



# **Аутизм в Україні. Сучасні реалії надання допомоги особам з розладами спектру аутизму.**

Матеріали науково-практичної конференції до  
Всесвітнього дня поширення інформації про аутизм.

Київ - 2014



## **ЗМІСТ:**

<b>1.</b> Історія розвитку діагностики та психолого-педагогічної корекції розладів спектру аутизму.....	4
<b>2.</b> Рання діагностика розладів спектру аутизму (РСА). Сучасні діагностичні інструментарії.....	18
<b>3.</b> Сучасні методи корекції розладів спектру аутизму:	
3.1. Прикладний аналіз поведінки.....	27
3.2. Напрями логопедичної допомоги при роботі з дітьми аутичного спектру розвитку.....	31
3.3. Програма розвитку пізнавальних процесів у дітей з розладами аутичного спектру.....	35
3.4. Ігрова терапія в психокорекційній роботі з аутичними дітьми.....	43
3.5. Сенсомоторна інтеграція, як метод допомоги розвитку дітей з аутичним спектром.....	48
<b>4. Питання інклузивної освіти:</b>	
4.1. Оптимізація готовності вчителя до роботи з аутичними дітьми в інклузивній формі освіти.....	53
4.2. Особливості корекційної роботи тьютора (спеціального психолога) з дітьми спектра аутистичних порушень.....	61
4.3. Компоненти успішної реалізації інклузивної освіти. Готовність педагогів.....	66
<b>5. Юридичний довідник батьків особливої дитини:</b>	71
5.1. Психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України.....	78
5.2. Адреси психолого-медико-педагогічних консультацій системи освіти України (лютий 2014 р.).....	81
<b>Додаток 1 M-CHAT (Модифікований скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку).....</b>	85
<b>Додаток 2 CARS (Діагностична шкала раннього дитячого аутизму).....</b>	86
<b>Додаток 3 ASAS (Австрійська шкала для визначення синдрому Аспергера).....</b>	94
<b>Додаток 4 TECT ASSQ.....</b>	97

# ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОРЕНЦІЇ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

Н.Андреева,  
голова правління БО «Школа-ходинки»,  
Голова Спілки «Захисту прав осіб  
з розладами спектру аутизму»

Психолого-педагогічна корекційна робота і навчання дітей з розладами спектру аутизму, на сьогодні, є однією з найбільш актуальних проблем в системі освіти. Ця проблема нагальна з цілого ряду причин: значне збільшення кількості дітей з даним порушенням розвитку, несвоєчасна діагностика, низька обізнаність педагогів і психологів про проблему в цілому та про дієві методи психолого-педагогічної корекції зокрема.

Розлади спектру аутизму являють собою всебічне порушення розвитку дитини, яке характеризується значними і масштабними ускладненнями в кількох сферах розвитку одночасно.

На думку Чарльза Ньюкіт'єна («Дитяча поведінкова неврологія»):

«Аутизм — не захворювання, а комплекс розладів розвитку нервової системи; взаємодія між генетичними і середовищними формами призводить до виникнення континууму, що позначається як розлади аутистичного спектру».

Історично термін аутизм був введений в 1911 р. Ейгеном Блейером для визначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії. Ця обставина багато в чому сприяла тому, що дане захворювання було тісно пов'язане з шизофренією. Остаточно відокремлене від шизофренії воно було лише в 70-ті роки (Kolvin, 1971). Вперше аутизм внесений, як окрема діагностична категорія «Ранній дитячий аутизм» в Керівництво з діагностики і статистики психіатричних захворювань (США) DSM III в 1980 р.

Аутистичний розлад у дітей вперше був описаний, незалежно один від одного, дитячими психіатрами Лео Каннером і Гансом Аспергером в 1943 – 44 pp.

У своїй статті «Аутистичне порушення афективного контакту» 1943 р. Лео Каннер описував 12 дітей зі схожими симптомами порушення, яке назвав раннім інфантільним аутизмом. Основними ознаками, характерними для описаного порушення він назвав:

- Вкрай аутистичну самотність — неможливість встановлювати відносини з іншими людьми, бажання усамітнитися;
- Вроджений розлад, який проявляється у нестачі мотивації до соціальної взаємодії і афективної комунікації;
- «Вроджені порушення соціального метаболізму» — нездатність обробляти і засвоювати соціальну інформацію;
- Нав'язливе прагнення до збереження сталості, неприйняття змін в розкладі, маршруті, харчуванні і т.п.;

- Прекрасну механічну пам'ять;
- Порушення розвитку мовлення. Ехолалії, які заміщують активне мовлення, вимовляються від третьої особи і не завжди відповідають ситуації. Трос з одинадцяти описаних дітей, не говорили зовсім;
- Гіперчутливість до сенсорних впливів — звуків, тактильних відчуттів, тощо;
- Обмеженість репертуару спонтанної активності — велика кількість стереотипних дій та специфічних уподобань;
- Хороші когнітивні задатки — «аутична дитина може, тоді коли дуже бажає цього».

Каннер використовував термін «аутизм», характеризуючи свідомостатність, повну ізольованість, але якісно відмінну від шизофренії. Лео Каннер вважав, що механічна пам'ять при успішному застосуванні може стати основою досить успішного навчання. Він вважав, що діти з аутизмом не мають проблем в фізичному плані. Хороший фізичний стан більшості дітей та їх зовнішня привабливість значною мірою справляє значно краще враження, ніж у інших дітей з особливостями розвитку.

У зв'язку з тим, що основними клієнтами Лео Каннера були родини з університетського середовища, він прийшов до висновку, що діти з такими порушеннями народжуються в сім'ях високоосвічених батьків, інтелігентних, але емоційно стриманих. Деякі висновки Каннера згодом не отримали підтвердження, але багато основних постулатів і сьогодні не втрачають своєї актуальності.

У більш пізніх роботах, Каннер визначав основними порушеннями при аутизмі:

- Крайнє відчуження і нав'язливе прагнення до збереження однomanітності оточення;
- Нездатність дітей співвідносити себе звичайним способом з людьми і ситуаціями, порушення комунікації.

Описуючи 5-річного Дональда в 1938 р. Л. Каннер зазначав:

«Він блукав, посміхаючись, виробляючи стереотипні рухи пальцями, схрещуючи їх в повітрі. Він хитав головою з боку в бік, шепочучи або наспівуючи один і той же мотив з трьох нот. Він з величезним задоволенням кругив все, що потрапляло йому під руку... Коли його приводили до кімнати, він повністю ігнорував людей і швидко прямував до предметів, особливо до тих, які можна було покрутити...

Він люто відштовхував руку, якщо вона попадалася на його шляху, або ногу, що наступила на його кубики...».

Більшість дітей, яких описав Лео Каннер мали значне відставання в розвитку мовлення. Частина дітей були зовсім мутичні, у решти відзначалося істотне відставання в розвитку мовлення. Л. Каннер зазначав, що ехолалії у дітей з аутизмом займають значне місце в розвитку мовлення і зникають або значно зменшуються у 5-6 років.

Каниер прожив довге життя і до кінця активно продовжував вивчати проблему дитячого аутизму. У 1971 році він опублікував велике дослідження, засноване на повторному вивченні 11 дітей з тих, хто був описаний в першій статті. Це дослідження не дало остаточної відповіді на питання про методи лікування і терапію, прогнозів на подальший розвиток аутизму, але дало можливість зробити висновок, що деякі діти можуть з часом подолати значні дефіцити в розвитку без особливих втручань.

Незалежно від Каниера, в той саме час вивченням пацієнтів з симптомами порушення соціальної взаємодії при збереженому інтелекті і без явних мовних порушень, займався австрійський психіатр Ганс Аспергер (Hans Asperger, 1906-1980 pp.). За результатами багаторічного дослідження, в 1944 році вийшла стаття під назвою «Аутистична психопатія», де Г.Аспергер описав дітей, що відрізнялися нездатністю до невербальної комунікації, обмеженою здатністю встановлювати соціальні зв'язки, фізичної незграбністю. Сам Аспергер використовував для цього стану термін «аутистична психопатія».

Важливі прояви, на які звертав увагу Г.Аспергер, насамперед, стосуються переважно хлопчиків з вираженими проблемами спілкування, що значно ускладнює їх взаємодію в колективі /групі: «Значуще відхилення при аутизмі - порушення активної взаємодії з середовищем в цілому» (Asperger 1944, в перекладі Frith 1991). Діти, які були описані мали збережений інтелект, добре розвинену мову, яка відрізнялась стереотипіями, ехолаліями. Вони мали труднощі з зоровим контактом, рухливо незграбні, дрібна моторика погано розвинена. Особливо відзначались опір змінам та окремі специфічні уподобання.

Загалом стан характеризувався, як «Аутистична психопатія». Також, Аспергер зазначав, що схожі проблеми комунікації та соціальної взаємодії мали батьки дітей (переважно батько).

Відмінною рисою від шизофренії Г. Аспергер називав позитивну динаміку, початок порушення з перших років життя і відсутність галюцинацій і марення. Під позитивною динамікою розуміється поступовий розвиток дитини, в деяких випадках аж до повного зняття діагнозу і повноцінної соціалізації.

Термін «Синдром Аспергера» був введений в 1981 році англійським психіатром Лорна Уінг (Lorna Wing).

Вже в перших працях про розлади спектру аутизму вказувалися істотні відмінності їх від шизофренії, розумової відсталості, загального порушення мовлення. Також, давно ведуться розмови про те, чи існував раніше аутизм? Є припущення, що діти з аутичним типом розвитку раніше діагностувались найчастіше як діти з розумовою відсталістю, шизофренію або з психопатією.

Опис дітей зі схожими з аутизмом симптомами ми можемо побачити у Дж. Ленгдона Дауна (1828-1896). Вивчаючи дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, він окремою категорією виділяв таких дітей: «Ці діти перебувають у собі і поглинені собою. Вони говорять про себе в 3-й

особі і часто повторюють за іншими. Вони яскраво проявляють себе, часто дуже активні і дуже витривалі, безстрашні, наполегливі у своєму непослуху, хочуть робити все по-своєму. Вони живуть у власному світі і ніби не помічають оточуючих їх речей. Багато хто з них одержимі музикою і мають неймовірну пам'ять». Погодьтесь, цей опис дитини за всіма критеріями підходить під діагноз аутизм.

Також Дж.Л. Даун описуючи дітей з регресивними формами і формами з початком в ранньому дитинстві, відсутністю мовлення, написав: «Я не знаю нічого болючішого, ніж безплідне очікування матір'ю мови у своєї дитини, місяць за місяцем проходять в надії, в очікуванні слів, які так і не з'являються. Поглинена сама собою маленька дитина нічому не радіє, окрім свого власного світу, рухам своїх рук і ритмічним рухам свого тіла». Отже, можна стверджувати, що діти з таким розладом були завжди.

Дитяча психіатрія в ХХ столітті розвивалася значими темпами. Цьому сприяло безліч причин: підвищився рівень виживання дітей, рівень освіти та охоплення їм дітей молодшого віку, значного розвитку зазнала психологія і педагогіка.

Дослідження дитячих психоаналітиків, психологів і психіатрів значно наблизилися до вивчення аутизму, хоча і не називали ці порушення терміном «аутизм». Так Г.Е. Сухарева (1925р.) в статті «Шизоїдна психопатія в дитячому віці» описала розлади, подібні з синдромом Аспергера. Дитячий психоаналітик Едіта Стерба (Editha Sterba) (1926р.) у статті «Інфантильний психоз» описувала дітей з психотичними порушеннями і відсутністю очного контакту, біdnістю уяви, системністю у поведінці. Earl (1934р.) у статті "Розумова відсталість з кататонією" описав дітей з розумовою відсталістю і рухами, що повторюються.

Аутизм існує в усіх країнах, у людей всіх національностей. У процентному співвідношенні однаково представлений по всьому світу (приблизно 1-1,8% серед дитячого населення). Співвідношення хлопчиків і дівчаток 4:1. Це найбільш швидко зростаюча категорія інвалідності.

Дослідники Центру з обліку та запобіганню захворювань в Атланті (Південний схід, США), відзначають в своїй доповіді про поширеність аутизму, що у кожної 88-ї дитини є певні відхилення аутистичного спектру, що свідчить про збільшення на 78% випадків цього захворювання за останні десять років. У першому десятиріччі ХХІ ст. поширеність РАС збільшилася з 1 на 166, до 1 на 110. У дев'яності роки ХХ сторіччя поширеність була 1 на 2500, потім 1 на 1000 дітей, а в порівнянні з 80-ми роками минулого сторіччя збільшення ще більш значуще, на той момент світова статистика вказувала на 1 випадок захворювання на 10000. Ще більш значущі дані отримані в ході шестирічних досліджень в районі Ільсан міста Коян (Південна Корея). У ході грунтового обстеження всіх дітей у віці від 7 до 12 років у закладах освіти з використанням повномасштабних тестів, було виявлено наявність симптомів аутистичних порушень у 2,6 % дітей, що перевищує загальновсітові показники в 2 і більше разів.

Тенденція збільшення кількості дітей з розладами спектру аутизму в усьому світі не оминула і нашу країну. Якоюсь мірою збільшення

відбувається не тільки за рахунок реального збільшення кількості дітей з порушеннями РАС, а і за рахунок поліпшення діагностики.

Щорічне збільшення на 30% за статистикою Міністерства охорони здоров'я України не відображає дійсної статистики. За останні роки можна констатувати значне зростання діагностування розладів спектру аутизму. Дітей з важкими формами прояву аутистичних порушень вдається діагностувати досить рано, значно важче діагностуються діти з симптомами синдрому Аспергера і практично залишаються поза увагою фахівців діти молодшого віку. Також слід відзначити, що багато дітей отримують неінсуючі або такі, що не відображають суть порушення, діагнози. Так велика кількість дітей з діагнозом затримка психічного або психо-мовного розвитку в дійсності мають симптоми, більшою чи меншою мірою, характерні для дітей з розладами спектру аутизму. Такі діти, за умови своєчасного корекційного втручання можуть позбутися значних проявів аутистичних порушень та зможуть успішно продовжити навчання в загальноосвітніх навчальних закладах. Якщо своєчасно не проводиться психо-корекційна робота, порушення, характерні для аутистичного спектру, не дають можливості дитині повноцінно інтегруватися в колектив, перешкоджають якісному оволодінню навчальним матеріалом.

За Міжнародною класифікацією хвороб розлади спектру аутизму належать до розділу «Загальні розлади психологічного розвитку F84»:

- F84.0 Дитячий аутизм
- F84.1 Атиповий аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку (з-м Т.Геллера)
- F84.4 Гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Інші загальні розлади розвитку
- F84.9 Загальний розлад розвитку, не уточнений

Дуже часто нашими лікарями виставляються діагнози, які не зовсім узгоджуються з МКБ і звучать, як затримка мовного або затримка психо-мовного розвитку з аутичними рисами. Такі діагнози вводять в оману батьків і педагогів, так як в будь-якому випадку у дитини присутні риси розладу спектру аутизму, але їй приділяється менше уваги. Діагноз сенсо-моторної аалії з аутичними рисами зустрічається рідше і також не зовсім об'єктивно відображає проблему.

У дітей з діагнозом синдром Ландау-Клеффнера прояви розладів спектру аутизму дуже часто настільки явні, що лікарі не можуть встановити лише один діагноз.

Особливості розвитку аутичних дітей стають помітними в ранньому віці. У деяких з них ще на першому році життя батьки помічають недостатньої сили емоційний відгук на людей, що їх оточують, а також прискіпливу увагу

до тих, чи інших предметів. Інші аутичні діти, майже нічим, не відрізняються від своїх однолітків до 2-3 річного віку, але потім особливості їх розвитку стають помітнішими з кожним днем.

Найбільш проблемними в поведінці дитини цього віку є виражене прагнення тотожності, незмінність маршрутів, підтримка подібності у навколошньому оточенні, що негативно позначається на засвоєнні нових соціальних навичок. Звертає на себе увагу відсутність здатності і бажання наслідувати дорослих. Ще одна суттєва проблема в розвитку - це особливості розвитку мовлення. Мається на увазі, пізніший за строками і особливий характер розвитку мовлення. Так аутична дитина відрізняється незвичайними інтонаціями, скандованим ритмом мовлення, ехолалічним за формою та некомунікативним за змістом мовленням. Це, швидше, монолог, майже завжди він говориться від третьої особи, іноді (особливо у дітей з синдромом Аспергера) такий монолог може тривати довгий час, несучи в собі безліч інформації, яка цікавить дитину.

Необхідно відзначити, що діти з РАС окрім проблем із соціалізацією, комунікативним розвитком і стереотипною поведінкою, як правило, мають проблеми з порушенням сенсомоторного розвитку. Через порушення здатності навчатися природним чином, інтелектуальний розвиток більшості дітей не відповідає віковій нормі. З часом, без достатньої корекції, його рівень ще більше знижується, а розрив поглибується. Супутніми проявами у дітей з аутизмом часто бувають гіпо- або гіперактивність, порушення уваги, зосередженості, прояви негативізму, перепади настрою, істерики, високий рівень тривожності.

Набагато частіше, ніж у середньому в популяції, зустрічається епілепсія. За деякими даними це 30% дітей з аутизмом. Дослідження російських вченых говорять про наявність у 80% дітей з аутизмом епіактивності під час нічного моніторингу ЕЕГ. Пароксизмальна активність була виявлена на ЕЕГ у 50% (Kawasaki et al., 1997) - після періоду нормальногорозвитку.

У зв'язку з ратифікацією Верховною Радою України Конвенції про права дітей (ратифікована в 1991р.) та Конвенції про права інвалідів (ратифікована 2009р.), припинилася дискримінаційна практика визнання дітей з особливими освітніми потребами, як таких, що не можуть навчатися. Районні та міські ПМПК набагато рідше відмовляють дітям з аутизмом та розладами аутистичного спектру в направленні до корекційних дошкільних установ, у високо функціональних аутистів з'явилося більше можливостей навчатися в загальноосвітніх школах за місцем проживання.

Можна зазначити, що поліпшення ситуації з навчанням і корекцією дітей з РАС відбувається завдяки розвитку різноманітних форм навчальних закладів, приватним навчальним закладам, центрам психолого-педагогічної корекції для дітей з розладами спектру аутизму. Приєднання України до спільноти країн, що впроваджують систему інклузивної освіти, здавалося б, повинно ще більше прискорити процес інтеграції дітей з аутизмом в освітнє середовище. На жаль, просування інклузивної освіти в нашій країні йде повільно і не завжди продумано. На місцях не виконуються розпорядження

Міністерства освіти і науки, які гарантують супровід дітей асистентами вчителя зі спеціальною підготовкою, складання індивідуальних програм для навчання дітей з порушеннями розвитку за їхніми можливостями, створення групи підтримки. Діти з розладами спектру аутизму часто не мають психологічного супроводу. Чим це загрожує, і які складнощі викликає такий стан справ?

Ми повинні розуміти, що тільки своєчасна (якомога рання) комплексна підтримка аутичної дитини є єдиною можливістю уникнути інвалідності та повноцінно включити її, як особистість в соціум.

Головна мета, це навчити аутичну дитину вчитися. Для цього найпершим та найважливішим завданням є налагодження соціальної взаємодії педагогів, батьків та дитини.

Особливу увагу необхідно приділити корекції поведінки. Зняття негативних проявів дає можливість інтегрувати дітей з розладами спектру аутизму в освітній простір та в суспільне життя в подальшому. Значну увагу необхідно спрямувати на стимулювання пізнавальних процесів у дітей, розвивати комунікативні навички, створювати середовище для спілкування аутичних дітей з дорослими та однолітками.

Розвиток творчих здібностей дитини дає можливість виявити особливі уподобання, які в подальшому можуть бути використані для визначення напрямку профорієнтації. Підтримуючи прагнення дитини до самостійної діяльності та творчого використання життевого досвіду, ми навчаємо наших дітей бути більш вільними від підтримки дорослих та постійно самовдосконалюватись.

Найбільш дієвим є комплексне, планомірне втручання мультидисциплінарної команди та індивідуально орієнтований системний підхід до побудови програми корекції і соціалізації дитини з РАС з урахуванням її особливостей і пріоритетів. Організація навчального простору повинна враховувати особливості сприйняття аутичних дітей та має бути спрямована на найбільш комфортне функціонування під час занять в центрі.

Всі ці завдання можливо вирішити лише при використанні в роботі найефективніших педагогічних стратегій та методів роботи з дітьми аутичного спектру розвитку. Не завжди, та не в повному обсязі, підходять методи, які не враховують особливості уяви, сприйняття та нерівномірність розвитку аутичної дитини.

Ще одним з принципів роботи з дітьми з РАС є максимальна та якомога швидша інтеграція дітей в суспільство, а саме в колективи однолітків. Досвід соціальної взаємодії з однолітками дитина може набути лише під час знаходження в групі дошкільного навчального закладу чи класі школи.

Для вирішення завдань, що зазначені вище, вкрай необхідна найгініша співпраця педагогічного колективу навчального закладу, батьків та оточення дитини.

Кожна аутична дитина повинна мати можливість для гармонійного розвитку. Залучення в мультидисциплінарну команду, яка працює з дитиною фахівців різних спеціальностей дає таку можливість. Створення індивідуальної програми розвитку та плану дій має бути орієнтовано на

особистість і враховувати здібності та вподобання дитини. Всі члени команди та родина повинні чітко дотримуватись одної схеми роботи та спілкування з дитиною. Надзвичайного значення така взаємодія має в процесі тренувань з використанням здобутих навичок в життєвих ситуаціях.

Безпосередньо в процесі роботи, необхідно проводити постійний моніторинг виконання програми та оцінку стану дитини.

Як відомо, порушення аутистичного спектру характеризуються вкрай низькою соціальною компетентністю, низьким рівнем комунікативних здібностей і особливостями поведінки і мислення. Легкі форми прояву цих порушень можуть не перешкоджати дитині в навчанні, вони можуть не створювати особливих труднощів навіть у початковій школі. Особливо, якщо вихователю або педагогу вдається вибудувати правильні стереотипи процесу навчання і контролювати взаємини дітей у дитячому колективі, створити толерантні, дружні відносини між дітьми. Неправильне трактування вихователями, вчителями, психологами поведінки дитини може вилитися в навішування ярликів, приписування їй таких діагнозів, як психоз, девіантна поведінка, антисоціальність, депресія, проблеми оволодінням шкільними навичками та ін. У результаті дитина з проявами аутистичних порушень може бути виключена з дошкільного закладу, в школі, переведена на індивідуальну форму навчання або змушені змінювати один заклад за іншим. У ряді випадків такі зміни навчального закладу стають своєрідним ритуалом і відбуваються кожні 2-3 роки, а то й частіше.

Особливості дитини не дають можливості знайти друзів і в їх особі підтримку. Найчастіше діти з аутистичними порушеннями стають об'єктом жартів і відвертих знущань однокласників. Якщо ж дитина виявляє агресивність, погано контролює свою поведінку, склонна до істерик, конфлікти призводять до ще більш серйозних проблем. У разі правильної та своєчасної діагностики проблеми, психологічна допомога дитині може бути дієвою не тільки в корекційній установі або реабілітаційному центрі, а й у стінах звичайної школи або дошкільного закладу.

Робота з психокорекції порушень у дітей спектру має бути спрямована на подолання в першу чергу поведікових порушень, дефіциту соціальної та комунікативної сфери.

**У чому виявляються порушення аутистичного спектру у дітей у школі або в іншому дитячому колективі:**

У сфері соціальної взаємодії	Комуникації:	Порушення поведінки, уяви та соціальної практики
* Не відстежують увагу дорослого і не розуміють зацікавленості інших людей. * Труднощі	* Спілкування тільки при виникненні потреби в учнія, стереотипне використання мови. * Відсутність реакції на мову інших людей: дитина може не	* Наївність мислення, нерозуміння процесу мислення інших людей. * Нездатність інтерпретувати думки, почуття і дії інших людей.

<p>наслідування, імітації перешкоджають повноцінній роботі на фронтальних заняттях.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Нездатність підтримувати дружні відносини в колективі.</li> <li>* Відсутність реакції на емоційні переживання інших людей (не розпізнає емоції, інтонації, міміку).</li> <li>* Зациклення на своїх темах, обговорювання їх вголос.</li> </ul>	<p>реагувати на своє ім'я, погано сприймати інформацію на слух.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Порушення невербальної комунікації. Мінімальне використання жестів і міміки.</li> <li>* Використання звичайних слів в незвичайному значенні.</li> <li>* Погане розуміння непрямих мовних зворотів, образів, метафор, гри слів та іронії.</li> <li>* Висловлювання, що не відповідають ситуації.</li> <li>* Постійне промовляння, ігнорування відповідей інших людей.</li> <li>* Нездатність почати і підтримувати діалог.</li> <li>* Порушення просодики (тон, наголоси, інтонація).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Обмежені і повторювані уподобання, поведінка.</li> <li>* Порушення «виконавчої функції». Нездатність прогнозувати наслідки своїх дій, підготуватися до змін або планувати дії.</li> <li>* Нездатність брати участь в іграх і заняттях, що вимагають уяви.</li> </ul> <p>Присутність гри у дитини з аутизмом часто обмежується багаторазовим програванням однієї і тієї ж сцени.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Низька здатність справлятися з новими або незнайомими ситуаціями, змінами рутини.</li> </ul>
--	--	--

У своїх дослідженнях Саймон Барон-Коен (Simon Baron-Cohen) припустив, що тріада поведінкових порушень при аутизмі обумовлена порушенням базової здатності людини до «зчитування внутрішніх уявлень». Пояснення аутизму з позиції моделі психічного (theory of mind) припускає, що в аутистів втрачається здатність уявляти свої внутрішні переживання і переживання інших людей.

У повідомленні від першої особи ззвучить чітка характеристика цих порушень: «Нам важко зрозуміти, що знають інші люди. Нам ще складніше здогадатися, що інші люди думають».

Провідна роль у вирішенні проблем соціальної взаємодії надається таким фахівцям, як психолог, логопед, мовленнєвий та сенсорний терапевт, корекційний педагог.

Попри те, що аутисти можуть різко відрізнятись один від одного за рівнем розвитку мовлення, комунікативним здібностям, рівнем когнітивного розвитку, методика залучення їх у соціальну взаємодію багато в чому схожа. Ми повинні втрутатися у внутрішній світ аутиста з метою формування таких схем соціальної взаємодії, які зроблять можливим подальше навчання дитини. При цьому педагоги та психологи повинні розуміти і приймати до уваги особливості дитини, і до того ж ставитися до них з повагою. Аутисти, як ніхто інший, потребують емоційного комфорту, стабільності, доброзичливого ставлення до себе дорослих. При цьому для залучення у взаємодію дорослий має проявити безліч фантазій і, з одного боку, не шкодувати емоційних проявів, а з іншого - контролювати силу голосу, швидкість своєї вимови, знати, коли необхідно спинитися, бо дитина може вже не сприймати матеріал, при цьому показати, що на занятті дитина виконує не провідну роль, а підпорядковується дорослому.

В роботі над налагодженням спілкування і розвитку комунікаційних функцій ведучими фахівцями повинні бути логопед та мовленнєвий терапевт, психолог, корекційний педагог, музичний терапевт (логоритмічні заняття). Також розвиток комунікації та спілкування може відбуватися на заняттях каністерапії, групових ігрових заняттях та на уроках фізкультури.

Порушення уяви та соціальної практики не дає змоги аутичній дитині в повному обсязі розуміти оточуючих, оволодівати знаннями та успішно інтегруватись в суспільство. Вирішенням цих проблем мають займатися психолог, сенсорний терапевт, корекційний педагог, арт-терапевт, мовленнєвий та музичний терапевти.

