

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ДОШКІЛЬНОЇ ТА ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ФЕНОМЕН ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ ТА СИСТЕМАТИЗАЦІЯ
ПІДХОДІВ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ АУТИЧНОГО СПЕКТРА»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0122-з
спеціальності 012 «Дошкільна освіта»
освітньо-професійної програми «Дошкільна освіта»
Ю. О. Урсуленко

Керівник: ст. викладач кафедри дошкільної та
початкової освіти, к. психол. н. _____ М. О. Желтова

Рецензент: ст. викладач кафедри дошкільної та
початкової освіти, к. пед. н. _____ С. В. Сиваш

Запоріжжя
2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра дошкільної та початкової освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 012 «Дошкільна освіта»
Освітньо-професійна програма «Дошкільна освіта»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 20__ року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Урсуленко Юлії Олександрівні

- 1. Тема роботи:** «Феномен дитячого аутизму та систематизація підходів до корекції порушень аутичного спектра»
керівник роботи Желтова Марина Олексіївна, старший викладач кафедри дошкільної та початкової освіти, кандидат психологічних наук, затверджена наказом ЗНУ від 26 вересня 2023 р. № 1504-с
- 2. Строк подання студентом роботи:** 23 листопада 2023 р.
- 3. Вихідні дані до роботи:** матеріали педагогічної практики, курсових робіт
- 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що належить розробити):** розкрити сутність поняття аутизму та проаналізувати стан дослідженості проблем, пов'язаних з причинами виникнення розладів аутистичного спектра задля виявлення найбільш ймовірних факторів ризику; охарактеризувати основні критерії діагностування розладів аутистичного спектра; дослідити коморбідні захворювання при аутизмі; визначити сучасні положення про поведінкові, розвивальні, сенсорно-перцептивні та еклектичні методи втручання при корекції порушень аутистичного спектра, особливості їх практичної реалізації та ефективність застосування; встановити роль ігрових методів в роботі з дітьми із розладами аутистичного спектра; сформулювати практичні рекомендації щодо організації інклюзивного навчання для дітей з аутизмом.

5. Перелік графічного матеріалу: таблиця «Характеристика рівнів підтримки при розладах аутистичного спектра відповідно до DSM-5», 7 рисунків із результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали консультанта	Дата, підпис	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Желтова М. О.	02.04.23 р.	02.04.23р.
Розділ 1	Желтова М. О.	04.05.23 р.	04.05.23 р.
Розділ 2	Желтова М. О.	06.07.23 р.	06.07.23 р.
Висновки	Желтова М. О.	04.09.23 р.	04.09.23р.

7. Дата видачі завдання: 02.05.2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий-березень	виконано
2	Написання вступу	квітень	виконано
3	Написання першого розділу	травень-червень	виконано
4	Написання другого розділу	липень-серпень	виконано
5	Написання висновків	вересень	виконано
6	Оформлення роботи, рецензування	жовтень-листопад	виконано
7	Захист	грудень	

Студент _____ Урсуленко Ю. О.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ Желтова М. О.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Турбар Т. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 89 с., 1 таблиця, 7 рисунків, 77 джерел.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати сутність аутизму як самостійного порушення розвитку та систематизувати сучасні підходи до корекції розладів аутистичного спектра, враховуючи науково-практичні аспекти застосування даних методик.

Об'єкт дослідження: процес вивчення сутності феномену дитячого аутизму.

Предмет дослідження: поняття та класифікація розладів аутистичного спектра, етіологія, основні критерії діагностування, коморбідні стани при аутизмі, сучасні підходи до корекції та особливості інклюзивної форм навчання дітей з аутизмом.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення наукових джерел; синтез, порівняння, класифікація, опитування, аналіз статистичних даних.

Теоретичне значення: досліджено сутність поняття розладів аутистичного спектра як самостійного порушення розвитку, визначено основні фактори виникнення та критерії діагностування, проаналізовано коморбідні стани при аутизмі.

Практичне значення: визначено систематизацією сучасних підходів до корекції розладів аутистичного спектра та рекомендацій щодо їх практичного застосування, що сприятиме втіленню інклюзивної освіти та підвищенню якості життя дітей з аутизмом.

Галузь використання: заклади освіти, приватна практика в галузі корекції порушень аутистичного спектра.

РОЗЛАД АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА, ЕТІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИКА, ПРИКЛАДНИЙ АНАЛІЗ ПОВЕДІНКИ, МЕТОДИКА, КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ, ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ

SUMMARY

Ursulenko Yu. O. The Phenomenon of Childhood Autism and the Systematization of Approaches to Correct the Autism Spectrum Disorders.

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, findings, a list of references (77 items, 1 of foreign origin).

The study revealed the problem of understanding autism as an independent developmental disorder, which is characterized by persistent deficits in social interaction and social communication, as well as repetitive patterns of behavior, limited interests and activities. The leading approaches to the correction of disorders of the autistic spectrum and the peculiarities of their application in practice are defined.

The research purpose: to theoretically substantiate the essence of autism as an independent developmental disorder and to systematize modern approaches to the correction of autistic spectrum disorders, taking into account the scientific and practical aspects of the application of these methods.

The research tasks:

1) to reveal the essence of the concept of autism and analyze the state of research of problems related to the causes of autism spectrum disorders in order to identify the most likely risk factors;

2) to characterize the main criteria for diagnosing disorders of the autistic spectrum;

3) to investigate comorbid diseases in autism;

4) to determine the current provisions on behavioral, developmental, sensory-perceptual and eclectic methods of intervention in the correction of disorders of the autistic spectrum, the peculiarities of their practical implementation and the effectiveness of application;

5) to establish the role of game methods in working with children with autism

spectrum disorders;

6) to form practical recommendations for the organization of inclusive education for children with autism.

The research object of the qualifying work is the process of studying the essence of the phenomenon of childhood autism.

The research subject: concepts and classification of autism spectrum disorders, etiology, main diagnostic criteria, comorbid conditions in autism, modern approaches to correction and features of inclusive forms of education for children with autism.

The part 1 “Theoretical foundations of the study of childhood autism as an independent developmental disorder” considers the history of the study and the essence of the concept of “autism”, the etiology and classification of disorders of the autistic spectrum, clinical criteria for diagnosis and comorbid diseases in these developmental disorders.

The part 2 “Research and practical work on the review and application of modern approaches to the correction of autism spectrum disorders” the systematization and overview of the leading methods of correction are presented, the peculiarities of the implementation and organization of an inclusive form of education for children with autism are considered.

The results of the study can be used by educators, pedagogues, specialists in the field of correction of autistic spectrum disorders, heads of educational institutions, parents in order to increase the effectiveness of educational and educational work of children with autism.

Keywords: autistic spectrum disorder, etiology, diagnosis, applied behavior analysis, methodology, correction of disorders, inclusive education.

ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Теоретичні засади вивчення дитячого аутизму як самостійного порушення розвитку.....	12
1.1. Історія вивчення, сутність поняття та етіологія розладів аутистичного спектра.....	12
1.2. Класифікація розладів аутистичного спектра та характеристика основних критеріїв діагностування.....	24
1.3. Аналіз коморбідних захворювань при розладах аутистичного спектра.....	40
Розділ 2. Дослідницько-практична робота з огляду та застосування сучасних підходів до корекції розладів аутистичного спектра.....	50
2.1. Систематизація поведінкових, розвивальних, сенсорно-перцептивних та еkleктичних методик корекції розладів аутистичного спектра.....	50
2.2. Ефективність використання ігрових методів в роботі з дітьми із розладами аутистичного спектра.....	67
2.3. Інклюзія як форма навчання дітей з аутизмом: практичні рекомендації щодо організації освітнього процесу.....	73
Висновки.....	85
Список використаних джерел.....	90

ВСТУП

За підрахунками останніх досліджень показники захворюваності на розлади аутистичного спектра в Україні та світі стрімко зростають. Однак, незважаючи на це, поінформованість громадськості та компетентність фахівців в даній галузі залишаються на досить низькому рівні.

Як правило, симптоми розладів аутистичного спектра проявляються у віці до трьох років, при цьому в більшості регіонів світу ці порушення донедавна навіть не діагностувалися. Однак проведення кваліфікованої діагностики та виявлення перших ознак аутизму в ранньому віці дитини є запорукою досягнення більш значних результатів, оскільки це дозволяє батькам своєчасно звернутися за професійною допомогою, отримати інформацію про поведінкові особливості дитини, мати доступ до спеціально орієнтованих програм медичних інтервенцій та зрештою підібрати правильну методику втручання.

Проблема діагностування та корекції розладів аутистичного спектра вивчалась і висвітлювалася в науковій, медичній, психологічній і педагогічній літературі протягом багатьох століть. В основному це були зарубіжні фахівці Г. Аспергер, Л. Каннер, Ф. Скінер, І. Ловаас та інші. Важливо зазначити, що в Україні останнім часом спостерігається зацікавленість цією проблемою як науковцями, так і практичними спеціалістами (Т. Ілляшенко, С. Конопляста, К. Островська, М. Рождественська, М. Химко, Д. Шульженко тощо).

На основі ґрунтовного аналізу результатів досліджень нами встановлено, що не дивлячись на значний прогрес в розумінні критеріїв діагностики та методики корекції розладів аутистичного спектра, все більше акцентується увага на важливості удосконалення кваліфікованих методів діагностики із врахуванням біомедичних та психосоціальних аспектів. Вивчення генетичних та нейрофізіологічних біомаркерів стали об'єктом багатьох досліджень з метою

покращення ранньої діагностики розладів аутистичного спектра.

Крім того, останнім часом в Україні набуває великої популярності інклюзивна освіта, відповідно до якої, діти з особливими освітніми потребами навчаються за місцем проживання в закладах освіти разом зі своїми нормотиповими однолітками.

Організація інклюзивної форми навчання дітей з розладами аутистичного спектра в закладах освіти потребує значних зусиль в організаційному та методичному відношенні.

Тому в цій роботі ми спробуємо представити сучасні погляди на сутність та класифікацію аутизму, етіологію (причини), клінічні критерії та інструменти діагностування, коморбідні захворювання при аутизмі, основні підходи до корекції цих порушень та організацію інклюзивного навчання.

Таким чином, актуальність проблеми вивчення розладів аутистичного спектра та наявність численних суперечностей навколо цього «явища» зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи: «Феномен дитячого аутизму та систематизація підходів до корекції порушень аутистичного спектра».

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні сутності аутизму як самостійного порушення розвитку та систематизації сучасних підходів до корекції розладів аутистичного спектра, враховуючи науково-практичні аспекти застосування даних методик.

Завдання дослідження:

1. Розкрити сутність поняття аутизму та проаналізувати стан дослідженості проблем, пов'язаних з причинами виникнення розладів аутистичного спектра задля виявлення найбільш ймовірних факторів ризику.
2. Охарактеризувати основні критерії діагностування розладів аутистичного спектра.
3. Дослідити коморбідні захворювання при аутизмі.
4. Визначити сучасні положення про поведінкові, розвивальні, сенсорно-

перцептивні та еkleктичні методи втручання при корекції порушень аутистичного спектра, особливості їх практичної реалізації та ефективність застосування.

5. Встановити роль ігрових методів в роботі з дітьми із розладами аутистичного спектра.

6. Сформувані практичні рекомендації щодо організації інклюзивного навчання для дітей з аутизмом.

Об'єкт дослідження – процес вивчення сутності феномену дитячого аутизму.

Предмет дослідження – поняття та класифікація розладів аутистичного спектра, етіологія, основні критерії діагностування, коморбідні стани при аутизмі, сучасні підходи до корекції та особливості інклюзивної форм навчання дітей з аутизмом.

Для вирішення поставлених завдань використовувався комплекс методів, адекватних об'єкту і предмету дослідження: аналіз психолого-педагогічної, соціальної, методичної літератури; систематизація й узагальнення теоретичних та емпіричних даних для визначення ключових аспектів аутизму як самостійного порушення розвитку; аналіз; класифікація; опитування; кількісний і якісний аналіз результатів дослідження.

Теоретичне значення одержаних результатів кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні сутності поняття та класифікації розладів аутистичного спектра, визначенні основних причин виникнення даного порушення розвитку та критеріїв діагностування, а також характеристики коморбідних станів при аутизмі.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у систематизації сучасних підходів до корекції розладів аутистичного спектра та рекомендацій щодо їх практичного застосування, що сприятиме втіленню інклюзивної освіти та підвищенню якості життя дітей з аутизмом. Практичні рекомендації, викладені в роботі, допоможуть педагогам і фахівцям у сфері спеціальної педагогіки удосконалити свою роботу та забезпечити особистісно-

орієнтований підхід до дітей з розладами аутистичного спектра.

Результати дослідження можуть бути використані вихователями, педагогами, фахівцями в сфері корекції розладів аутистичного спектра, керівниками закладів освіти, батьками з метою підвищення ефективності виховної та навчальної роботи дітей з аутизмом.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ ЯК САМОСТІЙНОГО ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ

1.1. Історія вивчення, сутність поняття та етіологія розладів аутистичного спектра

Навколо явища «аутизм» існує чимало міфів. Це поняття викликає безліч різноманітних протиріч. Українські психіатри старого покоління досі вважають, що такого діагнозу взагалі не існує, а сам аутизм є інтелектуальною недостатністю або ранньою шизофренією. На рівні побутової психології таких дітей нерідко ототожнюють з так званими дітьми «індиго», або – з явищем усамітнення та відчуження, характерним для більшості людей нашого часу.

У 1911 році швейцарський психіатр Е. Блейлер вперше використав поняття психопатологічний феномен «аутизм» як центральний симптом при тяжких порушеннях взаємодії з реальністю у хворих на шизофренію. Це слово він утворив за допомогою грецького кореня «autos», що означає – сам, маючи намір підкреслити аутичну втечу пацієнтів, хворих на шизофренію, у світ власних фантазій і нетерпимість до будь-якого втручання з боку навколишнього світу. З точки зору Е. Блейлера, поняття «аутизм» відображає певну відірваність асоціацій від даних досвіду, ігнорування реальних стосунків, захисну пристосованість до душевного болю, що дає можливість уникнути непосильних для людини вимог довкілля.

З цього моменту даний термін почав широко використовуватися психіатрами в клініці дитячої шизофренії, психозів і порушень, що мають своїм підґрунтям органічні ураження або недорозвинення центральної нервової системи.

Так, австрійський педіатр і психіатр Г. Аспергер використав термінологію

Е. Блейлера для опису аутистичної психопатії під час читання лекції з дитячої психології у госпіталі Віденського університету.

Трохи згодом, у 1944 році він опублікував свою другу докторську дисертацію, в якій охарактеризував дітей та підлітків з дефіцитом комунікації і соціальних навичок, а також з обмеженими і повторюваними моделями поведінки.

Серед особливих проявів досліджуваних розладів Г. Аспергер відзначав неприродній мовленнєвий розвиток, при якому можливість говорити випереджає здатність ходити, специфічну інтонацію мови, стереотипні дії в іграх і захопленнях, а також неспроможність встановлювати повноцінний візуальний контакт з оточуючими. Розглядаючи сутність аутизму, австрійський психіатр вказував на біологічне порушення афективного контакту та спадкову зумовленість аутистичних психопатій. До речі, в подальшому на честь Г. Аспергера, було названо один із різновидів порушень аутистичного спектра, а саме так званий високофункціональний аутизм.

Майже в той же час, у 1943 році дитячим психіатром лікарні університету Д. Хопкінса Л. Каннером у статті «Аутичні розлади афективного контакту» описано 11 дітей, поведінка яких виключним чином була схожою з поведінкою, описаною Г. Аспергером у своїх дослідженнях. Виявлені розлади розвитку він позначив терміном «ранній дитячий аутизм» («інфантильний аутизм»). У своїй першій праці Л. Каннер охарактеризував аутизм як особливий стан з порушеннями спілкування, мовлення і моторики.

До найбільш поширених ознак раннього дитячого аутизму Л. Каннер відносив «аутистичну відчуженість» і пов'язані з нею порушення соціального розвитку, а саме: нездатність налаштовуватися на адекватну поведінку, затримка чи відхилення в розвитку вербального та невербального мовлення, ехолалії та неправильне використання займенників, монотонне повторення шуму або слів, відмінна механічна пам'ять, обмежений діапазон спонтанної активності, аутоstimуляції, надмірна схильність до порядку, страх перед змінами та

незавершеністю, вироблення ритуалів, поява специфічних захоплень і фіксацій на певних ідеях, а також патологічні стосунки з іншими людьми, переважне проведення часу з неживими предметами. Більшість клінічних ознак, які були виявлені та охарактеризовані Л. Каннером, досі залишаються частиною діагностичних критеріїв аутизму в сучасних класифікаціях захворювань.

Хоча в поглядах Л. Каннера і Г. Аспергера вбачаються певні відмінності, проте деякі висновки все ж таки об'єднують цих двох видатних психіатрів:

1) вибір терміна «аутичний» відображає їхню спільну впевненість у тому, що соціальні проблеми дітей є найважливішими та найхарактернішими ознаками цього розладу;

2) при аутизмі соціальний дефект вважається вродженим (за Л. Каннером), або конституційним (за Г. Аспергером), і зберігається протягом усього життя;

3) наявні труднощі із зоровим контактом, стереотипні слова й рухи, а також суцільний опір змінам у навколишньому середовищі;

4) спостерігається зовнішня привабливість дітей з аутизмом;

5) відмінність від шизофренії за трьома ознаками: позитивна динаміка, немає галюцинацій та вродженість порушення розвитку;

6) подібність проявів у деяких батьків дітей з даними розладами, що виявляється в їх уникненні соціального життя чи непристосованість до нього, нав'язливе прагнення до сталого перебігу речей, а також наявність незвичних інтересів, які унеможливають усе інше.

Отже, оригінальне визначення терміна Е. Блейлера, його теоретичний зв'язок з шизофренією, а також психоаналітичні теорії, що домінували в середині ХХ ст., призвели до того, що розлади аутистичного спектра досить довго відносили до групи психотичних розладів, які класифікувались в групі «дитяча шизофренія».

Помилково вважалось, що в основі аутистичного відсторонення лежать ті ж самі механізми, що і при шизофренії, тобто певне захисне уникнення незрозумілих

зовнішніх ситуацій. На жаль, деякі з цих утопічних ідей досі підтримуються окремими фахівцями. Значущість розладів аутистичного спектра відносно інших проблем охорони здоров'я залишається недооціненою багатьма державами та міжнародними організаціями. Так, до прикладу, у країнах Африки корекційна та лікувальна робота з пацієнтами, які страждають на аутизм, почалася лише через три десятиліття після того, як Л. Каннер та Г. Аспергер опублікували свої перші роботи.

Поступово вектор поглядів на аутизм почав змінюватися і дане явище стали розглядати в контексті спектра розладів з множинністю симптомів від легкого ступеня тяжкості до більш складних форм, при чому синдром Аспергера теж входив в цю площину розладів.

Сучасне визначення розладів аутистичного спектра як «поведінкового синдрому, що має біологічну основу (системні порушення розвитку мозку), походження якого пояснюється взаємодією генетичних чинників і факторів середовища», було вперше запропоновано й обґрунтовано у 2005 році М. Херберт [36].

Наприкінці 50-х і на початку 60-х років у США досить популярною була думка про те, що в основі аутизму лежить неправильне виховання дітей холодними та відштовхуючими матерями, в результаті якого задля отримання бажаного комфорту дитині нічого іншого не залишалось як самоізолюватися від усіх факторів навколишнього середовища.

У 1946 році Б. Рімландом вперше було введено в клінічну практику поняття «порушення нейророзвитку». Це стало початком формування сучасних уявлень про походження первазивних (загальних) розладів розвитку. Базові тези про аутизм як порушення нейророзвитку (порушення розвитку мозку) були викладені автором у книзі «Дитячий аутизм: синдром і його наслідки для нейронної теорії поведінки».

З метою з'ясування рівня обізнаності населення з ключових аспектів, які

розглядаються в рамках даної роботи, нами було проведено опитування на тему «Поінформованість суспільства у сфері питань, пов'язаних з аутизмом». У дослідженні взяли участь 47 осіб з різних міст України.

Так, аналіз результатів опитування показав, що думки розділилися і 44,7% респондентів вважають «Аутизм» і «Розлад аутистичного спектра» різними порушеннями розвитку, інші 44,7% сприймають ці поняття як один і той самий розлад розвитку, а 10,6% опитуваних було важко відповісти на дане питання (рис. 1.1).

