

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

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.2318-сп-2з
спеціальності: 231 «Соціальна робота»
освітньої програми «Соціальна педагогіка»
А.В. Петрушевська

Керівник: доцент кафедри акторської майстерності
та дизайну, к. пед. н. _____ Л.О. Гринь

Рецензент: _____

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 72 с., 2 таблиці, 63 джерела, 2 додатки.

Об'єкт дослідження – дитячий аутизм як соціально-педагогічна проблема.

Предмет дослідження – організація соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом.

Мета дослідження – визначити особливості соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом.

Методи дослідження :

- теоретичні: аналіз педагогічної, психологічної, медичної літератури з вивчаємої проблеми;

- емпіричні: спостереження, опитування, бесіда.

Наукова значення роботи полягає в тому, що визначено особливості соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом, створено програму діяльності соціального педагога із соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що матеріали роботи можуть бути використані в діяльності соціальних педагогів, дитячих психологів, дефектологів.

АУТИЗМ, АУТИСТИЧНИЙ РОЗЛАД, АУТИСТИЧНИЙ СИНДРОМ, АУТИСТИЧНЕ МИСЛЕННЯ, АУТИСТИЧНА ПОВЕДІНКА, АУТИЧНА ДИТИНА, ІНТЕГРАЦІЯ АУТИЧНОЇ ДИТИНИ У СОЦІУМ, ІНТЕГРОВАНЕ НАВЧАННЯ, МОДЕЛЬ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО ВПЛИВУ, СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| Вступ..... | 6 |
| Розділ 1. Дитячий аутизм як соціально-педагогічна проблема..... | 9 |
| 1.1. Історичний екскурс у вченні про аутизм..... | 9 |
| 1.2. Особливості розвитку дитини молодшого шкільного віку з аутизмом... | 13 |
| 1.3. Проблеми інтеграції дитини з аутизмом у соціумі..... | 28 |
| Розділ 2. Зміст соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом..... | 41 |
| 2.1. Соціально-педагогічний супровід як засіб адаптації та інтеграції дітей з аутизмом у соціумі..... | 41 |
| 2.2. Програма соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з аутизмом..... | 56 |
| 2.3. Рекомендації з організації та проведення соціально-педагогічного супроводу дитини з аутизмом..... | 60 |
| Висновки..... | 68 |
| Список використаних джерел..... | 73 |
| Додатки..... | 78 |

ВСТУП

Зараз в Україні проживає багато людей, які мають ті чи інші відхилення у функціонуванні організму. Більшість із них, внаслідок фізичних і соціальних бар'єрів, позбавлена можливості реалізовувати свої здібності та потреби нарівні з іншими громадянами. Значна частина таких людей, у тому числі й діти, не отримує спеціально організованої корекційної допомоги, що затримує повну реалізацію їх адаптивних та компенсаторних можливостей

Дитячий аутизм – особлива аномалія психічного розвитку, якій характерні стійкі і своєрідні порушення комунікативної поведінки, емоційного контакту дитини з навколишнім світом і вміння правильно реагувати на зовнішні ситуації. Основна ознака аутизму, неконтактність дитини, виявляється зазвичай рано, вже на першому році життя, але особливо чітко у віці 2-3 років в період першої вікової кризи.

З клінічного погляду ранній дитячий аутизм є одним з найбільш важких порушень розвитку.

На сьогодні на вирішення проблеми навчання і інтеграції у соціум аутичних дітей спрямовані зусилля зарубіжних і вітчизняних спеціалістів, які використовують широкий комплекс методів – медичних, соціально-педагогічних, нейропсихологічних і психологічних. Однак ці зусилля часто залишаються недостатньо ефективними, що зумовлено, на наш погляд, відсутністю єдиної теоретичної позиції спеціалістів, різноманітністю підходів, теоретичних установок, що використовуються, а також недостатньо критичним запозиченням вітчизняними спеціалістами технологій і методів соціально-педагогічної корекції, розроблених за кордоном.

Проблема інтеграції дітей з аутизмом, розвиток соціально-активної та адаптованої особистості викликає інтерес і увагу вчених різних країн.

Система допомоги особам з аутизмом в Україні лише почала формуватися, чим започатковується виконання державою обов'язків по

реалізації конституційного права своїх аутичних громадян на адекватну їхнім можливостям освіту. Оскільки, як свідчить аналіз спеціальної літератури, методи для лікування аутизму розроблені недостатньо, тому на сьогодні цим дітям можливо надавати лише реабілітаційну і корекційну допомогу.

У вітчизняній науці проблеми виховання й розвитку дитини з особливостями психофізичного розвитку розглядалися в працях А. Дьякова, О. Смирнової, К. Лебединської, І. Мамайчук, Л. Шипіциної.

На жаль, в нашому суспільстві існують певні стереотипи щодо осіб з аутичною поведінкою. Питання організації соціально-педагогічного супроводу сімей, що виховують аутичну дитину недостатньо розроблені в вітчизняній соціальній педагогіці.

Актуальність вивчення особливостей навчання й виховання дітей з аутизмом і обумовила вибір теми дослідження «Соціально-педагогічний супровід дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом».

Об'єкт дослідження – дитячий аутизм як соціально-педагогічна проблема.

Предмет дослідження – організація соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом.

Мета дослідження – визначити особливості соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом.

Завдання дослідження:

- 1) провести аналіз наукової літератури з дитячого аутизму як соціально-педагогічної проблеми;
- 2) вивчити особливості інтеграції дитини з аутизмом у соціумі;
- 3) розкрити зміст соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом;
- 4) створити програму діяльності соціального педагога із соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що соціально-педагогічний супровід дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом слід проводити в напрямку корекції та розвитку соціальної поведінки дітей на основі

комплексної допомоги у вирішенні соціальних проблем.

Методи дослідження :

- теоретичні: аналіз педагогічної, психологічної, медичної літератури з вивчаємої проблеми;
- емпіричні: спостереження, опитування, бесіда.

Наукова значення роботи полягає в тому, що визначено особливості соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом, створено програму діяльності соціального педагога із соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом.

Теоретичну основу дослідження склали праці відомих педагогів і психологів з організації вивчення й корекції аутизму в дитячому віці: В. Башина, К. Лебединської, І. Мамайчук, О. Нікольської, М. Монтесорі, Г. Пітерса.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що матеріали роботи можуть бути використані в діяльності соціальних педагогів, дитячих психологів, дефектологів.

РОЗДІЛ 1

ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Історичний екскурс у вченні про аутизм

У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розуміють як порушення, яке починає виявлятися в ранньому дитинстві й продовжується, здебільшого, все життя [2]. Люди, які мають аутизм, неадекватно реагують на оточуючих, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій [6].

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів [5].

I етап. Донозологічний період (кінець XIX – початок XX ст.), який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі. Вважається, що першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на малих дітей з важкими психічними порушеннями з вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей, який розглядав такі розлади як «психози».

II етап. Так званий доканнерівський період у розвитку проблеми аутизму охоплює 20 – 40-ті роки XX сторіччя, коли постало питання про можливість виявлення у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін «аутизм» (грец. «autos» – сам). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е. Бльойлер. Аутизмом він назвав відрив від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій при шизофренії. Згодом він визнав можливість наявності аутизму в клінічній картині таких хвороб, як маніакально-депресивний психоз (МДП), а також шизоїдна психопатія, при істеричних і афективних розладах. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення.

У працях Е. Бльойлера (а потім і Л. Каннера) йшлося про замкнених

дітей, хоча більш пізніші дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму, засвідчили, що назва не цілком адекватно відображає зміст проблеми, оскільки багатьох аутистичних дітей можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнених. У більшості аутистичних дітей є прагнення до спілкування та здатність до формування стійкої емоційної прив'язаності до людей, однак, способи взаємодії аутистичних дітей з іншими людьми є дивними або відповідають способам, характерним для дітей більш молодшого віку.

Багато клініцистів внесли свої доповнення в поняття аутизму. На думку Е. Мінковські, аутизм є наслідком порушення «вітального» інстинкту; Дж. Глатзель проаналізував аутизм в аспекті інформаційного порушення між особистістю і середовищем. Власне трактування аутизму запропонував С. Салліван, який відніс його до наслідків регресу на ранньому рівні психічного онтогенезу. На взаємозв'язок особистісної дезадаптації та аутизму звертав увагу І. Вікторов, а на зв'язок між порушенням свідомості «Я» і аутизмом – С. Семенов.

Найбільший інтерес викликає той факт, що такі нетотожні поняття, як «аутизм», «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка» нерідко вживаються як синоніми, що зумовлює серйозні кваліфікаційні та діагностичні труднощі.

У дитячій психіатрії поняття аутизму як синдрому почали використовувати з часу виділення ранньої дитячої шизофренії (Г. Сухарьова, М. Гуревич, Н. Озерецький, Л. Бендер, Дж. Лутц) і шизоїдії (Т. Симеон, А. Хомбургер та ін.). Т. Симеон вперше простеживши за формуванням шизоїдної психопатії у дітей трьох-п'яти років, дійшла висновку, що їм властиві аутизм і мала прив'язаність до об'єктів реального світу. На цьому етапі перед клініцистами стояла проблема доказу можливості формування аутизму в незрілої особистості дитини. В. Осіпов визначав аутизм як «відокремлення хворих від зовнішнього світу», а В. Гіляровський писав про аутизм як про «своєрідний розлад свідомості свого «Я» та всієї особистості з

порушенням нормальних настановлень до довкілля» [5]. Погляд на дитячий аутизм як на варіант шизофренії у дітей був панівним для радянської психіатрії до кінця 70-х років.

III етап у розвитку проблеми аутизму прийнято називати каннерівським (40-80-ті роки XX ст.). Цей період характеризується виходом у світ кардинальних праць з дитячого аутизму, серед яких перша належала Л. Каннеру. У ній автор описує особливі стани у дітей, що починаються з перших років життя й зумовлені крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму, незважаючи на те, що у витоках цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, шизоїдії, проведені в Європі, США (Е. Бльойлер, Е. Крепелін, Е. Кречмер).

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

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

Більшість ознак аутизму як синдрому, описаних Каннером, визнаються суттєвими і тепер.

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

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

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

IV етап. У 50-90-х роках ХХ ст. (так звані каннерівський і постканнерівський етапи) аутистичні розлади у дітей вивчали різними шляхами. Зокрема, уточнювали клініко-психопатологічні особливості раннього дитячого аутизму. В результаті досліджень багатьох авторів (В. Башина, Г. Пивоварова, В. Башина, Е. Ентоні, Б. Рімланд, Дж. Лутц, Л. Вінг, М. Рутгер) у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву (до трьох – п'яти років) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності (В. Башина, Л. Ейзенберг, Л. Каннер та ін.).

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

В 60-х роках психоаналітики висунули ідею, що аутизм – це затримка розвитку дитини на ранній стадії, коли зв'язки між нею і світом ще не сформовані (М. Mahler). В 1971 році у підтвердження цієї ідеї Shopler&Reicher запропонували психоаналітичний підхід до корекції аутизму, який акцентує увагу на відносинах між аутистичними дітьми та їхніми батьками. [14].

Великі досягнення в області вивчення диференційованих форм розумової

відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, фенілпіровиноградній олігофренії, X-ламкій хромосомі, синдромі Дауна й інших розладах (Г. Маринчева, В. Гаврилов та ін.).