В роботі над налагодженням соціальної взаємодії фахівці насамперед повинні створити у дитини позитивне відношення до співпраці. Підтримуючи впевненість в своїх діях та силах, вдається знизити рівень тривожності, активізувати бажання дитини виконувати запропоновані педагогом завдання, вступати в гру з однолітками. Створюючи правильні стереотипи співпраці, ми готуємо дитину для роботи в колективі однолітків, даємо можливість інтегрувати аутичну дитину у навчальний простір без зайвого психологічного навантаження. Оперуючи великою кількістю мотиваційних факторів ми маємо можливість постійно активувати бажання аутичної дитини бути включеною у взаємодію з оточуючими та виконувати не тільки ті завдання, що є приємними та цікавими, а й вивчати новий матеріал.

Психокорекційна робота з дітьми аутичного спектру розвитку крім налагодження партнерських відносин насамперед спрямована на виховання правильних реакцій при взаємодії, дотримання прийнятних соціальних норм в суспільстві. Особливе значення має навчання здібностям імітації дій дорослих та дітей, наслідування промовляння слів та словосполучень, тощо. Без навчання наслідувати дії інших людей, дитина не зможе повноцінно набувати нові знання.

Для розуміння почуттів інших людей дитині аутичного спектру розвитку необхідно навчитися розуміти мову жестів, міміку оточуючих. Це можливе не тільки за допомогою фото, відео та малюнків, а й в ході тренінгів та практичних занять.

Відомо, що великою перешкодою в роботі з аутичними дітьми є проблемна поведінка. Неможливе налагодження контакту, індивідуальна та групова робота, навчання дитини без того, щоб доросла людина могла контролювати та передбачати поведінку дитини. Найдієвішим методом роботи з дітьми аутичного спектру розвитку у всьому світі визнано метод прикладного аналізу поведінки (ABA - applied behavior analysis).

Використовуючи цей метод, ми можемо значно ефективніше впливати на виховання та покращувати поведінку. Зміна поведінки повинна бути об'єктивно оцінена та використана в роботі не тільки психологом, який над цим працює, а й іншими членами команди та батьками.

Використання великої кількості наочних матеріалів є одним з принципів роботи за цією методикою. Для дітей, що мають розлади спектру саме наочне підкріplення дає можливість в повному обсязі зрозуміти завдання, контекст, а для дітей, що не розмовляють, стає альтернативним засобом спілкування.

Відкритість та доказовість використання методу прикладного аналізу поведінки дає нам інструментарій для налагодження взаємодії в команді та в роботі з батьками. Базуючись на методі поведінкового аналізу ми маємо можливість складати індивідуальну програму розвитку дитини, відслідковувати генералізацію отриманих знань та навичок, прогнозувати подальший розвиток дитини.

Крім корекції небажаної поведінки, за допомогою цього методу ми успішно налагоджуємо співпрацю з маленькими аутистами, навчаємо їх зосереджуватись на завданні, підкріплюємо візуальне сприйняття, швидше навчаємо імітації та узагальненню. Розвиток комунікативних навичок відбувається більш вільно та ефективно.

Особливе значення використання методу АВА має для навчання аутичної дитини здатності демонструвати отримані вміння, знання, навички. Саме завдяки цьому аутичні діти, що пройшли цю терапію демонструють більший рівень інтелектуального розвитку, комунікативних здібностей, ніж ті діти, які своєчасно її не отримали.

Комплексна та планомірна робота з аутичною дитиною має включати психокорекцію когнітивних функцій. Особливості мислення аутичної людини, нейровідмінність ускладнює процес навчання та соціалізації. Гіперселективність сприйняття, мислення та емоцій не може бути повністю подолане, але завдяки терапії аутична дитина навчається більш адекватно сприймати інформацію, оцінювати та використовувати її. Наочність, системність та конкретність мислення дітей з РАС має бути використані в навчанні та максимально нівелювані в тих областях, де виступає в ролі обтяжуючого фактору. Також, необхідно проводити значну роботу над збільшенням об'єму пам'яті та розвитку уваги.

Діти з аутизмом мають великих проблем у виконавчій функції. Буквальне дотримання інструкцій, невміння творчо осмислити завдання значно відрізняють аутичну дитину від дітей з іншими розладами розвитку.

Особливість сприйняття є ознакою сенсорної дезінтеграції дітей спектру. Працюючи над подоланням цих недоліків необхідно мати на меті формування адекватної поведінки дитини у відповідь на сенсорні стимули. Формуючи уявлення про власне тіло, його положення в просторі, ми розвиваємо у аутичної дитини усвідомлення себе через тілесні відчуття. Заняття з сенсорної інтеграції розвиває диференціацію та нормалізує чутливість. Активізація загального тонусу дитини робить цю терапію особливо важливою у випадках, коли діти мають крім основного діагнозу супутні соматичні порушення.

Велике значення сенсомоторної терапії відслідковується у розвитку грубої та дрібної моторики. Паралельне заняття з лікувальної фізкультури, заняття з ритміки вдосконалює розвиток грубої моторики. На заняттях корекційного педагога, арт-терапевта, психолога та логопеда, мають використовуватись рекомендації сенсорного терапевта з розвитку дрібної та оральної моторики.

Неможливо уявити собі психокорекційну роботу з аутичною дитиною без застосування методів ігрової терапії. Якщо діти спектру граються, то це

переважно стереотипні ігри, також більш приязно сприймаються різні сенсорні та предметні ігрові дії.

Значною проблемою є розвиток сюжетно-рольової гри. Як не дивно, але наших дітей треба вчити гратися. Долучаючи до таких дій батьків та братів/сестер, просто однолітків, ми маємо можливість провести репетицію необхідних дій, програвання побутових сюжетів. Спільна гра спрямовується на навчання аутичної дитини діяти разом з іншими, встановлювати зоровий контакт, дотримуватись черговості в діях. Психокорекційна робота ігротерапевта за необхідністю, може бути проведена у вигляді терапевтичної гри.

Діти з синдромом Аспергера і дитячим аутизмом не розуміють простих правил поведінки в групі/класі. Наприклад, дитина може не усвідомлювати, що вона не повинна відповідати на всі питання в класі вголос і не розуміє причин відповідного невдоволення вчителя. Такі діти часто можуть неправильно розуміти непряме питання і давати дивні відповіді, як у житті, так і по телефону. У результаті така дитина часто стає об'єктом насмішок з боку інших учнів, налагодити відносини з якими, їй буває надзвичайно важко.

У дітей з РСА суспільні правила не засвоюються через наслідування. Їх необхідно цілеспрямовано навчати соціальним навичкам, розумінню та керуванню емоціями. Методики налагодження соціальної взаємодії та комунікації мають особливості побудови роботи з аутичною дитиною. Необхідно ставити короткі конкретні цілі та завдання, а по досягненню результату багаторазово повторювати їх для закріплення. Малі порції інформації знижують рівень стресу, не знижують самооцінку, викликають менше протестних реакцій. Для поліпшення сприйняття інформації необхідно використовувати максимальну візуалізацію матеріалу, у ряді випадків можливе відео підкріплення. Краще починати заняття в індивідуальному режимі з поступовим включенням в невеликі групи.

Тренінги соціальної взаємодії має сенс починати з роботи над розумінням емоцій інших людей. Темп Грэндін (відома вискофункціональна аутистка), коли відчула, що її комунікація страждає через нерозуміння нею емоцій інших людей, просто вчилася за фотографіями розрізняти, як саме та чи інша міміка висловлює різні емоції. Багато дітей навіть не розуміють, що зчитування цієї інформації може сказати більше, ніж слова. Завдяки хороший зорової пам'яті у більшості дітей спектру, такі тренування приносять досить швидкий результат.

Вироблення правильних стратегій соціальної взаємодії може бути досягнуте за допомогою написання соціальних історій для кожної конкретної дитини або розробки сценарію взаємодії для групи. Методика Соціальних історій (Social Story, Carol Gray ), відома також під назвою «соціальні сценарії /сценарії життя» ( Social Scripts ), розробила в 1991 році Карол Грей. Вони застосовуються для навчання дітей з аутизмом суспільним навичкам.

З їх допомогою діти долають невміння усвідомлювати почуття, точки зору або плани інших людей. Історія, написана про якусь конкретну подію

або випадок, дає дитині розгорнуту інформацію, що допомагає зрозуміти яка реакція у відповідь буде доречна або очікувана.

Для кожної проблемної поведінкової ситуації пишеться історія, в якій головним героєм є сама дитина, описується подія з її життя (наприклад, необхідність стояти в черзі в шкільному буфеті) і дії дитини в даній ситуації. Завдяки написанню Соціальних історій, ми можемо знизити рівень тривожності і запобігти небажаній поведінці в певних ситуаціях. Історії пишуться за певними правилами, щоб максимальнно уникнути напруги у дитини і точніше дати установку для дій. Методика передбачає активну участь дитини в написанні соціальної історії, так як вона безпосередньо пов'язана з особистістю та вподобаннями дитини. Завдяки використанню соціальних історій дитина легше навчається поведінці в соціумі.

Тренінги стресостійкості можуть бути корисні для тих дітей, які не можуть впоратися з напругою в школі і схильні до емоційних зливів. Такі тренінги можуть бути спрямовані на:

1. Своєчасне розпізнавання ознак емоційного перевантаження.
2. Оцінку рівня свого стану. Техніку релаксації.
3. Попередження стресів. Створення індивідуальних щоденників, розкладів, блокнотів для структурування подій і своєчасних реакцій.

Комунікативні тренінги мають особливе значення для тих дітей спектру, мова яких недостатньо розвинена і її граматичний лад не відповідає віку. Необхідність таких тренінгів особливо проявляється, коли виникає необхідність давати розгорнуті відповіді біля дошки, презентувати свою роботу і включатися у спілкування в колективі. Тренінги комунікативних навичок, також, з часом, можуть проходити не тільки індивідуально, а й у невеликих групах. Провідна роль психолога полягає в тому, щоб активізувати бажання дитини спілкуватися, розширити її словниковий запас, допомогти сформувати алгоритм написання виступів.

Психокорекційна робота з дітьми може проводитися не тільки психологами, вчителями та вихователями, соціальними педагогами, а й батьками. Особливе значення така робота має для запобігання нагнітання негативу в колективі навколо аутичної дитини. Своєчасне втручання дорослих на первинних етапах може підтримати дитину і сформувати у неї бажання взаємодіяти з іншими дітьми. Створення для учня групи підтримки з найбільшого числа дітей, надалі зробить менш реальною ситуацію цукування і знущань в колективі. Дружнє оточення батьків, педагогів і психолога в змозі попередити можливі стресові і проблематичні ситуації в підлітковому віці.

Прояви комунікативних порушень у дітей аутичного спектру розвитку можуть бути у вигляді: тяжкого аутистичного порушення з нерозумінням зверненого мовлення та мутизмом або промовлянням окремих слів та словосполучень; аутистичного розладу зі збереженим розумінням зверненого мовлення, дитина, що не розмовляє або з загальним недорозвиненням мовлення; високо-функціонального аутизму зі збереженим розумінням мовлення;

гарною вимовою та з порушенням комунікативної функції мовлення; незначного аутистичного порушення з проблемами встановлення контакту. Різноманітність проявів мовленнєвих та комунікативних порушень при аутизмі, передбачає різноплановість методів корекції.

Логопедична корекція - навчання вербальним засобам спілкування, формування розгорнутого мовлення та комунікативної поведінки. Для дітей, в яких мовленнєві функції формуються дуже повільно така робота супроводжується введенням альтернативних засобів спілкування (PECS). Робота логопеда спрямована, насамперед, на спонукання до мовлення, активації його.

Психокорекційна робота неможлива без навчання аутичної дитини академічним знанням та навичкам. Завдання корекційного педагога розробити та впровадити програму розвитку пізнавальних процесів. Етапи навчання формуються умовно з урахуванням нерівномірності когнітивного та психологічного розвитку конкретної дитини.

Незалежно від того, який ступінь і кількість порушень встановлено в дитині, ми повинні крок за кроком пройти з нею увесь шлях розвитку. У багатьох методиках навчання та виховання дітей із тяжкими порушеннями розвитку особливе значення надається продуманості дій до дрібниць, досконалості системи навчання від простого до більш складного.

# РАННЯ ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ (РСА). СУЧASNІ ДІАГНОСТИЧНІ ІНСТРУМЕНТАРІЇ

Н.Мисник,  
директор Центру дитячої  
психіатрії та неврології  
«МЕДЛЕКС»

Необхідність ранньої діагностики розладів спектру аутизму (РСА) не викликає сумнівів, оскільки дозволяє вчасно почати терапію, а отже, досягти значного покращення якості життя осіб з РСА, забезпечити більш високий рівень соціального функціонування та інклузії. Рання діагностика також дозволяє батькам дитини швидше пройти стадію «першого шоку» і розгубленості і розробити правильну стратегію поведінки, спрямовану на вирішення проблеми.

Діагностичні стандарти для РСА відрізняються у багатьох країнах та регіонах, залежать від культури і підходів до виховання дітей, але тією чи іншою мірою встановлюють необхідність ранньої діагностики та створення системи кваліфікованого спостереження. Контроль за розвитком потрібно забезпечити для всіх дітей з РСА за участі членів їхніх сімей, педагогів, лікарів первинного рівня медичної допомоги, дитячих психіатрів. Це спостереження повинно включати проведення спеціального скринінгу тих дітей, у яких є підозра на РСА, і подальший моніторинг їхнього розвитку.

Симптоми РСА виявляються у віці до 3 років, частіше у 12-18 місяців, але в окремих психічних сферах вони не діагностуються протягом, щонайменше, ще кількох років.

## Крок 1 – Запідозрити проблему (батьки, педіатри, сімейні лікарі)

Для будь-яких батьків їхній малюк – найкращий, а його здоров'я і благополуччя – найважливіші життєві пріоритети. Тому будь-які відхилення в розвитку дитини батьки визначають досить точно і своєчасно. А в наш час, коли інформація будь-якого роду є загальнодоступною, а обмін нею – як ніколи простим та оперативним, батьки навіть намагаються самостійно встановити діагноз. Головне на цьому етапі – не намагатися сховатися від проблеми, не чекати, коли вона минеться, і вже точно не соромитися, а звернутися до спеціаліста (не обов'язково відразу до дитячого психіатра, а до педіатра чи дитячого невролога).

Отже, ось деякі підказки, котрі допоможуть вчасно запідозрити РСА і затримку розвитку.

1. Інститутом аутизму медичного коледжу Університету штату Флорида (США) було проведено дослідження, мета якого – виявлення ранніх ознак, так званих «червоних прапорців», первазивних порушень розвитку у

дітей віком до 24 місяців. Дослідження дозволило виділити 9 «червоних прапорців», котрі допомагають відрізняти дітей з аутизмом і РСА від дітей з затримками розвитку і нормальним розвитком, і 4 «червоних прапорців», що відрізняють дітей з непервазивними затримками розвитку від звичайних дітей (Wetherby et al., 2004).

Виділені сигнальні прояви РСА і затримок розвитку представлені у таблиці 1.

Табл.1 «Червоні прапорці» РСА і непервазивних розладів

<b>«Червоні прапорці» аутизму і РСА</b>	<b>«Червоні прапорці» непервазивних затримок розвитку</b>
☒ Не показує, не привертає увагу інших до чогось	☒ Відсутній вказівний жест
☒ Неузгодженість, зрозумілої іншим невербалної комунікації	☒ Не грається з іграшками
☒ Не намагається розділити з кимось інтереси чи задоволення	☒ Не реагує на контекстуальні стимули
☒ Не наслідує дій з предметами	☒ Не вимовляє певні звуки (перш за все, приголосні)
☒ Відсутній направлений погляд	
☒ Не відгукується на ім'я	
☒ Не виявляє тепла, радості	
☒ Незвичні інтонаційні модуляції мовлення	
☒ Повторювані рухи чи пози	

2. А ось перелік симптомів, запропонований клінічними протоколами з РСА, що затверджені Наказом №108 Міністерства охорони здоров'я України від 15.02.2010 для формування груп «специфічного ризику розладів загального розвитку і формування прицільної профілактики». У цьому варіанті пропонується розділити симптоми на вікові групи – до 12 місяців (таблиця 2) і від 1 до 3 років (таблиця 3).

Табл.2 Ознаки загальних порушень розвитку дитини на першому році життя

<b>Досліджувана сфера</b>	<b>Ознаки порушень загального розвитку</b>
<b>Моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На руках у дорослого справляє враження ригідної напруженості дитини</li> <li>• Має місце стереотипне маніпулювання улюбленими предметами перед очима, не характерними для дітей першого року життя</li> <li>• Слабко проявляє активність з пізнавальною метою</li> </ul>

Перші	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дитина абсолютно не реагує на голос батьків, спрямовані враження глухої</li> <li>Любити різні специфічні звуки</li> <li>До кінця 7-го місяця дитина не обертається у напрямку джерела звуку або до людини, яка до неї торкається</li> <li>Часто і тривало навмисно дряпає певні поверхні тіла</li> <li>Тривало концентрується на певних візерунках на стінах і стелі</li> </ul>
Розвиток мови	<ul style="list-style-type: none"> <li>До кінця 5-го місяця відсутнє гуління</li> <li>До кінця 7-го місяця не користується голосом для залучення до себе уваги оточення</li> <li>До кінця 8-го місяця відсутній лепет</li> </ul>
Соціальна поведінка	<ul style="list-style-type: none"> <li>До кінця 3-го місяця емоційно не реагує на близьких і оточуючих людей (посмішка, образа, плач)</li> <li>До кінця 6-го місяця не простягає ручки до батьків</li> <li>До кінця 6-го місяця створюється враження, що дитина не хоче, щоб її брали на руки або щоб з нею займалися (здається, що вона самодостатня)</li> <li>До кінця 10-го місяця не прагне наслідувати дорослих</li> <li>До кінця 12-го місяця не цікавиться предметами довкілля, не вказує на них</li> <li>Не грається, як інші діти, а постійно займається повторенням одноманітних дій або маніпулює нейгровими предметами</li> </ul>
Інші риси	<ul style="list-style-type: none"> <li>Різні порушення харчової поведінки (наприклад, стереотипні харчові переваги)</li> <li>Спостерігаються тривалі фази плачу і крику без видимих причин</li> <li>Спостерігаються тривалі фази глибокої апатії</li> <li>Спостерігаються порушення поведінки, раптові "вибухи" агресії</li> <li>Нетипова для дитини цього віку, занадто спокійна, або навпаки, неспокійна поведінка</li> <li>Порушення сну (в перші місяці життя - періоди безсоння, що супроводжується сильним занепокоєнням і плачем дитини, або безсоння, під час якого дитина лежить нерухомо з розплющеними очима і занадто спокійно</li> </ul>

Табл.3 Ознаки загальних порушень розвитку дитини у віці від 1 до 3 років

Досліджувана сфера	Ознаки порушень загального розвитку
Соціальні характеристики	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уникає погляду в очі батькам та іншим людям</li> <li>• Не розрізняє незнайомих людей і тих, кого бачить щодня, не боїться незнайомців, не демонструє емоційної прихильності до батьків</li> <li>• Має вузький діапазон емоцій (неадекватні афективні прояви)</li> <li>• Не любить ігри на зразок "ку-ку", "ладусі"</li> <li>• Не помічає інших людей, не звертає на них увагу, не намагається потоваришувати</li> <li>• Рідко заводить або підтримує гру з однолітками або приєднується до групи дітей</li> <li>• Погано розуміє загальноприйняті звукові сигнали і команди</li> <li>• Не до місця сміється або кричить</li> <li>• Не розуміє емоцій інших людей</li> <li>• Незвично реагує на певні предмети, наприклад, може боятися окремих побутових предметів або іграшок</li> <li>• Ігнорує реальну небезпеку, здається, що вона не розуміє небезпеки висоти, гарячих предметів</li> <li>• Неадекватно проявляє свої емоції, емоційну і соціальну взаємність</li> </ul>
Особливості спілкування	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мало посміхається, має відсутній вигляд</li> <li>• Не за віком мовчазна</li> <li>• Не реагує на своє ім'я, поводиться так, ніби не чує</li> <li>• Поводиться так, нібито не помічає того, хто з нею розмовляє, може дивитися "крізь" людину</li> </ul>
Особливості поведінки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пізно починає говорити, спостерігається регрес мовного розвитку (раніше щось говорила, а потім перестала)</li> <li>• Механічно, часто невідповідно ситуації, повторює почуті слова або фрази (ехолалія)</li> <li>• Часто має проблеми при повторенні або використанні жестів і правильної міміки для спілкування, не розуміє мімічних виразів і емоцій (наприклад, не розуміє, плаче близька людина чи радіє), що відповідають їм</li> <li>• Не виявляє зацікавлення спілкуванням, погано ініціює взаємодію з іншими людьми</li> <li>• Не імітує або не демонструє функціональну або рольову гру</li> </ul>

### **Особливості пізнавальної діяльності**

- Не вказує пальцем і не махає "до побачення"
- Упирається і напружується, коли її беруть за руки
- Періодично робить серійні стереотипні рухи (трасі кистями рук, дивно рухає пальцями, завдає ударів по тілу і тому подібне)
- Стереотипно, не за призначенням маніпулює предметами
- Незвично чутлива до певних звукових подразників (наприклад, звуку пилососа, блендура і тому подібне), не реагує на певні звукові подразники (в основному мовні)
- Характерна стереотипна або ідiosинкратична мова
- Чинить опір змінам у звичному розпорядку, безпричинно наполягає на його виконанні
- Пізнає навколошній світ неадекватними методами, наприклад, лиже, нюхає
- Уникає дивитися на інших людей
- Уникає торкатися інших людей, вважає, що краще чіпати предмети або використати руку іншої людини
- Імпульсивна, компульсивна або зі склонністю до нав'язливих рухів поведінка
- Стереотипно використовує засвоєні сигнали і моделі поведінки
- Не переносить набуті навички в іншу обстановку або ситуацію (не моделює)
- Тлумачить мову буквально, погано розуміє вирази обличчя, жести або інші загальноприйняті сигнали
- Відволікається на звукові або зорові подразники, не вміє чекати
- Ускладнені організаційні навички, навички планування або вибору
- Діяльність стереотипна, з великою кількістю поведінкових штампів, ритуалів, які не завжди адекватні ситуації, що склалася

### **Крок 2 – Первінний скринінг симптомів РСА (педіатри, сімейні лікарі, психологи дошкільних закладів і шкіл)**

Існують різні погляди на ефективність скринінгових процедур і можливості діагностики аутизму у немовлят та дітей дошкільного віку в економічно розвинених країнах та країнах, що розвиваються. Процедури скринінгу порушень розвитку у дітей в економічно розвинених країнах інтегровані в систему первинної медичної допомоги. В Україні система сімейної медицини знаходитьться у стадії формування, тому функції скринінгу тимчасово можуть взяти на себе педіатри, а також психологи дошкільних

навчальних закладів, котрі регулярно контактирують з дітьми до досягнення іншим шкільного віку. Саме у них є можливість забезпечити моніторинг психічного розвитку для тих дітей, котрі віднесені до групи ризику за первинними порушеннями розвитку.

Американська академія педіатрів (AAP) рекомендує, щоб усі діти були обстежені на предмет виключення затримок розвитку під час планових профілактических оглядів дитини у віці 9, 18, 24 і 30 місяців. Додаткові обстеження можуть бути рекомендовані дітям, що народилися передчасно, чи які мали малу вагу при народженні. Спеціальний скринінг на РСА додатково проводиться під час профілактических оглядів у віці 24 чи 30 місяців.

### *Сучасні інструментарії, рекомендовані для скринінгу РАС*

Розроблено багато анкет, які можуть використовуватися в якості інструментаріїв для оцінки розвитку дітей, а також для скринінгу РСА, запропоновані різні алгоритми його проведення. Серед багатьох інструментів можна виділити два, що заслуговують особливої уваги, оскільки вони безкоштовні, переведені різними мовами та випробувані у багатьох країнах. Це M-CHAT і CARS - рейтингова шкала дитячого аутизму.

**УВАГА:** Жоден скринінговий інструмент не має 100% достовірності отриманих даних. Результати скринінгових методик **НЕ є ДІАГНОЗОМ!!!**, а лише визначають «групу ризику» і є приводом для звернення до спеціаліста для більш детального обстеження дитини.

### **М-CHAT (Модифікований скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку)**

**(The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT);  
Robins, Fein, & Barton , 1999)**

М-CHAT було створено у США, він є розширеною версією скринінгового тесту CHAT, створеного у Великій Британії. М-CHAT містить 23 питання (в оригінальній версії 9 питань).

М-CHAT використовують для проведення скринінгового обстеження на розлади спектру аутизму (РСА) у дітей віком від 16 до 30 місяців.

М-CHAT може проводитися як частина звичайного медичного обстеження дитини. Також він може використовуватися для оцінки ризику наявності аутизму представниками немедичних спеціальностей.

Головна мета використання М-CHAT – виявлення ризику наявності аутизму і РСА, однак, не всі діти, котрі виявляються при використанні даного методу, дійсно мають діагноз РСА. На додачу до М-CHAT було створено діагностичне інтерв'ю. Однак, і з застосуванням інтерв'ю, нерідко виявляються діти, у котрих діагноз у подальшому не підтверджується, але у деяких із них є ризик затримки розвитку.

Обробка даних М-CHAT займає менше 2 хвилин. Діти, що отримали більше 3 балів за загальною шкалою, або ті, що набрали 2 критичних бали,

повинні бути направлені на діагностичне обстеження до спеціалістів, до чиїх компетенцій входить встановлення діагнозу РСА у дітей раннього віку. Шкала М-СНАТ та алгоритм оцінки результатів наведений в додатку 1.

### **Діагностична шкала раннього дитячого аутизму (CARS)**

CARS - рейтингова шкала дитячого аутизму (Шоплер (Schopler) та ін., 1988) - це стандартизований інструмент для оцінки ступеню важкості аутистичної поведінки. Це основний скринінговий тест для дітей з підозрою на діагноз аутизм у Північній Америці. За допомогою даної шкали батьки та спеціалісти можуть оцінити аутистичну поведінку дитини. Вона складається з 15 функціональних областей. Оцінка окремих областей включає 4 ступені - від поведінки, відповідної вікові, до поведінки, що значно «відхиляється від звичайної». CARS може використовуватися для всіх вікових груп, у тому числі у ранньому віці.

Шкала CARS та алгоритм оцінки результатів наведений в додатку 2.

Окреме місце займає інструментарій для скринінгу високо-функціонального аутизму і синдрому Аспергера. Найзручнішою є австралійська шкала для виявлення синдрому Аспергера (ASAS), розроблена для дітей від 5 років. З цією ж метою може використовуватися тест для скринінгу аутизму (ASSQ) для дітей від 6 до 16 років.

### **ASAS Австралійська шкала для синдрому Аспергера**

Австралійська шкала оцінки для синдрому Аспергера (Еттвуд (Attwood), 1998) розроблена для визначення поведінкових особливостей, властивих дітям з синдромом Аспергера дошкільного і молодшого шкільного віку. У цьому віці найчастіше помітні незвичні манери поведінки та виняткові здібності, що дозволяють розпізнати синдром Аспергера. Шкала базується на офіційних критеріях діагностики синдрому Аспергера і значному клінічному досвіді.

Шкала ASAS та алгоритм оцінки результатів наведений в додатку 3.

### **Тест ASSQ**

Скринінговий тест ASSQ призначений для попереднього виявлення аутичних рис у дітей віком 6-16 років. Може використовуватися як батьками, які підозрюють РСА у дитини, так і просто дорослими для самодіагностики (у цьому випадку заповнюється або самим дорослим, або його батьками за спогадами про дитинство).

Тест ASSQ та алгоритм оцінки результатів наведений в додатку 4.

### **Крок 3 – Кваліфікована діагностика РСА (мультидисциплінарна команда фахівців)**

Симптоматика РСА відрізняється значною варіативністю, тому діагностика повинна проводитися цілою командою кваліфікованих спеціалістів, котрі володіють глибокими теоретичними знаннями і практичним досвідом у цій сфері. Головна причина необхідності такого комплексного підходу полягає не лише в тому, щоб встановити правильний діагноз, але й у тому, щоб визначити оптимальні методи корекції, з'ясувати, як допомогти дитині справитися зі своїм порушенням і розкрити свій потенціал.