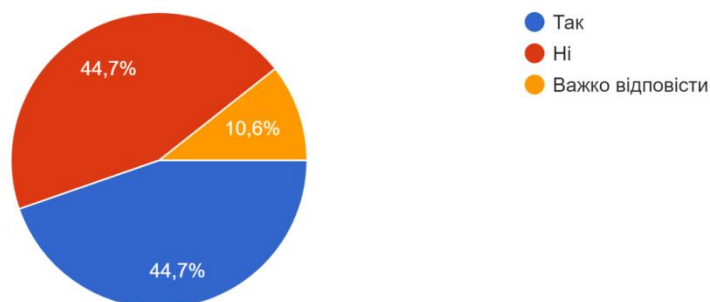


Рисунок 1.1. Співвідношення відповідей на запитання «Аутизм» та «Розлад аутистичного спектра» – це різні порушення розвитку?»

Варто зазначити, що це одне і теж саме порушення, а не два різних розлади. Термін «аутизм» у сучасному медичному світі використовується виключно для стислості, але правильно говорити «розлади аутистичного спектра».



Рисунок 1.2. «Як Ви розумієте термін «аутизм»?»

Проаналізувавши результати дослідження, ми дійшли таких висновків:

- 2,1% вважають, що аутизм – це певні особливості характеру людини;
- 6,4% респондентів віднесли аутизм до захворювань, які входять до групи порушень нервової системи;
- 17% схиляються до думки, що це порушення психічного розвитку, яке супроводжується відсутністю мовлення та інтелектуальною недостатністю;
- 74,5% опитуваних правильно вважають, що аутизм є самостійним розладом розвитку, що визначає особистісні особливості, специфіку функціонування мозку людини, способи мислення та адаптації.

В етіології аутизму задіяні різні за своєю природою фактори: неврологічні (зміни в мозку дитини), фактори навколишнього середовища (пренатальні, перинатальні, післяпологові) та біологічні (генетичні, імунологічні, нейрохімічні фактори, гормони та нейромедіатори, інфекції і метаболічні порушення).

У зв'язку з тим, що генетичні фактори ризику становлять вагому групу, з якою пов'язують появу розладів аутистичного спектра, нині особлива увага приділяється саме генетичним дослідженням, які стосуються мутацій генів та їх впливу на різні захворювання.

Генетика – це перш за все наука, яка вивчає закономірності спадковості та різноманітних мутацій генів, які відбуваються в організмі кожної людини. Як відомо, гени можуть бути нейтральними (форма тіла, колір волосся, очей, особистісні якості – витривалість, концентрація уваги тощо), а також патологічними, які призводять до відповідних розладів та/або захворювань (порушення нейророзвитку, діабет та інші). Тобто основним елементом, який вивчається в ході проведення генетичних досліджень, є ймовірність спадковості того чи іншого захворювання. Спадковими захворюваннями зазвичай називають ті порушення та стани, які пов'язані з порушеннями в геномі людини. Нагадаємо, що під геномом розуміють певну сукупність спадкового матеріалу, який зосереджено

в клітині людини. З урахуванням цього визначення, людський геном складається з 23 пар хромосом, що знаходяться в ядрі, а також безлічі копій мітохондріальної ДНК.

Дані захворювання можуть бути успадкованими як від батьків, так і вперше з'явитися у дитини в результаті мутації «de novo». При цьому механізм спадкування може бути досить різноманітним. Навіть якщо у батьків відсутні будь-які порушення, то вони можуть бути прихованими носіями тих спадкових розладів, які в подальшому виникнуть у дитини.

Етіологія розладів аутистичного спектра з погляду успадкування заснована на чотирьох основних шаблонах, а саме: успадкування аутосомно-рецесивне; успадкування аутосомно-домінантне; успадкування X-хромосоми та адитивний ризик.

До прикладу, дослідження спадковості розладів аутистичного спектра, особливо у випадках народження близнюків, показали, що вірогідність успадкування захворювання від батьків досить висока.

Незважаючи на те, що ймовірність успадкування аутизму вважається вкрай високою, генетичні фактори є гетерогенними, дуже складними і в багатьох випадках недостатньо дослідженими. Точні механізми вивчаються за допомогою загального скринінгу, методів цитогенетики та шляхом оцінки так званих «генів-кандидатів».

Щодо генетичної архітектури розладів аутистичного спектра виділяються три основні генетичні моделі:

1. Полігенна модель – відноситься до спадкових факторів захворювання в декількох варіантах, кожен з яких додає невеликий ризик виникнення розладів. За цієї моделі спостерігається виникнення розладів аутистичного спектра в сім'ях, де виявлено наявність дефектних генів. Крім того, близькі родичі дітей першого ступеня, у яких діагностовано дані розлади, частіше мають пов'язаний із хворобою фенотип порівняно із загальною популяцією. Виникнення

однонуклеотидного поліморфізму, яке успадковується досить рідко (менше 1%), разом з сукупними генетичними варіантами вказує на підвищену чутливість до прояву розладів аутистичного спектра. Однак полігенна модель все ж таки не дозволила науковцям виділити статистично значущі генетичні варіації, які здатні викликати аутистичні ознаки.

2. Олігогенна модель – відноситься до спадкових факторів захворювання в декількох варіантах, кожен з яких додає великий ризик виникнення розладів. При порушеннях аутистичного спектра, обмежена кількість мутацій від помірної до високої є достатньою для зумовлення появи розладів.

3. Модель основного гена – відноситься до факторів ризику, спричинених генетичними варіантами, кожен із яких додає великий ризик виникнення порушень. Однак у цій моделі для виникнення захворювання буде достатнім мутації одного гена. При аутизмі спостерігається безліч нових варіантів мутацій, які не є успадкованими.

Групою дослідників було створено міжнародний науковий консорціум, якій провів широкомасштабне генотипування зразків ДНК хворих і осіб контрольної групи з використанням технології мікрочіпів у рамках Сьомої рамкової програми науково-технологічного розвитку Європейського Союзу (FP7). У процесі дослідження учасниками наукового консорціуму було виявлено понад 40 тисяч рідкісних мутацій, які обумовлюють підвищення ризику маніфестації аутизму, шизофренії й біполярного розладу в дитячому віці, а також 5 тисяч поширених і 320 тисяч однонуклеотидних варіантів генного поліморфізму, пов'язаних із помірним ризиком цих захворювань. Близько 1% від усіх вивчених варіантів поліморфізму були відібрані для більш ретельного дослідження з використанням молекулярно-генетичних і цитогенетичних методів [53].

Вивченню етіології аутизму сприяють також дослідження в галузі стовбурових клітин, які дозволяють створювати людські нейрони. В ході цих досліджень було встановлено, що існує можливість диференціювати

функціональні нейрони, які можуть моделювати фенотипи розладів аутистичного спектра. До того ж дослідження нейрональних стовбурових клітин показали, що на етіологію розладів аутистичного спектра можуть впливати порушення в нейрогенезі, морфогенезі нейронів та синаптичних функціях.

На думку деяких науковців, прослідковується певний взаємозв'язок між більшістю молекулярних та клітинних механізмів із розладами аутистичного спектра. Так, хімічні сполуки на молекулярному рівні, які зворотно впливають на гени, що в свою чергу пов'язані з причинами виникнення аутизму, здійснюють безпосередній вплив на поведінкові або клітинні фенотипи. Щодо клітинного рівня, то ці зміни призводять до змін у структурі головного мозку, включаючи порушення розвитку кори мозку та синаптичних функцій в період розвитку плода. В залежності від індивідуальних особливостей досліджуваного випадку перші зміни відбуваються вже між четвертим та восьмим тижнями вагітності.

Що стосується поточної нейробіологічної патології та досліджень фенотипів розладів аутистичного спектра, то були виявлені зміни у зростанні головного мозку. Особливо вираженими є змінені цитоархітектура кори мозку та клітинний зв'язок. Їх джерелом вважаються дефіцити нейрогенезу, міграції нейронів та морфогенезу під час розвитку плода, а також суттєве значення відіграють порушення синаптичної функції.

Нейроанатомічні ознаки та дані, отримані за допомогою методів нейровізуалізації, хоч і не мають прямого діагностичного значення, тим не менш, постійно спостерігаються у вигляді змін об'єму головного мозку за рахунок білої та сірої речовини.

Завдяки методам нейровізуалізації у дітей, які страждають на аутизм, виявлені також такі ознаки, як порушення біохімії мозку, синтезу серотоніну та електрофізіології.

Зміни у розвитку кори головного мозку є лише одним із видів аномалій у цій частині мозку дітей, яким діагностовано розлад аутистичного спектра. До

основних причини подібних змін належать: зменшений розмір нейронів, збільшена кількість нейронів, ектопія клітин, неправильна орієнтація пірамідних нейронів, нерівномірність ламін, зменшення кількості білої речовини, аномалії у дендритних клітинах.

Дослідження на модельних організмах вказують на те, що численні аномалії кори мозку можуть бути пов'язані з синдромом ламкої X-хромосоми, туберозним склерозом або безпосередньо з генами SMARCC2 та CHD8. Крім того, зменшений розмір мозку у новонароджених, за яким слідує його гіпертрофія в ранньому дитинстві, також вважається типовим для пацієнтів із розладами аутистичного спектра. Ще одним прикладом захворювання, пов'язаного з аутизмом, є синаптична дисфункція, яка здебільшого викликається внаслідок мутації генів. Нагадаємо, що порушення синаптичної функції впливає на проблеми з навчанням, запам'ятовуванням, соціальною взаємодією та соціально прийнятною поведінкою.

Виникнення розладів аутистичного спектра пов'язують також з порушенням нервово-психічного розвитку, маючи на увазі, що змінюються патерни (моделі) розвитку мозку. Так, наприклад, результати багатьох досліджень вказують на те, що в перші два роки життя у дітей з аутизмом спостерігається раннє, прискорене зростання головного мозку, а в подальшому виявляються явні відмінності у структурі та функціонуванні «емпатичного ланцюга» мозку (мигдалеподібні залози, вентромедіальна префронтальна область кори, скронево-тім'яна сполука, орбітофронтальна та передня поясна область, а також інші зони мозку). Крім того, відзначаються відмінності в установленні функціональних зв'язків між лобовою та скроневою частинами головного мозку, які відповідають за когнітивний стиль, зокрема призводячи до надмірної концентрації уваги на деталях та слабкому прагненні до інтерпретації стимулів в узагальненій формі.

Генетичні фактори безсумнівно впливають на розвиток нервової системи та фізичний розвиток дитини, але прояви розладів аутистичного спектра доцільніше розглядати як результат взаємодії генетичних та середовищних чинників. Зокрема,

до чинників, що підвищують ризик первазивного розвитку в період зачаття, належать:

- наявність випадків РАС, розладів розвитку мовлення, тяжких психічних розладів (шизофренії, біполярного розладу в сімейній історії);
- пізній (понад 30 років) вік матері і/або батька на момент зачаття;
- зачаття дитини шляхом екстракорпорального запліднення [36, с. 25].

Із порушеннями нейророзвитку також пов'язують дію низки інших тератогенних чинників під час вагітності та пологів. Більшість відомих тератогенів викликають уроджені вади розвитку, впливаючи на ембріогенез протягом перших восьми тижнів після запліднення. На подальших термінах вагітності шкідливі чинники навколишнього середовища в більшій мірі впливають на тяжкість первазивних порушень, аніж ймовірність їх виникнення. Ризик виникнення розладів аутистичного спектра підвищується за наявності одного чи декількох несприятливих чинників в акушерському анамнезі, зокрема низької ваги при народженні (<2500 г), низької оцінки за шкалою Апгар на 5-й хвилині (<6 або <7), гестаційного віку при народженні (<37 тижнів) та пологодомічних операцій. Різні аномалії розвитку під час вагітності однаковою мірою підвищують ймовірність діагностики загального розладу розвитку дитини.

Також до факторів зовнішнього середовища, з якими пов'язують можливість виникнення аутистичних симптомів, відносять схильність до токсичного впливу ртуті, кадмію, нікелю, трихлоретилену та хлористого вінілу, тютюнопаління, приймання антибактеріальних і противірусних лікарських засобів під час вагітності, різні неонатальні соматичні захворювання.

Ще виділяють так звані екологічні чинники ризику, до яких належить проживання в регіонах, які є урбанізованими, розташовані в більш високих широтах або мають високі рівні опадів протягом року. Це може призвести до розвитку дефіциту вітаміну D, який відіграє важливу роль у відновленні ушкоджень ДНК і захисті генома від окисного стресу, що є основною причиною

його пошкодження. Чинники, які пов'язані з дефіцитом вітаміну D, скоріш за все, сприяють підвищенню частоти нових мутацій і ускладнюють регенерацію генів.

Наступну групу чинників становлять епігенетичні фактори. Це обумовлено тим, що деякі генетичні синдроми, які поєднуються з аутизмом, демонструють дисрегуляцію епігенетичних маркерів, які допомагають регулювати експресію генів. Епігенетичний напрямок досліджень, наряду з генетичним, також відноситься до багатообіцяючих, оскільки з часом він може призвести до відкриття моделі, яка буде спроможною пояснити прогнозує зростання рівня поширеності розладів аутистичного спектра, яке вже зараз відмічається в епідеміологічних дослідженнях.

Далі пропонуємо поглянути як відповіли респонденти опитування на запитання «Які, на Вашу думку, основні причини виникнення розладів аутистичного спектра?» (рис. 1.2). Звертаємо увагу, що відповідаючи на це питання, можна було обрати один або декілька варіантів відповідей.

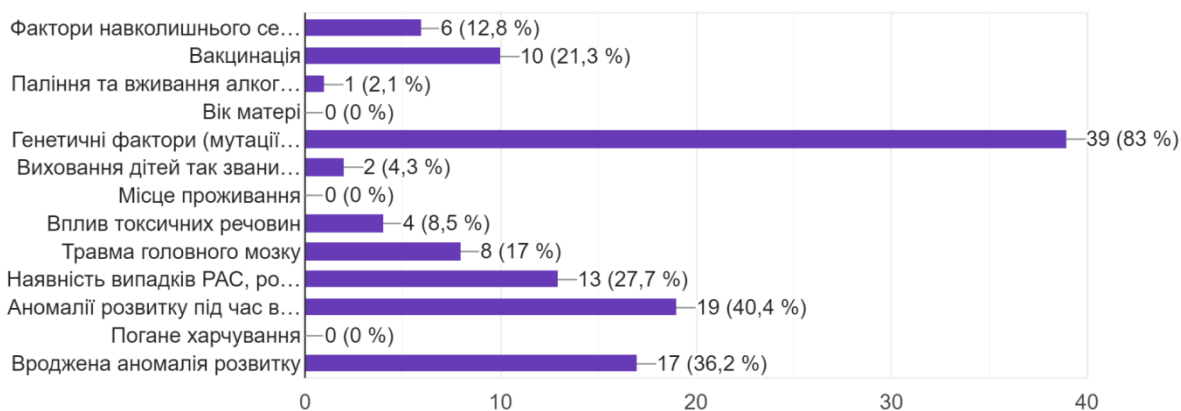


Рисунок 1.3. Співвідношення відповідей на запитання «Які, на Вашу думку, основні причини виникнення розладів аутистичного спектра?»

Аналіз результатів опитування показав, що більшість респондентів схиляється до думки, що виникнення розладів аутистичного спектра зумовлено генетичними факторами, а саме мутаціями генів, що призводить до порушення

розвитку нейронних зв'язків головного мозку (83%), на другому місці у нас різні аномалії розвитку під час вагітності (40,4%), значна частина опитуваних вважає аутизм вродженою аномалією розвитку (36,2%), дехто пов'язує виникнення проявів аутистичного спектра з вакцинацією (21,3%) і навіть з вихованням дітей так званими «холодними матерями» (4,3%) тощо.

Розлад аутистичного спектра є одним із клінічних варіантів дизонтогенезу (порушення розвитку організму у внутрішньоутробному періоді і у ранньому віці). При аутизмі характерною є загальна затримка розвитку дитини, ушкоджений та/або прискорений розвиток її окремих психічних та поведінкових функцій. Це самостійний розлад, що визначає особистісні якості, специфіку функціонування мозку людини, способи її мислення та соціальної адаптації.

Не дивлячись на проведення численних досліджень в цій галузі, досі достеменно не визначені причини, які зумовлюють виникнення аутизму і зростання темпів поширення даних порушень розвитку. Тому ця тема залишається однією з найсуперечливіших серед фахівців у всьому світі.

Проте дитячі психіатри, неврологи та нейрофізіологи все ж таки пов'язують виникнення розладів аутистичного спектра саме зі складними генетичними мутаціями (при чому за участю кількох генів), які призводять до порушення розвитку нейронних зв'язків головного мозку.

1.2. Класифікація розладів аутистичного спектра та характеристика основних критеріїв діагностування

У побудові сучасних класифікацій розладів аутистичного спектра спостерігається віддзеркалення різних принципів. Вони базуються, з одного боку, на історичній спадковості уявлень про ці розлади та основні його клінічні прояви, а з іншого, відбивають сучасні погляди на етіологію і патогенез даного порушення

розвитку.

Сьогодні аутизм – це «термін-парасолька», який об'єднує спектр порушень із різними характеристиками та тяжкістю ознак. Такий погляд на вказану патологію відображено у 5-му виданні Діагностичного й статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) (2013) і в Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). У все ще чинній МКХ-10 дитячий аутизм (F84.0) знаходиться в категорії загальних (первазивних) порушень розвитку [34, с. 5].

Згідно Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду (далі по тексту МКХ-10), якою поки що продовжують користуватися в Україні, до загальних розладів психологічного розвитку (F84) відносяться:

- F84.0 дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм; інфантильний психоз; синдром Каннера);
- F84.1 атиповий аутизм (атиповий дитячий психоз; помірна розумова відсталість з аутичними рисами);
- F84.2 синдром Ретта;
- F84.3 інший дезінтегративний розлад дитячого віку (дезінтегративний психоз; синдром Геллера; дитяча деменція; симбіотичний психоз);
- F84.4 гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами;
- F84.5 синдром Аспергера (аутична психопатія; шизоїдний розлад дитячого віку).

Як бачимо, дана класифікація відображає давно вже застарілі погляди як на сутність самого аутизму, так і на клінічні критерії діагностування цього розладу. Тож сподіваємося, що найближчим часом українські фахівці застосовуватимуть у своїй практиці Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 11-го перегляду (далі по тексту МКХ-11), яка базується на сучасних уявленнях і багаторічних наукових дослідженнях в сфері вивчення

розладів аутистичного спектра.

У сучасних класифікаціях аутистичний розлад поділяють не за клінічними формами, а за ступенем необхідності супроводу. Відповідно до Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, далі по тексту DSM-5) розрізняють три рівня підтримки при аутизмі:

- потребує підтримки (1 рівень);
- потребує суттєвої підтримки (2 рівень);
- потребує дуже великої підтримки (3 рівень, табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Характеристика рівнів підтримки при розладах аутистичного спектра
відповідно до DSM-5**

Рівень ступеня тяжкості	Соціальна комунікація	Повторювана поведінка
Рівень 1 «Потребує підтримки»	<ul style="list-style-type: none"> - за відсутності підтримки в конкретній життєвій ситуації дефіцити соціальної комунікації, як правило, призводять до помітних порушень; - спостерігаються труднощі з ініціюванням соціальної взаємодії; - невдалі реакції у відповідь на соціальну ініціативу інших осіб; - оточуючим може здаватися, що особа має знижений інтерес 	<ul style="list-style-type: none"> - відсутність гнучкості в поведінці викликає суттєві перешкоди у функціонуванні людини; - спостерігаються труднощі переходу з одного виду діяльності на інший; - слабкий рівень навичок організації та планування перешкоджають самостійному функціонуванню.