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

На сьогоднішній день більшість дослідників визначає порушення діяльності ЦНС внаслідок органічних шкідливостей раннього онтогенезу як одну з ймовірних причин аутизму. Факти, що підтверджують цю гіпотезу: гіпо- або гіперсензитивність щодо стимулів різних аналізаторів; прояви моторної розгальмованості; швидка виснажливість та труднощі у формуванні довільної уваги; ехолалії та затримка психомовного розвитку; розумова відсталість, яка часто є супутнім розладом при аутизмі; тощо [14].

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

1.2. Особливості розвитку дитини молодшого шкільного віку з аутизмом

Термін «аутизм» (від грецького *autos*) ввів швейцарський психіатр Л. Каннер у 1943 р. лікар вперше дав цілісний опис синдрому, який він визначив як ранній дитячий аутизм (РДА). Однак дослідження в цій області були проведені зовсім недавно.

Аутизм – «відхід» від дійсності з фіксацією на внутрішньому світі

афектних комплексів і переживань. Як психопатологічний феномен відрізняється від інтроверсії як особистісного вимірювання або розглядається як хворобливий варіант інтроверсії [16].

З часів опису РДА Каннером і незабаром Аспергером виділяють дві його форми: синдром дитячого аутизму Каннера і аутична психопатія Аспергера. Варіант Аспергера зазвичай легший, при ньому не страждає «ядро особи». Цей варіант багато авторів відносять до аутичної психопатії. У літературі представлені описи різних клінічних проявів при цих двох варіантах аномального психічного розвитку. Наприклад, РДА Каннера зазвичай рано виявляється - в перші місяці життя, або впродовж першого року. При синдромі Аспергера особливості розвитку і дивакуватість поведінки, як правило, починають виявлятися на 2-3 році і чіткіше – до молодшого шкільного віку [6].

При синдромі Каннера дитина починає ходити раніше, ніж говорити, при синдромі Аспергера мова з'являється раніше ходьби. Синдром Каннера зустрічається як у хлопчиків, так і у дівчаток, а синдром Аспергера вважається за «крайне вираження чоловічого характеру». При синдромі Каннера має місце пізнавальний дефект і важчий соціальний прогноз, мова, як правило, не має комунікативної функції.

При синдромі Аспергера інтелект більш збережений, соціальний прогноз значно кращий і дитина зазвичай використовує мову як засіб спілкування. Зоровий контакт також кращий при синдромі Аспергера, хоча дитина уникає чужого погляду; спільні і спеціальні здібності також краще при цьому синдромі [16].

Карл Делагато, керівник американської клініки аутизму, у своїх доповідях повідомляє про те, що аутизм виникає в наслідок помірному, але дифузному ураження центральної нервової системи. При аутизмі мають місце ураження різних структур мозку – звідси і різні синдроми. Виділяють декілька синдромів, різні співвідношення яких забезпечують клінічні картини у кожної дитини [16].

Сьогодні, як зазначав М. Ліблінг, є можливість ставити синдромальний

діагноз з виділенням п'яти основних синдромів аутизму.

- аудиторний або стовбурний синдром;
- мозочковий синдром;
- лімбічний синдром або синдром підвищення на емоційному ландшафті;
- синдром дзеркальних нейронів;
- вторинний або корковий синдром [30].

Проаналізуємо аудиторний або стовбурний синдром. Так при обстеженні дітей з аутизмом за допомогою методик викликаних слухових потенціалів найбільш чітко виявляються патологічні відхилення. Значно підвищується час проведення слухових імпульсів по стовбуру мозку, особливо перед таламічним рівнем. Ступінь збільшення часу проведення слухових сигналів відповідає важкості прояву аудиторного синдрому та порушенню мовленнєвої функції у дитини [30].

Діти з аутизмом часто мають труднощі опрацювання аудиторної інформації. Деякі діти можуть бути перестимульовані слуховою інформацією, оскільки вони нездатні розрізняти між звуками, або вони нездатні фільтрувати звуки оточуючого середовища. Інші діти з аутизмом гіперчутливі до певної частоти звуку, в той час як інші можуть бути чутливі до голосного шуму. Більшість дітей з аутизмом демонструють симптоми порушення центрального слуху, порушення слуху локалізованого в мозку (де вхідні звуки мови перепрацьовуються і розуміються), а не у вусі. Внутрішні симптоми центрального порушення слуху – складність розрізнення близьких і далеких шумів, викривлення вхідного мовлення, затримка або «затримка у часі» мовлення [30].

I. Карвасарська визначала, що зовнішні симптоми центрального порушення слуху: прохання повторити раніше сказане («що?»), ехолалія, труднощі артикуляції, використання неповних речень замість повних речень, очевидне ігнорування людей, затримані відповіді на мовлення. Деякі діти з аутизмом чують слова, які промовляються, я звуки, що не мають змісту, тобто

мають порушення фонематичного слуху. Коли таких дітей обстежують отоларингологи, то їх можуть визначити, як таких, що добре чують різні частоти кожним вухом. Центральні порушення слуху отоларингологи не діагностують і не лікують, бо то є неврологічна проблема. З такими дітьми соціальний педагог може працювати тільки в умовах родини [22].

Стовбурні порушення сполучаються з патологією шийного відділу спинного мозку, який контролює розвиток шиї, рук, м'язів плечового поясу. У дітей з патологією шийного відділу спинного мозку ці м'язи слабкі, спостерігається перевага лівої руки, сутулість. У ранньому періоді розвитку у цих дітей часто знаходять кривошию, низький м'язів тонус, вони погано приймають материнську грудь, погано сплять.

Мозочковий синдром. В останні роки лікарі надають велике значення ураженню мозочкової функції під час пологів. Мозочковий синдром у аутичних дітей проявляється у порушенні координації рухів, поганому розвитку дрібної моторики. За останні роки вченими було визначено, що мозочок координує і автоматизує не тільки рухи, а мову і мислення також (уявлений рух). При пологах у дітей часто страждає мозочок (6,4%), що в результаті призводить до синдрому координаційних порушень, або синдрому «незграбної дитини» [30]. Ці діти пізніше і повільніше розвиваються у своїх рухових навичках, мають низький м'язовий тонус. Діти з тяжким мозочковим синдромом мають схильність до стереотипних повторюючихся рухів – плескання руками, обертання на одному місці, розгойдування у ліжечку з боку в бік і таке інше. Відомо, що до школи таких дітей не беруть.

О. Мастюкова характеризувала лімбічний синдром. Лімбічна система відповідає за емоційну сферу, за адекватне емоційне реагування на різноманітні подразники та стимули оточуючого середовища [33].

Аутичні діти демонструють вкрай недостатню функцію лімбічної системи: часто і бурхливо реагують на незначні стимули, маленькі подразники, при цьому ігноруючи важливі події у емоційному житті. Реакція на слухові, зорові, тактильні та інші чуттєві подразники абсолютно неадекватна.

Синдром дзеркальних нейронів. Близько десяти років тому італійські вчені: Джакомо Різзолатті, Лучано Фадиґа, Леонардо Фогассі, Вітторіо Галлезе, почали вивчати нову систему нервових клітин мозку – систему дзеркальних нейронів. «Дзеркальні нейрони – це система, яка резонує, коли ви бачите, як хтось робить те, що, так чи інакше, умієте ви. На цьому побудовані всі процеси імітації, копіювання і, як наслідки, навчання. Ви дивитесь, як хтось виконує певну дію, і намагаєтеся повторювати його», – визначав італійський нейробіолог Джакомо Різзолатті [35, 42]. Ці нервові клітини розташовуються в різних структурах нервової системи і відповідають за функцію наслідування. Умовно здорова дитина починає говорити, наслідуючи дорослого, виконує складні рухові навички без детального обмірковування, використовуючи тільки наслідування. Крім того, дзеркальні клітини забезпечують співпереживання, розуміння настрою інших людей, їх намірів.

Таким чином, типовим для аутизму є синдром дзеркальних нейронів. Наявність цього синдрому відрізняє аутизм від інших порушень мовлення у дітей – алалії, синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги та ін.

Вторинний або корковий синдром. У дитини при народженні функціонують тільки стовбур мозку та частина мозочка. З розвитком дитина дякуючи сенсомоторній діяльності (сприйняттю сенсорної інформації та руховим реакціям на неї) відбувається стимуляція інших, більш високих структур мозку, таких як лімбічна система, підкоркова, чуттєві та рухові центри і кора головного мозку. Розвиток вищих структур при наявності негараздів на рівні нижчих буде йти з порушеннями [33].

Таким чином, у дітей з аутизмом відбувається патологічний розвиток вищих структур головного мозку, тому можемо говорити про недостатність функцій коркових областей.

Т. Грендін, М. Скаріано визначали, що поведінці дітей з дитячим аутизмом характерна байдужість або захисна реакція стосовно «нормальних» пропозицій контакту, спілкування; напружено-боязлива прихильність до певних щоденних устроїв і процедур; однобічність, самостимульовані

практичні підходи; недостатній розвиток засобів вираження, комунікації (мови, міміки) і неготовністю до практичних вимог життя [13].

М. Веденіна, О. Окуньова визначали, що все вищезазначене є концентрованим вираженням стану соціально-афектної та пізнавальної (логічною) незрілості. Представники нейрофізіологічної концепції кваліфікують її насамперед як прояв центральних порушень процесів обробки подразників нервової системи [9].

Отже, на сьогодні більшість авторів вважає, що аутичний тип розладів є наслідком особливої патології, в основі якої лежить недостатність центральної нервової системи. Було висунуто низку гіпотез про характер цієї недостатності, її можливу локалізацію, проводяться інтенсивні дослідження по їх перевірці, але однозначних відповідей поки нема. Відомо тільки, що у аутичних дітей ознаки мозкової дисфункції спостерігається частіше звичайного; у них нерідко виявляються порушення біохімічного обміну. Недостатність може бути викликана широким колом причин: генетичною обумовленістю, хромосомними аномаліями, вродженими порушеннями обміну речовин, патологією вагітності і пологів, наслідками нейроінфекцій, раннім шизофренічним процесом.

Е. Блейлер в своїх працях відзначав, що аутизм можна виявити у віці до трьох років. Ранні симптоми аутизму: порушення тілесного та зорового контакту, затримка мовленнєвого розвитку, немає реакції на ім'я, враження, що у дитини порушення слуху, прив'язаність до одного предмету, вибірковість у їжі, страх гучних звуків. Але для визначення діагнозу необхідно проведення диференційної діагностики. Така діагностика вимагає компетентної команди спеціалістів у складі дитячого психіатра, логопеда, психолога, соціального педагога. Встановлення діагнозу це лише початок тривалої роботи [6].

Основними сучасними методами допомоги дітям з аутизмом, на думку О. Башиної, є психологічні та педагогічні заходи, спрямовані на розвиток комунікативних, когнітивних та соціальних навичок, корекцію поведінки та сенсорних проблем. Медикаменти можуть мати допоміжну роль і є необхідними у випадках виражених поведінкових проблем. Надзвичайно

важливим є вибір соціального та навчального середовища для дитини з аутизмом і в дошкільному, і шкільному віці [4].

Діти з аутизмом рідко використовують повноцінну мову в спілкуванні. У молодшому шкільному віці вони зазвичай погано говорять за межами звичного для них оточення, у них нерідко спостерігаються стійкі аграматизми, вони майже ніколи не використовують особовий займенник «я» і ствердне слово «та».