Отже, в рамках комплексної діагностики слід оцінити наступні фактори:

- наявність та важкість когнітивної недостатності;
- соціальні та комунікативні навички;
- особливості емоційної сфери та поведінки;
- навички самообслуговування;
- рівень розвитку мови;
- рівень розвитку моторики (крупної та дрібної) та сенсорної сфери;
- стан фізичного здоров'я дитини, наявність супутніх захворювань.

Рекомендований склад діагностичної команди:

1. Дитячий психіатр
2. Дитячий невролог
3. Дитячий психолог
4. Логопед-дефектолог
5. Корекційний педагог
6. Реабілітолог (спеціаліст ЛФК)
7. Дитячий отоларинголог (аудіограма) – за необхідності
8. Дитячий гастроenterолог – за необхідності (якщо у дитини спостерігається тяжка діарея, запор, кров у калі, блювота).

Діагностика окремих психічних сфер (когнітивної, комунікативної, мовної, моторної, сенсорної, рівня адаптації) дає можливість кількісно і якісно оцінити рівень їх функціонування. Для цього існує велика кількість спеціальних інструментаріїв, вибір з яких залежить від віку дитини, розвитку мови, тощо, а іноді і від володіння іноземними мовами фахівця, що проводить діагностику (адже не всі методики перекладені на українську або російську мови). Отже, вибір методу діагностики, коректність її проведення і вірність інтерпретації результатів багато в чому залежить від професіоналізму фахівця та досвіду його роботи з дітьми з розладами спектру аутизму. Адже тільки за умови точної діагностики стає можливою адекватна інтервенція, спрямована на індивідуальні потреби дитини в навченні та максимально можливу інтеграцію її в соціальне середовище.

Наведемо деякі з інструментаріїв для оцінки окремих психічних функцій, що найширше використовуються у світовій дитячій психіатрії.

Сфера дослідження	Інструментарій	Вік досліджуваного
Поведінка	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ADOS (Шкала спостереження для діагностики аутизму)</li> <li>- ADI-R (Діагностичне інтерв'ю при аутизмі - переглянуте)</li> </ul>	Від 1 року Від 2 років
Рівень розвитку та когнітивне функціонування	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Мюнхенська функціональна діагностика розвитку дитини 1 року життя</li> <li>- Мюнхенська функціональна діагностика розвитку дитини 2-3 року життя</li> <li>- Шкала Бейлі (Bayley Scales of Infant Development-II)</li> <li>- Психолого-освітній профіль (Psychoeducational Profile -PEP)</li> <li>- Снайде-Омен невербальний тест інтелекту для дітей 2,5-7 років (SON 2,2-7)</li> <li>- Тестова батарея Кауфмана (Kaufman assessment battery for children)</li> <li>- Тест невербального інтелекту та когнітивних можливостей Лейтер (Leiter International Performance Scale, Revised)</li> <li>- Шкала розумового розвитку Стенфорд-Бінє (Stanford-Binet, 4th edition)</li> <li>- Шкала інтелекту Векслера для дошкільного і молодшого шкільного віку (WPPSI-R – Wechsler Preschool and Preliminary Scales of Intelligence, Revised)</li> <li>- Шкала інтелекту Векслера для дітей (WISC – Wechsler Intelligence Scales for Children)</li> </ul>	0-12 місяців 13-36 місяців 2-42 місяці 6 місяців – 7 років 2,5-7 років 2,5-12 років 2-18 років 3-7 років 3-7 років 6-16 років
Мовний розвиток	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receptive One-Word Picture Vocabulary Test (ROWPVT)</li> <li>- Expressive One-Word Picture Vocabulary Test (EOWPVT)</li> </ul>	Від 2 років Від 2 років
Адаптивна поведінка та соціальне функціонування	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Шкала адаптивної поведінки Вайнленда (Vineland Adaptive Behavior Scales)</li> <li>- Шкали соціального та емоційного розвитку Вайнленда (Vineland Social Emotional Scales)</li> <li>- Опитувальник відповідності соціального та емоційного розвитку віку дитини (ASQ:SE – Ages &amp; Stages Questionnaires: Social-Emotional)</li> </ul>	Будь-який вік 0-6 років 6-60 місяців
Моторний розвиток	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peabody Developmental Motor Scales</li> <li>- Шкала Бейлі (Bayley Scales of Infant Development-II)</li> <li>- Психолого-освітній профіль (Psychoeducational Profile -PEP)</li> </ul>	0-5 років 2-42 місяці
Сенсорний розвиток	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensory Profile</li> <li>- Infant Toddler Sensory Profile</li> </ul>	6 місяців – 7 років 3-10 років 0-36 місяців

# **СУЧASNІ МЕТОДИ КОРЕНЮВАННЯ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

## **ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ПОВЕДІНКИ**

О.Філюк, психолог  
БО «Школа-сходинки»

В даний час особливої популярності при роботі з дітьми з діагнозом "Аутизм" набуває "Прикладний аналіз поведінки" (ABA Applied behavior analysis). Це зумовлено тим, що при використанні аналізу поведінки, в роботі досягаються високі результати. Ефективність даного підходу доведена науковим шляхом. Методики прикладного аналізу поведінки дозволяють досягти конкретних результатів у заплановані терміни.

**Індивідуальна програма навчання.** Ця програма завжди визначається індивідуально дляожної дитини, виходячи з поставлених завдань, можливостей сім'ї та ступеню розвитку у дитини навичок, необхідних для вирішення цих завдань.

**Скільки годин на тиждень?** Зазвичай, програма раннього втручання (початок роботи до 3 років) розрахована на інтенсивну щоденну роботу до 40 годин на тиждень. Проте, залежно від індивідуальних завдань і можливостей, вона може бути тривалістю 20 годин на тиждень і менше.

**Протягом якого часу?** АВА - це довгострокова робота. Як правило, вона розрахована на багаторічний супровід дитини.

**Хто може працювати?** За програмою з дитиною можуть працювати як професійні фахівці, так і члени родини. А також можливо поєднувати таким чином, що одну частину дня працює фахівець, а другу - батьки.

**Чому навчати?** Програма навчання спрямована не тільки на розвиток академічних навичок. На початку роботи проводиться бесіда з батьками та діагностика. За результатами тестування і з урахуванням запиту батьків складається програма навчання. Вона може охоплювати як усі сфери життя дитини, так і навчання окремим навичкам, таким як читати, писати, зав'язувати шнурки або їздити в транспорті.

**де застосовувати?** Застосування програми відбувається повсюди. Робота проводиться і в спеціалізованому навчальному центрі, і в дитячому садку (за погодженням з адміністрацією), і в школі, і на дитячому майданчику, і в магазині, і в транспорті, і вдома. Вона охоплює всі сфери життя дитини.

### **Основні напрямки роботи.**

Зазвичай, робота за програмою ведеться в таких напрямках:

1. Корекція небажаної поведінки.
2. Навчання новим навичкам.
3. Аналіз і розвиток вербальної поведінки .

### **Корекція небажаної поведінки.**

Програма з корекції проблемної поведінки полягає в тому, щоб допомогти дитині досягти своєї мети соціально прийнятним чином. Тобто, замість небажаної поведінки використовувати таку поведінку, яка прийнята для даного суспільства. Для цього проводиться функціональний аналіз проблемної поведінки. У процесі якого вивчаються особливості поведінки: як вона виглядає, де відбувається, скільки триває, як часто буває, в присутності кого відбувається і багато іншого. Аналізуються події, які впливають на виникнення небажаної поведінки, тобто, простіше кажучи, події, які її викликають. Визначається мети поведінки, тобто для чого відбувається дана поведінка, чого досягає дитина з допомогою цієї поведінки. Після вивчення особливостей поведінки проводиться робота з її корекції.

Для роботи пропонуються методики, які можуть:

- а) запобігти поведінці, тобто зробити так, щоб прибрати причину, подію, фразу, які можуть спровокувати небажану поведінку;
- б) одночасно з цим, може проводитися робота з навчанням відсутнім навичкам;

с) крім того, завжди пропонуються заходи по заміні небажаної поведінки альтернативною, такою, яка прийнята в даному суспільстві, або заходи по зменшенню тривалості чи кількості проблемної поведінки;

д) обов'язково, вказуються конкретні дії, слова, заняття, які можуть зупинити небажану поведінку в той час, коли вона вже відбувається. Важливо відзначити, що всі ці заходи проводяться одночасно. Неприпустимо виконання одних рекомендацій та ігнорування інших, так як кожен пункт програми несе певне навантаження, виконує певну функцію, спрямовану на вирішення свого завдання. Невиконання рекомендацій може привести до розбалансування всієї програми в цілому і зниження її ефективності.

е) обов'язково ведуться записи результатів. Записи допомагають оцінити ефективність програми, зрозуміти, на скільки отримані результати відповідають поставленій меті, проаналізувати динаміку навчання, і на підставі цих даних, будувати програму наступного рівня складності.

Таким чином, у програмі корекції небажаної поведінки обов'язково будуть запропоновані методики:

- а) щодо попередження появи небажаної поведінки;
- б) щодо зупинки поведінки, якщо вона почалася;
- с) по досягненню дитиною тієї ж мети, тільки прийнятним шляхом.

Тобто, робота завжди проводиться комплексно, за рахунок чого досягається висока ефективність.

### ***Навчання новим навичкам.***

Навчання новим навичкам - це об'ємна частина роботи. Навички для навчання також визначаються індивідуально за результатами тестування співбесіди з батьками. Зазвичай, навчання навичкам відбувається в таких областях:

- навички навчання та співробітництва;
- навички імітації;
- ігрові навички;

- комунікативні;
- соціальні;
- навички візуального сприйняття;
- розвиток мови;
- академічні навички.

У залежності від часу, відведеного на роботу з дитиною, а також індивідуальних особливостей дитини, робота може проводитися одночасно за кількома напрямами або в якомусь одному напрямку. Тобто може бути навчання тільки навичкам імітації чи тільки навичкам виконання інструкцій.

Існують спеціальні методи навчання. Ось приклади деяких з них:

• часто вживаний метод "окремі блоки". У процесі навчання застосовують певну кількість навчальних блоків. У кожному блоці дається невелика частина інформації. У наступному ще частину інформації. Між блоками робиться невелика пауза. У процесі навчання засвоєння навику доводиться до досконалості, а також узагальнюється в різних ситуаціях, місцях і з різними людьми.

• шейпінг використовується для навчання новому типу поведінки. У процесі навчання посилюються ті дії, які наближаються до бажаних.

• навчання по ланцюжку. Для цього будь яка дія розбивається на дрібні етапи. Кожен наступний крок посилює попередній. Ланцюжки зазвичай застосовують для навчання таких навичок як: зав'язування шнурків, миття рук, приготування їжі, виготовлення пасочок з піску та ін., тобто тих, які складаються з послідовних кроків.

• випадкове навчання. Навчання відбувається у природному середовищі дитини. Навколоїшнє середовище готується таким чином, щоб стимулювати дитину до прояву ініціативи. Цей метод використовують для навчання соціальним навичкам, навичкам розвитку мови і комунікації.

Метод навчання, а також середовище для навчання в кожному випадку вибирається індивідуально. Коли дитина володіє незначною кількістю навичок, а також відчуває труднощі в знаходженні серед дітей – часто тривожиться, переживає, втрачає концентрацію – слід навчати її індивідуально. Зазвичай, щоб знизити рівень тривожності дитини, потрібно один на один добре навчити її тим навичкам, які вона потім буде застосовувати з іншими людьми. Наприклад, вітатися, відповідати на питання про себе, грати в м'яч та ін. Коли дитина вже вміє працювати з вчителями, не відчуває почуття сильної тривоги, знає кілька ігор, можна переходити на навчання в міні групах. Часто дитина індивідуально навчається якісь грі, а потім в міні групі вчиться застосовувати свої вміння з іншими дітьми. Після того, як дитина навчиться ефективно перебувати в міні групах, сприймати інформацію, звернену до всіх, виконувати завдання, інструкції, можна переводити її на навчання до класу.

### *Вербальна поведінка.*

Окремий блок в АВА терапії відведено аналізу та навчанню вербальної поведінки. Для діагностики рівня розвитку вербальної поведінки може застосовуватися тестування VB- MAPP. Дане тестування дозволяє визначити:

- а) рівень розвитку навичок дитини;
- б) порівняти цей рівень з рівнем розвитку тих же навичок у дітей, що розвиваються звичайно;
- в) визначити, що може ускладнювати навчання дитини;
- г) підібрати найбільш відповідне середовище для навчання (індивідуальне навчання, в міні групі, інтеграція у велику групу).

Тестування навичок розділене на три блоки. У перший блок входить перелік навичок, якими звичайні діти опановують у віці:

- 1) до 18 місяців;
- 2) з 18 до 30 місяців;
- 3) з 30 до 48 місяців.

Поняття "вербальне поведінка" дещо відрізняється від звичного нам "розвитку мови". Поведінковий аналіз вербальної поведінки ґрунтується на функціональних характеристиках мови, тобто на меті яка досягається використанням тих чи інших вербальних дій.

Наведу приклади деяких вербальних дій:

Манд, чи звернення з проханнями. Наприклад, дитина каже: "Ням-ням", якщо хоче отримати щось смачне.

Такт - називання предметів. Сюди можна включити коментування. Дитина каже: "Літак", коли над головою пролітає літак.

Екоік (Exo) - повторення. Дитина повторює: "Літак" після того, як мама сказала: "Літак".

Інtraverbalні дії - ведення діалогу, відповіді на запитання.

### *Система альтернативної комунікації PECS.*

Також в рамках прикладного аналізу поведінки використовується система альтернативної комунікації PECS. Ця система застосовується для дітей, що не розмовляють, а також для дітей, у яких є затримка мовного розвитку. Суть методу полягає в тому, що діти в якості слів використовують картки із зображенням (або символами) тих предметів, які хотіть попросити, або про які хочуть розповісти. Система PECS дуже добре себе зарекомендувала так як її застосування дозволяє:

- Збільшити прояв ініціативи у дітей;
- Розвинути навички комунікації;
- Допомагає прискорити процес розвитку мови у дітей із затримкою мовного розвитку.

Деякі батьки побоюються того, що введення альтернативної комунікації може перешкоджати розвитку мовлення у дітей. Однак це не так. Використання даної системи, навпаки, тільки прискорить процес розвитку мови у дитини, і ніяк не зашкодить.

## **НАПРЯМИ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОБОТІ ІЗ ДІТЬМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ РОЗВИТКУ**

Товкес Ю.В.  
логопед БО «Школа-сходинки»

На сьогоднішній день аутизм став головною проблемою української корекційної педагогіки та дитячої психіатрії. Кількість дітей, яким ставлять цей діагноз різко збільшилась. Дуже лякаючим стає аутизм для батьків цих дітей, але слід зазначити, що цей діагноз часто помилково ставлять дітям з первинними мовленнєвими порушеннями, що ускладнює надання подальшої корекційної допомоги.

Які ж основні діагностичні риси аутизму? Головним симптомом РАС є порушення соціальної взаємодії, проявами якого є: обмеженість невербальної поведінки, нездатність організовувати та підтримувати взаємодію з однолітками, відсутність спонтанного бажання ділитися радістю, успіхами, не розуміння емоцій інших людей, відсутність емпатії. Другим основним симптомом РАС є порушення розвитку невербальної та вербальної комунікації, проявами чого є: при відсутності мовлення діти не намагаються компенсаторно використовувати для спілкування жести та міміку, нездатність ініціювати та підтримувати розмову, повторення стереотипних мовленнєвих штампів, відсутність спонтанної імітаційної та уявної гри, спостерігаються порушення просодичної сторони мовлення (патологічні зміни темпу, ритму, висоти голосу). Третім симптомом РАС є обмежені, стереотипні форми поведінки, інтересів, рухів, які не несуть функціонального значення, бо є джерелом задоволення сенсорних вподобань, а також не гнучка, шаблонна поведінка в щоденних ситуаціях, стійкі вподобання певними предметами чи їх частинами, жорстке дотримання ритуалів. Якщо ці симптоми спостерігаються у вашої дитини, зберіть всю свою волю в кулак і негайно ж займіться роботою спрямованою на їх подолання, і у вас з'явиться шанс подолати цю недугу!

Головним завданням батьків та кожного спеціаліста який працює з дитиною із особливими потребами є забезпечення комфортного та повноцінного життя, що включає: свободу вибору, можливість проявляти ініціативу та самостійно приймати рішення, включатися в життя суспільства. Саме тому головним принципом корекційно-виховної роботи з особливими дітьми є «нормалізація» життя, але важливо відрізняти «нормалізацію» життя від фанатичного бажання зробити дитину « нормальнюю ». Нормалізація життя – це принцип корекційно-виховної роботи, який не ставить за мету змінити саму дитину, а корегує вплив зовнішнього середовища на поведінку та життя дитини. Одним з найголовніших завдань нормалізації є: навчити дитину користуватися засобами взаємодії та комунікації, які відповідають її індивідуальним особливостям.

Робота над формуванням комунікативних навичок у дітей з РСА проводиться у двох напрямках:

- 1) навчання верbalним засобам комунікації;

## 2) навчання альтернативним засобам комунікації.

У дітей з РСА спостерігається відсутність мотивації до спілкування, невміння орієнтуватися у ситуаціях спілкування, розлади поведінки, підвищена смішна втомлюваність – все це в сукупності заважає засвоювати дитині правила комунікативної поведінки та повноцінно використовувати навколошнім середовищем. Тому головним завданням на початку процесу навчання – зменшити вплив всіх цих факторів на мовний розвиток дитини, а для цього логопед повинен виявити сильні підкріплюючі стимули і встановити їх як мотиватори, мінімізувати прояви небажаних поведінки (яка, найчастіше, виникає внаслідок того, що дитина не може висловити свої бажання, ділитися почуттями), підвищити рівень проприєтів мислення, активізувати сенсорні відчуття.

Процес навчання вербальним засобам комунікації розділяється на 2 етапи:

1. Підготовчий етап.
2. Навчальний етап.

### ***Основні напрями роботи на підготовчому етапі:***

Мета: розвиток системи міжаналізаторних зв'язків, як основи для формування мовленнєвого спілкування.

1. Встановлення зорового та емоційного контакту (у роботі з дітьми-аутистами це дуже важливий етап, адже, доки дитина не вступить вас у свій світ, робота не буде результативною).

Наприклад – завдання, що включають сенсорну стимуляцію: розкачування, переливання води та ін., або ігри, що відповідають індивідуальним інтересам дитини.

2. Підбір афективних стимулів.
3. Розвиток навичок імітації.
4. Сенсорна стимуляція, активізація відчуттів.

### ***Основні напрями роботи при навчальному етапі:***

Мета: відпрацювання мовленнєвих навичок і сенсомоторних еталонів, необхідних для формування комунікативної поведінки.

1. Розвиток слухової та зорової уваги.

Наприклад – співвіднесення форми зображеного предмета з відповідною геометричною фігурою.

2. Розвиток здатності використовувати невербальні засоби комунікації. Розширення репертуару засобів які дитина використовує при комунікації з оточуючими, подолання розладів праксису та кінестетичного контролю. Наприклад – відтворення рухів зображених на малюнку.

3. Розвиток дрібної та артикуляційної моторики.

Розвиток маніпулятивної діяльності, формування уявлення про схеми обличчя і тіла, розвиток рухливості мовленнєвої мускулатури.

4. Розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання.

Збільшення об'єму дихання, нормалізація його ритми, активізація цілеспрямованого ротового видиху, розвиток координації діяльності дихання, фонації, артикуляції.

5. Розвиток почуття ритму.

Формування ритміко-інтонаційної сторони мовлення, координованої роботи аналізаторів (мовно-рухового, мовно-слухового, зорового).

6. Накопичення пасивного словника.

Розвиток розуміння ситуативного та побутового мовлення.

7. Провокація вокалізацій.

Формування первинних мовленнєвих навичок на матеріалі звуконаслідувань, звукопоєдань.

### *Процес навчання альтернативним засобам комунікації.*

Мета: навчити дитину засобам цілеспрямованого спілкування – поведінці, що спрямована на іншу людину, яка у свою чергу забезпечує пряме (бажаний предмет, продукт...) чи соціальне підкріплення.

У програмі навчання дітей альтернативним засобам комунікації ми використовуємо PECS (Система спілкування з допомогою обміну картками), процес навчання користування ними ґрунтуються на принципах та методах Прикладного аналізу поведінки (ABA - розроблений Б.Ф.Скіннером).

Етапи навчання користування PECS:

1. Навчання сутності спілкування.

Кінцева мета: побачивши бажаний предмет, учень бере картку, що означає цей предмет, дотягується до співрозмовника і вкладає картку йому в руку.

На цьому етапі ми не ставимо перед дитиною завдання співвідносити картку з предметом, ми вчили дитину принципу користування цими картками.

2. Відстань та наполегливість.

Кінцева мета: дитина підходить до свого альбому для занять, бере з нього картку підходить до педагога, привертає до себе увагу і вкладає картку йому в руку.

3. Розрізнення карток.

Кінцева мета: щоб попросити бажаний предмет, дитина підходить до альбому для занять, обирає потрібну картку із декількох запропонованих, наближається до співрозмовника і віддає йому картку.

4. Структура речення.

Кінцева мета: дитина просить бажаний предмет у формі фрази з декількох карток, виконавши наступну послідовність дій: підходить до альбому для занять, дістає картку «Я хочу», розташовує її на шаблоні для речень, дістає картку із зображенням бажаного предмета, розташовує її на шаблоні для речень, підходить до співрозмовника та обмінює шаблон на бажаний предмет.

5. Додаткова навичка «якості предметів».

Кінцева мета: учень просить про предмети підходячи до альбому для занять, складаючи з допомогою шаблону речення (картка «я хочу», картка-якості, картка бажаного предмета) та обмінює на предмет.

6. Відповідь на питання «Що ти хочеш?»

Кінцева мета: учень спонтанно просить різноманітні предмети і відповідає на питання «Що ти хочеш?»

7. Коментування.

Кінцева мета: учень відповідає на питання «Що ти хочеш?», «Що ти бачиш?», «Що ти чуєш?», спонтанно просить та коментує.

Найважливішими результатами навчання комунікації є оволодіння навичками спілкування до яких відносяться:

Продуктивні навички спілкування:

1. Прохання про заохочення.
2. Прохання про допомогу.
3. Прохання про перерву.
4. Відповідь «так», «ні» на питання «Ти хочеш...?»

Навички сприймання:

1. Адекватна реакція на прохання «Почекай».
2. Адекватна реакція на повідомлення про зміну діяльності.
3. Виконання інструкцій.
4. Дотримання розкладу.

Аутистичний спектр розвитку включає в себе велику кількість різноманітних відхилень та порушень, які об'єднуються трьома основними симптомами: порушення соціальної взаємодії, порушення комунікації, стереотипні види поведінки. Порушення комунікації - є одним із основних об'єктів корекційної допомоги дітям із РАС, бо загострює прояви асоціальної поведінки, порушень мовлення, недорозвитку мисленнєвих процесів.

### Література

1. Кирилова Е.В. Логопедическая работа с безречевыми детьми: Учебно-методическое пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2011. – 64 с.
2. Фрост Лори. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS): руководство для педагогов/ Лори Фрост и Энди Бонди. – М.: Теревинф, 2011. – 416с.
3. Шульженко Д.І., Андреєва Н.С. Корекційний розвиток аутичної дитини: (книга для батьків та педагогів) – К.: Д.М.Кейдун, 2011. – 344с.

# ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Мороз І.  
Корекційний педагог  
БО «Школа-сходинки»

Загальною метою навчальних програм для всіх учнів, у тому числі і для учнів з порушеннями розвитку, є - навчити їх жити і діяти в суспільстві. Досягнення цієї мети вимагає навчання, заснованого на індивідуальних потребах дитини. Постановка індивідуальних завдань для кожного учня вимагає реальної оцінки його поточних здібностей, а також з'ясування навчальних проблем. Для дітей з розладами аутистичного спектру це має особливе значення у зв'язку з тим, що для них характерна нерівномірність психічного розвитку в сукупності з відставанням у розвитку комунікативної сфери і соціальних навичок.

Передумовою розвитку всіх видів діяльності є мотивація і поява певних потреб та інтересів. Працюючи з дітьми аутичного спектру розвитку ми використовуємо стимули, які враховують особливі інтереси дитини, створюємо прийнятні стереотипи діяльності, які сприяють засвоєнню матеріалу.

При плануванні роботи та підборі дидактичного матеріалу враховуються труднощі сприйняття дитини з аутизмом. Як правило, слуховий канал сприйняття розвинений погано, тому пояснення мети і завдань ускладнене. Виходячи з цього, ми повинні враховувати, що основним каналом для навчання буде канал візуальний. У дітей з аутичним типом розвитку мислення візуальне - вони мислять картинками. Опора на наочний матеріал служить розвитку наочно-дієвого мислення.

Рекомендується вже на перших етапах роботи вести особисті альбоми для наповнення їх дослідженням матеріалом. Такі альбоми є не тільки наочним посібником, а і заспокійливим фактором, тому що дитина вже знає їх зміст і не тривожиться. Діти з аутизмом швидше набувають навички, якщо навчання супроводжується ілюстрацією. Інструкція або умова задачі повинні підкріплюватися картинкою. Використання картинок має бути обов'язковою умовою на всіх заняттях з дитиною.

У випадку якщо у дитини порушений і візуальний канал, залишається використання фізичних підказок і багаторазових повторень дій дитини в руці дорослого.

- Робота з дітьми проводиться в декілька кроків:
1. Постановка конкретного завдання, пояснення, що дитина повинна зробити;
  2. Демонстрація того, що повинна дитина зробити;
  3. Поетапно виконати всі дії з дитиною, при необхідності використовуючи її руку.

Складні операції слід розбивати на прості.

Робота з аутичною дитиною повинна проводитися постійно. Оптимально чотири рази на тиждень корекційні заняття з фахівцями та обов'язкове закріплення вдома.

Робота повинна бути послідовною. У міру того, як засвоюються завдання, їх змінюють на складніші.

Заняття бажано проводити в один і той же час, в одній і тій же обстановці, вони можуть супроводжуватися ритуалами початку і закінчення уроку з особливими заохоченнями.

Етапи навчання за часом та віком дітей розподілені умовно, враховуючи нерівномірність психічних процесів дітей з розладами аутистичного спектру.

#### ➤ 1 етап (від 1 до 3-4 років)

Основні напрямки (види діяльності):

1. Ознайомлення з сенсорними еталонами. Сенсорні еталони - це загально прийняті зразки зовнішніх властивостей предметів.

- Величина (великий - маленький).
- Колір (основні: червоний, синій, зелений, жовтий).
- Форма (плоскі: квадрат, коло, трикутник, прямокутник; об'ємні: куля, куб, пірамідка, цеглинка).

Величина - це властивості предметів, які вимірюються шляхом порівняння. Ця ознака є відносною. Наприклад: ялинка маленька в порівнянні з будинком, але велика в порівнянні з шишкою.

Практичні дії:

- 1) Збираємо великі предмети у велику ємність, а маленькі в маленьку.
- 2) Записуємо в руці маленькі предмети, великі беремо обома руками.

Колір. Знайомство з кольором починається з 4 основних. Коли навик сформований переходимо до: білого, чорного, жовтогарячого і фіолетового.

Практичні дії:

- 1) Зорове співвіднесення кольорів. Розкладаємо різнокольорові предмети в ємності певних кольорів: червоні в червону і т.д.
- 2) Знайомство з поняттям «колір». На цьому етапі вводимо поняття кольорового еталону. «Подивися, це яблуко, воно червоне. Знайди предмети такого ж кольору - червоні». Ховаємо машинку жовтого кольору серед інших і просимо: «Дай мені жовту».
- 3) Закріплення понять про колір в словах. Серед безлічі різнокольорових предметів обирати тільки предмети заданого кольору, вводимо поняття «такий же».

Форма - це зовнішні обриси предметів. Сенсорні еталони бувають плоскі та об'ємні. Починаємо навчання з кулі і куба, паралельно вводимо коло і квадрат.

