушення орієнтування в довкіллі, проявляється у недостатньому сприйманні та усвідомленні: себе, іншої людини, оточуючого предметного світу. У зв'язку з цим завданням спеціалістів Львівського центру підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце» є виявлення альтернативних шляхів розвитку орієнтувальної діяльності дітей із загальними розладами розвитку, які певним чином дозволяють компенсувати їх обмеження. Одним із таких шляхів є розвиток сприймання та усвідомлення власної матеріальності (тілесності), яке здійснюється через:

- сприйняття та усвідомлення меж власного тіла;
- сприйняття положення тіла у просторі та збереження рівноваги;
- сприйняття і розрізнення окремих частин тіла та їх функцій.

Розвиток сприйняття та усвідомлення власного тіла сприяє становленню моторних навичок і розглядається як необхідна умова формування пізнавальних та соціальних задатків дитини.

В якості основного методу розвитку сприйняття та усвідомлення власного тіла розглядається, перш за все, метод комплексного впливу інтенсивними подразниками («базальна стимуляція» за А. Фриліхом). Базальна стимуляція

допомагає привести в дію органи сприймання та обробки інформації дитини, наповнити довколишній світ доступним змістом, дати дитині можливість пасивно пережити різноманітний досвід. Базальна стимуляція передбачає використання дуже простих і скорочених до мінімуму подразників: тактильні (доторки, поглажування тощо), вестибулярні (похитування, рухи тіла, прискорення і сповільнення деяких рухів тощо), вібраторні (колювання, натиск). У процесі базального впливу стимулюються такі сфери, як: соматична, вестибулярна, вібраційна, оральна. Важливим компонентом стимуляції є встановлення контакту з дітьми із загальними розладами розвитку, у яких комунікація, побудована на взаємодії з тілом, а також на використанні мелодики та тембру голосу є ефективнішою, ніж контакт за допомогою мовлення та письма. Підсилення комунікації протягом базальної стимуляції здійснюється за допомогою емоційних вокалізацій, які не лише супроводжують дії дорослого, але й являють собою пропозицію дитині вступити у звуковий діалог.

Загалом успішність базальної стимуляції визначається дотриманням певних умов:

- визначення актуального рівня потреб дитини;
- забезпечення комфорту дитині (відсутність голоду, спраги, болі та інших неприємностей);
- відсутність насилля (якщо дитина не хоче в даний момент працювати, її не примушують);
- позитивне підкріплення (важливо визначити, стимуляція яких зон дитині подобається найбільше);
- забезпечення сприйняття матеріалів різними частинами тіла (ноги, руки, спина, обличчя тощо);
- максимальне використання ситуацій догляду (стимуляція за допомогою теплої / холодної води, крему, предметів туалету тощо);
- наближення до ситуації первинної аутостимуляції (рука рукою, нога ногою тощо);

- використання частин тіла дитини для виконання цілеспрямованих дії (поглажування дитини її рукою, змащування кремом за допомогою її руки тощо).

Базальну стимуляцію можна трактувати як засіб профілактики таких станів, як ауто- стимуляція, стереотипія та аутоагресія. З її допомогою усуваються деякі причини специфічної поведінки дітей із загальними розладами розвитку, наприклад, долати сенсону деривацію, нездатність осмислювати та співвідносити отримані від подразників враження, а також емоційно їх виражати.

Базальна стимуляція – це взаємні пропозиції, спостереження, реагування, це гра між двома людьми, яка містить всі базові елементи комунікації та інтеракції.

4.3.4 Терапія сенсорних розладів. Бернард Рімланд [359] звернув увагу на те, що симптоми аутизму можуть бути спричинені труднощами у сприйманні сенсорних подразників. Концепція Рімланда підтверджена в дослідженнях Гашімото, Макклелланда та ін. [293, 340].

Термін „сенсорна інтеграція” вперше вжив у 1902 році Ч. Шерінгтон. Нове, ширше значення запропонувала Дж. Айерс наприкінці 60-х років минулого століття. За Айерс, сенсорна інтеграція є процесом, у якому відбувається організація (інтеграція) перцептивних даних.

Терапію сенсорних розладів треба трактувати як базову у допомозі аутистичній дитині. Техніки, які застосовують у терапії сенсорних розладів, найкраще використовувати стосовно окремих сфер відчуттів. Найважливішою спільною рисою цих технік, їхнім завданням є вироблення у дитини толерантності на зовнішні подразники і контролювання їх терапевтом, а не самою дитиною [59].

Терапія повинна стосуватись передусім тих сфер, у яких в конкретної дитини простежуються стереотипи. Згідно з головними засадами сенсорної інтеграції особа, з якою проводять терапію, повинна бути активною, тобто сама вибирати те, що їй приємне, чого вона потребує.

Зауважимо, що сенсорна інтеграція концентрується більше на причинах, якщо досягнення адаптаційної поведінки не є її головною метою. З'ясування причин аутизму тільки в категоріях сенсорних розладів є однобічним вирішенням проблеми.

4.3.4.1. Рефлексна локомоція (Войта-терапія). 1954 року чеський лікар Вацлав Войта, який багато років працював у Мюнхенському центрі ДЦП, запропонував основні моделі рефлекторного руху вперед, які пізніше були класифіковані та запропоновані як метод терапії – рефлексна локомоція або, на ім'я автора, Войта-терапія.

Принципом Войта-терапії є вплив не тільки на рухову сферу, а й на все тіло – на сенсорну, вегетативну та психічну системи. При проведенні терапії спостерігаються зміни частоти пульсу, дихання та кров'яного тиску. Основним завданням методики є формування рухових навичок, відповідних віку дитини. Для вирішення цього завдання використовують рефлекси повзання і повороту. Їхні основні феномени мають вплив на управління тілом в цілому, його вертикалізацію та можливість руху вперед. Практичним результатом Войта-терапії є формування правильних рухових навичок. Ефективність терапії визначається за допомогою Войта-діагностики та клінічних даних. Войта-терапія як метод реабілітації дітей з руховими порушеннями може бути реалізований при частому повторенні вправ протягом тривалого часу (3-4 рази на день по 20-30 хвилин протягом не менше одного року), і через це розрахований на інтеграцію батьків у процес реабілітації. Батьки проходять період навчання у Центрі реабілітації під керівництвом фахівця Войта-терапевта з подальшим проведенням вправ вдома. Войта-терапевт періодично проводить корекцію комплексу вправ під час консультацій або повторних курсів реабілітації в Центрі. Виконання вправи полягає у фіксації дитини у позі рефлексу та ручному впливові на зони ураження. Вибір такої зони проводиться

індивідуально і залежить від виду рухових порушень та реакцій-відповідей. Вплив на зони стимуляції не викликає болю. Негативна поведінка дитини на вимушене положення під час проведення терапії може бути проявом страху або природного протесту, особливо у наймолодших дітей. Негативна поведінка дитини не повинна бути проявом агресії та має бути усунута методами психологічної корекції. Крім того, необхідна попередня психологічна підготовка батьків до проведення терапії та очікуваних результатів. Перед початком проведення Войта-терапії наймолодшим дітям проводиться Войта-діагностика, їх оглядає невролог та педіатр, а крім того, застосовуються додаткові обстеження за показаннями. При введенні Войта-терапії як реабілітаційної методики доцільно використовувати її самостійно. Насамперед це пов'язано з розрахунком адекватного навантаження. Войта-терапія не сумісна з електропроцедурами та електростимуляцією м'язів. Ефективність Войта-терапії залежить від терміну розпочатого лікування, «зрілості» функціональних систем нервової системи та ступеня й стадії розладів у руховій сфері. Лікування за методом Войта дає можливість розпочати лікування рухових розладів з періоду новонародженості. Найбільша ефективність лікування досягнута після попереднього ознайомлення батьків з методикою та їхньою достатньою психологічною підготовкою при власноручному довготривалому безперервному виконанні методики лікування.

4.3.5. Недирективні форми терапії. Метою цих форм терапії є зниження рівня страху в аутистичних осіб внаслідок пристосування до довкілля, а також навчання поведінки, необхідної для адаптації в суспільстві; головний акцент роблять на налагодженні контакту через наслідування і спільну активність.

До цієї терапії належить, зокрема, ігрова терапія, розроблена Вірджинією Акслейн, в основі якої є налагодження теплих, приятельських взаємин між терапевтом і дитиною. Засади недирективної ігрової терапії ґрунтуються на концепції недирективної терапії Карла Роджерса. У процесі застосування

цього виду терапії дитина має змогу відкрито виражати свої почуття і керувати процесом зустрічі. Важливими є такі обмеження, як заборона нищення речей або атакування інших осіб.

Недирективна терапія охоплює також елементи арт-терапії (малювання, ліплення, колаж), ігри з різноманітними предметами та речовинами.

4.3.5.1. Використання спеціальних психотерапевтичних ігор під час занять із аутистичною дитиною. У житті будь-якої дитини час від часу трапляються моменти, коли вона потребує психотерапевтичної допомоги. Пояснити це можна особливостями людської психіки: якщо накопичився критичний рівень напруження, то в здоровому організмі виникає захисна реакція, щоб звільнитися від цього напруження і від негативних емоцій. Така захисна реакція виникає, наприклад, якщо дитина втомилася або якщо її ображають. Звільнення від негативних емоцій найчастіше настає, коли люди плачуть. За допомогою сліз вдається послабити напруження, причому цей спосіб найбільш гуманний, соціально адекватний і безпечний для навколишніх. Також емоційна реакція дитини може виявлятися в агресивності. Дитина починає кричати, битися або кусатися. І в одному, і в іншому випадку такі реакції виникають спонтанно: дитина не усвідомлює, чому вона кричить або плаче. Однак унаслідок цього настає довгожданне полегшення.

Зауважимо, що не завжди інстинктивні способи захисту допомагають самостійно позбутися стану напруження. До того ж неконтрольовані емоційні спалахи в поведінці дитини можуть бути соціально неприйнятними: якщо вона кусається, штовхається і плюється, це ускладнює процес спілкування з нею.

У подібних випадках допоможуть спеціально організовані ситуації, які можуть дати психотерапевтичний ефект:

- відвідини басейну;
- дитячі атракціони: стрибки на батутах, басейн з пластмасовими кульками та ін.;

- різноманітні види рухової активності: метушня (жартівлива боротьба), фізичні вправи, заняття спортом, танці;
- спілкування з природою: прогулянки в ліс, парк тощо.

На відміну від здорової дитини, яка звичайно відчуває труднощі лише час від часу, а інколи й успішно справляється з ними без сторонньої допомоги, аутистична дитина постійно перебуває у стані напруги і не здатна вийти з нього самостійно.

Аутист не вміє керувати своїми емоціями, зокрема негативними. Це часто завдає труднощів батькам, яким важко контролювати поведінкові реакції дитини. Через неможливість вплинути на поведінку дитини батьки часто соромляться з'являтися з нею на вулиці, у громадських місцях; на прогулянці вважають за краще усамітнитися в найтихішому куточку парку, не бавитися з дітьми на дитячому майданчику. Однак така поведінка батьків не вирішує проблеми .

У моменти, коли дитина починає поводитися неадекватно, близькі дорослі повинні розуміти, що вона робить це не спеціально, а лише тому, що почувається дискомфортно. Агресивні випадки, крик, розкидання предметів та іграшок тощо – так дитина намагається захистити себе в ситуації, що виявилася для неї болючою. Під час загострень треба думати про стан дитини, а не про правила пристойності, і докласти всіх зусиль, щоб допомогти їй.

Допомогти дитині-аутисту дуже важко. По-перше, далеко не завжди зрозуміла причина такої реакції, важко виявити джерело дискомфорту. По-друге, батьки і педагоги не знають, що робити в подібній ситуації, а звичні спроби заспокоїти не дають результату, а інколи ще більше дратують дитину. Зауважимо, що емоційні спалахи виникають в аутистичної дитини досить часто і з найрізноманітніших причин. Щоб допомогти такій дитині, треба зрозуміти характер цього спалаху, з'ясувати причину неадекватної поведінки.

Причиною емоційного спалаху аутистичної дитини може бути **переживання гострого дискомфорту**, наприклад, коли перервана

стереотипна гра дитини (гра, основним змістом якої є багаторазове повторення незмінного ланцюжка певних дій протягом тривалого часу; учасником гри є саме дитина; мета і логіка гри, значення пророблених дій часто незрозумілі для оточуючих). Якщо спробувати відірвати її від улюбленої гри в кубики або забрати пластилін, з якого вона годинами ліпить абстрактні фігури, то швидше за все дитина виразить свій протест криком і відмовиться віддавати іграшки.

Причиною неадекватних дій може бути *емоційне перенасичення*, дитина намагається своїми діями дозувати емоційно насичену інформацію, яка надходить ззовні. Наприклад, якщо дорослий співає дитині пісеньку, яка їй дуже подобається, а вона раптом затуляє долонькою рот дорослого, закликаючи припинити спів. Негайно припиніть і не наполягайте на продовженні.

Причиною багатьох емоційних реакцій аутистичної дитини є бажання позбутися негативних емоцій, що накопичилися. У цьому випадку можна говорити про своєрідну *«емоційну розрядку»*. Іноді така реакція виявляється в агресивних діях. У цій ситуації треба дати можливість дитині заспокоїтися, не намагатися карати дитину за погану поведінку.

В інших випадках дитина своїми діями намагається підвищити власний емоційне тло, наче «само стимулюється», вона надто збуджена, втрачає контроль над своєю поведінкою. Дитина може завдавати собі удари по голові та інших частинах тіла. У цьому випадку вона викликає у себе переживання певних примітивних емоцій, які дають їй заряд енергії. Таку реакцію дитини можна назвати *«емоційною підзарядкою»*.

Найскладніший випадок, коли причину афективного спалаху зрозуміти неможливо. Дитина раптом починає поводитися дивно й неадекватно, хоча щойно була абсолютно спокійною. В цьому випадку треба спробувати переключити увагу дитини на її улюблене відчуття: наприклад, погладити її по спинці або почати її улюблену гру, - можна запропонувати конструктор, з деталями якого

дитина почне забавлятися, можна також переливати воду. Швидше за все, дитина підтримає дорослого і заспокоїться.

Використання психотерапевтичних ігор необхідне, однак доцільне не у всіх випадках. На наш погляд, коли аутистична дитина намагається або підвищити своє емоційне збудження, або позбутися негативних емоцій, використовуючи „емоційну підзарядку” або „емоційну розрядку”, вона застосовує найефективніші засоби для контролю над власною поведінкою.

4.3.5.2. Психотерапевтична гра як перший крок до контролю над емоціями

Під поняттям „*психотерапевтична гра*” маємо на увазі гру, мета якої – допомогти дитині досягти стану психічної рівноваги. У процесі проведення психотерапевтичної гри можна:

- допомогти дитині зняти напруженість;
- згладити прояви афективних спалахів, зробити їх контрольованими;
- навчити дитину виражати емоції адекватно.

Для психотерапевтичних ігор характерні такі особливості:

1. Психотерапевтична гра не є організованою, а *виникає спонтанно* у зв'язку із зміною стану дитини. Тому психолог повинен бути готовий до проведення такої гри у разі потреби.
2. Психотерапевтичну *гру проводить і контролює психолог*, який переживає разом із дитиною певні емоції, коментує те, що відбувається, допомагаючи дитині усвідомити власну поведінку.
3. У психотерапевтичній грі обов'язково є об'єкт, на який спрямовані дії дитини, - це можуть бути речовини: крупи, вата, вода т.д. і предмети: кубики, конструктор, газети тощо.

Для психотерапевтичної гри характерний *принцип повторюваності*. Це означає, що використавши конкретну гру як „легальний” спосіб прояву власних емоцій дитина наступного разу, коли відчує необхідність емоційної

розрядки, сама запропонує в цю гру побавитись. Протягом проведення психотерапевтичних можуть виявлятися *приховані страхи дитини*. У момент емоційного під'йому дитина починає коментувати свої дії, а уважний психолог може розкодувати підтекст дій і слів дитини.

Види терапевтичних ігор для розвитку емоційних станів дитини наведені в додатку 5.

4.3.5.3. Правила проведення терапевтичних ігор. Треба підтримати дитину в моменти виразу емоцій і відчуттів. Зробити це можна, повторюючи дії дитини, її слова і вокалізації (зовнішнє беззмістовне промовляння чи приспівування окремих звуків і складів). Якщо дитина закричить, покричіть разом з нею; якщо впала на підлогу, сядьте поряд; якщо вимовляє слова або фрази, - повторіть їх. Завдяки таким діям дорослого дитина не буде почуватися у цій складній для неї ситуації.

- Супроводжуйте гру емоційним коментарем. Під час психотерапевтичних ігор перед педагогом стоїть важливе завдання – пояснити дитині її поведінку. Основний зміст такого коментаря – дати дитині зрозуміти, що вона „не погана”, а те, що відбувається, - гра. Переважно дитина сприймає такий спосіб „легалізації” власної поведінки.
- Пам'ятайте, що не можна допускати прояву агресії щодо людей та іграшок – прототипів людей (ляльки, ведмедика і т.д.). В такій ситуації негайно переведіть агресивні дії дитини на об'єкти предметного світу – кубики, подушку, крупу, пісок, воду і т.д. Якщо дитина замахнулася для удару, спокійно, але твердо негайно перехоплюйте її руку. Якщо ж дитина намагається викинути ведмедика у вікно, заберіть іграшку, твердо сказавши: «ні». Натомість запропонуйте паличку, шматок пластиліну, папір. Навіть якщо реакція дитини на заборону буде гострою, треба залишатись непохитним, настоюючи на виконанні цих вимог.

- З часом гострота відчуттів, які дитина переживає під час таких ігор, поступово почне спадати. Як тільки це відбудеться, можна розвивати сюжет гри, пропонувати нові варіанти розвитку сюжету. Дитина не повинна застрягати на єдиному варіанті гри. Наприклад, замість того, щоб стукати молоточком по підлозі, запропонуйте «забивати цвяхи», майструючи будиночок для ляльок. А коли дитина бавиться з водою, переливаючи її в пляшки, запропонуйте «полити квіти».

У процесі психотерапевтичної роботи з аутистичною дитиною можуть спонтанно виникати нові ігри, котрі тут не описані. Не пропустіть появу нових можливостей і дійте в інтересах дитини.

4.3.6. Програма терапії та навчання аутистичних дітей TEACCH (treatment and education of autistic and related communication handicapped children). Цю програму створив на початку 60-х років професор університету Північної Кароліни Ерік Шоплер. Психотерапія полягала у вільній експресії емоцій дітей-аутистів та в інтенсивній груповій терапії їхніх батьків. Е. Шоплер та його співробітник Р. Райхлер зауважили, що такий підхід був неефективним і, навіть, збільшував частоту небажаних проявів поведінки. Е. Шоплер та Р. Райхлер (1971) поділяли думку, що аутизм не спровокований патологічною поведінкою батьків, тому більше зосереджували увагу на специфічних пізнавальних потребах осіб з аутизмом, які є наслідком органічної дисфункції ЦНС. Батьків більше не звинувачували у тому, що аутизм у дитини виник внаслідок їх «холодного» ставлення до неї, а почали розглядати як осіб, котрі страждають унаслідок хвороби своєї дитини. І саме в батьків уперше було виявлено величезний потенціал допомоги в реабілітації їхніх дітей, який вони могли реалізувати як співтерапевти [369].

Форма зв'язку „батьки-фахівці” передбачає обов'язкову вимогу взаємної поваги один до одного. У разі потреби батьки і спеціалісти можуть виступати в різних ролях:

а) батьки в ролі тих, кого навчають, а фахівці в ролі тих, хто навчає (традиційний підхід). Ефективність такої форми взаємодії ґрунтується на засаді, що спеціалісти стикаються з більшою кількістю випадків аутизму, ніж батьки, і що вони мають більший доступ до найновішої інформації та технік;

б) батьки в ролі тих, хто навчає, а фахівці в ролі тих, кого навчають. Ця форма взаємодії є менш відомою. Вона ґрунтується на уявленні про те, що батьки є найкращими експертами у сфері поведінкових проявів своєї дитини і мають більшу, ніж будь-хто інший, мотивацію до гармонізації взаємин зі своєю дитиною;

в) емоційна підтримка. Цю форму взаємодії використовують, коли фахівці починають зауважувати подібність стресових станів у себе і в батьків. Тут важливим є усвідомлення для обох учасників взаємодії того, що роль батьків аутистичної дитини, як і роль спеціаліста, є покликанням. Тоді їхня взаємна підтримка буде природною і подолає багато розбіжностей в поглядах стосовно терапії і подальших кроків реабілітації аутистичної дитини.

Програму терапії і навчання аутистичних дітей, а також дітей з розладами у спілкуванні створив Ерік Шоплер. Вона охоплює програми втручання, індивідуально розроблені для кожної аутистичної особи [377]. Головною метою цієї програми є створення системи опіки, реабілітації та покращення адаптаційних можливостей для аутистичних осіб. Дослідження Шоплера виявили, що аутистичні діти краще поведуться в умовах упорядкованого часу і простору.

Навчальна програма має визначену ієрархію завдань. Тематика цих завдань є широкою, охоплює вироблення у дітей навичок наслідування, порозуміння з іншими особами, розвиток перцептивних функцій, координації, невербального мислення, а також здатності до контролю власної поведінки.

Найважливішим і першочерговим завданням програми є виправлення тих порушень поведінки, які загрожують життю і здоров'ю дитини [387, 397]. Вирішення цього завдання можливе завдяки зміні поведінки дитини або умов оточення дитини. Форма терапевтичного втручання залежить від рівня

розвитку дитини. Наступним кроком є покращення якості життя дитини в сім'ї. Згодом можна пропонувати програму спеціального навчання, мета якої - вироблення в дитини вміння дати собі раду в ситуаціях повсякденного життя, щоб стати якомога більш незалежним від сторонньої допомоги.

Ролі психолога в роботі з аутичною дитиною та її сім'єю

Довготривала робота психолога з дитиною передбачає побудову стосунків між батьками цієї дитини та спеціалістом, які впливатимуть на успішність психотерапії. Ці стосунки, по аналогії з розвитком дитини, еволюціонують, проходять свої "сенситивні періоди" та "кризи". Для кожного з цих "періодів" притаманні своя ситуація та свої ролі.

Перша стадія – налагодження стосунків. Це період побудови взаємин між сім'єю та терапевтом. Психологом встановлюються межі дозволеної поведінки не тільки для дитини під час занять, але і для рідних.

В більшості випадків терапевт в цей період має стосунки тільки з дитиною та її матір'ю, або тим членом сім'ї, хто опікується дитиною (бабцею, тіткою, татом). Це полегшує процес комунікації з сім'єю в цілому.

Ось типові ролі терапевта в роботі з дитиною в період налагодження стосунків:

Ролі психолога	Характеристики ролей
"Дзеркало"	<p>Психотерапевт стає "тінню" дитини, намагається підключитися до її активності (наприклад, розкладання речей в ряд), підтримуючи стереотипії (гойдання, кружляння), привчаючи дитину до своєї присутності.</p> <p>Ця роль сприяє адаптації до занять маленької аутичної дитини або "важкого" аутиста.</p>

“Зовнішній вольовий центр”	Спираючись на інтереси та можливості дитини, терапевт відразу пропонує свої “правила гри”, тим самим коректуючи поведінку дитини. Ця роль є зрозумілою для аутичної дитини від старшого дошкільного віку.
-----------------------------------	--

Ролі матері і терапевта мають бути “співзвучними”, це дозволить налагодити довіру та порозумітися на початках. Хоча не кожна роль є конструктивною. В залежності від ситуації вони можуть змінюватися, бажано, щоб це відбувалося з ініціативи терапевта, а не батьків.

Роль психолога та її характеристика	Роль матері та її характеристика
“Шаман” – спеціаліст веде себе екзальтовано, при першій же зустрічі радісно повідомляє, що саме він допоможе і все буде добре, просто чудово.	“Захоплені” – не перестають розказувати терапевту, який він геніальний та як батьки щасливі, що нарешті з ним познайомились.
“Агресор” – терапевт, який ставить батьків перед фактом, що з дитиною є великі проблеми і що їм, в принципі, нема на що сподіватись без ліків та допомоги.	“Рожеві окуляри” не бачать особливих проблем, крім деяких труднощів у вихованні (наприклад, неслухняність). Про дитину, навіть дуже складну, розказують як про здорову.
“Аналітик” – психотерапевт, який чітко описує батькам те, що бачить в дитині (сильні і слабкі сторони), і на чому може будуватися робота.	“Песиміст” – має негативний досвід спілкування з різними спеціалістами, насторожено ставиться до терапевта.

Друга стадія – розширення контактів. Ситуація взаємодії між психологом та дитиною є вже чітко окресленою, заняття з психологом стало ритуалом для аутиста. Спеціалістом досягнуті перші істотні успіхи в роботі.

. Ось ролі психолога та аутичної дитини, які є характерними для цієї стадії.

Ролі психолога	Характеристики ролей
“Каталізатор бажань”	Психотерапевт вчить дитину долати труднощі та отримувати від цього задоволення. Тому що більшість аутистів при наявних можливостях для розвитку пізнавальних інтересів просто не бачать в розвитку сенсу.
“Вчитель”	Моделювання ситуації навчання для підготовки дитини для роботи з іншими спеціалістами (логопедами, дефектологами, тощо).

Дитина вже проявляє деку ініціативу в побудові взаємин з дорослим. Це ролі, які грає дитина у цих стосунках.

Ролі аутичної дитини	Характеристики ролей
“Бунтар”	Перша реакція дитини на пропозицію дорослого – негативізм та відмова працювати. Однак, через деякий час аутист все ж таки приймає пропозицію дорослого. якщо ж з ініціативи рідних йде розрив стосунків з терапевтом на цьому етапі, то дитина дуже сумує за терапевтом, оскільки така поведінка є просто грою для неї.

“Хороший учень”	Дитина приймає зовнішню ситуацію навчання (сідає за стіл, відкриває книжку), і на цьому все закінчується, вона не здатна чимось займатися без постійного спонукання дорослого.
------------------------	--

Розширення кола спілкування терапевта з членами сім’ї аутиста. Ось ролі терапевта та сім’ї в цей період (Табл.4.2).

Таблиця 4.2

Ролі терапевта та сім’ї

Роль психолога та її характеристика	Роль сім’ї та її характеристика
“Родич” – терапевт включений в сім’ю, знає про проблеми, конфлікти, стосунки між дорослими. є небезпека бути втягнутим в ці стосунки.	“Союзник” – сторона, яка намагається перетягнути терапевта на свою сторону.
“Друг” – терапевт, який намагається допомогти родині найти садочок, посидіти, поки мамі потрібно вийти, разом поїхати до лікаря.	“Маніпулятори” – навколо них крутяться багато людей, вони завжди намагаються досягнути “найкращих результатів” за найменші гроші.
“Партнер” – ставиться до батьків, як до експертів, готовий співпрацювати, допомагати сім’ї та ділити відповідальність з батьками.	“Партнер” – має позитивний досвід спілкування з різними спеціалістами, готовий до співпраці, адекватно дивиться на проблеми з дитиною.

В цей період до роботи з дитини додаються інші спеціалісти (логопеди, дефектолог, тощо). Більшість дітей в цей період вже готові до відвідування дитячих колективів.

Третя стадія – відчуження. Робота з дитиною ще продовжується, але відходять на другий план стосунки з сім'єю. Взаємини з дитиною стають більш партнерськими.

4.3.7. “Міфи” батьків та спеціалістів. Батьки аутичних дітей та спеціалісти, які мають обмежений досвід роботи з цією категорією дітей, створили свою категорію “міфів” про особливості розвитку та майбутнє аутистів. Частково ці міфи носять захисну функцію. Так, наприклад, якщо батькам, що вперше попали на прийом до лікаря, відразу вивалити на них всю інформацію про дитину, її можливості адаптації та перспективи на майбутнє, це викличе додаткову травму та на декілька місяців або років вони припинять спроби допомогти дитині та пошук спеціалістів, компетентних в цій галузі.

Ось типові батьківські міфи:

- 1) **З аутичного стану можна “вийти”.** РДА є розладом дитячого віку, з часом маленькі аутисти виростають в підлітків та дорослих з психопатією (епілептоїдною або шизоїдною), або аутизм переходить в епілепсію (на жаль, 30% процентів аутичних дітей з часом починають страждати на епілепсію), або розвивається шизофренія. Отже, від аутизму не можна “вилікувати”, в більшості випадків цей розлад розвитку переростає в інші психічні захворювання. Але більше ніж 75% аутистів можна в тій або іншій мірі адаптувати до життя в суспільстві, максимально залучивши ресурси сім'ї, де виховується аутична дитина, та потенціал особи з аутизмом.
- 2) **Аутичні діти потребують спілкування зі здоровими дітьми, тому їх потрібно будь-яким способом влаштувати в “звичайний” дошкільний заклад, а, згодом, і в середню загальноосвітню школу.** Більшість аутичних дітей з певного віку (старшого дошкільного) прагнуть

спілкування з ровесниками. Але їм заважає налагодити контакт з іншими дітьми відсутність досвіду спілкування, оскільки аутичну дитину оточують тільки дорослі люди, якщо в сім'ї немає інших здорових дітей. І цей досвід контактів аутиста зі здоровим однолітком потрібно організовувати дорослим, готуючи і здорову дитину не акцентувати увагу на аутичних особливостях поведінки, і пояснюючи артисту, як потрібно поводитись в присутності іншої дитини. Найбільш прийнятний варіант контактів – організація інтеграційної терапевтичної групи, де були б і діти з проблемами, і звичайні діти. Але, наприклад, в умовах дитячого садочку, де аутисту потрібно контактувати не з одною дитиною, навіть не з трьома, а будувати стосунки з десятьма – двадцятьма дітьми, які не завжди налаштовані позитивно на спілкування з “дивною” дитиною, дуже часто відбувається виснаження аутиста та посилення симптомів (тривога, вибухи гніву, рухові стереотипи, тощо). Тому потрібно обережно та поступово включати аутичну дитину до деяких режимних моментів, які є в садочку. І найбільш оптимальний варіант дошкільної групи – логопедична група або група для дітей з ЗПР, де є менша кількість дошкільнят, і, тим більше, на фоні дітей з проблемами розвитку, не так явно буде виділятися дитина з аутичними проявами.

- 3) **Аутичні діти потребують тільки педагогічної корекції, ніяке лікування їм не допоможе, а тільки зашкодить.** За допомогою медикаментозної корекції можна зняти або зменшити такі аутичні прояви як емоційні розлади (тривога, неконтрольовані вибухи гніву, агресія та само агресія), зменшити стереотипність поведінки, покращити концентрацію уваги, тощо. Медикаментозна терапія часто є необхідною як підґрунтя для педагогічної або психологічної корекції.

Для батьків важливо відчувати, що їх розуміють спеціалісти, що хтось готовий працювати з їхньою дитиною, і що є перспективи розвитку. Коли взаємини з різними спеціалістами приносять свої результати, батьки поступово

розуміють “нереальність” частини своїх запитів та сподівань. Головне, щоб вони були готові з власної ініціативи відкинути міфи.

Що стосується спеціалістів, то зараз з'явилася велика кількість аутичних дітей, тому є багато запитів щодо роботи з аутистами до логопедів, дефектологів, психологів. На сьогоднішній день спеціалісти мають достатньо літератури про аутизм, але мало розроблених методик щодо роботи з аутичними дітьми. До того ж, аутичні діти є дуже різними по збереженості пізнавальної сфери, по вираженості симптомів аутизму, по наявності або відсутності супутніх розладів та хвороб, тощо. Тому сподіватися, що колись може бути створена методика, яка б була універсальною для всіх аутистів, є нереально. Тому спеціалісти, які згодні працювати з аутичною дитиною, повинні діяти творчо, шукаючи “ключики” до кожної такої дитини. На перших початках зрозумілі побоювання педагогів та психологів щодо достатньої кваліфікації та можливості спеціаліста допомогти саме тій дитині, тому і з'являються на ґрунті невпевненості свої міфи. Ось деякі з них.

4) Аутична дитина є дуже ранимою, тому будь-яке необережне втручання може нанести їй шкоду. Взаємини з іншою людиною дійсно є дуже виснажливими та травматичними для маленького аутиста. Але більшість дітей повинні пройти цей болючий етап звикання до роботи з педагогом (психологом) наодинці, щоб бути готовими до подальших кроків до соціалізації (робота в малих групах, відвідування садочку, школа, тощо). І чим впевненішим буде спеціаліст, чим чіткіші та послідовніше вимоги до дитини він буде ставити, тим спокійніше і комфортніше буде аутисту у взаєминах з цим дорослим.

5) Якщо розвиток пізнавальних процесів у аутичної дитини є наближеним до розвитку здорових ровесників, то вона може робити завдання, посильні для дітей її віку. У деяких аутичних дітей словниковий запас може перевищувати вікові норми та (або) показники невербального інтелекту відповідати ним, але розуміння мовлення у аутичних дітей є

утрудненим. Тому завдання, які спеціаліст пропонує дитині, повині бути підібрані по принципу максимальної зрозумілості для дитини при мінімальній інструкції.

З часом кількість педагогів та психологів, які матимуть достатній досвід роботи аутистами, буде зростати. Ймовірно, з'являться методики для аутистів різного віку та стану, які будуть створені практиками. Але головний принцип в роботі з будь-якою дитиною назавжди залишиться принцип любові спеціаліста до дитини, з якою він працює.

Таким чином, проблематика загальних розладів розвитку, а також допомоги дітям та особам, які ними уражені, ще недостатньо вивчена. На жаль, у наш час такі діти не можуть бути повністю реабілітованими. Звертає на себе увагу те, що параметри індивідуального розвитку аутичних дітей суттєво відрізняються в кожному конкретному випадку. Щодо критичного періоду, коли можна робити достатньо надійні прогнози їх подальшого розвитку, одні вчені наводять цифру п'ять років, а інші – вісім. Насамперед це пов'язано з розумовим та мовленнєвим розвитком дитини. Незважаючи на те, що реакція на корекцію чи лікування у кожної дитини є індивідуальною, за окремими проявами синдрому аутизму можуть бути досягнуті позитивні результати. Найбільший поступ простежується у поведінкових проявах, наприклад: усунення спалахів гніву, порушень сну, самоскалічення. Корекція досягає успіхів у питаннях соціалізації, мовленнєвого розвитку і вербальної комунікації. Це має велике значення для розвитку соціальних навичок і формування відносної незалежності пацієнтів. Проте ці успіхи часто пов'язані з цілком визначеними ситуаціями, і перенесення сформованих навичок соціального спілкування на інші ситуації неможливе. У сфері розвитку інтелектуальної діяльності успіхи, зазвичай, незначні. Незважаючи на це, спеціальне лікування та корекційне навчання, безумовно, можуть дати поштовх до поліпшення подальшого розвитку аутичної дитини. Досвід свідчить, що система неперервної спеціальної допомоги, яка охоплює всі етапи життя, забезпечує найкращі

результати. Тому на майбутнє необхідні наукові дослідження, науково-методичне забезпечення та навчання спеціалістів, а також індивідуальний підхід до проблеми інтеграції таких дітей у суспільство.

4.3.8. Засади співпраці спеціалістів з батьками аутичних дітей.

Останнім часом часто порушують проблему взаємостосунків між спеціалістами та батьками, які опікуються дітьми з інвалідністю. Батьків аутистичних дітей за соціокультурною концепцією етіології аутизму називають винуватцями хвороби своїх дітей [148, 159].

Традиційно спеціалістів вважали авторитетними та непомильними експертами, що було зумовлене передусім такими чинниками:

- особливостями програми навчання спеціалістів;
- суспільним розумінням взаємозв'язку «батьки-спеціалісти» [369, 370].

Характерним є те, що програми навчання спеціалістів передусім розраховані на вивчення методів та технік, придатних лише безпосередньо на роботу з дітьми-інвалідами. Мало уваги присвячено розвитку комунікації та практичних вмінь, потрібних для ефективної роботи з іншими спеціалістами та батьками як членами терапевтичної команди. Спеціалісти, як і батьки дітей-інвалідів перебувають під великим впливом суспільних очікувань. Спеціалістів заохочують до чіткого встановлення діагнозу і пошуку ефективних способів лікування, а батьки с їх як тих, хто «повинен знати найкраще». «Ідеальними», згідно суспільної думки та думки більшості спеціалістів є ті батьки, які беззастережно виконують усі вказівки спеціалістів щодо лікування та виховання своїх неповносправних дітей. Такий погляд часто стає причиною осуду та неприйняття спеціалістами поведінки батьків, які не відповідають параметрам «ідеальності».

Наш досвід роботи з родинами аутистичних дітей у консультативних центрах та громадських організаціях м. Львова, зокрема у Львівському центрі

підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», зумовив пошуки шляхів налагодження партнерства між батьками аутистичних дітей та спеціалістами, які залучені до процесу їх терапії.