У деяких випадках аутизм, як вважали О. Баєнська, О. Нікольська, може поєднуватися з різними мовними порушеннями, у тому числі з алалією. Ці форми особливо несприятливі стосовно розвитку мови, оскільки два цих дефекти взаємно підсилюють один одного. Нерідко різні мовні порушення, у тому числі і алалія, можуть ускладнюватися окремими проявами аутичної поведінки [41].

Відомо, що незважаючи на подібність порушень у психічній сфері, аутичні діти молодшого шкільного віку значно вирізняються за глибиною дезадаптації та прогнозом можливого розвитку. З одного боку, мутизм, з іншого – не за віком розвинене мовлення, ранимість, страхи і відсутність почуття реальної небезпеки, важка розумова недостатність і високоінтелектуальні інтереси, байдужість до близьких і напружений симбіотичний зв'язок з матір'ю, периферійний зір дитини та її дуже відкритий, наївний погляд – усе це співіснує у складній, повній парадоксів картині дитячого аутизму.

В межах сучасних клінічних класифікацій дитячий аутизм включено у групу первазивних, тобто наскрізних, розладів, які виявляються у порушенні розвитку практично усіх сторін психіки: когнітивної і афективної сфер, сенсорики і моторики, уваги, пам'яті, мовлення, мислення.

К. Лебединська вважає, що інколи аутизм можна сплутати з деякими іншими проблемами, які зустрічаються у дітей молодшого шкільного віку [29, 36].

По-перше, майже у кожній аутичній дитини змалку підозрюють глухоту

чи сліпоту. Ці підозри викликані тим, що вона, зазвичай, не відгукується на своє ім'я, не виконує вказівки дорослих. Але такі підозри швидко розсіюються, оскільки помітним стає вибіркова реакція дитини на певні звукові і зорові враження (шурхіт паперу, музика, світло лампи, тіні, візерунки на шпалерах).

По-друге, часто виникає потреба розмежувати дитячий аутизм і розумову відсталість. Відомо, що дитячий аутизм може бути зв'язаний з різним, зокрема дуже низьким станом розумового розвитку. Вважається, що дві третини дітей з аутизмом мають той чи інший ступінь розумової відсталості (а половина з цих двох третин є глибоко розумово відсталими). Необхідно, проте, розуміти, що порушення інтелектуального розвитку при дитячому аутизмі має якісну специфіку: при кількісно рівному коефіцієнті розумового розвитку дитина з аутизмом на відміну від дитини олігофрена може виявляти значно більшу кмітливість в окремих галузях знань при гіршій адаптації до життя, в цілому. Показники аутиста щодо окремих тестів будуть дуже вирізнятися один від одного: чим нижчий коефіцієнт розумового розвитку, тим чіткіше буде відмінність між результатами в вербальних і невербальних завданнях на користь останніх.

По-третє, у деяких випадках необхідно вирізняти мовленнєві труднощі при дитячому аутизмі від інших порушень мовленнєвого розвитку. Часто перші тривоги виникають у батьків дітей з аутичним типом розвитку саме через незвичність їхнього мовлення. Дивна інтонація, штампи, підміна займенників, ехолалії - усе це виявляється так яскраво, що проблеми диференціації з іншими мовленнєвими розладами, зазвичай, немає [28].

Однак у деяких найважчих і найлегших випадках дитячого аутизму труднощі все ж таки можливі. У найважчому разі – разі аутичної дитини, яка не користується мовленням і не реагує на мовлення інших, може стати питання щодо моторної (неможливість говорити) і сенсорної (нерозуміння мовлення) алаалії. Аутична дитина вирізняється від тієї, яка страждає моторною алаалією тим, що може мимовільно промовляти як слова, так і складні фрази. Важче вирішити питання сенсорної алаалії.

Глибоко аутична дитина, як зазначено К. Лебединською, не зосереджується на зверненому до неї мовленні: воно не є інструментом організації поведінки такої дитини. Чи розуміє вона те, що кажуть, сказати важко. Найголовнішою ознакою ідентифікації глибоко аутичної дитини є наступне глобальне порушення комунікації: на відміну від дитини із суто мовленнєвими труднощами, вона не намагається висловити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами [26].

Один з авторитетних дослідників аутичного спектру розладів В. Каган характеризує аутизм саме через недостатність спілкування, що є наслідком первинних структурних порушень чи нерівномірності розвитку передумов спілкування і вторинної втрати регулятивного впливу спілкування на мислення і поведінку [29].

І. Мамайчук визначала, що передумовами спілкування з аутичними дітьми молодшого шкільного віку є:

- можливість адекватно сприймати і інтерпретувати інформацію;
- мати достатні та адекватні виразні засоби спілкування: мовлення, оптико-кінетичну систему знаків (жести, міміка, пантоміміка), пара- та екстралінгвістичну систему (інтонація, паузи тощо), системи організації простору і часу комунікації, системи «контакту очима»;
- взаєморозуміння з його регулюючим впливом на мислення і поведінку (адже психологічний феномен спілкування базується на процесах взаємодії та взаємостосунків суб'єктів);
- можливість адекватно планувати і гнучко варіювати поведінку, вибирати спосіб і стиль спілкування [32].

Порушення процесу спілкування при аутизмі, на думку Т. Варенової, виявляється переважно у таких двох різновидах, як комунікативний дефіцит (гіпокомунікативність із заниженою цікавістю до довкілля, уповільненням встановлення вербальних і невербальних контактів відсутністю прагнення висловити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами), чи, навпаки, комунікативна екзальтація (надлишкова гіперемоційність у контактах,

«прилипливість», конфліктність, розгальмованість) [7]. В обох різновидах порушена мотиваційна складова мовленнєвого спілкування, але у більшості випадків потерпає і сама можливість цього акту.

Е. Блейер визначав, що важливо розмежовувати дитячий аутизм і шизофренію. З плутаниною цих діагнозів пов'язано безліч професійних проблем, та особистих переживань у сім'ях аутичних дітей [4].

Дитина, яка страждає на шизофренію (у традиційному розумінні цього слова), може мати труднощі, специфічні для аутичного типу розвитку. Тут диференціації допоможе опора на основні критерії синдрому. Розвести «стабільні» і «поточні» форми всередині самого синдрому дитячого аутизму дозволяє тривале спостереження за розвитком дитини. Наявність періодів не обумовленого із-зовні загострення (наростання проблем дитини) може свідчити на користь захворювання на шизофренію [10].

В. Гарбузов вказував на необхідність розрізнення аутизму і порушень спілкування, що обумовлено особливими умовами життя, виховання аутичної дитини [24]. Такі порушення виникатимуть, якщо ще у ранньому віці дитина позбавлена можливості встановлювати емоційний контакти з близькою людиною, тобто у разі так званого дитячого госпіталізму.

Відповідно до сучасних уявлень, на думку І. Мамайчук, аутична дитина все ж таки скоріш неспроможна, аніж не бажає спілкуватися: їй важко взаємодіяти не лише з людьми, але із середовищем взагалі. Саме про це свідчать чисельні різноманітні проблеми аутичних дітей: у них порушена харчова поведінка, ослаблені реакції самозбереження, практично немає дослідницької активності. Тобто наявною є тотальна дезадаптація у стосунках зі світом [32].

При цьому, незважаючи на глобальні наскрізні порушення для частини аутистів (за деякими даними, для 25 %, за іншими – в 33 %) можлива успішна соціалізація – придбання ними навичок самостійного життя та оволодіння певними (іноді досить складними) професіями [16].

Фахівці з соціальної педагогіки та соціальної роботи велику роль надають

родинні, яка виховує дитину з вадами психічного розвитку. Відомо, що ранимість сім'ї з аутичною дитиною посилюється в періоди його вікових криз і в ті моменти, коли сім'я проходить певні критичні точки свого розвитку: надходження дитини до дошкільної установи, вступ до школи, досягнення дитиною перехідного віку [46].

Разом з тим батьки, як правило, підкреслюють, що не вважають своїх дітей розумово відсталими. Кмітливість, що проявляється в окремі моменти, розуміння ситуації, чутливість до музики, віршів, природи, нарешті, часто серйозний, «інтелігентний» вираз обличчя дають батькам надію, що дитина все може. І незабаром з'ясовується, що хоча така дитина дійсно багато що може зрозуміти сама, але ні працювати, ні навіть грати з дорослими вона не хоче.

Російськими психологами М. Ліблінг, О. Нікольською встановлено, що у дитини з аутизмом порушено формування всіх форм довербального і вербального спілкування. Перш за все у неї не формується зоровий контакт, дитина не дивиться в очі дорослого, не протягує ручки з німим проханням, щоб її взяли на руки, як це робить здорове маля вже на першому етапі соціально-емоційного розвитку [37].

На всіх етапах розвитку дитина з аутизмом в спілкуванні з тими, хто оточує не звертається до мови міміки і жестів, як це роблять діти першого року життя, а також діти з порушеннями слуху і мови.

Т. Власова відмічала, що основна особливість дітей з аутизмом молодшого шкільного віку – це прагнення уникати контакту з іншими людьми. Дитина ні на кого не дивиться, не спілкується з тими, хто довкола [18].

Зорова увага дітей з аутизмом украй вибіркова і дуже короткочасна, дитина дивиться наче повз людей, не зауважує їх і відноситься до них як до неживих предметів. Водночас їй характерна підвищена вразливість, її реакції на те, що оточує часто непередбачувані і незрозумілі. Така дитина може не зауважувати відсутності близьких родичів, батьків і надмірно хворобливо і збуджено реагувати навіть на незначні переміщення і перестановки предметів в

кімнаті.

При аутизмі своєрідний характер має ігрова діяльність. Її характерною ознакою є те, що зазвичай дитина грає сама, переважно використовуючи не ігровий матеріал, а предмети домашнього вжитку. Вона може довго і одноманітно грати зі взуттям, шнурками, папером, вимикачами, дротами тощо. Сюжетно-ролеві ігри з однолітками у таких дітей не розвиваються. Спостерігаються своєрідні патологічні перевтілення в той чи інший образ у поєднанні з аутичним фантазуванням. При цьому дитина не зауважує оточуючих, не вступає з ними в мовний контакт [19].

Для дітей з аутизмом характерні різноманітні порушення психомоторики, які виявляються, з одного боку, в моторній недостатності, відсутності рухів співдружності, а з іншого – в появі одноманітних, стереотипних рухів у вигляді згинання і розгинання пальців рук, потягувань, махів кистями рук, підстрибуванні, обертання довкола себе, бігання навшпиньки тощо. Особливо характерні кругові рухи кистями рук біля зовнішніх кутів очей. Такі рухи з'являються або посилюються при хвилюванні, при спробі дорослого вступити в контакт з дитиною [16].

Міміка дитини невиразна, характерний погляд повз або «крізь» співбесідника.

Багатьом дітям з аутизмом притаманна підвищена лякливість, вразливість, схильністю до страхів, при цьому особливо виражений страх новизни, який розглядається як хворобливо загострений інстинкт самозбереження. Інтелектуальний розвиток цих дітей досить різноманітний. Серед них можуть бути діти з нормальним, прискореним, різко затриманим і нерівномірним розумовим розвитком. Відзначається також як часткова або спільна обдарованість, так і розумова відсталість [17].