Практичні дії:

- 1) Порівнюємо: кулька котиться - кубик ні, у нього є кути, коле ручки, можна будувати вежі. При знайомстві з колом і квадратом підключаємо графічний досвід: обводимо пальчиком, не відриваючи руки, коло. Показуємо куточки у квадрата. Використовуємо рамки і вкладиші Монтессорі.
- 2) На першому етапі диференціємо - співвідносимо, на другому - називаємо, показуємо.

## **2. Формування елементарних кількісних уявлень.**

Підготовчий етап:

- а) ритмічність
- б) один – багато
- в) такий же

Основний: поняття ряду.

**Ритмічність** - це рівномірне повторення через певні проміжки. Поняття ряду засноване на поняття ритмічності. Математичний ряд - повтор одиниць.

Розвитку функцій рахування сприяють різноманітні рухи, в тому числі рухові стереотипи аутичної дитини - постукування по поверхні столу, плескання в долоні, розгойдування на гойдалці, стрибки на місці, підкидання м'яча.

### **Формування понять «один» і «багато»**

Робота з малюками по формуванню кількісних уявлень починається з завдань на підбір і об'єднання предметів за певною ознакою, виділення однорідних предметів з безлічі. Перш, ніж навчати дитину рахунку за допомогою числівників, необхідно навчити її сприймати безліч в цілому і в той же час бачити частині, що її утворюють.

Ці поняття можна починати формувати відразу після того, як дитина зможе виконати інструкцію: "Покажи " або " Дай" .

Практичні дії:

Ми кладемо перед дитиною жменьку невеликих однорідних предметів (гудзики, палички, намистинки і т. п. ) і просимо її: "Дай мені - один". Зазвичай, дитина радісно бере і простягає стільки, скільки захоплює її долонька. "Ні! Це - багато! Дай мені тільки один! ", - і показуємо, скільки це - один, простягаючи йому один предмет на своїй долоні.

Зазвичай діти швидко освоюють це поняття. А якщо їх хвалити і заохочувати, то це поняття формується за одне - два заняття . Навіть у дуже складних для навчання дітей.

### **Формування поняття «такий же»**

Це поняття ми формуємо у дітей, так само, відразу після того, як дитина змогла виконати на прохання дорослого завдання: " Покажи " або " Дай " .

Ми кладемо перед дитиною дві іграшки, наприклад, машинку і лялечку, потім показуємо йому другу машинку, точну копію першої, і просимо: "Дай таку" або "Дай таку ж ", або, простіше: "Покажи таку ж".

## **Формування поняття «ряд»**

Практичні дії :

- 1) Один – два. «Дай один , дай два»;
- 2) 1,2,3 - так само.

Вводимо цифровий ряд . Спочатку короткий - 1,2,3

Для дітей, що не говорять цифровий ряд можна вводити відразу, одночасно з першими числами. Діти не проговорюють, а показують на цифрах потрібну кількість чого-небудь.

- a. Готуємо табличку з рядом цифр, і окремі картки з тими ж цифрами

1 2 3

1:2:3

таблиця

розрізати на картки

- b. Відпрацьовуємо співвіднесення числа і цифри на будь-яких предметах
- c. Підбираємо цифру до цифри - тобто робота за принципом лото.
- d. Складаємо, на прохання, ряд 1-3 з цифр-карточок, спочатку за зразком, потім на пам'ять.
- e. Рахуємо на заняттях і вдома все, що тільки можливо.

### **3. Підготовка до навчання читанню:**

- a) створення особистого букваря,
- б) глобальне читання.

Навчання аутичних дітей читання починається зі створення «Особистого букваря». Буквар - перша книга, на матеріалі якої формуються передумови осмисленого читання. Але навіть при вдалому поєднанні мовного і наочного матеріалу звичайний буквар рідко зачіпає інтереси дитини з аутизмом.

Найбільш вірним і природнім представляється максимальний зв'язок навчання з особистим досвідом дитини, з ним самим, його сім'єю, з тим, що відбувається в його житті.

На першому етапі роботи в альбомі розміщаються фотографії дитини і членів сім'ї, під ними напис - табличка.

На другому етапі 7-10 відомих предметів (картинка + напис). Далі категорії предметів (транспорт, одяг, продукти).

Тут вводиться глобальне читання, яке розвиває зорову увагу і пам'ять. При навченні глобальному читання необхідно дотримуватися поступовість і послідовність. Слова, читати які ми хочемо навчити дитину, повинні означати відомі їй предмети, дії, явища. Вводити даний тип читання можна не раніше, ніж дитина зможе співвідносити предмет і його зображення, підбирати парні предмети або картинки.

Одночасно з роботою над картинками на кожній сторінці букваря вивчається нова буква. Всі букви визначаються на початку, в кінці і в середині слова. Якщо літера знаходитьсь тільки на початку слова, аутична дитина, з притаманною їй стереотипністю, може запам'ятати її тільки в цій позиції і не зможе відізнати в інших . Тому, вивчаючи, наприклад, букву «М», ми разом з дитиною приклеюємо до альбому фотографію мами, а поруч

зображення «дім», «лампа», підписуємо картинки і пояснююмо дитині, що буква «М» може бути на початку, в кінці і в середині слова.

У загальному вигляді послідовність роботи з букварем можна представити таким чином:

а) вивчення нової букви; букву пише дорослий, потім сама дитина (чи дорослий її рукою);

б) малювання або наклеювання предметів, у назві яких є буква, що вивчається;

в) підписування намальованих предметів, дитина сама або за допомогою дорослого пише в слові знайому букву.

Дуже часто «Особистий буквар» стає для дитини улюбленою, цінною книгою, якою вона дуже дорожить.

#### 4. Формування графічних навичок:

а) обводимо,

б) штрихуємо,

в) розфарбовуємо.

Під час занять використовуємо різноманітні трафарети, діти вчаться обводити контур і зафарбовувати. Тут важливо допомогти підібрати (спочатку фломастер), а потім кольоровий олівець, правильно зафіксувати його в руці, вчити заштриховувати і зафарбовувати фігуру, що обведена. Вчимо дитину не виходити олівцем за контури, посилено звертаємо увагу на цей контур, і, таким чином, закріплюємо думку про те, що лінія визначає контур.

#### ➤ 2 етап (від 2 до 5-6 років)

Основні напрямки (види діяльності):

#### 1. Формування уявлень про кількість і рахунок:

а) порядковий рахунок,

б) співвіднесення числа з кількістю,

в) додавання по ряду.

Практичні дії:

1) Вчимося перераховувати предмети і впізнавати цифри, а також співвідносити їх з кількістю пальців, рахункового матеріалу і предметів. Для вивчення цифр використовуємо всі аналізатори: тактильний, зоровий, слуховий .

2) Ряд 1-5.

Готуються табличка і картки:

1 2 3 4 5 – табличка

1 : 2 : 3 : 4 : 5 – картки

Накладаємо картки на табличку по порядку і вроздріб за принципом лото.

3) Ряд 1-10. Етапи ті ж.

#### *Додавання*

Додавати по одному можна відразу після засвоєння ряду 1-5.

Від простого перерахунку предметів переходимо до додавання по одному.

- 1) Спочатку на предметах: «Один додати один, буде два. Два додати один буде три ...»
- 2) Потім по ряду, по табличці.
- 3) Усно, по ряду. За потреби підглядаємо в табличку. Дуже важливо, щоб дитина не зазубрювала відповіді, а спиралася на числовий ряд.

## 2. Навчання читанню.

Навчання читанню на цьому етапі доцільно вести за такими напрямками:

- 1) аналітико-синтетичне (по літерах) читання;
- 2) по складове читання;
- 3) глобальне читання;
- 4) письмо, як підготовка до читання

Заняття будується за принципом чергування всіх напрямів, так як кожен з цих типів читання приводить до дії різні мовні механізми дитини. Використовуючи прийоми аналітико-синтетичного читання, ми даємо дитині можливість зосередитися саме на звуковій стороні мови, що створює базу для включення звукоімітуючого механізму. Поскладове читання допомагає працювати над злитністю і протяжністю вимови. Глобальне читання спирається на гарну зорову пам'ять аутичної дитини і є найбільш зрозумілим для неї, так як графічний образ слова відразу зв'язується з реальним об'єктом. Однак, якщо навчати дитину тільки прийомам глобального читання, досить скоро настає момент, коли механічна пам'ять перестає утримувати накопичений обсяг слів. При нормальному розвитку мови всю аналітичну роботу по вичлененню фонеми як основної складової одиниці усного мовлення дитина виконує самостійно. Для виділення окремої літери зі слова і співвіднесення її з певним звуком такій дитині не потрібна значна допомога з боку дорослого. В умовах патологічного становлення мови малюк не в змозі сам провести настільки складний аналіз мовних одиниць, тому без спеціального навчання він не зможе перейти від фотографічного «вгадування» слів до справжнього читання.

### Глобальне читання

Навчання глобальному читанню дозволяє розвивати імпресивну мову і мислення дитини до оволодіння вимовою. Крім того, глобальне читання розвиває зорову увагу і пам'ять.

Суть глобального читання полягає в тому, що дитина може навчитися впізнавати написані слова цілими, не виокремлюючи окремих букв.

Читання слів. Підбираються картинки з підписами по всім основним лексичним темам (іграшки, посуд, меблі, транспорт, домашні та дики тварини, птахи, комахи, овочі, фрукти, одяг, продукти, квіти і т.п.).

Добре почати з теми «Іграшки». Спочатку беремо дві таблички з різними словами, наприклад «ллялька» і «м'яч». Не можна брати слова, схожі за написанням.

Таблички до іграшок або до картинок ми починаємо підкладати самі, промовляючи те, що на них написано. Потім пропонуємо дитині покласти табличку до потрібної картинки або іграшки самостійно.

Після запам'ятовування двох табличок починаємо поступово додавати наступні.

Порядок введення нових лексичних тим довільний, так як в основному ми орієнтуємося на уподобання дитини.

Глобальне читання дозволяє з'ясувати, наскільки дитина, що не розмовляє, розуміє звернену мову, дозволяє їй подолати негативне ставлення до заняття, дас впевненість у собі.

### **Письмо**

При занятті письмом беруть участь, головним чином, психомоторні центри мозку, при читанні ж відбувається більш висока робота, виключно інтелектуальної якості. Письмо є важливим засобом підготовки до читання. Повільність процесу, під час якого дитина складає або пише слово дає їй можливість і час подумати над значками (буквами), які потрібні для утворення цього слова (для того, щоб скласти слово з рухомого алфавіту або написати його, потрібно набагато більше часу, ніж для його прочитання). Під час письма дитина привчається механічно визначати поєднання букв, з яких складено слова.

### **3. Підготовка руки до письма**

- обводимо контур, штрихуєм, зафарбовуємо цифри і букви, що вивчаються;
- пишемо по опорних крапках.

Практичні дії:

- 1) при вивченні цифр і букв використовуються трафарети, об'ємні букви, обведення яких формує моторну пам'ять.
- 2) продовжуємо роботу в «Особистих букварях», букви і цифри, що вивчаємо, прописуємо по опорних крапках, зменшуючи їх розмір і кількість, потім за зразком і, нарешті, самостійно.

### **➤ 3 етап (від 3 до 6-7 років)**

На третьому етапі навчання ми намагаємося дати дітям достатній запас академічних навичок та знань, для того, щоб у перший рік навчання в школі вони могли витрачати основні сили на адаптацію. Основні напрямки (види діяльності).

#### **1. Формування основних математичних навичок:**

- а) склад числа від 1 – 10;
- б) арифметичні дії та виконання наочних завдань у межах 10.

Коли порядковий рахунок і навик співвіднесення числа з кількістю чітко сформований, можна сміливо приступати до вивчення складу числа і одночасного виконання наочних завдань.

**Практичні дії :**

- 1) працюємо над складом числа в особистому букварі або альбомі, орієнтуючись на інтереси і вподобання дитини. Наклеюємо фігурки і обводимо за трафаретами: овочі, фрукти, тварин, машини.
- 2) широко використовуємо різноманітний наочний матеріал, іграшки, вигадуємо завдання і записуємо їх, спочатку по опорних крапках. Поступово вчимося записувати приклади самостійно, орієнтуватися по клітинках.
- 3) вчимося графічно зображати задачу в зошиті або альбомі за допомогою карток з цифрами і математичними знаками.
- 4) усно розбираємо умову задачі, вчимося формулювати запитання і розповідати хід виконання з опорою на наочний матеріал.
- 5) вчимося визначати відносини між суміжними числами (сусіди числа), здійснювати рахунок у зворотному порядку.

## **2. Читання**

Поскладове (читання складових таблиць, коротких слів)  
Глобальне (слова, словосполучення)

## **3. Письмо**

- а) пишемо по опорних крапках і самостійно;
- б) прописи;
- в) пишемо під диктовку.

**Практичні дії :**

- 1) продовжуємо роботу з трафаретами за категоріями, підписуємо назви зображень.
- 2) вводимо елементи великих літер.
- 3) вчимося писати під диктовку слова за темами (тварини, пори року, овочі, фрукти і т.д.)

На кожному етапі навчання дітей з розладами аутистичного спектру проводиться робота з розвитку розумових операцій: аналізу, синтезу, узагальнення, формування та розвитку мовлення, розширення понятійного словника. Усі види діяльності ідуть паралельно і взаємно доповнюють одну одну.

Дуже важливі при роботі з дітьми твердість, наполегливість, вимогливість. Звичайно, це важко, як для батьків, так і для вчителя, але важливо пам'ятати: коли ми вимагаємо від дитини правильної поведінки, цілеспрямованої діяльності, ми формуємо відповідний стереотип, з яким дитині буде легше буде взаємодіяти з оточенням, пізнавати світ, вчитися.

## ІГРОВА ТЕРАПІЯ В ПСИХОКОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ

О.Коба, психолог  
БО «Школа-ходинки»

При психокорекції роботі з аутичними дітьми, зазвичай, використовують різні методики та техніки. Наприклад: когнітивно-поведінкова терапія, прикладний аналіз поведінки (ABA), ігрова терапія, соціальні історії, комунікативні тренінги та багато іншого. В цій статті я би хотіла звернути увагу саме на ігрову терапію, та розповісти яким чином даний вид терапії можна використовувати при роботі з дітьми з РАС. Основою ігрової терапії є терапевтична гра (далі по тексту гра). Вважаю, що ігрова терапія досить вдало доповнює інші методики. За допомогою ігрової терапії можна налагодити контакт з дитиною та стати другом для неї.

Відомо, що гра, для дітей - це провідна форма їхньої діяльності, в якій усвідомлюється та вивчається навколоїшній світ, відкривається простір для особистої творчості, активності самопізнання і самовираження.

Ігрова терапія являє собою метод корекції емоційних та поведінкових розладів у дітей, в основу якої покладений природній для дитини спосіб взаємодії з оточуючим світом - гра. Гра являється для дитини тим самим, що мова для дорослої людини. Здатність до гри важлива складова розвитку. За допомогою гри дитина навчається різноманітнім навикам та правилам поведінки.

Організація занять з аутичною дитиною передбачає створення умов та простору для гри. Ігрова діяльність дітей з аутизмом відрізняється від ігор звичайних дітей, та має свою специфіку.

Аутична дитина сама організовує свою «гру» і не любить, щоб до гри хтось приєднувався. Тому важливо щоб батьки та спеціалісти які працюють з дитиною стали не тільки партнерами в грі, але й вводили особисті елементи гри, а потім і нові ігрові сценарії. При цьому, необхідно пам'ятати, що вводити власні ігрові сценарії потрібно з великою обережністю. Ні в якому разі не форсувати події, а діяти тактично та м'яко, щоб не зіпсувати відносини, які ви намагаєтесь побудувати з дитиною. Спочатку потрібно бути уважним пасивним спостерігачем, потім, коли ви вивчили алгоритм дій дитини і бачите, що дитина спокійно реагує на вашу присутність, ви можете спробувати приєднатися до гри дитини на її умовах. Після цього, ви, поступово, можете вносити нові елементи гри.

Особливість гри дітей з РАС полягає в тому, що дітям з аутичним спектром подобається маніпулювати різними предметами. Через цей етап пізнання предметного світу проходять всі діти раннього віку. Однак, діти з РАС на довгий час «застряють» в цьому періоді. Основна мотивація їх маніпуляції з предметами та іграшками полягає в отриманні сенсорних відчуттів від взаємодії з ними. Саме бажанням отримувати різноманітні сенсорні ефекти, пояснюється активна зацікавленість аутичної дитини до різних предметів (може подобатись крутити, кидати на підлогу, нюхати, пробувати на смак і т.д. різні предмети та матеріали деколи зовсім не

ігрового призначення (кришки від банок, шнурки і т.п.). А ось діяльністю предметами відповідно до їх функціонального призначення дитина відмовляється, так як соціальне значення предмета для неї менш важливе ніж отримання сенсорних відчуттів від маніпуляцій з цими предметами.

Треба пам'ятати, що корекційна робота з дітьми, що мають РАС, буде досить тривалою, і на перших етапах взаємодії дитина може взагалі відмовитись вступати з вами в контакт, не кажучи вже про спільну гру.

Дитина з РАС має одну або декілька улюблених ігор, в які вона може грati постійно. Особливістю даної стереотипної гри є те, що для оточуючих сенс даної гри залишається загадкою. В цій гри є лише один учасник, це сама дитина, і в дану гру вона нікого не впускає. Для гри характерна незмінність, тобто гра, яка вже існує залишається незмінною протягом довготривалого часу (дитина протягом значного проміжку часу виконує одні і ті ж самі дії, в тій самій послідовності, як вчора, тиждень тому і т.д.). Отже, необхідно уважно спостерігати за діями, які виконує дитина, щоб знати їх послідовність та у сліщний момент спробувати приєднатися до цієї гри м'яко та ненав'язливо.

Стереотипна гра має свої плюси та мінуси. Позитивною стороною даної гри є те, що за допомогою цієї гри можна не тільки побудувати стосунки з дитиною, а й стати її другом. Під час гри в дитини з'являється відчуття безпеки, що в свою чергу веде до зменшення різних негативних переживань. За допомогою стереотипної гри дитина може себе збалансувати для продовження роботи, або зменшити перевантаження. Навіть, коли у дитини починається істерика, можна запустити стереотипну гру і таким чином переключити увагу дитини на те заняття від якого вона отримує задоволення.

Вище було сказано, що діти з РАС люблять маніпулювати предметами заради отримання сенсорних відчуттів, отже сенсорними іграми можна назвати ті ігри, мета яких полягає в тому, щоб дати дитині нові відчуття. Сенсорні ігри, мають свої підгрупи: зорові, слухові, тактильні, рухові, ігри з запахами та смакові.

Зорові ігри зв'язані з баченням (спостереженням) дитиною яскравих кольорів, спостереженням за перетіканням одного кольору в інший, змішуванням кольорів. Прикладом таких ігор є ігри з кольоровим піском, або пофарбованим рисом, ігри з фарбами. Для даної гри необхідно взяти фарби, пензлик та декілька прозорих пластикових, або скляних стаканчиків з водою. Потім змочений пензлик вмочити у фарбу (будь-якого кольору) потім зафарбувати одну склянку з водою даним кольором, потім іншу другим і т.д., наступним кроком може бути змішування одного кольору з іншим, в результаті може вийти 3-й колір.

Слухові ігри, це ігри в яких дитина чує різноманітність звуків починаючи від шелесту листя до звучання музичних інструментів та вчиться їх розрізняти. Наприклад, у вас є заздалегідь підібрані звуки (запис на телефоні), ви включаєте даний звук і дитина має сказати, або показати на картку, на якій зображеній музичний інструмент, тощо. Дати дитині пошарудіти коробкою, в якій насыпана крупа, потім запропонувати декілька

інших коробок і дитина має наслух знайти іншу коробку з таким самим звуком.

Тактильні ігри, коли дитина відчуває за допомогою дотиків і розрізняє предмети та іграшки за своєю фактурою від м'якого плюшевого ведмедика до прохолодної, гладкої поверхні скла, розрізняє за величиною та формою предмети. Прикладом даної гри можуть бути ігри з пластиліном, глиною, піском (малювання піском по склу) та крупами. Можна використати різні наповнювачі (манка, рис, гречка, шишки, каштани, грецькі горіхи вода) і дитина має вгадати, що в середині, теж саме можна робити з цифрами та буквами, тощо. Можливо дитині подобається грати з фольгою. Можна взяти фольгу, спочатку, зім'яти її та зробити кульку, потім знову вирівняти і т.д.

Вдома можна ходити по гороху, квасолі або іншим крупам. Дозволяйте дітям влітку якомога частіше бігати босоніж по траві, піску, вологій глині, по гальці.

Рухові ігри, це ігри, які дають відчуття рухів тіла в просторі (біг, танці, ходьба тощо.). Можна покружляти дитину в повітрі, при цьому промовляючи «полетіли-полетіли...». Також допомагають вправи на м'ячі, батуті, гойдалці, тощо.

Ігри з запахами, це ігри в яких дитина вчиться розрізняти та ідентифікувати різні запахи. В цій грі можна використовувати фломастери які мають запах (наприклад, жовтий фломастер має запах лимона, а оранжевий, пахне апельсином і т.д.). Коли дитина малює такими фломастерами, вона відчуває запах і може припинити малювати і почати нюхати фломастер. В цей момент можна запропонувати із предметів (муляж або справжні фрукти і т.д.) чи карток вибрести, що це так пахне, який фрукт має такий же запах. Або коли мама щось готує і смачно пахне, можна запропонувати дитині вгадати, або вибрести з карток, на яких зображена їжа, що готує мама.

Смакові ігри, коли дитина вчиться розрізняти різні продукти харчування та страви. Як відомо, що діти з РСА мають складнощі в харчуванні, це проявляється в уподобанні одноманітної їжі, відмов від їжі і т.д. Тому даний вид гри може допомогти подолати деякі труднощі в цьому питані. В даній грі на початку це може бути проста взаємодія з новою їжею (доторкнутись до їжі виделкою, рукою, понюхати їжу, спробувати на смак, перекинути їжу в іншу ємкість, або викинути її в смітник). Потім можливе незвичайне оформлення їжі, якщо наприклад дитині подобаються геометричні фігури, спробувати їжу викласти у геометричній формі і т.д.

Головною метою вищезазначених ігор є налагодження контакту та взаємодії з оточуючими людьми. Отже ігрову діяльність можна використати як маленькі кроки на зустріч до спільної гри та комунікації. Треба пам'ятати, що ігрова діяльність має починатись з легких ігор (від легкого до складного). Якщо дитина добре спілкується з дорослим і в грі дотримується правил, дотримується черговості у грі, то можна спробувати підключити її в мікрогрупу до іншої дитини. Але треба пам'ятати, що спочатку дітям даемо грати в прості ігри та завдання. Необхідно, щоб діти звикли одне до одного і

відчували себе комфортно. З першу потрібно дітям дати однакові завдання, щоб вони виконували їх та спостерігали одне за одним. Коли вони звикнуть один до одного, можна давати одне легке спільне завдання, і лише потім взаємодія між ними може моделюватися в більш складну гру та комунікацію. Слід пам'ятати, що основною задачею групових занять є створення умов та формування у дітей мотивації до взаємодії, розвиток довільної регуляції, та розвиток зорової і слухової уваги.

Такий вид гри як сюжетно-рольові, також присутні у дітей з РАС, це довгий та тернистий шлях. Як відомо, сюжетно рольова гра – це найвища форма гри дитини. Саме в цій грі діти можуть брати на себе різноманітні ролі та проживати різні соціальні ситуації із життя з різними переживаннями та емоціями. За допомогою сюжетно-рольової гри, а також додаванням елементів соціальних історій, можна змінити поведінку та відношення до ситуацій, в яких дитина почуває себе некомфортно та напружене в результаті чого у дитини з'являється негативна реакція та поведінка (похід у магазин пойздка в поїзді, візит до лікаря і т.д.). Потрібно запитувати дитину про те, що на її думку відчувають інші люди в цій ситуації. Тому ми повинні допомогти дитині думати над альтернативними варіантами поведінки, з урахуванням особистого та особливого уявлення про соціальне оточення. В справжній рольовій грі ви слідуєте за дитиною, та водночас допомагаєте їй розширити та збагатити сюжет, поступово дитина вчиться підтримувати емоційний баланс та оперувати різними емоціями.

Кожен з підвидів гри має свою мету, завдання та виконує певну функцію. В першу чергу, це основа взаємодії, через гру дитина пізнає світ навколоїшнє середовище, через гру дитина навчається, гра допомагає зняти внутрішню напругу та дати вихід емоціям, гра вчить правилам поведінки.

Також можна використовувати методику «Floortime», яку розробив американський дитячий психіатр Стенлі Грінспен. Він вважає, що дитина з аутизмом застрює на одній із шести стадій розвитку:

- Цікавість до навколоїшнього світу.
- Прив'язаність.
- Двостороння комунікація.
- Усвідомлення себе.
- Емоційні ідеї.
- Емоційне мислення.

Основне завдання методу «Floortime» - допомогти дитині пройти через всі стадії. Тобто, дорослий підхоплює зацікавленість дитини, стереотипну діяльність. Наприклад, дитина відчиняє та закриває двері, дорослий робить теж саме, або притримує двері рукою. В результаті, дитина може звернути свою увагу на дорослого, що є однією проявом двосторонньої комунікації - головної мети нашої роботи. Дорослий не пропонує нових ідей у грі, а розвиває ідеї дитини, ставить питання, тим самим спонукає розвиток здатності до пояснення, уточнення, аналізування.

У грі ми опираємося на інтереси дитини, щоб спровокувати розвиток спільної уваги, контактності, уміння спілкуватися, спільно вирішувати

проблеми, появу творчих та логічних ідей. Для досягнення поставленої мети потрібно не лише йти за дитиною, але провокувати її до самостійних дій. Необхідно розуміти натяки, які надсилає дитина, для ініціювання нових моментів взаємодії та навчання. Коли ви йдете за дитиною, то можете легко привернути її увагу, викликати емоції і тим самим, допоможете їй виконати завдання. Також потрібно коментувати свої дії, щоб дитина розуміла ситуацію в якій вона знаходиться.

В решті решт, без гри не може обйтися корекційна робота з аутичною дитиною. Гра є тренувальним майданчиком для ефективного контакту з дорослими та дітьми, а також підготовкою до соціальних та побутових складових життя. За допомогою гри ми вносимо в життя дитини емоційний зміст, розвиток сюжету розширює уявлення дитини про навколошній світ, відволікає її від звичних способів аутостимуляції та формує інтерес до навколошнього. У грі розвивається довільна увага дитини, створюються передумови для її незалежної, спонтанної, довільної поведінки в цілому.

Гра є важливою складовою в корекційній роботі, вона допоможе вам ефективно працювати зі страхами, агресією та негативною поведінкою, а також допоможе дитині успішно пройти всі етапи розвитку.

# СЕНСОМОТОРНА ІНТЕГРАЦІЯ, ЯК МЕТОД ДОПОМОГИ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМ СПЕКТРОМ

С. Товстуха, психолог,  
спеціаліст з сенсорної інтеграції,  
БО «Школа-ходинки»

Звичайні діти від природи "запрограмовані" на навчання і розвиток. Під час гри, під час спостереження за дорослими і однолітками вони постійно вивчають і досліджують навколошній світ, перероблюючи інформацію, що поступає до них, і отримуючи таким чином знання про світ і про себе. Звичайна дитина жваво відгукується на усе нове, їй цікаво вчитися, пробувати, пізнавати. У неї є внутрішні стимули, що допомагають рухатися у своєму розвитку.

Для дітей з особливими потребами, зокрема, для дітей з аутистичним спектром розвитку все відбувається набагато важче. Щоб вчитися і розвиватися, усім їм в більшій або меншій мірі потрібна додаткова стимуляція, допомога, підтримка, а також організація простору.

Якщо звичайна дитина, навчаючись, використовує усі канали сприйняття: зір, слух, нюх, дотик, пропріоцептивну та смакову чутливість, то дитина з особливими потребами може мати один канал, по якому поступає велика частина інформації. Інші органи чутливості будуть задіяні у меншій мірі. Або можливий інший крайній варіант - усі канали сприйняття працюють "з повним навантаженням" і дитина не в змозі впоратися з інформацією, що надходить ззовні.