	до соціальної взаємодії.	
--	--------------------------	--

Продовження таблиці 1.1

Рівень 2 «Потребує суттєвої підтримки»	<ul style="list-style-type: none"> - виражений дефіцит вербальних та невербальних навичок соціальної комунікації; - наявність порушень в сфері соціальної взаємодії є очевидною навіть при наданні підтримки; - обмежена здатність ініціювати соціальну взаємодію; - знижена або аномальна реакція у відповідь на соціальну ініціативу інших осіб. 	<ul style="list-style-type: none"> - відсутність гнучкості в поведінці; - труднощі з пристосуванням (адаптацією) до будь-яких змін навколишнього середовища; - спостерігається інша сенсорна (повторювана) поведінка, яка проявляється досить часто, є очевидною для сторонніх осіб та впливає на життєдіяльність людини; - помітний стрес або труднощі при зміні діяльності або при перемиканні уваги.
Рівень 3	- спостерігаються серйозні	- відсутність гнучкості в

«Потребує дуже великої підтримки»	дефіцити вербальних та невербальних навичок соціальної комунікації, які суттєво впливають на функціонування особи; - дуже обмежена здатність ініціювати соціальну взаємодію та мінімальна реакція у відповідь на соціальну ініціативу інших осіб.	поведінці, значний стрес при зміні діяльності; - значні труднощі з пристосуванням до змін зовнішнього середовища; - має місце також інша обмежена/повторювана поведінка, що значно впливає на якість життя особи в усіх сферах.
-----------------------------------	--	---

Зазначена трьохрівнева дефініція підтримки покликана перш за все допомогти педагогам та фахівцям визначити необхідний рівень індивідуального супроводу для кожної особи з аутизмом.

Проте слід зазначити, що хоча ці рівні використовуються при діагностиці аутизму за DSM-5, вони все рівно залишаються загальними та не відображають всю глибину і обмеження по кожному з цих рівнів. Дуже часто на практиці трапляються ситуації, коли дитина з аутизмом потребує підтримки в школі, а вдома повністю самостійна, або, навпаки, добре адаптується в закладах освіти, а основні труднощі в неї виникають лише в певних соціальних ситуаціях. Крім того, з розвитком і формуванням у дитини окремих соціальних навичок, рівні підтримки можуть змінюватися. Тому такий розподіл рівнів супроводу використовується імовірніше для розуміння, якої саме допомоги і в якому обсязі потребує дитина в аутистичному спектрі на даний момент.

За МКХ-11 розлади аутистичного спектра кодуються за наступною схемою (Клас – Підклас – Розлад):

- 06 Клас «Психічні, поведінкові та розлади нейророзвитку» (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders) – до них відносяться синдроми, які

характеризуються клінічно значущими порушеннями пізнання, емоційної регуляції або поведінки людини, яке відображає дисфункцію психологічних, біологічних або пов'язаних з розвитком процесів, які знаходяться в основі психічного і поведінкового функціонування;

- 6A Підклас «Розлади нейророзвитку» (Neurodevelopmental disorders) – являють собою поведінкові та когнітивні розлади, що виникають в період розвитку людини та пов'язані зі значними труднощами в оволодінні та виконанні певних інтелектуальних, моторних, мовних і соціальних функцій;

- Розділ 6A02 «Розлади аутистичного спектра» (Autism spectrum disorder) – дані порушення характеризуються стійким дефіцитом здатності ініціювати та підтримувати соціальну взаємодію та соціальну комунікацію, а також цілим рядом обмежених, повторюваних та негнучких моделей поведінки, інтересів чи діяльності, які явно нетипові або занадто надмірні для віку особи соціокультурного контексту.

Діагностика розладів аутистичного спектра ґрунтується на даних анамнезу, клінічному обстеженні пацієнта, стандартній психіатричній оцінці, а також співбесіді з обстежуваним та особами, що здійснюють догляд. Клінічне оцінювання пацієнта лікарем-психіатром має бути спрямоване на виявлення порушень соціальної взаємодії, комунікації, обмеженої повторюваної поведінки та стереотипних рухів. При виборі тих чи інших діагностичних інструментів мають враховуватись вік дитини, рівень її розвитку, етнічні, культурні або соціально-економічні фактори, що можуть вплинути на оцінку обстеження.

Тому звертаємо Вашу увагу на те, що результат діагностичного огляду може залежати від навколишнього середовища, в якому перебуває пацієнт; від досвіду та кваліфікації спеціаліста; доступу до ресурсів (обладнання) необхідних для проведення якісного обстеження; обґрунтованості впливу інших психічних захворювань, культурних, когнітивних та навчальних аспектів.

Чим більше наше суспільство вивчає аутизм, тим ефективнішими ми стаємо

в визначенні критеріїв, які називають аутистичними. І хоча все більше людей щороку отримують діагноз «аутизм», критерії аутизму залишаються колишніми. Що справді змінилося, так це інтерпретація критеріїв і/ або кількість людей, які їм відповідають [73, с. 12].

Діагностику та терапію аутизму в Україні рекомендовано здійснювати відповідно до вимог Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)». Цей документ розроблено на підставі адаптованих клінічних настанов Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великобританії, а також рекомендацій Американської академії дитячої та підліткової психіатрії.

Для оцінювання розвитку та попередньої діагностики розладів аутистичного спектра були розроблені численні скринінгові інструменти, зокрема Список контрольних запитань для діагностики аутизму у дітей (CHAT), Модифікований список контрольних запитань для скринінгу на аутизм у немовлят (M-CHAT-R), Опитувальник розладів аутистичного спектра для скринінгу дітей віком від 1 до 16 років (CASD), Опитувальник скринінгу дітей і дорослих «Коефіцієнт розладів аутистичного спектра» (ASQ), Дитячий тест для скринінгу розладів аутистичного спектра у дітей віком від 4 до 11 років (CAST), Опитувальник для оцінювання розладів аутистичного спектра у дітей віком від 5 до 18 років (ASDS), Опитувальник соціальної комунікації для скринінгу дорослих і дітей віком від 4 років (SCQ), Дитяча рейтингова шкала аутизму (CARS2) тощо.

Ще одним методом діагностики є магнітно-резонансна томографія (МРТ), хоча вона й не показана, як обов'язкова діагностична процедура, однак дозволяє встановити значущі аномалії розвитку та нейродегенеративні зміни головного мозку.

Звісно, можливе проведення й інших параклінічних досліджень, що можуть

надати додаткову інформацію про біологічну сутність патологічного процесу, причинно-наслідкові зв'язки, функціонування мозку, наявність коморбідних медичних станів, а саме: електроенцефалографія, комп'ютерна томографія, різноманітні генетичні тести (хромосомне мікрочіпування або масивна порівняльна геномна гібридизація, каріотипування, дослідження ламкої Х-хромосоми та метилювання, секвенування специфічного гена, якщо є підозри на конкретний синдром). Однак проведення зазначених досліджень не є обов'язковим при постановці діагнозу.

На запитання «До компетенції якого фахівця належить встановлення діагнозу розлад аутистичного спектра?», 42,6% респондентів відповіли, що даний діагноз встановлюється неврологом, 38,3% проголосували за дитячого психіатра, 8,5% віддали перевагу батькам, незначна частина опитуваних схиляється до думки, що подібні діагнози визначають корекційні педагоги (6,4%) та дефектологи (4,3%, рис. 1.4).

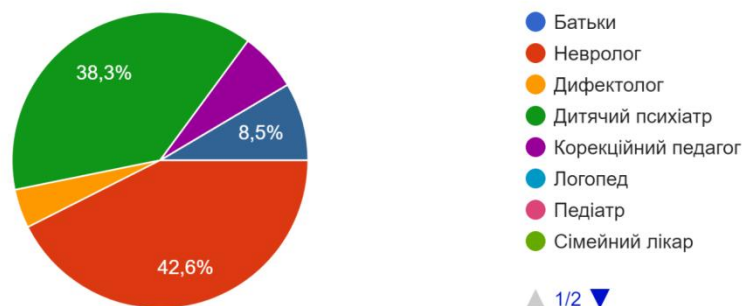


Рисунок 1.4. Співвідношення відповідей на запитання «До компетенції якого фахівця належить встановлення діагнозу розлад аутистичного спектра?»

Остаточна діагностика розладів аутистичного спектра в Україні проводиться дитячим психіатром на підставі діагностичних критеріїв Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем пов'язаних зі здоров'ям, яка є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів та

міжнародну верифікацію матеріалів. Критерії DSM-5 використовують як додаткові характеристики, наприклад, під час проведення наукових досліджень. Застосування діагностичних систем МКХ-11 та DSM-5 дає змогу проводити діагностику аутизму дітям з двох років.

Також серед інструментів, які безпосередньо використовуються фахівцями під час проведення обстеження виділяють Діагностичне інтерв'ю на предмет виявлення аутизму (ADI-R, Autism Diagnostic Interview Revised); Графік діагностичного спостереження за розладом спектра аутизму (ADOS, Autism Diagnostic Observation Schedule); Онлайн спостереження TELE-ASD, Оцінку адаптивності за Вайнленді (вивчає функціональні можливості дитини) та інші. Всі ці діагностичні інструменти можуть бути використані як лікарем-психіатром, так і іншими спеціалістами (корекційними педагогами, психологами). Проте варто наголосити на тому, що для користування цими тестами фахівцям необхідно пройти відповідну сертифікацію.

В рамках першого міжнародного проекту First Words Project (Florida State University) були виявлені дев'ять так званих «червоних прапорців», які дозволяють клініцистам відрізнити дітей з розладами аутистичного спектра від дітей із затримкою розвитку і нормотиповим розвитком: не вказує на предмети з метою привернути увагу сторонніх; порушена координація невербальної комунікації; не розділяє інтерес або задоволення з іншими; повторювана поведінка з предметами; відсутній пильний погляд; не реагує на своє ім'я; відсутній вираз радості та тепла; незвичайна інтонація мови; повторювані рухи тіла та пози.

Також були виявлені «червоні прапорці», які допомагають відрізнити дітей з аутизмом і затримкою розвитку від нормотипових однолітків, а саме: відсутність вказівного жесту, ігрової діяльності, реакції на контекстуальні стимули та комунікативної вокалізації приголосних.

Відповідно до МКХ-11 діагностика розладів аутистичного спектра спирається на оцінку двох ключових груп симптомів (так звана «діада аутизму»), а

саме:

- 1) стійкі дефіцити соціальної комунікації та соціальної взаємодії;
- 2) стійкі обмежені, повторювані та негнучкі моделі поведінки, інтереси та діяльність.

Чинна ж версія МКХ-10 виокремлює ще одну третю групу симптомів – порушення мовлення.

В ході проведення дослідження ми поцікавились у населення, що на їх думку, є ключовою ознакою при аутизмі. Результати відповідей відображені у наступній діаграмі (рис. 1.5).

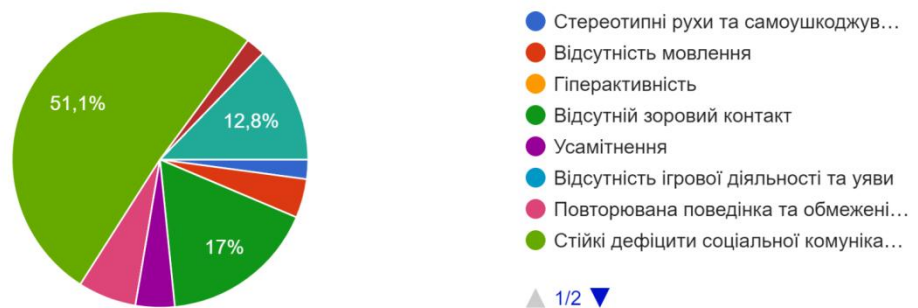


Рисунок 1.5. Співвідношення відповідей на запитання «Що є ключовою ознакою при аутизмі?»

Аналіз результатів опитування свідчить, що більшість респондентів правильно відповіли, що ключовою ознакою при розладах аутистичного спектра є стійкі дефіцити соціальної комунікації та соціальної взаємодії (51,1%). Інші 17% вказали на відсутність зорового контакту, 12,8% проголосували за відсутність ігрової діяльності та уяви, 6,4% зазначили повторювану поведінку та обмежені інтереси, по 4,3% проголосували за відсутність мовлення і усамітнення, а також по 2,1% до ключової ознаки аутизму віднесли адаптивну поведінку, істерики, агресію, стереотипні рухи та самоушкоджуючу поведінку.

Головною клінічною ознакою аутистичного розладу є порушення

соціальних контактів в найширшому розумінні цього слова, що включає проблеми встановлення контактів з близькими в родині, невміння звертатися з проханнями, відсутність спільного інтересу, порушення контактів з однолітками, специфічні порушення мовлення, не вміння зчитувати соціальні сигнали дорослих, нездатність висловлювати свої емоції, порушення процесу соціалізації емоцій, відсутність зорового контакту.

Якісні порушення соціальної взаємодії та комунікації передбачають обмеження в наступних сферах:

- розумінні вербальної і/або невербальної комунікації інших людей;
- у прояві інтересу до спілкування або у невідповідній реакції на комунікацію;
- поєднанні розмовної мови з такими невербальними засобами комунікації як зоровий контакт, жести, міміка та мова тіла;
- розумінні та використанні мови в соціальному контексті та здатності ініціювати та підтримувати взаємну соціальну комунікацію;
- соціальній обізнаності (тобто розумінні соціальних ситуацій), що призводить до поведінки, яка не відповідає конкретному соціальному контексту;
- спроможності уявляти та реагувати на почуття, емоційні стани та переживання інших людей (теорія розуму або модель психічного стану);
- здатності розділяти сумісні інтереси;
- здатності встановлювати та підтримувати типові взаємовідносини з однолітками.

Володіти моделлю психічного стану означає вміти сприймати та аналізувати, як власні переживання і наміри, так і переживання й наміри інших людей. Дослідження моделей психічного стану показали, що здатність дитини імітувати поведінку інших людей лежить в основі розуміння точки зору оточуючих. Тобто моделі психічного стану дають нам можливість пояснити і в певній мірі передбачити дії інших людей. Порушення моделі психічного стану

негативно впливає на рольові ігри, емпатію, здатність ділитися почуттями, соціально-емоційну взаємність та відносини з однолітками. Дані порушення, на жаль, спостерігаються у всіх дітей з розладами аутистичного спектра, незалежно від їх віку та рівня інтелекту. Однак такі порушення не є чимось винятковим для аутизму і можуть спостерігатися при шизофренії та деяких інших розладах особистості.

Ще одним «червоним прапорцем» аутизму, на який звертають увагу при здійсненні діагностики, є відсутність «розділеного інтересу», тобто спонтанного бажання поділитися своєю радістю, досягненнями, інтересами з оточуючими, відсутність здивування у дитини від зовнішніх стимулів. Реагування на повернення загальної уваги оточуючими та її ініціювання відіграє дуже важливу роль у соціальному навчанні дитини, а також асоціюється з розвитком мови та мислення. Тому порушення у дитини здатності залучення загальної уваги вважається важливою ознакою при ранній діагностиці розладів аутистичного спектра.

Стійкий дефіцит соціальної комунікації полягає в затримці або відсутності розвитку розмовної мови, яка не супроводжується компенсаторними спробами невербальної комунікації, такими як жести та міміка. Крім того, явним є виражене порушення ігрової діяльності, особливо імітативної гри.

Дуже часто, навіть при високофункціональному аутизмі, де мовленнєвий розвиток досягає достатньо високого рівня, ми можемо спостерігати таке явище як семантико-прагматичний розлад мовлення, тобто невміння адекватно користуватися мовленням під час спілкування. Характерними ознаками даного явища при аутизмі є зазвичай швидкий темп мовлення, невміння слухати співрозмовника та підтримувати розмову, дотримуватися черговості в діалозі, нав'язування власної теми, недостатнє розуміння контексту розмови внаслідок буквального сприйняття мовлення, невміння донести інформацію тощо.

Деякі діти після п'яти років стають надміру товариськими. Такі випадки

фахівці називають «аутизм навиворіт». Однак, не дивлячись на це, дитина з аутизмом все рівно виявляє свою соціальну некомпетентність та певного роду наївність у спілкуванні та поведженні в конкретних життєвих ситуаціях.

Що стосується істотно обмеженого спектра діяльності та інтересів, сенсорної поведінки, то цей критерій діагностування розладів аутистичного спектра включає наступні патерни (моделі) поведінки:

1) відсутність здатності пристосовуватися до нового досвіду та обставин, що супроводжується значним дистресом і викликається звичайними (банальними) змінами знайомого зовнішнього середовища;

2) суворе дотримання певних процедур (ритуалів), наприклад, слідування одним і тим же маршрутом (географічні ритуали) або прийняття їжі чи використання транспорту в одну й ту ж годину (часові ритуали);

3) необґрунтована прихильність до точного дотримання певних правил (наприклад, під час гри);

4) надмірні та стійкі ритуальні моделі поведінки (наприклад, безперервне вибудовування об'єктів в ряд або їх сортування певним чином) без будь-якої видимої мети;

5) мізерний поведінковий репертуар, який складається з вроджених видів поведінки та тих видів, які формуються в процесі взаємодії дитини з зовнішнім середовищем;

6) повторювані та стереотипні рухи, такі як рухи всього тіла (розхитування), нетипова хода (навшпиньках), незвичні рухи рук, пальців або прийняття незвичайних поз (зазвичай вказана поведінка спостерігається в ранньому дитинстві). Для позначення повторюваної поведінки спеціалісти досить часто використовують різні терміни: компульсії, стереотипії, ритуали, сенсорна поведінка, аугостимуляції тощо;

7) стійка надмірна захопленість одним або декількома спеціальними інтересами, частинами предметів або певними стимулами (включаючи медіа) або

надзвичайно сильна прихильність до певних об'єктів;

8) присутні впродовж життя надмірна та стійка гіперчутливість (збільшена реакція) та/або гіпочутливість (зменшена реакція) до сенсорних стимулів (звуків, світла, текстур, запахів та смаків, тепла, холоду, болю тощо), або незвичний інтерес до них.

Під сенсорною поведінкою слід розуміти схильність дитини до певних дій, які приносять їй сенсорні відчуття. Якщо дитина соціально не компетентна і не отримує задоволення від соціальних контактів, то вона самостійно задовольнятиме свої сенсорні потреби, які надалі набуватимуть для неї високої мотиваційної значущості і розвиватимуть схильність до повторення таких дій.

Поширеною ознакою повторюваної поведінки є те, що вона відбувається щодня і майже повністю заповнює весь вільний час дитини. Репертуар повторюваних форм поведінки у дітей з аутизмом надзвичайно різноманітний. У деяких випадках одні повторювані дії в поведінці замінюються іншими, але найчастіше поведінковий репертуар при розладах аутистичного спектра не змінюється роками. Маніпулювання іграшками не носить характеру свідомої гри, а спроби батьків втрутитися в таку діяльність спричиняє у дитини протест.

Дуже специфічним поведінковим патерном при аутизмі є захоплення дитини різними дрібними предметами. Дані особливості сенсорної поведінки пояснюються порушенням здатності мозку до центрального зв'язування. Механізм центрального зв'язування являє собою здатність людини, отримуючи інформацію з різних каналів сприйняття (слухового, тактильного, зорового) з'єднувати її в цілісне уявлення про те, що відбувається навколо, а також здатність за окремими деталями із навколишнього середовища швидко оцінити ситуацію загалом. Тобто у дитини з аутизмом виникають труднощі з інтегративним сприйняттям світу і вона не сприймає соціальне призначення тієї чи іншої іграшки. Тому дитина зацікавлюється на певній характеристиці предмета і в такий спосіб досягає певного сенсорного задоволення.

Як правило, повторювана поведінка схильна до само підкріплення і може стати серйозною перешкодою для розширення поведінкового репертуару, мотиваційної сфери, формування соціально значущих навичок та навчання.

Під час типового розвитку багато хто з дітей також проходять через фази повторюваної гри та фіксації на окремих інтересах (предметах). Тобто поведінка, яка характеризується повторюваністю, рутинами, обмеженими інтересами сама по собі не вказує на наявність розладу аутистичного спектра за відсутності інших обов'язкових симптомів діагностування, таких як порушення соціальної взаємодії і соціальної комунікації.

Для постановки офіційного діагнозу вище розглянуті ознаки мають бути стійкими і достатньо серйозними, щоб призвести до суттєвого погіршення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування, а також вони повинні бути постійною особливістю функціонування людини у будь-якій сфері її життєдіяльності.

Крім цього лікарі, які проводять діагностику, зазначають й інші важливі специфікатори діагностування з метою надання опису супутніх обмежень в сфері інтелектуального та мовленнєвого розвитку. В подальшому це сприятиме визначенню індивідуального рівня підтримки, вибору ефективного втручання та планування терапії для осіб з розладами аутистичного спектра.

Якщо ми розглянемо більш детально DSM-5, то за цим посібником, діагностичні критерії розладів аутистичного спектра відображені під літерами А, В, С, D, Е та додатковими специфікаторами.

Зокрема літера А передбачає стійкі порушення (дефіцити) соціальної комунікації та соціальної взаємодії в різноманітному контексті, які проявляються в поточному моменті або були наявні в анамнезі. Цей критерій включає порушення в сфері соціально-емоційної взаємності, у невербальній комунікативній поведінці та розвитку, підтриманні та розумінні соціальних взаємовідносин.