До характерних ознак дитячого аутизму в молодшому шкільному віці належить порушення мови, що відображає основну специфіку аутизму, а саме – несформованість комунікативної поведінки. Тому у дітей з аутизмом, перш за все, порушений розвиток комунікативної функції мови і комунікативної

поведінки в цілому. Незалежно від часу появи мовлення і рівня його розвитку, дитина не використовує мову як засіб спілкування, вона рідко запитує, зазвичай не відповідає на питання оточуючих в тому числі і близьких для неї людей. Водночас в неї може досить інтенсивно розвиватися «автономна мова», «мова для себе» [33].

Н. Жукова, О. Мастюкова визначали, що серед характерних патологічних форм мови перш за все характерні ехोलалії, химерна, часто скандована вимова, своєрідна інтонація, характерні фонетичні розлади і порушення голосу з переважанням особливої високої тональності в кінці фрази або слова, дитина довго називає себе в другій або в третій особі, відсутність в активному словнику слів, що позначають близьких для дитини людей, наприклад, слів мама, тато інші предмети, до яких у дитяти є особливе ставлення: страх, нав'язливий інтерес, їх одушевлення, тощо [19].

На відміну від мовних порушень, наприклад, алалії, мова при аутизмі на початкових етапах може розвиватися нормально або навіть пришвидшено, і дитина за темпом її розвитку інколи обганяє здорових однолітків. Потім, зазвичай до 30 місяців (в середньому близько 18 місяців) мова починає поступово втрачатися: дитина перестає говорити з оточуючими, хоча інколи може розмовляти сам з собою або уві сні, тобто не розвивається комунікативна функція мови. Втрата мови завжди поєднується з втратою виразної жестикуляції і імітаційної поведінки. При цьому така втрата мови частіше спостерігається у дівчаток» [30].

Різні варіанти аутичної поведінки можуть формуватися повторно у дітей з важкими формами порушень мови і слуху. Важливе значення має клінічна диференціація різних форм аутичної поведінки стосовно кожної окремої дитини. Важливість цієї диференціації пояснюється ще і тим, що, як добре відомо, діти з аутичною поведінкою складають групу підвищеного ризику розвитку важкого психічного захворювання – дитячої шизофренії.

Отже, основними ознаками аутизму в молодшому шкільному віці при всіх його клінічних варіантах є:

- недостатня або повна відсутність потреби в контактах з оточуючими; активне прагнення самотності (почувають себе помітно краще, коли їх залишають одних);
- відгородженість від зовнішнього світу;
- слабкість емоційного реагування стосовно найближчого соціального оточення, аж до повної байдужості до них (афективна блокада). Проте поруч з байдужістю, можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється залишатися без матері, хоча ніколи не буває з нею ласкавою;
- слабка здатність (або нездатність) диференціювати живі і неживі об'єкти, чим, зокрема, пояснюється їх агресивна поведінка стосовно іншої дитини, яку вони можуть сприймати як ляльку;
- недостатня реакція на зорові та слухові подразники, хоча можуть бути дуже чутливими до слабких подразників (не переносять шум побутових приладів, капання води тощо);
- прагнення до збереження незмінності оточуючого простору (феномен тотожності, за А. Канером), яке проявляється (навіть на першому році життя) у прагненні до збереження звичної постійності;
- страх всього нового (неофобія): перестановки ліжка, зміни місця проживання, нового одягу, взуття;
- одноманітна поведінка зі стереотипними, примітивними рухами (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей і передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшпиньках тощо);
- різноманітні мовленнєві порушення – від мутизму (повної втрати мовлення) до підвищеного вербалізму, що виявляється у вибіркового ставленні до певних слів та виразів (дитина постійно вимовляє слова або склади, що сподобалися їй). Дифузний характер зв'язку між словом і предметом, коли афективно насичена акустична сторона слова набуває у них самостійного значення, що проявляється в явищах автономного мовлення;
- характерна зорова поведінка, яка проявляється в тому, що дитина не переносить погляду в очі, має «біжучий» погляд або погляд повз; переважання

зорового сприймання на периферії поля зору (батьки відмічають, що «дитина бачить предмет, який вони ховають, потилицею», або «через стінку»);

- одноманітність гри, що є стереотипною маніпуляцією з неігровим матеріалом (мотузкою, ключем, пляшкою; можуть годинами одноманітно перекладати предмет з місця на місце, переливати рідину з одного посуду в інший);

- різноманітні інтелектуальні порушення. Як особливість мислення молодших школярів з аутизмом виділено переважання у них перцептивних узагальнень (колір, форма, розмір предметів) при достатньо високому рівні розвитку понятійного мислення. Тому при розв'язанні задачі, де є конфлікт між зоровим сприйманням ситуації і її смислом, дитина з аутизмом орієнтується не на суттєві ознаки, а на перцептивні враження;

- стан дифузної тривоги і невмотивованих страхів, а саме: а) надцінні страхи (втрати матері, страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною і сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення. Об'єкти страхів дітей з аутизмом важко виявляються, тому необхідно спостерігати за тим, біля якого предмета дитина стає напруженою, або відходить у бік, або починає розгойдуватися;

- наявність рудиментарних способів обстеження предметів: обнюхування, облизування, покусування;

- високий рівень розвитку у дітей пам'яті, хоча сам процес запам'ятовування носить у них ізольований характер, а в її використанні виявляється виражена автономність;

- парадоксальність поведінки, до якої дитину призводить постійний сенсорний дискомфорт, який вона намагається компенсувати аутостимуляцією (розхитуваннями, бігом по колу, стрибками). Їх непереборне тяжіння до води, вогню, бруду також розглядається як важливий компенсаторний механізм з метою пом'якшити емоційний дискомфорт [16].

Таким чином, досвід фахівців різних країн, як і наш власний досвід,

набутий у повсякденній праці з аутичними дітьми, показує, що позитивну динаміку для їхнього розвитку дає системна корекційна робота. Соціальний педагог, який працює з аутичною дитиною молодшого шкільного віку, повинен уявляти собі як біологічні причини дитячого аутизму, так і логіку розвитку цього порушення, черговість появи проблем, чинники тих чи інших проявів конкретної дитини. Саме розуміння медико-психологічної картини, в цілому, дозволяє соціальному педагогові розробити оптимальні індивідуальні програми розвитку, навчання та соціалізації такої дитини.

1.3. Проблеми інтеграції дитини з аутизмом у соціумі

Проблема інтеграції аутичних дітей, розвиток їхньої соціальної активності і адаптованості є однією з головних проблем корекційної і соціальної педагогіки.

Відомо, що хоча синдром дитячого аутизму остаточно формується до 2,5–3-х років, тенденції аутистичного розвитку можуть бути виявлені практично з народження дитини: вона уникає чи не шукає погляду в очі, не проситься на руки, її посмішка може бути мало адресована близькій людині і частіше виникає у зв'язку з іншими приємними для дитини враженнями. Ускладнено розрізнення виразу обличчя близьких і формування власної адекватної виразності; в багатьох випадків може бути і неадекватна реакція на емоційні стани іншого, грубе порушення прояву прихильності. Тому батьки аутичних дітей відчують стрес від незадоволення емоційної потреби, невідповідності життєвої ситуації своїм очікуванням, через холодність і байдужість спеціалістів, як правило, медиків, до яких вони звертаються за допомогою, відсутність державної підтримки [6].

Серйозні випробовування очікують родину аутичної дитини і у спробах до її інтеграції у дитячі колективи. Перебування її у дитячому закладі може бути перерваним у будь-який момент, але все одно це є корисним досвідом

взаємодії з іншими людьми для дитини з раннім дитячим аутизмом.

Типовою реакцією батьків на ці життєві ускладнення є, з одного боку активний супротив навколишнім, з іншого – пасивне уникнення процесу вирішування життєвих проблем.

В результаті цього виникає новий сімейний стереотип, пов'язаний з відношенням співзалежності, які викликають у психологічному стані батьків різкі травмуючі зміни. Ці зміни утруднюють для аутиста процес адаптації [12].

К. Лебединська зазначала, що батьківський досвід є низкою неперервних розчарувань на усіх етапах життєвого циклу аутичної дитини, навіть за умови вдало організованого навчання, адже процес її позитивних змін відбувається не завжди за висхідною лінією. Послаблення аутичного захисту як наслідок психолого-педагогічного впливу на дитину спричинює посилення її неспокою та погіршення поведінки. Спостерігається дещо парадоксальне явище: при послабленні напруги у дитини напруга виникає у матері, що повертає дитину в попередній афективний стан [26].

Отже терапевтичний процес, що спричинює послаблення захисту дитини з синдромом раннього дитячого аутизму, має бути підтриманий побудовою такої могутньої системи, як нові відношення і способи взаємодії з довкіллям. Цю нову систему аутична дитина не спроможна створити сама. Без активної участі родини аутичної дитини повноцінний корекційно-педагогічний процес (так само, як і ефективне її медикаментозне лікування) є неможливим. Батьки та усі фахівці (спеціальний педагог, психолог, лікар, шкільний вчитель, соціальний працівник), які працюють з дитиною, мають створювати дитині необхідний для неї афективний режим, так званий «лікувальний режим життя» (О. Нікольська). Відомі випадки, коли батьки виступають у ролі «посередників» між дитиною та навколишнім світом, допомагаючи дитині у її невербальній комунікації; їхня безпосередня участь значно підвищує адаптаційні можливості дитини [37].

Вважаємо, що але й досі організація і здійснення психолого-педагогічний впливу на мікросередовище, в якому знаходиться аутична дитина, лишається

однією із нерозроблених тем.

Аналізуючи вітчизняний досвід, можна стверджувати, що інтегрування осіб із обмеженими фізичними можливостями відбувається переважно в інвасоціуми, а реабілітація інвалідності – саме для потреб інвасоціумів. Тим часом, інвасоціуми є підструктурами загального соціуму, бо суспільство структурує своїх членів для впорядкування в різні мікро- і макросоціуми, і це є загальною та об'єктивною тенденцією. Але здорові особи майже без перешкод психофізично мігрують між підструктурами суспільства, задовольняючи потреби в новизні емоцій і поповнюючи власний досвід. Така психофізична міграція є одним із чинників особистісного розвитку [37].

Діти з обмеженими фізичними можливостями переважно інтегруються в інвасоціуми, тому що мають менше можливостей вибору соціального середовища; а також внаслідок недостатнього усвідомлення своїх можливостей, апатії, агресії, невпевненості в собі, низького рівня соціальної мобільності; і, нарешті, – неадекватного ставлення суспільства. Примусовість об'єднання інвалідів, з одного боку, обумовлена схожими проблемами та обставинами, а з іншого – загальною тенденцією до, інтеграції в межах інвасоціуму [46].

Соціальна інтеграція, як визначав Т. Питерс, є двостороннім процесом, який припускає взаємне зближення, рух назустріч двох соціальних суб'єктів: осіб із особливими потребами, які прагнуть до включення в суспільство, і самого суспільства, яке повинно створити сприятливі організаційно-функціональні, морально-психологічні й інші умови для такого включення. Тож ефективність соціальної інтеграції детермінується, по-перше, готовністю дитини з аутизмом увійти в життя звичайного суспільства в якості повноправних учасників і, по-друге, готовністю даного суспільства прийняти їх у такій якості [41].

На сучасному етапі розвитку системи неперервної спеціальної освіти відбувається докорінне переосмислення парадигми навчання й виховання дитини з особливими потребами, оновлення змісту, форм і методів навчання, зорієнтованого на становлення особистості такої дитини як суб'єкта освітньо-

виховного процесу, створення сприятливих умов для її фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я, правового й соціального захисту.