Щоб освоїти усю інформацію, дитині доводиться підключати компенсаторні механізми, що часто призводить до перенапруження організму. І, як наслідок, замість адаптивної (соціально прийнятної, очікуваної) поведінки дитина демонструє компенсаторний тип поведінки, який може виражатися, у тому числі, і в ритуальних діях, і в різних видах стимуляцій, в агресії і самоагресії.

Наш мозок працює залежно від певних чинників (зовнішніх і внутрішніх). Коли можна говорити, що є порушення в роботі мозку - тоді у людини спостерігаються рухові порушення і порушення сприйняття. У більшості людей процес сенсорної інтеграції відбувається автоматично, і обумовлює правильний сенсомоторний розвиток. Зараз дуже багато людей з легкими порушеннями сенсорної інтеграції. І їх, на жаль, стає все більше.

Прояви таких порушень це СДВГ, різні порушення навчання, порушення розвитку мови - досить пізно розвивається "висока" мова, тобто уміння підтримати і розвинути діалог. При розвитку компенсаторних механізмів в роботі мозку, людина може більш-менш успішно функціонувати досить довгий час, поки який-небудь стрес не порушить цілісність усієї системи сприйняття.

Сенсомоторний розвиток дитини починається ще в перинатальний період і активно триває в перші 6-7 років життя. Потрібно особливо зупинитися на тому, що спочатку йде відчуття, потім сприйняття і тільки потім - дія. Джин

Айрс: не "Можна робити те, що не відчув". А розвиток інтелекту визначає моторний розвиток людини в перші роки життя. Тому ми говоримо саме про сенсомоторний розвиток.

Практично в усіх дітей, які мають порушення розвитку, в першу чергу відзначається порушення сприйняття. Для опису цього стану в 1963 р. доктор Джин Айріс запропонувала термін "порушення сенсорної інтеграції". Це значно полегшило розуміння причини виникнення поведікових труднощів і неуспішності в навчанні. Так як порушення процесів сенсорної обробки виражається саме в поведінці людини.

Найчастіше у дітей зустрічаються наступні порушення сприйняття:

- порушення сприйняття глибокої (пропріоцептивної) чутливості;
- порушення вестибулярного сприйняття (знижена або підвищена гравітаційна чутливість);
- порушення зорового сприйняття у дітей, що бачать;
- порушення слухового сприйняття у дітей, що чують.

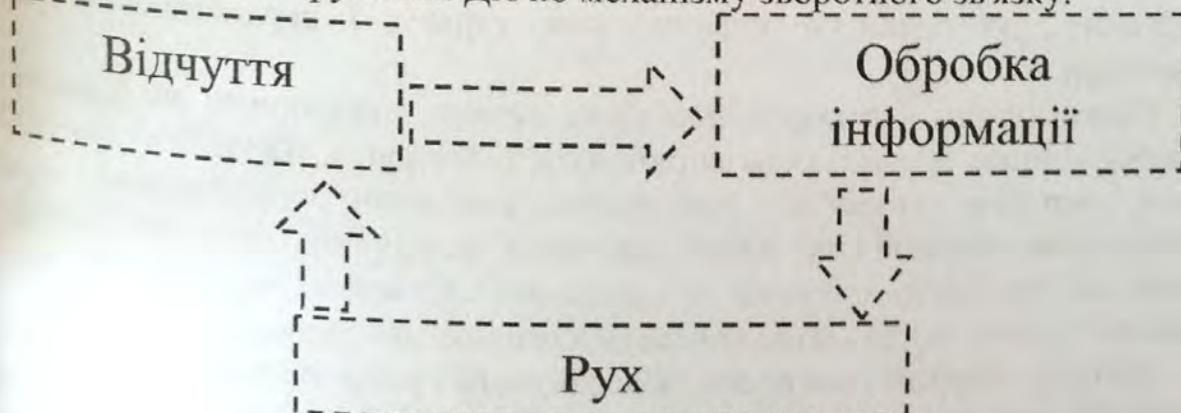
### **Що таке сенсорна інтеграція?**

Наш мозок отримує сигнали від усіх органів чуття – тактильні, нюхові, слухові, зорові, пропріоцептивні, інтероцептивні (від внутрішніх органів). Потім ця інформація обробляється і організовується. В результаті виникає розуміння того, що відбувається з нашим тілом і довкіллям. На підставі значущості сенсорних відчуттів формуються реакції. На підставі реакцій складається поведінка, тобто, залежно від отриманої інформації формується поведінка.

Щось залишається фоном, на нього немає реакції або вона відсточена, на щось мозок реагує негайно. Сенсорна інтеграція надає досвіду, що набуває сенс, просіюючи інформацію і тим самим допомагаючи людині сконцентруватися. Іншими словами, це адаптаційна реакція, що служить для виконання певної дії, прийняття відповідного положення тіла, і тому подібне. Бажані адаптаційні реакції з'являються природним чином, в якості наслідку функціонування нервової системи.

До 7 років мозок дитини працює як пристрій для обробки сенсорної інформації. Це означає, що він сприймає навколошній світ, предмети і робить висновки про них, грунтуючись безпосередньо на відчуттях.

Процес інтеграції - круговий. Діє по механізму зворотного зв'язку:



Ми потребуємо відлагодженого процесу сенсорної інтеграції для розвитку, навчання, щоденної діяльності і комунікації з іншими людьми. Цей процес, як правило, у більшості випадків протікає без нашої участі, тому дізнаємося ми про нього тільки у разі яких-небудь порушень. Порушення сенсорної інтеграції пов'язане з труднощами в обробці інформації будь-якої з сенсорних систем: тактильною, вестибулярною, пропріоцептивною, зоровою і слуховою.

### Симптоми порушення сенсорної інтеграції:

- занадто високий або занадто низький рівень рухової активності;
- розлади м'язового тонусу;
- слабка рухова координація (ці проблеми можуть торкатися великої або дрібної моторики);
  - рухова незграбність;
  - швидка стомлюваність;
  - відмова від соціальних контактів;
  - затримка розвитку мови, рухового розвитку, а також труднощі в навчанні;
  - слабка організація поведінки, відсутність планування;
  - неможливість зберігати оптимальний рівень пильності;
  - надмірна чутливість до звуків, дотиків, смакових відчуттів;
  - пошук певних відчуттів, що також може проявлятися у вигляді гіперактивності;
  - труднощі в утриманні пози;
  - погане засвоєння навичок самообслуговування;
  - соціальні і емоційні труднощі.

Порушення цілісного сприйняття зачіпає усі органи чуття. Так, деякі люди з аутизмом відчувають біль при легкому дотику до них, інші, навпаки, можуть абсолютно не реагувати на надмірно сильні стимули (опік, звук, біль і так далі). Незвичайні сенсорні відчуття, що відчиваються людьми, з аутизмом відзначалися багатьма дослідниками. Ця особливість сенсорної чутливості включена в перелік супутніх характерних рис аутизму у багатьох класифікаційних системах (Тріада порушень, МКБ, ДСС).

Оскільки люди з аутистичним спектром розвитку живуть у світі спотвореного сприйняття, де ніщо не є тим, чим здається, не дивно, що це приводить до сильного занепокоєння, страху, і виражається у важкій поведінці.

Таким чином, аномальна поведінка дитини з сенсорною дисфункцією, є відображенням аномального сприйняття ними світу. Карл Делакато (1974), який першим розробив концепцію сенсорної інтеграційної терапії, сфокусував терапію на п'яти ключових сенсорних системах - зоровій, смаковій, нюховій, слуховій і тактильній. Сенсорна інтеграційна терапія включає у тому числі і м'які контакти з різними сенсорними стимулами.

Мета цієї терапії - посилити, збалансувати і розвинути обробку сенсорних стимулів центральною нервовою системою. Сьогодні психотерапевти, що

займаються питаннями сенсорної інтеграції, продовжують працювати саме в цих областях, але вони також враховують вестибулярну і пропріоцептивну систему під час створення і планування режиму занять для конкретної людини.

Тому дуже важливо, щоб дитина завжди мала можливість набирати свій власний сенсомоторний досвід. Ще раз повторюється, що діти, які розвиваються, зазвичай, дуже добре набирають його в іграх. Діти з аутистичним спектром розвитку потребують допомоги батьків і фахівців. Їм необхідно дати можливість відчути, щоб потім їм захотілося зробити ще раз.

### *Методи сенсорної інтеграції.*

1. Одним з методів сенсорної інтеграції є *програма по слуховій стимуляції "Томатис"*. Вона була створена А.Томатисом (1920-2001 рр.) в 50-х роках. Мета методу полягала в тому, щоб поліпшити якість "слухання", як активного процесу і розвиток комунікативних навичок. Він став піонером в цій області. Його відкриття, дослідження і практичний досвід послужили народженню безлічі методів по розвитку слухової функції у всьому світі. Згідно теорії А.Томатис, підтвердженої пізніше, вухо зародка починає функціонувати в чотири з половиною місяці. Дитина, знаходячись в амніотичній рідині в утробі матері, чує масу звуків, які йому після народження стають не доступні, - серцебиття і дихання матері, голос, шум від роботи внутрішніх органів. Обумовлено це тим, що в період внутрішньоутробного розвитку вуха дитини заповнені рідиною, що проводить звук значно краще, ніж повітря, зокрема, в рідині менше затухають високочастотні компоненти звуку.

З цієї причини Томатис пропонує використати голос матері, щоб повторно відкрити процес слухання. Голос пропускається через фільтри, нагадуючи собою звуки, які чує зародок в утробі матері.

Голос матері є міцною основою, завдяки якій починає формуватися і розвиватися процес слухання, що впливає, також, на подальший розвиток мовних навичок. В цілому увесь цей процес є ніщо інше, як спроба "перепрограмувати" різні стадії людського розвитку через символічний досвід.

2. *Кінезіотерапія* – це лікувальні рухи, спрямовані на розробку і поліпшення рухливості великих і дрібних суглобів, сегментів хребта, збільшення еластичності сухожиль, м'язової тканини. Окрім цього, необхідно підкреслити, що в процесі руху потік нервових імпульсів, що йдуть від пропріорецепторів опорно-рухового апарату залучає до реакції у відповідь усі ланки нервової системи, включаючи кору головного мозку. Цілеспрямоване застосування кінезіотерапії вирівнює динаміку основних нервових процесів - збудження і гальмування.

Сюди ж можна віднести метод Моше Фельденкрайза "Усвідомлення через рух". Цитата: "Навчання відбувається в нашій нервовій системі, яка

влаштована так, щоб виявляти і вибирати серед наших спроб і ~~поміж~~  
найбільш ефективну спробу".  
Таким чином, ми поступово виключаємо безцільні рухи, поки не  
знаходимо достатній набір правильних і корисних складових остаточної  
спроби. Одним словом, ми поступово вчимося впізнавати кращий рух. Ми  
відчуваємо різницю і відбираємо хороше серед даремного: тобто, як  
виявляємо відмінності".

3. *Арт-терапія* – це дуже широке поняття. Сюди включається  
малювання, причому не лише олівцями і пензликами по паперу. Але і  
пальцями рук, ніг, долонями, ступнями по різних поверхнях. Ліплення –  
інструментом може бути пластилін, глина, мокрий пісок, солоне тісто і та-  
далі.

4. *Музична терапія*. Будь-яка музика, передусім нам дає почуття ритму.  
~~А почуття ритму нерозривно пов'язане з координацією руху. Спостерігаючи~~  
за дитиною, батьки можуть зрозуміти якій музиці, якому ритму дитина відає  
перевагу і можуть пропонувати рухатися в цьому ритмі, підтримуючи його  
плесканням, тупанням або вокалізами.

5. *Анімалотерапія*. У терапії повинні брати участь ТІЛЬКИ спеціально  
навчені для терапії тварини. Інакше не буде просто катання на конях, гра  
собакою і плавання з дельфіном. Що саме по собі може дати дуже хороший  
емоційний і сенсомоторний досвід. Якщо конячка не скине, собака не  
укусить, а дельфін не злякає.

**Шановні батьки! Не соромтеся з'ясовувати міру компетенції в усіх  
фахівців, яким Ви довіряєте дитину!**

## ПИТАННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

### ОПТИМІЗАЦІЯ ГОТОВНОСТІ ВЧИТЕЛЯ ДО РОБОТИ З АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ В ІНКЛЮЗИВНІЙ ФОРМІ ОСВІТИ

Шульженко Д.І.  
доктор психологічних наук,  
професор кафедри  
психокорекційної педагогіки  
НПУ імені М.П. Драгоманова

Найдраматичнішою тенденцією, у спеціальній освіті на рубежі 1980-1990 рр. пише Ширлі Коен у своїй праці «Як жити з аутизмом», стало включення учнів із вираженими порушеннями розвитку в звичайні навчальні заклади[5]. Воно стало можливим завдяки ухваленню федерального освітнього закону, який проголосив, що учні-інваліди мають право навчатися в найменш обмежуючих умовах зі всіх можливих, які адекватні їхнім освітнім потребам. У 1980-ті роки цей пункт закону дав поштовх переходу «особливих» учнів із спеціальних шкіл у масові школи по сусідству з їх будинком, значно скоротивши кількість учнів спеціальних класів із легкими та помірними порушеннями. Наприкінці 80-х інтеграція стала незвичайно привабливою для багатьох батьків, що виховують дітей з особливими потребами, а масові школи, що «підганяються» федеральним урядом, зайнялися забезпеченням умов для переходу таких дітей у звичайні класи.

Із чим пов'язано властиве багатьом сім'ям дітей з тяжкими порушеннями розвитку таке сильне прагнення помістити свою дитину в клас із звичайними дітьми? Причин кілька, одна з них – це простий факт, що здорові однолітки можуть стати прекрасними моделями для наслідування і вчителями. Якщо дитина здатна навчатися через спостереження за іншими дітьми, вона зможе освоїти дуже багато потрібних умінь і правильну поведінку в компанії звичайних ровесників чи тільки так це відносно аутичних дітей? — може запитати читач. А відповідь буде така: «звичайно, так, принаймні відносно частини з них». Недаремно можливість інклюзивного (інтегрованого) навчання — це мрія багатьох батьків аутичних дітей.

Адже сама по собі просторова близькість до здорових дітей не може гарантувати цього перетворення, та і педагогам масових шкіл, як правило, Україні важко підтримувати ці цілі. Все-таки всім учасникам освітнього процесу набагато легше в тому випадку, якщо до класу потрапляє дитина, яка вже хоч трохи уміє спілкуватися і грati, а поряд дорослий, здатний прийти йому на допомогу у разі утруднень. Інакше необхідна буде просто непомірна кількість енергії, рішучості, висока кваліфікація, щоб досвід перебування в масовій освітній установі виявився органічним для аутичної дитини. Наприклад, державна політика Франції спрямована на інтеграцію якомога більшої кількості дітей у життя нормальних однолітків. Проте здійснити таку політику дуже складно, тому що в спеціалізованих закладах не вистачає спеціалістів. Тільки в Паризькому регіоні, за даними Патріка Сансона [3],

нараховується 2000 вакансій вихователів. Крім того, органи освіти не мають достатнього фінансового ресурсу, щоб сплачувати працю осіб, які супроводять дитину до інклюзивної школи.

Втілення цієї нової парадигми в системі освіти України і є показовим переходом від концепції інтегрованої освіти до концепції інклюзивної освіти на всіх рівнях, починаючи з дошкільної і загальноосвітньої. І якщо в процесі інтеграції людина пристосовується до закладу освіти, то при інклюзії, навпаки, освітній заклад створює всі необхідні умови для задоволення індивідуальних потреб людини, її вільного доступу до якісного навчання та виховання.

Результати аналізу зарубіжних літературних джерел, а також низки документів і законодавчих актів, зокрема прийнятих в Україні, свідчать про те, що проблема інклюзії у навчанні та подальшої інтеграції людини у суспільство є інтернаціональною і дотепер вельми актуальною.

У цьому контексті неабиякої уваги заслуговує розгляд положень Саламанської декларації про принципи, політику й практичну діяльність у сфері освіти осіб з особливими потребами від 20 червня 1994 року (м. Саламанка, Іспанія), де, зокрема, наголошується на нагальній необхідності створення спеціальних умов для першочергового включення дітей, які мають порушення психофізичного розвитку, до шкіл з інклюзивною орієнтацією [6].

Керівним принципом, на якому ґрунтуються організація такої форми навчання, є те, що школи повинні приймати на навчання всіх дітей, не зважаючи на їхні вади. Делегати Всесвітньої конференції із 92 країн підтвердили слушність цього принципу стосовно всіх груп дітей-інвалідів та визнали необхідність і невідкладність забезпечення функціонування спеціальної системи освіти для дітей, молоді та дорослих з особливими освітніми потребами. Це положення виходить з того, що кожна дитина має право на освіту і, крім того, вона повинна мати можливість цим правом скористатися, набуваючи і підтримуючи на належному рівні одержаний запас знань. Крім того, слід брати до уваги, що кожна дитина, незалежно від наявності порушень її дизонтогенезу, має унікальні індивідуальні особливості: інтереси, здібності та навчальні потреби. Обов'язковою умовою для їх інклюзивної освіти є розроблення спеціальних систем навчання та виховання. До того ж, необхідно створити для них відповідні спеціальні умови, що орієнтовані, на задоволення їхніх освітніх потреб.

Упровадження звичайних шкіл з інклюзивною орієнтацією є найефективнішим способом боротьби з дискримінаційними поглядами, найпершою визначальною ланкою у створенні сприятливої атмосфери в суспільстві, а в подальшому часі - в побудові інклюзивного суспільства та забезпечені освіти для всіх.

Делегати звернулися до урядів та громадськості всіх країн із закликом і пропозицією в політичних, економічних та соціальних питаннях встановити найвищим пріоритетом створення системи інклюзивної освіти, яка уможливила б охоплення всіх дітей, незважаючи на їхні індивідуальні відмінності.

Із цією метою пропонується:

- вивчати досвід країн, де проходить інклюзивне навчання та обмінюватись результатами своєї роботи;
- розробляти та демонструвати власні національні проекти інклюзивної освіти дітей-інвалідів;
- створювати механізми організації такої системи навчання на основі децентралізації та широкої участі в царині планування моніторингу й оцінювання результатів упровадження інклюзивної форми освіти;
- заохочувати, підтримувати та полегшувати участь батьків, громад і організацій, що стосується задоволення спеціальних потреб дітей з фізичними та розумовими порушеннями в процесах планування і прийняття відповідних рішень;
- докладати якомога більше зусиль до задоволення спеціальних освітніх потреб дітей і підлітків через розроблення напрямів, що стосуються професійних стратегій інклюзивного навчання;
- розробити програму підготовки вчителів та обміну їхнього досвіду щодо роботи в інклюзивних школах;
- реалізувати право батьків на те, щоб з ними радилися (консультувалися) стосовно форм корекційної роботи з їхніми дітьми;
- забезпечити адаптацію змісту навчання, який відповідає можливостям здорових дітей, у такий спосіб, щоб не підганяти дітей із порушеннями до стандартів педагогічного процесу в школі;
- забезпечити в інклюзивних школах всіляку додаткову допомогу дітям із порушеннями в розвитку, що, зрештою, може бути корисним для ефективної психолого-корекційної роботи з такими дітьми.

Інклюзивна школа є найефективнішим засобом навчання і виховання дітей, який гарантує солідарність між дітьми з особливими освітніми потребами та їхніми нормальними однолітками. Спільне навчання має задовольнити не тільки освітні, а й соціальні потреби будь-якої дитини на основі створення спеціальних психолого-педагогічних умов, які забезпечують гуманізацію стосунків між дітьми та благополуччя перебування їх у класі.

Інклюзивна форма освіти реалізується, виходячи з принципів спеціальної дидактики, та здійснюється спеціалістом дефектологом (корекційним педагогом або психологом), який окрім виконання корекційної, прогностичної, інформаційної, консультативної функцій виконує в моделі роботи з дитиною **супровідну функцію** (тьютора, адаптера, провідника), а в моделі роботи з учителем класу – **супервізора**. Інноваційні обов'язки тьютора і супервізора потребують ґрунтовного наукового дослідження, і наразі відповідно до Державної програми (Інклюзивна освіта) ця робота проводиться в нашій державі за підтримки Всеукраїнського фонду («Крок за кроком»). Мета програми розроблення ефективної інклюзивної моделі, яка б забезпечила успішне навчання дітей з особливими освітніми потребами в

умовах загальноосвітньої школи за належної підтримки інших спеціалістів, батьків самих дітей.

Психологічна корекція аутичних дітей в умовах організації інклюзивної освіти – це система заходів, спрямованих на запобігання проявам аутистичного спектра засобами навчально-виховного процесу загальноосвітньої школи. Психологічна корекція здійснюється в таких сферах шкільного життя, як:

- під час уроків;
- позакласних виховних заходів;
- спортивних заходів під час перерви;
- під час приймання їжі;
- в процесі підготовки та проведення свят;
- під час прогулянок дітей,
- в процесі святкування днів народження дітей класу.

Психологічна корекція має на меті послаблення динаміки дизонтогенетичних проявів аутизму та посилення комунікативних, когнітивних та регулятивних механізмів особистісного розвитку аутичної дитини.

Для здійснення психологічної корекції модель роботи вчителя класу передбачає розв'язання психолого-педагогічних питань такого плану:

1. Отримання інформації про аутичну дитину з позицій її когнітивного, комунікативного, поведінкового, діяльнісного, регуляторного аспектів розвитку. Таку інформацію може надати **корекційний педагог чи психолог (спеціальний)**, **тобто тьютор**, який компетентно і професіонально забезпечує організаційні, змістові, виконавчі та корекційні функції і відповідає не тільки за процес інклюзивного навчання аутичної дитини, а й за систематичну психологічну корекцію аутистичних проявів із подальшим запобіганням (превентивними заходами) виникненню та впливу зовнішніх та внутрішніх чинників, що провокують аутистичні дії та поведінку дитини.

2. Гармонізація психологічного клімату на уроці, під час позакласних і святкових заходів, в яких в обов'язковому порядку має брати участь аутична дитина. Саме через участь у цих заходах дитина набуває соціального досвіду у спілкуванні, вчиться озвучувати свої враження, почуття, інтереси, бажання. Завдання вчителя полягає у забезпеченні умов для ситуації, в якій аутичну дитину слухатимуть всі діти, причому не будуть зловтішатися, кепкувати та насміхатися з її вад мовлення, невідповідності емоцій, думок, конкретним реаліям, чудакуватості, дивної ходи, з химерних рухів, з усього того, що суттєво відрізняє їх нормальний онтогенез від дизонтогенезу. Готовність дітей класу сприймати, наприклад, мовчазну (мутичну) дитину, яка постійно відвідить очі, ховаючи свій погляд, тримає в руках якусь одну й ту саму річ, забирає і не віддає нікому чужі речі, не сміється у відповідь на дотепний добрій жарт, відвертається, постійно щось ховає; виявляє немотивовану агресію, забезпечить постійний психологічний комфорт і **превентивну корекцію комунікації** аутичної дитини у класі. За нашими даними, серед 100 мутичних дітей з аутизмом 90% їх почали спілкуватись у невербалній формі

за допомогою піктограм, які самі їй презентували однокласникам, а 9% з них вишли на вербальний рівень або починали вербалізувати свої думки, бажання, почуття тощо.

3. Усіх аутичних дітей у пізнавальній діяльності корелюється з їх мотивами виконання тих аспектів пізнавальної діяльності, яка доступна і цікава для них. Для того щоб залучити аутичну дитину на уроці математики, наприклад, до дій віднімання, потрібно, врахувавши її, скажімо, любов до м'ячиків, запропонувати вирішити завдання не з підручника, за яким працює весь клас, а на картці, де зображені м'ячики, з тим, щоб розв'язати ті чи інші арифметичні дії. Така індивідуалізація навчання забезпечує включення цю завдань та ідентифікацію себе як рівноправного члена класу.

4. Учитель класу повинен позиціонувати себе не тільки як вчитель, який терпляче сприймає аутичного учня в класі, а й як людина, готова завжди упередити виникнення проблемної ситуації, в якій не треба зосереджувати увагу учнів класу на недоліках аутичної дитини; а в разі маніфестації аутистичних проявів (кружляння, розхитування, аугостимуляція, стереотипне виконання дій, вокалізація, ехолалії тощо) без зайвої паніки і метушні запропонувати аутичній дитині перейти в інше приміщення. При цьому вчитель передає свою функцію спеціалісту-дефектологу з інклузивного навчання, а сам продовжує урок або виховний захід, і в жодному разі не коментує з іншими учнями проблемний випадок з аутичною дитиною, не проявляє власних емоцій, проте, якщо хтось із дітей бажає з'ясувати для себе особливості дій та поведінку такої дитини, лаконічно, доступно і толерантно пояснює дітям проблемну ситуацію. Зміст цього пояснення вчитель класу і спеціаліст з інклузії аутичних дітей готують заздалегідь, керуючись тією чи іншою формою педагогічної технології.

**Тьютор**, спеціаліст-дефектолог, для здійснення психологічної корекції насамперед визначає, за якою навчальною програмою буде здобувати освіту аутична дитина. Відомо, що спектр аутистичних вад – це спектр різних за своєю складністю структур дефектів. Психічний розвиток аутичної дитини перебігає дизонтогенетично, однаке особливості цього розвитку спеціальний психолог-тьютор повинен враховувати при *діагностико-прогностичному* вивченні стану дитини з тим, щоб при включені у колектив класу на передньому плані перебували не аутистичні розлади дитини, які формують погляд на неї як на дитину з психологічними відмінностями з порівняно нормальнюю дитиною, а ознаки, властивості, що характеризують її як особистість, що розвивається, за Л. С. Виготським, за тими самими законами, що й нормальні [ 1 ].

Класичну схему психічного розвитку особистості розробив Г. С. Костюк, визначивши принцип розвитку у психології, як центральний у розумінні природи психічного розвитку особистості. За цим принципом розвиток людської особистості є безперервним процесом, що виявляється у кількісних і якісних змінах особистості людини. Кількісні зміни, тобто збільшення одних і зменшення інших її ознак, зумовлюють виникнення

якісно нових і знищення старих психічних властивостей. Ускладнення психічного життя стосується, за Г.С. Костюком, всіх сторін психічного розвитку мотиваційного плану психічної діяльності дитини (комплекси потреб, інтересів та інших спонук до дій), змістового аспекту психічних процесів (системи уявлень, знань, понять про об'єктивну дійсність), операційного їх втілення (системи дій, операцій, навичок), всієї психічної діяльності загалом [2].

Для дітей з аутистичною симптоматикою важливим під час навчання в масовій школі є розуміння їхніх психічних особливостей вчителями, персоналом школи, учнями класу, їхніми батьками, а також того, що особлива дитина має такі самі права, що й нормальна, що вона зможе опанувати навчальну програму, тільки із застосуванням спеціальних, більш доступних для неї засобів; що не треба позбавляти її радощів спілкування, гри, навіть якщо всім оточуючим її людям очевидно, що вона ухиляється від цих видів діяльності. Толерантність і повага до такої дитини з часом принесе свій результат, оскільки вона усвідомить, що від групи дітей і дорослих, з якими щодня вчиться у класі, вона не відчуває напруження: до неї звертаються, заохочують до спілкування, посміхаються, пропонують погратися принесеними з дому іграшками, знають, що не можна у аутичної дитини брати її речі, щось міняти на її столі, не можна створювати ситуації, які б провокували неадекватність дій та поведінки такої дитини, робили її посміховиськом та примушували страждати. Потрібно наполегливо просити дітей та їхніх батьків не «відіграватися» на дитині, оскільки в цьому є і інший бік такої негативної взаємодії: той, хто знущається зі слабого, формує в себе здатність до жорстокого поводження з людьми і, навпаки, формування установки на розуміння психологічного стану іншої людини, у даному разі розуміння страждань, страхів, фобій аутичної дитини, потреба її підтримати та допомогти їй, призведе надалі до появи таких притаманних високоморальний особистості властивостей, як емпатія, альтруїзм, взаєморозуміння та взаємодопомога.