Літера В включає обмежені, повторювані патерни (моделі) поведінки, інтересів та діяльності, які проявляються як мінімум двома з перелічених нижче симптомів у поточному моменті або були виявлені в анамнезі. До симптомів цієї групи відносять:

- стереотипні або повторювані моторні рухи, в тому числі з використанням об'єктів або мовлення (прості моторні стереотипії, розстановка іграшок в ряд, махання об'єктами, ехолалія);

- надмірна потреба у незмінності, негнучке слідування правилам та схемам поведінки, ритуалізовані форми вербальної та невербальної поведінки (різкий стрес при найменших змінах, труднощі з переключенням уваги, негнучкі шаблони мислення, використання шаблонів під час привітання, наполягання на незмінному маршруті або у харчових продуктах);

- вкрай обмежені та фіксовані інтереси, аномальні по своїй інтенсивності або направленню (сильна прив'язаність або зацікавленість незвичними предметами, надмірно обмежені або наполегливі інтереси);

- гіперчутливість або гіпочутливість (надмірна або недостатня реакція) до сенсорних вхідних сигналів навколишнього середовища.

Літера С передбачає, що симптоми мають бути присутніми на ранніх етапах розвитку (але можуть не проявлятися у повному обсязі, поки соціальні вимоги не перевищать обмежені можливості, так як вони можуть бути замасковані вивченими стратегіями у більш пізньому віці).

Також симптоми викликають суттєві погіршення в соціальній, професійній або інших важливих та актуальних сферах життєдіяльності (літера D).

Відповідно до літери E, вказані відхилення неможливо пояснити порушенням інтелектуального розвитку або загальною затримкою розвитку.

Крім того DSM-5 зобов'язує діагностів ще більше розширити опис супутніх станів, вказавши, наприклад, чи асоційований розлад аутистичного спектра з відомою генетичною або медичною патологією, іншим фактором навколишнього

середовища; чи асоційований розлад аутистичного спектра з іншою проблемою нейророзвитку, психіки або поведінки; чи асоційований розлад аутистичного спектра з кататонією (прийняття дивних поз, негативізм, мутизм, ступор, посилення та погіршення стереотипних рухів та самоушкоджуючої поведінки).

Поряд із цими основними симптомами, характерними для більшості дітей та дорослих з аутизмом, існує безліч інших проявів, які притаманні окремим індивідам, наприклад, порушення харчової поведінки, сну, апетиту, навичок туалету, шлунково-кишкові розлади. В багатьох спостерігаються коморбідні (супутні) захворювання, зокрема епілептичні напади, порушення генетичного характеру (синдром ламкої Х-хромосоми, синдром Енгельмана, розсіяний склероз тощо), дисфункція сприйняття чуттєвої цілісності, гіперактивність, імпульсивність, тривожні розлади, симптоми травми, депресії тощо.

Також при діагностиці аутизму обов'язково слід враховувати диференційні діагнози, в тому числі проблеми зі слухом або зором, інтелектуальну недостатність та інші розлади нервової системи.

1.3. Аналіз коморбідних захворювань при розладах аутистичного спектра

Розлади аутистичного спектра значною мірою пов'язані з низкою коморбідних психічних розладів і медичних станів. Дітям із аутизмом на етапі надання первинної медичної допомоги також має проводитися комплексне обстеження, спрямоване на виявлення симптомів супутніх захворювань, в яких простежується причинно-наслідковий зв'язок з порушеннями первазивного розвитку.

Видатний американський лікар-епідеміолог А. Фейнштейн запровадив у клінічній медицині поняття «коморбідність» (лат. «со» – разом, «morbus» –

хвороба). У цей термін він вкладав наявність додаткової клінічної картини, що вже існує, або може проявитися самостійно, незалежно від основного захворювання, та завжди відрізняється від останнього [21, с. 33].

Отже коморбідність – це сполучення в одного пацієнта декількох хронічних захворювань, пов'язаних між собою єдиним патогенетичним механізмом. Коморбідний стан являє собою діагноз другого порядку, який має основні симптоми, відмінні від первинного розладу.

Метою вивчення коморбідних станів є своєчасне виявлення та лікування супутніх проблем у дітей з розладами аутистичного спектра для суттєвого поліпшення якості життя як самої дитини, так і її сім'ї.

Ці додаткові коморбідні стани істотно впливають на рівень життя дітей з аутизмом, ускладнюючи застосування поведінкових та інших засобів втручання. Труднощі у виявленні коморбідних розладів напряму залежать від хибних переконань в тому, що девіантна поведінка та ряд симптомів є виключно частиною аутизму, а також від відсутності дієвих діагностичних інструментів для скринінгу цих порушень. Деякі симптоми та прояви поведінки, які зазвичай відносять до аутизму, можуть відображати наявність інших супутніх органічних захворювань.

До коморбідних розладів психічного характеру, як правило, відносять: розлад дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ); obsесивно-компульсивний розлад (ОКР); тривожні розлади (генералізований, панічний, соціальний); розлади поведінки; тики (сіпання) та синдром Туретта; інтелектуальна недостатність; специфічні порушення навчання; порушення настрою; порушення сну (труднощі із засинанням, нездатність спати в рівному положенні, нічні пробудження, лунатизм); агресія та самоушкоджуюча поведінка.

Розлад дефіциту уваги та гіперактивності характеризується стійкою формою (не менше 6 місяців) неухважності та/або гіперактивності, імпульсивності, що має прямий негативний вплив на академічне, професійне та соціальне життя.

Виділяють декілька схожих проявів даного розладу з аутизмом, зокрема: недостатньо розвинуті соціальні навички; значно погіршений фокус на обробці деталей завдань; емоційна нестійкість та опозиційна поведінка; уповільнений процес розпізнавання емоцій.

Обсесивно-компульсивний розлад характеризується наявністю повторюваних, нав'язливих рухів, думок або образів. Даний психічний розлад спостерігається як у ранньому дитинстві, так і в підлітковому віці.

Щодо схожих з аутизмом проявів, то варто зупинитися на наступних ознаках: повторювана поведінка; своєрідні ритуали; загальна ригідність та схильність до сталості, порядку в зовнішньому середовищі; обсесії у вигляді страху забруднитися, постійні перевірки тощо.

Найбільш поширеними коморбідними тривожними розладами, які притаманні дітям з аутизмом, є соціальні та специфічні фобії, генералізований та ізольований тривожні розлади.

Синдром Туретта є спадковим нейропсихічним станом, для якого характерні моторні та вокальні тики (сіпання), тобто нав'язливі мимовільні одноманітні скорочення певних м'язів обличчя, шиї, рук тощо.

Рухи при розладах аутистичного спектра більш ритмічні. Вони рідко виникають у відповідь на стимули навколишнього середовища і скоріше за все пов'язані з наявністю сенсорних дефіцитів.

Наступну групу коморбідних станів, які додатково можуть бути виявлені при аутизмі, становлять так звані системні медичні розлади:

- генетичні порушення (синдром ламкої X-хромосоми (синдром Мартіна-Белла), синдром Дауна, м'язова дистрофія Дюшена, нейрофіброматоз 1 типу та туберозний склероз);

- порушення обміну речовин;

- ендокринні порушення;

- неврологічні розлади (епілепсія, дитячий церебральний параліч, головні

болі, вроджені аномалії нервової системи);

- порушення імунної системи (нейрозапалення, імунний дефіцит та дисфункція);

- розлади шлунково-кишкового тракту;

- порушення харчової поведінки (обмежений раціон, стійкі харчові звички, у стресових ситуаціях відмова від їжі, вибірковість продуктів);

- алергічні розлади (астма, назальна алергія, харчова алергія та непереносимість);

- складнощі із формуванням навички туалету.

Дітям із розладами аутистичного спектра рекомендується проводити ряд медичних обстежень на предмет виявлення ознак туберозного склерозу. Також, по можливості, бажано пройти генетичне тестування, зокрема каріотипування, тестування G-діапазонів, ламкої X-хромосоми або хромосомної матриці.

Особливу увагу слід приділяти виявленню шкірних стигм нейрофіброматозу, туберозного склерозу, стигм дизембріогенезу й аномалій розвитку, у тому числі мікро- і макроцефалії.

При туберозному склерозі спостерігаються дефекти шкіри у вигляді вузлової висипки з твердими брудно-червоними й пурпуровими папулами. Вони можуть з'являтися в шкільному віці, спочатку навколо носа, на щоках, і на ранніх стадіях захворювання помилково сприймаються за звичайну вугрову висипку. Характерним для нейрофіброматозу є поява на шкірі пухирців (пухлин) темного кольору, великої кількості безбарвних і так званих кавових (кавово-молочних) плям, нерідко відбуваються зміни в кістках щелепи тощо. Проте більшість цих шкірних змін не потребують терапевтичних втручань.

Варто пам'ятати, що при туберозному склерозі клінічні прояви розладів аутистичного спектра значно ускладнюються, зокрема пацієнти характеризуються більшою замкнутістю, своєрідним пронизливим поглядом і дратівливістю. Вибухи гніву й спалахи гіперактивності часто супроводжуються самоушкоджувальною

поведінкою. Для цього синдрому властиві також епілептичні напади та порушення інтелектуальної сфери.

Інколи розлади аутистичного спектра співіснують з синдромом Ретта й генним поліморфізмом по 15-й хромосомі, що прослідковується в порушенні постави (сколіоз або кіфоз). Починаючи з підліткового віку порушення постави можуть бути настільки тяжкими, що нерідко призводять до інвалідності та вимагають невідкладного ортопедичного лікування.

У пацієнтів із синдромом Мебіуса середнього та легкого ступеня часто спостерігаються анатомічні аномалії верхніх і нижніх кінцівок. Ця патологія може призводити до значних порушень дрібної моторики і координації рухів у дітей з розладами аутистичного спектра.

Однією з причин затримки формування моторних навичок при аутизмі вважають диспраксічні порушення (диспраксії розвитку), що нерідко помилково кваліфікуються як церебральний параліч. У пацієнтів із розладами аутистичного спектра і синдромом ламкої X-хромосоми часто спостерігається м'язова гіпотонія і висока розтяжність м'язово-зв'язкового апарату, що призводить до надмірної гнучкості суглобів.

Синдром ламкої X-хромосоми (FXS) вважається найбільш поширеною причиною спадкової інтелектуальної недостатності та характеризується наявністю аномальних моделей нейронних зв'язків, що призводить до виникнення симптоматики дуже схожої на аутистичні прояви, включаючи порушення комунікації. За останніми статистичними даними близько 25-33% пацієнтів з FXS мають розлади аутистичного спектра і 2-3% всіх дітей з аутизмом мають FXS.

Для дітей як з синдромом ламкої X-хромосоми, так і з розладами аутистичного спектра характерним є більш високий рівень соціальної тривожності, інтелектуальної недостатності та проблемної поведінки.

Перебіг розладів аутистичного спектра нерідко ускладнюється появою епілептичних нападів. Зокрема, патологічні нейрофізіологічні феномени, поява

специфічної епілептичної активності на електроенцефалографії можуть передувати первазивним порушенням розвитку та формуванню аутистичної поведінки.

Епілепсія – це розлад мозкової діяльності під час якого простежується стійка схильність до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічні, когнітивні, психологічні і соціальні наслідки, притаманні цьому стану.

Відповідно до медичної статистики на епілепсію страждає близько 2-3% населення у всьому світі. Найпоширенішими є епілепсії саме у людей з розладами аутистичного спектра. Їх діагностують у 11-25% хворих на аутизм, що значно перевищує цей рівень серед загальної кількості населення. Високі показники епілепсії свідчать про роль нейробіологічних факторів при аутизмі. Якщо розглядати взаємозалежність між психічними розладами та епілептичними нападами, то низка фахівців прийшла до наступних висновків:

1) епілепсії та психічні розлади не мають причинно-наслідкового взаємозв'язку, тому має місце коморбідність або подвійна діагностика порушень;

2) коморбідні психічні розлади, як правило, являються наслідком психічної травми, зумовленої збільшенням психосоціальних проблем (наприклад, зміною способу життя, знеціненням тощо), пов'язаних із діагностикою епілепсії та появою епілептичних нападів;

3) повторювані епілептичні напади збільшують ризик розвитку психічних розладів, безпосередньо впливаючи на формування нейронних зв'язків головного мозку;

4) психічні розлади, в свою чергу, підвищують вразливість мозку до розвитку епілепсії;

5) як епілепсії, так і психічні розлади зумовлені загальними проявами відхилень розвитку нейротрансмітерних систем головного мозку. Не зайвим буде нагадати, що нейротрансмітери являють собою ендогенні хімічні речовини, які забезпечують зв'язок у нервовій системі, а також між нервовою системою та

іншим тілом. Вони передають інформацію між окремими нейронами та у підсумку регулюють широкий спектр функцій організму.

Дехто з вчених вважає психічні розлади – ускладненнями епілепсій, проте інші фахівці у своїх дослідженнях вказують на двосторонню спрямованість причинно-наслідкових зв'язків між цими порушеннями.

За даними електроенцефалографії, у дітей з розладами аутистичного спектра часто фіксують вогнища епілептиформальної та специфічної епілептичної активності, які корелюють із підвищеним ризиком виникнення епілептичних нападів у майбутньому. Проте, як показують інші дослідження, патологічні нейрофізіологічні феномени у дітей із аутизмом мають причинно-наслідковий взаємозв'язок з поведінковими та емоційно-вольовими порушеннями, які розглядаються як епілептичні пароксизми.

На сьогодні залишається дискусійним питання щодо терапії у разі подвійної діагностики розладів аутистичного спектра та епілепсій.

У деяких дітей з аутизмом часто можна побачити такі стереотипні рухи як ходьба на носочках. Це зумовлено по-перше наявністю проблем з координацією рухів та напруженим ахіловим сухожиллям, а по-друге така поведінка спрямована на зменшення сенсорної гіперстимуляції в стопах, яка виникає під час ходьби дитини на всю стопу.

Звертаємо увагу на те, що ходьба на носочках також можлива при дитячому церебральному паралічі і паралітичних м'язових розладах, зокрема, при м'язовій дистрофії Дюшена. Тому якщо дитина з аутизмом ходить на носочках, то бажано провести додаткові обстеження з метою виключення будь-яких м'язових розладів.

Серед супутніх захворювань особливий інтерес становлять шлунково-кишкові аномалії через їхню поширеність та кореляцію (статистичний взаємозв'язок) з тяжкістю поведінкових порушень, пов'язаних з розладами аутистичного спектра. Різноманітні відхилення шлунково-кишкового тракту можуть впливати на нейропатологічні та поведінкові особливості розладів

аутистичного спектра. Значна увага приділяється порушенням саме кишково-мозкової регуляції та впливу гастроінтестинальної дисфункції на загальні розлади розвитку дитини й тяжкість проявів аутистичних симптомів.

У 7 із 11 дітей, яких Л. Каннер описав у своїй статті «Аутистичні порушення афективного контакту», де вперше було сформульовано визначення «дитячого аутизму», йшлося про порушення харчової поведінки (неприродно обмежений харчовий раціон, ригідні харчові вподобання, затримка формування контролю за функціями тазових органів) [38].

Наразі частка дітей з аутизмом, які потерпають від функціональних розладів травлення, варіює від одного дослідження до іншого та нерідко залежить від віку досліджуваної популяції.

До найбільш розповсюджених симптомів функціональних розладів травлення при аутизмі відносять гастроезофагеальний рефлюкс, закрепи, здуття живота, діарею та блювання.

Біль у животі, закрепи та/або діарея, неприємні відчуття під час акту випорожнення, ймовірно, зменшують здатність дитини концентруватися на завданнях і, навпаки, збільшують частоту виникнення проблемної поведінки.

Крім того, перелічені симптоми можуть зумовлювати підвищений рівень дратівливості, гіперактивності, порушення у сфері соціалізації, агресію та посилювати аутоstimуляції, особливо у дітей, які не мають змоги повідомити про свій дискомфортний стан.

Вагому поширеність випадків подвійної діагностики критеріїв порушення первазивного розвитку та функціональних розладів травлення, як правило, пояснюють наявністю таких факторів:

- впливом коморбідних психічних (тривожних, депресивних) порушень при аутизмі на систему вегетативної регуляції внутрішніх органів, специфічним конституційним типом;

- поганим рівнем соматичного здоров'я у дітей із розладами нейророзвитку;

- функціональні розлади травлення можуть викликати метаболічні порушення та зумовлювати розлади нейророзвитку.

Одним із інструментів оцінювання функціональних розладів травлення, який широко використовується в багатьох країнах, є опитувальник про симптоми порушення з боку шлунково-кишкового тракту в дітей відповідно до Римських критеріїв діагностики IV (QPGS-RIV).

Хоча на сьогодні немає науково обґрунтованих оцінок або терапевтичних стратегій відносно осіб з аутизмом та функціональними розладами травлення, багато хто з науковців вважають, що кишечник відіграє дуже важливу роль у моделюванні нейророзвитку та формуванні поведінкових фенотипів дитини.

Як бачимо, функціональні розлади травлення впливають на особливості перебігу розладів аутистичного спектра, зокрема уповільнюють формування навичок охайності та самообслуговування, зумовлюють порушення харчової поведінки, затримку формування адаптаційної поведінки у дошкільних закладах освіти.

Нерідко у дітей з аутизмом спостерігаються метаболічні порушення, тобто вроджені порушення обміну речовин, які можуть впливати на синтез або функції білків, жирів та вуглеводів, що призводить до накопичення або дефіциту певних метаболітів. Мітохондріальна дисфункція вважається одним із найбільш поширених метаболічних порушень та зустрічається у 5% відсотках дітей з розладами аутистичного спектра. Це обумовлено в першу чергу тим, що мітохондрії є так би мовити електростанціями клітин і виробляють більшу частину клітинної енергії, яка так необхідна для нормального функціонування головного мозку. Звісно нестача енергії, а відтак порушення роботи процесів центральної нервової системи, негативно позначаються на загальному розвитку дитини і ускладнюють перебіг розладів аутистичного спектра.

На відміну від МКХ-10, нова версія класифікації хвороб 11-го перегляду дає змогу встановлювати діагноз «Розлад аутистичного спектра» спільно з іншими

станами, зокрема розладом дефіциту уваги та гіперактивністю (РДУГ) або тривожними розладами. До того ж даний діагноз може встановлюватися незалежно від віку людини та не має скасовуватися або змінюватися на інший при досягненні пацієнтом повноліття. Неприпустимою вважається також практика заміни такого діагнозу на олігофренію чи шизофренію, в тому числі для спрощення отримання статусу особи з інвалідністю.

В ході проведеного аналізу цієї проблеми, ми дійшли наступних висновків:

1) коморбідні (супутні) розлади призводять до тяжких погіршень перебігу розладів аутистичного спектра;

2) про наявність коморбідних захворювань сигналізують суттєві зміни загального рівня функціонування та поява нових симптомів за відсутності зовнішніх або медичних причин;

3) фармакологічне втручання може значною мірою сприяти поліпшенню в сфері функціонування та покращити стан людини з аутизмом, особливо якщо тяжкість симптомів коморбідних захворювань суттєво впливає на рівень якості життя;

4) комплексний підхід, який включає в себе збір інформації з різних джерел, використання специфічних діагностичних інструментів, адаптованих для людей з розладами аутистичного спектра та нових видів втручання можуть бути гарантією успішної діагностики та лікування коморбідних станів при аутизмі.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДНИЦЬКО-ПРАКТИЧНА РОБОТА З ОГЛЯДУ ТА ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

2.1. Систематизація поведінкових, розвивальних, сенсорно-перцептивних та еkleктичних методик корекції розладів аутистичного спектра

В інформаційному просторі зустрічається багато різноманітних програм та методик корекції розладів аутистичного спектра. Кожен з цих підходів має розроблятися індивідуально під конкретну дитину, враховуючи її потреби та вихідні характеристики, а також охоплювати методики для корекції поведінки, мовлення, соціалізації дитини та різноманітні педагогічні втручання.

На сьогодні найпотужнішу доказову базу серед великої кількості варіантів корекції розладів аутистичного спектра має прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis). Це науковий підхід, який розробляє прикладні методики, з урахуванням законів поведінки, і систематично застосовує їх з метою поліпшення соціально значущої поведінки, а також використовує експеримент (певні методи дослідження об'єктивної реальності) для пошуку змінних, відповідальних за зміну поведінки. Коли ми говоримо про застосування методів та принципів прикладного аналізу поведінки в роботі з дітьми із аутизмом або іншими порушеннями розвитку, такий підхід у корекційній педагогіці часто називають АВА терапією.