У багатьох зарубіжних країнах успішно впроваджується такий досвід, коли інтегроване та спеціалізоване навчання співіснують. Однак здійснення інтегрованого навчання аутичних дітей у загальноосвітній школі в умовах нашої країни є проблематичним, тому що ані самі діти із порушеннями зору, слуху та опорно-рухового апарату, ані загальноосвітні школи ще не готові до їх прийняття. Проте сьогодні гуманістичні засади реформування загальноосвітньої школи дедалі більше змушують переосмислювати досвід спеціальної школи, оцінювати її здобутки і те, що потребує змін та вдосконалення.

На законодавчому рівні створюються умови для сприяння соціальній інтеграції людей із обмеженими фізичними можливостями:

- Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (станом на 12 червня 2007 року);
- Наказ МОН України: № 691 від 2 грудня 2005 року «Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю»;
- Указ Президента України № 900/2005 від 1 червня 2005 року «Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями»;
- Указ Президента України № 1228/2007 від 18 грудня 2007 року «Про додаткові невідкладні заходи щодо створення сприятливих умов» для життєдіяльності осіб із обмеженими фізичними можливостями» [42].

Розвиток громадського руху на захист прав дітей та молоді з порушеннями психофізичного розвитку та їхніх батьків, насамперед, змушує шукати форми навчання у спеціальній школі, альтернативні інтернатним. Зарубіжні та вітчизняні дослідження показали негативний вплив інтернату на здоров'я та формування особистості дитини внаслідок ізоляції дітей в особливому мікросередовищі, що ускладнює їх подальшу соціальну адаптацію. Крім того, відрив дитини від сім'ї порушує права батьків [7].

Названі аргументи змусили світову науку і практику шукати інші, досконаліші форми навчання та виховання дітей, які потребують спеціальної педагогічної допомоги.

Сьогодні в багатьох розвинених країнах діти із порушеннями психофізичного розвитку інтегруються в єдиній загальноосвітній системі, де вони отримують допомогу спеціальних педагогів у засвоєнні знань, виробленні необхідних навичок.

У роботі з батьками, спрямованій на їхню особистість, слід враховувати основні положення системної психотерапії як однієї з форм інтеграції аутичної дитини у соціум. Така форма психологічного впливу є інтегративним варіантом психотерапевтичних технік, головним завданням якого є зміна так званих комунікативних моделей особистості. Психотерапевтична робота в контексті системної терапії здійснюється за принципом, описаним біокібернетиком фон Ферстером: «Дій завжди так, аби мати змогу збільшити кількість можливостей!» [57].

За системною терапією проблеми продукуються таким чином:

1. Початкова фаза проблемоутворення – виявлення-придумування проблеми.

2. Виникнення комунікативної системи, обумовленої проблемою. Ідея розповсюджується між людьми, які комунікують, так, що виявлена проблема стає головним змістом спілкування і займає центральне місце у комунікації учасників: щораз більше людей втягується у дискусію, а їхня увага концентрується навколо того, що є «не в порядку».

3. Пояснення проблеми.

Існують характерні типи пояснень:

- «минуле як доля» – тип пояснення, при якому незворотнім подіям минулого (помилкам, почуттю вини, дитячим травмам, генетичним дефектам, нещасним випадкам) приписується детермінуючий, непоправний вплив на виникнення проблеми. Провина за складні проблеми перекладається на певних учасників, які не хочуть/не можуть їх розв'язати;

- «ми всі надто малі і слабкі» – тип пояснення, при якому прерогатива рішення приписується зовнішній третій стороні, на яку начебто ніхто не має впливу.

4. Поведінка, спрямована на стабілізацію проблеми. «Учасники» проблеми тривалий час поводяться так, ніби з ситуації немає виходу, або рішення є, але воно в руках зовсім чужої людини. Тривалі стосунки характеризуються взаємними підсилюванням і стабілізацією. Тут повною мірою виявляє себе сила описів. Адже там, де наша мова відводить нас тільки до єдиного рішення, ми і не знайдемо нових, творчих можливостей [57].

Таким чином, ставлення оточення до фізичного стану певного члена родини багато в чому формує мовний контекст навколо самого захворювання. Спосіб обговорення хвороби може звужувати наявну ситуацію, або створювати «вільний простір» навколо неї.

Отже, в контексті системної терапії сім'я є особливим утворенням, яке характеризується специфічними очікуваннями щодо почуття безпеки та захищеності, з одного боку, а з іншого, – неконтрольованістю взаємодій.

За умови проведення системної терапії спеціаліст прагне виявити людей і комунікації, задіяні у «проблемній ситуації», безпосередньо (або принаймні уявно) включити їх у процес вирішення проблеми; «деконструювати» історії, які звужують ситуацію до безнадійної проблеми, шукаючи альтернативного знання, що уможливорює усвідомлення більш широкого контексту.

Вітчизняними соціальними педагогами визначено, що аутичні діти в умовах інтегрованого навчання сприймаються як рівні, навчаючись разом з дітьми, які не мають порушень у розвитку, живуть вдома зі своєю родиною, і це допомагає їм нормально розвиватися; під час навчання вони мають можливість спілкуватися зі своїми однолітками, що надзвичайно важливо для їх розвитку та становлення особистості. Таким дітям важко використовувати специфічні вміння, які були отримані в школі-інтернаті, і перенести в інші умови оточуючого середовища. Інтегроване навчання не потребує деяких витрат, яке необхідне у спеціалізованих школах [45].

Інтеграція аутичних дітей передбачає забезпечення процесу засвоєння знань і навичок суспільного життя, вироблення загальноприйнятих норм поведінки, засвоєння ціннісних орієнтацій, прийнятих у суспільстві, що дозволяє їй брати участь у різних ситуаціях суспільної взаємодії.

Процес інтеграції даної категорії дітей ускладнюються як об'єктивними причинами (наявність комунікативних обмежень, аутичних бар'єрів, обмежень мобільності, труднощів спілкування дітей з аутизмом з більшістю соціуму, або їх несприйняття соціумом), так і тією обставиною, що психічні порушення стають ядром їхніх особистісних переживань, що негативно впливає на розвиток у них навичок соціального спілкування. Спеціальні психологія і педагогіка, організовуючи процес спеціальної освіти, передбачають розвиток в осіб з аутизмом молодшого шкільного віку навичок спілкування в стандартних соціокультурних ситуаціях, оволодіння ними стандартними схемами соціальної поведінки і соціальної взаємодії, навичками само і взаємодопомоги у складних соціальних умовах [46].

Розглянемо моделі соціально-педагогічного впливу на соціальну систему «дитина – значущі дорослі», які характеризуються принципами:

- системності (одночасна допомога дитині і значущим дорослим);
- комплексності (одночасний вплив на пізнавальну, емоційно-вольову, перцептивну сфери психічної діяльності дитини);
- інтегративності (поєднання різних психотерапевтичних і корекційних напрямів) [18].

Особливістю зазначеної моделі є те, що корекційно-розвивальний процес передбачається здійснювати з використанням двох взаємопов'язаних середовищ: штучно створеного соціальним педагогом модельного середовища (індивідуальні заняття) і реальної ситуації навчання аутиста. Особливістю процесу корекції є послідовна зміна штучного середовища і розширення його до реального процесу навчання дитини.

В. Тарасун, Г. Хворова вважають, що модель соціально-педагогічного впливу може реалізуватися у декількох напрямках:

1) консультативно-корекційної допомоги і корекційно-превентивного навчання в умовах реабілітаційного центра;

2) консультативно-корекційної роботи соціального педагога в умовах надомного навчання;

3) соціально-педагогічного супроводу процесу навчання дітей з аутизмом. В залежності від гостроти проблеми, рівня розвитку дитини, ступеня участі значущих дорослих в корекційній соціально-педагогічній роботі модель може допускати скорочену чи розгорнуту форму її реалізації [48].

Основними структурними одиницями моделі соціально-педагогічної роботи є:

1) виявлення провідних і основних причин дезадаптації кожної аутичної дитини;

2) обґрунтування змісту корекційно-розвивальної і превентивно-корекційної роботи та форм її реалізації;

3) вибір способів організації цієї роботи з урахуванням психофізіологічних ресурсів самої дитини, її соціального оточення і можливостей дорослих, які включені в реалізацію цієї моделі [18].

Стратегія соціального педагога включає аналіз стосунків між дитиною, батьками і вчителем з урахуванням того, що всі учасники загальноосвітнього процесу взаємно обумовлюють поведінку одне одного. Вплив соціального педагога може здійснюватися одночасно на всіх учасників освітнього процесу і на зв'язки між ними, зумовлені характером взаємостосунків, що склалися [45].

Спеціальна педагогіка передбачає врахування у структурі виховної роботи формування в дітей з аутизмом вміння організовувати своє дозвілля, свій відпочинок, свій вільний час (рекреацію), оскільки існує ряд об'єктивних її обмежень участі в різних загальнодоступних формах дозвілля, що, проте, не означає повну ізоляцію від участі у рекреаційних заходах.

Успіхи лікувальної педагогіки останніми роками, досягнуті об'єднанням зусиль педагогів і психологів, спростували прийняту в 50-60-х роках тезу: «Спочатку вилікуємо, потім учитимемо» [26]. Мова при цьому йшла переважно

про стаціонарне лікування. В даний час стало ясно, що подібний підхід в корені невірний: навіть якщо лікарська терапія дійсно необхідна, вона повинна проводитися одночасно з психологічною і педагогічною роботою. Ізолювавши дитину в умовах лікарні, ми руйнуємо звичні для неї способи життя, зв'язки з іншими людьми – і позбавляємо її можливості реалізувати свої здібності до розвитку. Зараз у всьому цивілізованому світі дітей прагнуть зберігати в домашніх умовах, серед близьких, і забезпечувати їм перш за все лікування педагогічними засобами.

Особливість роботи соціального педагога з аутичними дітьми полягає у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Але соціальний педагог не може вирішувати за інваліда його проблеми, він повинен допомогти особистості визначити особисту позицію, сформувати незалежність від зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогти самоактуалізуватись у подоланні перешкод. Інвалід, що адекватно оцінює своє становище і усвідомлює свою самоактуалізацію, досягає душевного і психічного здоров'я, стає соціально повноцінною особистістю [45].

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічна і психологічна допомога ще й досі ототожнюється із соціальним захистом. Це, на нашу думку, пояснюється відсутністю загальноприйнятої теорії співвідношення соціальної допомоги і соціального захисту. Водночас накреслився деякий стійкий інваріант розуміння цих понять, а саме: «соціальна допомога» – поняття значно ширше, ніж «соціальний захист». Термін «соціальна допомога» є цілком правомірним та автономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групі дітей чи їх родичам. Кінцевою метою такої індивідуальної допомоги є формування позитивної «Я» – концепції, соціальне самоствердження, повнокровна участь у життєдіяльності суспільства. Коли мова йде про соціальний захист, мається на увазі створення певної законодавчої

бази, яка б захищала права тієї чи іншої соціальної групи, зокрема, забезпечення прав на лікування, навчання, працевлаштування, надання пенсій, пільг тощо. У цьому випадку соціальний працівник виступає в ролі «перекладача» мови законів. Так, відстоюючи права окремої людини, ми тим самим допомагаємо їй адаптуватися в складних умовах життя [46].

У теоретичному плані ми виходимо з визнання універсальності кожної особистості, яка є творцем власної долі, що є цілісністю, а не сукупністю окремих якостей та вчинків.