Процес діагностики аутистичних дітей є достатньо специфічним. Аутистичні діти, особливо в перші роки життя, можуть виглядати цілком нормальними та жвавими у своїх спонтанних реакціях. Багато батьків відзначають, що їх діти у віці немовляти були ідеальними, реагували на різні форми фізичної стимуляції, володіли навиками мовлення, характерними для цього вікового періоду. Близько 25% батьків, досліджуваних нами дітей, повідомляли про їх нормальний розвиток перед третім роком життя. Інша група батьків наголошувала, що «у поведінці їх дитини щось було не так»: дитина поводитися надто спокійно, або, навпаки, вирізнялась дратівливістю та відсутністю зацікавлення міжособистісними контактами. В обох випадках діагноз батьки сприймали з розпачем та почуттям провини.

Спеціалісти, які діагностують аутистичних дітей часто абсолютно неготові до реакції батьків на діагноз. У випадках, коли підтверджується хвороба дитини, батьки починають пошуки інших спеціалістів з надією, що хтось із них цей діагноз спростує. Таку поведінку батьків спеціалісти трактують як недовіру до їх компетентності. На думку Е.Шоплера, Р. Райхлера та М. Лансінга [376] самі спеціалісти можуть несвідомо провокувати поведінку «пошуку» такими діями:

- початкове заперечення проблеми та запевнення, що треба «заспокоїтись, бо дитина це переросте»;
- початкове приховування перед батьками інформації про те, що таке аутизм. Це стосується як самого діагнозу, так і наслідків, які з нього витікають;
- неузгодженість думок спеціалістів щодо діагнозу та методів допомоги.

Зрозуміло, що батькам, яким надають суперечливу інформацію, складно спокійно та раціонально сприйняти діагноз, поставлений їхній дитині.

Проведені нами бесіди з батьками аутистичних дітей стосовно реакцій, які викликала у них початкова інформація про наявність у дитини аутизму виявили, що батьки вражені тим:

- як їх трактують;
- самою інформацією про встановлений діагноз;
- способом, яким їм цю інформацію подали.

Внаслідок цього у батьків виникає почуття провини за те, що вони належно не опікувались своєю дитиною і що може саме вони є причиною захворювання дитини.

В цьому випадку дуже важливо, щоб спеціалісти у відносинах з батьками приймали їх почуття гніву, провини, розгубленості як справжні, здорові і продуктивні реакції, а не як прояви патології.

Коли діагноз вже поставили, батьки опиняються перед складним завданням пошуку програми терапії. Багато сімей починають самостійно здобувати знання з проблеми аутизму. Дуже часто опрацьовують популярну літературу, яка може формувати переконання, що аутизм – це захворювання тимчасове, або ждізнаються, що саме батьки спричинили хворобу своєї дитини. На жаль, в Україні, навіть деякі фахівці вважають, що аутизм є розладом виключно емоційним. Такий погляд підтверджує думку, що аутизм є наслідком чинників швидше середовища, ніж органічних.

Спеціалістам, які працюють із батьками аутистів відомо, що це особи, які зазвичай мають високий соціальний та освітній рівень. Такі батьки часто формують свій погляд на аутизм і методи допомоги. Фахівці повинні враховувати думку батьків, особливо стосовно їх дитини. Батьків корисно залучати до ролі експертів щодо потреб та вмінь власної дитини, враховувати їхні пропозиції щодо плану терапії, якщо це можливо.

Лише розробкою програми допомога сім'ям з аутистичними дітьми не завершуються. На відміну від інших типів розладів, аутистичні діти вирізняються

неадекватними, часто неприйнятними для соціуму формами поведінки. Це зумовлює обмеження суспільного функціонування цілої сім'ї.

Для вирішення проблем соціального розвитку своєї дитини, батьки змушені шукати різноманітні заклади, які б опікувалися дитиною, зазвичай приватні, що потребує великих фінансових затрат.

Отже, фахівці, які працюють з родинами аутистичних дітей змушені виробляти новий, позитивний погляд на взаємини у системі «батьки-спеціалісти». Цей погляд повинен ґрунтуватися на емпатичному розумінні реальних труднощів як практичних, так і емоційних, з якими зіштовхується сім'я аутистичної дитини. Сформулюємо положення позитивного підходу до родини аутистичної дитини, спираючись на праці М. Доннелан:

- емоційні реакції батьків аутистичних дітей є нормальними, потрібними, та продуктивними;
- хоч батьки і потребують допомоги спеціалістів у вихованні, навчанні та терапії аутистичної дитини, вони спроможні розв'язувати свої проблеми без втручання спеціалістів;
- спеціалісти повинні навчитись працювати із сім'єю як системою. Ця система не повинна змінюватись, щоб пристосуватись до спеціаліста;
- аутистична дитина може бути іноді не найважливішою проблемою, яку має сім'я на даний момент. Інші справи можуть стати домінуючими, якщо цього вимагають потреби сім'ї;
- сім'я аутистичної дитини може бути найкращим, найбільш зацікавленим адвокатом своєї дитини;
- як батьки, так і спеціалісти зацікавлені у майбутньому розвитку та соціалізації аутистичної дитини;
- батьків аутистичної дитини треба активно і творчо залучати до процесу терапії, виховання та навчання.

Отже, можна запропонувати такі засади роботи з батьками аутистичних дітей:

- будь-яка діяльність стосовно батьків аутистичних дітей, як діагностична так і терапевтична, повинна ґрунтуватися на емпіричних та клінічних даних про те, що аутизм не є наслідком патології сімейних стосунків;
- спеціалісти повинні усвідомлювати свої сильні і слабкі сторони у міжособистісних контактах і намагатись уникати цих слабких сторін чи суб'єктивних оцінок щодо сімейної ситуації родини аутистичної дитини;
- якщо програма терапії, розроблена спеціалістом, не дає ефекту, отже, саме програма є невідповідною, а не те, що сім'я неправильно її виконує;
- діагностуючи і оцінюючи стан дитини, спеціалісти повинні надати батькам реальну інформацію щодо дефіцитів розвитку аутистичної дитини та наслідків цих дефіцитів для її майбутнього;
- для сімей повинні бути легко доступними такі форми емоційної підтримки, як групи взаємодопомоги, соціально-психологічні тренінги для батьків і т.п., треба пам'ятати однак, що не всі батьки цього потребують;
- не можна говорити батькам, що ситуація з їх дитиною є безнадійною, а навпаки, треба переконувати батьків у необхідності проведення терапевтичної роботи з аутистичними особами, незалежно від віку, з метою приготування їх до життя в суспільстві;
- всі програми допомоги аутистам повинні максимально залучати батьків, але одночасно враховувати їх право до мінімальної участі у цій програмі;
- співпрацю з батьками треба так врегульовувати, щоб враховувати не лише потреби дитини, але й родини в цілому;
- батьки повинні мати доступ до всієї інформації, пов'язаної з діагнозом

та терапією аутистичної дитини. Програму допомоги треба обговорити з батьками, це впливатиме на її ефективність.

Використання наведених вище засад на практиці дає змогу спеціалістам, які працюють з батьками аутистичних дітей, краще зрозуміти і прийняти право цих батьків на власні потреби і власні способи поведінки, які часто розглядаються як неефективні. Ці пропозиції можуть бути вказівками для заохочення спеціалістів до створення зіндивідуалізованого, гнучкого і відкритого партнерства в системі «батьки-спеціалісти», яке б спиралось на потреби як дитини, так і сім'ї в цілому.

4.3.8.1. Психологічна модель допомоги сім'ям дітей із загальними розладами розвитку. Існуючі сьогодні у світі моделі допомоги сім'ям дітей із загальними розладами розвитку (**F 84** за МКХ-10) (аутизмом) – надзвичайно різноманітні. Однією з таких моделей, яка є найважливішою на сучасному етапі у зв'язку з різноманітними труднощами в розвитку дитини, є *психологічна модель* допомоги сім'ї (синоніми: психотерапевтична модель, психологічне консультування). Професійна компетентність психолога в цьому контексті вимагає глибокого розуміння психологічних основ процесу виховання та навчання дитини [122]. Психологічний аналіз особливостей розвитку дитини повинен містити декілька етапів:

- систематизація даних про особливості розвитку дитини на момент дослідження (абсолютно необхідними тут є знання про особливості вікового та функціонального розвитку дітей із загальними розладами розвитку);
- вивчення особливостей найближчого оточення дитини та його ролі стосовно цілісного процесу її психічного розвитку.

З досвіду консультативної роботи з сім'ями дітей у Львівському центрі підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце» можна стверджувати, що психологічний аналіз особливостей розвитку дитини повинен містити декілька етапів.

Перший з них – етап систематизації даних про особливості розвитку дитини на момент дослідження, який містить: 1) кваліфікацію загальної невідповідності рівня психічного розвитку віку дитини; 2) аналіз первинних та вторинних розладів; 3) виявлення особливостей компенсаторних утворень і захисних форм поведінки; 4) кваліфікований аналіз особливостей онтогенезу дитини, її окремих складових – пізнавальної сфери, емоційно-особистісного розвитку до проявів захворювання у дитини та після того, як вони з’явилися.

Другий етап – вивчення особливостей найближчого оточення дитини та його ролі стосовно цілісного процесу її психічного розвитку. Предметом психологічного дослідження в цьому випадку є вивчення емоційно-мотиваційних особливостей батьківства, компетентності батьків щодо хвороби та різних станів дитини, здатності до рефлексії власної стратегії виховання, до емпатійного, безоцінкового прийняття дитини і т. д.

Спроби надання професійної психологічної підтримки сім’ям дітей із загальними розладами розвитку почали здійснюватись у нас лише недавно, і поки що вони носять епізодичний характер. Ми переконані, що така підтримка повинна розвиватись перш за все як допомога сім’ї в її основних турботах: вихованні та адаптації до життя дитини з аутизмом. Основне в цьому випадку – дати батькам можливість зрозуміти, що відбувається з їх дитиною, допомогти встановити з нею емоційний контакт, відчувати свої сили, навчитись впливати на ситуацію, змінюючи її на краще.

Багато спеціалістів-практиків підтримують ідею розробки програм ефективної участі батьків у реабілітації та навчанні дітей із загальними розладами розвитку і обґрунтовують це низкою причин:

1. Досвідчені батьки можуть виявитись найактивнішими прибічниками розширення сфери реабілітаційних та навчальних заходів.
2. Батьки дітей із загальними розладами розвитку значно довше несуть відповідальність за свою дитину, ніж батьки здорових дітей.

3. Залучення батьків в якості асистентів спеціалістів – це дієвий спосіб реалізації концепції індивідуалізованого навчання та виховання.
4. Батьки знають своїх дітей краще, ніж будь-хто інший, тому вони здатні критично оцінити розроблені спеціалістами програми реабілітації та навчання, призначені для їх дітей.
5. Батьки можуть надати неоціненні послуги в розробці конкретного змісту будь-якої програми.

Психологи, психотерапевти, які працюють із сім'ями дітей із загальними розладами розвитку повинні прийняти новий позитивний погляд на відносини “батьки-спеціалісти”. Цей погляд має спиратись на емпатійне розуміння реальних труднощів, як практичних, так і емоційних, з якими зіштовхується така сім'я. Спеціалісти, які приймають позитивний підхід, усвідомлюють, що велика кількість методів, які традиційно застосовуються в терапії сімей дітей із загальними розладами розвитку повинна бути змінена. Ця зміна може спиратись на такі засади праці із сім'ями:

- всі методи психологічної моделі допомоги сім'ям дітей із загальними розладами розвитку (зокрема діагностичні), повинні спиратись на емпіричні та клінічні дані про те, що загальні розлади розвитку не є наслідком патології сім'ї (середовища) [3];
- спеціалісти повинні усвідомлювати наслідки негативного сприймання суспільством батьків дітей із загальними розладами розвитку і намагатись послаблювати цей вплив своїм ставленням до них;
- велике значення має повне інформування батьків про характерні особливості та можливості розвитку дитини із загальними розладами розвитку;
- ні в якому випадку батьки дитини з аутизмом не повинні почути від спеціаліста, що “ тут нічого неможливо зробити”;
- співпраця з сім'єю повинна бути так організована, щоб виходячи з потреб дитини, вона враховувала ширші потреби цілої сім'ї.

Зрозуміти проблеми сім'ї, яка має дитину з аутизмом, і накреслити основні напрямки допомоги такій сім'ї можна не тільки і не стільки за допомогою спеціальних досліджень, скільки в процесі корекції, яка включає в себе сім'ю в цілому. Психологічна модель допомоги сім'ї передбачає постійну взаємодію спеціалістів з батьками. В руслі цього підходу відпрацьовуються способи навчання батьків методам корекційної роботи з дитиною із загальними розладами розвитку у щоденній взаємодії. Конкретні прийоми роботи з дітьми базуються на знанні батьками характеру порушення психічного розвитку.

Таким чином, компетентність та професіоналізм в роботі із сім'ями дітей із загальними розладами розвитку, яка здійснюється з ініціативи як членів сім'ї, так і спеціалістів, дозволяє закласти основи змістовного діалогу між сім'єю та професіоналами і розв'язувати багато труднощів у розвитку дитини.

4.3.9. Терапія родин. Особливості соціально-психологічної допомоги сім'ям аутистичних дітей. Проблема аутизму є однією з найбільш актуальних у сфері розладів розвитку дитини. Це пояснюється різноманітністю його проявів та причин, що викликають цю патологію. Причини виникнення та поширення аутизму на сьогоднішній день до кінця ще невідомі. Проте, незважаючи на це, зроблено значний вклад у висвітленні характеристики цього захворювання і способів допомоги аутистичним дітям та їх сім'ям як зарубіжними (С. Байрон-Кохен, Л. Бобкович, Л. Вінг, Дж. Глатзель, Б. Кауфман, Е. Мінковські, П. Рандел, Б. Рімланд, Е. Шоплер, Т. Яшімото та ін.) так і вітчизняними дослідниками (Д.І. Шульженко, В. Башина, Я. Бікшаєва, І. Вікторов, Л. Дем'янчук, Р. Дем'янчук, О. Дружинська, Є. Іванов, К. Лебединська, І. Мамайчук, І. Марценковський, О.Нікольська, О. Романчук, С. Семенов, Т. Скрипник, А. Хворова та ін.).

Зазвичай у нашій країні проблеми сім'ї, що виховує дитину з розладами розвитку, розглядаються через призму проблем самої дитини. Однак вирішення проблеми соціальної адаптації сімей аутичних дітей слід шукати у сфері реалізації соціально-психологічного впливу не лише на дитину, але й на її батьків.

Метою роботи є вивчення характеру взаємодії батьків з аутистичними дітьми та пошуку шляхів організації допомоги таким сім'ям через аналіз досвіду подібної допомоги у Львівському центрі підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», здобутих внаслідок співпраці батьків аутичних дітей та фахівців.

Західні автори (Я. Голройд, Р. Боум, А. Бейгенгольм, С. Фішман, С. Вольф) показали, що аутизм провокує більше стресів в родині, ніж інші розлади. Опитування, проведені нами з батьками дітей аутистів (95 родин) показали, що реакції батьків на те, що їх дитина страждає аутизмом бувають різноманітні. Деякі батьки відчують злість, почуття безсилля і провини, вони переживають шок, або починають вірити, що їх старання є недостатніми. Інші ж переживають стани глибокої нервової напруги і депресії. Такі емоційні реакції підсилює ще й факт, що більшість аутистичних дітей при народженні виглядають абсолютно нормальними і, на думку батьків, здатні здійснити їх очікування.

Встановлення діагнозу, інформація про те, що аутистична дитина – не така як інші і потребує особливого догляду та опіки, викликає почуття образи та розчарування. У батьків постають питання: “Чому саме ми? Чим ми гірші за інших?” Тривале переживання таких станів призводить до того, що батьки, а найчастіше це стосується матері, мають дуже низьку самооцінку, їм притаманне самозвинувачення і неприйняття себе, що підтверджується результатами проведеного дослідження на визначення самооцінки за допомогою методики А.М.Прихожан (65 % батьків мають низьку і 20 % – дуже низьку самооцінку). За цією ж методикою ми виявили, що майже у всіх досліджуваних нами батьків (85 %) відмічалась розбіжність між рівнями домагань і самооцінки (між “Я”-ідеальним і “Я”-реальним), що може свідчити про їх дизгармонійний стан, для якого характерна відсутність стабільного образу “Я”. Людина в цьому випадку знаходиться в умовах протиріччя між своїми “високими” прагненнями і “низькими” можливостями.

Можна виділити три рівні розвитку соціально-психологічного протиріччя:

- відносна соціально-психологічна рівновага (задоволення потреби);
- втрата рівноваги (незадоволення вищої за ієрархією потреби), ускладнення основних видів діяльності;
- неможливість реалізації планів та виконання своїх життєвих функцій до тих пір, поки протиріччя не вирішиться.

На кожному з цих рівнів існує можливість вирішення протиріччя, яка залежить, зокрема від ціннісних орієнтацій, пріоритетних для сім'ї, що виховує дитину з аутизмом. У результаті застосування методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча ми побачили, що батьки з низькою самооцінкою і з високою мірою розбіжності між рівнями домагань і самооцінки вибрали такі цінності, як любов, терпимість, чуйність [150]. На нашу думку ці цінності мають духовний вимір. Таким чином, у випадку виникнення протиріччя, коли людина вже знаходиться на третьому рівні його розвитку, у її діях може бути два варіанти вирішення цього протиріччя (табл.4.3).

Таблиця 4. 3

Варіанти вирішення протиріччя

Вирішення протиріччя	
Позитивне вирішення	Негативне вирішення
відкриття і прийняття гуманістичних та християнських цінностей; відкриття змісту життя у служінні заради щастя інших; відкриття релігійного виміру життя	зневіра; відчай; втрата сенсу життя

Позитивного вирішення протиріччя можна досягти, застосовуючи одну з двох засадових стратегій.

1. Перша стратегія полягає в тому, що життя родини сконцентровується навколо аутистичної дитини. Потреби цієї дитини висувуються на

перший план в аспекті часу, уваги, старань і коштів, присвячених на їх задоволення.

- Друга стратегія полягає у пристосуванні поведінки та емоцій окремих членів сім'ї до потреб аутистичної дитини. Батьки, які обрали цю стратегію, роблять акцент на те, щоб краще зрозуміти свою дитину і проявляти до неї більше терпеливості, відчуваючи потребу “прийняття страждання”. Вони прагнуть навчитись сприймати дитину такою, якою вона є.

Важливим кроком до позитивного вирішення протиріччя є вихід за межі свого “Я”. Якщо людина його не зробить, то вона може залишитися й надалі пригніченою тягарем власних сумнівів, невпевненості. Її дії при такому настрої будуть приреченими на поразку, людину чекатиме розчарування, від чого буде загострюватись протиріччя, а самооцінка ще більше знизиться. Цей процес зображено в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Варіанти соціальної поведінки батьків дитини з аутизмом

Вирішення протиріччя	
Позитивне вирішення	Негативне вирішення
вступ до спільноти; встановлення стосунків підтримки, дружби; можливість віднайти своє місце серед інших груп, в яких задіяна сім'я	ізоляція; агресивна настанова до оточуючих; відчуття самотності, непотрібності

Відомо, що деякі люди мають позитивну адаптацію до травми, використовуючи її переживання як джерело мотивації. Завжди серед батьків, які виховують дитину з розладами розвитку знаходяться такі, для яких мотив

забезпечення повноцінного життя своїй дитині спонукає до активних дій. Такі батьки часто стають засновниками громадських організацій, здобувають нову освіту, за допомогою якої стають спеціалістами в галузях допомоги дітям з особливими потребами і т.п. Проте батьків з активною позицією є, зазвичай, незначна кількість – за даними наших досліджень – це лише 25 % (див. рис. 4.2).

Інша ж частина батьків неспроможна справитись із завданням реалістичної адаптації до наявності в сім'ї хворої дитини і в цьому випадку відбувається блокування сім'ї на дизадаптивних психологічних реакціях, які відводять і дитину і сім'ю від реальності життя у емоційні тупики і до фокусування уваги виключно на життєвих негативах. Внаслідок цього у батьків часто розвивається пасивно-страждальна позиція з одночасним очікуванням і пошуками “чуда”, чи то у вигляді супер-спеціаліста, чи вдало підбраного лікування (див. рис. 4.2). Сім'я аутистичної дитини часто не отримує моральної підтримки від знайомих, а інколи і близьких людей. Оточуючі в більшості випадків нічого не знають про проблему аутизму, і батькам буває складно пояснити їм причини розгальмованої поведінки дитини, відвести від себе докори щодо її невихованості.

Спроби надання професійної соціально-психологічної підтримки сім'ям з аутистичними дітьми почали здійснюватись у нас лише недавно, і поки що вони носять епізодичний характер. Але для спеціалістів зрозуміло, що така підтримка повинна стосуватись цілої родини. Звичайно, в першу чергу необхідно звертати увагу на допомогу сім'ї в її основних потребах: вихованні і навчанні дитини з аутизмом. Головне в цьому питанні – дати батькам можливість зрозуміти, що відбувається з їх дитиною, допомогти встановити з нею емоційний контакт, відчувати свою силу, навчитись впливати на ситуацію, змінюючи її на краще.

Б.Кауфман [307] говорить про три послідовні кроки допомоги аутистичній дитині, які, на наш погляд, є найоптимальнішими та успішними:

- батькам необхідно почати з себе, переглянути своє ставлення до дитини і полюбити її такою, якою вона є (з усіма проявами її поведінки);

- створити мотивацію у дитини, а це означає, що потрібно в такий спосіб показати їй вартості нашого світу, нашу любов до неї і готовність до забезпечення їй захисту і опори, щоб сама дитина захотіла в ньому жити і діяти;
- розробити відповідно до потреб і можливостей дитини програми реабілітації.

Вирішення проблеми реабілітації дітей-аутистів неможливе без активної участі батьків. Саме вони повинні стати основними виконавцями всіх терапевтичних маніпуляцій, призначених для їхньої дитини.

- На нашу думку одне із завдань реабілітації полягає у тому, щоб полегшити родині і в першу чергу матері збудувати адекватні відносини з своєю дитиною. Для кращого розуміння механізмів, які сприяють психологічній реабілітації родини з аутистичною дитиною, розглянемо детальніше відносини між матір'ю та дитиною.

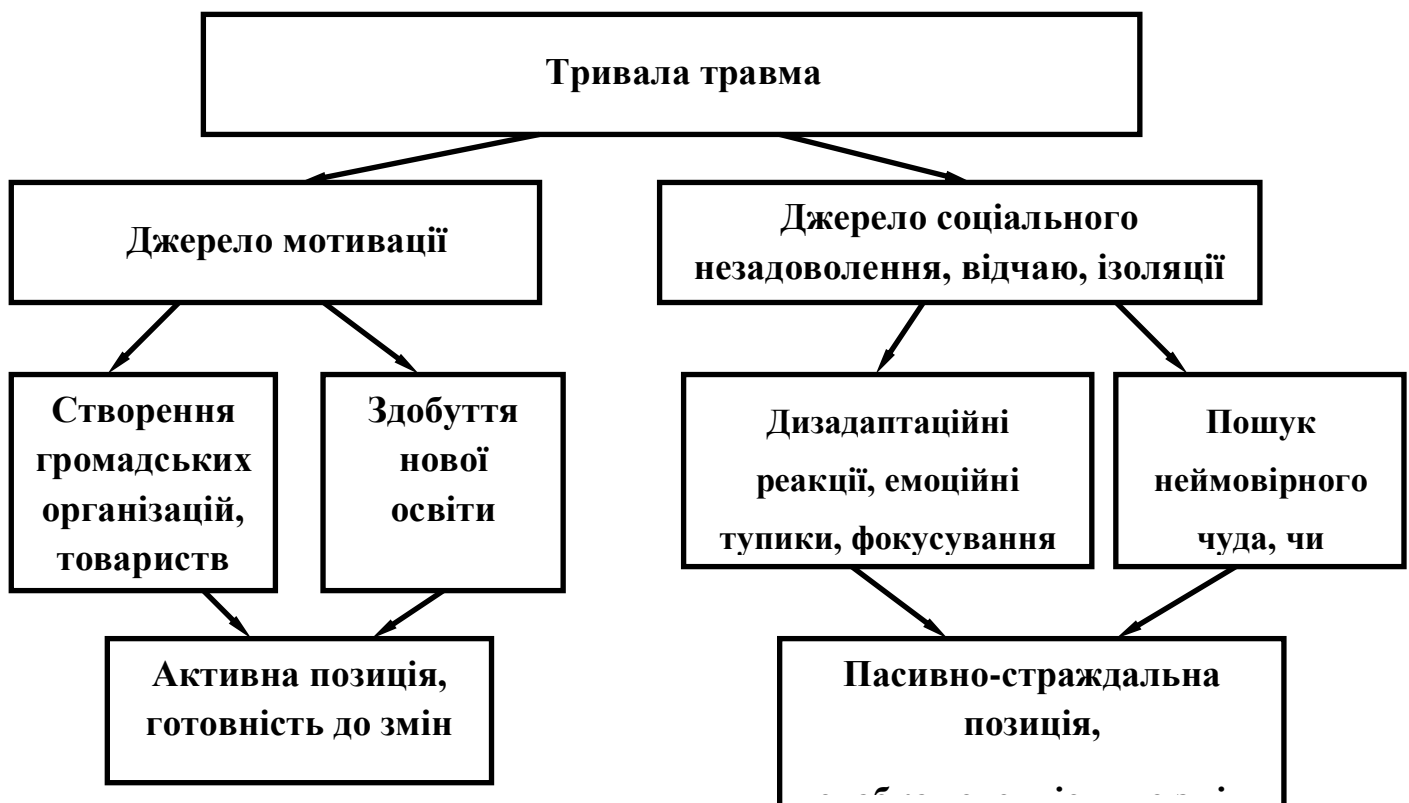


Рис. 4.2. Пошуки виходу батьків дітей зі спектром аутистичних порушень з тривалої травми

Існують певні закономірності у взаєминах в системі “мати-дитина”, які формуються ще під час вагітності, виявляються і продовжують свій розвиток після народження і далі. Ця взаємодіюча система має певні характерні особливості, які виділяли такі дослідники, як Р. Мухамедрахімов, Й. Брезертон. Ці особливості полягають у якості зв’язку, що здійснюється між матір’ю і дитиною. Цей зв’язок в свою чергу залежить від особистісних характеристик матері і способу реагування дитини на стимули матері. Серед параметрів, які впливають на формування якісного зв’язку між матір’ю та дитиною виділено такі як: вміння взаємно підлаштовуватись один до одного, стан взаємності та сумісності, певний рівень сенсорної чутливості. Для відчуття позитивної взаємодії характерна винагороджувальна поведінка, яка дає відчуття радості та задоволення від спілкування один з одним, а також вміння досягати оптимального рівня збудження шляхом пошуку або уникання соціальних стимуляцій.

До параметрів взаємодії належать також емпатійні здібності матері, які дають змогу емоційно супроводжувати дитину, коли вона звертається до інших об’єктів. Кожний етап зростання дитини вимагає й особистісного зростання матері. У взаємному зростанні, вимогах та стимуляціях розвиваються як мати так дитина.

Для розуміння розвитку дитини необхідно брати до уваги індивідуально-стабільні психологічні особливості матері, які є відносно незмінними, а їх вияв складає первинне оточення дитини. Якщо мати здатна змінювати свою поведінку відповідно до потреб дитини, а її очікування відбиваються у поведінці дитини – то процес взаємодії оптимальний. Якщо ці умови не дотримуються – розвиток ускладнюється. Ускладнений розвиток спостерігаємо саме у сім’ях з аутистичними дітьми. Перш за все, як ми вже зазначали, мати відчуває, що дитина не відповідає її очікуванням, а намагання матері змінити ситуацію не

приносять бажаних змін, а додатково провокують неочікувані реакції дитини. Наприклад, при надмірній стимуляції дитина відхиляє будь-які ініціативи матері. У дисфункційній діаді “мати-дитина” (див. табл. 4.5) при неявно вираженій реакції дитини на стимули матері спостерігаємо такі прояви поведінки матері, як: емоційна негативність і нестійкість, її недоступність для дитини, депресивність, контролюючий стиль комунікації, використання імперативного тону, критичне ставлення до дитини, недооцінка успіхів дитини, надмірна стимуляція та ініціація дій дитини.

Нерозуміння реального стану аутистичної дитини та неадекватне ставлення до можливостей дитини зумовлюють перший крок соціально-психологічної реабілітації таких сімей. Він полягає у навчанні вчуватися у стан дитини, іти за нею, її інтересами, що можливе за умови повного прийняття дитини. Вважається, що стан безпечної прив’язаності забезпечує дитині психологічний захист, який підтримує метаболізм організму.

Таблиця 4.5

Система “мати-дитина”

Функціональна система	Дисфункціональна система
Взаємне підлаштовування	Реакції дитини виражені неявно, або сильне заперечення дій матері
Синхронізація дій і потреб	Асинхронність дій і потреб
Взаємна сумісність	Надконтроль
Винагороджувальна поведінка	Емоційна негативність і недоступність матері
Вміння досягати оптимального рівня збудження	Критичне ставлення матері до дитини, недооцінка успіхів дитини
Розвинуті емпатійні здібності матері	Перестимуляція, стресова ситуація в матері і дитини

Для успішного реабілітаційного процесу необхідно допомогти матері побачити, як при її підлаштовуванні до стану дитини, діяльність дитини, наприклад дослідницька, продовжується. При цьому це підлаштовування має стосуватись не тільки проявів основних емоцій – радості, гніву, та ін. але і вияву таких вітальних афектів, як переживання сили, легкості, в'ялості, слабкості. Підлаштовування під дитину забезпечує їй комфорт, а також розвиває здатність усвідомлювати, що її почуття можуть розділяться іншими, незалежно від вербального спілкування, що дуже важливо для дітей з аутистичними вадами розвитку. Використання нами відеокамери при роботі з батьками особливо підкреслює позитивний ефект підлаштовування. Можна зазначити тут особливо позитивну роль відеотренінгу, який ми проводили з сім'ями аутичних дітей.

Наступний етап реабілітації повинен вести до заміни контролюючої поведінки на більш відкриту, знижену до рівня потреб дитини. Власне цей крок вимагає особливої уваги матері до самої себе і розуміння потреб дитини. Якість цих змін залежить від сенситивних можливостей матері, а також від бажання працювати над собою. Чутливість з якою мати відслідковує і відповідає на сигнали дитини для того, щоб ефективно контролювати ситуацію включає в себе вміння відгукуватись на сигнали дитини та ініціацію поведінки, відповідної до актуального стану дитини, враховуючи мету і наміри дитини.

Ще одна характеристика, яка впливає на стиль взаємодії між матір'ю та аутистичною дитиною – це індивідуальне очікування контролю над ситуацією. Депресивні матері не тільки виявляють більш негативну поведінку і менше відгукуються на сигнали дитини, але й вважають що контроль над ситуацією залежить не від них. Поєднання надмірно контролюючої поведінки матері стосовно дитини з відчуттям неспроможності змінити ситуацію, на нашу думку, підсилює довготривалу стресову ситуацію в родині.

Таким чином, для виходу зі стану пасивно-страждальної позиції необхідно створити мотивацію батькам з наступною активною участю в реабілітації

власної дитини. Як показує наша практика, дуже корисним є проведення соціально-психологічних тренінгів. Їх основною метою є зміна переконань, настановлень, очікувань батьків стосовно власної аутистичної дитини, що означає необхідність прийняття дитини такою, якою вона є і виявлення любові до неї. Зазвичай батьки упереджено ставляться до такої професійної допомоги із-за двох причин:

- невдалий попередній досвід спілкування зі спеціалістами;
- певний тип настановлень, а саме: “Допомагати потрібно дитині, а не мені”.

В таких умовах єдиними людьми, яким можуть довіряти батьки є такі ж самі як і вони – люди, обтяжені подібною трагедією, з подібними незадоволеними потребами і нереалізованими очікуваннями. Вони не лише добре розуміють один одного, але й кожен з них має свій унікальний досвід переживання кризових ситуацій, подолання труднощів і досягнення успіхів, освоєння конкретних прийомів вирішення багаточисельних побутових проблем. Тому при допомозі спеціалістів та з ініціативи батьків з активною позицією створюються товариства взаємодопомоги родин аутистичних дітей.

Як вже зазначалося, для успішної реабілітації аутистичної дитини батьки повинні пройти шлях самовдосконалення, який включає і самоприйняття, і самоповагу, і усвідомлення власної гідності. Першим кроком на цьому шляху є розвиток здатності виявляти свої правдиві бажання. Найменше коливання в іманентності нашого бажання, у власних почуттях і в своєму праві відчувати саме так штовхає багатьох на пошуки. В нашій реальності ми переживаємо багато такого, що абсолютно не відповідає нашим бажанням. Оскільки реальність не співпадає з тим, що нам би хотілося, формулюється передбачення, що повинна існувати ще якась воля, інша, ніж наша усвідомлена воля – воля Божа. Так поступово, через страждання, душевні пошуки людина приходить до пізнання Бога, усвідомлює потребу поглиблення контакту з Ним. Відкривається нова реальність. Ця нова реальність може виникнути тільки з віри. Віра є

передумовою для того, щоб відкрити власну свободу і свої можливості. Людина усвідомлює необхідність зміни у відповідності з нею своїх цілей і настановлень. Шлях адаптації батьків аутистичних дітей можна зобразити за допомогою рис. 4.3.

Враховуючи важливість останнього етапу виходу з кризи (схема 4.2), ми запропонували батькам спробувати звернутись до християнських практик, завдяки яким вони могли б усвідомлювати себе любленими, невідкиненими, і, крім того, що дуже важливо, інакше подивитись на свої власні страждання і на страждання своєї дитини. Ми проводимо спільні Літургії, духовні бесіди і розважання, ділення в групах про пережитий духовний досвід. Християнський світогляд, цінності, спілкування із священником, отриманий релігійний досвід та досвід спілкування на групових зустрічах з батьками, які мають подібні проблеми допомагає батькам побачити свою родину і самих себе, включених у ширше коло взаємодії (див. Рис. 4.4).

ЕТАПИ ВИХОДУ З ТРИВАЛОЇ ТРАВМИ



Рис.4.3. Шлях адаптації батьків аутистичних дітей

Особистісні, внутрішньосімейні взаємини та взаємодія з соціальним оточенням стають включеними у свідомості батьків у коло трансцендентної взаємодії, завдяки чому суб'єктивне переживання значущості Бога в житті людини, можливості відкриватися на взаємодію з Ним, відкриває шлях для духовного зростання батьків, поштовхом та причиною, якого стала їх аутистична дитина. Відбувається переоцінка та переосмислення багатьох речей, що для батьків з одного боку є болісним, а з іншого необхідним, бо відкриває їх до повноцінного життя в суспільстві. В цих спільних акціях завжди беруть участь і спеціалісти, чим посилюють довіру у батьків. Утворюється нова форма зв'язку у системі “батьки-фахівці”, яка лише у своїй цілісності здатна забезпечити реальний успіх у допомозі аутистичній дитині.

Отже, на нашу думку, запропонований підхід допомагає батькам аутистичної дитини відчувати реальну опору за межами себе самої – в образі Бога, і з допомогою цієї опори подолати депресивні стани, почуття безвиході та безсилля, віднайти позитивні смисли у своєму житті та житті дитини, допомогти прийняти ситуацію і дитину, знайти заспокоєння для себе і сприяти розвитку своєї дитини і стосунків в сім'ї.