Прикладний аналіз поведінки охоплює такі сфери як:

- формування та розвиток соціально значущих навичок на основі інтересів і мотивації дитини (співпраця, гра, навички самообслуговування та академічні навички);

- аналіз і корекція проблемної (соціально неприйнятної) поведінки;
- аналіз вербальної поведінки (навчання використання мовлення та інших форм комунікації).

АВА терапія складається з трьох основних компонентів, зокрема вимірювання поведінки, використання технік для зміни поведінки та оцінка результатів.

Вимірювання поведінки передбачає систематичне спостереження за поведінкою дитини та визначення її характеристик. Застосування кількісних показників до поведінки включає в себе вимірювання частоти поведінки, її тривалості, моменту появи або часу, що проходить між реакціями тощо.

Використання технік для зміни поведінки полягає у застосуванні принципів позитивного та негативного підкріплення, а також контролю за доступністю стимулів. Наприклад, якщо дитина має негативну реакцію на певний стимул, то його можна замінити на інший, який викликає позитивну поведінкову реакцію.

Оцінка результатів включає систематичне вимірювання та аналіз показників відповідно до тих цілей, які були сформовані в процесі корекції порушень. Це надає змогу визначити, наскільки добре працює вибраний метод навчання та які додаткові заходи можуть бути внесені для покращення результатів [70].

Стратегії прикладного аналізу базуються на відповідних принципах поведінки, тобто взаємозв'язку між поведінкою та її наслідками. Серед основних принципів АВА терапії виділяють принципи підкріплення, покарання і гасіння поведінки.

Зараз пропонуємо розглянути базисні методи навчання АВА терапії, які використовуються поведінковими фахівцями під час проведення занять:

1. Навчання дискретними пробами (окремими блоками або ДТТ). Даний метод передбачає розбиття складних завдань на прості етапи, що допомагає дитині засвоювати навички поетапно та ефективно. В процесі навчання кожній навичці використовується певна кількість навчальних блоків, кожен з яких має певний

початок та завершення. Компоненти дискретних проб: інструкція, підказка (не обов'язково), реакція, наслідок (заохочення в разі правильної реакції або корекція помилки).

2. Оцінка вподобань. З метою встановлення ієрархії заохочень поведінкові фахівці систематично проводять тестування тих стимулів, які можуть зацікавити дитину і є для неї найбільш мотиваційно значущими. Розрізняють структуроване спостереження, оцінку методом поодиноких стимулів або парних стимулів, чи методом множинних стимулів.

3. Спонтанне навчання. Даний метод використовується виключно для формування навичок комунікації, в рамках якого педагоги та батьки відтворюють специфічні умови для того щоб дитина почала проявляти ініціативу до спілкування.

4. Моделювання поведінки. В даному разі, мова йде про засвоєння нових навичок через спостереження за іншими дітьми та дорослими, наслідуючи їх дії.

5. Візуальні підказки та метод безпомилкового навчання. Зазначені методи допомагають дитині засвоювати нові навички без стресу, зайвої напруги та тривоги, пов'язаних із можливістю помилитися.

6. Шейпінг. Цей метод використовується для формування нових навичок та видів поведінки за рахунок диференційованого підкріплення реакцій – підкріплення наближеної або поліпшеної реакції, і гасіння віддаленої форми реакції. За допомогою шейпінгу можливо досягти змін у топографії поведінки або певних її властивостей (частоти, тривалості, амплітуди, латентного періоду).

7. Формування поведінкового ланцюжка (комплексної поведінки, яка складається з певної послідовності окремих реакцій). Наприклад, фахівці або батьки використовують цей метод щоб навчити дитину чистити зуби, мити руки, одягатися тощо. Для навчання поведінковому ланцюжку потрібен точний аналіз усіх ланок даного ланцюжка і всіх етапів її навчання. Мається на увазі поділ складної дії або послідовності дій на окремі реакції (алгоритм задачі).

До програми АВА можуть бути включені також такі додаткові методи, як логопедичний масаж, навчання способів альтернативної комунікації PECS, різноманітні методи розвитку моторних навичок та інші.

Використовуючи ці методи, педагоги в змозі підібрати складність вправ, темп навчання, уникнути помилок, розширити мотиваційний репертуар дитини.

Також дуже важливо враховувати етичні засади застосування АВА терапії, зокрема, недопустимість використання фізичних покарань та інших методів, які можуть спричинити фізичний та емоційний страх дитини. Тому, рекомендовано співпрацювати з кваліфікованими (сертифікованими) фахівцями, які володіють методами АВА терапії та розуміються на особливостях розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.

Розглянуті принципи та методи прикладного аналізу поведінки допомагають дитині з аутизмом не тільки освоїти практично будь-які навички від миття рук до мотивації говорити повними реченнями, а й зменшити або повністю усунути прояви небажаної поведінки.

Ще одним комплексним поведінковим підходом є Денверська модель раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM). Цей підхід заснований С. Дж. Роджерс та Д. Доусон у 80-х роках минулого століття, та розрахований на дітей з розладами аутистичного спектра віком від 12 до 48 місяців.

Взагалі раннє втручання можна визначити як певну систему заходів допомоги дитині, у якою спостерігаються особливості (порушення) розвитку, а також її родині, шляхом надання соціальних, психологічних, медичних та педагогічних послуг з метою забезпечення розвитку та нормального функціонування дитини. Принципами раннього втручання з позицій функціональної направленості є те, що фахівці та батьки допомагають дитині розвивати ті навички, які необхідні їй для повсякденного життя, при чому на основі зацікавленості самої дитини.

Програма ESDM передбачає навчальний план розвитку, що визначає

навички, якими дитина має оволодіти по досягненню певного віку, а також набір навчальних процедур, які використовуються для вивчення даного матеріалу. Цей навчальний план не прив'язаний до конкретного середовища навчання, тобто він може бути реалізований командою терапевтів та/або батьками у форматі групових або індивідуальних занять, як в амбулаторних умовах, так і вдома. Ключові характеристики ESDM включають такі складові як натуралістичне застосування поведінкової аналітичної стратегії; орієнтацію на нормальну послідовність розвитку дитини; глибоку і всебічну участь батьків; фокус на міжособистісному обміні і позитивних емоціях; загальні заняття спільною діяльністю; формування навичок мовлення і комунікації в рамках позитивних взаємовідносин.

На сьогодні ESDM включає в себе наступні підходи:

- модель розвитку міжособистісних відносин при аутизмі;
- модель аутизму як розладу соціальної мотивації;
- тренінг ключових навичок.

Універсальність та зручність цієї методики полягає в тому, що вона може здійснюватися під час звичайних повсякденних справ, у різних місцях, форматах та з різними людьми, і при цьому охоплювати навички з усіх галузей розвитку дитини, від великої моторики до експресивної мови та навичок самообслуговування. Саме завдяки поєднанню різних напрямків та орієнтуванню на природній розвиток дитини, ESDM є абсолютно унікальним та багатообіцяючим втручанням.

Денверська модель раннього втручання направлена на розвиток соціальних, емоційних, вербальних, когнітивних, моторних навичок, а також навичок самообслуговування та імітації.

ESDM вважається єдиною моделлю раннього втручання, ефективність якої була підтверджена вибірковими клінічними випробуваннями для роботи з аутичними дітьми у віці 18 місяців.

Вербально-поведінковий підхід (VBA) ґрунтується на дослідженнях

видатного психолога біхевіориста Б. Скіннера. При навчанні дітей з аутизмом і пов'язаними з ним розладами будь-яким навичкам, а найголовніше, мовленню, вербально-поведінковий підхід використовує методи прикладного аналізу поведінки. В рамках біхевіоризму «мовлення» розглядається як «вербальна поведінка», яка, як і інші види поведінки людини, може бути сформована та перебуває під впливом факторів навколишнього середовища. Людина, перебуваючи в соціумі, використовує вербальну поведінку для ефективного спілкування та взаємодії з іншими членами суспільства. [55, с. 20-22].

Значимість вербальної поведінки для дитини складно переоцінити. Не володіючи мовленнєвими навичками, дитина не може вільно спілкуватися та контролювати зовнішнє середовище, розуміти та дотримуватися соціальних норм, а також жити якісним і повноцінним життям. Діти з затримкою мовного розвитку, аутизмом, інтелектуальною недостатністю та іншими розладами часто мають труднощі у навчанні та комунікації, внаслідок чого їхні можливості для існування значно обмежені.

Відповідно до теорії Б. Скіннера, вербальна поведінка складається з різних функціональних одиниць, тобто мовних реакцій, які відбуваються внаслідок різноманітних причин та посилюються різними стимулами. Крім того, дані функціональні одиниці можуть відрізнятися між собою за формою. Наприклад, дитина може сказати слово «сік», оскільки вона його хоче зараз, і тому що після цього прохання їй скоріше за все дадуть сік. Але це слово дитина може вимовити як відповідь на питання «Що тобі подобається пити?». І в такому разі реакція виникне зовсім не тому, що в даний момент дитина хоче сік, а внаслідок появи контролюючого вербального стимулу (питання).

Кожна мовна конструкція, незалежно від її форми (іменник, прикметник чи дієслово), розглядається на основі її функцій. За своєю функцією вербальні одиниці можуть бути проханням, коментарем, відповіддю на запитання або копіюванням тексту.

У своїй книзі «Вербальна поведінка» Б. Скіннер описав шість основних вербальних дій:

1. Манд – це вид вербальної дії, що відбувається внаслідок впливу мотиваційних стимулів. Наприклад, тривала відсутність доступу до улюбленої цукерки може спонукати дитину попросити «Дай цукерку!», а неможливість піти гуляти через замкнені двері може спонукати дитину сказати «Відчини двері!». Манд-реакції, що виконують функцію звернення з проханням, відбуваються внаслідок появи мотиваційних умов (бажання) і посилюються отриманням бажаного стимулу. Ще один приклад, прохання «Я хочу пити» виникає в результаті спраги та закріплюється завдяки одержанню води.

2. Такт – це вербальна дія, яка перебуває під впливом невербальних стимулів у навколишньому середовищі. Як явні події, що відбуваються, так і якісь приховані стимули можуть викликати такт-реакцію. Наприклад, на появу тата в полі зору дитини, вона може відреагувати «Тато прийшов!». Коментарі про події, що відбуваються довкола і являють собою такт-реакції, формуються у вигляді неспецифічних соціальних наслідків. Наведемо такий приклад, коли дитина каже «Мамо, машина!» про машину, яка їде по дорозі, мама реагує «Правильно! Це машина!», але при цьому вона не намагається дати дитині цю машину (на відміну від манд-реакції, яка посилюється отриманням бажаного стимулу).

3. Ехо – це такий вид вербальної дії, який точно повторює вербальний стимул іншої людини. Наприклад, педагог каже слово «яблуко», дитина повторює за ним «яблуко». Важливо розуміти, що ехо-реакція повинна повністю відповідати формі та виду вербального стимулу. Якщо у нас вербальним стимулом виступає слово, то ехо-реакцією буде його повторення, якщо це написаний текст – копіювання тексту, а якщо це жест – його повторення

4. Інтравербальна дія. Даний вид вербальних реакцій також відбувається внаслідок вербальних стимулів, але не відповідає їм в абсолютній точності. Розглянемо такі ситуації, наприклад, коли у дитини запитують «Хто мукає?»,

дитина відповідає «Кішка», а коли до дитини звертаються з привітанням «Добрий ранок!», вона відповідає «Привіт!». Цей вид вербальних дій є основою діалогу, а також перекладу слів з іншої мови.

5. Текстуальна дія має на увазі читання тексту. Це означає, що побачивши написане слово, наприклад, «кішка», дитина скаже «кішка». Б. Скіннер наголошував на тому, що ця вербальна дія може відбуватися поза зв'язком з розумінням прочитаного. Зокрема, можна зчитувати певний набір букв, але не розуміти сенсу.

6. Транскрипція – це такий вербальних дій, який полягає у написанні почутих вербальних стимулів. Дитина чує слово «книга» та пише у зошиті «книга». Також цей вид вербальних реакцій включає в себе друкування по літерах (на клавіатурі комп'ютера), набирання слова за літерами (наприклад, з літер на магнітах) або вимовляння слова за літерами.

В аналізі вербальної поведінки усі розглянуті види мовних реакцій виступають самостійними функціональними одиницями. Відтак набуття навички називати сік словом «сік» (такт-реакція) зовсім не гарантує формування у дитини навички просити сік, коли хочеш соку (манд-реакція), або принести склянку соку за інструкцією «Принеси склянку соку!» (поведінка слухача). Тому, набуття всіх видів вербальних навичок має відбуватися паралельно, щоб увесь репертуар різних функціональних одиниць об'єднався у «мовлення».

Навчання дітей з розладами аутистичного спектра дуже часто викликає труднощі і є завданням із зірочкою для більшості освітян. Крім складних порушень у сприйнятті мови та вимові, у дітей з аутизмом нерідко спостерігаються проблеми в поведінці, повільний темп формування навичок та відсутність соціальної мотивації. Проведення занять може ускладнюватися через прояви небажаної поведінки, відсутності зосередження чи співпраці. Педагогу складно налагодити контакт із дитиною, а ті навички, яким вдається навчити – категоризації, розумінням кольору та форми, дієслівним структурам, дуже рідко

призводять до розвитку вокального мовлення чи спонтанних проявів ініціативи з боку дитини. В даному випадку, застосовуючи принципи вербально-поведінкового підходу на практиці, можна значно підвищити ефективність навчання та досягти кращих результатів. VBA допомагає не лише скоригувати проблеми у поведінці, налагодити співпрацю, але й за допомогою аналізу вербальної поведінки визначити рівень розвитку навичок дитини та цілі для формування функціональних вербальних навичок.

Даний підхід розвиває у дитини з розладами аутистичного спектра здатність вивчати функціональну мову, яка з позицій VBA включає: вміння висловлювати прохання; вміння називати предмети, тобто те, що дитина бачить, чує, нюхає, сприймає на дотик та пробує на смак; звуконаслідування (здатність повторювати слова); здатність відповідати на питання.

Формування мовних навичок відбувається комплексно, з урахуванням рівня самостійності кожної вербальної функціональної одиниці. Цей процес здійснюється з високою інтенсивністю, у структурованому форматі, із застосуванням поведінкових інструментів навчання (підказок та заохочень), при здійсненні запису даних та постійному моніторингу прогресу.

Найбільш ефективним методом навчання навичкам комунікації вважається метод спонтанного навчання, який ґрунтується в першу чергу на ініціативі самої дитини. Прояв ініціативи відбувається внаслідок появи в навколишньому середовищі високо мотиваційних стимулів або видів діяльності, та закріплюється за допомогою отримання дитиною доступу до бажаних стимулів.

Для застосування методу спонтанного навчання слід дотримуватися наступних кроків:

- створити відповідні умови, у яких зовнішнє середовище буде насичено мотиваційними для дитини стимулами;
- очікувати на ініціативу з боку дитини щодо бажаного стимулу;
- надати підказку для більш ускладненого виду прояву ініціативи;

- віддати предмет інтересу дитині.

Звісно процес формування реакцій може зайняти багато часу і необхідно проводити інтенсивну роботу над іншими типами вербальної поведінки, а також застосовувати підказки, для того щоб кінцева форма реакції правильно сформувалася.

Якщо порушення мовлення у дитини з аутизмом проявляється в досить тяжкій формі, відповідно відсутні вокальні реакції, то рекомендовано вдатися до засобів альтернативної чи полегшеної комунікації, щоб все ж таки спонукати і сприяти розвитку мовних навичок. Наприклад, дитина може навчитися використовувати мову жестів або систему альтернативної комунікації за допомогою обміну картками (PECS). В такому разі застосування карток PECS може зменшити ймовірність появи та закріплення небажаної поведінки, сприяти підвищенню мотивації до спілкування, а також збільшити бажання дитини співпрацювати. І навпаки, відсутність навчання манд-реакцій у дитини з аутизмом, яка не говорить, або відмова від введення альтернативної системи комунікації, створюють неприємну атмосферу на заняттях, призводять до фрустрації та уникнення спілкування з оточуючими.

Ще одним похідним від прикладного аналізу поведінки методом корекції є PRT (Pivotal Response Treatment, метод навчання опорним (базовим) реакціям), який спрямований на розвиток мотивації, соціальної ініціативи, комунікації, мовлення, позитивних соціальних поведінкових моделей, полегшення руйнівних проявів аутостимуляції через здатність дитини реагувати на численні зовнішні стимули. Важливу роль у PRT відіграють мотиваційні стратегії, оскільки саме вони забезпечують природну підтримку дитини. Основна мета PRT полягає у збільшенні мотивації у дитини з аутизмом соціально прийнятно реагувати на суспільні сигнали та взаємодію з оточуючими, змінюючи при цьому небажану та нетипову поведінку. Даний метод спрямований на усунення (корекцію) дефіцитів розвитку, а не на конкретну поведінку. Важливе місце в цій терапії займають саме

батьки дитини, які практикують методи PRT у природному та ігровому середовищі. Під час гри дорослий постійно заохочує соціально значущу поведінку дитини з метою закріплення в подальшому правильних реакцій. До ключових компонентів PRT належать вибір, який робить сама дитина, включення завдань по підтримці дитини та диференційоване підкріплення, що залежить від відповідної поведінки.

Методика TEACCH (Лікування і навчання дітей з аутизмом та іншими комунікативними розладами) була заснована у 1970-х роках спеціалістами школи медицини Університету Північної Кароліни в Чапел-Хілл доктором Е. Шуплером, Р. Райхлером та Г. Месибовим. Даний метод включає в себе побудову індивідуальної програми роботи на основі оцінки рівня навичок, з урахуванням потреб дитини у всіх сферах функціонування, а також використовує структурований підхід до навчання в середовищі.

Основними завданнями програми TEACCH є: збільшення незалежності дитини; надання допомоги у спілкуванні з оточуючими; інтелектуальний, академічний та особистісний розвиток дитини; покращення узагальнення навичок та їх генералізації; розвиток самооцінки і самоусвідомлення, в тому числі розвиток емоційно-вольової сфери.

Діти в програмі TEACCH працюють над різними сферами, зокрема наслідування, затримка розвитку, моторика, координація рук і очей, базова когнітивна діяльність, мовлення, самоконтроль і соціальні навички.

Серед розвивальних концепцій виділяють підхід С. Грінспена DIR Floortime, який застосовується при діагностиці та терапії значної групи затримок психічного та мовленнєвого розвитку, проте найбільшої своєї популярності цей підхід набув саме в галузі корекції розладів аутистичного спектра.

Floortime (з англ. «час на підлозі») означає розвиток дитини на її умовах. Дорослий грається з дитиною, щоб навчити її новим навичкам у повсякденному середовищі. Це основна методика системи терапії DIR, яка позначає розвиток

(Development), індивідуальні особливості (Individual Differences), а також побудову стосунків (Relationship-Based).

Тобто методика DIR Floortime ґрунтується на навчанні через позитивні стосунки із дорослими, які долучаються до гри на умовах дитини. Головна ідея методики полягає в тому, що робота з емоційними проявами дитини може позитивно впливати на її базові здібності, які відповідають за стосунки, мислення та спілкування. Принципи цього методу включають в себе такі аспекти як спостереження та слідування за дитиною в якості рівноправного партнера, а не педагога; вловлювання проявів ініціативи дитини; приєднання до її інтересів чи гри.

Граючись з дитиною, дорослий налагоджує з нею необхідний зв'язок і тим самим допомагає їй просуватися дев'ятьма сходинками емоційного розвитку: навчання дитини самоконтролю; встановлення емоційного зв'язку з дорослим; формування і розвиток навичок комунікації; навчання дитини вирішувати соціальні завдання в різноманітних життєвих ситуаціях; розвиток емоційного, логічного та абстрактного мислення; розвиток самосвідомості та навичок самооцінки; формування мотивів до навчання та спілкування; закладення системи цінностей; побудова власного «Я» дитини.

Отже концепція DIR направлена на створення умов нормального розвитку дитини з урахуванням її індивідуальних можливостей та базується на приємних емоційних стосунках з батьками і спеціалістами. Такий підхід передбачає безпосередню участь дитини в грі та соціальній взаємодії. Крім того, варто відмітити, що невід'ємною складовою даного підходу є застосування методів сенсорної інтеграції та ерготерапії (окупаційна терапія).