Методологічно такий підхід побудований на здобутках вітчизняної педагогічної науки (дефектологія і соціальна педагогіка) і походить з теорії гуманістичної психології, в якій акцент робиться на самоактуалізацію особистості, логотерапії – терапії, орієнтованої на знаходження сенсу життя, гуманітарної психології, що наголошує на своєрідності систем ціннісних орієнтацій, культурно-психологічних властивостях дитини і психолога [52].

Особистість аутичної дитини розвивається у відповідності із загальними закономірностями розвитку дитини, а дефект, стан чи хвороба визначають вторинні симптоми (за Л. Виготським), що виникають опосередковано протягом аномального соціального розвитку. Хвороба, яка спричинює насамперед порушення в біологічній сфері людини, створює перешкоду для соціально-психологічного розвитку. Це стосується інвалідів з дитинства з комплексними порушеннями психофізичного розвитку. У разі відсутності своєчасної допомоги відбуваються відхилення від стадії вікового розвитку, тобто особливості дизонтогенезу спричинено патологічним процесом у біологічному розвитку та його наслідками [10].

Ось чому таке велике значення має соціально-педагогічна допомога з організації процесу інтеграції аутичної дитини у соціум.

Спостереження свідчать, що ті проблеми, з якими починають стикатися діти у віці 5-7 років, спричинені самою хворобою. Перебуваючи здебільшого у замкненому просторі, вони переживають великий дефіцит соціальних контактів або, опинившись у змішаному колективі, стикаються із труднощами

міжособистісних відносин. У їхній мові домінують слова: самотність, нездатність, неспроможність, марність життя. Багато інвалідів, стикаючись з життям, втрачають впевненість у собі, в можливостях самореалізації, зокрема в особистісній сфері, створенні власної сім'ї і вихованні дітей. Основна закономірність, характерна для всіх категорій аутичних дітей – це обмеження комунікативних можливостей внаслідок сенсорної, моторної і соматичної деривації [7].

Саме цим і пояснюються особливості соціально-педагогічної інтеграції аутичних дітей. Завдання соціального педагога – в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягнення ним своїх цілей, реалізації різнобічних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпечності, ситуації, у якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Тільки за таких умов людина може виявити себе нестандартно, по-новому, тобто творчо. Завдяки творчій адаптивній поведінці вона діє продумано, прагне до самостійності, гармонійності, а коли спрямовує свої зусилля на досягнення власних цілей, то діє продумано. Разом з тим самоактуалізація не може бути реалізована без емпатійного розуміння і прийняття іншої людини, тобто взаємодії з нею.

Вважаємо, що доцільно було б здійснювати соціальним педагогам консолідацію проблем дошкільної і шкільної освіти дітей з аутизмом та їх сімейного виховання на основі положень:

- про наближення спеціальної освіти і виховання до вимог сучасної цивілізації з метою повнішого задоволення освітніх і соціокультурних потреб дітей з аутизмом на протязі всього життя;
- про унікальність кожної аутичної дитини, що диктує неможливість точного передбачення конкретних результатів педагогічної діяльності, особливо на переломних етапах її дезонтогенетичного розвитку;
- про культуру, засновану на стосунках гідності, де провідною є цінність особистості людини, незалежно від того, чи може ця людина приносити користь, чи може брати участь у суспільно-корисній праці;

- про важливість врахування в педагогічній діяльності і в сім'ї суперечливості між потребами і вимогами суспільства («треба») та потребами і можливостями аутичної дитини («хочу» і «можу»);

- про закономірності особистісного зростання у виховно-освітніх взаємодіях дітей і дорослих;

- про мозкову організацію когнітивних процесів і емоцій;

- про загальні закономірності спотвореного розвитку;

- про соціалізацію (її складові і фази становлення) як процес і результат взаємодії особистості і суспільства;

- про сімейне виховання як одного з механізмів розвитку, навчання і соціалізації дитини та про становлення сім'ї в якості психічної спільності [26].

Така консолідація дозволить надати проблемі освіти, розвитку і соціалізації та інтеграції аутичної дитини комплексну форму. При цьому першочергове значення для розвитку, навчання, соціалізації та інтеграції у соціум дітей з аутизмом на етапі визначення стратегічних орієнтирів мають такі загальні завдання:

- 1) вивчення природи дитинства аутичної особи як соціокультурного феномена (а не просто явища);

- 2) аналіз закономірностей, механізмів і умов присвоєння аутистом здобутків освіти і культури як процесу, здійснення якого можливе на основі поняття про детермінацію психічного розвитку;

- 3) визначення культуруотворюючих засад проектування корекційно-розвивального і превентивного навчання даної категорії дітей;

- 4) виявлення джерел особистісного зростання аутиста і значущих для нього дорослих в умовах сімейного виховання;

- 5) організація навчального процесу і особливого педагогічного середовища;

- 6) координація співпраці спеціалістів і родини аутичної дитини;

- 7) уточнення системи психолого-медико-педагогічного супроводу аутичної дитини;

8) визначення організаційно-економічних аспектів розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом [29].

Отже, вітчизняна система спеціальної освіти поступово освоює нову концепцію соціальної інтеграції аутичних дітей, центром якої є сама людина, її особливі освітні та інші спеціальні потреби, її права та інтереси.

Таким чином, питання створення оптимальних умов життєдіяльності, відновлення втраченого контакту з навколишнім світом, психолого-педагогічної реабілітації, соціально-трудової адаптації й інтеграції дітей з аутизмом в суспільство відносяться сьогодні до числа першорядних державних завдань. Але практичне втілення інтегрованого навчання потребує поступового втілення, збереження попереднього досвіду, всебічної розробки нових технологій та урахування вибору батьків і учнів щодо можливостей отримання освіти у загальноосвітніх школах або у школах-інтернатах. Необхідна підготовка учнів і вчителів загальноосвітніх шкіл до адекватного сприйняття таких дітей.

РОЗДІЛ 2

ЗМІСТ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

2.1. Соціально-педагогічний супровід як засіб адаптації та інтеграції дітей з аутизмом у соціумі

Соціальний супровід дітей з обмеженими функціональними можливостями має на меті допомогти й підтримати дитину у процесі соціальної адаптації в загальній системі соціальних відносин та взаємодій, насамперед, у рамках тієї навчальної системи, де вона знаходиться. В цьому процесі соціальний супровід дитини з обмеженими можливостями здоров'я для запобігання та корекції обмежень життєдіяльності й порушення здатності виконувати соціальні ролі, повинен бути спрямований на три головні складові процесу соціалізації: розвиток особистості дитини; підготовка до самостійного життя; професійна підготовка та можливість працевлаштування

Однією з форм роботи соціального педагога з аутичними дітьми є організація й проведення соціально-педагогічного супроводу. Соціально-педагогічний супровід аутичних дітей – це система реабілітаційних і корекційних заходів, які спрямовані на підвищення соціальної активності дитини, на розвиток її самостійності, на інтеграцію у соціум [17].

Соціальний супровід дітей з обмеженими функціональними можливостями має на меті допомогти, підтримати дитину та полегшити її процес соціальної адаптації в загальній системі соціальних відносин та взаємодій, насамперед, у рамках тієї навчальної системи, де вона знаходиться. В цьому процесі соціальний супровід дитини з обмеженими можливостями здоров'я для запобігання та корекції обмежень життєдіяльності й порушення здатності виконувати соціальні ролі,

повинен бути спрямований на три головні складові процесу соціалізації: розвиток особистості дитини; підготовка дитини до самостійного життя.

Отже, процес соціального супроводу аутичних дітей є системою передавання суспільством соціального досвіду з урахуванням особливостей та потреб різних категорій дітей з порушеннями розвитку за активної їх участі та забезпечення адекватних умов, у результаті чого діти долучаються до всіх соціальних систем, структур, соціальних, зв'язків, беруть активну участь в основних сферах життя і діяльності суспільства, готуються до повноцінного дорослого життя, самореалізації та розкриття як особистості (таблиця 2.1.).

Таблиця 2.1.

Етапи соціально-педагогічного супроводу аутичних дітей

| Етапи соціально-педагогічного супроводу | Структура практичного впровадження соціально-педагогічного супроводу | Залучені учасники процесу соціально-педагогічного супроводу |
|---|---|---|
| Діагностичний | <ul style="list-style-type: none"> - фіксація сигналу проблемної ситуації; - розробка плану проведення діагностичного дослідження | <ul style="list-style-type: none"> - встановлення довірчих стосунків з усіма учасниками проблемної ситуації; - обговорення проблеми; - оцінка можливостей на шляху розв'язання проблемної ситуації |
| Пошуковий | <ul style="list-style-type: none"> - збір інформації щодо проблемної ситуації; - пошук шляхів та засобів вирішення проблеми; | <ul style="list-style-type: none"> - доведення інформації до відома всіх учасників проблемної ситуації |

Продовження таблиці 2.1.

| Етапи соціально-педагогічного супроводу | Структура практичного впровадження соціально-педагогічного супроводу | Залучені учасники процесу соціально-педагогічного супроводу |
|--|--|---|
| Консультативно-проективний (етап домовленості) | <ul style="list-style-type: none"> - пошук можливих варіантів вирішення проблемної ситуації; - обговорення позитивних та негативних сторін різних способів вирішення проблемної ситуації; - створення прогнозу ефективності можливого способу вирішення проблемної ситуації; - обрання різних методів допомоги в проблемній ситуації; - розподіл обов'язків для реалізації плану виходу з проблемної ситуації; - визначення послідовності дій щодо реалізації плану виходу з проблемної ситуації; - уточнення терміну виконання та коригування планів | <ul style="list-style-type: none"> - обговорення можливих варіантів розв'язання проблеми з усіма зацікавленими особами; - враховується бачення проблеми самою дитиною |
| Дієвий етап | <ul style="list-style-type: none"> - забезпечення досягнення бажаного результату; - залучення зовнішніх спеціалістів (психолога, медичних робітників, юриста та ін.) | <ul style="list-style-type: none"> - допомога всім учасникам проблемної ситуації; - координування процесом соціального супроводу |

Знання загальних закономірностей психічного розвитку в певний віковий період дає змогу розмежовувати індивідуальні особливості від патологічних змін. При нервових та психічних захворюваннях порушуються закономірності розвитку, настають зміни структури психічної діяльності і самої особистості. Такі зміни можуть бути тимчасовими (прояв стомлюваності, підвищеного емоційного збудження, прискореного чи навпаки, уповільненого, процесу мислення) або стійкими (зміни інтелекту, темпераменту, характеру).

С. Морозова визначала, що при глибокій, важкій формах аутизму з обмеженим розвитком мови вияви деяких симптомів, таких як маячня, галюцинації, нав'язливість, жах, значно відрізняються від симптомів, які спостерігаються у хворих із нормальним інтелектом. Виявити наявність симптомів у такого хворого важко ще й тому, що для адекватного опису відчуття необхідно, щоб дитина добре володіла мовою [35].

Для здійснення цих заходів слід охарактеризувати визначені вченими типи поведінки аутичних дітей.

К. Лебединська та О. Нікольська виділяють чотири групи аутичних дітей з різними типами поведінки:

1. Перша група: відрізняється відсутністю мови, майже повним відчуженим від світу, не демонструє вибірковості у контактах з оточуючим. Частина дітей починає говорити у ранньому віці, але потім мовлення поступово або в результаті стресу зникає. Внутрішнє комунікативне мовлення може розвиватися, але виявити його можливо лише після тривало знайомства з дитиною. Спостерігається страх звуків, дотику.