Для реалізації психокорекційного процесу подолання аутистичних порушень та гармонійного включення аутичної дитини до системи шкільного навчання та виховання нами були розроблені принципи інклузивної складової, методологічними зasadами яких є концепції, положення, вчення видатних дефектологів В. І. Бондаря, Л. С. Виготського, Г. М. Дульнєва, І. Г. Єременка, О. М. Леонтьєва, В. М. Синьова. Йдеться насамперед про такі принципи:

- оптимістичної перспективи розвитку особистості аутичної дитини;
- раннього комплексного діагностування та психолого-педагогічного прогнозу розвитку особистості аутичної дитини на підставі врахування її здібностей, мотивів і можливостей щодо виконання окремих дій та діяльності загалом;
- корекційного спрямування розвитку особистості аутичної дитини;
- становлення та розвитку мотиваційних, інформаційних, операційних та емоційних компонентів комунікативної діяльності аутичних дітей;

- особливої організації спілкування дитини, спрямованої на формування уявлень про себе – «Я – концепція», про інших осіб – «Ти – концепція», взаємозв'язків між суб'єктами, оцінок міжособистісних стосунків, набуття комунікативного досвіду
- забезпечення та систематичного підтримання емоційно-позитивного психічного тонусу дітей у процесі безперервної інклузивної освіти;
- креативного розвитку особистості дітей з аутистичним спектром порушень;
- визначення особистісного смислу аутичної дитини, як індивідуалізованого відображення справжнього її ставлення до тих явищ, заради яких розгортається її діяльність. Визначення особистісного смислу життя дитини як одиниці її свідомості сприяє визначенню співвідношення між суспільними та актуально-особистісними проблемами дитини та її соціалізації;
- індивідуального підходу доожної аутичної дитини;
- синхронної корекції особистісних проявів і особистісного розвитку дитини.

Завершуючи розгляд сутності і значення інклузивного навчання для психологічної корекції дітей з аутистичними порушеннями, а також прагнучи досягти комплексного системного бачення проблеми, варто, на наш погляд, навести таке визначення, сформульоване академіком АПН України Віктором Миколайовичем Синьовим: «Навчання – основний шлях корекції розвитку... дитини, оскільки воно є провідним видом її діяльності і перебуває в нерозривній єдності з вихованням як засобом управління соціалізацією особистості... Система корекційних заходів, - продовжує автор, - має впливати на особистість учня загалом і в поєднанні таких її компонентів, як пізнавальні й емоційно-вольові психічні процеси; досвід (знання, уміння, навички); спрямованість; здібність, характер, поведінка» [4, с. 51]. Учений, окреслюючи при цьому зміст роботи в допоміжній – спеціальній загальноосвітній школі для дітей з розумовими вадами, стверджує, що такі ж самі вимоги екстраполюються і на інклузивну школу. Зокрема, говорячи про сферу психокорекційного впливу він вважає суттєвим застосовувати його на матеріалі всіх предметів, передбачених навчальним планом, а також під час спеціальних занять для окремих учнів та їх груп. Тьютору (інклузивному дефектологу), вчителю та шкільному психологу «...потрібно визначити індивідуальну структуру дефектуожної дитини, вивчити її досвід, інтереси, намагання, здібності та поведінку» [ там же, с.5 ]. Це дає змогу:

- здійснити правильний прогноз розвитку аутичної дитини;
- визначити зміст індивідуально-інтегрального підходу інклузивної освіти дітей у спектрі аутистичних порушень;
- визначити зміст корекційної роботи, яку реалізовуватимуть спеціаліст з інклузивної освіти (тьютор), шкільний психолог, учитель класу;
- виділити спільні проблеми, які виникатимуть під час навчання аутичної дитини в школі;

- здійснити добір загальних корекційно-розвиткових прийомів і засобів, які будуть використані у навчально-виховному процесі масової школи

Отже, як висновок, можна стверджувати, що інклузивна форма освіти дітей із порушеннями у психофізичному розвитку є наразі інноваційним проектом і моделлю навчання та виховання у національному освітньому просторі. Разом з тим розроблення, впровадження та реалізація цього проекту надзвичайно важливі для загальної та соціально-психологічної реабілітації дітей, які страждають від аутизму. Спектр аутистичних порушень – це спектр багатоманітних різновидів, відмінностей, відхилень і порушень, ядерним і загальним для яких є порушення соціальної інтеграції і небажання (боязнь) вступати в будь-який контакт. Коли ці недоліки долаються, для дитини відкривається пізнавальний, діяльнісний, змістовний світ життя. Вони «заражаються» дитячими радощами, інтересами, звичайними і незвичайними шкільними завданнями, долаючи при цьому аутистичне усамітнення та відчуження від свого оточення. Сам інклузивний процес стає підґрунтям для психологічної корекції порушень особистісного розвитку аутичної дитини; розуміння її проблем з боку оточуючих її людей. Їхня допомога стимулюватиме формування довіри до інших людей, які зустрінуться в подальшому її житті. Однак і інклузія реальною є там, де суспільство готове до її впровадження – як на державному рівні так і на рівні, педагогів і батьків. Зрештою це очищує і зближує різних фахівців, гуманізує освіту, сприяє самовдосконаленню і професійному розвитку кожного з нас.

### Література:

1. Выготский Л. С. Избранные произведения — М., 1984. — Т. 5. — 368 с.
2. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості — К., 1989.
3. Самсонова Г.О. Музыкальная терапия в коррекции психоэмоционального стресса у молодых людей // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сб. тез. конф. с междунар. участ. 15–17 февраля 2006 г. – СПб., 2006. – С. 95–96.
4. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник – Частина I. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – 238с.
5. Шеремет М. К. Проблеми та перспективи спеціальної освіти: // Зб. наук. Пр. Кам'янець-Подільського державного університету: серія соціально-педагогічна; випуск 7 / За ред.. О. В. Гавrilova, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В. С., 2007. – С. 101 – 103.
6. Van Krevelen, D. (1971). Early infantile autism and autistic psychopathy. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia 1, 82-6.

# ОСОБЛИВОСТІ КОРЕНЦІЙНОЇ РОБОТИ ТҮЮТОРА (СПЕЦІАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА) З ДІТЬМИ СПЕКТРА АУТИСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Шульженко О.Є.  
асpirант кафедри медицини  
та спеціальної психології  
НПУ імені М.П. Драгоманова

Сучасний етап допомоги дітям та підліткам зі спектром аутистичних розладів характеризується надзвичайно великим попитом у спеціалістах дефектологічного фаху, зокрема компетентність яких відповідає професіограмі психолога обізнаного з особливостями психічного дизонтогенезу аутистичного типу розвитку, методиками корекції аутизму, інклузивними тенденціями та специфікою навчання та виховання такої нозології.

Практика корекційного навчання виховання дітей з аутистичними порушеннями в умовах сім'ї підтверджує соціальні тенденції попиту тьюторських послуг, які кваліфіковано та результативно може надати спеціальний педагог. Нещодавно процес корекційної допомоги дітям з інтелектуальними або аутистичними порушеннями мав стихійний, напівлегальний характер і був детермінований суб'єктивними та об'єктивними причинами вибору деяких родин в Україні альтернативної (індивідуальної) форми навчання і виховання їхньої дитини в родині. Якщо для дітей із нормальним розвитком батьки обирають шлях та спосіб гувернерської форми виховання дитини з причин виробничої зайнятості, нової соціальної моди на такі послуги, мотивації відчуження від процесу виховання власної дитини, то батьки дитини з дизонтогенетичною типологією вимушенні були знаходити тьютора для фахового забезпечення своєчасної корекції розвитку своєї дитини.

Соціально-психологічні аспекти професіоналізму гувернерів стали на заваді реалізації попиту на їхні послуги, і це притому, що попит на тьюторські послуги зростає в сім'ях, які мають аутичних дітей. Парадокс ситуації, що склався, полягає в тому, що саме в аспекті психологічної готовності тьютора до здійснення корекційної діяльності з урахуванням спеціального індивідуального підходу до дитини вони відчувають труднощі в своїй діяльності.

Реалізація індивідуально-диференційованого підходу набуває в цьому контексті найбільшої гостроти. Водночас виникає питання про спеціальну підготовку спеціаліста до індивідуальної роботи, розрахованої на застосування нової парадигми тьюторського змісту в системі корекційної роботи з аутичними дітьми.

Виходячи з того, що аутистичні розлади становлять первазивний (проникаючий) тип порушень психічного розвитку, компетенція тьютора залежить від сформованості знань, умінь, навичок в галузі психопатології, психології, логопедії, корекційної психопедагогіки та спеціальних методик

навчання та виховання. Відповідно до цих галузей знань тьютор повинен бути на достатньо високому рівні мотиваційної, виконавчої, емоційно-регуляторної та фахової готовності до виконання таких основних функцій: діагностичної, прогностичної, освітньої, комунікативної, корекційно-педагогічної, психокорекційної, аблітаційної, соціально-реабілітаційної тощо.

Нами розроблена й експериментально випробувана модель психологічної готовності тьютора до роботи з аутичними дітьми, що складається з наступних п'яти компонентів що наведені нижче.

Отже, виходячи з означеного, система психологічних умов корекційної роботи тьютора з аутичними дітьми представлена п'ятьма модулями, кожен з яких відображає основний зміст психологічної допомоги дітям з аутистичними порушеннями.

### **Модуль 1. Мотиваційний**

- інтерес до проблеми аутизму;
- емпатія та бажання допомогти родині, в якій виховується аутична дитина;
- удосконалення власного педагогічного досвіду;
- бажання попрацювати за світовими технологіями корекції аутизму;
- потреба досягнути успіху в корекції аутизму;
- науково-практичні потреби в модифікації світових технологій корекції аутизму;
- бажання розробити та створити власний (авторський) напрямок подолання аутистичних порушень;
- установка на успіх власних корекційно-педагогічних зусиль;
- написання дипломних, магістерських, дисертаційних праць;
- потреби в апробації нових корекційних технологій (психотерапевтичні, арт-терапевтичні тощо);
- бажання або потреба заробити й отримати кошти за роботу з аутичною дитиною.

### **Модуль 2. Характерологічний**

*Загальні психологічні особливості тьютора:*

- спрямованість особистості на результат корекції;
- підготовленість її у сфері корекційної діяльності;
- комунікабельність; активність; емоційна стабільність;
- адекватність самооцінки;
- низький рівень тривожності;
- відсутність негативних акцентуацій характеру.

### **Модуль 3. Кваліфікаційний**

*A. Психологічна компетентність у виконанні корекційних функцій*

- ситуаціях:*
- проблемної поведінки в аутичних дітей;
  - страхів, стереотипій;

- агресії щодо оточуючих;
- самоагресії;
- гіпер-, гіпоактивності;
- криків, вокалізацій;
- незвичних пристрастей, інтересів і потягів;
- підвищеної пересиченості, неадекватних фантазій.

#### *Б. Рольові психологічні позиції тьютора*

- тьютор-спеціаліст у галузі корекційної психопедагогіки, яка передбачає велику психологічну дистанцію та формальне професійне спілкування з близькими аутичної дитини;

- тьютор – вірний друг – така позиція передбачає можливості неформального спілкування із членами родини аутичної дитини. Проте може виникнути проблема скорочення психологічної дистанції між родиною дитини татютором, і близькі перестають сприймати його як спеціаліста;

- тьютор-психотерапевт – така позиція передбачає, що, оскільки тьютор має достатню психологічну допомогу і позитивні результати психокорекційної роботи з аутичною дитиною, значить він є компетентним у вирішенні особистих проблем членів родини та їх знайомих. З позиції цієї ролі відбувається переорієнтування цілей, змісту та функцій тьютора від дитини до дорослих, від професійного напрямку "співпраці з родинами" до "втручання в життя та проблеми родини".

- тьютор – приклад для наслідування; це більш ефективна рольова психологічна позиція, ніж попередня, що передбачає підсвідоме залучення близьких дитини до співпраці, якщо образ найкращого тьютора збігається з реальністю; його манери, етикет, риторика, особистісні якості, емоційність, креативність, артистизм є бажаними для корекційної роботи з дитиною.

#### *Модуль 4. Виконавчий.*

##### *А. Психологічне забезпечення тьютором психокорекційних технологій:*

- проведення холдинг-терапії;
- проведення психотерапевтичних заходів;
- володіння прийомами прикладного аналізу поведінки (ABA);
- застосування прийому АВА-підкріплення в усіх сферах корекційно-виховного процесу;
- забезпечення особливого охоронного режиму для психіки дитини;
- організація відповідного до аутистичних порушень дитини педагогічного дизайну приміщення;
- адаптація й модифікація стимулюючого матеріалу до особливостей сприймання та емоційних особливостей аутичної дитини;

##### *Б. Психологічний супровід інклюзивна – форма навчання аутичної дитини в дошкільних та шкільних закладах:*

- систематичне проведення тренінгів у малих групах дітей із подібними проблемами;
- психологічний супровід дитини в школі;

- забезпечення вчителя класу інформацією про психологічні особливості аутичної дитини;
- модифікація дидактичних методів і прийомів до навчальних можливостей аутичних дітей;
- спеціальне психологічне обґрунтування необхідності використання системи корекційних прийомів і засобів конкретно в кожній навчально-виховній ситуації.

#### *B. Психологічне забезпечення комунікативної діяльності аутичної дитини*

- стимуляція емоційного контакту, підтримка потреби у спілкуванні;
- забезпечення об'єкта та суб'єкта для спілкування; усунення негативізму в процесі спілкування;
- формування процесів розуміння інших людей, з якими спілкується дитина:
- забезпечення саморегуляції та самоконтролю в процесі спілкування з дорослими та дітьми;
- інформація для суб'єктів спілкування про психологічні та мовленнєві особливості дитини;
- організація та проведення ділового спілкування;
- застосування психотехнічних та психолінгвістичних прийомів комунікативного процесу з аутичною дитиною.

#### *G. Психологічне забезпечення формування соціально- побутових навичок аутичної дитини:*

- спеціальна організація режиму аутичної дитини;
- психологічне забезпечення чіткого дотримання логіки та зміни режимних моментів;
- фіксація уваги дитини на виконанні режимних моментів;
- емоційна регуляція та самоконтроль дитиною за охайністю власного вигляду;
- фіксація режимних моментів за допомогою піктограм (малюнків-схем-підказок);
- стимуляція елементарних побутових і трудових навичок;
- забезпечення психологічного супроводу дитини в життєво важливих соціальних ситуаціях.

### **Модуль 5. Діагностико-прогностичний**

#### *A. Нейропсихологічний аспект роботи тьютора в корекційній роботі з аутичними дітьми:*

- збирання діагностичних даних про дитину;
- розроблення індивідуально-корекційної програми дитини відповідно до нейропсихологічних особливостей аутичної дитини; відбір корекційних прийомів, спрямованих на подолання кін естетичних, аудіовізуальних та інших порушень;
- формування процесів програмування, саморегуляції, самоконтролю контролю поведінки та дій дитини.

- Б. Психолінгвістичний аспект корекційної діяльності тьютора:*
- інтерпретація специфічного (автономного) мовлення аутичної дитини;
  - проведення контактної, послідовової та дистанційної психодіагностики дитини;
  - діагностика та прогнозування мовленнєвого розвитку дитини;
  - ідентифікація аутистичних порушень за станом (особливостей) мовлення дитини;
  - виявлення порушень мовлення дитини та координація корекційних напрямків з логопедом;
  - формування моделі діалогічного мовлення дитини;
  - корекція аутистичної симптоматики мовлення в процесі занять та ігор з дитиною.

До діагностико-прогностичного модуля розроблена картка "Психолого-педагогічне вивчення аутичних дітей" тьютором на початку і в процесі роботи з дитиною.

Розумне, цілеспрямоване виховання дитини з особливими потребами створює сприятливі умови для компенсації того чи іншого дефекту та корекції вад і недоліків, що зумовлені ним. Формування особистості такої дитини, зокрема з аутистичними вадами, здійснюється як цілеспрямований, поетапний процес, що становить цілісну систему, сукупність динамічно пов'язаних компонентів (явищ, процесів, впливів, етапів), взаємодія яких породжує нову системну якість як корекційно-педагогічного виховання, так і виховання дитини в родині.

#### **Література:**

1. Вебер Д. Аутизм / Д. Вебер, Х. Ремшмидт // Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта – М.: [б. и.], 2000. – 656с.
2. Гилберт К. Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие: кн. для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс; под ред. Л. М. Шипицыной, Д. Н. Исаева; пер. с англ. О. В. Деряевой. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 144 с.
3. Исаев И.Ф. Теория и практика формирования профессионально-педагогической культуры преподавателя высшей школы / И.Ф. Исаев. – Москва – Белгород: МПГУ, БГПИ, 1993. – 219 с.
4. Синьов В. М. Принцип діяльності сучасної вищої школи у підготовці спеціалістів за напрямом «Корекційна освіта» / В. М. Синьов.
5. С. П. Миронова // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гавrilova, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський : ПП Мошинський В. С., 2007. – Вип. VIII. – Сер. соціально-педагогічна. – С. 85–87.
6. Шеремет М. К. Проблеми та перспективи спеціальної освіти: / М. К. Шеремет // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету / за ред. О. В. Гавrilova, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В. С., 2007. – Вип. 7. – С. 101–103.
7. Шульженко Д.І., Андреєва Н.С. Корекційний розвиток аутичної дитини : (книга для батьків та педагогів) – К.: Д.М. Кейдун, 2011. – 344с.

# КОМПОНЕНТИ УСПІШНОЇ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ. ГОТОВНІСТЬ ПЕДАГОГІВ

Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П. Драгоманова

Іващура Н.С.

Розвиток інклюзивної форми навчання є пріоритетним напрямком розвитку системи шкільної освіти, оскільки реалізація права громадян на освіту та соціальну інтеграцію, є одним із важливіших чинників розвитку суспільства.

Компоненти успішної реалізації інклюзивної освіти:

*Філософія інклюзії*, яка припускає розуміння інклюзивної освіти як природного прояву гуманності та толерантності суспільства. Усі учасники процесу повинні розуміти принципи інклюзивної освіти та бути позитивно налаштованими.

*Адміністративна підтримка*, яка має на увазі розуміння та єдність шкільного керівництва, районного відділу освіти, фахівців психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК) та дій вчителя інклюзивної школи.

*Семінари та тренінги для вчителів*, які здійснюються з метою дати загальну інформацію про процес інклюзії, а так само з метою отримання інформації про особливості розвитку дітей з порушеннями психофізичного розвитку, та стратегії навчання таких дітей.

*Координаційна діяльність з інклюзії* має на увазі, що фахівець (наприклад, шкільний психолог) або корекційний педагог, який бере участь в реалізації чи моніторингу індивідуального освітнього плану (ІОП) учня, проводить тренінги та доносить до вчителів школи необхідну.

*Інтеграція традиційного та корекційного навчання*, для дітей з аутизмом має на увазі додаткове індивідуальне заняття з корекційним педагогом, логопедом, психотерапевтом, заняття з сенсорної інтеграції, ігротерапії, використання альтернативної комунікації та АВА-поведінкової терапії тощо.

*Організація підтримки аутичних дітей в класі фахівцями*, пояснюється необхідністю придбання дітьми соціальних та академічних навичок, які не можуть бути досягнуті простим зануренням дитини з аутизмом в загальну учебову систему, при цьому їм потрібна постійна підтримка та супровід фахівцем-асистентом (корекційним педагогом, соціальним педагогом, психологом).

*Використання індивідуального освітнього плану*, припускає те, що в процесі проходження програми, необхідно оцінювати досягнуті цілі за ІОП, з певною періодичністю збирати дані для обробки, аналізу, внесення змін та коригувань.

*Співпраця між педагогами та батьками*, визначає важливість включення в процес інклюзивного навчання батьків з метою моніторингу результатів, досягнутих дитиною, генералізації його навичок, особливо коли батьки разом з вчителями, ділячись своїми ідеями та своїм баченням дитини,

розробляють єдину концепцію допомоги, яка буде використана як в школі, так і вдома.

Використання принципу «рівного наставництва», коли дитина з аутизмом отримує підтримку однолітка (наставника), при координації з боку вчителя. Як наслідок, приклад наставників служить позитивним прикладом для наслідування для учнів, направляючи їх до успіху, підвищення самооцінки.

Кожен з компонентів вимагає координації з боку профільних фахівців: корекційних педагогів, психологів, соціальних педагогів, логопедів, які будуть підтримувати та супроводжувати дитину та вчителя на протязі всього процесу інклузивного навчання.

Незважаючи на відсутність спеціальних закладів для аутичних дітей в Україні, вже близько десяти років сучасна дефектологічна наука досліджує цю проблему на двох основних рівнях: підготовки спеціаліста для роботи з такою категорією дітей та розробки змісту їх спеціальної освіти. Першими на соціальний попіт відгукнувся інститут спеціальної педагогіки (академік В.І. Бондар, проф. В.В. Тарасун), створивши необхідну для всіх зацікавлених осіб «Концепцію навчання, виховання та розвитку аутичних дітей».

Інститутом корекційної педагогіки та психології НПУ імені М.П. Драгоманова (академік В.М.Синьов, доц. Руденко Л.М., проф. Шеремет М.К., проф. Шульженко Д.І.) були удосконалені та розширені навчальні програми на предмет внесення в їх структуру модуля, який своїм змістом відображав проблему аутизму.

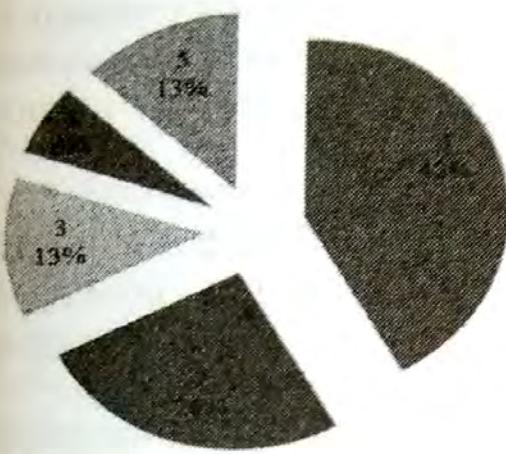
Метою нашого дослідження є перевірка готовності педагогів загальноосвітніх навчальних закладів м. Харкова до навчання дітей з особливими освітніми потребами, зокрема дітей з аутизмом.

Дослідження проводилось упродовж 2012-2013 навчального року в загальноосвітніх середніх школах м. Харкова різних форм власності (державних та приватних) через анонімне анкетування працівників закладів.

Перший блок анкетування був спрямований на виявлення рівня розуміння терміну "Інклузивна освіта", при цьому допускався лише один варіант відповіді.

1. Навчання дітей з особливими освітніми потребами (ООП) та інвалідністю в одному класі зі звичайними дітьми на базі загальноосвітньої школи
2. Створення спеціалізованого корекційного класу для дітей з ООП та інвалідністю в загальноосвітній школі
3. Створення класів для дітей без ООП в спеціальних корекційних закладах
4. Свій варіант
5. Важко відповісти

"Інклюзивна освіта" є:  
(державна школа)



"Інклюзивна освіта" є:  
(приватна школа)



(мал. 1)

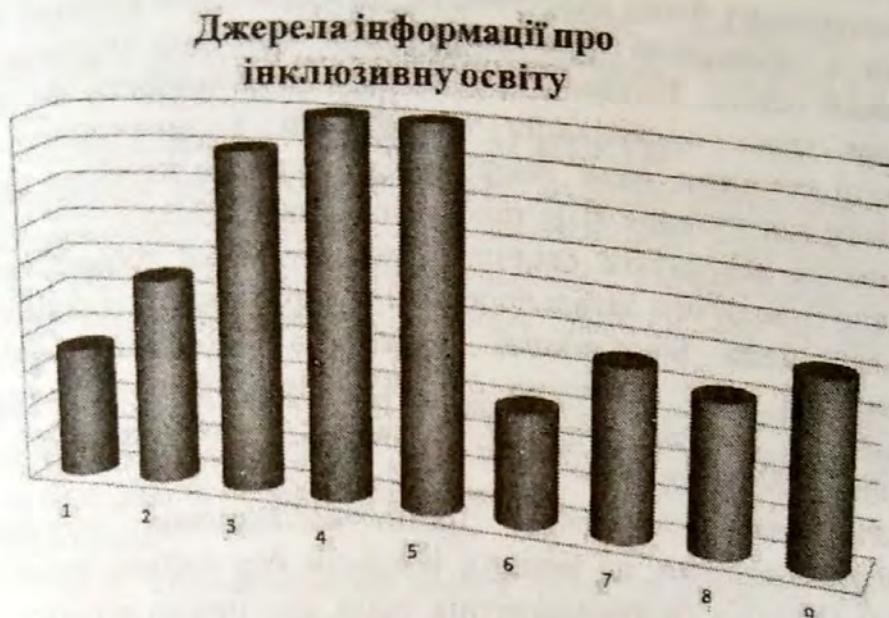
Аналізуючи отримані дані (мал.1), приходимо до висновку, що наведений нами вище компонент адміністративної підтримки, краще за все описує результат розбіжностей інформованості працівників державних та приватних шкіл. Керівництво приватних навчальних закладів запікалося в залученні коштів, у вигляді оплати за навчання, таким чином, пропонуючи сім'ям інноваційний навчальний досвід, в т.ч. підтримуючи інформованість педагогічного колективу про інклюзивну освіту. Такі ж розбіжності були виявлені при детальному аналізі анкетування різних державних шкіл.

Другий блок анкетування виявив популярність різних інформаційних джерел, з яких освітяни отримують інформацію про інклюзивну форму навчання. Дозволялося вказувати будь-яку кількість відповідей.

1. Немає інформації
2. Популярні газети, журнали
3. Електронні ЗМІ (ТВ, радіо)
4. Інтернет
5. Колеги, знайомі в Україні
6. Колеги, знайомі за кордоном
7. Конференції, семінари
8. Курси підвищення кваліфікації
9. Спеціалізовані професійні видання

Найбільшу популярність джерел показують традиційно електронні ЗМІ, зокрема телебачення, радіо та інформаційна мережа Інтернет. Саме електронні ЗМІ популяризують ідеї інклюзивного навчання. Важливу інформацію працівники шкіл отримують від колег та знайомих в Україні, що підкреслює важливість проведення семінарів та тренінгів для вчителів. На четвертому місці – популярні газети та журнали. Далі - спеціалізовані професійні видання, матеріали конференцій/семінарів та курсів підвищення кваліфікації педагогів загальноосвітніх навчальних закладів. Таким чином, ми бачимо недоліки існуючої системи безперервного навчання, коли курси

підвищення кваліфікації на спеціалізовані семінари поступаються (по кількості) інформації від колег або через електронні ЗМІ (мал.2).



(мал. 2)

Третій блок нашого дослідження мав на меті виявити ставлення працівників шкіл різних форм власності до впровадження інклюзивної освіти. Саме негативне ставлення педагогів загальноосвітніх навчальних закладів може загубити будь-яку добру справу, так само як позитивний настрій буде допомагати в розвитку та впровадженні новітніх ідей.

1. Повністю підтримую
2. Скоріш позитивно
3. Скоріш негативно
4. Важко відповісти



(мал. 3)

За результатами первого блока нашего исследования, ставлення до впровадження інклюзивной освіти также в значной мірі взаємопов'язано з

зацікавленістю керівництва навчальних закладів. Так, в приватних навчальних закладах ніхто з вчителів не вказав негативне ставлення до процесу інклюзивного навчання.

В останньому блоці анкетування, ми намагалися виявити зацікавленість педагогів в підвищенні своєї кваліфікації стосовно окремих компонентів інклюзивної освіти. Більше 8% опитаних респондентів, які відповіли, що проходили курси підвищення кваліфікації з інклюзивної освіти, або відвідували семінари дали невірну відповідь на питання першого блоку проведеного анкетування «Що таке інклюзивна освіта».