Результати досліджень показали, що заняття за методикою DIR Floortime допомагають батькам приєднатися до дитини на її рівні, будувати з нею комунікацію, спираючись на інтереси дитини; допомагають членам родини зрозуміти яким чином вибудувати ігрове середовище, яке відповідатиме

індивідуальним особливостям власної дитини; сприяють розвитку емоційної сфери дитини, проявлення нею ініціативи в спілкуванні, набуття здатності регулювати власні емоції (саморегуляція), а також соціалізація в суспільстві.

Метод ерготерапії ґрунтується в першу чергу на тому, що діти з розладами аутистичного спектра, виконуючи вправи, які пов'язані із застосуванням соціально-побутових навичок, відновлюють або вдосконалюють свої здібності самообслуговування, що в майбутньому дозволить їм досягти максимально високого рівня незалежності та самостійності.

Тобто окупаційна терапія передбачає систему заходів, спрямованих на налагодження виконання дитиною з аутизмом повсякденних функцій.

В результаті аналізу науково-методичної літератури, присвяченої реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра, було встановлено, що діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, спілкування, мобільність), продуктивну діяльність (виконання домашніх обов'язків, отримання освіти, професії) та дозвілля (гра, хобі, відпочинок). Ерготерапія може здійснюватися із застосуванням різних матеріалів, іграшок, предметів побуту та організовуватися у формі гри або спеціальних завдань. Дана діяльність спрямовується на подолання рухового занепокоєння, порушень великої та дрібної моторики, координації рухів і здатності до навчання та мови. Таким чином, у процесі ерготерапії за допомогою самостійного виконання дій у дітей з аутизмом поліпшуються функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні та психічні) [12].

Також деякі спеціалісти виділяють терапію повсякденного життя (DLT). Ця методика заснована на східній філософії та відрізняється від інших підходів тим, що базується на груповій взаємодії, а не на інтенсивному індивідуальному навчанні.

Формування адаптивної поведінки та корекція небажаних реакцій відбувається за допомогою фізичних вправ, емоційної регуляції та навчання

академічним навичкам у груповій обстановці. Рухова активність забезпечується за рахунок проведення спільних фізкультурно-оздоровчих занять і виконання фізичних вправ. Емоційна регуляція і стабілізація досягаються через групові заняття мистецтвом і музикою.

Таким чином, програма DLT базується на трьох основних аспектах, а саме: фізичній витривалості, емоційній стабільності та інтелектуальній стимуляції. На думку прихильників терапії повсякденного життя, це позитивно впливає на здатність дитини відчувати своє тіло, розвивати навички самоконтролю та саморегуляції, соціальної взаємодії [17, с. 87].

До сенсорно-перцептивних підходів належить сенсорна інтеграція (Ayres Sensory Integration), яка спрямована на стимулювання взаємодії та координації різних сенсорних систем тіла.

Сенсорна інтеграція – це процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх органів чуття, потім обробляє її і інтерпретує так, щоб ця інформація могла бути використана в цілеспрямованій діяльності. При виникненні порушень обробки сенсорних сигналів з'являються дисфункції в моторному, пізнавальному розвитку, а також в поведінкових характеристиках дитини. Більшість дітей з розладами аутистичного спектра мають певні труднощі у сприйнятті та обробці сенсорної інформації (запах, дотик, рух, звук і зовнішній вигляд).

Далі пропонуємо розглянути деякі види порушень сенсорної інтеграції, які можуть спостерігатися у дітей з розладами аутистичного спектра: надмірна або недостатня чутливість до тактильних, зорових, слухових стимулів, а також руху (наприклад, уникнення торкання певних фактур); уникнення занять з пластиліном, малювання пальцями; проблеми з використанням столових приборів, ножиць; неправильне тримання олівця; надчутливість до звуків та світла; труднощі у навчанні письма і читання; проблеми з навчанням їзди на велосипеді; уникнення катання на гойдалках, каруселях або надмірне захоплення цими іграми;

виникнення ускладнень при переписуванні з дошки, пропускання окремих букв або цілих складів; труднощі в розрізненні правого та лівого боків; низький поріг чутливості до близькості іншої особи; занадто високий або низький рівень рухової активності, розлади м'язового тону; слабкий рівень рухової координації (ці проблеми, як правило, пов'язані з порушеннями великої або дрібної моторики); рухова незграбність; труднощі в концентрації, імпульсивність; дуже швидка стомлюваність; відмова від соціальних контактів; затримка розвитку мови, а також труднощі в опануванні академічними навичками; відсутність саморегуляції та планування.

Виділяють декілька причин через які у дитини з аутизмом можуть виникати труднощі із обробкою сенсорної інформації. По-перше, це проблеми сенсорної модуляції, тобто занижені (гіпочутливість) або завищені реакції (гіперчутливість) на тактильні, зорові, слухові та інші зовнішні стимули. Наприклад, дитина кричить, коли її обіймають, або не відчуває болю при падінні. По-друге, проблеми сенсорної дискримінації, які проявляються у труднощах розуміння інформації, отриманої через органи чуття. Наприклад, коли дитина намагається зловити м'яч, їй необхідно інтерпретувати зорову інформацію (в даному разі напрямок і швидкість м'яча) та інформацію від м'язів, суглобів і середнього вуха (механізм балансу), а потім спланувати рух, щоб спіймати вчасно м'яч. Складність розуміння інформації веде до труднощів формування моторних навичок (використання ножиць, графічні навички, катання на велосипеді тощо).

Фахівці з сенсорної інтеграції під час проведення діагностики встановлюють вказані порушення і використовують різні техніки для покращення розуміння та інтеграції зовнішніх стимулів. Методика включає в себе теорію сенсорної інтеграції, оцінку рівня розвитку сенсорних навичок і комплекс вправ, що застосовується під час заняття в спеціально створеному середовищі.

До основних видів терапії при порушеннях сенсорної інтеграції належать:

1. Втручання, що включає використання сенсорних і рухових дій, а також

спеціального обладнання (заняття в сенсорній кімнаті).

2. Адаптація (пристосування), наприклад, використання навушників із шумозаглушенням, спеціальної мочалки для прийняття ванни.

3. Програми сенсорної дієти для задоволення сенсорних потреб дітей, що передбачають щоденну рутину, певні фізичні навантаження (йога, плавання тощо) і матеріали (предмети для заспокоєння).

4. Модифікації зовнішнього середовища (освітлення, спеціальні меблі, надписи або візуальні картинки).

5. Поінформованість членів сім'ї, осіб, які здійснюють догляд, педагогів та вихователів щодо впливу сенсорних функцій на діяльність дитини, про те, як мінімізувати їх негативний вплив та запобігати проявам небажаної поведінки.

Таким чином головна мета проведення терапії сенсорної інтеграції полягає у посиленні та поліпшенні якості обробки сенсорних стимулів центральною нервовою системою.

У роботі над сенсорною інтеграцією аутичних дітей для подолання їх надвразливості важливо дотримуватися таких принципів:

- терапія має стосуватися передусім тих сфер, у яких в конкретної дитини простежуються стереотипи;
- поєднання стимуляції різних систем;
- особа, з якою проводять терапію, повинна бути активною, тобто сама вибирати те, що їй приємно, чого вона потребує;
- програма виконується в чітко визначеному місці з мінімальною кількістю подразників і в чітко визначений час дня;
- терапія сенсорних розладів передбачає систематичність виконання [41, с. 133].

Серед еkleктичних напрямків розглянемо метод Міллера, який заснований на систематичному когнітивно-розвивальному підході корекції порушень аутистичного спектра. Метою даного методу є оцінка адаптаційних ознак

поведінки дитини, трансформація тривожної поведінки у функціонально активну та розширення досвіду активної соціальної взаємодії.

Метод Міллера використовує дві основні стратегії розвитку, перша з яких полягає в перетворенні системи девіантної поведінки у функціональну, а друга передбачає систематичне і регулярне застосування окремих видів діяльності з предметами та людьми під час розвиваючих занять.

Також хотілося б приділити трохи уваги ролі батьків у житті дитини з аутизмом. Відвідування поведінкових фахівців, корекційних педагогів, інших спеціалістів, тренінгів та вебінарів – це звісно дуже важливо, але ми маємо пам'ятати, що більшість часу дитина проводить саме з батьками в родинному колі. Поведінка батьків, їх емоційний стан, можуть як позитивно, так і негативно впливати на перебіг даного порушення. Відтак доброзичлива атмосфера вдома, затишок та підтримка рідних відіграють неабияку роль у подальшому розвитку та соціалізації дітей з розладами аутистичного спектра.

У підсумку, вважаємо за необхідне зазначити, що при виборі тієї чи іншої реабілітаційної методики для дитини з розладами аутистичного спектра, найбільш ефективними будуть ті підходи, які відповідають наступним критеріям:

- високе співвідношення кількості персоналу і дітей;
- індивідуальна програма реабілітації;
- висококваліфіковані та компетентні фахівці з досвідом роботи в сфері навчання дітей з розладами аутистичного спектра;
- тривалість занять щонайменше 20 годин на тиждень;
- функціональний аналіз проблемної поведінки;
- поточне оцінювання та коригування індивідуальної програми;
- постійний моніторинг та модифікація програми відповідно до потреб та прогресу дитини;
- в індивідуальній програмі особливу увагу приділяють розвитку імітації, комунікації, гри, мовлення, соціальних взаємодій, самостійної діяльності, навичок

самообслуговування, саморегуляції та захисту власних інтересів;

- високий рівень підтримки у середовищі дитини з аутизмом;
- структурована програма реабілітації, яка передбачає не тільки чітке розуміння яким навичкам та в якому порядку навчатимуть дитину, а й на які результати варто очікувати.

2.2. Ефективність використання ігрових методів в роботі з дітьми із розладами аутистичного спектра

Гра є природним способом взаємодії дітей, тому використання ігрових методів в роботі з дітьми з розладом аутистичного спектра сприяє покращенню мовлення, комунікативних та соціальних навичок.

Особливості сюжетної гри у дітей з аутизмом полягають у наступному:

1. Нестійкість сюжету гри (постійна зміна сюжетів, відсутність ігрової логічності).
2. Відсутність прямого, безпосереднього ототожнення дитини з роллю дорослого.
3. Прагнення частіше зображувати та демонструвати неживі предмети.
4. Емоційна невиразність (повільні або поривчасті рухи, спостерігається монотонність в мовленні, нерухомий погляд, який здебільшого спрямований крізь об'єкти).
5. Неадекватність емоційних проявів в різноманітних ігрових ситуаціях.
6. Виявлення зацікавленості неігровими матеріалами та використання обмеженої кількості іграшок.
7. Порухення мотиваційної функції, що виявляється у швидкому перенасиченні ігровою діяльністю.
8. Труднощі у підпорядкуванні правилам гри, невиконання ігрових правил (дії заради дій).

9. Ігнорування комунікативної функції гри.

10. Гра позбавлена критичного мислення (розмиті межі гри та реальності, власного «Я» та ігрової ролі, правди та вимислу тощо).

Спонтанна гра дитини з аутизмом також має ряд специфічних особливостей:

1. Емоційна захопленість, зацикленість, певного роду одержимість, що досягає екстазу.

2. Значна стійкість та стабільність (дитину досить важко переключити на іншу діяльність та чимось відволікти).

3. Спонтанна гра, як правило, не носить сюжетний характер, а скоріше як звичайна маніпуляцію з певними предметами.

4. Обмежене використання або взагалі невикористання іграшок-предметів (гра зі своїми руками, пальцями, деталями іграшок тощо).

5. Спостерігається редукція предметної дії під час гри, тобто спрощення гри до маніпуляції з предметами.

6. Складні предметні дії здійснюються винятково для отримання примітивного сенсорного задоволення.

7. Предметна гра позбавлена уявної імітації, яка відтворює діяльність дорослих.

8. Гра стимулюється стійкими емоційними переживаннями (використання гри як засобу стимуляції одних і тих самих сенсорних відчуттів).

9. В даному разі гра не являє собою діяльність, в ході якої формуються, опрацьовуються та наділяються соціальним змістом відповідні предметні дії.

Протягом тривалого часу діти з розладами аутистичного спектра зупиняються на етапі вивчення предметного світу. При цьому основним мотивом маніпуляції з предметами та іграшками виступають привабливі сенсорні властивості цих предметів (колір; матеріал, з якого вони виготовлені; різноманітні звуки, які виникають при їхньому киданні чи русі тощо). До того ж, діти з аутизмом, взаємодіючи з предметами, дуже часто відмовляються використовувати

їх за функціональним призначенням, оскільки соціальне значення предметів для них менш важливе, аніж деякі сенсорні властивості.

Характерним є те, що навичка самотійної сюжетно-рольової гри в цієї категорії дітей, без проведення відповідної корекційної роботи, практично не формується. Для дітей з аутизмом досить складно взяти на себе роль іншої людини, оскільки вони мають труднощі усвідомлення свого «Я» та як наслідок виділення себе з навколишнього світу. Варто зазначити, що у дітей з аутизмом не відсутнє природне прагнення до соціальної взаємодії, однак існують наявні складності в її реалізації.

Розвиток ігрової діяльності тісно пов'язаний з рівнем комунікації, а гра, на думку багатьох спеціалістів, є найефективнішим шляхом для розвитку соціальної взаємодії та комунікації дітей з розладами аутистичного спектра.

На заняттях спеціалісти за допомогою ігрових методів створюють особливу атмосферу, в якій кожна дитина почувається комфортно та безпечно. Гра використовується як один із засобів привернення уваги дитини, активізації її мовленнєвої діяльності.

Фахівці можуть застосовувати різні ігрові підходи, такі як рольові ігри, наочні матеріали, головоломки, настільні ігри тощо. Важливо при цьому враховувати індивідуальні потреби та здібності кожної дитини з аутизмом. Процес гри може впливати на розвитку мовлення, стимулюючи слухове сприйняття та розширюючи словниковий запас.

Крім того, методи гри підтримують розвиток соціальних навичок, таких як здатність спілкуватися та співпрацювати. Діти з аутизмом часто відчують труднощі в цих аспектах, тому гра може допомогти їм почуватися більш впевнено та комфортно в життєвих ситуаціях.

Також в роботі з дітьми, яким діагностовано аутизм, за допомогою ігрових методів можна розвивати когнітивні навички, такі як увага, пам'ять, логічне та проблемне мислення. Через ігрові ситуації дитина в змозі навчитися спостерігати,

аналізувати та вирішувати завдання, що в свою чергу сприяє розвитку її пізнавальних функцій. Ігрові техніки можуть бути корисними для регуляції поведінки, емоційного стану та самоконтролю дітей з аутизмом. Гра допомагає зменшити стрес і занепокоєння, вчить дітей ефективно спілкуватися з іншими, контролювати свої емоції та адекватно вирішувати конфліктні ситуації.

Ігровий процес із дітьми, що страждають на аутизм, необхідно будувати, виходячи з індивідуальних особливостей дитини та рівня розвитку сформованості її навичок.

До основних форм ігрової поведінки дітей з розладами аутистичного спектра, як правило, відносять такі:

1. Гра за допомогою маніпуляцій, під час якої дитина не цікавиться функціональними особливостями предмета або іграшки, а виконує з ними прості дії (катає, опускає, стукає, підіймає тощо).

2. Відпрацювання навичок упорядкування, тобто розподіл предметів в певній послідовності.

3. Функціональна гра, під час якої дитина грає з предметами відповідно до їх цільового призначення (годує песика, набирає пісок у відерце, ліпить фігурки з пластиліну тощо).

4. Символічна гра, під час якої дитина наділяє предмети характеристиками, які їм не властиві.

У дітей з аутизмом спостерігається своєрідна монотонність під час ігрової діяльності, багаторазове повторення однакових дій та відсутність сюжетної лінії. Тому вкрай важливо, починати навчання навичкам предметно-ігрової діяльності, виходячи з особистих інтересів та вподобань дитини. При цьому доцільніше використовувати ті предмети або іграшки, які вже подобаються дитині, а не вводити одразу нові. Кожну дію з предметом варто озвучувати кілька разів простою зрозумілою мовою.

Краще починати з індивідуальних ігор, і тільки після того як дитина освоїть

функціональний ігровий аспект, рекомендується формувати невеличкий дитячий колектив і відпрацьовувати навички спілкування в групі.

Ігрова форма навчання підходить для ефективного формування та засвоєння соціальних норм взаємодії в суспільстві, надання уявлень про особливості різних професій, відпрацювання соціальних історій в сфері сімейних та особистісних відносин.

Далі пропонуємо розглянути завдання, які необхідно ставити під час гри з дітьми з розладами аутистичного спектра:

- навчати уважно спостерігати за діями дорослого та імітувати їх;
- викликати у дітей емоційне сприйняття гри, інтерес до рухливих ігор та інсценування, наприклад, улюблених казок;
- вчити взаємодіяти в колективі та дотримуватися правил гри.

Досить часто дорослі помилково приймають за гру стереотипні повторювані рухи дитини, її ауто стимуляції. Проте назвати стереотипії дітей з аутизмом ігровою діяльністю досить складно, оскільки в цих діях відсутній будь-який видимий сюжет.

Хоча, виділяють і позитивні сторони таких стереотипних дій. Для дитини це певна комфортна ситуація, всередині якої вона відчуває себе спокійно та безпечно. Якщо поведінка дитини вийшла з-під контролю і виник афективний спалах, за допомогою переключення дитини на стереотипну діяльність можна відволікти її та загасити самоушкоджуючу (агресивну) поведінку.

Для дитини з мізерним мотиваційним репертуаром та вкрай обмеженими інтересами, стереотипії та якісь звичні ритуали на початку терапевтичної роботи є основою побудови взаємодії та співпраці.

Щоб навчитися ефективно використовувати можливості стереотипної діяльності на заняттях, необхідно в першу чергу розібратися в її джерелах.

Отже, чому дитина з аутизмом годинами повторює ті самі дії? Дані спостережень свідчать про те, що для дитини ситуація повторення знайомих дій

комфортна сама по собі, адже їй все відомо заздалегідь. До того ж, дитина отримує видиме задоволення від такої діяльності.

На етапі налагодження співпраці всі зусилля фахівців повинні бути спрямовані на завоювання довіри дитини. І тут варто не перешкоджати їй, а спробувати бути тією людиною, хто здатен розділити з нею її світ, зрозуміти і допомогти.

Сенсорними умовно називають ігри, метою яких є задоволення сенсорних потреб дитини за допомогою органів сприйняття зовнішніх стимулів:

- зорові (наприклад, дитина бачить яскраві кольори, змішування цих кольорів або якийсь певний перехід);

- слухові (дитина розрізняє на слух різноманітні звуки);

- тактильні (все те, що дитина сприймає за рахунок дотиків). Це різні по фактурі матеріали, від м'якого ведмедика до прохолодної скляної поверхні; відмінні по розміру і формі предмети – великий м'яч і крихітні бусинки, різні кульки і кубики; обійми з іншою людиною);

- рухові (відчуття свого тіла в просторі, тобто ходьба, біг, танці, кружляння);

- нюхові (дитина вчиться розрізняти різні запахи навколишнього світу – від аромату квітів і маминих парфумів до запаху дерев'яного забору і сталеві виделки);

- смакові (розрізнення на смак продуктів харчування).

Основним завданням комунікативних ігор є включення дітей у міжособистісні відносини, розвиток їх соціальних навичок і створення умов для вільного та природного прояву індивідуальних якостей.

В залежності від функцій, які виконуються під час динаміки дитячого спілкування, комунікативні ігри поділяють на:

- 1) тактильні ігри, коли діти тримаються за руки, бігають ланцюжком;

- 2) пластичні діалоги в парах спрямовані на розвиток невербального

спілкування;

3) ритмічно-інтонаційні ігри з іменами – тренінги, які спонукають реагувати на власне ім'я, що є вкрай важливою навичкою для дітей з розладами аутистичного спектра;

4) ігри, які дають дитині можливість уявити себе у різноманітних ролях;

5) пластичні імпрровізації, які розвивають уяву та емоційно виразні рухи.

Комунікативні ігри дозволяють не тільки побачити себе зі сторони, але й відчувати власну значимість у колективі. Звучання власного імені (в іграх з іменами) з вуст оточуючих викликає позитивні емоції і налаштовує на доброзичливі відносини з іншими дітьми. Голосна чітка вимова власного імені допомагає дитині з аутизмом впоратися з боязкістю, відчувати сили та впевненість у собі.