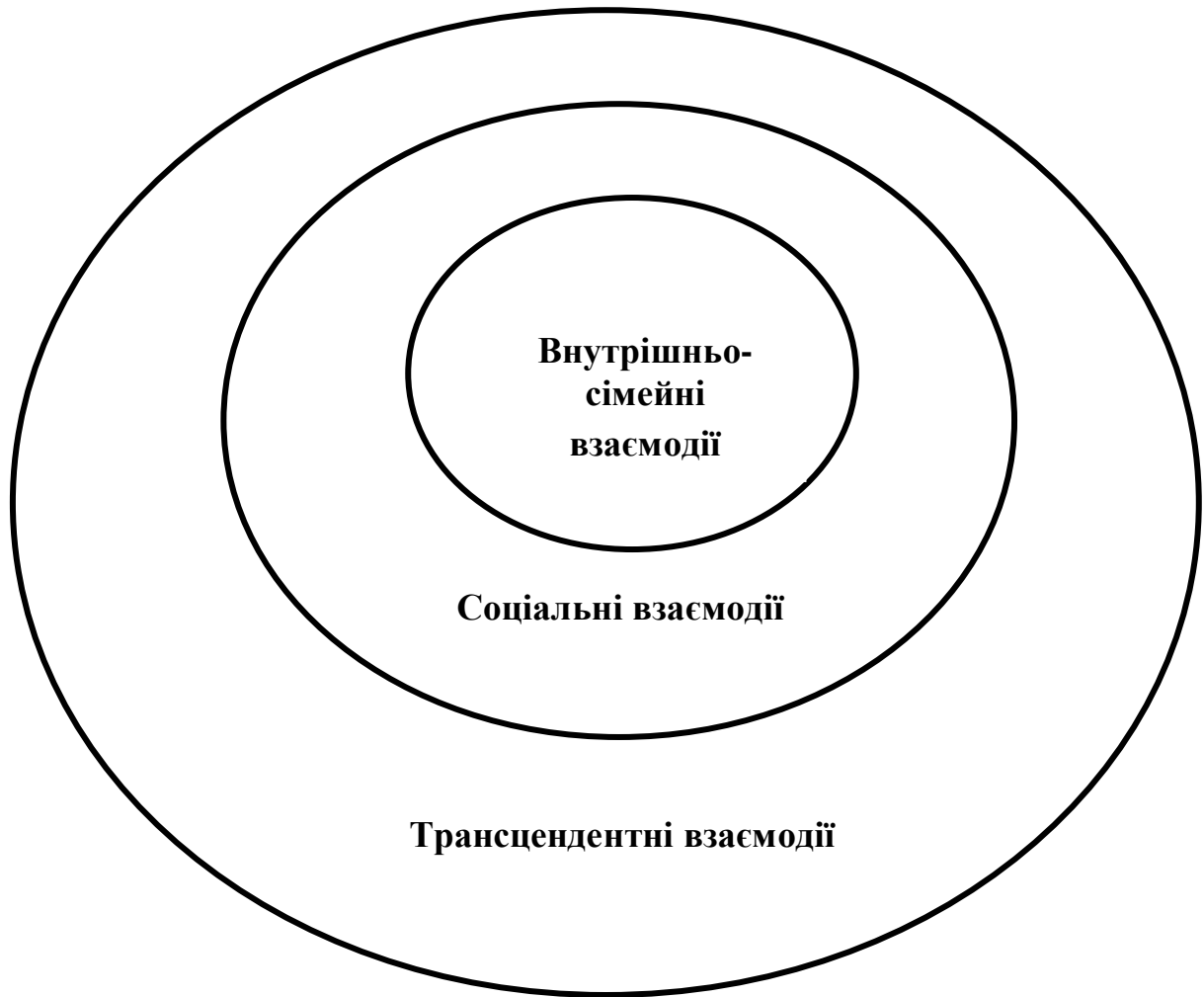


Рис. 4.4. Система сімейної взаємодії

У терапевтичній програмі аутистичної дитини і її сім'ї акцентовано на з'ясуванні батьками причин поведінки дитини та приготуванні батьків до терапевтичної діяльності зі своєю дитиною. Дуже важливо також з'ясувати форми спілкування у сім'ї, особливу увагу приділяють фізичному контакту. Метою цього методу є як заохочення батьків до виконання батьківських ролей, так і їхня емоційна підтримка, зменшення їхнього страху перед майбутнім дитини, подолання соціальної, які необхідно розв'язати, належать: призвичаєння батьків до важкої поведінки дитини, подолання труднощів у порозумінні з дитиною. У

програмі підтримки сімей зосереджують увагу на зміні ієрархії цінностей [8, 148].

Успішною адаптацією батьків до виконання своїх батьківських ролей є їхня участь у терапевтичних діях. Така участь має терапевтичний вплив і на самих батьків, дає змогу їм підвищити рівень власної самооцінки, почуття компетенції, контролю над ситуацією, вчить їх реалістично дивитися на свою дитину і на можливості її розвитку. Праця з дитиною дозволяє батькам краще розуміти поведінку її поведінку, завдяки чому покращується контакт із дитиною і зменшується страх, депресія. Часто така праця є також нагодою для подолання ізоляції завдяки контактам із батьками інших осіб з інвалідністю.

4.3.10. Головні завдання психотерапевтичної взаємодії з аутичними дітьми. Дитячий аутизм – один з численних розладів психологічного розвитку. Симптоми, які його характеризують, можна розпізнати перед третім роком життя дитини. Вони виявляються у:

- розумінні та виразності мови;
- розвитку прив'язаності;
- суспільних контактах;
- функціональній або символічній грі.

Аутизм можуть супроводжувати розумова неповносправність, проблеми з концентрацією уваги, чуттєва над/недовразливість, а також знижена мотивація до взаємодії [252].

Передусім проблеми, пов'язані з аутизмом, стосуються членів родин дітей, уражених цією недугою. Здебільшого, родина аутистичної дитини перебуває в ізоляції, яка супроводжується почуттям самотності.

Створення товариств, реабілітаційних центрів тощо є одним з методів виходу батьків із кризи, переродження в інше за змістом життя [185]. Така діяльність стає поштовхом до усвідомлення того, що саме родини аутистичних дітей є потужним двигуном розвитку професійних методів допомоги дітям-аутистам.

Створений 2005 року на теренах Львівщини Благодійний фонд Львівський центр підтримки осіб із загальними розладами розвитку «Відкрите серце», об'єднав родини дітей-аутистів та фахівців (психологів, медиків, логопеда та педагогів) у пошуках оптимальних методів реабілітації. Вони виходила з того, що для аутистичних дітей найважливіші:

- поліпшення функціонування в суспільстві;
- психолого-педагогічна та психотерапевтична допомога, а також у багатьох випадках фізична реабілітація.

Жодне з цих завдань неможливо виконати відразу, вводячи аутистичну дитину до групи ровесників і до дитячого садка, шкільного класу чи навіть психотерапевтичної групи або осередку, де проводять групові реабілітаційні заняття [355].

На підставі спостережень за дітьми-аутистами в одному з дитячих садків м. Львова з'ясовано, що діти без попередньої спеціальної підготовки у середовищі ровесників і чужих дорослих (у незнайомому їм місці) почуваються незатишно, налякані, розгублені, не розуміють, що навколо них діється. Це виявлялось у різних формах неадекватної поведінки, яку за цих умов виправити було практично неможливо. Для того, щоб аутистична дитина могла відвідувати групові заняття, необхідна довготривала індивідуальна підготовка.

З огляду на це важливим є створення комплексної індивідуальної програми для кожної дитини, зокрема з урахуванням її потреб. Метою такої програми є:

1. Покращення можливості прийняття і перетворення інформації ззовні (*терапія сенсорної інтеграції, рухливі заняття, музично-ритмічні заняття*).
2. Розвиток особистості:
 - формування навичок самообслуговування (*тренінги харчування, користування туалетом, самостійного одягання та роздягання; особиста гігієна, покупки, поїздки в громадському транспорті, прибирання тощо*);

- формування суспільно прийнятної поведінки, розвиток суспільних контактів (*спільні зацікавлення, налагодження приязні, спільні прогулянки*);
- розвиток творчості, ігри (*заохочення до використання різних матеріалів, експериментування, екскурсії*).

3. Вдосконалення моторики (*рухливі ігри, вправи з використанням спортивного та реабілітаційного обладнання, маніпулювання предметами тощо*).

4. Формування навичок спілкування з оточенням:

- розвиток мовлення – артикуляція звуків;
- формування розуміння мови, а також комунікативних навичок (*вербальні або візуальні способи за допомогою конкретних понять або образних символів; за допомогою жестів або письма; використання допоміжної комунікації (ДК)*).

5. Розвиток пізнавальних процесів:

- спонукання до зацікавлення довкіллям;
- освоєння технік читання, писання, лічби.

Індивідуальні програми з дітьми-аутистами створюють на основі програми TEACCH.

З метою складання індивідуальних програм попередньо проводять діагностику порушень розвитку аутистичних дітей. Зокрема, для цього застосовують такі адаптовані співробітниками (І.А.Марценковський, Я.Б.Бікшаєва, О.В.Дружинська) Київського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії і наркології Міністерства охорони здоров'я України шкали оцінювання дитини-аутиста, як: CARS – Childhood Autism Rating Scale (шкала оцінювання дитячого аутизму) [356], PEP-R – Psychoeducational Profile Revised (психо-педагогічний профіль) [370].

Дослідження Е. Шоплера [370], виявили, що аутистичні діти краще почуваються у структурованих умовах, це стосується насамперед організації часу та простору [359]. Складаючи програму для дитини-аутиста, яку протягом дня

виконуватимуть саме її батьки, доцільно вводити в розпорядок дня дитини конкретні пункти цієї програми.

Батьки завжди зосереджують увагу та енергію на виконанні програми, приділяючи менше уваги іншим формам діяльності. Стосується це й відпочинку. Перевантаження може зумовити синдром «емоційного вигорання». Деструктивним чинником для деяких батьків може бути також нездійснення очікувань стосовно дитини, пов'язаних із виконанням створеної програми. Тому для її впровадження необхідною є свідома згода батьків.

Щоб створювати мотивацію батькам для активної участі в реабілітації аутистичної дитини, фахівці проводять соціально-психологічні тренінги. Головною метою цих тренінгів є зміна переконань, настанов, очікувань стосовно аутистичної дитини. Це означає необхідність прийняття дитини такою, якою вона є, примирення з проблемою наявності у неї особливостей розвитку, відкриття краси та цінності життя своєї дитини. На цій ідеї ґрунтується діяльність християнської організації «Віра і світло», яка опікується неповносправними особами та їхніми родинами (зокрема аутистами). Такою ж ідеєю керувалась родина Кауфманів, яка розробила метод Option (Option Process) [306, 307] як програму розвитку їхнього аутистичного сина. Б. Кауфман говорить про три послідовні кроки впровадження в життя методу Option, які можна застосовувати як базові у допомозі аутистичним дітям:

- батькам необхідно почати із себе, переглянути своє ставлення до дитини і полюбити її такою, якою вона є (з усіма проявами її поведінки);
- створити мотивацію у дитини, а це означає, що потрібно в такий спосіб показати їй цінності нашого світу, нашу любов до неї і готовність для забезпечення їй захисту і опори, щоб сама дитина захотіла в ньому жити і діяти;
- лише тепер можна перейти до наступного кроку, - створення відповідно до потреб і можливостей дитини програми реабілітації.

Однак, завжди треба пам'ятати, що примус стосовно дитини є недоцільним,

навіть, якщо в певний момент вона перестає розвиватися, щоб вона зрозуміла, що її люблять, незважаючи на успіхи чи певні проблеми під час терапії.

Отже, завданням терапії аутистичних дітей (за допомогою відповідної програми) є розвиток механізмів інтерперсональної поведінки, закріплення її для того, щоб вони самі могли давати собі раду в навколишньому світі. Для фахівців важливо, щоб вони допомагали не тільки дитині, але зосереджувались на проблемах і можливостях цілої родини.

4.3.11. Застосування відеотренінгу для формування соціальних компетенцій та допомоги родинам аутистичних дітей. Відеозйомка значно підвищує результативність психотерапевтичної взаємодії [128]. Одним із способів її застосування є інтерактивний відеотренінг (ІВТ), який складається з домашнього відеотренінгу (ДВТ) та інтерактивного відеокерівництва (ІВК).

Домашній відео тренінг (ДВТ) – короткий інтенсивний спосіб домашньої допомоги для сімей, які потребують допомоги у налагодженні внутрішньо-сімейних стосунків. Розроблений на початку 90-х років минулого століття у Голландії як альтернативний метод до реабілітації та адаптації дітей з проблемами в розвитку. Адресати застосування цього методу – родини, де є діти:

- з девіантною поведінкою;
- гіперактивні;
- з порушеннями контакту;
- аутисти;
- з розладами у харчуванні та порушеннями сну;
- з проблемами психомоторного розвитку;
- прийомні.

Метод ДВТ активно застосовують у роботі з аутистичними дітьми. Зазначимо, що домашній відеотренінг спрямований на систему «батьки – діти» з урахуванням того, що:

- діти і батьки завжди прагнуть до налагодження контакту між собою;

- діти, навіть з порушеним психічним розвитком, постійно посилають сигнали контакту;

- батьки відповідають за добре самопочуття своїх дітей.

У випадку аутистичних дітей роль батьків є особливою, оскільки саме вони стають головними виконавцями індивідуальних програм, які є початковим етапом підготовки цих дітей до комплексної реабілітації та навчання [148].

ДВТ навчає батьків основам успішної комунікації, порушення якої є однією з найбільших проблем аутистичної дитини. Якщо дитина має затримку психічного розвитку, то за допомогою відеоаналізу спільно з батьками можна детально з'ясувати, на якому рівні розвитку реально перебуває їхня дитина. Позитивні взаємини, а також вміння зауважувати і підтримувати ініціативу дитини-аутиста є підставою до стимулювання її адекватного розвитку.

У процесі роботи з аутистичними дітьми увагу зосереджують на побудові позитивного контакту і зміцненні стосунків між членами родини.

Здебільшого, записують ситуації, які трапляються щоденно (ігри, харчування, шкільна діяльність тощо). У процесі аналізу записаних ситуацій акцентує увагу на тих моментах, де спілкування було успішним. Ці ситуації демонструють сім'ї на наступній зустрічі та обговорюють із батьками. Отже, батьки мають змогу бачити, що навіть у дуже складних ситуаціях вони є успішними, дізнаються, що елементи спілкування створюють ефективний контакт, що допомагає обрати кращий варіант спілкування з дітьми. Переглядаючи відео, батьки отримують підтвердження власних здібностей і можливостей. Все це дає підставу для розвитку турботливого, відповідального ставлення до своїх аутистичних дітей, що є основними критеріями побудови правильної системи їх виховання та навчання.

Застосовуючи ДВТ, батьки аутистичної дитини вчать:

- збільшувати кількість моментів позитивної інтеракції;
- знаходити ресурси у поведінці своєї дитини.

Відеозйомки з родинами аутистичних дітей дали змогу виявити:

- зайву ініціативність батьків (вони часто роблять замість дитини те, що вона здатна зробити сама, чим блокують розвиток дитини);
- багато ініціатив з боку аутистичних дітей виникає з почуття страху чи браку почуття безпеки;
- батьки часто не зауважують ініціатив, контакту з боку аутистичних дітей, оскільки занадто опікуються ними.

Це створює бар'єри у процесі ефективного розвитку аутистичних дітей. ДВТ прискорює їх подолання завдяки тому, що побачене на власні очі є переконливішим, ніж декілька разів почуте.

Праця з родинами аутистичних дітей за допомогою ДВТ дає змогу:

- створювати можливості успішної комунікації у взаєминах;
- вирішувати проблемні ситуації, які виникають у взаєминах;
- батькам «з боку» побачити власне ставлення до дітей; виявити позитивні моменти, що дають змогу поліпшувати самосприйняття і самоповагу, розвивати оптимальний шлях спілкування та самовираження.

4.3.12. Застосування ідей соціального конструктивізму у психотерапевтичній роботі з аутичними особами. Як показує психотерапевтична практика важко сприйнятливим, травмуючим фактором для батьків аутичної дитини є поставлений психіатричний діагноз, який включає чітко окреслені критерії прояву аутизму. Сама постановка діагнозу часто обеззброює батьків, приводить їх до усвідомлення наявності у них проблеми, а також до того, що лікування дитини належить до виключної компетенції лікарів та спеціалістів, самі ж вони є повністю безпорадними. В результаті в їх свідомості витворюється реальність, що їх дитина безнадійно хвора і весь тягар догляду за нею лягає на їх плечі. Справді, практика роботи з аутичними особами передбачає необхідність долучення батьків до процесу терапії, але це не ототожнюється з присвяченням себе хворобі дитини.

Завдання психотерапевта в цьому випадку полягає у створенні у свідомості батьків іншої реальності.. На думку Г.Матурана та Ф.Варела (1987) все, що

формулюється – створює реальність. Батькам необхідно подивитися на свою проблему під іншим кутом зору, тобто запросити до системи, яка склалась навколо проблеми, психотерапевта.

Ефективними у психотерапевтичній взаємодії з сім'ями аутичних осіб (як показує досвід роботи спеціалістів експериментального майданчику з підтримки осіб із загальними розладами розвитку кафедри психології Львівського національного університету імені І.Франка) є застосування ідей соціального конструктивізму.

Основні засади соціального конструктивізму полягають в тому, що:

- 1) реальність конструюється у процесі координування діяльності;
- 2) реальність створюється за допомогою мовлення;
- 3) реальність організовується і утримується нарративом;
- 4) не існує абсолютних істин.

В новій реальності необхідно змінити у батьків розуміння хвороби як проблеми. Важливо також навчити батьків не впадати у проблемний транс і одночасно навчитись самому психотерапевту не впадати у проблемний транс разом з безпорадним клієнтом, який зазвичай сприймає діагноз дитини з жахом. Наступний важливий крок – розрізнити *проблему* і *долю* (те, що можна змінити і те, чого змінити не можна і слід навчитись з тим жити, змінивши ставлення до проблеми, знайшовши у своїй ситуації переваги, позитивні моменти тощо). Наступний крок – навчити батьків дистанціюватися від проблеми. І, на кінець, чи не найважливіше – навчити батьків усвідомлювати власні ресурси, можливості, сили та здатність розв'язувати свої проблеми і брати на себе відповідальність за свої рішення. Це здійснюється в процесі терапевтичних розмов, протягом яких відбувається перехід від зосередженості на проблемі до орієнтації на засоби її розв'язку. Нами використовувалися такі основні засоби:

- 1) засоби, що знаходяться в самій проблемі – переформулювання значення (для аутичних осіб це найчастіше конкретні форми поведінки, яка трактується батьками як неадекватна);

- 2) засоби, що знаходяться поза проблемою – питання про винятки (у випадку з аутичними особами обговорюються ситуації, в яких неадекватна поведінка не проявляється, і координується діяльність, яка приводить до створення таких ситуацій).

Отже, використання цих засобів дає можливість спрямувати родину аутичної особи на виявлення нових можливостей рішення проблеми, зміни усталених уявлень про хворобу дитини, відкриття шляхів виходу із стану безнадії та суб'єктивної ізоляції.

4.3.13. Роль інтегрованої групи у соціально- психологічній допомозі дітям з аутизмом. Суспільна інтеграція – це спосіб організації занять та реабілітації осіб з інвалідністю, яка полягає у прагненні до створення таким особам можливості участі в усіх сферах суспільного життя [334]. Найчастіше темою для дискусій є питання інтеграції осіб з особливими потребами та здорових осіб. На жаль для реального здійснення такої інтеграції зараз в Україні багато об'єктивних перешкод, зокрема неготовність до неї спеціалістів, які працюють зі здоровими дітьми, та батьків здорових дітей.

Як прихильники ідеї інтегрованого виховання та навчання, ми спробували використати її для соціалізації аутичних дітей, залучивши також до інтеграції з ними дітей із хворобою Дауна (як початковий етап інтеграції).

Дітям із хворобою Дауна важко навчатися унаслідок вираженого недорозвитку абстрактного мислення та недостатності логічної пам'яті й уваги, а дітям-аутистам – внаслідок емоційної та поведінкової відстороненості від реальності, неконтактності, непристосованості до роботи в групах [211].

Обґрунтуванням такої інтеграції є те, що діти із хворобою Дауна відзначаються жвавістю елементарних емоцій, є лагідними та легко пристосовуються до оточуючих. Висока продуктивність дітей із синдромом Дауна у спільній ігровій діяльності, яка спирається на притаманну їм

збереженість емоційної сфери та добре розвинену здатність до наслідування, може допомогти дітям-аутистам розвивати комунікативні якості. А здатність аутистичних дітей зосереджуватись на предметах та деталях образів допомагає дітям із синдромом Дауна сконцентрувати увагу на предметній діяльності (що є для них проблемою [354]), а не лише на спілкуванні.

Ця інтеграційна група була створена в навчально-реабілітаційному центрі Львівського обласного товариства захисту неповносправних дітей – інвалідів з дитинства «Довіра».

З огляду на те, що найбільше можливостей для самовираження та поетапної соціалізації неповносправних дітей є у їх творчій діяльності, для групи «Мистецька майстерня» ми обрали систему арт-терапевтичних занять, в яких закладені такі резерви:

- 1) створення позитивного емоційного настрою в групі;
- 2) покращення процесу комунікації з ровесниками, спеціалістами, батьками;
- 3) створення відносин взаємного прийняття;
- 4) можливість на символічному рівні експериментувати з найрізноманітнішими почуттями, досліджувати і виявляти їх у соціально прийнятній формі;
- 5) розвиток почуття внутрішнього контролю;
- 6) створення умов для експериментування з кінестетичними та зоровими відчуттями, стимуляція розвитку сенсомоторних вмінь і в цілому правої півкулі головного мозку, яка відповідає за інтуїцію та орієнтацію в просторі;
- 7) підвищення адаптаційних здібностей людини до повсякденного життя [109].

У груповій роботі (яка тривала півроку) ми використовували різні техніки, однак найбільше часу на ліпку на ліплення з глини, яка є чудовим психотерапевтичним «інструментом». У процесі ліплення з глини задіяні не

лише зони кисті та пальців, що сприяє зняттю м'язевих тонусів, розвитку просторової та творчої уяви, спонтанності у прояві почуттів. Це допомагало емоційно «розкриватись» аутистичним дітям. Крім того, пластичні матеріали, зокрема глина – дієвий засіб у терапії гніву, агресії, страхів, характерних для симптоматики аутизму.

Діти з хворобою Дауна, яскраво виражаючи позитивні емоції, одобрювали творчу діяльність дітей-аутистів, незалежно від її змісту, форми та якості. Це давало змогу підтримувати в аутистичних дітях їх почуття власної гідності і позитивний образ «Я» та долати бар'єри комунікації.

Важливу роль у роботі інтегрованої групи відводять волонтерам. Жодна дитина, а особливо аутистична, не повинна залишатися наодинці зі своїми проблемами. Доручення волонтерів передбачало не лише фізичну підтримку під час виконання будь-яких завдань, але й регулярне коментування всіх деталей, пояснення дитині їх емоційного змісту. В цьому і полягала розробка афективних стереотипів аутистичної дитини за допомогою дорослого.

Залучити аутистів до групової діяльності складно. Ми спостерігали, що ці діти могли триматися осторонь від інших, не долучалися до загальних занять, не брали участі у святкуваннях. Проте, як виявлялось пізніше, вони, перебуваючи на дистанції (у постійному супроводі волонтера), все ж сприймали і чули те, що відбувалось навколо. Наприклад, удома аутистична дитина могла переказати на доступному їй рівні епізоди з життя групи, назвати імена деяких дітей і т.п.

Для кращої адаптації аутистичних дітей до створеної нами інтегрованої групи важливою була присутність на деяких заняттях батьків. По-перше, дітям було комфортніше та надійніше, по-друге, батьки мали змогу краще зрозуміти ту атмосферу, в якій перебували їх діти для подальшого спільного з ними опрацювання вражень, поведінки інших дітей та їх емоційного осмислення. Зауважимо, що залучення батьків до занять - особливість програми інтегрованої групи «Мистецька майстерня». Ми усвідомлювали,

що батьки є першими вихователями власних дітей і саме вони найбільш суттєво впливають на їх розвиток. Залучення батьків до роботи в групі ми стимулювали різноманітними методами, наприклад, організовуючи спільні виїзди на природу, долучаючи їх до волонтерської діяльності, прислухалися до їхніх порад, взаємодіяли з ними. Присутність батьків на заняттях була важливою не лише для дітей, але й для них самих. Батьки мали змогу:

- розвивати власне почуття компетентності;
- краще розуміти поведінку своїх дітей;
- вивчати види діяльності, які можна використовувати вдома;
- позбутися почуття ізоляції;
- встановлювати дружні стосунки з іншими батьками та волонтерами.

Отже, досвід роботи інтеграційної групи, яка об'єднувала дітей з хворобою Дауна та аутистичних дітей показав, що ці діти мали змогу:

- на емоційному рівні – виявляти емоції та почуття, знімати емоційну напругу, переживати задоволення від створення власного виробу, викликати самоповагу;
- на фізичному рівні – розвивати дрібну моторику, тактильні відчуття, стимулювати зорову координацію та рухову активність;
- на соціальному рівні - опанувати соціальними видами поведінки, імітуючи дії однолітків, формувати позитивне ставлення до себе завдяки взаємній емоційній підтримці, підвищувати рівень самостійності, взаємодіяти з іншими;
- на інтелектуальному рівні – розширювати словниковий запас, розуміти причинно-наслідкові зв'язки, розрізняти форму, кольори, збільшувати тривалість зосередження уваги, краще орієнтуватись у просторі та часі.

4.3.14. Індивідуальний супровід розвитку аутичної дитини – нова технологія педагогічної корекції аутизму. Спеціальна педагогіка в Україні не

може залишатися осторонь глобальних проблем суспільства. Йдеться про активізацію соціальної політики держави, посилення громадського інтересу до проблем людей з особливими потребами, зокрема до питань розвитку спеціальної освіти, можливості кожного громадянина отримати освіту відповідно до здібностей, індивідуальних запитів кожної особистості. У такому контексті існує дві взаємопов'язані проблеми: збереження позитивного досвіду колекційного навчання, теоретико-методологічних надбань попередніх періодів, а також – розробка, апробація та впровадження на етапі становлення ринкової економіки й перебудови суспільної свідомості сучасних моделей освітніх закладів, інноваційних технологій спеціальної освіти та комплексної реабілітації дітей з особливостями психофізичного розвитку (В. Бондар).

Проблема модернізації національної системи спеціальної освіти привертає увагу багатьох учених (В.І.Бондар, М. М.Малофеев, В.М. Синьов та ін.). Питання створення, поруч з традиційними, інноваційних організаційних форм надання спеціальних освітніх послуг є особливо актуальним, коли йдеться про послуги для дітей з аутичними викривленнями розвитку. Проблема розвитку та навчання аутичних дітей потребує уваги внаслідок:

- відсутності у країні системи спеціальної освіти для цієї категорії дітей;
- досить широкого поширення аутичних викривлень розвитку;
- відсутності у світовій практиці єдиного підходу до вирішення цієї проблеми, що пояснюється відносно коротким терміном аутологічної науки та практики;
- неможливості вирішити проблему лише за допомогою існуючих організаційних форм, та навіть шляхом створення нового типу закладів, аналогічного традиційним.

Аутизм як особливе викривлення розвитку описано Каннером у 1943 р., отже – цілеспрямовано аутизм вивчається лише близько 60 років.

Проблема захисту права аутичних дітей на освіту та розвиток згідно з їхніми можливостями може бути розв'язана лише шляхом створення у країні (місті)

державної системи психолого-медико-педагогічного (ППМ) супроводу аутичних дітей та їхніх батьків, головним завданням якого має бути запобігання найсуттєвому вторинному порушенню розвитку аутичної дитини – порушенню процесу формування особистості, що, відповідно, призводить до порушення процесу соціалізації.

Парадигма ППМ супроводу дітей з особливостями психофізичного розвитку, зокрема аутичних дітей, базується на загальній ідеї подолання явища, яке Л. Виготський образно охарактеризував як «соціальний вивих».

Розробка та обґрунтування моделі ППМ супроводу аутичних дітей та їхніх родин тісно пов'язана з такими прогресивними ідеями сучасної світової корекційної педагогіки, як рання допомога (рання корекція, раннє втручання) та інтеграція дітей з особливими потребами у загальний освітній простір.

Особливості розвитку дитини у ранньому віці, пластичність центральної нервової системи та здатність до компенсації порушених функцій обумовлює важливість ранньої комплексної допомоги, що дає змогу шляхом цілеспрямованого впливу зменшувати первинні порушення та запобігати виникненню вторинних відхилень розвитку. Така допомога передбачає широкий спектр довготривалих психолого-педагогічних і медико-соціальних послуг, які зорієнтовані на родину та впроваджуються у процесі узгодженої (командної) роботи фахівців різного профілю.

Можливість створення в Україні системи психолого-педагогічної та медико-соціальної допомоги дітям з аутизмом залежить і від динаміки поширення в країні інтегрованого навчання дітей з ОПФР, яка пов'язана з розвитком системи раннього втручання.

Необхідність інтегративних підходів до навчання визначено радянською спеціальною психологією та педагогікою в 70-х роках, тобто в той період розвитку держави та суспільства, коли проблема соціальної та освітньої інтеграції у контексті прав людини ще не розглядалася. Дослідники підійшли до інтегративного навчання у логіці розвитку наукових досліджень про

використання сензитивних періодів становлення вищих психічних функцій, запобігання виникненню «соціальних вивихів» та пов'язаних з ними вторинних відхилень у розвитку (за Л. Виготським). Тоді започатковано розробку та експериментальну апробацію комплексних програм ранньої (з перших місяців життя) психолого-педагогічної корекції відхилень у розвитку з подальшою якомога ранньою інтеграцією дитини у соціальне та загальноосвітнє середовище. Зокрема, ранньому виявленню та ранній корекції відхилень у розвитку в дітей з РДА присвячені дослідження О. Баенської.

Третьою ґрунтовною ідеєю, яка характеризує сучасну парадигму корекційної педагогіки, є перехід від допомоги дитині до допомоги сім'ї, від суто дошкільної підготовки та шкільного навчання дитини з ОПФР до комплексного мультидисциплінарного супроводу родини, яка її виховує.

Практична реалізація прав людини з ОПФР, втілення в життя принципів де інституалізації та нормалізації передбачає, що «центр тяжіння» під час навчання, виховання та соціалізації має знаходитися саме в родині. Зрозуміло, що родина не може самотужки задовольнити особливі освітні потреби дитини з ОПФР. Спеціальна допомога такій родині має охоплювати не лише забезпечення особливих освітніх потреб дитини у співпраці з сім'єю, а й допомогу та підтримку її як такої, з метою покращення якості життя всіх її членів, оптимізації психологічного клімату, зміцнення її педагогічного потенціалу.

Отже, при розробці моделі першого в м. Києві спеціалізованого науково-практичного закладу, який впроваджуватиме психолог-педагогічну корекцію аутичних порушень у дітей раннього, дошкільного й молодшого шкільного віку та індивідуальний супровід розвитку дитини з аутизмом, ми враховуємо такі провідні ідеї сучасної корекційної педагогіки:

- рання допомога та корекція, забезпечення особливих освітніх потреб аутичної дитини раннього та молодшого віку;
- спрямування корекційно-педагогічного процесу на запобігання та

подолання вторинних порушень розвитку аутичної дитини – порушень процесів формування особистості та соціалізації;

- якомога рання інтеграція (через механізм ранньої корекції) аутичної дитини в колектив дітей без аутичних викривлень розвитку;
- комплексний психолого-педагогічний і медико-соціальний супровід аутичної дитини та родини, що її виховує, спеціальна підтримка та допомога сім'ї.

У Концепції розвитку, навчання та соціалізації аутичних дітей (2004) ми вказуємо на доцільність створення державної системи допомоги особам з аутизмом за централізовано-територіальним типом (центральний заклад, один на місто чи обласний центр), має значні матеріальні та кадрові ресурси, фахівці консультують родину під час створення індивідуального плану розвитку дитини, вибору освітнього «маршруту», здійснюють науково-методичну та просвітницьку діяльність; фахівці територіального закладу в кожному районі міста (райцентрі) проводять поточну корекційно-педагогічну роботу, надають методичну та психологічну допомогу родині, супроводжують навчальний процес аутичних дітей, інтегрованих у заклади освіти. Оскільки створення такої системи є справою неблизького майбутнього, ми пропонуємо інноваційну форму надання корекційно-педагогічних послуг та індивідуального супроводу розвитку дитини, яка не потребує значних матеріальних ресурсів та великої кількості кваліфікованих кадрів. Ця форма враховує значну диференційність аутичної популяції (за віком, рівнем розвитку, місцем проживання), не потребує зосередження в одному місці багатьох дітей (що не бажано та ускладнює корекційно-педагогічний процес), дає змогу як найшвидше інтегрувати дитину в освітній простір з подальшим супроводом навчального процесу, надавати методичну та психологічну допомогу родині.

Діяльність Центру індивідуального супроводу розвитку аутичної дитини передбачає:

2. Соціальний маркетинг з метою виявлення готових до співробітництва з Центром родин, що виховують аутичних дітей, котрі потребують індивідуального психолого-педагогічного супроводу розвитку.
3. Детальне вивчення родини, створення соціального паспорта сім'ї, налагодження та зміцнення психологічних зв'язків «родина – фахівці Центру».
4. Створення базових (типових) програм розвитку аутичної дитини на кожному віковому етапі:
 - Перший (початковий) ступінь (2-й – 3-й роки життя);
 - Другий (середній) ступінь (4-й – 5-й роки життя);
 - Третій (перед шкільний) ступінь (6-й – 7-й (8-й) роки життя);
 - Четвертий ступінь (супровід навчального процесу) (7 – 12 років).

Програми розвитку розробляються на основі сучасних корекційних методик і технологій, визнаних у світі ефективними при аутичних порушеннях розвитку, - АВА-терапії (прикладного аналізу поведінки), методики розвитку міжособистісних стосунків, емоційної регуляції поведінки, холдинг – терапії, а також базових програм дошкільної освіти, методичних підходів, напрацьованих вітчизняною спеціальною педагогікою (корекція мовленнєвих порушень, розвитку вищих психічних функцій та ін.).

5. Створення індивідуальних планів розвитку дитини на основі базових, (з урахуванням рівня інтелекту, супутніх захворювань, сімейних обставин тощо).
6. Закріплення за кожною дитиною педагога-терапевта, який в домашніх умовах здійснює поточну індивідуальну роботу за планом розвитку дитини. Педагог-терапевт підпорядковується педагогові-супервайзеру, який керує створенням індивідуального плану, контролює та спрямовує поточну роботу. Терапевт та супервайзер організують та забезпечують консультації інших фахівців за встановленим в індивідуальному плані регламентом (наприклад, один раз на місяць).

Для кожної дитини (родини) ведеться індивідуальний журнал, де відображається діяльність усіх, хто працює з нею. Інформація, яка міститься у журналі, є суворо конфіденційною.

З метою узгодженості та підвищення ефективності роботи команди фахівців Центру не рідше одного разу на місяць проводяться загальні збори.

1. Терапевт може супроводжувати дитину під час відвідування гуртків, творчих занять у дитячому колективі, якщо такі заняття відповідають можливостям дитини та бажанню батьків. У такому випадку Центр надає методичну підтримку педагогам закладу, який відвідує дитина. Такі заняття слід розглядати як тимчасову інтеграцію (М. Малофєєв, О. Гончарова), яка є важливим кроком на шляху до повної інтеграції дитини у дитячий колектив.

Рішення про доцільність початку процесу інтеграції дитини у дитячий освітній заклад приймається спільно: командою, яка працює з дитиною, та родиною, яка її виховує. Таке рішення є своєчасним за наявності у дитини первинних соціально-комунікативних навичок і навичок самообслуговування, ознак зацікавленості у спілкуванні з ровесниками, можливості організації та керування поведінкою дитини з боку дорослого.

Завданням команди фахівців є:

- психолого-педагогічна підготовка дитини до психолого-медично-педагогічної консультації, психологічна підтримка та організаційна допомога (за необхідності) родині під час підготовки до ПМПК;
- інформаційно-методична допомога адміністрації та педагогам спеціального чи масового освітнього закладу, в який планується інтеграція дитини;
- психологічна підтримка родини у період адаптації дитини до колективу та режиму закладу;
- присутність трапіста у закладі разом з дитиною у період адаптації (за необхідності та узгодження з адміністрацією).

Навіть у випадку успішної інтеграції дитини у дитячий заклад бажано продовжити індивідуальні заняття з трапістом у домашніх умовах.

2. Робота з родиною у Центрі передбачає індивідуальну психологічну допомогу та консультування (за індивідуальним графіком); заняття груп взаємодопомоги; лекції, семінари, тренінги для батьків; спільні свята, в яких беруть участь усі фахівці, батьки та діти.

3. Перспективним напрямом роботи Центру є спеціалізована служба ранньої допомоги (супровід дітей до 3 років, у яких можливі аутичні викривлення розвитку), оскільки поглиблені дослідження (О. Баенська) найбільш складних аспектів ранніх етапів онтогенезу – особливостей раннього афективного розвитку, загрозливих тенденцій емоційного розвитку дитини 1 – 2 років життя, що характеризують значні труднощі афективної взаємодії з навколишнім світом, виділення серед них діагностично значущих маркерів становлення патологічних тенденцій в емоційній сфері та їх перетворення в найхарактерніші симптоми раннього дитячого аутизму після 3 років – доводять можливість та ефективність раннього виявлення та пом'якшення афективних труднощів дитини перших років життя. Запропонована організаційна форма є найпридатнішою для служби ранньої допомоги, оскільки дає змогу наблизити послуги до родини.

Успішне вирішення суттєвих проблем, зокрема розробки необхідного методичного забезпечення та підготовки кадрів, є запорукою ефективної роботи Центру. А можливість використовувати світовий досвід дає підстави сподіватися на успіх цієї справи.

4.4. Параметри розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень

Результати проведеного лонгетюдного дослідження дітей (2008 -2012 рр), які навчалися в рамках обласного, а згодом національного експерименту в спеціальній школі з мовними порушенням розвитку (м. Львів) показали, що в процесі навчання та застосування індивідуальних корекційних розвиткових

програм відбулися зміни їх індивідуальних характеристик (визначених за методикою CARS) (табл.4.6).