2. Друга група: неприйняття жодних контактів і змін, які не подобаються дитині. Активне прагнення зберегти постійність навколишнього середовища, комунікативних і мовленєвих форм. Мовлення скандоване. Основна проблема – екстремальна вибірковість. Побутові навички засвоюються важко, але міцно. Велика кількість рухових стереотипів. Невербальний інтелект може бути в нормі. Пасивний мовленєвий запас набагато ширший за

активний, це проявляється у ситуаціях, коли дитині важливо, щоб її зрозуміли. Дуже чітко проявляються страхи, характер яких залежить від біографії кожної дитини.

Відмітимо, що частина аутичних дітей 1 і 2 груп так і не починає говорити, батьки таких дітей, як правило, чують найбільш невтішні прогнози спеціалістів; розвиток дітей повільний, вони часто повертаються на його попередні фази. Для таких дітей найчастіше рекомендують поведінковий підхід (створення безлічі поведінкових стереотипних блоків), при цьому звернення до особистості дитини, до її внутрішніх резервів залишається невиправдано рідкісним.

3. Третя група: аутичні діти виглядають дуже товариськими. Ці діти занурені в одну і ту ж справу, багато і добре говорять, але звертаються до абстрактного співрозмовника. Їм не потрібен зворотній контакт, вони різко прагнуть, щоб їх зрозуміли. Мовлення монологічне, словниковий запас багатий, мова являється для них ауто стимуляцією, а не джерелом інформації (при цьому стимулом часто виступає вербальна агресія – люблять говорити про те, що має для них негативне забарвлення). Для цих дітей важливі гострі відчуття, пов'язані із яскравою поведінкою дорослого, тому вони вдаються до провокацій. Такі діти вже можуть поставити собі цілі і добиватися її всіма можливими способами. Але пристосувати свої потреби до обставин, що змінюються, вони не вміють.

4. Четверта група: аутизм у найбільш легкій формі, діти схожі на загальмованих, відсталих у психічному розвитку. Чутливі. Мовлення уповільнене. Легше встановлюють контакт очей. Здібності виражаються у менш стереотипній формі. Діти не створюють аутистичного захисту, автостимулюючих форм поведінки. Дуже залежні від емоційного контакту з близькими, від їх підтримки. Етапи розвитку максимально наближені до норми [28].

Вважаємо, що саме з дітьми, яких можна віднести до 3 групи, слід проводити соціально-педагогічний супровід. Це пояснено тим, що такі діти

виглядають дуже товариськими, вони занурені в одну і ту ж справу, багато і добре говорять.

Соціально-педагогічна корекція повинна бути спрямована, перш за все, на подолання негативізму і встановлення контакту з аутичними дітьми, подолання у них сенсорного і емоційного дискомфорту, тривоги, занепокоєння, страхів, а також негативних афективних форм поведінки: потягів, агресії. При цьому, одним з головних завдань соціально-педагогічного супроводу є переважна орієнтація на підлягаючі зберіганню резерви афектної сфери з метою досягнення спільного розслаблення, зняття патологічної напруги, зменшення тривоги і страхів з одночасним збільшенням довільної активності дитини. З цією метою використовуються різні прийоми аутотренінга і оперантної регуляції поведінки.

Важливим завданням проведення соціально–педагогічного супроводу з аутичною дитиною є розвиток у дитини доступних їй способів афектної адаптації до свого оточення, використовуючи комплексний підхід до організації її афектного життя і нормалізуючи її взаємодію перш за все, з близькими для неї людьми. Вся соціально-педагогічна робота проводиться поетапно, при цьому першочерговим завданням є встановлення емоційного контакту з дитиною, розвиток її емоційної взаємодії із зовнішнім світом.

При встановленні контакту особливо важливо уникати навіть мінімального тиску на неї, а в деяких випадках навіть прямого звернення до неї. Контакт, перш за все, встановлюється і підтримується в рамках інтересу і активності самої дитини, цей контакт повинен викликати у неї позитивні емоції, важливо, щоб дитина відчула, що з партнером їй краще і цікавіше, ніж одній. Специфіка роботи зі встановлення контакту диференціюється залежно від стану дитини. Важливо дуже поступово збільшувати тривалість афектних контактів. Розроблені методи диференційованої педагогічної роботи з аутичними дітьми вітчизняними та зарубіжними психологами та педагогами К. Лебединською, О. Нікольською,

О. Баєнською, М. Ліблінг, Т. Морозовою.

Основними цілями супроводу аутичної особи, як зазначали В. Тарасун, Г. Хворова, є: реалізація прав аутичної дитини, які містяться у міжнародних та вітчизняних правових документах, зокрема – права на освіту та розвиток згідно з їхніми можливостями, на отримання професії та працевлаштування та ін.; забезпечення гідної якості життя аутичної людини з народження до його завершення; ліквідація соціальної несправедливості та соціальної напруги у суспільстві, пов'язаної з відсутністю цілісної системи допомоги дітям, підліткам та юнакам з аутизмом, їх навчання та виховання від народження до дорослого віку [48].

Особливо важливе значення у проведенні соціально-педагогічного супроводу аутичної дитини має організація її цілеспрямованої поведінки шляхом чіткого розпорядку дня, формування стереотипної поведінки в певних ситуаціях.

Важливе значення має психологічна корекція, основи якої розроблені К. Лебединською, О. Нікольською, В. Лебединським. Психологічна корекція спрямована на подолання негативізму і встановлення контакту з дітьми, подолання сенсорного і емоційного дискомфорту, тривоги, занепокоєння, страхів, а також негативних афектних форм поведінки: потягів, агресії [28].

Особливо важливе значення має встановлення контакту з аутичним дітьми, активація їх психічної діяльності і довільно регульованих форм поведінки. Для вирішення цих завдань особливо важливе значення мають спеціальні ігротерапевтичні заняття.

К. Лебединська, О. Нікольська визначали, що діти з аутизмом мають вкрай низьку довільну психічну активність, що ускладнює проведення з ними педагогічних корекційних занять. Тому необхідне вживання низки психолого-педагогічних коректувальних прийомів, направлених на стимуляцію довільної психічної активності дитини. Для посилення психічної активності в ситуацію ігрових занять корисно вводити додаткові яскраві враження у

вигляді музики, ритміки, співу (К. Лебединська, О. Нікольська, Р. Ульянов та ін.) [29].

Стандартний обсяг соціально-педагогічного супроводу аутичної дитини включає поетапне, а в разі потреби й комбіноване проведення кількох реабілітаційних та корекційних заходів.

На першому етапі соціально-педагогічного супроводу дитини з розладами спектра аутизму основним завданням, за визначенням Л. Шипіциної, є усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини. Цієї мети можна досягти за допомогою таких форм втручання:

- 1) нав'язування контакту з дитиною;
- 2) подолання нейрофізіологічних порушень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції;
- 3) вироблення вміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання;
- 4) елімінація патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії;
- 5) робота з експресивною мовою;
- 6) напрацювання вміння наслідувати інших;
- 7) навчання грі іграшками відповідно до їх призначення;
- 8) формування комунікативних навичок [24].

На другому етапі проведення соціально-педагогічного супроводу дитини з розладами спектра аутизму, як визначено Л. Шипіциною, метою роботи соціального педагога має бути досягнення максимального рівня когнітивного й соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування. На цьому етапі соціальне втручання передбачає:

- 1) діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій із окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних

програм;

- 2) вироблення комунікативних навичок;
- 3) трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність;
- 4) вироблення альтернативних форм взаєморозуміння за відсутності експресивної мови;
- 5) формування окремих навичок соціальної взаємодії [24].

Відмітимо, якщо соціально-педагогічний супровід містить медико-соціальну реабілітаційну роботу з дітьми з розладами спектра аутизму, то вона повинна проводитися батьками, медичними сестрами, психологами та корекційними педагогами під наглядом та за допомогою фахівців, що мають спеціальну підготовку з питань дитячої психіатричної реабілітації. Усі діти один раз на півроку повинні оглядатися дитячим неврологом, корекційним педагогом і дитячим психіатром незалежно від змісту, форми й обсягу реабілітаційних послуг.

Реабілітаційна робота з аутичними дітьми, як зазначено Р. Ульяновим, має проводитися в установах Міністерства охорони здоров'я (вихованці з IQ вище 70), Міністерства освіти (аутичні діти з IQ 35-70), Міністерства праці та соціальної політики (діти з IQ нижче 35) відповідно до рівня когнітивного функціонування дитини та наявності стійких поведінкових порушень [49].

На думку автора, діти з IQ вище 70 повинні навчатися в загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педагогічної корекції з додатковим обсягом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах відповідно до індивідуальної реабілітаційної програми, з IQ 70-35 – за програмою допоміжної школи, нижче 35 – за індивідуальною програмою, спрямованою на формування навичок самообслуговування та доступних форм соціального функціонування в родині. У разі наявності стійких порушень поведінки діти повинні навчатися в установах Міністерства охорони здоров'я, а за відсутності стійких порушень поведінки – в установах Міністерства освіти [49].

Певну роль у соціально-педагогічному супроводі дітей з аутизмом відіграє медикаментозна терапія. Безумовно, вона не є визначальною ланкою лікувального процесу, проте дає змогу суттєво поліпшити результати комплексної реабілітаційної роботи. Такі прояви захворювання, як поведінкові розлади, гіперактивність, агресія тощо можуть бути ефективно кориговані за допомогою фармакологічних засобів. Нівелювання цих симптомів підвищує здатність дитини до навчання та комунікації [44].

До заходів, які проводить соціальний педагог під час соціально-педагогічного супроводу, слід включати такі сучасні напрями роботи з аутичними дітьми як артотерапію, розвиваючі ігри, казкотерапію, музикотерапію.

З дітьми, які страждають на аутизм, проводять арт-терапію, тобто лікування малюнками, малюванням. Соціальний педагог спочатку просить у дитини що-небудь намалювати, потім, якщо він це робить, не настирно просить дитину розповісти про його малюнок. Тим самим аутична дитина залучається у діяльність, розвивається її рухова і мовна активність, і захворювання потрохи відступає.

Розвиваючі ігри. Дуже велике значення в житті кожної дитини відіграють ігри. Під час гри із дитиною, яка хвора на аутизм, слід пам'ятати, що їй весь матеріал дається складніше, ніж звичайній дитині. Тому треба давати їй час, щоб подумати [45].

Дуже допомагає класична музика. Достатньо лише 30 хвилин на день, щоб покращити мислення дитини.

Для дітей існують спеціальні дитячі розвиваючі комп'ютери.

На них діти можуть вивчити Абетку, назви звірів, слова і багато іншого. Біля картинки з'являється назва об'єкту та комп'ютер читає слово.

При проведенні лікувально-корекційної роботи з дітьми з порушеннями спілкування важливе значення має розвиток їх загальної та особливо тонкої моторики і підготовки руки до писання. У спеціальному дослідженні було показано, що дітям з аутизмом характерні своєрідні порушення тонкої

моторики рук . Дитина не може правильно узяти до рук пензель, олівець, розламати в руках пластилін, але особливі труднощі дитина має при опануванні графічних навичок .