Крім того, ігрові методи можна поєднувати з іншими корекційними підходами, такими як поведінкова терапія, сенсорна інтеграція тощо. Взаємодія цих підходів забезпечує комплексну підтримку дитини з аутизмом і допомагає їй досягти більш значущих результатів.

2.3. Інклюзія як форма навчання дітей з аутизмом: практичні рекомендації щодо організації освітнього процесу

Інклюзивна освіта – це процес навчання і виховання, при якому всі діти, в незалежності від їхніх фізичних, психічних, інтелектуальних та інших особливостей, включені в загальну систему освіти і навчаються за місцем проживання разом зі своїми однолітками без інвалідності в одних і тих же загальноосвітніх школах, які враховують їх особливі освітні потреби і надають необхідну спеціальну підтримку.

Різнорічні стратегії, які застосовуються в процесі навчання дітей з аутизмом, дозволяють побудувати процес інклюзії на основі індивідуальних

здібностей і можливостей кожної дитини, враховуючи дефіцити розвитку і характерні риси поведінки.

Включення дітей з розладами аутистичного спектра в загальну освітню систему може суттєво вплинути на їх розвиток, зокрема, підвищення рівня мовленнєвих і комунікативних навичок, налагодження соціальної взаємодії з однолітками та підвищення рівня інтелектуально-пізнавальної діяльності.

Так, в рамках нашого дослідження було з'ясовано, що більшість опитуваних 72,3% позитивно ставляться до інтеграції осіб з розладами аутистичного спектра в суспільстві, інші 25,5% відносяться до цього нейтрально і дещо засмучує той факт, що 1% опитуваних на разі не готовий сприймати людей з аутизмом як повноцінних членів суспільства (рис. 2.1).

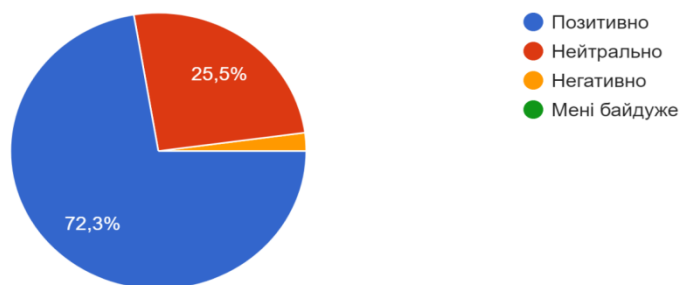


Рисунок 2.1. Співвідношення відповідей на запитання «Як Ви ставитесь до інтеграції (прийняття) осіб з розладами аутистичного спектра в суспільстві?»

Такі науковці як Л. Дем'янчук, Р. Дем'янчук, Є. Іванов, Н. Іванова, А. Колупаєва, В. Тарасун, Г. Хворова вважають інклюзію цивільним правом, відповідальним за формування соціального розвитку, але для того щоб інклюзія і навчання в середовищі однолітків з нормотиповим розвитком були успішними, багатьом дітям з розладами аутистичного спектра потрібна спеціалізована допомога.

Рівень корекційної підтримки та психолого-педагогічного супроводу

повинен варіюватися з урахуванням ступеня тяжкості діагностичних критеріїв і порушень у розвитку дитини з аутизмом, особливостей їх прояву, а також змінюватися в процесі здобуття освіти з урахуванням прогресу дитини і набуття нею необхідних навичок для навчання в натуральному середовищі.

Ключовими факторами в успішній інклюзії дітей з розладами аутистичного спектра є розуміння суті цього порушення розвитку та вибір найбільш ефективних педагогічних методів для їх навчання.

Усвідомлення і розуміння специфічних особливостей, які характеризують дітей з аутизмом, є першим і ключовим етапом в процесі інтеграції їх в середовище нормотипових однолітків. Однак ймовірність наявності тих чи інших специфічних клінічних ознак для аутизму не свідчить про те, що повний комплекс цих проблем дійсно закладений в кожній дитині з розладами аутистичного спектра. Вибір цілей і стратегій навчання вимагає використання педагогом особистісно-орієнтованого підходу, який враховує індивідуальні особливості дитини, її здібності, рівень розвитку, темп навчання, власний суб'єктний досвід. Тобто, центром освітнього процесу є особистість дитини, її самотність і самоцінність.

Процес навчання в інклюзивному середовищі передбачає, що діти з аутизмом будуть набувати важливих академічних знань і умінь нарівні зі своїми однолітками.

На думку Д. Шульженко, головною метою інклюзії для дітей з аутизмом є не отримання знань за загальноосвітньою програмою. Цей рівень доступний і при індивідуальному навчанні. Інклюзивне середовище дозволяє дитині з розладами аутистичного спектра не тільки отримати знання відповідно до навчальної загальноосвітньої програми, але й подолати складності і проблеми, які супроводжують її розвиток [76].

Метою особистісно-орієнтованого підходу до навчання дітей з особливими освітніми потребами є:

- найбільш повне виявлення індивідуальних аспектів розвитку (актуальна зона) та можливостей особистості (зона найближчого розвитку);
- розкриття неповторності дитини, а також підвищення її власної самоцінності.

Для педагогів в інклюзивному класі (групі) важливо не боротися з індивідуальними особливостями вихованців, а розвивати їх, аналізувати можливості дитини та формувати навчально-виховну роботу у напрямку особистісно-орієнтованого розвитку.

Дуже важливим етапом в індивідуальному підході до дітей з розладами аутистичного спектра є складання індивідуальної програми розвитку, навчального плану, з урахуванням особливостей та можливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей.

Врахування оцінки початкового рівня навичок дозволяє доповнити індивідуальний план навчання дитини і акцентувати педагогічну роботу на розвитку навичок розмовного мовлення, комунікації, соціальної взаємодії тощо.

Низький рівень розвитку тієї чи іншої навички або її відсутність не є показником того, що дитина не здатна до інклюзії. Оцінка рівня розвитку дитини надає можливість педагогу включити в навчальну програму заняття, спрямовані на формування відсутніх навичок і покращення слабких сторін.

Отже, особистісно-орієнтований підхід за умови інклюзивної форми навчання вимагає від освітнього закладу забезпечення наступних умов:

- 1) пристосування матеріально-технічної бази закладу освіти до учнів з особливими освітніми потребами;
- 2) дотримання індивідуалізації та диференціації навчально-виховного процесу;
- 3) забезпечення позитивно-сприятливої атмосфери в інклюзивному середовищі;
- 4) кадрове забезпечення компетентними фахівцями в галузі корекційної

педагогіки для надання психолого-педагогічних послуг.

Педагогічна технологія особистісно-орієнтованого підходу передбачає спеціальний підбір навчальних текстів, дидактичних матеріалів, методичних рекомендацій до його використання та форм контролю за прогресом дитини у процесі навчання, оцінювання її діяльності не тільки за кінцевим результатом, але і за процесом його досягнення.

Під час навчального процесу важливо також передбачати «рухову розрядку», наприклад, пальчикові ігри, динамічні паузи тощо. На заняттях необхідно обов'язково використовувати наочні та практичні методи: споглядання, аналіз та маніпуляції з предметами навколишнього середовища, 3-D моделями; зображеннями, робота з таблицями і схемами – це в свою чергу забезпечує залучення до одночасної роботи трьох сенсорних каналів (візуального, аудіального та кінестетичного).

При інклюзивній освіті дітей з аутизмом вчені рекомендують застосовувати низку різноманітних стратегій, значна частина яких спирається на методику модифікації поведінки. До них відносяться, зокрема візуальний розклад, праймінг, поведінковий момент, підказки та заохочення.

Пропонуємо більш детально зупинитися на зазначених методиках.

Візуальний розклад являє собою певну стратегію, яка часто використовується для підвищення передбачуваності, а також як альтернатива вербальним і письмовим інструкціям. Перемикання з одного виду діяльності на інший, як правило, є досить проблематичним для деяких дітей з аутизмом і може викликати протест у формі агресії, неадекватної або самошкодуючої поведінки.

В основі процедури використання візуального розкладу покладено принцип маніпуляції зовнішніми стимулами. Тобто вербальні інструкції замінюються або підкріплюються візуальними і таким чином набувають більш конкретної форми. Коли дитина з самого початку знає, які завдання вона буде виконувати і в якій послідовності, ймовірність появи небажаної поведінки значно зменшується.

Заздалегідь розроблений візуальний розклад допомагає дитині підготуватися і зосередитися на виконанні складних завдань, особливо за наявності улюблених вправ після більш складних є свого роду заохоченням і мотиваційним стимулом досягати результатів.

Процедура навчання відбувається таким чином:

- перед початком занять дитину ознайомлюють із візуальним розкладом і пояснюють, які завдання і в якій саме послідовності вона має виконати протягом визначеного часу;
- далі дитині надаються матеріали першого завдання, яке зображено на картці;
- після виконання першого завдання, вчитель або асистент вчителя допомагають дитині прибрати картку з планшета і вказують на наступне завдання і т.д.

Використання візуального розкладу під час занять дає змогу структурувати навчальну діяльність і таким чином допомогти дитині з аутизмом краще зрозуміти те, що відбувається і співпрацювати при переході від однієї діяльності до іншої.

Під праймінгом розуміють стратегію підготовки дитини до складних ситуацій, які можуть виникати під час інклюзивного навчання. Тобто праймінг – це, по суті, попереднє відпрацювання навичок, які в найближчому майбутньому знадобляться дитині в спілкуванні з однолітками або в процесі навчання. Наприклад, якщо дитина відчуває труднощі під час групового заняття, коли вихователька розповідає казку і при цьому демонструє сюжет, то цю казку можна щодня читати дитині в ході індивідуальних занять. Це дозволить дитині брати активну участь у сюжетній грі та взаємодіяти разом з усією групою.

Педагог може заздалегідь передбачити, в яких завданнях у дитини можуть виникнути певні труднощі, наприклад, з розумінням мовлення або академічними знаннями, в дотриманні соціальних правил тощо. Зазначені ситуації необхідно заздалегідь підготувати і попрацювати над ними разом з дитиною, для того щоб

вона була готова до них і швидко адаптувалася до умов навколишнього середовища.

Також за допомогою праймінга навчають дитину пошуку соціально-прийнятних рішень при виникненні проблем під час взаємодії з однолітками та моделюють різноманітні життєві ситуації, які можуть відбуватися в майбутньому.

Отже праймінг вважається досить ефективною стратегією для запобігання поведінкових проблем, пов'язаних з переходами від однієї діяльності до іншої, униканням складних завдань і повільним темпом розвитку відповідних навичок.

Послідовність вимог з високою ймовірністю виконання (поведінковий момент) – це процедура, яка дозволяє знизити небажану поведінку при уникненні завдань і вимог. Дана процедура ґрунтується на включенні не мотиваційних інструкцій в серію мотиваційних, які дитина має виконати.

Виділяють декілька етапів застосування поведінкового моменту:

- педагог пропонує дитині виконати серію інструкцій, які є приємними і дуже мотиваційними для дитини;
- як тільки дитина починає виконувати ці інструкції та співпрацювати, педагог дає їй будь-яку вимогу з низькою мотивацією;
- в разі виконання цієї вимоги, педагог заохочує дитину і повертається до її улюблених мотиваційних завдань.

Враховуючи як дитина вчиться виконувати інструкції з низькою мотивацією без протестів, кількість складних завдань поступово збільшується, а мотиваційних, навпаки, зменшується.

Поведінковий момент, як стратегія, застосовується педагогами не тільки для збільшення мотивації до виконання академічних завдань, але й для підвищення частоти прояву дитиною з розладами аутистичного спектра ініціативи до взаємодії з однолітками.

Підказки сприяють збільшенню швидкості формування навичок у дітей з аутизмом, а також є необхідним компонентом для покращення рівня їхньої

комунікації. Складнощі у сприйнятті та розумінні сигналів, що відбуваються в зовнішньому середовищі (як вербальних так і не вербальних інструкцій, особливо в плані усвідомлення соціальних правил поведінки, вловлювання мімічної реакції оточуючих тощо), можуть бути причиною того, що дитина з розладами аутистичного спектра проявляє небажану поведінку або не реагує на звернене до неї мовлення. Використання підказок допомагає дитині не тільки вчасно і адекватно відреагувати, але і в майбутньому навчитися відповідати на численні зовнішні стимули.

Найчастіше в інклюзивній формі навчання використовуються такі підказки як:

- словесні (вербальні), за допомогою яких дитині нагадують як необхідно діяти та реагувати в тій чи іншій ситуації;
- візуальні (картки, символи, текст), які надають можливість дитині зрозуміти абстрактні мовні поняття;
- моделювання (відтворення необхідної дії), що дозволяє дитині повторити цю дію за певної ситуації.

Застосування під час навчання підказок вимагає від педагога певного досвіду і вміння, основною частиною якого є механізм редукції (поступового зменшення підказок). Оскільки часте використання одного і того ж виду підказки, без зменшення її інтенсивності, може викликати у дитини залежність від підказок, і тоді вона скоріше за все привчиться реагувати тільки в тому випадку, якщо хтось з оточуючих говорить або показує як саме потрібно діяти. Для того щоб уникнути подібних ситуацій слід поступово знижувати рівень використання підказок, до повного їх прибирання.

Іншим важливим компонентом (інструментом) поведінкового підходу до навчання дітей з розладами аутистичного спектра є заохочення.

За допомогою заохочення закріплюються правильні реакції дитини і вони починають відбуватися на постійній основі в її поведінковому репертуарі.

Необхідно зауважити, що використання прямих або харчових заохочень, що спостерігається в процесі індивідуальної АВА-терапії, доволі часто є неприйнятним в інклюзії. До дитина, яку постійно заохочують іграшками, різними смаколикми або грою на планшеті, може з'явитися погане ставлення з боку однолітків. Для того щоб інклюзивне навчання дітей з аутизмом було більш ефективним, вчені рекомендують використовувати відстрочені (генералізовані) або поперемінні заохочення.

Відстрочені заохочення можуть бути у вигляді системи жетонів, коли протягом навчання в якості заохочення дитині надається жетон (значок, наклейка, гудзик, монетка), і, набираючи певну їх кількість, дитина надається можливість обрати той мотиваційний предмет або дію, що є для неї найціннішою (наприклад, на перерві подивитися мультим на планшеті протягом 10 хвилин, послухати улюблену музику, з'їсти щось смачненьке тощо). Також може використовуватися система рівнів, коли крім жетонів дитина отримує додаткові відзнаки або стимули, які вона зможе використати як доступ до більш значущих заохочень, але в більш віддаленій перспективі часу. Наприклад, якщо під час заняття дитина поводить себе соціально прийнятно, то в кінці дня вона отримує «емблему». Якщо дитина протягом тижня назбирала 5 «емблем», то на вихідних вона, наприклад, йде разом з батьками в дитячу ігрову кімнату.

На початковому етапі навчання застосування заохочень відбувається доволі часто, для того щоб підвищити мотивацію дитини і створити умови, в яких вона буде співпрацювати з оточуючими. Проте з часом, щоб не виникла залежність від заохочень, потрібно їх переводити в перемінний режим, тобто коли мотиваційні стимули надаються дитині рідше або після виконання цілого комплексу завдань. Так само як і при використанні підказок, дуже важливо, щоб процес редукції заохочень був поступовим, але відбувався на постійній основі.

Важливу роль в інклюзивній освіті дітей з розладами аутистичного спектра відіграє тьютор. Необхідно відзначити, що обов'язки тьютора не обмежуються

виключно супроводом дитини. Тьютор, по суті, є сполучною ланкою, основне завдання якої полягає у координації взаємодії між основними учасниками інклюзивного процесу.

З одного боку, важливо навчити дитину пристосуватися до соціальних правил, розпорядку дня, сенсорних подразників, які знаходяться в природному середовищі, а з іншого, навчити оточуючих (як дорослих, так і однолітків) з розумінням ставитися до особливостей дитини з аутизмом і сприймати її, як невід'ємну частину освітнього процесу.

Інклюзивне середовище є необхідним і, мабуть, єдиним середовищем, в якому можуть формуватися та розвиватися такі навички, як:

1) навичка соціального виживання. Через свою соціальну некомпетентність на наївність діти з аутизмом часто стають жертвами боулінгу, оскільки не завжди можуть розпізнати проблему, швидко і адекватно на неї відреагувати. У цьому випадку використання «соціальних історій» як окремої стратегії втручання в комбінації з праймінга, моделювання необхідних реакцій і надання зворотного зв'язку можуть бути ефективними та навчити дитину з аутизмом правильно оцінювати ситуацію і захищати свою гідність;

2) навичка включення в колектив і привернення до себе уваги однолітків. Це добре сприяє подоланню соціальної відстороненості. Для досягнення даної цілі необхідна інтенсивна робота з розвитку сильних сторін дитини з аутизмом і пошуком спільних інтересів в колективі;

3) навичка взаємодії і співпраці з однолітками. Дуже важливо навчити дитину з розладами аутистичного спектра співпрацювати з однолітками: виконувати інструкції, звертатися із запитаннями та проханнями, відповідати на питання, брати участь в ігровій діяльності тощо. Також необхідно працювати над зменшенням контролю з боку дорослих і перенесенням такого контролю на однолітків;

4) розвиток дружніх взаємовідносин та надання емоційної підтримки. У

даному випадку, коли спілкування з однолітками переростає в близькі дружні взаємини, на допомогу дитині з аутизмом можуть прийти додаткові види терапії, які виходять за межі інклюзивної освіти.

Процес інклюзивного навчання дітей з аутизмом в освітніх закладах безумовно має свої труднощі. Це підтверджується також проведеним нами дослідженням, в якому, до речі, взяли участь і освітяни, які безпосередньо працюють в цій сфері.

Результати відповідей щодо рівня організації інклюзивного навчання для дітей з аутизмом в освітніх закладах, представлені у вигляді діаграми (рис. 2.2). Де 1 – дуже низький рівень, 10 – повністю відповідає всім стандартам та задовольняє потреби дітей з особливими освітніми потребами.

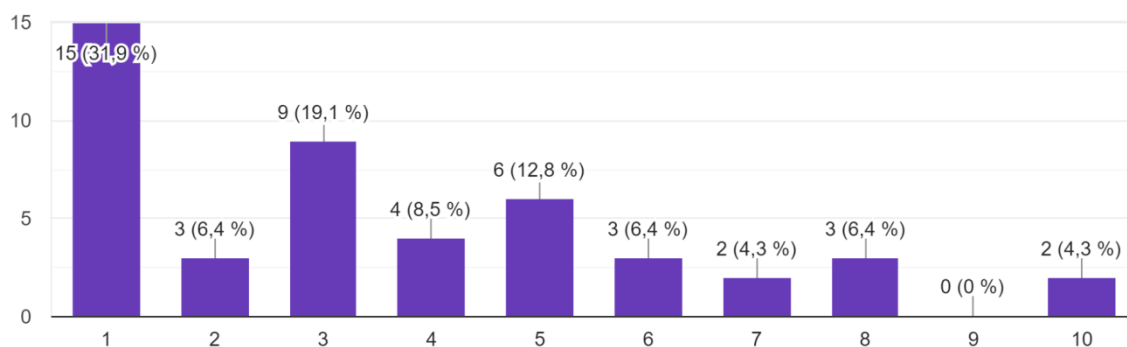


Рисунок 2.2. Співвідношення відповідей на запитання «Як Ви оцінюєте рівень організації інклюзивного навчання для дітей з аутизмом в закладах освіти?»

Як бачимо, ситуація з організацією інклюзивного навчання для осіб з особливими освітніми потребами в нашій державі дуже складна і потребує нагальних змін. Для подолання цих труднощів в першу чергу потрібна злагоджена робота всіх членів команди психолого-педагогічного супроводу, забезпечення державою належної фінансової підтримки для впровадження інклюзивної освіти в кожному закладі (тобто достатній рівень фінансових та матеріальних ресурсів),

вирішення проблем відсутності достатньої кількості кваліфікованих та компетентних фахівців тощо.

Перевага особистісного підходу в інклюзії полягає в тому, що дитина з аутизмом не залишається сам на сам зі своїми особливостями (порушеннями розвитку), а може отримати підтримку в колективі від команди психолого-педагогічного супроводу та однолітків.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування сутності аутизму як самостійного порушення розвитку та систематизовано сучасні підходи до корекції розладів аутистичного спектра, враховуючи науково-практичні аспекти застосування розглянутих методів.