Аналіз залежності зміни параметрів методики CARS в залежності від психологічного віку дитини (таблиця 4.6) дозволив виділити такі 4 групи параметрів:

1. параметри дітей, які пропорційно покращуються з підвищенням рівня розумового розвитку дитини. Це такі параметри як: взаємодія з людьми, імітація, тривожність, рівень становлення інтелектуального розвитку, загальне враження.
2. параметри дітей, що виявляють тенденцію до насичення їх абсолютної величини з ростом психологічного віку дитини. Це такі параметри як рівень активності, володіння тілом, невербальна комунікація, смак-дотик, а також загальний ступінь аутизму.
3. параметри, які мають нетипову поведінку в залежності від рівня інтелектуального розвитку дитини. Це такі параметри як адаптація до змін, слухова реакція. З підвищенням психологічного віку дитини ці параметри спочатку підвищуються, що свідчить про погіршення функціонування даних сфер дитини, а згодом різко знижуються, що відповідає різкому покращенню стану дитини.

Таблиця 4.6

Характеристик дітей зі спектром аутизму (за результатами методики CARS) в залежності від рівня їх розумового розвитку

Вікова група	2-3 р	3-5 р	6-8 р
Параметр			
Ступінь аутизму	36	25	24
Взаємодія з людьми	2,7	2,1	1,6
Імітація	2,9	2,1	1,6
Емоційна реакція	2,1	2,1	2,1
Володіння тілом	2,1	1,4	1,5

Адаптація до змін	2,0	2,3	1,5
Зорова реакція	1,65	1,6	1,5
Слухова реакція	1,9	2,0	1,25
Смак, дотик	1,6	1,1	1,0
Тривожність	2,5	1,9	1,5
Вербальна комунікація	3,5	2,9	2,0
Невербальна комунікація	2,9	1,9	1,8
Рівень активності	2,1	1,8	1,75
Рівень інтелект розвитку	3,1	2,3	2,1
Загальне враження	2,7	2,2	1,8

4. Слабо змінні параметри. У процесі дослідження декілька параметрів, а саме емоційна реакція та зорова реакція практично не змінилися, або змінилися незначно з підвищенням психологічного віку дитини.

Параметри 1-ої групи зазнають пропорційних змін з підвищенням інтелектуального розвитку дитини і належать до параметрів, які найлегше змінювати у процесі навчання дитини в ДНЗ, чи в умовах загально-освітньої школи. Так, зростання інтелектуального розвитку дитини супроводжується більшою схильністю дитини до суспільної взаємодії, зменшується питомий вміст сліпого наслідування. На зміну йому приходять усвідомлені, осмислені дії дитини, незалежні від зовнішніх реакцій у визнаних дитиною авторитетних осіб з її оточення. Істотно зменшується рівень тривожності, дитина стає більш врівноваженою і спокійною, здатною до сприйняття навчальної інформації та вказівок вчителя, чи вихователя. Покращується загальне сприйняття дитини її найближчим (рідними) та соціальним (вихователі, педагоги, однолітки) оточенням.

Параметри 2-ої групи, які проявляють тенденцію до насичення з ростом психологічного віку дитини, вказують на певні фізичні обмеження розвиткової терапії дітей у процесі їх навчання. Насичення таких параметрів як рівень

активності та володіння тілом є наслідком загальної тенденції у здорових дітей до зниження рівня фізичної активності з віком. Цей феномен стосується і дітей з аутистичним спектром. Наприклад, часто гіперактивні в дитинстві діти стають більш врівноваженими та спокійними у юнацькому віці та у віці дорослості. Найвагомим наслідком аналізу вікової тенденції зміни параметрів 2-ої групи є незмінність ступеня аутизму. Це свідчить, про те, що можна добитися суттєвих змін на ранніх етапах реабілітації дитини. Натомість аутистичні риси важко корегувати на етапах пізньої реабілітації. Це категорія, яка потребує більше часу для корекції. Ці результати вказують на важливість раннього втручання, вчасного виявлення симптомів ризику появи аутистичного спектру на ранніх етапах розвитку дитини. В навчальному процесі ці результати вказують на можливість одержання досить швидкого прогресу у 1-ий рік, і на складність досягнення вагомого успіху у процесі подальшого навчання дитини. Ці самі висновки стосуються розвитку таких сфер як невербальна комунікація та смак, дотик, тактильні відчуття.

Цікавими та на перший погляд парадоксальними є параметри 3-ьої групи, у яких спостерігається зупинка розвитку, а іноді навіть регрес на початку реабілітації чи навчання, а згодом – істотний прогрес. До таких параметрів належить адаптація до змін та слухова реакція. Виявлення різкого погіршення у адаптації дітей до змін, що припадає на психологічний вік дитини 3 роки – відповідає загальновідомій кризі у здорових дітей цього віку – вікова криза, «зумовлена становленням нових рис свіжості і особистості дитини, а також переходом до нового типу взаємовідносин з оточуючими» (Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах/ Ред.- сост. Л.А.Карпенко. Под общ. ред. А.В. Петровского. – Москва: ПЕРСЭ, 2005. – С.122). Цей результат має важливе практичне значення. Використовуючи поняття психологічного віку дитини, ми можемо застосовувати до аналізу аутичних дітей відомі тенденції розвитку здорових дітей. Як впливає з результатів проведеного дослідження, в період перехідної кризи погіршується і слухова реакція. Сформованість цього

параметра свідчить про високий вплив сприйнятої через вухо інформації на її розуміння та осмислення. Тому для розвитку інтелектуальної сфери дітей важливо добитися, щоб вони увійшли у стан «слухання». У період дезадаптації, погіршення відносин з оточенням, погіршується здатність дитини до сприйняття інформації через слухання. Однак, це не може вплинути на показники інтелектуального розвитку, які вже сформувалися. Тут важливо підкреслити і спостереження істотної відмінності виявлених рис у порівняння зі здоровими дітьми. Для здорових дітей такий стан є порівняно короткочасним і триває до пів року. Натомість для аутичних дітей цей період може бути більш тривалішим. Відповідно, його необхідно враховувати в навчальному процесі. Це вимагає більшої уваги, терпеливості від вихователів, спеціалістів які працюють з дітьми за індивідуальними корекційними програмами.

До 4-ої групи належать параметри, які слабо змінюються з віком. Це зорова реакція та емоційна реакція. Ці параметри опосередковано належать до так званої аутистичної тріади (порушення соціальної взаємодії, порушення комунікації та уяви). Саме слабкий розвиток цих сфер зумовлює важкість зниження ступеня аутизму в цілому.

Для виявлення глибших взаємозв'язків аналізованих параметрів з показниками інтелекту нами проведений факторний аналіз параметрів методики Біне-Сімона. Аналізовані параметри класифіковані за трьома факторами, які за смисловим навантаженням можна віднести до соціального інтелекту, операційного інтелекту та об'єднаної уваги.

Слід зазначити, що за своїм змістом методика Біне-Сімона використовується для визначення реального віку дитини, її рівня розумового розвитку. Виділення додаткових факторів у даному дослідженні є особливо актуальним для дітей зі спектром аутизму. З одного боку, сильною стороною цих дітей прийнято вважати порівняно (відносно інших нозологій) високий інтелект. З іншого боку, слабкою стороною цієї категорії є слабо розвинена об'єднана увага. Виокремлення параметрів, за якими визначають рівень сформованості того чи іншого фактора

(інтелекту, чи об'єднаної уваги) дозволяє вказати сфери розвитку дитини, які потребують корекції. Так, для формування об'єднаної уваги важливо систематично робити з дитиною завдання, які включають перелічення предметів на карточці, повторення фраз, заучування віршів, порівняння предметів, геометричних фігур. Тобто, необхідно називати сфери, що відповідає параметрам методики Біне-Сімона і об'єднані у нашому дослідженні у фактор уваги.

Тут слід, однак, зазначити, що для формування уваги не можна обмежуватися лише параметрами розвитку інтелектуальної сфери. Дуже важливими сферами, над якими слід працювати у дітей зі спектром аутизму є перцептивна сфера (слухова, зорова, відчуттєва реакція). Зокрема, важливим моментом наших досліджень є встановлення взаємозв'язку між параметром методики CARS «адаптація до змін» та рядом параметрів методики Біне-Сімона, які власне складають фактор 3 (таблиця 4.7) – зокрема, встановлені прямі кореляційні зв'язки між «адаптацією до змін» та:

- перерахувати предмети на карточці ($r=0,63$);
- повторити фразу з 7 слів ($r=0,63$);
- назвати 4 кольори ($r=0,67$);
- порівняти 2 лінії ($r=0,67$).

Таблиця 4.7

Класифікація параметрів дітей зі спектром аутистичних порушень (за методикою Біне-Сімона) за виявленими факторами

Фактори	Соціальний інтелект (Ф1)	Операційний інтелект (Ф2)	Увага, пам'ять (Ф3)
Параметри	Назвати свою статтю Назвати своє прізвище Виконати 3 доручення Порівняти 2 гір Назвати 4 монети	Назвати предмет Намалювати квадрат Порахувати монети Розв'язати головоломку	Перерахувати предмети на карточці Повторити фразу з 7 слів Назвати 4 кольори Порівняти 2 лінії

Цікаво, що інших кореляційних зв'язків між параметром «адаптація до змін» та рештою параметрів методики Біне-Сімона встановлено не було. Цей факт дозволяє пов'язати адаптацію до змін у дітей зі спектром аутистичних порушень власне із особливостями їх уваги. З іншого боку, у проведеному вище дослідженні вікового розвитку аутичних дітей бачимо, що параметр адаптація до змін поводиться подібно як слухова реакція. Тобто, обидва параметри «адаптація до змін» та «слухова реакція» виділеної нами 3-ої групи параметрів методики CARS (таблиця 4.7) можна віднести до об'єднаної уваги.

У цьому зв'язку доречно ще раз повернутися до динаміки формування цих параметрів у дітей з аутистичними порушеннями (таблиця 4.5), акцентуючи увагу на кризу 3 років. У здорових дітей цього віку відбувається зміна функціонування психічних процесів за рахунок дозрівання правої півкулі головного мозку. В цей період формується образне мислення, дитина починає інтенсивно малювати. При цьому образи набувають реальної форми. Дитина може охопити цілісний образ – «гештальт», в результаті чого відбувається новий виток розвитку її мислення за рахунок поєднання інтелектуального та образного компонента. Дитина із спектром аутистичних порушень має істотні проблеми зі сприйняттям «гештальту», що пов'язано з порушеннями задньої частини правої півкулі. Саме тому у значної частини дітей ознаки аутизму виявляються саме в цей період. Далі розвиток дитини залежить від ступеню фізіологічних порушень. Якщо порушення незначні, то пройшовши довгий період кризи – від 3 до 5 років – у дитини все таки формується певне образне сприйняття і настає період подальшого розвитку як і у здорових дітей тільки із значною затримкою. Якщо ж фізіологічні порушення істотні, то дитина може залишитися на цьому рівні. Спотворений розвиток правої півкулі формує спотворене сприйняття образу, яке внаслідок порушень міжпівкульної взаємодії важко поєднати з осмисленим логічним поняттям предмету. В результаті показники об'єднаної уваги погіршуються порівняно з показниками уваги на ранніх етапах розвитку дитини. У віковій

динаміці це проявлятиметься у деградації інших, раніше сформованих, параметрів дитини.

Рівень сформованості та функціонування психічних процесів дитини можна визначити за допомогою нейропсихологічного дослідження О.Р.Лурія. Відповідно, ми застосовували цю методику для дослідження дітей на різних стадіях їх онтогенезу: 1-ша стадія – 2-3 р.; 2-га стадія – 3-5 р.; 3-я стадія – 6-8 р. Динаміку зміни параметрів дитини можна побачити на рис.4.5.

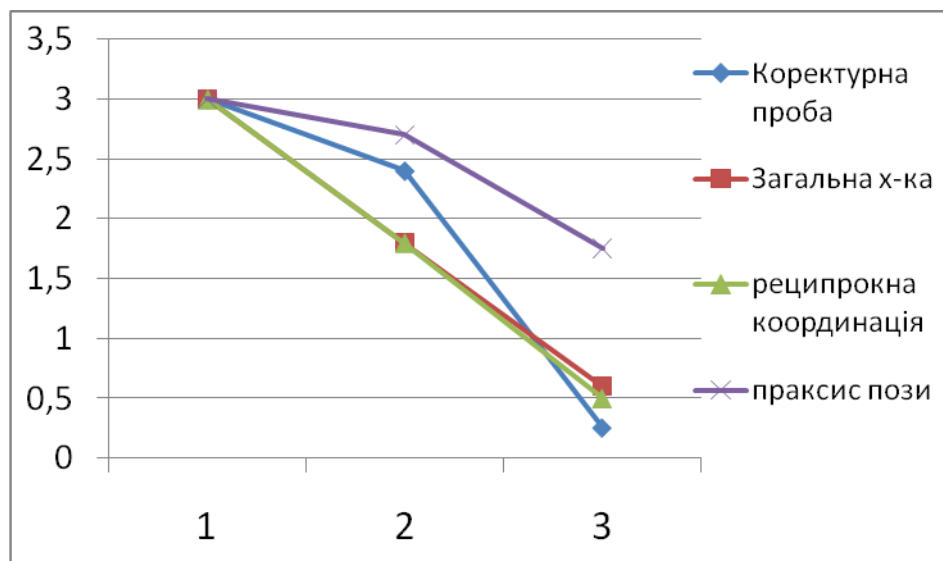


Рис.4.5 Зміна параметрів (визначених за методикою О.Р. Лурія) дітей зі спектром аутистичних порушень від стадії їх розумового розвитку

З аналізу рис. 4.5 видно, що ряд параметрів дітей пропорційно покращуються в залежності від стадії їх розумового розвитку. Це на рис.4.5 такі параметри як реципронна координація та загальна характеристика. Однак, є параметри дітей, які зазнають сповільненого розвитку на перших двох стадіях, а далі інтенсивно розвиваються, наприклад, коректурна проба на рис. 4.5. Крім того, є параметри дітей, які розвиваються із затримкою і навіть у віці 8 р ще дуже слабо розвинені. Таку динаміку розвитку на рис.4.5 демонструє параметр – праксис пози.

На рис. 4.6 відображена динаміка зміни параметрів пам'яті дітей зі спектром аутистичних порушень. З рис. 4.6 видно, що психічні процеси, пов'язані з запам'ятовуванням, є значною мірою загальмовані у дітей зі спектром

аутистичних порушень. Так, на ранніх етапах онтогенезу переважають форми механічного заучування, повторення фраз дорослих. При цьому значна роль відводиться наслідуванню, яке досить сильно виражено у дітей з глибоким ступенем аутизму.

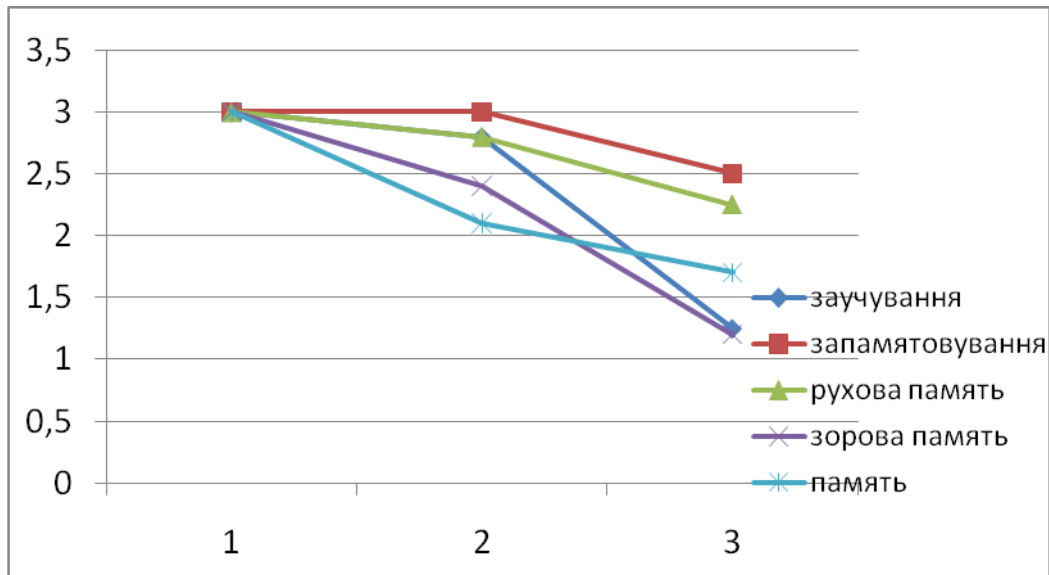


Рис. 4.6. Динаміка зміни параметрів пам'яті дітей зі спектром аутистичних порушень

Як видно з рис. 4.6, з підвищенням рівня інтелектуального розвитку, наслідування починає відігравати меншу роль. В результаті динаміка розвитку механічного заучування істотно сповільнюється. Другим параметром, який відносно добре розвивається, є зорова пам'ять. На ранніх етапах онтогенезу спостерігається сповільнений розвиток, що пов'язано з наявністю значних порушень зорової сфери аутичних дітей. Далі відбувається більш стрімкий розвиток, однак, з рис 4.6 видно, що у для психологічного віку дитини – 8 р. – цей параметр є ще погано сформований. З рис. 4.6 видно, що найгірше розвиваються такі параметри як запам'ятовування та рухова пам'ять.

Результати дослідження парамеїрів гнозису аутичних дітей наведені на рис.4.7. Як видно з рис.4.7, більшість параметрів гнозису добре розвиваються із підвищенням психологічного віку дитини. Однак для 4 досліджуваних параметрів – акустичний гнозис, предметний гнозис, впізнання фігур та ідентифікація

форми – виявлене значне сповільнення розвитку на ранніх етапах онтогенезу. На наш погляд, у цьому випадку також проявляється криза 3 років.

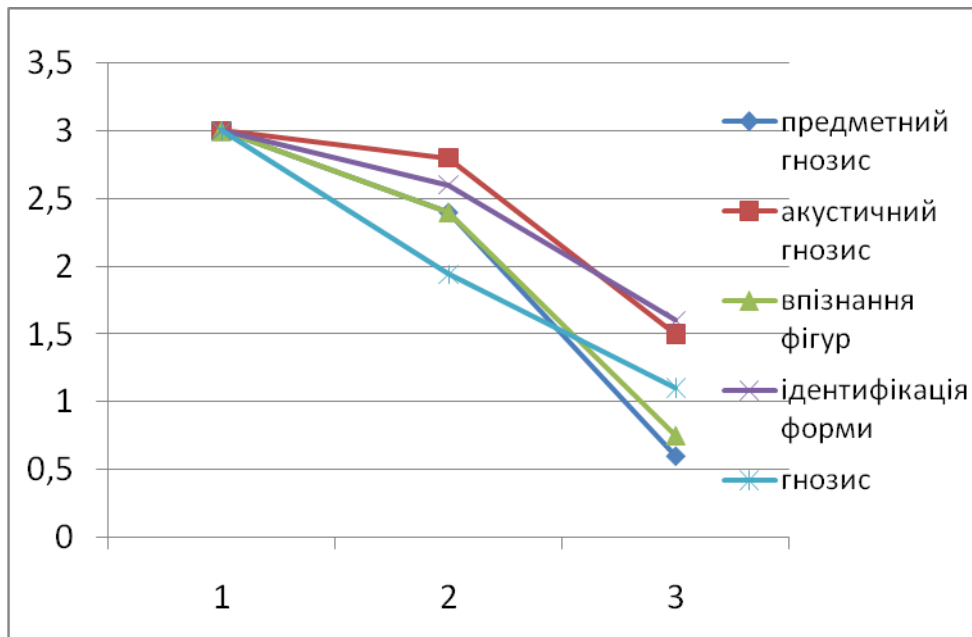


Рис. 4.7. Динаміка зміни параметрів гнозису дітей зі спектром аутистичних порушень

На 2-ій стадії розвитку дитини, що відповідає психологічному віку дитини – 3-5 років – за рахунок кризи (перехідного періоду) та додаткового фактора – порушень у аутичних дітей у задній півкулі головного мозку, відбувається істотне зниження слухової реакції (див. таблиця 4.6). Цей результат добре корелює з даними рис. 4.7. Найбільш загальмованим є розвиток акустичного гнозису. Ми вже відзначали вище, що на цьому етапі розвитку дитини є істотно порушена об’єднана увага. Це також відображається у результатах застосування методики О.Р.Лурія – з рис. 3 видно, що до 3-5 років у дитина має значні проблеми з ідентифікацією форм, впізнанням фігур. Як ми вже відзначали раніше, це пов’язане з несформованістю «гештальту». Дані рис. 4.7 свідчать, що діти з інтелектуальними розвитком, що відповідає 8 р., також мають порушення у цій сфері – вони недостатньо добре впізнають фігури та образи.

На рис. 4.8 відображені сфери, з якими діти із спектром аутистичних порушень мають значні проблеми. Дещо краще розвиненими є такі параметри як

динамічний праксис та копіювання, хоча також у значній мірі на гальмування розвитку цих параметрів позначається криза 3-5 років. Значно гірше розвивається оральний праксис, умовна реакція вибору та відтворення ритму. Останній параметр досить парадоксальний з точки зору відомостей про добрий музичний слух дітей з аутистичними порушеннями. Здавалося, у такому випадку вони повинні добре відчувати ритм та відтворювати у вигляді ритмічного постукування ногою чи рукою в такт музиці. Однак, в їхньому постукуванні, яке здебільшого присутнє у більшості клінічних випадків, не має ритмічності. На наш погляд, є фізіологічне обґрунтування цього феномену – у дітей з глибоким ступенем аутизму практично відсутній алфа-ритм на енцефалограмі головного мозку. Алфа-ритм – це коливання низької частоти з періодичністю 1-2 рази в секунду. Ймовірно, що наявність таких коливань у здорових дітей та у високо функціональних дітей з порушеннями інших нозологій гармонізує психічні процеси, знімає стан тривожності. У здорових людей алфа-ритм пропадає у стані підвищеної тривожності, трансу, натомість добре розділяється у стані спокою, сну. Порушення здатності відтворювати ритм зумовлене відсутністю внутрішнього алфа-ритму у цих дітей. Збої ритмічності пов'язані із станом підвищеної тривожності, який присутній на низько функціональному рівні та знижується з підвищенням функціонування дитини. Зрозуміло, що з підвищенням рівня інтелектуального розвитку дитини відбувається гармонізація її стану, знижується тривожність, відповідно, спостерігається прогрес у відтворенні ритмічності.

Одним із способів заспокоєння людей є сеанси психотерапії, де використовується практика ритмічних повторень, плавна мова, повільна музика. Очевидно, що ці ж самі техніки необхідно застосовувати для заспокоєння гіперактивних дітей. Практика роботи з гіперактивними дітьми з аутизмом у центрі «Відкрите серце» показала, що добрі результати у цьому напрямі дає систематична участь у молитвах, постійне повторення віршів, спів простих пісень. В результаті

багаторічної практики такі діти стали спокійнішими, відкритими на «слухання», а, відповідно, і на розуміння смислу речей.

Як показали дослідження параметрів луріївської батареї, у дітей зі спектром аутистичних порушень істотне гальмування розвитку виявлене у таких сферах як розуміння сенсорного розпізнання, розуміння сюжету картин.

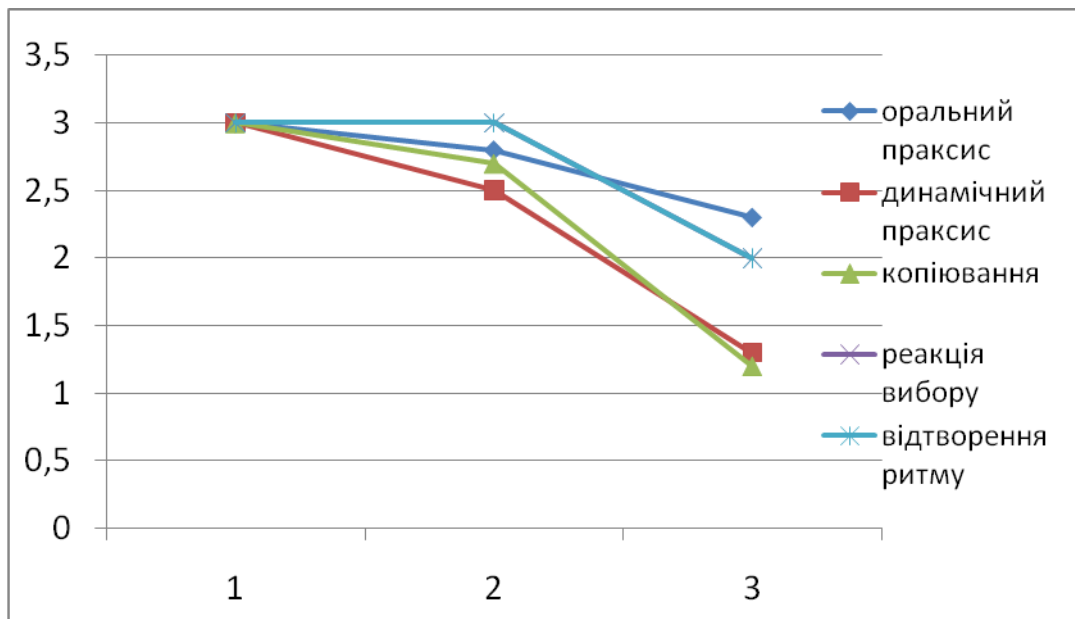


Рис. 4.8. Зміна параметрів дітей зі спектром аутистичних порушень від стадії їх розумового розвитку

Ці порушення пов'язані з фізіологічними пошкодженнями головного мозку і є наслідком не до кінця сформованого «гештальту». В результаті сфера розпізнання та об'єднаної уваги залишається «ахілесовою п'ятою» до кінця життя особи із спектром аутизму. Несформованим у дитини з аутизмом є і абстрактне мислення. Звідси значний недорозвиток розуміння сюжету картин, нездатність до умовної реакції вибору.

4.5. Результати формувального експерименту з формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень

З урахуванням наведеної вище моделі з 2008 до 2012 р був проведений формувальний експеримент, який включав комплекс соціальних заходів, спрямованих на формування соціальних компетенцій у дітей з розладами аутистичного спектру дошкільного та шкільного віку. Втручання в дошкільних групах було проведено з використанням елементів методу АВА. Досліджувалися шкільні класи дітей з розладами аутистичного спектру віком 8-12 років. Комплекс соціальних інтервенцій був побудований на суперпозиції елементів АВА і ТЕАССН- терапії. Окремі втручання у навчальних закладах проводилися з групами 6-10 дітей і тривали близько 52 тижнів з періодичністю 45 хвилин 2-3 рази на тиждень. Початкова та кінцева оцінка прогресу в соціальній компетентності дітей проводилися з використанням опитувальника ASC (оцінка соціальних компетенцій для дітей і підлітків з відхиленнями у розвитку, розроблена Мейером з співавт., 1985). Адаптація методики дозволила класифікувати 11 функцій опитувальника у 4 компоненти запропонованої структури соціальних компетенцій.

На основі методики ASC досліджена динаміка розвитку соціальних компетенцій у процесі застосування формувального експерименту для дітей дошкільного та шкільного віку. Результати досліджень наведено в табл 4.8.

Таблиця 4.8

Динаміка формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень

Ступінь аутизму	Дошкільний вік						Шкільний вік					
	Глибокий		Помірний		Легкий		Глибокий		Помірний		Легкий	
Соціальні компетенції	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Когнітивна сфера												
Відповідь на ситуативні	35	46	44	53	70	75	30	38	42	51	65	72

сигнали												
Вказати переваги	15	17	18	21	29	35	10	13	16	19	25	31
Діяльнісна сфера												
Ініціація взаємодії	14	17	26	30	32	37	10	15	22	28	30	36
Приймання допомоги	70	73	56	59	50	52	70	77	56	62	50	55
Припинення діяльності, відмова від взаємодії	15	21	25	30	45	75	9	12	15	21	35	55
Особистісна сфера												
Саморегуляція	1	8	5	12	25	35	0	3	2	7	21	30
Асертивність	60	65	72	74	52	54	70	75	81	88	55	58
Вміння справитися з негативом (стресом)	3	6	8	12	25	36	0	5	7	13	20	28
Морально-ціннісна сфера												
Слідування правилам	0	3	7	17	28	41	0	2	5	15	25	35
Позитивна зворотня реакція	0	0	3	5	22	33	0	0	1	10	20	31
Допомога іншим	0	0	0	5	10	12	0	0	0	2	7	10

Результати таблиці 4.8 дозволяють зробити наступні висновки:

- 1) Застосовані соціальні заходи були досить ефективними: майже всі параметри соціальних компетенцій істотно покращилися після формувального експерименту.
- 2) Соціальні компетенції дітей з розладами аутистичного спектру залежить від ступеня аутизму: чим вище ступінь аутизму, тим менше сформовані соціальної компетенції у дітей.
- 3) Морально-ціннісний та особистісний компоненти соціальних компетенцій є дуже слабо розвиненими у дітей з глибоким ступенем

аутизму. Крім того, виявлені незначні зміни в цих сферах після закінчення формувального експерименту. Таким чином, розвиток цих сфер для таких дітей вимагає більших зусиль і подальших досліджень.

4) Варто відзначити зниження показників асертивності у дітей з високим функціональним рівнем як дошкільного, так і шкільного віку. На наш погляд, цей факт пов'язаний зі здатністю до адаптації і маніпуляції для таких дітей і нагадує поведінку здорових дітей.

Висновки до четвертого розділу

1. Встановлено, що рівень розумового розвитку дітей зі спектром аутизму відповідає на щабель нижчій, ніж біологічний вік, віковій категорії дітей.
2. Обґрунтовано використання рівня розумового розвитку дітей як критерію вікових меж освіти дітей зі спектром аутистичних порушень у дошкільних навчальних закладах та загально-освітній школі. Відповідно, доцільно формувати дошкільні групи з дітей віком від 3 до 10 років.
3. На основі проведеного лонгетюдного дослідження дітей (2008 -2012 рр) в рамках обласного, а згодом національного експерименту показано, що в процесі навчання та застосування індивідуальних корекційних розвиткових програм відбулися певні зміни їх індивідуальних характеристик. Сферами найбільшого розвитку є взаємодія з людьми, імітація, зниження тривожності, зростання рівня інтелектуального розвитку, покращення загального враження. Натомість ряд параметрів дітей таких як рівень активності, володіння тілом, невербальна комунікація, смак-дотик, загальний ступінь аутизму на ранніх етапах корекційної роботи демонструють значне покращення, а далі їх розвиток істотно сповільнюється, що пов'язано із складністю корекції ступеня аутизму.
4. Встановлено, що розвиток дітей зі спектром аутистичних порушень істотно відрізняється від нормального, однак, має спільні риси, зокрема криза 3 років, пов'язана з формуванням правої півкулі та інтенсифікацією міжпівкульної взаємодії у здорових дітей, охоплює у аутичних дітей період від 3 до 5 років,

що проявляється у значній затримці розвитку таких параметрів як адаптація до змін, слухова реакція, запам'ятовування, акустичний гнозис та впізнання предметів, що зумовлено фізіологічними порушеннями у задній півкулі головного мозку, які відповідають за спотворення сприйняття образу та цілісного сприйняття предметів у дітей зі спектром аутистичних порушень.

5. Проведено класифікацію параметрів розумового розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, згідно якої параметри інтелекту віднесені до трьох сфер: соціальний інтелект, операційний інтелект та об'єднана увага. Показано, що у дітей зі спектром аутистичних порушень найкраще формується операційний інтелект, тоді як формування соціального інтелекту та об'єднаної уваги відбувається значно повільніше, що пов'язано з фізіологічними порушеннями головного мозку.

6. Встановлено, що ряд параметрів дітей таких як емоційна реакція, зорова реакція, розуміння сенсорного розпізнання, розуміння сюжету картин дуже слабо розвиваються, що пов'язано з проявом аутистичної тріади – значними порушеннями у дітей емоційної сфери та абстрактного мислення, які потребують більш тривалого процесу корекції.

7. На основі методики ASC досліджена динаміка розвитку соціальних компетенцій у процесі застосування формувального експерименту для дітей дошкільного та шкільного віку. Показано, що

– Застосовані соціальні заходи були досить ефективними: майже всі параметри соціальних компетенцій істотно покращилися після формувального експерименту.

– Соціальні компетенції дітей з розладами аутистичного спектру залежить від ступеня аутизму: чим вище ступінь аутизму, тим менше сформовані соціальної компетенції у дітей.

– Морально-ціннісний та особистісний компоненти соціальних компетенцій є дуже слабо розвиненими у дітей з глибоким ступенем аутизму. Крім того, виявлені незначні зміни в цих сферах після закінчення формувального

експерименту. Таким чином, розвиток цих сфер для таких дітей вимагає більших зусиль і подальших досліджень.

– Варто відзначити зниження показників асертивності у дітей з високим функціональним рівнем як дошкільного, так і шкільного віку. На наш погляд, цей факт пов'язаний зі здатністю до адаптації і маніпуляції для таких дітей і нагадує поведінку здорових дітей.

8. Запропонована комплексна система формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень, у якій значна роль відводиться співпраці спеціалістів з батьками, батьківськими організаціями та допомозі родинам аутичних дітей.

Зміст розділу відображено у таких основних публікаціях автора: [54, 55], [148], [153 –154], [158 –161], [165 – 170], [173 – 174], [348].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дослідженні подано теоретичне узагальнення та наукове розв'язання комплексу проблемних питань формування соціальних компетенцій у дітей зі спектром аутистичних порушень.

1. На основі теоретичного огляду літературних джерел узагальнено принципи відхилення у розвитку аутичних дітей та виділено головні методи психокорекційної роботи з такими дітьми. Показано, що на сьогодні діагностика розладів спектру аутизму становить серйозну проблему через зміну діагностичних критеріїв аутизму у вітчизняній медицині під впливом західних стандартів.
2. Теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально перевірено комплекс діагностичних методик, використання яких дозволило отримати дані про психологічні особливості дітей дошкільного та шкільного віку, які належать до різних нозологічних груп, проте мають спільні труднощі соціальної інтеграції. Аналіз цих даних дає можливість не лише здійснювати диференціацію між різними групами досліджуваних («норма», аутизм, розумова відсталість, алалія), але й констатувати окремі індивідуальні відмінності між дітьми в кожній з вказаних груп, виражені в кількісних оцінках тих чи інших психічних якостей, необхідних для оволодіння соціальними знаннями, вміннями та навичками. Встановлено, що вагоме значення під час відмежування аутизму від розумової відсталості та алалії мають характеристики психічної діяльності, які прямо корелюють з успішністю виконання інтелектуальних завдань. Визначено особливості когнітивного розвитку аутичних дітей, що, в свою чергу, сприятиме покращенню складання корекційних та реабілітаційних програм для формування соціальних компетенцій у аутичних дітей. Зокрема, виявлено залежність показників нейропсихологічного дослідження від інтелектуального віку дитини: встановлено, що чим вищий когнітивний розвиток дитини, тим нижчий її ступінь аутизму, проте для повного зниження ступеня аутизму необхідно також розвивати й інші дві сфери, які входять до аутистичної тріади, а саме комунікаційні навички та навички соціалізації.

3. Експериментально доведено, що під час розв'язання проблеми діагностики психологічних механізмів становлення соціальних компетенцій аутичних дітей продуктивним є підхід, який базується на дослідженні групи аутичних дітей за допомогою шкали CARS, що дозволило визначити ступінь аутизму та поділити досліджуваних на три підгрупи: 1) з легким; 2) з помірним; 3) з глибоким ступенем аутизму. На основі проведеного кореляційного аналізу рівня сформованості соціальних компетенцій та рівня психомоторного розвитку, отриманих за картою спостережень аутичних дітей, та ступеня аутизму, визначеного за методикою CARS, встановлено обернений кореляційний зв'язок між цими параметрами, зокрема підтверджено, що посилення проявів аутизму пов'язане з нижчим рівнем функціонування психомоторної сфери аутичних дітей та значним обмеженням їх соціальних компетенцій.

4. На підставі аналізу передумов формування соціальних компетентностей дітей зі спектром аутистичних порушень встановлено що спектр соціальних компетенцій дітей істотно залежить від ступеня аутизму. Так, у дітей з легким ступенем аутизму виділено 4 компоненти соціальних компетенцій: когнітивний, діяльнісний, морально-ціннісний та особистісний. У дітей з глибоким та помірним ступенем аутизму кількість сформованих соціальних компетенцій значно зменшується і включає когнітивний, діяльнісний та емоційний компоненти. На основі кореляційного аналізу первинних та вторинних факторів, що аналізуються в даному дисертаційному дослідженні, було визначено можливі прояви аутизму у дітей, які безпосередньо пов'язані з діяльнісним, емоційним та когнітивним компонентами їх соціальних компетенцій:

- аутизм супроводжується гіперактивністю (коли переважаючою є розбалансованість сенсорно-моторної сфери);
- аутизм супроводжується надвразливістю чи недовразливістю (коли переважаючим стає неадекватність реакцій на зовнішні подразники);
- аутизм супроводжується високим когнітивним потенціалом (коли спостерігається високий рівень самоусвідомлення та осмислення дій).