Отримані результати свідчать, що не тільки громадськість України, батьки, але й педагоги загальноосвітніх навчальних закладів є недостатньо обізнаними щодо інклюзивної освіти та державної програми по її впровадженню, що пов'язано з низьким рівнем інформаційної та просвітницької роботи в цьому напрямку з боку держави, громадських організацій та ЗМІ (мал.3).

Таким чином, зазначені нами компоненти успішної реалізації інклюзивного навчання, не можуть існувати без найважливішого фактора – готовності вчителів загальноосвітніх шкіл, що прямо впливає на реалізацію інклюзивної освіти.

Перспективними напрямами дослідження проблеми готовності вчителів є питання здійснення підготовки вчителів загальноосвітніх шкіл до навчання дітей з аутичними порушеннями в інклюзивних умовах, що включає складання списку необхідних особистісних якостей та навичок вчителя, розробка рекомендацій для курсів підвищення кваліфікації щодо теми «Інклюзивна освіта».

### **Література:**

1. Задорин И.В., Колесникова Е. Ю., Новикова Е. М. Инклюзивное образование в Москве: дифференциация информированности участников как фактор ограничение. – М., Психологическая наука и образование, 2011, № 1 стр. 60-73
2. Інклюзивна освіта в Україні [Електронний ресурс] / БФ «Квіти Життя»; ред. Івашура Н.С., web-майстер Івашура М.І. – електорні данні, Харків 2012, режим доступу: <http://inclusion.fl-life.com.ua>, вільний. – Загол. з екрану. Мова укр, рос, анг.
3. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: Монографія. - К.; Педагогічна думка, 2007. – 458с.
4. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія. – К., 2009. – 385с.
5. Шульженко Д.І. Формування готовності дітей з аутистичним спектром порушень до навчання у школі. Корекційна педагогіка. Вісник української асоціації корекційних педагогів. – 2008. - №1. С. 9-15.
6. Wagner, S (1999). "Inclusive programming for elementary students with autism", Future horizons inc., ISBN 978-1-885477-54-5

## **ЮРИДИЧНИЙ ДОВІДНИК БАТЬКІВ ОСОБЛИВОЇ ДИТИНИ**

У цьому розділі ми розглянемо основні документи, якими регламентуються права дитини з особливими потребами і її батьків в Україні.

### **➤ СОЦІАЛЬНІ І МЕДИЧНІ АСПЕКТИ:**

З метою дотримання прав людини у сфері охорони психічного здоров'я розроблені фундаментальні принципи, які сформульовані у вигляді основних прав Всесвітньою федерацією психічного здоров'я і Гарвардським Центром Співпраці у сфері законодавства про охорону здоров'я, що діє під егідою МОЗ.

Ці принципи повинні включатися в законодавство, застосовуватися в практиці у всьому світі незалежно від політичних систем, культурних традицій і інших особливостей окремих держав.

#### *Серед цих принципів:*

1. Право на гуманне, спрямоване на повагу гідності людини, поведінки, і професійно організованого обслуговування.
2. Добровільність госпіталізації.
3. Право особи, яку госпіталізують, на всебічний і неупереджений судовий розгляд питання про госпіталізацію.
4. Умови утримання госпіталізованого, що не обмежують його права, зокрема, право на вільне спілкування.
5. Відсутність дискримінації на підставі поставленого психіатричного діагнозу.

*Психіатрична допомога повинна бути організована на основі таких принципів:*

- Законність (обов'язкове дотримання законодавства і нормативних актів при наданні психіатричної допомоги);
- Гуманність по відношенню до пацієнта і людей, що оточують його;
- Дотримання прав людини і громадянства. Існує презумпція психічного здоров'я, згідно якої, кожна людина вважається психічно здорововою, поки зворотне не буде встановлене на підставі і в порядку, передбаченому чинним законодавством;
- Доступність. Держава гарантує безкоштовне надання медичної допомоги особам, що страждають психічними розладами, в державних і комунальних установах охорони здоров'я і безкоштовне або пільгове забезпечення їх лікарськими препаратами і виробами медичного призначення.
- Добровільність. Згідно із Законом України "Про психіатричну допомогу" всі види психіатричної допомоги надаються пацієтові при його добровільній згоді або на прохання і при інформованій згоді батьків чи опікунів.

Виняток становлять випадки, коли особа не може самостійно задовольнити свої основні життєві потреби без сторонньої допомоги об'єкти дії особи можуть запобігти шкоду собі або оточуючим.

## Конституція України:

### **Стаття 3.**

Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави.

### **Стаття 24.**

Громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом.

Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками.

Рівність прав жінки і чоловіка забезпечується: наданням жінкам рівних з чоловіками можливостей у громадсько-політичній і культурній діяльності, у здобутті освіти і професійній підготовці, у праці та винагороді за неї; спеціальними заходами щодо охорони праці і здоров'я жінок, встановленням пенсійних пільг; створенням умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материнством; правовим захистом, матеріальною і моральною підтримкою материнства і дитинства, включаючи надання оплачуваних відпусток та інших пільг вагітним жінкам і матерям.

### **Стаття 46.**

Громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом.

Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення, створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними.

Пенсії, інші види соціальних виплат та допомоги, що є основним джерелом існування, мають забезпечувати рівень життя, не нижчий від прожиткового мінімуму, встановленого законом.

### **Стаття 49.**

Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровочно-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності.

### Генеральна Асамблея ООН в 1989 році прийняла Конвенцію про права дитини

(Україна ратифікувала цю конвенцію в 1991 році).

В преамбулі Конвенції сказано:

Держави-учасниці цієї Конвенції,

... зважаючи на Декларацію прав дитини, "дитина, внаслідок її фізичної і розумової незрілості, потребує спеціальної охорони і піклування, включаючи належний правовий захист як до, так і після народження ...

... переконані в тому, що сім'ї, як основному осередку суспільства і природному середовищі для зростання і благополуччя всіх її членів і особливо дітей, мають бути надані необхідні захист і сприяння, з тим, щоб вона могла повністю покласти на себе зобов'язання в рамках суспільства ...

... погодилися з нижче сказаним:

#### Стаття 23

1 . Держави-учасниці визнають , що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах , які забезпечують її гідність , сприяють її впевненості в собі і полегшуєть її активну участь у житті суспільства.

2 . Держави-учасниці визнають право неповноцінної дитини на особливе піклування, заохочують і забезпечують надання, за умови наявності ресурсів, маючій на це право дитині та відповідальним за турботу про неї допомогу, щодо якої подано прохання і яка відповідає стану дитини та становищу її батьків або інших осіб, які забезпечують турботу про дитину.

3 . На забезпечення особливих потреб неповноцінної дитини, допомогу відповідно до пункту 2 цієї статті надається при можливості безкоштовно з урахуванням фінансових ресурсів батьків або інших осіб , що забезпечують турботу про дитину, та має на меті забезпечення неповноцінній дитині ефективного доступу до послуг у галузі освіти, професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я , підготовки до трудової діяльності та доступу до засобів відпочинку таким чином , який призводить до найбільш повного включення дитини в соціальне життя і досягнення розвитку її особистості, включаючи культурний і духовний розвиток дитини.

4 . Держави-учасниці сприяють міжнародному співробітництву, обміну відповідною інформацією в галузі профілактичної охорони здоров'я та медичного, психологічного і функціонального лікування неповноцінних дітей, включаючи розповсюдження інформації про методи реабілітації,

загальноосвітньої і професійної підготовки, а також доступу до цієї інформації, для того, щоб дозволити державам - учасницям поліпшити свої можливості і знання та розширити свій досвід в цій галузі. У цьому зв'язку особлива увага має приділятися потребам країн, що розвиваються.

### Декларація про права розумово відсталих осіб

(Прийнята резолюцією 2856 (XXVI) Генеральної Асамблеї від 20 грудня 1971 року)

1. Розумово відстала особа має ті ж права, що й інші люди.
2. Розумово відстала особа має право на належне медичне обслуговування та лікування, а також право на освіту, навчання, відновлення працездатності і заступництво, які дозволять їйому розвивати свої максимальні можливості.
3. Розумово відстала особа має право на матеріальне забезпечення та на задовільний рівень життя. Вона має право продуктивно працювати або займатися якою-небудь іншою корисною справою в міру своїх можливостей.
4. У тих випадках, коли це можливо, розумово відстала особа повинна жити в колі своєї родини або з прийомними батьками та брати участь у різних формах життя суспільства. Сім'ї таких осіб повинні отримувати допомогу. У разі потреби поміщення такої людини в спеціальний заклад необхідно зробити так, щоб нове середовище й умови життя якомога менше відрізнялися від умов звичайного життя.
5. Розумово відстала особа має право користуватися кваліфікованими послугами опікуна в тих випадках, коли це необхідно для захисту її особистого добробуту та інтересів.
6. Розумово відстала особа має право на захист від експлуатації, зловживань і принизливого поводження. У разі судового переслідування у зв'язку з будь-яким діянням вона повинна мати право на належне здійснення законності, що повністю враховує ступінь її розумового розвитку.
7. Якщо внаслідок серйозного характеру інвалідності розумово відстала особа не може належним чином здійснювати всі свої права або ж виникає необхідність в обмеженні або аннулювання деяких або всіх таких прав, то процедура, що застосовується з метою такого обмеження або аннулювання, має передбачати належні правові гарантії від будь-яких зловживань. Ця процедура повинна ґрунтуватися на оцінці кваліфікованих фахівців суспільно корисних можливостей розумово відсталої особи, а також передбачати періодичний перегляд і право апеляції у вищі інстанції.

### Національна програма «Діти України»

(Затверджена 1996 року Наказом Президента України)

Основна мета цієї програми - забезпечення права кожної дитини народитися здорововою, вижити і мати умови для всеобщого розвитку, бути соціально і психологічно захищеною.

У розділі «Основні заходи щодо забезпечення виконання програми» є такі пункти:

- Створити центри медико-соціальної реабілітації для дітей-інвалідів з урахуванням їх нервової системи.
- Забезпечувати дітей-інвалідів, хворих на дитячий церебральний параліч та інші захворювання, дитячими колясками та іншими засобами реабілітації.
- Розробити та реалізувати навчальні плани, програми і методики, які забезпечували б здобуття середньої освіти дітьми з тяжкими формами інвалідності вдома.
- Розробити і реалізувати комплексний план підготовки та видання підручників, навчально-методичних, дидактичних посібників для різних типів спеціальних шкіл та інших форм навчання осіб, які мають вади фізичного або розумового розвитку.
- Розширити в професійних навчально-виховних закладах підготовку кваліфікованих спеціалістів з числа дітей з вадами фізичного та розумового розвитку з урахуванням їх інтересів та можливостей.

## ЗАКОН УКРАЇНИ Про психіатричну допомогу

Закон визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги.

### *Стаття 7. Діагностика психічного розладу та лікування особи, яка страждає на психічний розлад*

Діагноз психічного розладу встановлюється відповідно до загальновизнаних міжнародних стандартів діагностики та Міжнародної статистичної класифікації хвороб, травм і причин смерті, прийнятих центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я для застосування в Україні. Діагноз психічного розладу не може базуватися на незгоді особи з існуючими в суспільстві політичними, моральними, правовими, релігійними, культурними цінностями або на будь-яких інших підставах, безпосередньо не пов'язаних із станом її психічного здоров'я.

Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, дозволені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, застосовуються лише з діагностичною та лікувальною метою відповідно до характеру психічних розладів і не можуть призначатися для покарання особи, яка страждає на психічний розлад, або в інтересах інших осіб.

Забороняється визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, крім випадків проведення судово-психіатричної експертизи посмертно.

**Стаття 10. Психіатричні заклади, медичні працівники та інші фахівці, які надають психіатричну допомогу**

Психіатрична допомога надається психіатричними закладами всіх форм власності, а також лікарями-психіатрами за наявності ліцензії, отриманої відповідно до законодавства. Медичні працівники, інші фахівці для допуску до роботи з особами, які страждають на психічні розлади, повинні пройти спеціальну підготовку та підтвердити свою кваліфікацію в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

**Стаття 12. Амбулаторна психіатрична допомога**

Амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо особи віком до 14 років (малолітньої особи) - на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недісздатною, - на прохання або за згодою її опікуна. У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога ісповінолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено в суді. {Частина перша статті 12 із змінами, внесеними згідно із Законом № 1033-В (1033-16) від 17.05.2007}

**Стаття 25. Права осіб, яким надається психіатрична допомога**

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають права і свободи громадян, передбачені Конституцією України (254к/96-ВР) та законами України. Обмеження їх прав і свобод допускається лише у випадках, передбачених Конституцією України, відповідно до законів України.

Особи, яким надається психіатрична допомога, мають право на:

- поважливе і гуманне ставлення до них, що виключає приниження честі й гідності людини;
- отримання інформації про свої права, пов'язані з наданням психіатричної допомоги;
- одержання психіатричної та соціальної допомоги в умовах, що відповідають вимогам санітарного законодавства;
- відмову від надання психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання в примусовому порядку, передбаченому законом;
- усі види медико-санітарної допомоги (у тому числі санаторно-курортне лікування) за медичними показаннями;
- одержання психіатричної допомоги в найменш обмежених, відповідно до їх психічного стану, умовах, якщо можливо, за місцем проживання цих осіб, членів їх сім'ї, інших родичів або законних представників;
- утримання в психіатричному закладі лише протягом строку, необхідного для обстеження та лікування;
- попередню згоду або відмову в будь-який час від застосування нових методів діагностики і лікування та лікарських засобів чи від участі у навчальному процесі;

- безпечностъ надання психіатричної допомоги;
- безоплатне надання медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а також безоплатне або на пільгових умовах забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України;
- безоплатну юридичну допомогу з питань, пов'язаних з наданням їм психіатричної допомоги;
- альтернативний, за власним бажанням, психіатричний огляд та залучення до участі в роботі комісій лікарів-психіатрів з питань надання психіатричної допомоги будь-якого фахівця, який бере участь у наданні психіатричної допомоги, за погодженням з ним;

Наказом МОЗ № 108 від 15 лютого 2010 г. затверджені «Програмно-цільове обслуговування дітей з розладами спектру аутизму» и «Програмно-цільове обслуговування дітей з гіперкінетичними розладами».

В документах надана клініко-діагностична та лікувальна програми, протоколи психотерапії та поетапне медикаментозне лікування.

## ➤ ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ОТРИМАННЯ ІНВАЛІДНОСТІ

Критерії встановлення інвалідності прописані в Постанові Кабінету міністрів України «Питання медико-соціальної» № 1317 від 3 грудня 2009 року (із змінами, внесеними згідно Постанов КМУ № 752 від 18.08.2010, № 762 від 20.07.2011 та № 485 від 31.05.2012 р.).

Питання про порядок видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років регламентує Наказ МОЗ України № 482 від 04.12.2001 «Про погодження порядку видачі медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років» (із змінами, внесеними згідно з Наказами МОЗ № 342 від 11.07.2005 та № 342 від 11.07.2005).

### Пункт 2

Перелік медичних показань, що дають право про одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 18 років затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України від 08.11.2001 N 454/471/516, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 26.12.2001 за N 1073/6264.

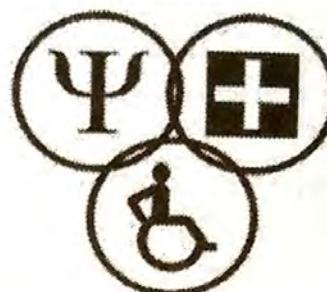
### Пункт 7

Визнання дитини віком до 18 років інвалідом та оформлення медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років (ф.080/о "Медичний висновок про дитину-інваліда до 18 років") здійснюється лікарсько-консультативною комісією дитячого лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини після особистого огляду її та за наявності виписки з медичної карти стаціонарного хворого (ф.027/о) або консультативного висновку спеціаліста (ф.028/о), виданих після стаціонарного або амбулаторного обстеження дитини в дитячій обласній, багатопрофільній міській лікарнях, спеціалізованих лікарнях,

диспансерах, де діти перебувають на диспансерному обліку та спеціалізованому лікуванні, Українській дитячій спеціалізованій лікарні "ОХМАТДИТ", Українському центрі медичної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи або клініках науково-дослідних установ Міністерства охорони здоров'я, Академії медичних наук України та оформленіх у зазначеному порядку.

## ➤ ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ:

### ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНІ КОНСУЛЬТАЦІЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ УКРАЇНИ



Девіз: Кожна дитина потребує любові, захисту і допомоги.  
Кожній дитині рівні можливості в реалізації освітніх потреб.

**Психолого-медико-педагогічні консультації** – установи системи освіти України, діяльність яких спрямована на підтримку, захист прав для здобуття якісної освіти дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі з інвалідністю.

**Ціль функціонування:** надання фахових консультацій з питань організації навчально-розвивальної роботи та реалізації права на освіту:

- дітям з особливими освітніми потребами, у тому числі з інвалідністю;
- сім'ям, які виховують дітей з особливими освітніми потребами;
- педагогам, які працюють з дітьми зазначеної категорії ;
- спеціалістам органів управління освітою, які координують питання щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами .

**Мета:** створення рівних умов підтримки, сприяння потенціалу розвитку, задоволенню освітніх потреб відповідно до індивідуальних можливостей і здібностей дітей з різними видами порушень психофізичного розвитку, в тому числі з інвалідністю.

**Працівниками психолого-медико-педагогічних консультацій** є висококваліфіковані фахівці різних спеціальностей (консультанти):

- учителі - дефектологи: логопеди, сурдопедагоги, тифлопедагоги, олігофренопедагоги;

- практичні психологи: з проблем поведінки та оцінки інтелектуального розвитку;
- лікарі: дитячі психіатри, неврологи.

### **Зміст консультацій:**

- **для батьків** – надання підтримки щодо задоволення освітніх потреб їхньої дитини; за результатами психолого-педагогічного вивчення розкриття її індивідуальних особливостей розвитку, навчання, виховання, пояснення причин освітніх проблем, труднощів засвоєння знань, умінь і навичок, визначення сильних сторін психічного розвитку, першочергових завдань та належного змісту, методів, прийомів навчання і виховання, формування особистісних якостей та навичок соціальної взаємодії; розкриття ролі і значення "батьківської педагогіки", освітньо-виховних завдань та напрямків їх вирішення; спільна розробка стратегій сімейного виховання, практичні заняття (майстер-класи) з метою навчання педагогічних технологій; тренінги;
- **для педагогів** - з'ясування труднощів розвитку та здійснення навчальної діяльності дитини, природи їх виникнення, особливостей психолого-педагогічної реабілітації, соціалізації і інтеграції у суспільне життя; отримання з корекційними програмами, методичними посібниками, належними засобами для здійснення навчального процесу з урахуванням своєрідних особливостей освітніх потреб;
- **для органів управління освітою** – надання інформації про кількість дітей за видами порушень психофізичного розвитку, про існуючі тенденції в їх домінуванні, рівень доступу до здобуття освіти, достатність навчальних закладів і різноманітність форм надання освітніх послуг для дітей з особливими освітніми потребами та інвалідністю в регіоні, про вимоги щодо організації інклюзивного навчання.

### **Структура психолого-медико-педагогічних консультацій та їх повноваження:**

- **районна (міська) консультація** - найближча до місця проживання дитини та її родини, вирішує усі питання первинного консультування;
- **обласна консультація** – має вищу силу над районною (міською), головна установа серед районних (міських) консультацій області;
- **центральна консультація** – розглядає питання оскарження висновків та рекомендацій підпорядкованих їй районної (міської) та обласної консультацій, головна науково-методична установа в системі психолого-медико-педагогічних консультацій України.

### **Напрямки діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій:**

- активне і якомога раннє виявлення дітей з труднощами та порушеннями психофізичного розвитку;
- збір даних про кількість дітей з особливими освітніми потребами в регіоні та створення банків даних про них за видами порушень психофізичного розвитку;

- психолого-педагогічне вивчення дітей і надання висновків та рекомендацій;
- аналіз даних про особливі освітні потреби дітей регіону, узагальнення тенденцій, розробка пропозицій щодо запровадження змін у доступі до здобуття освіти дітей з такими потребами;
- сприяння розвитку і методична допомога в організації інклузивного навчання, створення фонду наочно-методичної літератури;
- методична робота з батьками, педагогами інклузивних (інтегрованих) класів;
- супровід сімей, які самостійно виховують дітей із складною та тяжкою патологією;
- просвітницька діяльність.

### **Консультування в психолого-медико-педагогічних консультаціях усіх рівнів здійснюється:**

- з власної ініціативи батьків,
- з ініціативи педагогів та обов'язковою згодою батьків або осіб, які їх замінюють (з відповідно оформленими документами);
- з ініціативи служб у справах дітей з відповідно оформленими документами.

Психолого-педагогічне вивчення дитини відбувається виключно за умови присутності батьків або осіб, які їх замінюють з відповідно оформленим документом.

**Висновок з протоколу засідання психолого-медико-педагогічної консультації** є підставою для організації органами управління освітою навчально-реабілітаційного процесу з дітьми з особливими освітніми потребами, має рекомендаційний характер.

**Документи**, необхідні для психолого-педагогічного вивчення дитини:

- паспорт батьків, відповідно оформлені документи осіб, які замінюють батьків (пред'явлення);
- свідоцтво про народження дитини (пред'явлення);
- картка стану здоров'я і розвитку дитини;
- зошити з рідної мови, математики (якщо дитина навчається), малюнки;
- висновки шкільної комісії про результати та динаміку навчання дитини (якщо такі є);
- довідки про додаткові обстеження дитини (якщо такі є);
- історія розвитку дитини (ф.112/о) (пред'явлення).

**Оскаржити висновки та рекомендації районних (міських), обласних консультацій** можна в обласній та в центральній консультаціях. Адреса Центральної ПМПК: 01135, м. Київ -135, вул. Павла Пестеля,7, кімната 14; тел.(044 252-70-11).

**Інформацію** про найближчу до місця проживання дитини психолого-педагогічну консультацію можна дістати у відділах (управліннях, департаментах) освіти і науки місцевих органів виконавчої влади) адреси і контактний телефон на сайті обласних управлінь освіти і науки відповідних органів виконавчої влади.

**Адреси психолого-педагогічних консультацій  
системи освіти України**  
(лютий 2014 р.)

**Міністерство освіти і науки України, НАПН України**  
**Центральна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 01135, м. Київ, вул. П.Пестеля, буд.7, к.14  
Завідувач: Обухівська Антоніна Григорівна  
Тел. (044) 252-70-11, (067) 339-60-60  
Електронна адреса: [rom73@meta.ua](mailto:rom73@meta.ua)

**АР Крим**  
**Республіканська психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 95017, м. Сімферополь, вул. Фед'ко, 4.  
Завідувач: Федосеня Олена Дмитрівна.  
Тел. роб./факс: (0652) 27-63-32  
Електронна адреса: [024\\_rpmk@ukr.net](mailto:024_rpmk@ukr.net)

**Вінницька обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 21000 м. Вінниця, вул. Соборна, 15-А, кімн. 508  
Завідувач: Каменщук Тетяна Дмитрівна  
Тел. роб.: (0432) 61-13-21.  
Електронна адреса: [ktania@bigmir.net](mailto:ktania@bigmir.net)

**Волинська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 43025, м. Луцьк, вул. Коперника, 12.  
Завідувач: Мазурик Тамара Володимирівна.  
Тел. роб. (0332) 72-10-68  
Електронна адреса: [volunprmpk@mail.ru](mailto:volunprmpk@mail.ru)

**Дніпропетровська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса : 49044, м. Дніпропетровськ, вул. Паторжинського, 13-а.  
Завідувач: Васильковська Світлана Іванівна.  
Тел. Роб.: (0562) 47-13-72, факс: (0562) 46-34-10.  
Електронна адреса: [dopmpk@ua.fm](mailto:dopmpk@ua.fm)

**Донецька обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса : 83050, м. Донецьк, вул. Щорса, 30.  
Завідувач: Калиновська Олена Володимирівна.  
Тел. роб: (062) 304-85-74  
Електронна адреса: [dopmpk@mail.ru](mailto:dopmpk@mail.ru)

**Житомирська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса: 10014, м. Житомир, вул. Пушкінська 17.  
Тел. роб.: (0412) 44-55-47  
Завідувач: Шовтюк Алла Миколаївна.  
Електронна адреса: zhitomir\_ompk@mail.ru

**Закарпатська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 88000, Ужгород, вул. А. Волошина, 35.  
Завідувач: Утьосова Олена Іванівна.  
Тел. роб.: (0312) 61-21-34  
Електронна адреса: zakompk@mail.ru

**Запорізька обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 69107, м. Запоріжжя, вул. Запорізька, 13а.  
Завідувач: Павлова Людмила Миколаївна.  
Тел. роб.: (0612) 62-34-71  
Електронна адреса: zorpmpk@ukr.net

**Івано-Франківська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса : 76019, м. Івано-Франківськ, вул. Військових Ветеранів , 14-а.  
Завідувач: Іваночко Галина Степанівна.  
Тел. роб.: (0342) 50-04-94  
Електронна адреса: ifpmpk\_2008@ukr.net

**Київська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 08150, м. Боярка, вул. Жовтнева, 39.  
Завідувач: Стоцька Софія Володимирівна .  
Тел.: в Боярці (044) 592-79-85; в Києві ОБЛОНО (044) 278-23-32  
Електронна адреса: pmpk\_kievobl@meta.ua

**Кіровоградська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 25006, м. Кіровоград, пров. Декабристів, 15, каб.9.  
Завідувач: Ребдело Лариса Іванівна.  
Тел. роб.: (0522) 30-40-33  
Електронна адреса: kormpk@gambler.ru

**Луганська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса: 91034, м. Луганськ, квартал Молодіжний, 4А, ДНЗ №73  
Завідувач: Козенко Оксана Євгенівна,  
Тел. роб.: (0642)50-05-31  
Електронна адреса: lug\_pmpk@ukr.net

**Львівська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса:79008, м. Львів, вул. Короленка, 1  
Завідувач: Лака Оксана Іванівна  
Тел. роб.: (0322)-261-61-91  
Електронна адреса: oprmpk.lviv@gmail.com

**Миколаївська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса: 54029, м. Миколаїв, вул. 1-а Слобідська, 74  
Тел. відсутній  
Завідувач: Самборик Тетяна Валентинівна.  
Електронна адреса: tsv63@gmail.ru

**Одеська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 68004, м. Одеса, вул. Ясиновського, 3а.  
Тел. роб.: (0482) 728-14-92.  
Тел. роб.: Головко Людмила Євгенівна.  
Завідувач: Головко Людмила Євгенівна.  
Електронна адреса: oormpk@jandex.ru

**Полтавська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 36000, м. Полтава, вул. Нечуя-Левицького, 4  
Тел. роб.: (05322) 7-45-31,  
Завідувач: Кривенко Світлана Іванівна.  
Електронна адреса: polrmpk@rambler.ru

**Рівненська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 33014, м. Рівне, вул. С.Бандери, 39.  
Завідувач: Коток Тетяна Андріїна.  
Тел. роб.: (0362) 23-61-98; 63-80-96  
Електронна адреса: ormpk@ukr.net

**Сумська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 40024, м. Суми, вул. Прокоф'єва, 28  
Завідувач: Гаєва Надія Федорівна.  
Тел. роб.: (0542) 36-01-72  
Електронна адреса: sopmpk@mail.ru

**Тернопільська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса: 46000, м. Тернопіль, вул. Ген. Тарнавського, 7а  
Завідувач: Лоза Світлана Іванівна.  
Тел. роб.: (0352) 28-34-21  
Електронна адреса: topmpk@ukr.net

**Харківська обласна психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса: 61016, м. Харків, вул. Межлаука, 10/5.  
Завідувач: Вишнева Ірина Миколаївна.  
Тел. роб. тимчасово (098) 85-82-685  
Електронна адреса: kukhoesrmpk@ukr.net

**Херсонська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 73008, м. Херсон, вул. Миру, 31,  
Завідувач: Бугайова Ірина Анатоліївна.  
Тел. роб.: (0552) 51-69-14, факс: 51-69-13  
Електронна адреса: kherson.rmpk@mail.ru  
Сайт: corr.ks.ua/ormpk.htm

**Хмельницька обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса 29000:, м. Хмельницький, вул. Озерна, 14, корпус 3.  
Завідувач: Магур Ганна Олександровна.  
Тел. роб.: (0382) 77-64-80  
Електронна адреса: km\_ormpk@mail.ru

**Черкаська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса :18003, м. Черкаси, вул. Смілянська, 132 .  
Завідувач: Скляр Світлана Василівна  
Тел. роб.: (0472) 63-65-33  
Електронна пошта: ormpk-1@ukr.net

**Чернівецька обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 58022, м. Чернівці, вул. Фрунзе , 3.  
Звідувач: Ісанчук Надія Володимирівна.  
Тел. роб.: (03722) 3-63-13  
Електронна пошта: chompk@ukr.net

**Чернігівська обласна психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 14000, м. Чернігів, пров. Папанівців, буд 18-а.  
Завідувач: Маєш Тамара Василівна.  
Тел. роб.: (0462)62-64-04; 64-74-68; 67-74-68  
Електронна пошта: ormpk.cg@mail.ru; amot52@jandex.ru

**Київська міська психолого-медико-педагогічна консультація**  
Адреса: 02152, м. Київ, вул. Політехнічна, 3а.  
Завідувач: Шейко Світлана Василівна.  
Тел. роб.: (044) 238-04-76  
Електронна адреса:kpmrk@ukr.net, 295@mail.ru

**Севастопольська міська психолого-медико-педагогічна консультація.**  
Адреса: 99011, м. Севастополь, вул. Музики,5.  
Завідувач: Долженко Алевтина Іванівна.  
тел. роб.: (0692) 44-96-12.  
Електронна адреса: ku\_pmpk@mail.ru

Додаток 1

**М-СНАТ (Модифікований скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку)**

Будь ласка, дайте оцінку, наскільки приведені нижче висловлювання характеризують Вашу дитину. Постарайтесь відповісти на всі запитання. Якщо якась поведінка виявляється рідко (Ви бачили це всього один-два рази), відмітьте, що дитині це не властиво.