Результати теоретичного та науково-практичного дослідження засвідчили досягнення мети, вирішення поставлених завдань і стали підставою для формулювання наступних висновків.

1. Аналіз стану дослідженості проблеми засвідчив, що вивчення сучасних уявлень про аутизм та його етіологію на даному етапі розвитку медицини, нейробіології, генетики, психології та спеціальної педагогіки є актуальним як у теоретичній, так і в практичній площинах. Досліджено історію становлення знань про аутизм, починаючи із введення цього поняття в клінічній медицині, коли даний розлад вважався одним із симптомів шизофренії і завершуючи розумінням аутизму як певного порушення нейророзвитку.

Визначено, що розлад аутистичного спектра є одним із клінічних варіантів порушення розвитку організму у внутрішньоутробному періоді, при якому характерною є загальна затримка розвитку дитини, ушкоджений та/або прискорений розвиток її окремих психічних та поведінкових функцій.

Не дивлячись на неоднозначність поглядів щодо етіології, вчені припускають, що розлади аутистичного спектра мають генетичну природу і зумовлені вродженими порушеннями розвитку нейронів головного мозку.

Стрімке зростання рівня захворюваності на розлади аутистичного спектра пояснюється різними чинниками, такими як підвищення обізнаності про ці порушення, зміни в діагностичних інструментах і критеріях тощо. З іншого боку це свідчить про необхідність швидкого вдосконалення ефективних способів

відстеження тенденції захворюваності на аутизм (наприклад, ведення національних реєстрів на державному рівні).

2. У міжнародній статистичній класифікації хвороб МКХ-10 аутизм досі відносять до загальних розладів розвитку. Однак, відповідно до змін діагностичних критеріїв, що були внесені в DSM-5 та МКХ-11 (остаточний перехід на яку в Україні планується завершити до 2027 року), такі розлади як дитячий аутизм (класичний аутизм або синдром Каннера), атиповий аутизм, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад дитячого віку, розлад невизначеного генезу, були об'єднані в один діагноз – розлади аутистичного спектра. Тобто нині ці всі порушення розвитку вважаються формою одного розладу, який характеризується різними рівнями (ступенями) тяжкості у двох клінічних групах критеріїв, наявність яких є обов'язковою для діагностування аутизму. До цих критеріїв, зокрема належать порушення соціальної комунікації і соціальної взаємодії, та обмежені, повторювані моделі поведінки, інтереси або діяльність. Встановлено, що аутизм є спектральним розладом, тобто у дітей ознаки порушення розвитку можуть суттєво варіюватися як за ступенем тяжкості вираження, так і за характером прояву. Це в свою чергу зумовило те, що в сучасній медицині вважається більш доречним класифікувати розлади аутистичного спектра саме за ступенем тяжкості симптомів (ступенем необхідності супроводу), а не за клінічним варіантом (формою).

Також доведено важливість удосконалення методів проведення ранньої діагностики розладів аутистичного спектра та створення відповідних біомаркерів у дітей раннього віку.

3. Встановлено, що аутизм належить до розладів із множинною коморбідністю. Зокрема, проаналізовано симптоматику ряду коморбідних захворювань, які спостерігаються при розладах аутистичного спектра, а також виявлено їх вплив на перебіг цього порушення. Дані дослідження свідчать, що ідентифікація симптомів супутніх захворювань та призначення своєчасного

лікування сприятимуть поліпшенню розвитку дітей з аутизмом і підвищенню ефективності застосування навчально-терапевтичних програм корекції.

4. Визначено основні положення та методи навчання провідних підходів до корекції розладів аутистичного спектра поведінкового, розвивального, сенсорно-перцептивного та еkleктичного напрямків втручання. В кваліфікаційній роботі розглянуто такі методики як прикладний аналіз поведінки (АВА терапія), Денверська модель раннього втручання (ESDM), вербально-поведінковий підхід (VBA), метод навчання опорним (базовим) реакціям (PRT), методика TEACCH, DIR Floortime, ерготерапія, сенсорна інтеграція, терапія повсякденного життя (DLT) та метод Міллера. Оскільки вилікувати аутизм неможливо, то метою будь-якої терапії дитини з розладами аутистичного спектра має бути досягнення максимального рівня функціонування, самостійності та покращення якості життя у всіх сферах життєдіяльності.

В ході дослідження, ми дійшли висновку, що на сьогодні найпотужніша доказова база належить поведінковим підходам, які ґрунтуються на принципах та законах прикладного аналізу поведінки. АВА терапія вважається одним із провідних науково доведених методів корекції дефіцитів розвитку, який сприяє покращенню якості життя дитини і розкриттю її власного потенціалу. Виявлено, що прикладний аналіз поведінки охоплює такі сфери як навчання соціально значущим навичкам, аналіз і корекцію проблемної (не бажаної) поведінки, а також навчання використанню різних форм комунікації (аналіз вербальної поведінки).

5. Обґрунтовано, що використання ігрових методів у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра зумовлює створення сприятливих умов для навчання та розвитку мовлення, соціальних навичок, когнітивних функцій, регуляції поведінки та емоцій. Такі методи дозволяють дитині з аутизмом відчувати необхідну підтримку, розкрити свій потенціал і досягти успіху в спілкуванні та соціальній взаємодії, а також сприяють кращому засвоєнню та генералізації (перенесенню) набутих навичок у повсякденне життя. Ефективність використання

ігрових методів залежить від багатьох факторів. Деякі діти можуть добре реагувати на ігрові підходи та демонструвати значний прогрес у розвитку мовлення та соціальних навичок, а іншим можливо знадобитися більш індивідуальний особистісний підхід у навчанні.

6. При інклюзивному навчанні дітей з аутизмом рекомендовано спиратися на особистісно-орієнтований підхід та застосовувати низку різноманітних стратегій, значна частина яких ґрунтується на методиці модифікації поведінки. До них відносяться візуальний розклад, праймінг, поведінковий момент, підказки та заохочення.

Виявлено, що в основі більшості методів навчання дітей з аутизмом покладено принципи прикладного аналізу поведінки, що включає використання методології підказок, заохочень і структуризації навчального процесу. Поступовий перехід від супроводу дорослого до взаємодії з однолітками і самостійного керування власною діяльністю дозволяє дитині з розладами аутистичного спектра набути необхідних навичок і успішно виконувати навчальну програму.

Аналіз результатів проведеного нами опитування свідчить про необхідність посилення національного потенціалу в сфері обізнаності населення про аутизм, підвищення ролі кожного у допомозі дітям, підліткам та дорослим, які страждають на розлади аутистичного спектра. Для досягнення цієї мети, на нашу думку, варто приділяти більшу увагу таким аспектам як:

- підвищення обізнаності населення, лікарів, працівників закладів освіти про аутизм;
- заохочення раннього виявлення і проведення діагностики;
- забезпечення на державному рівні безкоштовного доступу до лікування методами, які ґрунтуються на доказових даних;
- проведення навчання для батьків, вчителів, вихователів, студентів педагогічних факультетів у межах найбільш ефективних підходів до корекції цих

порушень;

- забезпечення особам, які страждають на аутизм і порушення нейророзвитку, доступу до ресурсів для відпочинку, занять спортом, закладів освіти, медичних закладів за місцем їх проживання;

- заохочення проведення високоякісних досліджень в сфері аутизму (в першу чергу це стосується генетичних досліджень, які сприятимуть виявленню взаємодії між генами і факторами навколишнього середовища);

- забезпечення сім'ям, які виховують дітей з аутизмом, необхідною соціальною підтримкою з боку суспільства.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми розуміння сутності аутизму і застосування найбільш ефективних методик корекції розладів аутистичного спектра. Подальшого наукового вивчення потребують питання, пов'язані із встановленням достеменних причин виникнення і зростання показників захворювання на аутизм, винайдення відповідних біомаркерів, які б дозволили своєчасно діагностувати цей розлад у ранньому віці, підвищення рівня компетентності фахівців та організації інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектра задля покращення якості їхнього життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афузова Г. В. Психолого-педагогічні основи розвитку мовленнєвих функцій при розладах спектра аутизму. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. 2016. Вип. 32 (2). С. 272–279.
2. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. Київ, 2014. 20 с.
3. Базовий компонент дошкільної освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 12.01.2021 № 33. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-bazovogo-komponenta-doshkilnoyi-osviti-derzhavnogo-standartu-doshkilnoyi-osviti-pova-redakciya> (дата звернення: 15.09.2023).
4. Барбера М. Л. Дитячий аутизм та вербально-поведінковий підхід (The Verbal Behavior Approach): навчання дітей з аутизмом та пов'язаними розладами. Київ: Видавничий дім «СВАРОГ», 2023. 268 с.
5. Бистрова Ю. О., Коваленко В. Є. Формування в учнів з особливими освітніми потребами ключової компетентності «Уміння вчитися впродовж життя». *Вісник Луганського національного університету ім. Т. Г. Шевченка*. 2018. № 1 (315). С. 193–200.
6. Бондар В. Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен. *Рідна школа*. № 3. С. 10–14.
7. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Жадленко І. О. Психолого-педагогічні особливості формування мовленнєвої активності у дітей з розладами аутичного спектра старшого дошкільного віку. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 4 (6). С. 429–439.
8. Бочелюк В. Й., Панов М. С. Психокорекція розладів аутичного спектра: історичний аспект. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної*

роботи. 2021. № 3 (56). С. 122–135.

9. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Турубарова А. В. Психокорекція аутизму в Україні. *Перспективи та інновації науки*. 2021. № 4 (4). С. 318–329.

10. Брюховецька О. А. Інклюзивна освіта як вид сучасної освіти. *Надання освіти особам з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору*: матеріали регіон. наук.-практ. конф. (м. Лисичанськ, 9 груд. 2015 р.). Лисичанськ, 2015. С. 26–28.

11. Вельбой Л. І. Формування компетентної особистості шляхом особистісно орієнтованого підходу до організації освітнього процесу в інклюзивних класах. URL: <https://naurok.com.ua/stattya-formuvannya-kompetentno-osobistosti-shlyahom-osobistisno--orientovanogo-pidhodu-do-organizaci-osvitnogo-procesu-v-inklyuzivnih-klasah-307736.html>. (дата звернення: 26.10.2023).

12. Гаяш О. В. Комплексний психолого-педагогічний супровід дітей з розладами спектра аутизму в умовах інклюзивно-ресурсного центру. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2019. Вип. 13. С. 37–47.

13. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ: Либідь, 1997. 375 с.

14. Демченко І. І. Пріоритети підготовки педагогів до соціалізації школярів в умовах інклюзивної освіти. *Вісник Черкаського університету*. 2011. Вип. 206. С. 37–40.

15. Дьяченко О. Дошкільний вік: психологічні підстави освітньої роботи з розвитку здібностей. *Дошкільне виховання*. 2015. № 1. С. 46-50.

16. Єсип М. З. Відеоінтерактивний тренінг на допомогу сім'ям з дітьми з розладом спектра аутизму (РСА): психологічний погляд. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Херсон, 2017. Вип. 6 (1). С. 191–196.

17. Желтова М. О., Урсуленко Ю. О. Характеристика основних критеріїв діагностування та провідні методи корекції розладів аутистичного спектра. *Молодий вчений*. 2023. № 10 (122). С. 83-88.

18. Заверико Н. М., Мацкевич Ю. Р., Авраменко У. В. Сучасні технології соціально-педагогічної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2019. № 64. С. 30–35.

19. Інноваційні технології в корекційній роботі з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посібник / за заг. ред. Л. Галенко. Харків : Друкарня Мадрид, 2018. 110 с.

20. Климус Т. М. Особливості навчання дітей з розладами спектра аутизму та порушенням сенсорної системи. *Вісник Глухівського національного педагогічного університету ім. О. Довженка*. 2018. Вип. 3. С. 184–190.

21. Коваленко В. М., Борткевич О. П. Коморбідність: визначення, можливі напрямки діагностики та лікування. *Український ревматологічний журнал*. 2019. № 77 (3). С. 33–44.

22. Козявкін В. І. Застосування комп'ютерних ігрових технологій у реабілітації дітей з аутизмом. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. № 1. С. 101–107.

23. Коломоєць Т. Розвиток мовлення дітей із аутизмом сучасними дидактичними засобами. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 8. С. 27–40.

24. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. Київ : Самміт-Книга, 2009. 132 с.

25. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Київ : Науковий світ, 2010. 195 с.

26. Кононко О. Л. Соціально-емоційний розвиток особистості (в дошкільному дитинстві) : навч. пос. для вищ. навч. закл. Київ : Освіта, 1998. 255 с.

27. Конопляста С., Косинкіна Ю. До проблеми мовленнєвої активності дітей дошкільного віку з аутистичними проявами. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2013. Вип. 24. С. 134–137.

28. Коргун Л. М. Використання методів альтернативної комунікації для розвитку навичок спілкування в дітей з аутизмом. *Інноваційна педагогіка*. 2020. Вип. 28. С. 107–112.

29. Корекційно-розвивальні методики для роботи з дітьми з аутизмом (методичні рекомендації) / Управління освіти і науки Чернігівської ОДА, Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти ім. К. Д. Ушинського; уклад. Д. М. Литвяк, Л. О. Зленко. Чернігів, 2020. 78 с.

30. Корекційно-розвивальні технології навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку: навчально-методичний посібник. / за наук. ред. : О. В. Чеботарьової, О. І. Мякушко. Київ : ІСПП ім. М. Ярмаченка НАПН України, 2020. 558 с.

31. Косенко Ю. М. Сутність дидактичної гри як методу навчання : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Інст. спец. педагогіки НАПН України. Київ, 2013. 20 с.

32. Логвінова І. П. Особливості налагодження невербальної взаємодії з аутичною дитиною методом піскової психотерапії. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2009. № 13. С. 181–186.

33. Люта Ю. А. Розвиток комунікативних навичок у дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра засобами ігрової діяльності. *Компетентнісний вимір сучасної освіти: теорія і практика* : зб. тез V регіон. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 19 трав. 2017 р.). Запоріжжя, 2017. С. 160–163.

34. Мартинова Л. Зростання поширеності розладів аутистичного спектра *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2023. № 3 (139). С. 5–6.

35. Марценковський І. А., Дубовик К. В. Високофункціональні розлади аутистичного спектра: клінічний поліморфізм, комор бідність, особливості лікування. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2016. № 9 (83). С. 25–29.

36. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Розлади аутистичного

спектра: чинники ризику, особливості діагностики та терапії. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 1 (102). С. 24–30.

37. Марценковський І. А., Марценковська І. І., Макаренко А. В. Розлади аутистичного спектра та епілепсії у дітей: особливості клінічного перебігу та терапії. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 8 (100). С. 30–33.

38. Матусова М. О., Марценковський І. А. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту в дітей із розладами аутистичного спектра. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 7 (108). С. 42-44.

39. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навч. посіб. Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 110 с.

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

41. Островська К. О., Качмарик Х. В. Сенсорна інтеграція дітей з аутизмом в умовах дошкільної установи. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. 2018. Вип. 35. С. 132 – 136.

42. Островська К. О., Рибак Ю. В., Мельник У. Р. Соціальний супровід дітей з аутизмом під час навчання. Львів : Тріада плюс, 2009. 186 с.

43. Островська К. О., Химко М. Б. Гіперактивність із дефіцитом уваги у дітей з аутизмом: прояви та способи допомоги. Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 40 с.

44. Островська К. О., Химко М. Б. Проблеми психологічної діагностики аутичних дітей. Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 38 с.

45. Островська К., Химко М., Кудрявцева Ю. Особливості реабілітації дітей з аутизмом та їх родин. Львів : Тріада плюс, 2007. 160 с.

46. Перші 100 днів для родин, діти яких отримали діагноз аутизм : навч. посіб. / за рец. Марценковський І. О., Скрипник Т. В. Київ : ДУ «Науководослідний інститут психіатрії МОЗ України», 2019. 100 с.

47. Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів. Київ : Академвидав, 2006. 456 с.

48. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах: постанова Кабінету Міністрів України від 15.08.2011 р. № 872. Дата оновлення: 01.01.2022. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/872-2011-%D0%BF> (дата звернення: 10.09.2023).

49. Прокопчук Н. Використання психодіагностичних методик CASD та PEP-3 у процесі виявлення й обстеження дітей з аутизмом. *Нова педагогічна думка*. 2022. № 3. С. 58–62.

50. Психологія та педагогіка : підручник / за аг. ред. .: С. Д. Максименко, М. Б. Євтух, Я. В. Цехмістер, О. О. Лазуренко. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2012. 584 с.

51. Риндер І. Д. Імітація як ключовий аспект порушень та корекції аутизму. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2014. Вип. 6. С. 137–142.

52. Риндер І. Д. Теоретико-емпіричне обґрунтування ефективності раннього втручання при розладах аутичного спектра. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2015. Вип. 8. С. 121–125.

53. Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії. URL: <https://mozok.ua/epilepsiya/article/3239-rozlad-autistichnogo-spektra-faktori-riziku-osoblivost-dagnostiki-j-terap>. (дата звернення: 05.06.2023).

54. Руденко Н. Розвиток мовленнєвої активності в дітей з раннім дитячим аутизмом. *Інноватика у вихованні*. 2019. Вип. 10. С. 234–239.

55. Свідерська М. М. Методика дослідження сприймання зверненого мовлення молодшими школярами з аутизмом. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2018. Вип. 35. С. 71–75.

56. Скрипник Т. В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям) : наук.-метод. посіб. Київ : Імекс-ЛТД, 2013. 54 с.

57. Скрипник Т. В. Роль візуальної підтримки в комунікативно-мовленнєвому розвитку дітей з аутизмом. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. 2017. № 1. С. 70–75.

58. Скрипник Т. В. Сенсорная интеграция как основа целостного развития детей с аутизмом. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2017. № 80 (4). С. 24–31.

59. Скрипник Т. В. Система занять корекційно-розвивального напрямку для дітей з аутизмом в початковій школі. *Початкова школа*. 2015. № 6. С. 35–37.

60. Скрипник Т. В. Стандартные требования к предоставлению квалифицированной помощи детям с расстройствами аутистического спектра. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць*. 2016. Вип. 7. С. 355–363.

61. Скрипник Т. Технологія роботи над індивідуальною програмою розвитку для дитини з аутизмом. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2014. № 1. С. 12–17.

62. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.

63. Скрипник Т. В. Як підготувати дітей з аутизмом до інклюзивної освіти. *Дошкільне виховання*. 2018. № 10. С. 6–9.

64. Тарасова Т. Г. Ранні прогностичні фактори розвитку мовлення дітей з розладами аутистичного спектра. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2018. Вип. 36. С. 116–126.

65. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навч. посіб. для вищих навч. закладів. Київ : Либідь, 2004. 104 с.

66. Ткач О. М. Особливості формування комунікативної навички у дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2018. Вип. 11. С. 282–290.

67. Ткач Х. Я. Обстеження мовленнєвого розвитку дітей з аутизмом і

тяжкими порушеннями мовлення на основі поведінкового підходу : практ. посіб. Тернопіль : Мандрівець, 2023. 136 с.

68. Товкес Ю. В. Формування і розвиток мовлення у дітей з аутизмом. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. 2018. Вип. 35. С. 162–167.

69. Уманець Г. М., Кобзар О. В., Кулеш В. О. Інклюзивна освіта: Особливій дитині – особлива увага. Донецьк : Витоки, 2010. 135 с.

70. Урсуленко Ю. О. Прикладний аналіз поведінки як один із провідних методів корекції розладів аутистичного спектра. *Тренди та перспективи розвитку мультидисциплінарних досліджень* : зб. за матеріалами V Міжнар. студ. наук. конф. (м. Луцьк, 1 груд. 2023 р.). Луцьк, 2023. С. 439-441.

71. Хаустов А. В. Практичні рекомендації щодо формування навичок соціальної гри у дітей з розладами аутистичного спектра. *Практика управління ДООУ*. 2013. № 1. С. 41–47.

72. Шеремет М. К., Базима Н. В. Корекційно-розвивальна робота з розвитку комунікативної функції мовлення у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2015. Вип.5 (2). С. 369–378.

73. Шрамм Р. Дитячий аутизм і АВА терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 140 с.

74. Шульженко Д. І. Аутизм – не вирок. Львів : Кальварія, 2010. 122 с.

75. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. 385 с.

76. 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.

77. Talbott M., Young G., Munson J. The developmental sequence and relations between gesture and spoken language in toddlers with autism spectrum disorder. *Child*

development. 2019. № 51. P. 120–136.