Наявність оберненої кореляційної залежності між фактором *зосередженість на собі* і фактором *соціальної взаємодії* свідчить про великі труднощі, які виникають перед спеціалістами, батьками, суспільством в цілому на шляху до формування соціальних компетенцій аутичних дітей.

Наявність прямого кореляційного зв'язку між рівнем інтелектуального розвитку та слуховою реакцією дітей дозволяє будувати методи корекції на розвитку слухової реакції. Добрі результати у цьому напрямі дає систематична участь у молитвах, постійне повторення віршів, спів простих пісень.

5. Встановлено залежність рівня сформованості соціальних компетенцій від ступеня аутизму та інтелектуального віку дитини. Показано, що на етапі соціальної адаптації дітей з глибоким ступенем аутизму необхідно працювати з комунікацією, емоційними реакціями та попередженням агресивної поведінки щодо дітей та вихователів. Корекційні програми на цьому етапі повинні бути спрямовані на інтеграцію сенсорних відчуттів дитини. Доведено, що на ранній стадії функціональності дитини формування соціальних компетенцій необхідно будувати на основі розвитку когнітивного і поведінкового компонентів, які дозволяють розвинути та закріпити образ «Я» і самоідентифікацію дитини. Формування соціальних компетенцій дітей з легким-помірним ступенем аутизму передбачає ефективний розвиток загальнокультурної, ціннісно-сміслової, пізнавальної, комунікативної та особистісної компетенцій, що сприяє розвитку самостійності, вміння робити вибір, відповідальності, самопізнання, самозміни дітей зі спектром аутистичних порушень.

6. Експериментальним шляхом встановлено психологічні показники формування соціальних компетенцій, що відповідають можливостям дітей зі спектром аутистичних порушень, які визначають подальшу психокорекційну та корекційно-педагогічну роботу. Показано, що успішність цієї роботи досягається завдяки опорі на інтелектуальний потенціал аутичних дітей, їх здатність обирати для взаємодії цікавих і розумних людей і наслідувати їхні способи та реалізації соціальних умінь та навичок. З'ясовано та впроваджено психолого-педагогічні

умови та середовище для формування соціальних компетенцій у дітей з різним ступенем аутизму. Для ефективного формування соціальних компетенцій дітей необхідне дотримання таких організаційних та психолого-педагогічних умов:

- формування груп та класів аутичних дітей за різновіковим принципом (однаковим рівнем інтелектуального розвитку), що забезпечує ефективний розвиток загальнокультурної, ціннісно-сміслової, пізнавальної, комунікативної та особистісної компетенцій;
- створення та підтримка соціокультурного предметно-просторового розвивального середовища, яке сприяє розвитку самостійності та самопізнання дітей зі спектром аутистичних порушень;
- професійна компетентність фахівців у галузі формування соціальних компетенцій аутичних дітей;
- залучення персональних асистентів і волонтерів з числа як студентів вузів, так і слухачів Університету III Віку.

7. Розроблена, теоретично обґрунтована та впроваджена система формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень, представлена у вигляді моделі, яка включає структурні компоненти соціальних компетенцій; етапи (соціальна адаптація, соціалізація, власне формування соціальних компетенцій) та засоби (середовище, персонал, батьки, методико-діагностичний та корекційно-розвивальний інструментарій) формування соціальних компетенцій дітей з різним ступенем аутизму.

Модель включає 4 блоки: діагностичний, змістовий, процесуальний та моніторинговий, які, відповідно, покликані виконувати такі функції – сенсорно-інтегративну, особистісно-зорієнтовану, організаційну та оціночно-рефлексивну. Діагностичний блок забезпечує передумови формування соціальних компетенцій і окрім діагностики перцептивних та когнітивних характеристик дитини включає виконання індивідуальних програм корекції розвитку. Основним завданням цього блоку є підготовка дитини до включення в групу, яка реалізується в процесі низки індивідуальних занять зі спеціалістами – психологом, корекційним педагогом,

за необхідності сурдопедагогом. Змістовий блок включає програму формування соціальних компетенцій дитини за 4 сферами: когнітивна, діяльнісна, морально-ціннісна та особистісна. Практика роботи з формування соціальних компетенцій у аутичних дітей показала, що найбільш ефективною формою є тренінги за участю однолітків.

8. Теоретично обґрунтовано та експериментальним шляхом визначено, що *психологічними основами* формування соціальних компетенцій дітей з аутистичними порушеннями є: основні положення загальної психології в окремих її галузях (медичної, педагогічної, виховної, аналітичної, дитячої, соціальної, сімейної, структурної), психології індивідуальних відмінностей, психології особистості; спеціальної психології, нейропсихології, психології вищої школи; науково-психологічне вивчення особливостей дизонтогенезу аутичної дитини та соціально-психологічного феномену аутизму; психологічні складові: діагностико-прогностичне вивчення здібностей, нахилів, здатностей аутичної дитини; структура аутистичних порушень та їх корекції у дітей; закономірності, механізми, критерії, властивості та ознаки, чинники, засади виховних впливів, індивідуально-психологічні програми, інструменти, техніки, прийоми формування соціальних компетенцій; індивідуально-диференційований підхід до розробки методів формування соціальних компетенцій в залежності від вікових особливостей та ступеня аутизму у дитини; психолого-педагогічні складові: показники динаміки розвитку аутичної дитини, засади формування соціальних компетенцій у дітей, організація психолого-соціального супроводу аутичної дитини в інклюзивні дошкільні та шкільні заклади, аналіз та врахування труднощів перебування аутичної дитини в соціумі; організація сімейного корекційно-психологічного простору та психологічна підготовка батьків до формування соціальних компетенцій в процесі виховання аутичної дитини, розробка змісту програм, спрямованих на формування соціальних компетенцій дітей зі спектром аутистичних порушень у масових і спеціальних дошкільних,

шкільних, освітньо-реабілітаційних закладах та установах соціальної інфраструктури.

9. Показано, що подальша розробка проблеми формування соціальних компетенцій аутичних дітей потребує удосконалення методичного інструментарію та проведення циклу курсів підвищення кваліфікації для вчителів та психологів ЗСШ та ДНЗ щодо впровадження компетентнісного підходу до освіти дітей зі спектром аутистичних порушень. Це розроблені автором та застосовані для підготовки майбутніх спеціалістів навчальні курси «Аутизм: проблеми психологічної допомоги», «Диференційоване оцінювання», «Диференційоване навчання» в рамках програми університетської підготовки за освітньо-кваліфікаційними рівнями «Спеціаліст» та «Магістр» психології; методичний інструментарій для проведення курсів волонтерів з числа студентів ВНЗ та слухачів Університету III Віку з підготовки персональних асистентів для психолого-соціального супроводу дітей зі спектром аутистичних порушень під час навчання у школі та у позашкільному навчанні у центрі денного перебування для дітей з глибоким ступенем аутизму, а також аналізу та удосконаленню передового досвіду соціально-психологічної та реабілітаційної роботи.

Проведене дослідження не вичерпує всіх питань проблеми формування соціальних компетенцій, а відкриває перспективу для більш глибокого вивчення особливостей світосприймання аутичними дітьми для формування їх життєвих та професійних компетенцій та забезпечення їх права на підтримане проживання в громаді та професійну соціальну реалізацію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ананьев В.А. Практикум по психологи здоров'я. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / В.А.Ананьев. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.
2. Анохин Е.В. Психолого-педагогические особенности деятельности детских разновозрастных объединений / Е.В.Анохин // [Электронный ресурс]. URL ресурса: <http://www.rada.kiev.ua/LIBRARY/new/>
3. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О.С.Аршатская // Дефектология. – 2005. – №2. – С.46-56.
4. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирования личности / В.Г.Асеев. – М.: 1976. – 410 с.
5. Аутизм. Методические рекомендации по коррекционной работе / Под. Ред. С.А.Морозова; материалы к спецкурсу. – М.: Изд-во "Сигнал", 2003.– 77 с.
6. Аутизм. Методы лечения тяжелого психического отклонения //Азбука здоровья. – 2002. №5. – С. 23 – 24.
7. Аутизм / Под.ред. проф. Э.Г. Улумбекова.– М.: Гэотар-мед, 2002. – 36с.
8. Аутизм: Практические рекомендации для родителей. – М.: Изд-во "Сигнал", 2002. – 24 с.
9. Аутичный ребенок: проблемы в быту. Методические рекомендации по обучению социально-бытовым навыкам аутичных детей и подростков / Под.ред С.А. Морозова. – М., Изд-во «Добро», 1998. – 22 с.
- 10.Баенская Е. Р. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста / Е. Р. Баенская // Дефектология. – 1999. – №1. – С. 47 – 54.
- 11.Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е. Р.Баенская. – М. : Теревинф, 2007. – 112 с.
- 12.Баенская Е.Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего

- эмоционального развития / Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг. – М.: «Полиграф Сервис», 2001. – 156 с.
- 13.Баенская Е. Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребёнка от 0 до 1,5 лет / Е. Р. Баенская // Альманах ИКП РАО. – 2001. – № 3. – с. 14 – 19.
14. Байбородова Л.В. Педагогические основы регулирования социального взаимодействия в разновозрастных группах учащихся: автореферат дисс ... док. пед. наук / Л.В.Байбородова. – Казань, 1994. – 27 с.
15. Бахтеева С.С. Формирование социальной компетентности в процессе обучения иностранному языку в ВУЗе экономического профиля. – Дис. канд. пед. наук / С.С.Бахтеева. – Казань, 2001. – 174с.
- 16.Башина В. М. Аутизм в детстве / В. М.Башина. – М.: Медицина, 1999. – 239 с.
- 17.Башина В. М. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом / В. М. Башина, Н. В. Симашкова // Альманах «Исцеление», 1993. – вып. 1. – С. 154 – 160.
18. Бекетова Г.В. Діагностика та дієтотерапія ацетонемічного синдрому у дітей / Г.В.Бекетова, С.С.Казак // Ліки України.– 2005. – № 1. – С. 83–86.
- 19.Беленька Г. І. На шляху до подолання раннього дитячого аутизму / Г. І. Беленька // Кроки до компетентності та інтеграції у суспільство: науково-методичний збірник. – К. : Контекст, 2000. – С. 255 – 259.
- 20.Блейхер В.М. Патологическая диагностика / В.М.Блейхер, И.В.Крук. – К.: Здоровье, 1986. – 185 с.
21. Бобиенко О.М. Ключевые компетенции специалиста в условиях глобализации экономики. [Электронный ресурс] / О.М. Бобиенко <http://www.tisbi.ru/science/vestnik/2006/issue4/Obrazl.html>
- 22.Богдашина О. А. Аутизм: определение и диагностика / О. А.Богдашина. – Донецк: ООО «Лебедь», 1999. – 112 с.
- 23.Богдашина О. А.Что такое аутизм? / О.А.Богдашина. – Горловка, 1996. – 14 с.

24. Божович Л.И. Личность формируется в дошкольном возрасте: Психолог.исследование / Л.И.Божович. – М.:Просвещение, 1968. – 468 с.
25. Большой толковый психологический словарь / Под ред. А. Ребера: В 2-х томах. – М.: АСТ, Вече, 2003. – 592 с.
26. Большой словарь иностранных слов / сост. А.Ю.Москвин. – М., 2001.– 816 с.
27. Бондаревская Е.В. Развитие идей педагогической культуры в новых условиях / Е.В Бондаревская // Введение в педагогическую культуру. – Ростов н/Д., 1995. – С.47 – 61.
28. Борисова О. Ф. Формирование социальной компетентности детей дошкольного возраста: автореферат дис... канд. пед. наук: 13.00.07: / О.Ф. Борисова. – Челябинск, 2009. – 24с.
29. Борытко Н.М. Категория среды в воспитании [Электронный ресурс] / Н.М. Борытко // <http://borytko.nm.ru/papers/sreda.htm>
30. Борытко Н.М. Профессионально-педагогическая компетентность педагога. [Электронный ресурс] / Н.М. Борытко // <http://www.eidos.ru/journal/2007/0930-10.htm>
31. Бутакова Л.Г. Занятия ритмикой логопедической ритмикой в детском саду и во вспомогательной школе / Л.Г.Бутакова. – М.: Просвещение, 1994. – 339 с.
32. Валлон А. «Психическое развитие ребенка» / А.Валлон. – М.: Просвещение, 1967. – 189 с.
33. Ваньє Ж. Бути людиною / Ж.Ваньє. – Львів - Київ: Свічадо - Кайрос, 2000. – 156 с.
34. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е.Василюк. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 206 с.
35. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. / М. Ю.Веденина // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 31–40.

36. Веденина М.Ю. Адаптация методов поведенческой терапии для формирования социально-бытовых навыков у детей с аутизмом: автореферат дис. . канд. психол. наук: 13.00.07: / М.Ю.Веденина. – Москва, 2000. – 24с.
37. Вісковатова Т.П., Душка А.Л. Особливості розвитку гри аутичної дитини /Т.П.Вісковатова, А.Л.Душка // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – Т. 11, вип.11,– 2006. – С. 18–29.
38. Висковатова Т.П. Страх как стресс-фактор и послестрессовое состояние при детском аутизме /Т.П.Висковатова // Материалы к международному конгрессу «Стрессы в повседневной жизни детей». – Одесса, 25-29 апреля 2000 г. – С.152.
39. Владимирова Н. Не от мира сего?/ Н. Владимирова // Семья и школа. – 2003. – №9. – С.10 – 11.
40. Волонтерство як форма соціальної активності особистості [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://archive.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/znpip/2009_20_2/Sb20_Ch2_50.pdf.
41. Ворон М. В. Інклюзивна освіта: українські реалії / М. В.Ворон, Ю. М.Найда // журнал «Підручник для директора». – К.: «Плеяди», 2006.
42. Выготский Л. С. Психология развития ребенка / Л. С.Выготский. – М.: Эксмо, 2004. – 512 с.
43. Выготский Л.С. Педагогическая психология. /Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1991. – 480 с.
44. Гаврилушкина О.П. Использование знаково-символических средств дошкольниками с интеллектуальной недостаточностью. Психокоррекционный аспект / О.П. Гаврилушкина // Культурно-историческая психология. –2006. – №1. – С.40–47.
45. Гаврилушкина О.П. Проблемы социальной и коммуникативной компетентности дошкольников и младших школьников с трудностями в

общении / О.П.Гаврилушкина, А.А.Малова, М.В.Панкратова // Современная зарубежная психология. – 2012. – №2. – С.5–15.

46. Гаврилушкина О.П. Игровая деятельность дошкольников при интеллектуальных расстройствах / О.П.Гаврилушкина, А.А.Егорова // Психологическая наука и образование. Спецвыпуск "Молодые ученые – науке и образованию". – М.: 2007. – С. 152–158.

47. Газман О.С. От авторитарного образования к педагогике свободы / О.С. Газман // Новые ценности образования. – Вып. 2. Содержание гуманистического образования. – 1995. – С. 19.

48. Галкина Т.Э. Формирование социально-педагогической адаптивности аутичных детей в образовательном процессе специальной (коррекционной) школы: автореферат дис. . канд. пед. Наук: 13.00.02 / Т.Э.Галкина, Москва, – 2004. – 24 с.

49. Гапон Н.П. Соціальна психологія: Навчальний посібник / Н.П.Гапон. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008. – 366 с.

50. Гилберт К. Аутизм. Медицинские и педагогические аспекты / К.Гилберт, Т.Питерс – СПб: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.

51. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. Книга для педагогов-дефектологов / К.Гилберт, Т.Питерс – М.: Владос, 2005. – 144 с.

52. Гончарова-Горяньська М. В. Соціальна компетентність дошкільнят: поняття, зміст, формування в сучасних навчальних закладах / М. В. Гончарова-Горяньська // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: зб. наук. праць. / Ін-т проблем виховання АПН України; редкол.: [О. В. Сухомлинська та ін.] – К., 2006. – С. 219–226.

53. Горский В.А. Компетентностный подход в дополнительном образовании детей [Электронный ресурс] / В.А. Горский // [http://vio.fio.ru/vio45/cd site/Articles/art_1_4.htm](http://vio.fio.ru/vio45/cd%20site/Articles/art_1_4.htm)

54. Грабовська С. Л. Особливості соціально-психологічної допомоги сім'ям аутичних дітей / С.Л. Грабовська, К.О.Островська // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. Максименка С. Д. К., 2009. – Т. XI, Ч. 2. – С. 118–127.
55. Грабовська С. Л. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям / С.Л. Грабовська, К.О.Островська // Матеріали науково-практичної конференції «Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення». – Львів, 2009. – С. 12–14.
56. Грэндин Т. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / Т.Грэндин, М.Скариано // Пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой. – М.: Центр лечебной педагогики, 1999. — 228 с.
57. Гуслова М.Н. Опыт психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка-инвалида / М.Н. Гуслова, Т.К. Стуре, Е.А. Шабанова. – М.: Социально-технологический институт МГУС, 2000. — 80 с.
58. Денисенкова Н. Как организовать окружающую среду / Н.Денисенкова // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 12. – С. 17–21.
59. Детский аутизм. Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведений / Сост. Л. М. Шипицына. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 368 с.
60. Джоэм Зидж. Анализ взаимодействий «педагог-ребенок» в раннем детстве: межличностный теоретический поход / Джоэм Зидж, Хэльма Кумен, Дебора Рурда, Джудит тен Хаген // Журнал прикладной психологии развития. – 2011. – Вып. 32. – С. 34–37.
61. Додзина О.Б. Психологические характеристики речевого развития детей с аутизмом/ О.Б.Додзина // Дефектология. – 2004. – №6. – С.44–52.
62. Доктрович М.О. Формування соціальної компетентності старшого підлітка з неповної сім'ї: Автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.05 / М. О. Доктрович; Ін-т пробл. Виховання АПН України. – К., 2007. – 19 с.

63. Дрофа В.М. Образовательная среда как объект управления. [Электронный ресурс] / В.М. Дрофа // [http://gcon.pstu.ru/pedsovet/ programm/](http://gcon.pstu.ru/pedsovet/programm/)
64. Душка А.Л. Индивидуально-психологические особенности аутичной личности, как субъекта процесса социализации / А.Л. Душка // Наука і освіта . – 2009. – N 1/2. – С. 48–52.
65. Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь/ М.И.Дьяченко. – Минск: Хелтон, 1998. – 399 с.
66. Ермолова Т.В. Социальная компетентность как показатель готовности старших дошкольников к систематическому обучению [Электронный ресурс] /Т.В. Ермолова // Тезисы Международной Конференции «Культурно-историческая психология: современное состояние и перспективы», МГППУ, г. Москва, 3-4 октября 2006 года // <http://www.childpsy.ru/index.php/view/articles/>
67. Ерніязова В. В. Виховання молодших школярів з нейротичними ускладненнями: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук / В. В.Ерніязова. – К.: 2003. – 19 с.
68. Запорожец А.В. Психическое развитие ребенка /А.В. Запорожец // Избранные психологические труды: В 2-х т. – М.: Педагогика, 1986. – Т.1. – 316 с.
69. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития :учебное пособие / Э.Ф. Зеер.– М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 240 с.
70. Зеер Э.Ф. Личностно ориентированные технологии профессионального развития специалиста / Э.Ф. Зеер, О.Н. Шахматова. – Екатеринбург, 1999.– 385 с.
71. Зимняя И.А. Ключевые компетенции - новая парадигма результата образования / И.А. Зимняя // Высшее образование сегодня. — 2003. – №5. – С. 34–42.
72. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании [Электронный ресурс]

- / И.А. Зимняя. — М.: Исследовательский центр проблем качества специалистов, 2004 // <http://www.rc.edu.ru>
73. Иванов Е. С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е. С.Иванов, Л. Н.Демьянчук, Р.В.Демьянчук. — СПб., Изд-во "Дидактика Плюс", 2004. — 80 с.
74. Иванов Е.С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма // Детский аутизм: хрестоматия / Е.С.Иванов. — СПб.: МУСиР им. Р.Валленберга, 1997. — 246 с.
75. Иванова Н.Н. Как узнать аутизм? / Н.Н.Иванова // Дефектология. — 2002. — №2. — С.27–32.
76. Ильченко О.А. «Компетентностный подход и формирование стандартов профессионального образования» [Электронный ресурс] / О.А. Ильченко // Открытое образование. — 4/2004. — <http://pn.pglu.ru>
77. Исаев Д.Н. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения / Д.Н.Исаев, В.Е.Каган // Патологические нарушения поведения у подростков.— Л., 1973. — С. 60–68.
78. Йоханссон И. Особое детство / И.Йоханссон. — М.: Центр лечебной педагогики, 2001. — 168 с.
79. К медико-психолого-педагогическому обследованию детей с аутизмом. Материалы к семинару "Детский аутизм и основы его коррекции / И.Л. Брин, Н.С. Демикова, М.Л. Дунайкин и др. — М.: Сигнал, 2002.— 63 с.
80. Каблянская Е.В. Психологические аспекты социальной компетентности: Диссерт. канд. псих. наук / Е.В.Каблянская. — С.Петербург. — 1995. — 300 с.
81. Каган В.Е. Аутизм у детей / В.Е.Каган. — Л.: Медицина, 1981. — 223 с.
82. Каган В.Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье / В.Е.Каган. — СПб, Фолиант, 1996. — 125 с.
83. Калинина Н.В.Тренинг жизненной стойкости в развитии социальной компетентности подростков / Н. В.Калинина // Сел. шк. : практ. журн. рук. и учителей сел. школ. —2006. — № 2. — С. 120–128.

84. Калинина Н.В. Развитие социальной компетентности у младших школьников / Н.В. Калинина // Психология и шк. : науч.-практ. журн. –2005. – № 4. – С. 62–72.
85. Калинина Н.В. Развитие социальной компетентности школьников в образовательной среде: психолого-педагогическое сопровождение / Н.В.Калинина. – Ульяновск: УИПК ПРО, 2004. – 228 с.
86. Калинина Н.В. Формирование социальной компетентности как механизм укрепления психического здоровья подрастающего поколения / Н.В. Калинина. –М.: РГПУ, 2001– 32 с.
87. Карвасарская И. Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми / И. Б.Карвасарская. – М.: Теревинф, 2003.– 70 с.
88. Карвасарская И.Б. Психологическая помощь аутичной семье / И. Б.Карвасарская// Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: Матер. III съезда РПА и науч.-практ. конф. (Курск, 20-23 окт., 2003 г.). – Изд-во Курск. гос. ун-та, 2003. – 271 с.
89. Карла Дизалво. Включение детей с аутизмом в среду сверстников для повышения уровня социального взаимодействия. Рассматриваемые ожидания сверстников / Карла Дизалво, Дональд Освальд // Журнал «Аутизм и прогрессирующие расстройства» – 2009. – Вып. 34, № 2. – С. 44–48.
90. Карсон Р. Анормальная психология: 11-е издание / Р.Карсон, Дж. Н.Батчер. – Санкт Петербург: Питер. – 2004. – 144 с.
91. Кирабаев Н.С. Методические рекомендации к разработке новой структуры цикла гуманитарных и социально-экономических дисциплин с учетом компетентностного подхода и на основе опыта современной организации учебного процесса [Электронный ресурс] / Н.С. Кирабаев // <http://www.uni-vologda.ac.ru/faculty/iao/material> 1 .html

92. Кириллова Т. Ю. Социально-психологический климат в разновозрастной группе ДОУ [Электронный ресурс] / Т.Ю. Кириллова // <http://www.humanities.edu.ru/db>
93. Ковальов В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В.Ковальов. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
- 94.Коджаспирова Е.В. Педагогический словарь / Е.В.Коджаспирова, А.Ю.Коджаспиров. – М.: Академия. 2000. – С. 176.
95. Козловская Г.В. Опыт применения рисоплепта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей / Г.В.Козловская, М.А.Калинина, А.В.Горюнова, М.Е.Проселкова // Психиатрия и фармакотерапия. – 2000. – № 2. – С.10–12.
96. Коломийченко Л.В. Организация предметной и развивающей среды по «Программе социального развития» Л.В. Коломийченко / Л.В. Коломийченко, Е.Ф. Олейченко, А.А. Метечко. – Пермь.: ПГПУ, 2007. – 115 с.
97. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія / А. А.Колупаєва. – К. : «Самміт-Книга», 2009. – С. 5–32.
98. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушение и патологии психіки / Р. Комер. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 608 с.
- 99.Компанець Н.М. Готовність до навчання читання: індивідуальний підхід. Системи допоміжної альтернативної комунікації для аутичних дітей / Н.М. Компанець, Т.О. Куценко // Дефектологія. – 2011. – N 2. – С. 20–24.
100. Кононко О. Л. Виховуємо соціально компетентного дошкільника: навч. метод. посіб. до Базової прогр. розв. дитини дошк. віку «Я у Світі» / О. Л. Кононко. – К.: Світич, 2009. – 201 с.
101. Коробейников И.А. Психологическая диагностика психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста / И.А.Коробейников, Л.Н.Поперечная // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1981.– №3. – С.370–374.

102. Костин И.А. Работа по развитию социально-бытовых навыков аутичных подростков и юношей / И.А.Костин // Дефектология. – 1981. – № 2. – С. 52–59.
103. Котова И.Б. Социализация и воспитание/ И.Б.Котова, Е.Н.Шиянов. – Ростов н/Д: Изд-во Ростовского пед. ун-та, 1997. — 144 с.
104. Краснова О. В. Особенности современной среды воспитания: к обоснованию информационного подхода в воспитании [Электронный ресурс] / О.В. Краснова // [http:// www.scholar.ru/tag](http://www.scholar.ru/tag).
105. Красноперова М.Г. Причины аутизма/ М.Г.Красноперова // «Психиатрия». – 2004. – №1. – С.55-63.
106. Кревелен В.К проблеме аутизма // Детский аутизм. Хрестоматия/ В.Кревелен. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. унта, 2001.– 288 с.
107. Крылова Н.Б. Новые ценности образования: Тезаурус для учителей и шк. психологов. / Н.Б. Крылова // Вып.1. – М.: Инноватор, 1995. – С.91
108. Куницына В.Н. Межличностное общение / В.Н. Куницына. – СПб.: РГПУ, 2001. –253 с.
109. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л.Д. Лебедева. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.
110. Лебедева О.Е. Компетентностный подход в образовании / О.Е. Лебедева// Школьные технологии. – 2004. – № 5. – С. 3–12.
111. Лебединская К. С. Дети с нарушением общения: Ранний детский аутизм / К.С.Лебединская, О.С.Никольская, Е.Р. Баенская. – М.: Просвещение, 1985. – 96 с.
112. Лебединская К.С. Дефектологические проблемы раннего аутизма / К.С. Лебединская, О.С.Никольская // Дефектология. – 1987. – № 6. – С. 10–16..
113. Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М. : Просвещение, 1991. – 346 с..

114. Лебединский В.В. Общие закономерности психического дизонтогенеза / В кн.: Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития/ В.В.Лебединский. – СПб.: Питер, 2001. – 384 с.
115. Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М. М.Либлинг. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
116. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М.М.Либлинг // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 56–66.
117. Линн И. Расписания для детей с аутизмом. Обучение самостоятельному поведению./ Пер. с англ. О Чикурова, С. Морозовой/ И.Линн, МакКланнахан, Патрисия Крантц. – М.: Изд-во "Сигнал", 2003.
118. Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы, М.: Педагогика, 1970. – С.16–18.
119. Лурия А.Р. Схема нейропсихологического исследования / А.Р.Лурия. – М.: МГУ, 1973. – 60 с.
120. Лютова Е. К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К.Лютова, Г.Б.Монина. — М.: Генезис, 2000. — 192 с.
121. Лютова Е. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е. К.Лютова, Г. Б.Монина. — СПб.: Речь, 2001. — 190 с.
122. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы / Н.Г.Манелис // Школа здоровья. – 1999. – №2. – С.6–21.
123. Мануйлов Ю.С. Концептуальные основы средового подхода в воспитании / Ю.С. Мануйлов // Вестн. Ун-та Рос. акад. образования. – 2003.–№ 1. – С. 36 – 68.
124. Мануйлов Ю.С. Средовой подход в воспитании / Ю.С. Мануйлов // Перемены. – 2004. – № 2. – С.58 –75.

125. Маркова А.К. Психология профессионализма. / А.К. Маркова. - М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996.–308 с.
126. Маслоу А. Самоактуализация / А.Маслоу //Психология личности. Тексты. – М.: Изд-во МГУ. – 1982. – С.145 – 162/
127. Максименко С.Д. Розвиток психіки в онтогенезі/ С.Д.Максименко. – К.: Ваклер, 2002. – 528 с.
128. Миккин Х. Цели, процессы и методы видеотренинга руководителей // Человек, общение и живая среда/ Х.Миккин. – Таллин, 1986. – С.7– 27.
129. Митина Л.М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях / Л.М. Митина // Вопросы психологии. – 1997. – №4. – С.28-38.
130. Монтессори М. Дом ребенка: метод научной педагогики. [Текст] / М.Монтессори. – М.: Астрель, 2006.– 269 с.
131. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции (материалы к спецкурсу) / С.А.Морозов. – М.: Изд-во "Сигнал", 2002. – 101 с.
132. Морозова Т.И. Мир за стеклянной стеной. Книга для родителей аутичных детей / Т.И.Морозова, С.А.Морозов. –М.: "Изд-во Сигнал", 2002. – 9 с.
133. Морозова Т.П. Социальные отношения и эмоциональный мир ребенка / Т.П. Морозова, Р.М. Чумичева. – М.: "Илекса", Ставрополь: "Сервисшкола", 2001. – 288 с.
134. Мухина В.С. Возрастная психология: Феноменология развития, детство, отрочество / В.С. Мухина.– М.: «Академия», 1998. –456 с.
135. Немов Р. С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кр. – 4-е изд. / Немов Р. С. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – Кн. 2: Психология образования. – 608 с.
136. Нестерова В.В. Педагогическая компетентность: уч. пособие. /В.В. Нестерова, А.С. Белкин. – Екатеринбург, 2003. – С. 4

137. Николь Юрэн. Игра, социальная компетентность и включенность детей в возрасте 5-7 лет: действенность оценки детской инициативы в игре / Николь Юрэн, Карен Стэгнити //Австралийский журнал профессиональной терапии. – 2009. N56. – С. 33–40.
138. Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С.Никольская, Е. Р.Баенская, М. М.Либлинг. – М.: Теревинф, 2007. – (Особый ребенок). – 288 с.
139. Никольская О. С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение/ О. С.Никольская, Е. Р.Баенская, М. М.Либлинг и др. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.
140. Никольская О.С. Аффективная сфера как система организации сознания и поведения при нормальном и аномальном развитии / О.С.Никольская. – Дисс. . . д-ра психол. наук. – М., 1999. – 400 с.
141. Никольская О.С. Трудности школьной адаптации детей с аутизмом // Особый ребенок: исследования и опыт помощи / О.С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики; Теревинф, 1998. – 211 с.
142. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей / О.С. Никольская //Дефектология. — 1995. — № 2. — С. 8-17.
143. Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма/ О.С.Никольская, К.С.Лебединская. – М.: МГУ, 1991. – 254 с.
144. Новоселова С.Л. Развивающая предметная среда: методические рекомендации по проектированию вариативных дизайн-проектов развивающей предметной среды в детских садах и учебно-воспитательных комплексах / С.Л. Новоселова. – М.: Айрес-прес, 2007. – 119 с.
145. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей / Л.Г.Нуриева. – М.:Теревиф, 2003. – 160 с.
146. Ожегов С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов - Екатеринбург: «Урал - Советы» («Весть»), 1994.– 248 с.

147. Орлов Ф. Во главе угла — педагогические компетенции [Электронный ресурс] / Ф.Орлов // <http://www.ug.ru>
148. Островська К. О. Психологічний погляд на проблему співпраці спеціалістів з батьками аутичних дітей / К. О. Островська // Наукові записки інституту психології імені Г.С.Костюка / За ред. С. Д. Максименка. – К.: Главник, 2005. – Вип..26, в 4-х томах, Т.3. – С.270–273.
149. Островська К. О. Диференціація аутизму з алалією у практиці психологічного діагностування дітей з аутизмом / К. О. Островська // Тези міжн. наук.-пр. конф. «Аутизм: проблеми діагностики». Львів, 2010. – С. 25-27.
150. Ostrovskii I. P. Peculiarities of senior social-psychologic activity / I. P. Ostrovskii, S. L. Grabovska, K. O. Ostrovska, A. W. Sokalska // Aging, psychological, biological, and social dimensions. – Wroclaw, “Argi”, 2012. – P. 61–68.
151. Островська К. О. Особливості психомоторного розвитку аутичних дітей / К. О. Островська // Психологічні перспективи. – Вип. 14.– Луцьк, 2009. – С. 81–86.
152. Островська К. О. Толерантність до дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивній школі / Х. Я. Сайко, К. О. Островська // Вісник Чернігівського університету. Серія «Психологічні науки». – Чернігів, 2012. – Вип. 103. – Т. 1. – С. 156 – 162.
153. Островська К. О. Соціальна адаптація дорослих осіб з загальними розладами розвитку : навч. посібник / К. О. Островська. – Львів : «Тріада плюс», 2012. – 576 с.
154. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія / К. О. Островська. – Львів : «Тріада плюс», 2012 – 520 с.
155. Островська К.О. Особливості диференційної діагностики дітей з

аутизмом / К.О.Островська // Вісник КНУ ім. Т.Шевченка, 2012, №5. – С.31-34.

156. Островська К.О. Особливості емоційної сфери дітей з розладами спектру аутизму/ К.О.Островська // Теоретичні та прикладні проблеми психології – 2012, №2 (28). – С.211-219.

157. Островська К.О. Психологічні чинники емоційного вигорання у корекційних педагогів / К.О.Островська // Науковий часопис НПУ імені І. П. Драгоманова, 2012, Сер.19, Вип.21. – С. 399-404.

158. Островська К. О. Особливості інтелекту дітей зі спектром аутистичних порушень / К. О. Островська, Х. В. Качмарик // Проблеми загальної та педагогічної психології зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. / за ред. С. Д. Максименка. – Київ, 2012. – Том XIV, ч. 5. – С. 94-103.

159. Островська К.О. Особливості інтелектуального розвитку дітей із спектром аутистичних порушень / К.О.Островська // Проблеми сучасної психології. Зб. наук. праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д. Максименка. – Вип.20. – Кам'янець Подільський: Аксіома, 2013. –С. 498–511.

160. Островська К.О. Особливості соціальної компетентності у дітей з різним рівнем аутизму / К.О.Островська // Практична психологія і соціальна робота. К., 2013. – № 5. – С. 52–56.

161. Островська К. О. Духовні засади психологічної допомоги батькам аутичних дітей / Островська К. О. // Науковий часопис НПУ імені І. П. Драгоманова, 2011. – № 17 – С. 353 – 359.

162. Островська К.О. Особливості ставлення педагогів загальноосвітньої школи до інклюзивної освіти / К.О.Островська // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К.: Д П «Інформаційно-аналітичне агентство», 2011. – Том X. –

Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – Вип. 18. – С. 337–347.

163. Островська К.О. Порівняльний аналіз дослідження психомоторної сфери дітей з розладами спектру аутизму і алалією / К. О.Островська // Науковий часопис НПУ імені І. П. Драгоманова, 2011. – Сер.19, Вип.19. – С. 324–332.

164. Островська К. О. Психологічний супровід професійної реабілітації осіб з розумовою відсталістю / К. О.Островська // Професійна психологія: реалії та перспективи розвитку. – м. Луцьк, 2008. – С. 212–216.

165. Островська К. О. Реабілітація осіб з аутизмом у центрі денного перебування : навч. посібник / К. О. Островська, Ю. В. Рибак – Львів : «Тріада плюс», 2010. – 136 с.

166. Островська К. О. Соціальний супровід дітей з аутизмом під час навчання: навч. посібник / К. О. Островська, Ю. В. Рибак, У. Р. Мельник, Є. В. Гук, А. Б. Заплатинська, О. Г. Ферт. – Львів : «Тріада плюс», 2009. – 186 с.

167. Островська К.О. Особливості абілітації дітей з аутизмом та їх родин / К. О. Островська, М. Б. Химко, Ю.В.Кудрявцева. – Тріада плюс, Львів, 2007.

168. Островська К.О. Проблеми соціально-психологічної допомоги аутичним дітям та їх родинам / К. О. Островська, М. Б. Химко // В кн. Психологія здоров'я: теорія і практика. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – С.259–284.

169. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги: Навч. посіб. / К. О. Островська. – Львів: Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2009. – 114 с.