Також, даний тест можливо пройти он-лайн на сайті [medilex.com.ua](http://medilex.com.ua)

1.	Чи подобається Вашій дитині, коли її гойдають на руках, на колінах тощо?	Так	Hi
2.	Чи виявляє Ваша дитина інтерес до інших дітей?	Так	Hi
3.	Чи любить Ваша дитина лазити, залазити на предмети та драбини?	Так	Hi
4.	Чи любить Ваша дитина грatisя у піжмурки (ку-ку)?	Так	Hi
5.	Чи подобається Вашій дитині вигадувати ігри, наприклад, ніби вона говорить по телефону, піклується про ляльку чи повторює іншу поведінку дорослих?	Так	Hi
6.	Чи використовує Ваша дитина вказівний палець, щоб показати чи попросити щось?	Так	Hi
7.	Чи використовує Ваша дитина вказівний палець, щоб показати чи виявити інтерес до чогось?	Так	Hi
8.	Чи грається Ваша дитина з маленькими іграшками (наприклад, машинкою чи кубиками) за призначенням, чи лише кусає, кидає, крутить їх?	Так	Hi
9.	Чи приносить Ваша дитина що-небудь Вам показати?	Так	Hi
10.	Чи дивиться Ваша дитина Вам в очі довше однієї-двох секунд?	Так	Hi
11.	Чи здається Вам, що Ваша дитина занадто чутлива до шуму (наприклад, закриває вуха)?	Так	Hi
12.	Чи відповідає Ваша дитина посмішкою, коли бачить Ваше обличчя, або у відповідь на Вашу посмішку?	Так	Hi
13.	Чи наслідує Вас Ваша дитина (наприклад, якщо Ви скривитеся, чи буде дитина імітувати Ваше обличчя)?	Так	Hi
14.	Чи відгукується Ваша дитина на ім'я, коли Ви її кличете?	Так	Hi
15.	Якщо Ви показуєте на іграшку, яка знаходиться на іншому кінці кімнати, чи подивиться на неї Ваша дитина?	Так	Hi
16.	Чи вміє Ваша дитина ходити?	Так	Hi
17.	Чи дивиться Ваша дитина на речі, якщо Ви самі на них дивитеся?	Так	Hi
18.	Чи любить Ваша дитина виконувати незвичні рухи пальцями близько до свого обличчя?	Так	Hi
19.	Чи намагається Ваша дитина привернути Вашу увагу до того, чим вона займається?	Так	Hi

20.	Чи здавалося Вам коли-небудь, що Ваша дитина глуха?	Так	Hi
21.	Ваша дитина розуміє, про що говорять оточуючі?	Так	Hi
22.	Чи дивиться іноді Ваша дитина в нікуди, чи блукає безцільно?	Так	Hi
23.	Чи перевіряє Ваша дитина реакцію на Вашому обличчі, якщо стикається з чимось незнайомим?	Так	Hi

### Інтерпретація результатів.

1. Hi	7. Hi	13. Hi	19. Hi
2. Hi	8. Hi	14. Hi	20. Так
3. Hi	9. Hi	15. Hi	21. Hi
4. Hi	10. Hi	16. Hi	22. Так
5. Hi	11. Так	17. Hi	23. Hi
6. Hi	12. Hi	18. Так	

Збіг відповідей з таблицею за двома і більше критичними питаннями (виділені жирним шрифтом, чи за трьома і більше будь-якими питаннями приводом для направлення дитини на діагностичне обстеження є спеціалістів, до чиєї компетенції входить постановка діагнозу РСА у дітей раннього віку.

## ДІАГНОСТИЧНА ШКАЛА РАННЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ (CARS)

Додаток 2

Також, даний тест можливо пройти он-лайн на сайті [medilex.com.ua](http://medilex.com.ua)

### I. Взаємовідносини з людьми

1. Жодних очевидних труднощів чи ненормальностей у спілкуванні з людьми. Поведінка дитини адекватна її вікові. Може спостерігатися незначна сором'язливість, метушливість чи хвилювання у той момент, коли до дитини звертаються, але це в межах норми.
  - 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальні взаємовідносини – дитина може уникати контакту очей, уникати дорослих чи нервувати, якщо намагаються привернути її увагу, бути дуже сором'язливою, не відгукуватися на звернення до неї, як це зазвичай роблять діти, липнути до батьків більше, ніж більшість дітей цього віку.
  - 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальні взаємовідносини – дитина часом байдужа (складається враження, що вона не помічає дорослих). Часто доводиться

примусово привертати увагу дитини. Дитина ініціює мінімальний контакт.

3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальні взаємовідносини – дитина постійно байдужа і не помічає, що роблять дорослі. Дитина ніколи не відгукується і ніколи не ініціює контакт з дорослими. Тільки дуже наполегливі спроби заволодіти увагою дитини можуть дати ефект.

## II. Імітація

1. Правильна імітація – дитина може імітувати звуки, слова, рухи, які доступні дитині її віку.

1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

2. Трохи ненормальна імітація – дитина імітує найпростішу поведінку, наприклад, плескання в долоні чи поодинокі звуки у більшості випадків. Іноді імітує після прокидання чи з затримкою.

2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

3. Помірно ненормальна імітація – дитина імітує лише іноді і це потребує великої завзятості і допомоги дорослого. Часто імітує лише з затримкою.

3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальна імітація – дитина дуже рідко чи ніколи не імітує звуки, слова, рухи навіть при прокиданні чи з допомогою дорослого.

## III. Емоційна реакція

1. Емоційна реакція відповідає вікові та ситуації – дитина демонструє адекватний тип і ступінь емоційної реакції, і це відбувається на виразі обличчя, у позі і манері.

1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

2. Трохи ненормальна емоційна реакція – дитина іноді показує певною мірою непідходящий тип і ступінь емоційної реакції. Реакції часом не пов'язані з оточуючими об'єктами і подіями, що відбуваються навколо.

2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

3. Помірно ненормальна емоційна реакція – дитина показує певні ознаки непідходящого типу і/або ступеню емоційної реакції. Реакції можуть бути досить пригальмовані чи надміrnі і не пов'язані з ситуацією; може кривлятися, сміятися чи ставати суveroю, навіть коли не відбувається очевидних подій чи немає об'єктів, які могли б це спровокувати.

3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями).

4. Значно ненормальна емоційна реакція – реакція дуже рідко відповідає ситуації; коли дитина перебуває у конкретному настрої, дуже важко змінити цей настрій. І навпаки, дитина видає різні емоції, коли нічого не змінювалося.

#### **IV. Володіння тілом**

1. Володіння тілом відповідає вікові – дитина рухається легко, вправно, координація відповідає нормі для дитини цього віку.
  - 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальне володіння тілом – присутні певні незначні дивакуватості, такі як неповороткість, повторювані рухи, погана координація, чи нечасті прояви більш незвичних рухів.
  - 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальне володіння тілом – поведінка відверто дивна чи незвична для дитини цього віку, можуть бути дивні рухи пальцями, незвичні позиції пальців чи тіла, дитина може витріщатися або смикати частини тіла, виявляти самоагресію, розгойдуватися, крутитися, крутити пальцями чи ходити навпиньках.
  - 3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Значно ненормальне володіння тілом – інтенсивні чи часті рухи, вказані вище, є ознаками серйозно ненормального використання тіла. Ця поведінка присутня, незважаючи на спроби засудити, зупинити чи зайняти дитину чимось іншим.

#### **V. Використання предметів**

1. Нормальне використання та інтерес до іграшок та інших предметів – дитина демонструє нормальний інтерес до іграшок та інших предметів, що відповідає рівню її навичок (skill level), і використовує ці іграшки за призначенням.
  - 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальний інтерес чи використання іграшок та інших предметів – дитина може виказувати нетиповий інтерес чи гратися незвичним чином (наприклад, стукати іграшкою чи смоктати її).
  - 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальний інтерес чи використання іграшок та інших предметів – дитина може демонструвати слабкий інтерес до іграшок та інших предметів, чи може використовувати предмет чи іграшку дивним чином. Вона може фокусуватися на незначній частині іграшки, бути зачарованою відбиттям світла від предмета, постійно рухати якусь його певну частину чи гратися виключно якимось одним предметом.

3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальний інтерес до іграшки чи використання іграшок та інших предметів – дитина може мати ту ж поведінку, як і описано в попередніх пунктах, але частіше та інтенсивніше. Дитину дуже важко відволікти, коли вона займається цими діями.

## VI. Адаптація до змін

1. Відповідна вікові реакція на зміни – незважаючи на те, що дитина помічає і коментує зміни у повсякденному житті, вона приймає ці зміни без надмірного потрясіння.

1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

2. Трохи ненормальна адаптація до змін – коли дорослі намагаються змінити рід занять, дитина може продовжувати робити те, що робила раніше, чи використовувати ті ж предмети.

2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

3. Помірно ненормальна адаптація до змін – дитина активно опирається змінам в усталеному порядку, намагається продовжити старе заняття, і її дуже важко від цього відволікти. Вона може сердитися чи засмутитися, коли змінюється усталений порядок дій.

3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальна адаптація до змін – дитина демонструє різку реакцію на зміни. Якщо зміни їй нав'язують, вона може дуже розсердитися чи не захотіти співпрацювати і реагує роздратуванням.

## VII. Візуальна реакція

1. Відповідна вікові візуальна реакція – візуальна реакція дитини нормальна і відповідає її вікові. Зір використовується разом з іншими почуттями як спосіб дослідження нових предметів.

1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

2. Трохи ненормальна візуальна реакція – дитині доводиться періодично нагадувати, щоб вона дивилася на предмети. Дитина може більше цікавитися своїм відображенням у дзеркалі чи світлом, ніж ровесниками, може час від часу дивитися кудись у простір чи уникати дивитися людям в очі.

2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

3. Помірно ненормальна візуальна реакція – дитині часто треба нагадувати, що вона повинна дивитися на те, що робить. Вона може дивитися кудись у простір чи уникати дивитися людям в очі, дивитися на предмети під незвичним кутом зору чи тримати предмети дуже близько до очей.

3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальна візуальна реакція – дитина постійно уникне дивитися на людей чи певні предмети, і демонструє крайні візуальні відхилення, описаних вище.

### VIII. Слухова реакція

1. Відповідна вікові слухова реакція – слухова реакція дитини нормальна і відповідає її вікові. Слух використовується разом з іншими почуттями.  
1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальна слухова реакція – може бути недостатня реакція у відповідь чи незначна підвищена чутливість до конкретних звуків. Реакція на звук може бути із запізненням, звуки необхідно часом повторювати, щоб заволодіти увагою дитини. Дитина може засмутитися через зовнішні звуки.  
2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальна слухова реакція – реакція на звуки у дитині змінюється; часто вона ігнорує звуки, коли їх вимовляють перші кілька разів; може лякатися чи закривати вуха, коли чує певні звуки з повсякденного життя.  
3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Значно ненормальна слухова реакція – дитина демонструє підвищену чутливість і/або занижену чутливість до звуків дуже помітною мірою, залежно від типу звука.

### IX. Сmak, запах і реакція на дотик, їхнє використання

1. Нормальне використання і реакція на смак, запах і дотик – дитина вивчає нові предмети відповідно її вікові, головним чином через відчуття і зір. Сmak і запах використовуються належним чином. Коли дитина відчуває незначний біль, вона виявляє це в рамках нормальної реакції.  
1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальне використання, реакція на смакові відчуття, запахи і дотики – дитина постійно тягне предмети до рота, може нюхати чи куштувати нейстівні предмети; може не реагувати чи надто гостро реагувати на незначний біль, який звичайна дитина сприйняла б як невеликий дискомфорт.  
2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальне використання, реакція на смакові відчуття, запахи і дотики – дитина може бути помірно стурбована дотиком, нюхати чи пробувати на смак предмети чи людей. Дитина може також дуже сильно чи надто слабко реагувати.  
3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальне використання, реакція на смакові відчуття, запахи і дотики – дитина переймається запахами, смаковими відчуттями чи дотиками до предметів більше для того, щоб отримати відчуття, ніж для нормального вивчення чи використання предметів. Дитина може повністю ігнорувати біль чи реагувати надто сильно на незначний дискомфорт.

## X. Страх чи знервованість

1. Нормальний рівень страху чи нервозності – поведінка дитини відповідає і ситуації, і вікові.
- 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальний страх чи нервозність – дитина час від часу відчуває занадто сильний чи занадто слабкий страх чи нервозність порівняно з іншими дітьми того ж віку в аналогічній ситуації.
- 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальний страх чи нервозність – дитина час від часу демонструє трохи більше чи трохи менше страху, ніж характерно навіть для дітей молодших за неї в аналогічній ситуації.
- 3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Значно ненормальний страх чи нервозність – страх присутній навіть після повторного досвіду з безпечними подіями чи предметами. Дуже важко заспокоїти чи втішити дитину. Дитина може, навпаки, не помічати небезпеки, якої уникають діти її віку.

## XI. Вербальна комунікація

1. Нормальна вербальна комунікація, що підходить для даного віку та ситуації.
- 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальна вербальна комунікація – мова в цілому формується з затримкою. Більша частина мовлення осмислена, при цьому присутня певна ехолалія чи неправильне використання займенників. Час від часу можуть використовуватися деякі дивні слова чи жаргон.
- 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальна вербальна комунікація – мова може бути відсутня. Коли вона є, вербальна комунікація може бути сумішшю усвідомленого мовлення і дивного мовлення, такого як жаргон, ехолалія, неправильне вживання займенників. Усвідомлене мовлення може містити здійснені запитання та захоплення певними темами.
- 3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)

4. Значно ненормальна вербална комунікація – усвідомлене мовлення не використовується. Дитина може вищати, як немовля, видавати дивні та тваринні звуки, більш складний шум, наближений до мови, чи може наполегливо, дивно використовувати декілька пізнаваних слів чи фраз.

## XII. Невербална комунікація

1. Нормальна невербална комунікація, адекватна даному вікові та ситуації.  
1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальне використання невербалної комунікації – незріле використання невербалної комунікації; може лише показувати невизначену чи тягнися до того, що хоче, в ситуації, коли дитина такого ж віку може показати чи пояснити жестами, що саме вона хоче.  
2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальне використання невербалної комунікації – дитина загалом не може висловлювати свої потреби чи бажання невербално і не може розуміти невербалні спілкування інших.  
3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Значно ненормальне використання невербалної комунікації – дитина лише використовує дивні жести, які не мають явного змісту, і не розуміє жестів та виразу обличчя інших.

## XIII. Рівень активності

1. Нормальний рівень активності для віку і оточуючого середовища – дитина не більш і не менш активна, ніж нормальні діти цього ж віку в аналогічній ситуації.  
1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальний рівень активності – дитина або трохи невгамовна, або деяким чином «лінива» і повільна. Рівень активності дитини дуже слабко впливає на її успіхи.  
2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальний рівень активності – дитина може бути дуже активною і її важко тримати у певних рамках. Вона може бути безмежно енергійною і не готовою до сну ввечері. І навпаки, дитина може бути занадто спокійною, потрібно докласти чимало зусиль, щоб примусити її рухатися.  
3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Значно ненормальний рівень активності – дитина виявляє крайні стани активності чи неактивності і навіть може різко переходити від одного стану до іншого.

#### XIV. Рівень і ступінь інтелектуального відгуку

1. Інтелект нормальний і досить рівномірно розвинений у різних сферах – дитина настільки ж розумна, як і діти її віку, і не має якихось незвичних інтелектуальних навичок чи проблем.
  - 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
2. Трохи ненормальний прояв інтелекту – дитина не настільки розумна, як інші діти її віку; навички трохи відрізняються у різних сферах.
  - 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. Помірно ненормальний прояв інтелекту – загалом дитина не настільки розумна, як інші діти цього віку; незважаючи на це, дитина функціонує досить нормальню в одній чи декількох інтелектуальних сферах.
  - 3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Значно ненормальний прояв інтелекту – при тому, що дитина не настільки розумна, як інші діти її віку, вона може функціонувати навіть краще за нормальніх дітей цього ж віку в одній чи декількох сферах.

#### XV. Загальне враження

2. Це не аутизм – у дитини немає симптомів, що характеризують аутизм.
  - 1.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
3. М'яка форма аутизму – у дитини є лише деякі симптоми чи м'який ступінь аутизму.
  - 2.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
4. Помірний аутизм – дитина демонструє певні симптоми чи помірний ступінь аутизму.
  - 3.5 (якщо посередині між сусідніми критеріями)
5. Важкий аутизм – дитина демонструє багато симптомів чи крайній ступінь аутизму.

#### Інтерпретація результатів:

15-30 – не аутична дитина

30-37 – м'який чи помірний ступінь аутизму

37-60 – важкий аутизм

## АВСТРАЛІЙСЬКА ШКАЛА ДЛЯ СИНДРОМУ АСПЕРГЕРА

*Кожне питання чи твердження потрібно оцінити за шкалою від 0 до 6 балів.*

*Також, даний тест можливо пройти он-лайн на сайті [medilex.com.ua](http://medilex.com.ua)*

А. Особливості соціальної поведінки та емоцій	Зовсім немас	Дуже часто					
		0	1	2	3	4	5
1. Чи звертали Ви увагу, що Ваша дитина не вміє гратися з іншими дітьми, не розуміє неписаних правил гри?		0	1	2	3	4	5
2. Чи трапляється, що Ваша дитина уникає контактів з іншими дітьми, не хоче з ними гратися на перервах, намагається усамітнитися?		0	1	2	3	4	5
3. Дитина не розуміє соціальних правил і норм поведінки, недоречно поводиться чи вставляє недоцільні коментарі, не розуміє, що вони можуть когось образити чи створити комусь незручності.		0	1	2	3	4	5
4. Дитина не розуміє почуттів та емоцій інших людей, не виявляє співчуття, не просить вибачення.		0	1	2	3	4	5
5. Чи здається Вам, що дитина очікує від інших, що вони знають її думки і почуття? Наприклад, не розуміє, що Ви можете чогось не знати, оскільки не були з дитиною у той момент.		0	1	2	3	4	5
6. Дитина дуже нервується і вимагає посиленого заспокоєння, якщо щось змінюється у звичному для неї порядку речей чи щось відбувається не так, як очікувалося чи було заплановано.		0	1	2	3	4	5
7. Дитина має труднощі з вираженням емоцій, наприклад, виявляє розчарування чи захват невідповідно ситуації.		0	1	2	3	4	5
8. Дитина не завжди точно висловлює свої емоції, не розуміє, що перед різними людьми треба виражати почуття по-різному.		0	1	2	3	4	5
9. Дитина не цікавиться спортивними чи ігровими змаганнями, не хоче приймати в них участь.		0	1	2	3	4	5
10. Дитина байдужа до того, чим цікавляться її ровесники. Наприклад, не грається тим, чим граються всі, не одягає те, що вважається модним серед однолітків.		0	1	2	3	4	5

Б. Особливості спілкування	Зовсім немас	Дуже часто					
		0	1	2	3	4	5
11. Дитина сприймає мову буквально. Вона губиться, коли є афоризми, такі як «ловити гав», «убити поглядом», «бити байдики» тощо.		0	1	2	3	4	5
12. Дитині властивий незвичний тон голосу. Здається, що вона розмовляє з іноземним акцентом або монотонно, не акцентуючи ключові слова у реченні.		0	1	2	3	4	5
13. Коли Ви розмовляєте з дитиною, здається, що вона не цікавиться тим, про що Ви говорите, нічого не запитує, не коментує.		0	1	2	3	4	5
14. Під час розмови дитина рідше дивиться Вам в очі, ніж Ви очікуєте.		0	1	2	3	4	5
15. У дитини мовлення дуже контролльоване, правильне. Схоже, що вона говорить фразами зі словника.		0	1	2	3	4	5
16. Чи має дитина труднощі при підтриманні розмови? Наприклад, коли дитині задають запитання, вона відповідає не відразу, а переключається на іншу тему, чи минає чимало часу, перш ніж вона відповість.		0	1	2	3	4	5

В. Особливості пізнавальної сфери	Зовсім немас	Дуже часто					
		0	1	2	3	4	5
17. Дитина читає книжки лише заради інформації, не цікавиться художньою літературою. Наприклад, «ковтає» енциклопедії і наукові книжки і не цікавиться пригодницькими історіями.		0	1	2	3	4	5
18. Дитина має надзвичайну пам'ять на події і факти. Наприклад, пам'ятає номера машин сусідів, котрих давно не бачила, або детально переповідає події зі свого життя, котрі відбулися у далекому минулому.		0	1	2	3	4	5
19. Дитина не грається у рольові ігри (наприклад, у лікарню, доньки-матері тощо), дивується, коли інші так граються.		0	1	2	3	4	5

Г. Особливі інтереси	Зовсім немас	Дуже часто					
		0	1	2	3	4	5
20. Дитина надзвичайно цікавиться якоюсь специфічною темою, збирає стосовно неї всю інформацію. Наприклад, має енциклопедичні знання щодо транспортних засобів, рахунків футбольних матів.		0	1	2	3	4	5
21. Дитина дуже засмучується, коли виникають якісь зміни чи неочікувані речі, наприклад, коли треба іти до школи іншою дорогою.		0	1	2	3	4	5

22. Дитина має свої детально розроблені ритуали, котрих треба неухильно дотримуватися. Наприклад, не йде спати, доки не розставить свої іграшки у певному порядку.

0 1 2 3 4 5 6

Д. Моторні особливості	Зовсім немає	Дуже часто
23. Дитина має погану координацію, наприклад, не може спіймати м'яч, їй важко застібати гудзики, зав'язувати шнурки.	0 1 2 3 4 5 6	
24. Дитина бігає якось незвично, незграбно.	0 1 2 3 4 5 6	

#### Е. Інші особливості

У цьому розділі потрібно відмітити (☒) тип поведінки, властивий Вашій дитині.

(а) Дитина виявляє надмірну тривогу, страх коли:	
чує незвичні звуки, наприклад, від електроприладів	<input type="checkbox"/>
на неї падає яскраве світло	<input type="checkbox"/>
одягає особливі предмети одягу (котрі не носить щоденно, наприклад, рукавички)	<input type="checkbox"/>
чує раптовий шум	<input type="checkbox"/>
бачить певні предмети	<input type="checkbox"/>
опиняється у гамірному місці, наприклад, магазині	<input type="checkbox"/>
(б) Дитина склонна хитатися, розгойдуватися на місці, коли чимось стривожена чи збуджена.	<input type="checkbox"/>
(в) Дитина має занижену більову чутливість	<input type="checkbox"/>
(г) Дитина має затримку мовного розвитку	<input type="checkbox"/>
(д) Дитина кривляється, має нервовий тік, стереотипні рухи.	<input type="checkbox"/>

#### Інтерпретація результатів:

Якщо на більш ніж половину питань (тважень) отриманий бал 2 і більше, у поєднанні з позитивними відповідями на питання попереднього розділу, варто пройти діагностичне обстеження у спеціаліста, до компетенції котрого належить встановлення діагнозу синдрому Аспергера.

Практикуючі психіатри і психологи рекомендують наступну оцінку <sup>в</sup> балах:

до 24 балів – слабкий ступінь вираження симптомів;

25-96 балів – помірне вираження симптомів;

97 і більше балів - важкий ступінь вираження симптомів.

## ТЕСТ ASSQ

Додаток 4

у даній версії результат 19 балів і більше вважається підвищеним, (рекомендоване граничне значення при заповненні батьками), 22 бали і більше — високим (рекомендоване граничне значення при заповненні шкільними вчителями).

Також, даний тест можливо пройти он-лайн на сайті [medilex.com.ua](http://medilex.com.ua)

		Ні (балів)	Частково (балів)	Так (балів)
1.	Старомодний чи «розумний не за віком»	0	1	2
2.	Інші діти сприймають цю дитину як «екскентричного професора»	0	1	2
3.	Багато в чому живе у своєму внутрішньому світі з обмеженими та химерними інтелектуальними інтересами	0	1	2
4.	Накопичує факти на певні теми (хороша механічна пам'ять), але насправді не розуміє їх змісту	0	1	2
5.	Буквально сприймає сказане у переносному значенні та метафори	0	1	2
6.	Аномальний стиль комунікації: характерний формальний, плутаний, старомодний чи «роботоподібний» стиль мовлення	0	1	2
7.	Вигадує нові слова і вирази	0	1	2
8.	Має незвичайний голос чи манеру розмовляти	0	1	2
9.	Видає мимовільні звуки: «прочищає горло», хрюкає, сопе, плаче чи кричить	0	1	2
10.	Має дивовижні успіхи в одних сферах і такі ж дивовижні невдачі в інших	0	1	2
11.	Вільно користується мовою, але не може зробити поправку на відповідність соціальному оточенню чи інтересам іншої категорії слухачів	0	1	2
12.	Нестача емпатії (погано розуміє чужі емоції)	0	1	2

13.	Робить наївні та бентежливі зауваження	0	1	2
14.	Аномальний стиль зорового контакту	0	1	2
15.	Хоче спілкуватися, але їй/йому не вдається налагодити стосунки з однолітками	0	1	2
16.	Може бути з іншими дітьми, але лише на своїх умовах	0	1	2
17.	Не має кращого друга	0	1	2
18.	Нестача здорового глузду	0	1	2
19.	Погано засвоює ігри: не розуміє ідеї командної взаємодії, рахує «власні голи»	0	1	2
20.	Незgrabні, погано скоординовані, недоладні рухи чи жести	0	1	2
21.	Є мимовільні рухи обличчя чи тіла	0	1	2
22.	Є труднощі у виконанні щоденних справ через нав'язливе повторення якихось певних дій чи думок	0	1	2
23.	Схильна дотримуватися особливого порядку (рутини) і наполягає на відсутності змін	0	1	2
24.	Незвично сильна прихильність до певних предметів	0	1	2
25.	Дражнять чи травлять інші діти	0	1	2
26.	Володіє виражено незвичною мімікою	0	1	2
27.	Має явно незвичні рухи	0	1	2