170. Островська К.О. Організація базальної стимуляції у корекційній роботі з дітьми із загальними розладами розвитку / К. О. Островська //

Матеріали науково-практичної конференції «Дитина в мені: психотерапія мого дитинства». – Львів, 2008. – С. 48–50.

171. Островська К.О. Особливості формування образу «Я» у дітей з аутизмом / К. О. Островська // Тези доп. міжн. конф. «Актуальні проблеми навчання та виховання людей зв інтегрованому освітньому середовищі». – Київ, 2009. – С. 185–186.

172. Островська К.О. Психомоторний розвиток аутичних дітей / К. О. Островська // Матеріали науково-практичної конференції «Соціальна реабілітація інвалідів з розумовою відсталістю». – Одеса, 2008. – С. 45–50.

173. Островська К.О. Соціальний супровід родини аутичної дитини. За ред. Островської К.О. – Львів, Тріада плюс, 2009. – 88 с.

174. Островська К.О. Терапія і навчання аутичних дітей / К. О. Островська // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. Збірник наукових праць. – №1 (3). – К.: Університет «Україна», 2004. – С.528–534.

175. Островська К.О. Гіперактивність із дефіцитом уваги у дітей з аутизмом: прояви та способи допомоги. Методичний посібник для проведення практичних занять з курсу “Дитячий аутизм: проблеми психологічної допомоги” / К. О. Островська, М. Б. Химко. – Львів, Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 40 с.

176. Островська К.О. Проблеми психологічної діагностики аутичних дітей. Методичні рекомендації для проведення практичних занять з курсу “Дитячий аутизм: проблеми психологічної допомоги” / К. О. Островська, М. Б. Химко. – Львів, Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 38 с.

177. Островська К.О. Особливості «Я» концепції дітей з розладами спектру аутизму / К. О. Островська // Збірн. наук. праць Кам’янець-Подільського національного університету», серія соціально-педагогічна. – 2012, Вип. 19, Ч.2. – С.383-389.

178. Петровский В.А. Построение развивающей среды в дошкольном учреждении / В.А. Петровский, Л.М. Кларина // Дошкольное образование в России. – М.: Изд. АСТ, 1993.– С.45–57.
179. Печникова Л.С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом / Л.С.Печникова. – Дисс. .канд. психол. наук. М., 1997. – 144 с.
180. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию: книга для педагогов-дефектологов / Пер. с англ. М. М. Щербаковой; Под науч. ред. Л. М. Шипицыной, Д. Н. Исаева. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 240 с.
181. Пласкунова Э.В. Возможности адаптивного физического воспитания в формировании двигательных функций у детей с синдромом раннего детского аутизма / Э.В. Пласкунова // Школа здоровья. – 2004. – №1. – С.57–62.
182. Победить аутизм. Метод семьи Кауфман /Сост. Н.Л. Холмогорова.– М.: Центр лечебной педагогики, 2005. – 96 с.
183. Программа «Истоки»: Базис развития ребенка-дошкольника / Т. И. Алиева, Т. В. Антонова, Е. П. Арнаутова и др.– М.: Просвещение, 2003. – 304 с.
184. Психология: словарь. /Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского, 2-е изд., испр. и допол. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
185. Радченко М. І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину / М. І.Радченко // Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірн. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К.,2002, Т. 4, Ч. 3. – С.28– 32.
186. Ранний детский аутизм / Под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1981. – 124 с.
187. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение / Х.Ремшмидт. – М.: Медицина, 2003. – 120 с.

188. Решетников О.В. Организация добровольческой деятельности. Учебно-методич. Пособие / О.В.Решетников. – М.: «Фонд содействия образованию XXI века», 2005. – 305с.
189. Роджерс К.Р. Творчество как усилие себя / К.Р. Роджерс // Вопросы психологии. – 1990. – №1. – С.164–168.
190. Романчук О. Дорога любові / О.Романчук. – Львів: Свічадо, 2001. – 128 с.
191. Сак Т.В. Контроль та оцінювання соціальної компетентності учнів з особливостями психофізичного розвитку в інклюзивному класі / Т.В. Сак // Дефектологія. Особлива дитина: навчання та виховання. – 2010. – N 4. – С. 8–12.
192. Сансон Патрик. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми/ Патрик Сансон. – М.: Теревинф, 2006. – 208 с.
193. Сарафанова И. Консультации специалистов Института коррекционной педагогики РАО / И. Сарафанова // Московский психотерапевтический журнал. – 2004. – №1. – С.150 –164.
194. Селевко Т.К. Компетентности и их классификация /Т.К. Селевко // Народное образование. – 2004. – № 4. – С. 138.
195. Семаго Н.Я. Диагностический альбом / Н.Я.Семаго, М.М.Семаго.– М.: Айрис-пресс, 2005. – 46 с.
196. Сергеева І.В. Індивідуальні особливості емоційної сфери особистості й емоційної регуляції діяльності педагогів / І.В. Сергеева // Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / За ред. С.Д.Максименка. – К., 2003. – Т.5. – Ч.4. – С. 272–282.
197. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / За ред.. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової – К., 2006. – 365 с.

198. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. — Частина І. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки) / В.М. Синьов. — К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. — 238 с.
199. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. — Частина 2. Навчання і виховання дітей / В.М. Синьов. — К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. — 224 с.
200. Синьов В.М. Розумова відсталість як педагогічна проблема: навч. посіб / В.М. Синьов. — К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. — 120с.
201. Синьов В.М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху до інтеграції у світовий простір / В.М. Синьов // Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття: матер. між нар. наук, конф. — К., 2005. — С. 175 – 180.
202. Синьов В.М. Психологія розумово відсталої дитини: підручник / В.М. Синьов, М. П.Матвєєва, О. П.Хохліна. — К.: Знання, 2008. — 359 с.
203. Синьов В.Н. Коррекция интеллектуальных нарушений учащихся вспомогательной школы: автореф. дис. д-ра пед. Наук / В.М. Синьов. — М., 1988. — 45 с.
204. Скрипник Т.В. Аутизм як форма девіантної поведінки/ Т.В. Скрипник // Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С.Костюка, — т. XI, ч. 7, — К. — 1995. — С.457 – 464.
205. Скрипник Т.В. Методика дослідження психічних процесів у дошкільників з аутизмом: метод. рек. / Т.В. Скрипник ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. — К.: Пед. думка, 2008. — 71 с.
206. Слободчиков В.И. О возможных уровнях анализа проблемы рефлексивных процессов / В.И. Слободчиков. — Новосибирск, 1986. — С. 12 – 14.
207. Стилї життя: панорама змін / моногр. ... М.А. Паращевін, О.С.

- Резнік, Л.В.Сохань. – К.: Нац. акад. наук України, Ін-т соціол., 2008. – 416 с.
208. Солодянкіна О.В. Соціальне розвиток дитини дошкільного віку. /О.В. Солодянкіна. – М.: АРКТИ, 2006 – 88с.
209. Софій Н.З. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / Н. З.Софій, А.А.Колупаєва, Ю.М.Найда та ін. – К.: 2007. – С. 128.
210. Спиваковська А.С. Психотерапія: гра, дитинство, сім'я. Частина 2: психотерапія дитячого аутизму / А.С.Спиваковська. – М.: Апрель Прес: ЕСКМО-Прес, 2000. – 304 с.
211. Справочник по психології та психіатрії дитячого та підліткового віку / Під ред. С.Ю. Циркіна – СПб: Видавництво «Пітер», 2000. – 752 с.
212. Тарасун В.В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації аутичних дітей. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / В.В.Тарасун, Г.Хворова / За наук. ред. В.Тарасун – К.: 2004. – 103 с.
213. Трубайчук Л.В. Соціальна компетентність дошкільника / Л.В. Трубайчук//Актуальні проблеми дошкільного виховання теоретичні та прикладні аспекти соціалізації та соціального розвитку дітей дошкільного віку. – Челябінськ: Видавництво ІІУМЦ «Виховання»,2007, – С.300 – 307.
214. Ульянова Р.К. Дошкільне виховання аномальних дітей. Корекція рухових порушень у дітей дошкільного віку з раннім дитячим аутизмом / Р.К. Ульянова // Дефектологія. – 1988. – № 4. – С. 66 –70.
215. Ульянова Р.К. Проблеми корекційної роботи з аутичними дітьми / Р.К. Ульянова // Педагогічний пошук. – 1999. – № 9. – С. 11 – 29.
216. Фельденкрайз М. Освідомлення через рух / М.Фельденкрайз. – СПб.: Річ, 2000. – 290 с.

217. Формирование социальной компетентности детей 3-7 лет в условиях открытого дошкольного образовательного учреждения [Электронный ресурс] // http://www.mirrabort.com/work/work_62638.html
218. Фролов Ю.В. Компетентностная модель как основа оценки качества подготовки специалистов /Ю.В. Фролов, Д.А. Махотин //Высшее образование сегодня. –2004.– №7 – С. 34 – 41.
219. Фрумин И.Д. Компетентностный подход как естественный этап обновления содержания образования // И.Д. Фрумин // Педагогика развития, ключевые компетенции и становление: матер. XI науч. практ. конф. Красноярск, 2003. – С. 57–81.
220. Хаустов А.В. Исследование коммуникативных навыков у детей с синдромом раннего детского аутизма / А.В.Хаустов // Дефектология. – 2004. – №4. – С.69 –74.
221. Хаустов А.В. Формирование коммуникативных навыков у детей с детским аутизмом: автореферат дис. . канд. пед. наук: 13.00.03 / А.В. Хаустов. – М. – 2005. – 24с.
222. Хаустов А.В.Основные этапы и особенности развития игровой деятельности в норме и при аутистических нарушениях / А.В.Хаустов // Научно-практический журнал «Аутизм и нарушения развития». – 2004. – №3. – С. 65 – 68.
223. Хворова Г.М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Г.М. Хворова. – К.: Вид-во Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова., 2010. – 22 с.
224. Худик В.А. Онтогенетический аспект психологической диагностики и коррекции аномального развития личности (на материале исследования детей и подростков) / В.А.Худик. – Санкт-Петербург: Образование, 2000. – 123 с.

225. Хуторской А.В. Ключевые компетенции. Технология конструирования / А.В. Хуторской // Народное образование. –2003. – № 5. – С.55 – 61.
226. Хуторской А.В. Методика личностно ориентированного обучения. Как обучать всех по-разному?: пособие для учителя / А.В. Хуторской.– М .: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 383 с.
227. Черемнсина А.А. Формирование правовой компетентности старше школьников: автореф. дис. канд. пед. наук. / А.А. Черемисина. — Оренбург] 2000. – 20 с.
228. Черняева Т.И. Аутизм: особенности социального конструирования и пути социальной поддержки детей и их семей / Т.И.Черняева, Е.Ю.Герасимова. – Саратов: СГУ, 1999. – 62 с.
229. Чумичева Р.М. Проблемы и перспективы развития дошкольного образования в России и за рубежом / Р.М. Чумичева, Н.А. Платохина //Детский сад от А до Я. – 2008. – №2. – С. 42– 50.
230. Шадриков В.Д. Новая модель специалиста: инновационная подготовка и компетентностный подход / В.Д. Шадриков // Высшее образование сегодня. – 2004. – № 8. – С. 26 – 31.
231. Шварцман З.О. Профессионально-педагогическая подготовка учителя в университете: монография / З.О. Шварцман. – Томск, 1991. – 128 с
232. Шеремет М. К Проблеми та перспективи спеціальної освіти: // 36. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету: серія соціально-педагогічна; випуск 7 / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський. – 2007. – С. 101 – 103.
233. Шипицына Л.М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / Л.М Шипицына, А.А.Хилько, Ю.С Галлямова и др. – СПб.: Речь, 2005. – 240 с.
234. Шипицына Л.М. Детский аутизм / Л.М Шипицына. – М.: Дидактика Плюс, 2001. – 368 с.

235. Шипицына Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. - 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
236. Шипицына Л.М., Первова И.Л. «Обзор современных подходов к проблеме детского аутизма в разных странах. Социальная реабилитация детей с аутизмом» / Детский аутизм. Хрестоматия/ Л.М.Шипицына, И.Л.Первова. – СПб.: 2001. – С. 235 – 281.
237. Ширли Кози. Жизнь с аутизмом, перев. с англ. И. Костина / Ширли Кози. – М.: Ин-т Общегуманитарных исследований, 2008. – 240 с.
238. Шишов С. Компетентностный подход к образованию / С.Шишов, А Агапов // Лучшие страницы педагогической прессы. – 2002. – № 3. – С. 5.
239. Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей / Э.Шоплер, М.Ланзинд, Л.Ватерс. – Минск: Издательство БелАПДИ "Открытые двери ", 1997. – 195 с.
240. Шульженко Д. І. Аутизм – не вирок / Д.І.Шульженко. – Львів: Кальварія, 2010. – С. 122.
241. Шульженко Д. І. Робота гувернера-психопедагога з корекції інтелектуальних та аутистичних порушень у дітей / Д. І.Шульженко, О. В.Ліснічук/ – Електроний навчально-методичний посібник для студентів Інституту корекційної педагогіки та психології НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2005. – 250 с.
242. Шульженко Д.І. Діагностико-диференціальні тенденції аутизму / Д. І.Шульженко// 36 наук. пр. Кам'янець-Подільського держ. ун-ту: серія соціально-психологічна; випуск 5 / за ред., О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – 2007. – С. 333 – 338.
243. Шульженко Д.І. Формування готовності дітей з аутистичним спектром порушень до навчання у школі / Д. І.Шульженко// Корекційна педагогіка. Вісник української асоціації корекційних педагогів. – 2008. – №1. – С. 9 – 15.

244. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія / Д.І. Шульженко. – Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. — К., 2009. — 385 с.
245. Щуркова Н. Е. Прикладная педагогика воспитания /Н.Е. Щур кова. – СПб., Питер, 2005. –366с.
246. Я и мой день. Книга для аутичных детей / Под.ред С.А. Морозова. М., 1998.– 121 с.
247. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.–М.: Теревинф, 2004. – 136 с.
248. Aldred C. A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomised controlled treatment study suggesting effectiveness / C.Aldred, J.Green , C. Adams // Journal of Child Psychology and Psychiatry, – 2004. – Vol. 45. – P. 1420–1430.
249. Apolinarska M. Intergracja dzieci niepełnosprawnych w przedszkolu i szkole / M.Apolinarska, G.Dryzalowska, E.Kleszczewska-Pyra. – Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, 1994. – 32 s.
250. Apple A. L. Effects of video modeling alone and with self-management on compliment- giving behaviors of children with high-functioning ASD / A. L.Apple, F.Billingsley, I.S.Schwartz // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2005. – Vol. 7. — P. 33–46.
251. Attwood A. The understanding and use of interpersonal gestures by autistic and Down’s syndrome children / A.Attwood, U.Frith, B. Hernelin // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1988. – Vol.18. – P.241–257.
252. Autism: the facts / Simon Baron-Cohen and Patrick Bolton / (Oxford medical publications) (The facts).Oxford University Press, 1993. – 74 p.
253. Baron- Cohen S. Autismo, una guida/ S.Baron- Cohen, R.Bolton. – Roma, 1998.– 24 p.

254. Baron-Cohen S. Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind / S. Baron-Cohen. – Cambridge, Mass MIT Press, 1995. – 171 p.
255. Baron-Cohen S. Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience / S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, D. Cohen. – New York: Oxford University Press, 2000. – P. 354 – 356.
256. Bauman Margaret L. The Neurobiology of Autism/ Margaret L. Bauman, L. Kemper Thomas. – Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, 2005. – 257 p.
257. Bellini S. A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorder/ S. Bellini, J. Akullian. // Exceptional Children, – 2007. – Vol. 73. – P. 264–287.
258. Bellini S. Increasing social engagement in young children with autism spectrum disorders using video self-modeling/ S. Bellini, J. Akullian, A. Hopf, // School Psychology Review. – 2007. Vol. 16. – P. 80–90.
259. Bettelheim B. The empty fortress: infantile autism and the birth of self/ B. Bettelheim. – London: Collier-MacMillan, 1967. – 125 p.
260. Betz A. Using joint activity schedules to promote peer engagement in preschoolers with autism / A. Betz, T. S. Higbee & K. A. Reagon // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2008. – Vol. 41. – P. 237–241.
261. Blachowicz J. Wychowanie społeczeństwa a integracja osób niepełnosprawnych / J. Blachowicz / W Mikulski J., Auleytner J (red.) Drogi do integracji. – Warszawa: WSP TWP, 1996. – 56 s.
262. Bobkiewicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii / L. Bobkiewicz-Lewartowska. - Krakow, 2000. – 155 s.
263. Bock M. A. The impact of social-behavioral learning strategy training on the social interaction skills of four students with Asperger syndrome/ M. A. Bock // Focus on Autism and Other Developmental Disorders. – 2007. – Vol. 22. – P. 88–95.

264. Bogdashina O. A reconstruction of the sensory world of autism / O.A.Bogdashina. – Sheffield Hallam University Press, 2001. – 15 p.
265. Boyd B. A. Effects of circumscribed interests on the social behaviors of children with autism spectrum disorders / B. A.Boyd, M. A.Conroy, G. R.Mancil, T.Nakao // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Vol.37. – P. 1550–1561.
266. Buggey T. Video self-modeling applications with students with autism spectrum disorder in a small private school setting / T.Buggey // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2005. – Vol. 20. – P. 52–63.
267. Carter A. S. Social development in autism / A. S.Carter, N. O.Davis, A.Klin, F. R. Volkmar / In F. R. Volkmar, A. Klin, R. Paul, & D. Autism spectrum disorders and their peers in inclusive school settings// Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2005. – Vol. 23. – P. 15–28.
268. Carter C. M. Using choice with game play to increase language skills and interactive behaviors in children with autism / C. M.Carter // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2001. – Vol.3. – P. 131–151.
269. Chan J. M. Use of peer-mediated interventions in the treatment of autism spectrum disorders: A systematic review. Research in Autism Spectrum Disorders./ J. M.Chan, R.Lang, M.Rispoli, M.O'Reilly et.al.// J Autism Dev Disord. – 2010. – Vol. 40 (149). – P. 166 – 163.
270. Charlop-Christy M. H. Using video modeling to teach perspective taking to children with autism/ M. H.Charlop-Christy, S.Daneshvar // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2003. – Vol.5. – P. 12–21.
271. Cotugno A.J. Social competence and social skills training and intervention fr children with atusm spectrum disorders/ A.J.Cotugno // J.Autism Development Disorder. – 2009. – Vol. 39. – P. 1268–1277.
272. Crozier S. Effects of social stories on prosocial behavior of preschool children with autism spectrum disorders / S.Crozier, M. Tincani // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Vol.37. – P. 1803–1814.

273. Delacato C.H. Dziwne i niepojęte. Autystyczne dziecko / C.H.Delacato. – Fundacja "Synapsis", Warszawa. – 1995.
274. Delano M. E. Video modeling interventions for individuals with autism / M. E.Delano // Remedial and Special Education. – 2007. – Vol. 28. – P. 33–42.
275. Delano M. The effects of social stories on the social engagement of children with autism / M.Delano, M. E.Snell // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2006. – Vol. 8. – P. 29–42.
276. DeQuinzio, J. A. Generalized imitation of facial models by children with autism / J. A.DeQuinzio, D. B.Townsend, P.Sturme, C. L.Poulson // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2007. – Vol. 40. – P. 755–759.
277. DeRosier M.E. The efficacy of a social skills group intervention for improving social behaviors in children with high functioning autism spectrum disorders / M.E.DeRosier, D.C.Swiek, N.O.Davis, J.S,McMillen et.al // J.Autism Development Disorder. – 2011. – Vol.41. – P. 1033–1043.
278. DiSalvo C. A. Peer-mediated interventions to increase the social interaction of children with autism: Consideration of peer expectancies/ C. A.DiSalvo, D. P.Oswald // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2002. – Vol. 17. – P. 198–207.
279. Filipczuk K. Czego oczekuje, a co otrzymuje rodzina dziecka z autyzmem? / K.Filipczuk // Dziecko autystyczne. – Warszawa, 2001. – T.IX nr 1. – S. 98 – 106.
280. Fisher N. A training study of theory of mind and executive function in children with autistic spectrum disorders / N.Fisher, F.Happe // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2005. – Vol. 35. – P. 757–771.
281. Galkowski T. Usprawnianie dziecka w rodzinie / T.Galkowski. – Warszawa: Polskie towarzystwo Walki z Kalectwem, 1980. – S.38 – 45.
282. Ganz, J. B. Effects of the use of visual strategies in play groups for children with autism spectrum disorders and their peers / J. B.Ganz , M. M.Flores //

Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 926–940.

283. Ganz J. B. The impact of social scripts and visual cues on verbal communication in three children with autism spectrum disorders / J. B.Ganz, M.Kaylor, B.Bourgeois, K. Hadden // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2008. – Vol. 23. – P. 79–94.

284. Garfinkle A. N. Peer imitation: Increasing social interactions in children with autism and other developmental disabilities in inclusive preschool classrooms / A. N.Garfinkle, I. S.Schwartz // Topics in Early Childhood Special Education. – 2002. – Vol.22. – P. 26–38.

285. Gena A. The effects of prompting and social reinforcement on establishing social interactions with peers during the inclusion of four children with autism in preschool / A. Gena// International Journal of Psychology. – 2006. – Vol.41. – P. 541–554.

286. Gena A. Modifying the affective behavior of preschoolers with autism using in vivo or video modeling and reinforcement contingencies / A.,Gena S.Couloura, E.Kymissis // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2005. – Vol. 35. – P. 545–556.

287. Golan O. Systemizing empathy: Teaching adults with Asperger syndrome or high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia / O.Golan, S.Baron-Cohen // Development and Psychopathology. – 2006. – Vol.18. – P. 591–617.

288. Goldstein H. Promoting interaction during sociodramatic play: Teaching scripts to typical preschoolers and classmates with disabilities / H.Goldstein, C. L.Cisar // Journal of Applied Behavior Analysis. – 1992. – Vol. 25. – P. 265–280.

289. Goldstein H. Peer-mediated social communication intervention: When clinical expertise informs treatment development and evaluation / H.Goldstein , N.Schneider, K.Theimann // Topics in Language Disorders. – 2007. – Vol. 27. – P. 182–199.

290. Grandin T. Byłam dzieckiem autystycznym / T. Grandin, M. M. Scariano. – Wrocław: WPN, 1995. – 42 s.
291. Hancock T.B. The effects of trainer implemented enhanced milieu teaching on the social communication of children with autism / T. B. Hancock, A.P. Kaiser // Topics in Early Childhood Special Education. – 2002. – Vol. 22. – P. 39–54.
292. Hart Ch. A. Przewodnik dla rodziców dzieci autystycznych / Ch. A. Hart. – Łódź: Fundacja im. Wojtka Wadowskiego, 1995. – 56 s.
293. Hashimoto T. Badania japońskie potwierdzają, odkrycia w mózgu / T. Hashimoto // Buletyn Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym w Gdańsku. – 1995. – №21. – S. 24 – 28.
294. Hobson R. P. Autism and the Development of Mind / R. P. Hobson. – London: Erlbaum, 1993. – 122 p.
295. Howlin P. Children with Autism and Asperger Syndrome / P. Howlin. – New York: John Wiley & Sons, 1998. – 155 p.
296. Ingersoll B. The effect of a parent implemented imitation intervention on spontaneous imitation skills in young children with autism / B. Ingersoll, S. Gergans // Research in Developmental Disabilities. – 2007. – Vol. 28. – P. 163–175.
297. Ingersoll B. Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: Effects on language, pretend play, and joint attention / B. Ingersoll, L. Schreibman // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. – Vol. 36. – P. 487–505.
298. Ingersoll B. The effects of a developmental, social-pragmatic language intervention on rate of expressive language production in young children with autistic spectrum disorders / B. Ingersoll, A. Dvortcsak, C. Whalen, D. Sikora // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2005. – Vol. 20. – P. 213–222.
299. Insel T. R. How the brain processes social information: Searching for the

- social brain/ T. R.Insel, R. D.Fernald // Annual Review of Neuroscience. – 2004. – Vol. 27. – P. 697–722.
300. J. Cohen. Handbook of autism and pervasive developmental disorders (3rd ed. / J. Cohen . – Hoboken, NJ: Wiley. – P. 312–334.
301. Jones E. A. Multiple effects of joint attention intervention for children with autism / E. A.Jones, E. G.Carr, K. M. Feeley // Behavior Modification. – 2006. – Vol. 30. – P. 782–834.
302. Jordan R. R. Teaching Communication to Individuals within the Autistic Spektrum REACH / R. R.Jordan // Jourdan of Special Needs Education in Ireland. 1996. – Vol. 9. – P. 95–102
303. Jung S. Using highprobability request sequences to increase social interactions in young children with autism / S.Jung, D. M.Sainato , C. A.Davis // Journal of Early Intervention. – 2008. – Vol.30. – P. 163–187.
304. Kanner L. Autistic disturbance of affective contact / L.Kanner // Nervous Child. – 1943. – Vol. 2. – P. 217–250.
305. Kasari C. Joint attention and symbolic play in young children with autism: A randomized controlled intervention study/ C.Kasari, S.Freeman, T.Paparella// Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2006. – Vol. 47. – P. 611–620.
306. Kaufman B. N. Uwierzyć w cud / B. N.Kaufman. – Warszawa: Fundacja „Synapsis”, 1995. – 337 s.
307. Kaufman B.N. Przebudzenie naszego syna. Zwyistwo milosci nad choroba / B. N.Kaufman. – Warszawa: Fundacja „Synapsis”, 1994. – – 327 s.
308. Kaufman B. Son rise: the miracle continues / B. N.Kaufman. – California: Kramer, 1994. – 341 p.
309. Kern P. Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive community-based child care program / P.Kern, D. Aldridge // Journal of Music Therapy. – 2006. – Vol. 43. – P. 270–294.

310. Kern P. Use of songs to promote independence in morning greeting routines for young children with autism / P.Kern, M. Wolery, D.Aldridge // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol. 37. – P. 1264–1271.
311. Klin A. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism / A.Klin, C. A.Saulnier, S. S.Sparrow, D. V.Cicchetti et.al. // *J. Autism Dev. Disord.* – 2007. – Vol. 40. – P.149–166.
312. Koegel R. L. The effectiveness of contextually supported play date interactions between children with autism and typically developing peers/ R. L.Koegel, G. A.Werner, L. A.Vismara, L. K.Koegel // *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. – 2005. – Vol. 30. – P. 93–102.
313. Koenig K. Promoting social skill development in children with pervasive development disorders: a feasibility and efficacy study/ K. Koenig, S.W.White, M.Pachler, M. Lau et.al. // *J.Autism Development Disorder*. – 2010. – Vol. 40. – P.1209–1218.
314. Kohler F. W. Teaching social interaction skills in the integrated preschool: An examination of naturalistic tactics/ F. W.Kohler, L. J.Anthony, S.A.Steighner, M.Hoyson // *Topics in Early Childhood Special Education*. – 2001 . – Vol. 21. – P. 93–103.
315. Kohler F. W. Using a buddy skills package to increase the social interactions between a preschooler with autism and her peers/ F.W.Kohler, C.Greteman, D.Raschke, C.Highnam // *Topics in Early Childhood Special Education*. – 2007. – Vol. 27. – P. 155–163.
316. Kraijer D. Autism and Autistic-like Conditions in Mental Retardation Abingdon/ D.Kraijer. – Swets & Zeitlinger, 1997.– 316 p.
317. Kroeger K. A. A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism / K. A.Kroeger, J.R.Schultz , C. Newsome // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol. 37. – P. 808–817.

318. Krol A. Osoba autystyczna od dzieciństwa do dorosłości // Dziecko autystyczne/ A. Krol. – Warszawa, 2002 – T. X nr 1. – s.74 – 113.
319. Kuhn L. R. Using pivotal response training with peers in special education to facilitate play in two children with autism / L.R.Kuhn , A. E. Bodkin, S.D.Devlin, R. A.Doggett// Education and Training in Developmental Disabilities. – 2008. – Vol. 43. – P. 37–45.
320. Laugeson E.A. Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program / E.A.Laugeson, F.Frankel. A.Gantman, A.R.Dillon et.al. // J Autism Dev Disord. –2012. – Vol.42. – P.1025–1036.
321. LeBlanc L. A. Using video modeling and reinforcement to teach perspective-taking skills to children with autism / L. A.LeBlanc, A. M.Coates, S.Daneshvar, M.H.Charlop-Christy et.al. // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2003. – Vol. 36. – P. 253–257.
322. Lee R. The effects of lag schedules and preferred materials on variable responding in students with autism/ R.Lee, P.Sturmey // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2006. – Vol. 36. – P. 421–428.
323. Lee R. The effects of differential and lag reinforcement schedules on varied verbal responding by individuals with autism / R.Lee, J. J.McComas, J.Jawor // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2002. – Vol. 35. – P.391–402.
324. Lee S. Social engagement with peers and stereotypic behavior of children with autism/ S.Lee, S. L.Odom, R.Loftin // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2007. – Vol. 9. – P. 67–79.
325. LeGoff D.B. Use of LEGO as a therapeutic medium for improving social competence/ D.B.LeGoff // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2004. – Vol. 34. – P. 557–571.
326. LeGoff D. B. Long-term outcome of social skills intervention based on interactive LEGO play / D.B.LeGoff, M. Sherman // Autism. – 2006. – Vol. 10. – P. 317–329.

327. Liber D. B. Using timedelay to improve social play skills with peers for children with autism / D. B.Liber, W. D.Frea., J. B. G. Symon // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 312–323.
328. Locke J. Exploring the social impact of being a typical peer model for included children with autism spectrum disorder/ J.Locke, E. Rotheram-Fuller, C. Kasari // J Autism Dev Disord. – 2012. – Vol. 42. – P.1895–1905.
329. Loftin R. L. Social interaction and repetitive motor behaviors / R. L. Loftin, S. L.Odom, J.F. Lantz // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 1124–1135.
330. Lopata C. Effectiveness of a manualized summer social treatment program for high-functioning children with autism spectrum disorders / C.Lopata, M. L.Thomeer, M.A.Volker, R.E.Nida // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 890–904.
331. Loreman T. Inclusive education: A practical guide to supporting diversity in the classroom / T.Loreman, J.M Deppeler and D.H.P.Harvey. –Sydney: Allen & Unwin, 2005– Chapter 12. – P. 332-374.
332. Lovaas O.I. Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo / O.I.Lovaas. – Warszawa: WSiP, 1993. – 332 s.
333. MacDuff J. L. Using scripts and script-fading procedures to promote bids for joint attention by young children with autism / J. L.MacDuff, R.Ledo, L. E.McClannahan, P. J. Krantz // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2007. – Vol. 1. – P.281–290.
334. Maciarz A. Dziecko niepełnosprawne. Podreczny slownik terminow / A.Maciarz. – Zielona Gora: Wydawnictwo “Verbum”, 1996. – S. 33.
335. Maione L. Effects of video modeling and video feedback on peer-directed social language skills of a child with autism / L.Maione, P. Mirenda // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2006. – Vol. 8. – P. 106– 118.
336. Małgorzata Piętka. Trudne zachowania w osób z autyzmem // Dziecko

- autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu / Małgorzata Piętka. – Warszawa, 2001. – T.9. – № 1 – S. 63 – 81.
337. Maslach C.M. Job burnout: new directions in research and intervention / C.M. Maslach // *Current Directions in Psychological Science*. – 2003. – Vol. 12. – PP. 189–192.
338. Matson J. L. *Applied Behavior Analysis for Children with Autism Spectrum Disorders*/ J. L. Matson, – London, 2009. – 270 p.
339. Meyer L.H. Assessment of social competence (ASC): A scale of social competence functions/ L.H.Meyer, J.Reichle, R.McQuarter, D.Cole et.al. – Minneapolis: University of Minnesota Consortium Institute for the Education of Severely Handicapped Learners, 1985. – 127 p.
340. Mc.Clelland R.J. Central conduction time in childhood autism / R.J.Mc.Clelland, D.G.Eure // *British Journal of Psychiatry*. – 1992. – № 160. – P.659 – 663.
341. McDonald M. E. Increases in social initiation toward an adolescent with autism: Reciprocity effects / M. E.McDonald, N. S.Hemmes // *Research in Developmental Disabilities*. – 2003. – Vol. 24. – P. 456–465.
342. McMahan C.M. Measuring changes in social behavior during a social skills intervention for higher-functioning children and adolescents with autism spectrum disorder/ C.M.McMahan, L.A.Vismara, M. Solomon // *J.Autism Development Disorder*. – 2012. – Vol. 41. – P. 1269–1279.
343. Morrison L. Peer mediation and monitoring strategies to improve initiations and social skills for students with autism / L.Morrison, D.Kamps, J.Garcia, D. Parker // *Journal of Positive Behavior Interventions*. – 2001. – Vol. 3. – P. 237–250.
344. Nelson C. Keys to play: A strategy to increase the social interactions of young children with autism and their typically developing peers/ C.Nelson, A. P.McDonnell, S.S.Johnston, A.Crompton // *Education and Training in Developmental Disabilities*. – 2007. – Vol. 42. – P. 165–181.

345. Nicole Uren. Pretend play, social competence and involvement in children aged 5–7 years: The concurrent validity of the Child-Initiated Pretend Play Assessment/ Nicole Uren and Karen Stagnitti // Australian Occupational Therapy Journal. –2009. – Vol. 56. – P. 33–40.
346. Nikopoulos C. K. Effects of video modeling on social initiations by children with autism / C.K.Nikopoulos, M.Keenan // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2004. – Vol. 37. – P. 93–96.
347. Nikopoulos C. K. Using video modeling to teach complex social sequences to children with autism / C. K.Nikopoulos, M. Keenan // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Vol. 37. – P. 678–693.
348. Ostrovska K. O. The peculiarities of social competence in children with different autistic levels / K. O. Ostrovska // Journal of Education, Culture and Society. – Wroclaw, 2013. – №1. – P.133 – 147.
349. Owen-DeSchryver J. S. Promoting social interactions between students with autism spectrum disorders and their peers in inclusive school settings / J. S.Owen-DeSchryver, E. G.Carr, S. I.Cale, A. Blakeley-Smith // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2008. – Vol. 23. – P. 15–28.
350. Owens G. LEGO therapy and the social use of language programme: An evaluation of two social skills interventions for children with high functioning autism and Asperger syndrome/ G.Owens, Y.Granader, A.Humphrey, S. Baron-Cohen // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 1944–1957.
351. Peeters T. Autismo: dalla teoria alla pratica / T. Peeters. – Roma: Phoenix, 1996. – 212 p.
352. Peeters T. Autism: from Theoretical Understanding to Educational Intervention / T. Peeters. – London, Whurr, 1997. –185 p.
353. Petursdottir A. L. The effects of scripted peer tutoring and programming common stimuli on social interactions of a student with autism spectrum disorder

- / A. L. Petursdottir, J.McComas, K.McMaster, K. Horner // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2007. – Vol. 40. – P. 353–357.
354. Pisula E. Autizm i przywiązanie / E.Pisula. – Gdank: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2003. – 243 s.
355. Rajner A. Można im pomoc / A.Rajner, M.Wroniszewski. – Warszawa: Fundacja SYNAPSIS, 2002. – 304 s.
356. Randall P. Autyzm. Jak pomóc rodzinie/ P.Randall, J.Parker. – Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2001.– 247 s.
357. Rayner C. Video-based intervention for individuals with autism: Key questions that remain unanswered / C.Rayner, C.Denholm, J. Sigafos // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2009. – Vol. 3. – P. 291–303.
358. Reichow B. Development of an evaluative method for determining the strength of research evidence in autism / B.Reichow, F.R.Volkmar, D.V.Cicchetti // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. –Vol. 38. – P. 1311–1318.
359. Rimland B. Infantile autism / B.Rimland. – New-York: Appleton-Century-Crofts, 1964. – 282 p.
360. Ritvo Edward R. Understanding the Nature of Autism and Asperger's Disorder: Forty Years along the Research Trail / R.Edward Ritvo. – London: Jessica Kingsley Publishers, 2005. – 310 p.
361. Rogers I. The Inclusion Revolution / I. Rogers. – Bloomington: Phi Delton Kappa, 1993. – P. 258.
362. Rogers S. J. Interventions that facilitate socialization in children with autism/ S. J. Rogers // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2000. Vol. 30. – P. 399–409.
363. Sansosti F. J. Using computerpresented social stories and video models to increase the social communication skills of children with high-functioning autism spectrum disorders / F. J.Sansosti, K. A. Powell-Smith // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2008. – Vol. 10. – P. 162–178.

364. Sarokoff R.A. Teaching children with autism to engage in conversational exchanges: Script fading with embedded textual stimuli / R.A.Sarokoff, B.A.Taylor, C. L.Poulson // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 2001. – Vol. 34. – P. 81–84.
365. Sawyer L. M. Teaching a child with autism to share among peers in an integrated preschool classroom: Acquisition, maintenance, and social validation / L. M.Sawyer, J. K.Luiselli, J. N.Ricciardi, J. L. Gower // *Education and Treatment of Children*. – 2005. – Vol. 28. – P. 1–10.
366. Scattone D. Enhancing the conversation skills of a boy with Asperger's disorder through Social Stories and video modeling / D. Scattone // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008. – Vol. 38. – P. 395–400.
367. Scheeren A.M. Social interaction style of children and adolescents with high-functioning autism spectrum disorder / A.M.Scheeren, H.M.Koot, S.Begeer // *J Autism Dev Disord*. – 2012. – Vol. 42. – P.2046–2055.
368. Schertz H. H. Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent-mediated developmental model / H. H.Schertz, S. L. Odom // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol. 37. – P. 1562– 1575.
369. Schopler E. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a treatment system/ E.Schopler // *American Psychologist*. – 1987. – Vol.42. – No.4. – P.376 – 389.
370. Schopler E. Cwiczenia edukacyjne dla dzieci autystycznych / E.Schopler, M.Lansing, L.Waters – Gdansk: SPOA, 1994.
371. Schultz R. The social brain in autism: Perspectives from neuropsychology and neuroimaging / In S. O. Moldin & J. L. Rubenstein (Eds.), *Understanding autism: From basic neuroscience to treatment* / R.Schultz , K.Chawarska , F. R. Volkmar. – New York: CRC Press, 2006. – P. 323–348.
372. Shabani D. B. Increasing social initiations in children with autism: Effects of a tactile prompt / D.B.Shabani, R.C.Katz, D. A.Wilder, K.Beauchamp et.al. // *Journal of Applied Behavior Analysis*. – 2002. – Vol. 35. – P. 79–83.

373. Sherer M. Enhancing conversation skills in children with autism via video technology: Which is better, “self” or “other” as a model? / M.Sherer, K. L.Pierce, S.Pardes, K. L. Kisacky et.al. // Behavior Modification. – 2001. – Vol. 25. – P. 140–158.
374. Shopler E. Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children/ E.Shopler, R.Reichler // Journal of Autism and Childhood Schizophrenia. – 1971. –Vol. 1.– P. 87 – 102.
375. Shopler E. Profil Psychedukacyjny PEP-R / E.Shopler, R.Reichler, A.Bashford. – Gdansk, 1995. – 287 s.
376. Shopler E. Techniki nauczania dla rodziców i profesjonalistów / E.Shopler, R.Reichler, M.Lansing. – Gdansk, 1995. – 256 s.
377. Shopler E. The Childhood Autism Rating Scale / E.Shopler, R.Reichler, B.Renner. – Los Angeles, 1988. – 202 s.
378. Simpson A. Embedded video and computer based instruction to improve social skills for students with autism / A.Simpson, J.Langone, K.M.Ayres // Education and Training in Developmental Disabilities. – 2004. – Vol. 39. P. 240–252.
379. Skinner B. F. Verbal Behaviour/ B. F. Skinner. – New York: Appleton Crofts, 1957. – 154 p..
380. Smith C. A scheme to promote social attention and functional language in young children with communication difficulties and autistic spectrum disorder/ C.Smith, S.Goddard, M.Fluck // Educational Psychology in Practice. – 2004. – Vol. 20. – P. 319–333.
381. Spedding S. Teachers as agents of change. In P.J. Foreman (Ed.) Integration and inclusion in action / S. Spedding. – Sydney: Harcourt Australia, 2001, – P..391-429.
382. Strain P.S. Peer social initiations and the modification of social withdrawal: A review and future perspective / P. S.Strain, J. J.Fox // Journal of Pediatric Psychology. – 1981. – Vol. 6. – P. 417–433.

383. Strain P. S. ABA and the development of meaningful social relations for young children with autism/ P. S.Strain, I.Schwartz // Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. – 2001. – Vol. 16. – P. 120–128.
384. Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book by O. Ivar Lovaas, University Park Press, 1981. – 248 p.
385. Thiemann K. S. Social stories, written text cues, and video feedback: Effects on social communication of children with autism / K. S.Thiemann, H. Goldstein // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2001. – Vol. 34. – P. 425–446.
386. Thiemann K. S. Effects of peer tutoring and written text cueing on social communication of school-age children with pervasive developmental disorder / K. S.Thiemann, H. Goldstein // Journal of Speech, Language, and Hearing Research. – 2004. – Vol. 47. – P. 126–144.
387. Vetter H. Language behavior and psychopathology / H.Vetter. – Chicago, 1969.– 102 p.
388. Vismara L. A. Using perseverative interests to elicit joint attention behaviors in young children with autism: Theoretical and clinical implications for understanding motivation / L. A.Vismara, G. L.Lyons // Journal of Positive Behavior Interventions. – 2007. – Vol. 9. – P. 214–228.
389. Volkmar F. R. Autism and pervasive developmental disorders / F. R.Volkmar , C.Lord, A.Bailey , R. T. Schultz // Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. – 2004. – Vol.45. – P. 135–170.
390. Walker A. Czym jest autyzm? // Dziecko autystyczne/ A.Walker. – Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu, 2001. – Vol.9. – № 1. – S. 13 – 22.
391. Walton K.M. Improving social skills in adolescents and adults with autism and severe to profound intellectual disability: A review of the literature / K.M.Walton, B.R.Ingersoll // J Autism Dev Disord. – 2012. – DOI 10.1007/s10803-012-1601-1.

392. Whalen C. Joint attention training for children with autism using behavior modification procedures / C.,Whalen, L.Schreibman // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2003. – Vol. 44. – P. 456–468.
393. White S. W. Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research / S. W.White, K. Keonig, L. Schaill // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2007. – Vol. 37. – P. 1858–1868.
394. Wing L. The diagnosis of autism» // Gillberg C. (ed) diagnosis and treatment of autism / L. Wing, – New York: Plenum Press, 1989. – 156 p..
395. Wing L. Early Childhood autism. 2-nd ed. L., 1976. – 203 p.
396. Wing L. Syndromes of autism and atypical development» // Cohen D., Donnellan A., (eds.). Handbook of autism and pervasive developmental disorders / L.Wing, A.Attwood. New York :Wiley & Sons, 1987. – 105 p.
397. Yvette Dijkhoorn. Czym jest autyzm? // Dziecko autystyczne. / Yvette Dijkhoorn. – Warszawa: Krajowe Towarzystwo Autyzmu, 2001. – Vol.9. – No. 1.– S. 33 – 38.
398. Zercher C. Increasing joint attention, play and language through peer supported play/ C.Zercher, P.Hunt, A.Schuler, J.Webster // Autism. – 2001. – Vol. 5. – P. 374–398.

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ БАТЬКІВ

Ім'я та прізвище дитини _____

Дата народження _____ Вік дитини _____

Адреса

Контактний телефон _____

Причина звернення _____

Очікування

_____*Інформація про сім'ю*

<i>Сім'я</i>	<i>Ім'я та прізвище</i>	<i>Рік народження</i>	<i>Місце праці</i>
Мама			
Тато			
Брати/сестри			

Інші особи, що проживають зі сім'єю			
-------------------------------------	--	--	--

СТРУКТУРА СІМ'Ї:

- повна сім'я
- розведені
- неформальний зв'язок
- діти з попередніх шлюбів
- Інше.....
-

Стан здоров'я членів родини:

Мама.....

.....

Тато.....

.....

Інші члени родини.....

ВАГІТНІСТЬ:

Яка вагітність за порядком?.....

Яка дитина за порядком?.....

Стан здоров'я матері під час вагітності (отруєння, травми, інфекції, наркоз, застосування ліків, обезболюючі препарати).....

Резус-конфлікт:.....

Термін народження: а) передчасні роди; б) вчасні роди;
в) відтерміновані роди.

Роди : а) природні; б) з допомогою;
в) кесарів розтин.

Положення дитини при народженні:

Коли вперше Вас занепокоїв стан дитини?.....

Примітки:

.....

ВЕЛИКА МОТОРИКА

Коли дитина почала:

- сидіти
.....
- повзати
.....
- рачкувати.....
- стояти.....
- ходити.....

	<i>До 3-х років</i>		<i>Після 3-х років</i>	
	так	ні	так	ні
Чи дитина може самостійно долати перешкоди?	так	ні	так	ні
Чи копає м'яч?	так	ні	так	ні
Чи скаче на двох ногах?	так	ні	так	ні
Чи скаче на одній нозі?	так	ні	так	ні
Чи любить лазити, наприклад, по сходах?	так	ні	так	ні
Чи є прояви надрухливості (гіперактивності)?	так	ні	так	ні
Коли тримають дитину на руках вона слабка, безсила, негнучка, (так, ніби важка)	так	ні	так	ні

Примітки:

.....

ДРІБНА МОТРИКА

	<i>До 3-х років</i>		<i>Після 3-х років</i>	
	так	ні	так	ні
Чи дитина маніпулює малими, дрібним предметами?	так	ні	так	ні
Ліпить із пластиліну?	так	ні	так	ні
Малює?	так	ні	так	ні

Примітки:

.....

РОЗВИТОК МОВИ

Плач важко інтерпретувати	так	ні
Обмежене або незвичне гуління (вереск, крики)	так	ні
Не використовує слова згідно їх призначення	так	ні
Відсутня імітація звуків	так	ні
Вживає займенник „Я”	так	ні
Ехолалія (автоматичне повторювання слів чи фраз співбесідника)	так	ні
Плач важко інтерпретувати	так	ні

ПАСИВНА МОВА

Чи розуміє прості вказівки (принеси ручку)	так	ні
Чи розуміє складні вказівки (піді в кімнату, візьми ручку і поклади її у сумку)	Так	ні
Чи реагує на розмови оточуючих	Так	ні

НЕВЕРБАЛЬНА КОМУНІКАЦІЯ

Чи використовує дитина Вашу руку, коли хоче щось отримати, дістати, зробити, показати	так	ні
Чи киває головою на „Так” і „Ні”	Так	ні
Чи використовує в розмові жести, міміку	Так	ні

Коли дитина почала говорити?

Примітки:

.....

СОН

Чи були колись проблеми зі сном?	так	ні
Чи засинає самостійно?	так	ні
Чи є якісь ритуали пов'язані зі сном?	так	ні
Чи прокидається дитина вночі (для чого)?	так	ні
Чи буває дитина сонною протягом дня?	так	ні

Тривалість сну протягом дня.....

Чи вживає дитина заспокійливі, снодійні?

Примітки:

.....

ХАРЧУВАННЯ

Чи мала дитина колись розлади харчування?.....

	<i>До 3-х років</i>		<i>Після 3-х років</i>	
	так	ні	так	ні
Проблеми з апетитом	так	ні	так	ні
Чи є проблеми із жуванням їжі?	так	ні	так	ні
Чи домагається дитина солодоців?	так	ні	так	ні
Чи домагається дитина картоплі?	так	ні	так	ні
Чи домагається дитина хліба?	так	ні	так	ні
Чи домагається дитина молока (в будь-якому вигляді)?	так	ні	так	ні
Чи були проблеми із включенням нових страв у раціон харчування дитини	так	ні	так	ні

Переваги в їжі (до 3-х років):

любить.....

не любить.....

Переваги в їжі (на даний момент):

любить.....

не любить.....

Примітки:

.....

САМООБСЛУГОВУВАННЯ

Самостійно їсть	так	ні
Самостійно вбирається	так	ні
Самостійно розбирається	так	ні
Самостійно обслуговує себе в туалеті	так	ні

Самостійно купається, миє зуби	так	ні
--------------------------------	-----	----

Примітки:

.....

СЕНСОРНІ ПОРУШЕННЯ

ЗІР				
	до 3-х років		після 3-х років	
Затуляє очі руками				
Часто мружиться	так	ні	так	Ні
Махає руками перед очима	так	ні	так	Ні
Крутить предметами перед очима	так	ні	так	Ні
СЛУХ				
Реагує на звукові подразники	так	ні	так	Ні
Повертається в напрямі джерела звуку	так	ні	так	ні
Затуляє вуха (притискає вуха), коли чує голосні звуки	так	ні	так	ні
Прислухається до різних звуків (машина за вікном, трамвай...)	так	ні	так	ні
Любить специфічні звуки	так	ні	так	ні

НЮХ

Чи ваша дитина уникає певних запахів (яких?), чи, навпаки, любить принюхуватися до якихось запахів?

СМАК

Чи проявляє відразу або надмірну прив'язаність до конкретної їжі?

.....

Зоровий контакт (утримує контакт чи дивиться "наскрізь"?).

.....

Фізичний контакт (обійми, притуляння)

.....

Чи орієнтується в схемі власного тіла (показує частини свого тіла).....

..... 451

ДОЛОНІ				
	до 3-х років		після 3-х років	
Дає вдягати рукавички	так	ні	так	ні
Подобається масаж рук, потискування	так	ні	так	ні
СТОПИ				
Ходить боса по підлозі	так	ні	так	ні
Чи дає вдягнути шкарпетки?	так	ні	так	ні
Ходить на пальчиках	так	ні	так	ні
ПОВЕРХНЯ ЦІЛОГО ТІЛА				
Подобається притулятися, притискатися (йдеться не лише про обійми, але й предмети, наприклад, міцно втискається в крісло...)	так	ні	так	ні
Уникає обіймів	так	ні	так	ні
Подобається масажі, поглажування	так	ні	так	ні
ГОЛОВА/ОБЛИЧЧЯ				
Чи дає обстригати волосся?	так	ні	так	ні
Чи носить шапку (тобто, чи дає собі вдягнути її на голову)	так	ні	так	ні
Кричить (утікає), коли гладять чи торкаються голови, обличчя	так	ні	так	ні
ГУБИ/РОТОВА ПОРОЖНИНА				
Кусає губи	так	ні	так	ні
Притискає губи руками	так	ні	так	ні
Бере предмети до рота	так	ні	так	ні

Примітки:

.....

ГРА/СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ

Якою була гра дитини (до 3-х років).....

Як забавляється дитина (на даний момент).....

Бавиться іграшками згідно їх призначення	так	ні
Гра проста та однотипна	так	ні
Бавиться кубиками, конструкторами	так	ні
Бавиться «на ніби» (ніби п'є з дитячого горнятка, в якому насправді нема нічого, гра "Дочки-Матері")	так	ні
Бавиться в тематичні ігри?	так	ні
Чи розуміє правила гри?	так	ні
Чи складає свої речі після гри?	так	ні
Чи любить слухати казки?	так	ні
Чи дивиться телевізор?	так	ні
Чи є проблеми з концентрацією уваги?	так	ні
У перші місяці життя повертає голову і очі на звук, «проситься» на руки	так	ні
Проявляє інтерес до оточуючих	так	ні
Нав'язує контакти з ровесниками	так	ні

Улюблена гра дитини.....

ЕМОЦІЇ

Домінуючий настрій дитини.....

Чи часто дитина роздратована?.....

Чи має дитина раптові напади злості?.....

Чи трапляються дитині раптові напади крику?.....

Чи має дитина раптові напади плачу?.....

Адекватність емоцій.....

Чи часто в дитині змінюється настрій протягом дня?.....

так / ні

Чи має дитина почуття гумору?.....так / ні

Чи виявляє емпатію?.....так / ні

АГРЕСІЯ/ АВТОАГРЕСІЯ

Чи помічали Ви прояви дитячої агресивної поведінки? У чому це виявлялося? (до 3-х років)...

.....

Чи простежується в дитини агресивна поведінка? У чому це виявляється? (на даний момент).....

Чи простежується в дитини автоагресія? (до 3-х років).....

Чи простежується в дитини автоагресія? (зараз).....

.....

СТЕРЕОТИПИ

Чи помічали Ви прояви стереотипної поведінки? Яка це поведінка? (до 3-х років).....

Чи простежуються в дитини прояви стереотипної поведінки? Яка це поведінка? (зараз).....

Форма № Н - 3.04
Затверджено наказом МОН України
Від «__» __ 20__ р. №

Львівський національний університет імені Івана Франка
Філософський факультет
Кафедра психології

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор

з науково-педагогічної роботи

“_____” _____ 20__ р.

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Аутизм: проблеми психологічної допомоги

(шифр і назва навчальної дисципліни)

галузі знань _____ 0301 _____

(шифр і назва галузі знань)

напряму підготовки _____ 6. 030102 _____

(шифр і назва напряму підготовки)

для спеціальності (тей) _____ психологія _____

(шифр і назва спеціальності (тей))

спеціалізації _____

(назва спеціалізації)

факультету _____ філософський факультет, відділення психології _____

(назва факультету)

Кредитно-модульна система
організації навчального процесу

Львів – 2010

Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Робоча програма навчальної дисципліни для студентів за напрямом підготовки 6.030102 – психологія, спеціальністю – психологія. – Львівський національний університет імені Івана Франка.– 2010.– 20 с.

Розробники: Островська Катерина Олексіївна, канд.психол.наук, доцент кафедри психології

Робоча програма затверджена на засіданні кафедри психології

Протокол №22 від 02.07.2010 р.

Завідувач кафедрою _____ С.Л.Грабовська
 _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)
 “ _____ ” _____ 20__ р

Схвалено методичною комісією за напрямом підготовки
 (спеціальністю) _____
 _____ (шифр, назва)

Протокол № 124/7 від. 02.07. 2010 р.

Голова _____ В.П.Мельник
 _____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)
 “ _____ ” _____ 2010 р.

**1. Опис навчальної дисципліни
 (Витяг з програми навчальної дисципліни “Аутизм: проблеми психологічної допомоги”)**

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни	
		денна форма навчання	заочна форма навчання
Кількість кредитів – 2,5	Галузь знань 0301 – соціально-політичні науки (шифр, назва)	Нормативна (за вибором студента)	
Модулів – 1	Напрямок 6.030102 - психологія (шифр, назва)	Рік підготовки:	
Змістових модулів – 2	Спеціальність (професійне	4-й	-й
Курсова робота –		Семестр	

Загальна кількість годин - 90	спрямування)	8-й	-й
		<i>Лекції</i>	
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 4 самостійної роботи студента - 5	Освітньо-кваліфікаційний рівень: бакалавр	20 год.	год.
		<i>Практичні, семінарські</i>	
		20 год.	год.
		<i>Лабораторні</i>	
		год.	год.
		<i>Самостійна робота</i>	
		50 год.	год.
		ІНДЗ:	
		Вид контролю: Іспит (8год.)	

2. Мета та завдання навчальної дисципліни

Розлади спектру аутизму (РСА) – це відхилення в психічному розвитку дитини, основним проявом якого є порушення спілкування дитини з оточуючим світом. Причини виникнення аутизму різноманітні.

Української статистики з РСА поки що не існує. В інших країнах частота РСА оцінюється від 5 до 15-20 на 10 тис. дитячого населення. За частотою РСА знаходиться на 4-му місці серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології у дітей після розумової відсталості, епілепсії та дитячого церебрального паралічу.

Актуальність проблеми РСА обумовлена не тільки високою частотою даної патології розвитку, але й великим процентом інвалідів дитинства. Як показує вітчизняний та зарубіжний досвід, рання діагностика, тривала комплексна адекватна медико-психолого-педагогічна корекція дають можливість більшості аутичних дітей навчатись у школі, нерідко проявляючи обдарованість в окремих сферах знань та мистецтва.

Для проведення ефективної роботи з навчання та виховання дитини з РСА необхідне формування відповідних медико-психолого-педагогічних знань у майбутніх спеціалістів (психологів, педагогів) загальноосвітніх та спеціальних (корекційних) закладів.

Метою даного курсу є ознайомлення студентів з медико-психологічними концепціями аутизму, різними формами психологічної, соціальної допомоги аутичним дітям та їх родинам, а також формування психолого-діагностичних навичок у дослідженні аутичних дітей.

Завдання – навчити студентів визначати види загальних розладів та підбору оптимальних умов психологічної корекції та соціальної реабілітації, які адекватно враховують всі особливості розвитку дитини з обмеженими можливостями і максимально сприяє подоланню наявних у неї порушень.

В результаті вивчення даного курсу студент повинен

знати:

- підходи держави і суспільства до організації психолого-педагогічної допомоги дітям, які мають загальні розлади розвитку,
- особливості і закономірності розвитку різних категорій осіб з психофізичними вадами (глухих, сліпих, розумово відсталих, з порушеннями мовлення, емоційно-вольової сфери, соціальної поведінки, опорно-рухового апарату);
- комплексні діагностичні обстеження дітей та комплектуванням освітніх установ для них;

вміти:

- провести діагностику відхилення у розвитку і підібрати адекватні засоби їх корекції;
- проводити моніторинг психофізичного і соціального розвитку дітей з аутизмом та вживати міри для виправлення порушень.

В межах занять детально обговорюватимуться окремі діагностичні критерії, а також буде представлений процес діагностики родини аутичної дитини. Будуть подані різноманітні методи психотерапевтичної взаємодії. Розглядатимуться проблеми навчання аутичних дітей.

3. Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 1.

Лекційні заняття

Тема 1. Вступ до курсу.

План

1. Предмет, мета та завдання курсу.
2. Місце аутизму в класифікації психічного дизонтогенезу особистості.
3. Діагностичні критерії дитячого аутизму.

Контрольні запитання та завдання

1. Що є предметом курсу «Дитячий аутизм: проблеми психологічної допомоги» та які його основні завдання?
2. Поєднання яких особливостей раннього розвитку дитини може бути загрозою формування аутистичного дизонтогенезу?
3. Розкрийте зміст поняття “спотворений розвиток”. Які його найбільш ранні прояви?
4. Охарактеризуйте дослідницькі діагностичні критерії раннього дитячого аутизму за класифікацією психічних і поведінкових розладів.

Література

1. Баенская Е.Р. Ранние этапы аффективного развития в норме и патологии: Учебное пособие. – Москва: Изд-во УРАО, 2001.
2. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
3. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссариями) / Сост. Дж.Э.Куппер; Под ред. Дж.Э.Куппера / Пер. с англ. Д.Полтавца – К.: Сфера, 2000.
4. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под общей ред. Циркина С.Ю. – Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2000.

Тема 2. Огляд медико-психологічних концепцій стосовно причин дитячого аутизму.

План

1. Біологічні теорії аутичних розладів.
2. Аутизм в етологічних концепціях.
3. Психоаналітичні концепції аутизму.
4. Психологічні уявлення про аутичну характерологію дитини.

Контрольні запитання та завдання

1. В чому полягає зміст біологічної теорії аутичних розладів?
2. Які біологічні механізми формування прив'язаності?
3. Охарактеризуйте концепцію Н. Тінбергена.
4. Як відбувалась еволюція поглядів на тему ролі батьків в генезисі раннього дитячого аутизму?

Література

1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
2. Bobkowicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii. – Krakow, 2000.– S.133-138.
3. Pisula E. Autyzm u dzieci: diagnoza, klasyfikacja, etiologia. – Warszawa, 2001. PWN.
4. Randall P., Parker J. Autyzm: jak pomoc rodzinie. – Gdansk, 2002.

Тема 3. Соціально-психологічна характеристика дітей з аутизмом.

План

1. Соціальне життя аутичних дітей.
2. Комунікація аутичних дітей.
3. Загальна характеристика поведінки аутичних дітей. Способи аутичного захисту.

Контрольні запитання та завдання

1. Яка специфіка соціального функціонування аутичних дітей?
2. Охарактеризуйте специфічні особливості мовлення аутичних дітей.
3. У чому полягає особливість невербального спілкування дітей-аутистів?
4. Які типи аутичної поведінки ви знаєте?
5. Зробіть порівняльний аналіз між класифікаціями Л.Івз та К.С.Лебедінської, О.С.Нікольської?

Література

1. Дети с нарушениями общения: Ранний дет. аутизм / К.С.Лебединская, О.С.Никольская, Е.Р. Баенская и др. – Москва, 1989.
2. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
3. Bobkowicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii. – Krakow, 2000.– S.133-138.
4. Pisula E. Autyzm u dzieci: diagnoza, klasyfikacja, etiologia. – Warszawa, 2001. PWN.

Тема 4. Проблеми психологічної діагностики аутичних дітей.

План

1. Інтелект.
2. Здібності.
1. Увага.

Контрольні запитання та завдання

1. Які проблеми виникають при оцінюванні рівня інтелектуального розвитку аутичної дитини?
2. Які здібності притаманні аутичним дітям?
3. Яким чином розлади уваги аутичних дітей впливають на їх здатність до навчання?

Література

1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель

- Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – Москва, «ТЕРЕВИНФ», 1997.
3. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. – Москва: ВЛАДОС, 2002.
4. Pisula E. Autyzm u dzieci: diagnoza, klasyfikacja, etiologia. – Warszawa, 2001. PWN.

Тема 5. Психосоціальний розвиток аутичної особистості.

План

1. Стадія немовляти та раннє дитинство. Дошкільний період.
2. Шкільний вік. Юність та вік дорослості.
3. Прогнози розвитку.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте порівняльну характеристику розвитку здорової та аутичної дитини на стадії немовляти та раннього дитинства.
2. Як відбувається психічний розвиток аутичної дитини в дошкільному віці?
3. Охарактеризуйте умови продуктивного розвитку аутичної дитини в шкільний період життя.
2. Які чинники зумовлюють погіршення розвитку аутиста юнацького віку?
3. Охарактеризуйте відмінності між дорослими з рисами аутизму та розумово неповносправними.

Література

1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – Москва: МГУ, 1980.
3. Pisula E. Autyzm u dzieci: diagnoza, klasyfikacja, etiologia. – Warszawa, 2001. PWN.
4. Randall P., Parker J. Autyzm: jak pomoc rodzinie. – Gdansk, 2002.

Змістовий модуль 2.

Тема 6. Розлади сприймання та інтеграції сенсорних подразників аутичних дітей.

План

1. Особливості сенсорних розладів аутичних дітей.
2. Концепція Карла Делякато.
3. Організація перцептивної інформації у підлітків та юнаків, які страждають на аутизм.

Контрольні запитання та завдання

1. Опишіть деякі поведінкові реакції аутистів на зовнішні подразники.
2. Який взаємозв'язок “дивної” поведінки аутичних дітей з їх сенсорними розладами?
3. Яке стильове співвідношення характерне для перцептивних процесів аутичних підлітків та юнаків?

Література

1. Dziecko Autystyczne. Т.Х, nr1 – Warszawa, 2002.
2. Randall P., Parker J. Autyzm: jak pomoc rodzinie. – Gdansk, 2002.

Тема 7. Основні завдання психотерапевтичної взаємодії з аутичними дітьми.

План

1. Вимоги до психолога при роботі з аутичними дітьми.
2. Огляд ефективних форм психотерапії аутичних дітей.

Контрольні запитання та завдання

1. Охарактеризуйте основні засади недирективних форм психотерапевтичної взаємодії з аутичними дітьми.
2. В чому полягає холдінг терапія аутичних дітей? Які її позитивні та негативні сторони?
3. Опишіть техніки, які застосовуються в терапії сенсорних розладів.
4. Яка основна мета методу “Доброго старту” – одного з методів психомоторної терапії?
5. Назвіть основні положення методу “Розвивального руху”.

Література

1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
2. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. – Москва: Теревинф, 2003.
3. Навчання учнів з важкими розумовими вадами. Посібник для учителів / Перекл. з польськ. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2001.
4. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації // Перекл. з англ. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2002.
5. Bobkowicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii. – Krakow, 2000.– S.133-138.

Тема 8. Застосування поведінкової психотерапії аутичних дітей для формування навичок побутової адаптації.

План

1. Основні принципи поведінкової психотерапії при роботі з аутичними дітьми.
2. Редукція небажаної поведінки за допомогою технік біхевіоральної психотерапії.
3. Модель ТЕАССН (Лікування і навчання дітей, які страждають аутизмом і розладами спілкування) як програма комплексної допомоги аутичним дітям.

Контрольні запитання та завдання

1. На який аспект поведінкової терапії ставиться акцент при роботі з аутичними дітьми?
2. Яка поведінка аутичних дітей вважається небажаною? Опишіть методи виключення “time-out” та гіперкорекції.
3. Яким чином застосування програми ТЕАССН може допомогти у вирішенні проблеми адаптації аутичних дітей?

Література

1. Федоров А.П. Когнитивно- поведенческая психотерапия. – Санкт-Петербург: Питер, 2002.
2. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
3. Bobkowicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii. – Krakow, 2000.– S.133-138.

Тема 9. Психологічна підготовка до навчання дітей з раннім дитячим аутизмом.

План

1. Психологічні проблеми навчання аутичних дітей.
2. Зміст індивідуалізованого навчального плану.
3. Особливості організації процесу навчання аутичної дитини.

Контрольні запитання та завдання

1. З чим пов'язані найбільші труднощі аутичної дитини у навчанні?
2. Опишіть основні етапи створення індивідуалізованого навчального плану.
3. Як організувати підтримку аутичних дітей під час навчання в школі?

Література

1. Данієлс Е., Стаффорд К. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів. – Львів: Товариство “Надія”, 2002.
2. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. – 1995.– №2. – С.8-17.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – Москва, «ТЕРЕВИНФ», 1997.
4. Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. – Минск: БелАПДИ, 1997.

4. Структура навчальної дисципліни

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин									
	Усього	л	п	лаб	інд	сп				
Модуль 1										
Змістовий модуль 1.										
Тема 1. Вступ до курсу	9	2	2			5				
Тема 2. Методи спеціальної психології.	9	2	2			5				
Тема 3. Причини порушень у розвитку.	9	2	2			5				
Тема 4 Проблеми психологічної діагностики	9	2	2			5				
Тема 5 Психосоціальний розвиток	9	2	2			5				
Разом – зм. модуль 1	45	10	10			25				
Змістовий модуль 2.										
Тема 6. Розлади сенсорних подразників	18	4	4			10				
Тема 7 Основні завдання психотерапевтичної взаємодії	9	2	2			5				
Тема 8. Застосування поведінкової психотерапії	9	2	2			5				

Тема 9 Психологічна підготовка	9	2	2			5							
Разом – зм. модуль 2	45	10	10			25							
Усього годин	90	20	20			50							
Модуль 2													
<i>Курсова робота</i>	Немає		-	-		-			-	-	-		
Усього годин													

5. Теми семінарських занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Спеціальна психологія, її предмет, завдання	2
2	Методи спеціальної психології	2
3	Причини порушень у розвитку	2
4	Класифікація відхилень у розвитку.	2
5	Сутність феномену порушеного розвитку, його структура та властивості	2
6	Механізми формування системних відхилень в дизонтогенезі	2
7	Компенсація, корекція, реабілітація, габілітація як категорії спеціальної психології.	2
	Разом	14

5. Теми практичних занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Практична робота № 1. Тема: Дослідження комплексу розладів спілкування дитини та їх зв'язок з аутизмом за опитувальником СНАТ.	2
2	Практична робота № 2. Тема: Засади проведення початкового обстеження. Психологічне обстеження дитини за схемою Шоплера. Аналіз поведінки дитини та праці психотерапевта під час психологічного обстеження »	2
3	Практична робота № 3. Тема: Соціально-психологічна характеристика сім'ї з аутичною дитиною. Особливості спілкування психолога з батьками про проблеми аутичної дитини. Способи подання інформації батькам про наявні у дитини розлади.	2
4	Практична робота № 4. Тема: Психолого-педагогічні засади проведення інтерв'ю з батьками аутичної дитини	2
5	Практична робота № 5. Тема: Соціально-психологічна підготовка батьків до роботи з аутичною дитиною.	2
6	Практична робота № 6. Тема: Психологічний профіль	2

	інтелектуальних здібностей аутичних дітей.	
7	Практична робота № 7. Тема: Корекція емоційних розладів аутичних дітей. Налагодження емоційного контакту з дитиною. Корекція страхів та агресивних проявів у аутичних дітей.	2
8	Практична робота № 8. Тема Планування психотерапевтом допомоги аутичній дитині та її сім'ї. Налагодження співпраці психолога з медичними та педагогічними працівниками	2
9	Практична робота № 9. Тема З'ясування результатів ефективності індивідуальної психотерапії аутичних дітей.	2
	Разом	20

Тема 1. Дослідження комплексу розладів розвитку дитини та їх зв'язок з аутизмом за опитувальником СНАТ.

Література

1. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.– С.25-33.
2. Bobkowicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii. – Krakow, 2000.– S.130-133.

Тема 2. Засади проведення початкового обстеження. Психологічне обстеження дитини за схемою Шоплера. Аналіз поведінки дитини та праці психотерапевта під час психологічного обстеження.

Література

1. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – Москва: Просвещение, 1991.
2. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – Москва, 2000. – С.131-158.
3. Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. – Минск: БелАПДИ, 1997.

Тема 3. Соціально-психологічна характеристика сім'ї з аутичною дитиною. Особливості спілкування психолога з батьками про проблеми аутичної дитини. Способи подання інформації батькам про наявні у дитини розлади.

Література

1. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – Москва, 2000. – С.133-138.
2. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – Санкт-Петербург, 2002.– С.110-119.
3. Dziecko autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu. – Warszawa, 2001.- S.99-107.

Тема 4. Психолого-педагогічні засади проведення інтерв'ю з батьками аутичної дитини.

Література

1. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – Москва, 2000. – С.153-157.
2. Dziecko autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu. – Warszawa, 2001.- S.33-39.

Тема 5. Соціально-психологічна підготовка батьків до роботи з аутичною дитиною.

Література

1. Kaufman B.N. Przebudzenie naszego syna. Zwyistwo milosci nad choroba. – Warszawa: Fundacja “Synapsis”, 1994.
2. Kaufman B.N. Uwierzyc w cud. – Warszawa: Fundacja “Synapsis”, 1995.
3. Rodzenstwo osob niepełnosprawnych. // Swiatlo i cienie.– N2.- 1996.

Тема 6. Психологічний профіль інтелектуальних здібностей аутичних дітей.

Література

1. Pisula Ewa. Autyzm u dzieci.– Warszawa, 2001.– S.58-60.
2. Bobkowicz-Lewartowska L. Autyzm dziecięcy: zagadnienia diagnozy i terapii. – Krakow, 2000.– S.133-138.

Тема 7. Корекція емоційних розладів аутичних дітей. Налагодження емоційного контакту з дитиною. Корекція страхів та агресивних проявів у аутичних дітей.

Література

1. Лебединский В.В., Никольская О.С. и др.. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – Москва: МГУ, 1990. – С.76-162.
2. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – Москва, 2000. – С.140-163.

Тема 8. Планування психотерапевтом допомоги аутичній дитині та її сім'ї. Налагодження співпраці психолога з медичними та педагогічними працівниками.

Література

1. Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. – Минск: БелАПДИ, 1997.
2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – Москва: Теревинф, 1997.
3. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. – Санкт-Петербург: ИСПиП, 1985.

Тема 9. З'ясування результатів ефективності індивідуальної психотерапії аутичних дітей.

Література

1. Dziecko autystyczne. Krajowe Towarzystwo Autyzmu. – Warszawa, 2001.- S.56-63.
2. Kaufman B.N. Przebudzenie naszego syna. Zwyistwo milosci nad choroba. – Warszawa: Fundacja “Synapsis”, 1994.
3. Kaufman B.N. Uwierzyc w cud. – Warszawa: Fundacja “Synapsis”, 1995.

7. Теми лабораторних занять

8. Самостійна робота – 50 год.

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Види розладів розвитку дитини та їх зв'язок з аутизмом за опитувальником СНАТ	5
2	Соціально-психологічна підготовка батьків до роботи з аутичною дитиною.	5
3	Психологічний профіль інтелектуальних здібностей аутичних дітей.	10
4	Підготовка, проведення обстеження дитини та складання індивідуальної програми розвитку	30

Разом	50
-------	----

Завдання до самостійної роботи:

- 1) підготовка до семінарських занять;
- 2) опрацювання та інтерпретація результатів практичних робіт;
- 3) реферування наукової літератури за темами лекційних. Семінарських та практичних занять;

Протягом вивчення курсу “Аутизм: проблеми психологічної допомоги” студенти відвідують конкретних аутичних дітей та їх родини різного віку та різного типу складності захворювання. Вони ознайомлюються з основними методами діагностування, набувають навички практичної роботи з аутичними дітьми.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ ПІДСУМКОВОЇ РОБОТИ

Підсумком вивчення курсу є написання студентами проекту програми психотерапевтичної допомоги аутичній дитині та її родині.

Орієнтовний план підсумкової роботи

1. *Результати діагностування:*
 - а) прояви аутизму (спираючись на критерії аутизму МКХ-10);
 - б) функціонування дитини в різноманітних сферах розвитку.
2. *Програма психотерапевтичної допомоги аутичній дитині та її родині.*

Програма складається з двох частин. Перша частина повинна включати короткий опис проведеної раніше психокорекційної роботи з дитиною (матеріал для цієї частини, як правило, одержують з розповідей батьків про перебіг хвороби дитини). Іншими словами, у цій частині накреслюється загальна картина стану аутичної дитини на час її знайомства з групою студентів.

Друга частина програми містить перелік психокорекційних заходів, запропонованих студентами. Програма повинна відповідати потребам аутичної дитини та її родини, враховувати різні напрямки і форми праці, яка планується не тільки на найближчий час, але й в часовій перспективі.

9. Індивідуальне навчально - дослідне завдання

Не передбачене

10. Методи контролю

Оцінювання семінарських занять. За одне семінарське заняття студент може максимально отримати 1 бал (див. табл. 1).

Таблиця 1.

Розподіл балів за семінарські заняття

Вимоги	Бали
Повна відповідь, не заглядаючи у конспект (підручник)	1
Повна відповідь, заглядаючи у конспект (підручник); неповна відповідь; доповнення	0,5
Неправильна відповідь	0

Максимально за семінарські заняття студенти упродовж семестру можуть отримати **7 балів**.

Оцінювання практичних занять. Студенти виконують шість практичних робіт. За практичні роботи студенти можуть максимально у сумі отримати 5 балів. Студенти повинні виконати 2 практичні роботи і взяти активну участь хоча б у одній практичній роботі. Розподіл балів див. у табл. 2.

Таблиця 2.

Розподіл балів за практичні роботи.

Вимоги	Бали
Активна участь у практичній роботі, успішне виконання, правильна інтерпретація, акуратне оформлення	2
Участь у практичній роботі, успішне виконання, помилка при інтерпретації (або недбале оформлення)	1
Нездача практичної роботи; відсутність на занятті	0

Максимально за практичні роботи упродовж семестру можна отримати **16 балів**.

Оцінювання змістових модулів. Тести складаються з питань відповідних тем. До кожної теми пропонується по 10 тестових питань; правильна відповідь за кожне тестове питання оцінюється 1-м балом. У підсумку за семестр студенти за тестові завдання можуть максимально отримати 20 балів. Модулі складають у модульний тиждень під час семінарських занять викладачеві, який проводить заняття.

Оцінювання реферування наукової літератури. Реферування наукової літератури полягає у тому, що студенти опрацьовують наукову літературу до кожної із 7-ми тем. Конспекти навчальної літератури не зараховуються. Обсяг одного джерела – дві сторінки учнівського зошита у клітинку без пропуску рядків (див. табл. 3). Самостійна робота літературними джерелами приймається лише у модульному тижні. Максимально за реферування літератури упродовж семестру можна отримати **7 балів**.

Таблиця 3

Розподіл балів за роботу з літературними джерелами

Модуль	Сумарна кількість опрацьованих джерел за модуль	бали
I	Від 11 до 12	3
	Від 9 до 10	2,5
	Від 7 до 8	2
	Від 5 до 6	1,5
	Від 3 до 4	1
	Від 1 до 2	0,5
	0	0
II	Від 14 до 16	4
	Від 12 до 13	3,5
	Від 10 до 11	3
	Від 8 до 10	2,5
	Від 6 до 7	2
	Від 4 до 5	1,5
	Від 2 до 3	1
	1	0,5

	0	0
--	---	---

11. Розподіл балів, що присвоюється студентам

Розподілу балів, які отримують студенти (для екзамену)

Поточне тестування та самостійна робота							Підсумковий тест (екзамен)	Сума
Змістовий модуль 1			Змістовий модуль 2				50	100
T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7		
7	7	8	7	7	7	7		

T1, T2 ... T12 – теми змістових модулів

Оцінювання знань студента здійснюється за 100-бальною шкалою (для екзаменів і заліків).

- максимальна кількість балів при оцінюванні знань студентів з дисципліни, яка завершується екзаменом, становить за поточну успішність 50 балів, на екзамені – 50 балів;
- при оформленні документів за екзаменаційну сесію використовується таблиця відповідності оцінювання знань студентів за різними системами.

Шкала оцінювання: Університету, національна та ECTS

Оцінка в балах	Оцінка ECTS	Визначення	За національною шкалою	
			Екзаменаційна оцінка, оцінка з диференційованого заліку	Залік
90 – 100	A	<i>Відмінно</i>	<i>Відмінно</i>	Зараховано
81-89	B	<i>Дуже добре</i>	<i>Добре</i>	
71-80	C	<i>Добре</i>		
61-70	D	<i>Задовільно</i>	<i>Задовільно</i>	
51-60	E	<i>Достатньо</i>		

Протягом семестру проводиться не менше двох модулів або колоквиумів чи контрольних робіт або інших видів контролю. Максимальна кількість балів, яка встановлюється для цих видів контролю, а також відповідність оцінок FX та F у шкалі ECTS, у балах та національній шкалі визначається Вченими радами факультетів або кафедрами, які забезпечують викладання відповідних дисциплін.

12. Методичне забезпечення

1. *Островська К. О., Химко М. Б.* Методичні рекомендації для проведення практичних занять з курсу «Загальні розлади розвитку: проблеми психологічної допомоги». – Львів, Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 38 с.
2. *Островська К. О., Химко М. Б.* Методичний посібник для проведення практичних занять з

курсу «Загальні розлади розвитку: проблеми психологічної допомоги». – Львів, Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 40 с.

3. *Островська К. О.* Загальні розлади розвитку: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник (рекомендовано МОН України для використання у вузах, протокол № ___ від 2008 р.) – Львів, Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2009. – 110 с.

13. Рекомендована література

Основна література:

4. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей. – Київ, 2009. – 382 с.
5. Детский аутизм. Хрестоматия: Учебное пособие для студентов высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Составитель Л.М.Шипицина. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Дидактика Плюс» – 2001.
6. Дети с нарушениями развития. Хрестоматия. Учебное пособие для студентов и слушателей спец. факультетов / Сост. В.М.Астапов. – Москва: Международная педагогическая академия, 1995.
3. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Москва: Медицина, 1979.
5. Каган В.Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье. – Санкт-Петербург: Фолиант, 1996.
6. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. – Москва: Просвещение, 1991.
7. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. – Москва: Просвещение, 1989.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – Москва: МГУ, 1980.
9. Лебединский В.В., Никольская О.С. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – Москва: МГУ, 1990.
10. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. – Москва: ВЛАДОС, 2002.

Додаткова література

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика).– Москва: Медицина, 1989.
2. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Альманах «Исцеление».– Москва, 1993.
3. Башина В.М., Козлова И.А., Ястребов В.С. и др. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации.– Москва, 1989.
4. Башина В.М., Симашкова Н.В. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом // Альманах «Исцеление». – Москва, 1993.
5. Вроно М.Ш. О раннем детском аутизме (синдром Каннера) // Педиатрия.– №7, 1976.
6. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. – Санкт-Петербург, 1998.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста.– Москва: Медицина, 1979.
8. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – Москва, 1985.
9. Куперник К.Н. Детский аутизм: ведущее поражение // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – №10.- 1972.
10. Лебединская К.С. Нарушения эмоционального развития как клинично-дефектологическая проблема. Дисс. на соиск. уч. ст. д-ра психол. наук в форме научного доклада.– Москва: НИИ дефектологи РАО, 1992.
11. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология, 1995.
12. Лисина М.И., Запорожец А.В. Развитие общения у дошкольников. – Москва, 1974.
13. Никольская О.С. К типологии раннего детского аутизма // Невропат. и психиатр. – №10.– 1987.
14. Ранний детский аутизм: Сб. научн. трудов / Под ред. Т.А. Власовой, В.В.Лебединского, К.С.Лебединской.– Москва, 1981.
15. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. – Москва: МГУ, 1948.

16. Спиваковская А.С. Нарушения игровой деятельности. – Москва, МГУ, 1980.
17. Хильда де Клерк. Мама, это человек или животное? Об аутизме. – Санкт-Петербург: ИСПиП, 2001.
18. Zablocki K. Mozgowe porazenia dzieci w teorii i terapii. – Warszawa, 1998.

Програма
циклу семінар-тренінгів
" Психолого-педагогічна допомога аутичній дитині"

Мета програми: ознайомлення слухачів з медико-психологічними концепціями аутизму, різними формами психологічної, педагогічної, соціальної та духовної допомоги аутичним дітям та їх родинам, а також формування психолого-діагностичних та практичних навичок.

Завдання програми. В межах занять детально обговорюються окремі діагностичні критерії, представлений процес діагностики родини аутичної дитини. Подаються різноманітні методи психотерапевтичної взаємодії. Розглядаються проблеми навчання аутичних дітей.

Семінар-тренінг 1. Пізнання світу аутичної особи.

Теми:

Загальні уявлення про аутизм.

Історія проблематики аутизму.

Участь та роль батьків у терапевтичній системі.

Майстер-клас:

Пізнання світу аутичної особи.

Сфера відчуттів.

Проблеми відсутності зорового контакту у комунікації.

Теми:

Основні напрямки розвитку теорії аутизму:

- біологічні теорії аутичних розладів.
- аутизм в етологічних концепціях.
- психоаналітичні концепції аутизму.

Роль фахівця у діаді: фахівці-батьки .

Майстер-клас: Внутрішній світ та переживання терапевта протягом роботи з аутичною особою.

Адаптація терапевта до роботи з аутичною дитиною (духовно-психологічні аспекти).

Семінар-тренінг 2. Діагностика аутизму з урахуванням диференціації загальних розладів розвитку

Теми:

Визначення та етіологія аутизму.

Метаболічні зміни у хворих на аутизм.

Класифікація аутизму з точки зору психіатрії.

Діагностика аутизму з урахуванням диференціації загальних розладів розвитку.

Майстер-клас: Аспекти медичної діагностики.

Включення критеріїв класифікації у діагностику.

Особливості дієти аутичних осіб.

Теми:

Характеристика дітей з аутизмом.

Мовленнєвий та інтелектуальний розвиток дітей з аутизмом.

Проблеми розмежування аутизму та інших розладів розвитку.

Майстер-клас: Методичний супровід. Показ відеоматеріалів.

Семінар-тренінг 3. Психолого-педагогічний супровід розвитку аутичної дитини

Теми:

Організація діагностичного процесу для підбору адекватної терапії.

Основні завдання психотерапевтичної взаємодії з аутичними дітьми.

Огляд ефективних форм психотерапії аутичних дітей.

Майстер-клас: Методичний супровід. Практичні заняття. Домашнє завдання.(Діагностика та орієнтовний план допомоги)

Теми:

Психолого-педагогічний супровід розвитку аутичної дитини.

Терапія і навчання.

Проблеми інтегрованого виховання та навчання. Представлення досвіду роботи за проектом “Мистецька майстерня”.

Майстер-клас: Методичний супровід. Обговорення домашніх завдань.

Таким чином, засади, які лежать в основі навчальної програми впливають із необхідності зрозумінням аутизму як ключового фактору у запобіганні застосування примусу та насилля щодо аутичних осіб. У зв’язку з тим виникає потреба постійного професійного розвитку спеціалістів, які працюють з аутичними особами та їх вільний доступ до різних моделей терапії і різних концепцій стосовно того, що є у цій терапії допустимим. Тому постає необхідність впровадження навчального курсу з проблеми допомоги аутичним особам у рамках системи підвищення кваліфікації.

Приклад лекції для підготовки майбутніх спеціалістів (психологів, педагогів, корекційних педагогів)

Розділ: Порушення розвитку

Тема: Аутизм і пошук сенсу

ПЛАН:

1. Професійні якості ефективного спеціаліста.
2. Особливості навчання аутичної дитини.
3. Порушення розвитку, які спостерігаються в аутичних дітей.

Мета: Ознайомити студентів з даною темою: вимогами до спеціалістів, які працюють з дітьми, хворими на дитячий аутизм; особливостями і труднощами навчальної та адаптаційної роботи з такими дітьми та порушеннями розвитку, які спостерігаються в таких дітей. Особливою метою є допомогти усвідомити, що таке аутизм, на власному прикладі.

Форма проведення заняття: лекція.

Методи навчання: виклад теоретичного матеріалу, бесіда, практична робота: вправа.

Дидактичне забезпечення: дошка, маркери, аркуші паперу, олівці.

Структура заняття:

1. Організаційний момент – 5 хв.
2. Лекція – 1 год. 10 хв.
3. Підведення підсумків – 5 хв.

Хід заняття:

1. Організаційний момент. Викладач вітається з учнями та організовує групу зорієнтуватися на роботі. Повідомляє тему та питання семінару.

2. ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

2.1. Професійні якості ефективного спеціаліста

Якості, якими повинен володіти професіонал, що працює з аутичною дитиною:

1. диплом, як гарантія відповідної освіти – людина, навіть маючи добрі наміри, без відповідних знань про артизм може нашкодити дитині;
2. зацікавлення питанням аутизму;
3. зацікавлення відмінностями в мисленні чи, швидше іншими способами мислення, які спостерігаються в аутичних дітей;
4. добре розвинена уява, яка дає можливість зрозуміти спосіб, в який розуміє і мислить особа з аутизмом;
5. бажання працювати не очікуючи подяки: оскільки для аутистів є дуже великою проблемою поставити себе на місце іншої людини, вони в багатьох випадках не здатні зрозуміти, чого від них очікують;

6. здатність адаптувати свій стиль спілкування до іншого стилю – особи з аутизмом розуміють лише легко зрозуміле і виразне мовлення. Розмите мовлення їх дуже дратує, а швидше дратує те, що вони не можуть зрозуміти цього мовлення. Окрім цього інформація, яку ви передаєте має бути конкретною. Для особи з аутизмом недостатньо сказати: „Зустрінемося наступного тижня”, а треба вказати день і точний час зустрічі, в іншому випадку це питання не даватиме спокою і може перейти в нав’язливість;

7. відвага, оскільки дуже часто спеціаліст бореться з проблемою самотужки через брак інформації в суспільстві, часто його поведінку з дитиною називають дивною;

8. вміння працювати малими кроками – спеціаліст повинен розуміти і бути готовим до того, що позитивні зрушення в аутичних дітей відбуваються повільно, проте крок за кроком необхідно аналізувати свою поведінку і поведінку дитини;

9. здатність до групової роботи (спільної роботи з іншими спеціалістами), при цьому всі спеціалісти повинні дотримуватися однієї лінії поведінки;

10. здатність визнати своє незнання чи безсилля – бувають випадки, коли спеціаліст не знає як працювати з дитиною, тоді він повинен розказати про цю ситуацію батькам і обговорити з ними можливі шляхи виходу. Спеціаліст повинен не забувати, що справжніми експертами в питанні дитини є її батьки і тому вони можуть надати багато корисної інформації, а батьки повинні розуміти, що спеціаліст не всесильний і не творить чуда.

2.2. Особливості навчання аутичної дитини

В навчанні дитини з аутизмом необхідно розуміти основне: найбільша проблема в такої дитини є у здатності розуміти сутність. Дитину дуже легко навчити певної поведінки, але дуже часто це є лише наслідування без розуміння того, що вона робить і для чого.

Проблема є у формуванні логічних, причинно-наслідкових зв'язків, тому дуже часто в розумінні аутиста наявні спотворені, неадекватні зв'язки між явищами.

Приклад Гунілли Герланд: Одного разу її сестра повернулася зі школи в той момент, коли на столі лежала газета і попільничка, і світло падало в кімнату під певним кутом. Через кілька днів Гунілла в певний момент захотіла, щоб її сестра повернулася додому і для того, щоб це сталося вона поклала газету і попільничку на стіл і лише чекала, коли сонце бути в тій самій позиції, що і того дня. На цьому прикладі ми можемо побачити як відрізняється мислення аутиста від нашого, вона виробила свій власний спосіб розуміння світу, життя, оточення. Те, що доступне для нашого розуміння, не є так просто доступним для їхнього розуміння.

Тому для того, щоб розуміти аутиста треба намагатись зрозуміти його спосіб сприймання світу, речей і зв'язків.

▪ **Вправа 1.**

Мета: перебуваючи в ситуації, яку неможливо вирішити без спеціальних знань, зрозуміти, що переживає аутична дитина, щодня при контактах з незнайомим зовнішнім світом. Свідомо вибирається складне завдання.

Матеріали: папір, олівці, ручки.

Завдання: на отриманому аркуші паперу намалюйте карту Києва.

Опісля того, як студенти виконують завдання, їхні роботи порівнюються із справжньою картою Києва – це дає можливість побачити, наскільки намальоване відрізняється від реального. Проводяться паралелі між тим досвідом, який отримали студенти, в процесі виконання вправи (труднощі, безвихідь, роздратованість через неможливість виконати вправу), та тим, що відчуває аутист кожного дня при контактах з зовнішнім світом.

В розв'язанні невідомої для нас задачі ми перш за все намагаємось виділити знайомі для нас елементи, деталі, бо це є єдиним, що можемо зробити. Уявіть собі, що прийшов спеціаліст і говорить нам, що все те, що ми зробили, всі ці деталі не мають жодного значення у вирішенні даної задачі, так само як

червоний колір немає жодного значення для розуміння поняття яблука, ми зрозуміємо що відчуває аутична дитина.

Слова аутиста: „Бути нормальним – прекрасно, оскільки тоді можеш жити без розуміння. Натомість я мушу мислити, мислити, мислити, довго аналізувати. Моє мислення ніколи не відпочиває, воно постійно зайняте і відпочине лише в хвилину моєї смерті, і ніколи перед тим”.

Розуміння здорової людини підпорядковане певним законам, які спрацьовують мимовільно і неусвідомлено. Аутист повинен щоразу наново осмислювати те, що чує.

2.3. Порушення розвитку, які спостерігаються в аутичних дітей

Конкретні порушення, які можуть проявлятися в аутичних дітей:

1. фрагментарне мислення

2. стереотипії: „Чи ми не любимо повторювати робити те, в чому ми є добрі?”

- безперервне мовлення як спосіб оборони: як довго я буду говорити, так довго мені інша особа не задасть питання – це дає почуття контролю над власним життям;

- безперервне задавання одного і того ж питання: а) – мені приємно задавати питання, на яке я знаю відповідь – це пов’язано з потребою передбачення суспільної реакції (гра в театрі); б) бувають випадки, коли дитина розуміє зміст того, що їй говорять, але має нерозвинуту семантичну пам’ять;

- постійне носіння з собою якихось характерних предметів як можливість „втекти” в них при надмірній кількості інформації – перебуваючи в певній суспільній ситуації дуже часто аутична особа не може опрацювати відразу таку велику кількість інформації, тому щоб втекти від неї вона намагається відволіктись за допомогою сенсорної стимуляції (аж до болю), зациклені на якомусь русі чи предметі.

3. „в одному моменті – один сенс”. Аутична дитина не може тримати в думці одночасно кілька понять чи уявлень, таким чином діяльність є послідовним ланцюгом певних дій. Якщо ланцюг буде перерваний, наприклад в дитини щось запитують, вона не зможе повернутися до діяльності з того моменту, на якому вона закінчила, а буде змушена почати спочатку.

4. ехोलалія – дослівне повторення звуків

5. ехо-поведінка

3. Підведення підсумків

Сьогодні ви мали можливість ознайомитися з особливостями роботи з аутичною дитиною та порушеннями розвитку самої дитини. Для аутиста світ є надто складним, повним абстрактних, мінливих способів поведінки. Завжди треба пам'ятати, що аутист сприймає світ зовсім іншим, ніж його сприймаємо ми і намагатись зрозуміти його світобачення.

Протокол обговорення заняття

Після проведення заняття на тему „Аутизм і пошук сенсу”, керівники практики від кафедри психології та кафедри педагогіки разом зі студентами-практиками, присутніми на лекції, здійснили аналіз даного навчального заняття.

Аналіз заняття проводився за наступною схемою:

1. Тема та мета заняття.

Викладачами було зазначено, що студентка оголосила тему заняття, розповіла про структуру даного заняття та дала змогу записати пункти плану. Позитивним відзначили те, що студентка пояснила актуальність даної теми та її місце в загальній системі знань про дитячий аутизм.

2. Підготовка студента-практиканта до заняття.

Студентка добре підготована до заняття, структура заняття є добре продумана. При підготовці студентка-практикантка використовувала лише сучасні наукові вітчизняні та європейські дослідження.

3. Науковий рівень заняття.

Було зазначено, що студентка володіє науковими знаннями з даної теми. Рівень наукового викладу матеріалу відповідав рівню знань студентів.

4. Методичний рівень заняття.

Серед позитивів були зазначені: правильність вибору структури заняття, методи і прийоми заняття були відповідними поставленій меті, студентка намагалась активізувати діяльність студентів на занятті. Хоча формою проведення заняття була лекція, студентка-практикантка намагалась зорієнтувати студентів на практичне використання набутих знань та застосовувала такий метод роботи як виконання вправи для того, щоб студенти могли краще усвідомити та пережити на власному досвіді труднощі, які відчувають аутичні діти. Для розуміння матеріалу подавались приклади.

5. Загальні висновки: мета заняття досягнута. Поради від викладачів та студентів: давати більше часу студентам для конспектування лекції.

Види сенсорних ігор для ініціації контакту з дитиною

1. Гра з фарбами. «Кольорова вода»: для проведення гри потрібні: акварелі, пензлики, 5 прозорих пластикових горняток (згодом кількість горняток може бути іншою). Горнятка розставляють на столі в рядок і наповнюють водою, потім у них по черзі розводять фарби різних кольорів. Зазвичай, дитина стежить як крапля фарби поступово розчиняється у воді. У наступному горнятку можна розвести фарбу, швидко помішуючи пензликом; дитина своєю реакцією дасть зрозуміти, що їй сподобалось найбільше. У цій грі дитина досить швидко може виявити бажання брати активну участь у процесі: почати «замовляти» наступну фарбу чи взяти пензлик. Коли збільшення сенсорного ефекту почне послаблюватись (відбувається через різні проміжки часу в різних дітей, причому дитина може бавитися в цю гру не лише на заняттях), можна приступати до розширення змісту гри.

Ось деякі можливі варіанти:

1) Організація активної участі дитини в грі і розвиток побутових навичок. Якщо дитині подобається гра, то вона погодиться виконати ваше прохання-інструкцію: запропонуйте відкрити кран і налити воду в пластикову пляшку, потім розлити воду у горнятка. Інструкції повинні бути чіткими: «Відкриваємо кран. А де наша пляшка? Ось вона стоїть. Давай наллємо в неї водичку. Тепер наллємо її в горнятка. Буль-буль-буль – тече водичка. Ой! Трішки розлили. Давай візьмемо ганчірку і витremo».

2) Можна змішувати фарби, отримуючи різні кольори. Можна зливати воду різних кольорів в одне горнятко чи додавати у воду по черзі різні фарби.

3) Гру «Іграшковий обід»: поставте на стіл горнятка, посадить іграшки і пригощайте їх різними напоями. У цій грі червона вода перетворюється у томатний сік, біла – в молоко, помаранчева – у фанту, а чорна – в каву... Фантазуйте разом з дитиною.

4) Використовуючи пластикові горнятка різної величини, можна ознайомити дитину з поняттям розміру.

5) Порахуйте горнятка з напівками, щоб вони відповідали кількості гостей.

2. Ігри з водою. Забави з водою, переливання і хлюпання – це улюблене заняття дітей. До того ж ігри з водою мають терапевтичний ефект.

1) Щоб дитині було зручно дістатися до крану, поставте коло умивальника кріселко. Дістаньте, приготовані наперед, невеликі пластикові пляшки і наповніть їх водою: «Буль-буль - потекла водичка. Ось порожня пляшка, а тепер уже повна». Можна переливати з одного посуду в інший, зробити «фонтан».

2) Наповнивши водою ванночку, організуйте гру в "басейн", в якому вчаться плавати іграшки (в тому випадку, якщо в дитини є досвід відвідування басейну).

3) Наповнена водою ванночка може перетворитися в море чи озеро, по якому плавають кораблики, рибки чи качечки.

4) «Купання іграшок»: «покупайте» іграшки у воді, помийте їх, загорніть у рушник, супроводжуючи дії словами: «А зараз ми будемо купати іграшки. Наллємо у ванночку теплу водичку, вмочи ручку у водичку, тепла? А ось наші іграшки. Як вони називаються? Це Катя, а це Іван. Хто перший буде купатися? Давай запитася в Каті, чи подобається їй водичка? Не гаряча? і т. д.

б) «Миття посуду»: помийте посуд після іграшкового «обіду».

3. Мильні бульбашки. Дітям подобається спостерігати за кружлянням мильних бульбашок, але видуті бульбашку самостійно вони часто відмовляються, оскільки це потребує вміння і розвитку дихання. Ми радимо попередньо підготувати дитину до цієї гри. Для цього потрібно навчити дитину дути, сформувати сильний видих. Під час гри потрібно стежити, щоб дитина дула, а не втягувала в себе рідину (вона може це зробити, якщо вона звикла пити сік через трубочку, або захоче спробувати рідину на смак). Для цього треба приготувати мильні бульбашки з екологічно чистого засобу для миття посуду в невеличкій кількості.

1) Щоб викликати в дитини інтерес до самостійного видування бульбашок, запропонуйте їй, окрім рамки для бульбашок, різноманітні трубочки, наприклад, для коктейлів чи склейте зі щільного паперу товсту трубочку, щоб отримати великі бульбашки.

2) «Пінний замок»: у невелику ємкість із водою додайте трішки засобу для миття посуду і розмішайте. Візьміть широку трубочку для коктейлів, опустіть у миску і подуйте. Запропонуйте дитині подути разом з вами, потім самостійно. Поставте всередину піни пластмасову іграшку – це «принц/принцеса, який/яка живе у пінному замку».

4. Ігри зі свічками. Приготуйте набір свічок: звичайної довжини, плаваючі свічки, маленькі для торта. Почніть із довгої свічки, поставте її і запаліть у дитини на очах: «Дивись, як горить свічка. Як гарно!». Якщо дитина злякається – припиніть гру. Якщо реакція позитивна, запропонуйте подути на полум'я: «А тепер подуємо... Сильніше, ось так – ой, вогник погас. Дивися, який дим».

1) Запропонуйте «домашнє завдання» для мами: коли стемніє, не включати у квартирі світло, а запалити свічку і походити з нею покімнатах, освічуючи дорогу, - так дитина ознайомиться з призначенням свічки.

2) Тримавши в руці погашену свічку, помалюйте в повітрі димом.

3) Наповнивши ванночку водою, опустіть на поверхню води одну чи кілька плаваючих свічок; у темній кімнаті (наприклад, ванна) вийде ефектне видовище.

4) Наповніть столову ложку водою і потримайте над полум'ям свічки, зверніть увагу дитини на те, що холодна вода стала теплою. Також можна розтопити кусочок масла чи льоду.

5) Приготуйте зефір і запхайте в нього одну чи кілька святкових свічечок: «Сьогодні день народження в ляльки Каті». Разом із дитиною накрийте на стіл, запросіть гостей, заспівайте пісеньку. Потім принесіть «святковий торт» і задуйте свічки.

5. Ігри зі світлом і тінню.

1) «Сонячний зайчик». Виберіть момент, коли сонце заглядає у вікно та піймайте за допомогою дзеркальця промінчик; спробуйте звернути увагу дитини на те, як сонячний зайчик скаче по стелі, зі стіни на диван і т. д. Можливо вона захоче торкнутися сонячної плямки. Тоді запропонуйте гру: нехай дитина спробує наздогнати «зайчика», який утікає.

2) «Тіні на стіні». Увечері, коли стемніє, увімкніть настільну лампу і спрямуйте її світло на стіну. Однак, пам'ятайте, що дитина може настрашитися, тому рекомендовано спочатку проводити таку гру обережно і не в дитячій кімнаті, оскільки страх буде пов'язаний з конкретним місцем і конкретною лампою. Спробуйте спочатку в коридорі, а краще на вулиці, при світлі ліхтаря. За допомогою рук, різних предметів та іграшок ви отримаєте різноманітні тіні.

3) «Театр тіней». Можна придумати нескладний сюжет і організувати цілий театр, використовуючи заздалегідь приготовані силуети.

4) «Ліхтарик». Підготуйте ліхтарик, і коли стемніє, походіть з ним по квартирі чи по вулиці.

5) Спробуйте пограти в гру «Темно – світло» за допомогою ліхтарика.

6) Змайструйте «Китайський ліхтарик» за допомогою дротиків та кольорового паперу, який освітить все довкола загадковим різнокольоровим мерехтінням.

6. Гра з льодом. Попросіть, щоб мама дитини заздалегідь підготувала лід: нехай разом з дитиною наповнить формочки водою і покладе в морозильну камеру. На занятті дістаньте лід разом з дитиною і витисніть його з форми у мисочку: «Дивись, як водичка замерзла: стала холодною і твердою». Візьміть лід і погрійте його в долонях: «Ой, який холодний лід! А ручка тепла. Дивись, лід тане і знову стає водою». Інші варіанти гри:

1) Підігрійте лід над свічкою.

2) У прозоре горнятко налийте гарячий чай (чи просто воду), опустіть лід і спостерігайте за тим, як він тане.

3) Можна приготувати різнокольоровий лід, додавши фарби або помалювати фарбами на більшому кусочку льоду. 4) Зимою зверніть увагу дитини на калюжі, що замерзли, зніміть і роздивіться бурульку.

7. Ігри з крупами. Підготуйте гречку, горох, манку, квасоллю, рис. Заняття проводиться на кухні. Насипте гречку в глибоку миску, опустіть в неї руки і порухайте пальцями, виявляючи задоволення. Запропонуйте дитині приєднатися: «Де мої ручки? Заховались. Давай і твої заховаємо. Порухай пальчиками. А тепер потри долонями одна до одної». Використовуйте різні крупи.

Інші варіанти:

1) Ховайте дрібні іграшки в крупах, щоб дитина їх відшукувала.

2) Пересипайте крупи за допомогою лопатки, ложечки з одної посудини в іншу. Пересипайте руками дитини.

3) Якщо дитина захоче розсипати крупи, то це буде «дощ» чи «град». По них можна походити босоніж чи полежати.

4) «Приготування їжі». Насипте в іграшковий банячок манку, додайте води і «варіть» кашку для ляльки.

8. Ігри з пластичним матеріалом (пластилін, тісто, глина). Підготуйте пластилін і покажіть дитині основні прийоми: відщипування, скручування кульок круговими рухами, розкатування ковбасок рухами назад-вперед (на дощечці чи в руках), розрізання. Запропонуйте дитині спробувати. Коли малюк засвоїть ці вміння, можна починати ліпити:

1) Зліпимо маленькі кульки червоного кольору, які нагадують ягоди, а якщо в них запхати палички, – то вони схожі на фруктові льодяники «чупа-чупс». Якщо тонко нарізати білий пластилін, отримаємо «спагеті», яке розкладемо на тарілці.

2) Гра в «город». На картоні викладіть пластилінові грядки. Тепер «посадимо овочі», для цього можна використати різні крупи.

3) Методом розмазування можна отримати картину з пластиліну. В подальшій роботі можна використовувати тісто і глину. Однак, треба

пам'ятати, що аутистичній дитині може не сподобатися липке тісто чи неприємний запах пластиліну.

9. Гра зі звуками.

1) Звертайте увагу дитини на звуки в навколишньому світі: скрип дверей, постукування, шум поїздів і т. д.

2) Запропонуйте гру «Відшукай звук». Видавайте звуки різними предметами з різних місць, а дитина шукатиме цей звук; якщо зможе, нехай відтворить його.

3) Спробуйте грати з дитиною на різних дитячих інструментах.

4) На природі прислухайтеся до шелесту листя, дзижчання комах, дзюркотіння струмка... Звуки природи приносять заспокоєння та відчуття гармонії.

10. Ігри з рухами і тактильними відчуттями. Спочатку лише легенько торкайтеся, оскільки для аутистичної дитини кожен дотик може бути болісним. Будьте терплячим і дочекайтеся моменту, коли дитина першою виявить ініціативу. Це може відбуватися по-різному: дитина може вперше сісти вам на коліна і торкатиметься вашого носа, обличчя (потрібно надати їй таку можливість).

1) «Дожену!»: робіть вигляд, що ви намагаєтесь піймати дитину.

2) «Літачки»: покрутіть дитиною в повітрі: «Полетіли, полетіли!», потім опустіть: «Приземлились».

Види психотерапевтичних ігор для розвитку емоційних реакцій дитини**1. Ігри з ватою.**

Для цих треба підготувати великий шматок непресованої вати.

«Сніг іде»

Відщипуйте разом із дитиною невеличкі шматочки вати, підкидайте вгору зі словами: «Сніг іде». Спостерігайте за тим, як «падають сніжинки», подуйте на них, щоб вони якнайдовше не падали.

«Сніжки»

З невеликих шматків вати ліпіть „сніжки” (формуєте руками грудку), зі словами: «Давай грати в сніжки, ось тобі!» кидаєте один в одного.

«Замети»

У цій грі дитина «заривається» у великі грудки вати, а дорослий допомагає їй заховатися у «заметі». Можна разом з дитиною заховати в «заметі» улюблену іграшку.

2. Ігри з кубиками і деталями конструктора

Під час заняття дитина може раптом підбігти до коробки з кубиками і перекинути її або високо підняти коробку з дрібними деталями конструктора і підкинути її. При цьому вона із задоволенням вслухається в гуркіт, що пролунав. В цьому випадку доречно організувати гру.

«Салют»

Разом з дитиною невисоко підкидайте дрібні деталі конструктора або намистинки, коментуючи такі дії словами: «Салют почався - ба-бах!». Потім разом із дитиною збирайте деталі в коробку. Якщо дитина захоче, продовжуйте гру: «Салют продовжується!»

«Землетрус»

Якщо дитина починає підкидати більші предмети чи деталі: кубики, великі деталі конструктора, коробочки, - хай це буде «землетрус». При цьому

страхуйте дитину, стежте, щоб це були тільки легкі та безпечні предмети. Якщо ступінь збудження дитини перевищує допустимі межі, і вона починає кидати предмети, застосовуючи силу, - переключіть її на стереотипну гру.

«Викидаємо сміття»

У коробку великих розмірів і вкидайте різноманітні непотрібні предмети – папірці, коробочки, пластикові пляшки, ганчірки тощо зі словами: «Викидаємо сміття!». Треба «викидати» тільки безпечні предмети (негострі і ті, які не розбиваються).

3. Ігри з невеликими подушками, рушниками, шнурками, коробками.

Аутистичні діти досить часто наносять собі удари, зокрема і по голові. Причина таких дій - або самоагресія, або самостимуляція! У таких випадках спеціалісти рекомендують організувати психотерапевтичні ігри. Переважно діти одразу ж включаються в таку гру, тим більше, якщо вона вже знайома з минулих занять. А психолог отримує можливість контролювати силу ударів, переключаючи активність дитини з агресивних дій на гру.

«Хто сильніший»

Дорослий пропонує дитині взяти один кінець мотузки, а за другий кінець починає тягнути зі словами: «Віддай! Віддай!». Дитина захоплюється, починає тягнути мотузку на себе. Можна використовувати подушку або рушник.

«Подушкові бої»

Для гри необхідні маленькі м'які подушечки. Кидайте один в одного подушечками, переможно вигукуючи. Можна організувати двобій подушечками, намагайтеся потрапляти пасти в різних частинах тіла.

«Витрушуємо порох»

Даючи дитині приклад, ретельно наполегливо бийте руками по подушці (будь-якого зручного розміру) зі словами: «Давай витрушувати пил із подушки – ось так, ось так!»

«Дитячий футбол»

Організуйте гру у футбол, використовуючи замість м'яча порожню коробку з-під соку або пластикову пляшку. Бавитися можна руками і ногами, коробку (подушку, пляшку, пластмасовий кубик) можна копати, кидати, забирати.

4. Ігри зі старими газетами або журналами.

«Салют»

Якщо підкидати в повітря журнал чи газету, падає зі своєрідно шелестять, до того ж цікаво спостерігати за їхнім „польотом”. Пограйте разом з дитиною в «салют». При цьому постарайтеся дати їй зрозуміти, що так не можна чинити з книгами, а також новими журналами і газетами. Підберіть непотрібні журнали і газети та покладіть їх у визначеному місці – поясніть дитині, що їх вона може використовувати на власний розсуд (підкидати, рвати, різати і т.п.).

5. Ігри з водою.

Аутистична дитина під час таких ігор часто розбризкує воду, перевертає ємності з водою. Тому доречно організовувати ігри на кухні або у ванній кімнаті. Не карайте дитину і не намагайтеся її зупинити. Влітку на дачі, на природі ніяких обмежень бути не повинно – бризкайтесь і розливайте воду, скільки захочете. Якщо організовуєте ігри в квартирі, буде дуже добре, якщо разом із дитиною усунете наслідки «повені».

«Повінь», «водоспад», «фонтан»

Організуйте гру у ванній кімнаті. Наберіть теплу воду у ванну і починайте переливати її, наливаючи у великі ємності і знову виливаючи у ванну. Коментуйте свої дії словами: «Який водопад!» або: «Ось фонтан!».

«Бризкалки»

Влітку на вулиці або на дачі організуйте ігри з розбризкуванням води. Можна використовувати водяний пістолет, гумову грушу, шланг з водою. Після закінчення гри обов'язково переодягніть дитину в сухий одяг.