В даний час розроблені методи підготовки дітей з аутизмом до засвоєння графічних навичок. На першому (підготовчому) етапі вирішують наступні основні завдання:

- встановлення і підтримка контакту з дітьми;
- організація цілеспрямованої поведінки в наочно-практичній і ігровій діяльності;
- корекція наявних рухових порушень;
- розвиток плавності і ритмічності рухів;
- виховання навиків самообслуговування;
- розвиток зорово-моторної координації і підготовка руки до писання [47].

Система спеціального навчання графічним навичкам аутичної дитини включає:

- словесну регуляцію її поведінки;
- організацію орієнтувально-дослідницької діяльності;
- проведення спеціальних пропедевтичних вправ [47] .

Підхід до навчання аутичної дитини ґрунтується на принципі стимуляції і підтримки розвитку підлягаючих зберіганню сторін психіки і переважаючих інтересів. При цьому у жодному випадку не можна пригнічувати або залякувати дитину, необхідно одночасно стимулювати і організовувати її активність, формувати довірливую регуляцію поведінки.

В соціальному супроводі аутичної дитини в молодшому шкільному віці провідну роль відіграє соціальний педагог. Він здійснює:

- 1) моніторинг розвитку дитини (забезпечують соціальні педагоги шляхом тестувань, спостережень, бесід з батьками);
- 2) загальноосвітнє навчання за програмою, яка відповідає можливостям дитини (забезпечують соціальні педагоги у співпраці з батьками шляхом

розробки та впровадження індивідуальної програми навчання);

3) розвиток соціально-комунікативних навичок, а також – навичок навчання та спільної діяльності, дружби, емпатії, співчуття (забезпечують соціальні педагоги у співпраці з батьками

4) розвиток соціально-побутових навичок та навичок самостійності (забезпечують соціальні педагоги у співпраці з батьками шляхом тренування навичок);

5) розвиток самоконтролю та внутрішніх регуляторів поведінки (забезпечують соціальні педагоги у співпраці з батьками шляхом тренування навичок);

6) розвиток здатності до самостійного планування вільного часу (забезпечують соціальні педагоги у співпраці з батьками шляхом тренування навичок);

7) соціально-педагогічна підтримка родини (забезпечують соціальні педагоги шляхом тренінгів та лекцій для батьків) [52].

Таким чином, соціально-педагогічний супровід, який спрямовано на розвиток аутичної дитини, повинен ґрунтуватися на психолого-педагогічній корекції аутизму, яка припускає розвиток взаємодії з дорослим в умовах стимуляції активності дитини, що закономірно приводить до виділення дитиною себе як суб'єкта комунікації і взаємодії, формуванню уявлень про близьких людей, виникненню індивідуальної вибірковості.

Отже, на основі аналізу вітчизняного та закордонного досвіду, доцільно визначити практичні принципи, якими варто керуватись для досягнення основних цілей супроводу:

1) органічна єдність розвитку системи психолого-педагогічного медико-соціального супроводу аутичної дитини та її родини з загальним розвитком систем спеціальної освіти, соціального захисту, професійної підготовки та працевлаштування осіб з особливими потребами, які існують в нашій країні;

2) практична спрямованість корекційного процесу – особлива увага,

фокус усієї корекційної роботи на функціональних навичках: комунікації, навичках самообслуговування, домашнього господарства та організації вільного часу, навичках навчання, соціальні та професійні навичках;

3) єдиність, довго тривалість спілкування дитини протягом довгих років з одними і тими ж людьми, послідовність такої корекційної роботи на усіх вікових етапах. Як свідчить світовий досвід, система безперервної спеціальної допомоги, яка охоплює всі етапи життя, забезпечує найкращі результати при найменших затратах у порівнянні з традиційними формами забезпечення, догляду та лікування;

4) спеціалізованість супроводу: фахівці, які працюють з аутичною дитиною, повинні мати спеціальну підготовку з аутизму, у системі супроводу мають бути організації та фахівці, які більшу частину часу працюють саме з аутичними дітьми, саме за таких умов у них формується особливе «відчуття аутизму»;

5) комплексність супроводу: медична, педагогічна, психологічна допомога, допомога у вирішенні соціальних проблем, забезпечення ефективних професійних взаємозв'язків;

6) диференційованість супроводу: система допомоги особам з аутизмом від народження до дорослого віку та їхнім родинам має бути здатною задовольнити потреби широкого кола одержувачів послуг (аутичних осіб), різних за віком, рівнем інтелектуального та загального розвитку, ступенем аутистичних проявів, родини яких є різними за матеріальними можливостями та місцем проживання; єдине, що поєднує всіх одержувачів послуг – це наявність в них аутичних викривлень розвитку. Система супроводу має враховувати індивідуальні особливості кожної аутичної особи, сприяти їхньому розвитку, максимально зменшувати рівень стигматизації;

7) ефективна співпраця державних закладів та державних органів влади (які розпоряджуються фінансовими ресурсами бюджету, мають значні повноваження та організаційні можливості) та недержавних, у тому числі – батьківських, організацій (батьківські організації представляють інтереси

аутичних дітей, захищають їхні права. Баланс сил у трикутнику «батьки – держава – наука» забезпечує оптимальний напрямок розвитку системи супроводу, страхує від перекосів у той чи іншій бік. Батьки найбільше зацікавлені у послідовності допомоги своїм дітям на всіх вікових етапах та в гідної якості їх життя);

8) консолідація освіти та сімейного виховання;

9) інтегративна спрямованість корекційного процесу у поєднанні зі спеціалізованим характером допомоги, що надається; визначальна роль індивідуальних особливостей аутичної дитини та етапу корекційної роботи при виборі методичних підходів.

У загальному вигляді, як зазначала Л. Шипіцина, система соціально-педагогічного та медико-соціального супроводу аутичної дитини та її родини може розвиватися за такими типами організаційної структури: централізованим, децентралізованим, централізовано-територіального (сформульовано нами з використанням загальних положень основ менеджменту (М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури) [51].

Таким чином, на основі сучасних положень теорії соціально-педагогічної роботи, можна зробити висновок про переваги централізовано-територіального типу розвитку організаційної структури системи соціально-педагогічного супроводу аутичної дитини та її родини. В більшості країн, де успішно розвивається така система, її розвиток відбувається за централізовано-регіональним типом з тенденцією до поступової децентралізації. На основі вивчення закордонного досвіду та літературних джерел зроблено висновок про доцільність створення спеціалізованих центрів супроводу аутичної дитини та її родини, тобто закладів у системі освіти, які є автономними по відношенню до інших освітніх закладів та взаємодіють з ними на основі договорів про співробітництво.

З метою створення програми соціально-педагогічного супроводу родин, що виховують аутичну дитину нами було проведено анкетування батьків аутичної дитини [20]. Питання анкети надано у Додатку А.

У анкетуванні брало участь 8 батьків.

На перше питання «Визначте основні проблеми сім'ї, що виховує аутичну дитину» отримано наступне ранжування визначених проблем:

Матеріальні труднощі визначено на першому місці 4 батьками (50 %); брак інформаційної допомоги – 2 батьками (25 %); соціальна ізоляція родини була визначена одним батьком (12,5 %), недостатню соціальну допомогу також було визначено одним батьком (12,5 %).

У загальному вигляді розподіл визначення проблеми родини нами узагальнено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Розподіл проблем родини аутичної дитини

| Проблеми | Кількість родин | Кількість у % |
|-------------------------------|-----------------|---------------|
| Матеріальні труднощі | 4 | 50,0 |
| Брак інформаційної допомоги | 2 | 25,0 |
| Соціальна ізоляція родини | 1 | 12,5 |
| Недостатня соціальна допомога | 1 | 12,5 |

На друге питання «Виникає у Вас почуття провини перед дитиною?» 6 батьків відповіли «так» (75 %), 2 батьків (25 %) відповіли «ні». Отже, значна більшість батьків відчуває власну провину щодо виникнення хвороби у дитини.

У процесі непрямого аналізу відповідей з'ясувалося, що більшість батьків аутичних дітей мають нестачу спілкування й психологічні проблеми, що пов'язані з інвалідністю дитини.

На третє питання анкети «Чи існують певні проблеми взаємин в родині?» нами було визначено: всі батьки визначили проблеми між подружжям. Це пояснюється тим, що з 8 родин – 6 неповні (75 %). В двох повних родині мати більш близько спілкується з дитиною ніж батько. Проблеми у взаєминах між батьками, що виховують дитину і самою дитиною визначено в п'яти родині (62,5 %); проблеми взаємодії між братами і сестрами з аутичною дитиною

визначено в двох родин (25 %). Отже, спостерігаємо, що у більшості родин аутичних дітей є проблеми взаємодії між членами родини.

Таким чином, для того, щоб підтримати батьків, що виховують аутичну дитину, з метою хоча б часткового вирішення їхніх проблем, а також для того, щоб навчити батьків надалі знаходити шляхи виходу з проблемних ситуацій нами було розроблено програму соціально-педагогічного супроводу.

2.2. Програма соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з аутизмом

Більшість фахівців з аутизму погоджуються з тим, що однією з умов успішного розвитку, навчання та соціалізації аутичної дитини є ранній початок спеціальної соціально-педагогічної роботи. Визначено, що спільним для аутичних осіб є те, що, коли аутична дитина навчена чомусь, то в силу свого нахилу до стереотипів і в міру своїх інтелектуальних можливостей, вона буде працювати так, як її навчили, хоча це не виключає і творчого підходу до справи. У тих випадках, коли аутичну дитину вірно виховують і вчать, то суспільство одержує відповідальну за свою роботу людину, якою б ця робота не була.

У зв'язку з цим дуже важливим постає питання соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом.

Основними положеннями розробленої нами програми соціально-педагогічного супроводу шкільної освіти дітей з аутизмом є наступні:

- про наближення спеціальної освіти і виховання до вимог сучасної цивілізації з метою повнішого задоволення освітніх і соціокультурних потреб дітей з аутизмом на протязі всього життя;

- про унікальність кожної аутичної дитини, що диктує неможливість точного передбачення конкретних результатів педагогічної діяльності,

особливо на переломних етапах її дезонтогенетичного розвитку;

- про культуру, засновану на стосунках гідності, де провідною є цінність особистості людини, незалежно від того, чи може ця людина приносити користь, чи може брати участь у суспільно-корисній праці;

- про важливість врахування в педагогічній діяльності і в сім'ї суперечливості між потребами і вимогами суспільства («треба») та потребами і можливостями аутичної дитини («хочу» і «можу»);

- про закономірності особистісного зростання у виховно-освітніх взаємодіях дітей і дорослих;

- про мозкову організацію когнітивних процесів і емоцій;

- про загальні закономірності спотвореного розвитку;

- про соціалізацію (її складові і фази становлення) як процес і результат взаємодії особистості і суспільства;

- про сімейне виховання як одного з механізмів розвитку, навчання і соціалізації дитини та про становлення сім'ї в якості психічної спільності.

Визначені положення дозволять надати проблемі освіти, розвитку і соціалізації аутичної дитини комплексну форму.

Мета програми супроводу – забезпечити усі види соціально-педагогічної та медико-соціальної допомоги аутичним особам та їх родинам.

Першочергове значення для розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом на етапі здійснення розробленої нами програми мають такі загальні завдання:

- 1) вивчення природи дитинства аутичної особи як соціокультурного феномена (а не просто явища);

- 2) аналіз закономірностей, механізмів і умов присвоєння аутистом здобутків освіти і культури як процесу, здійснення якого можливе на основі поняття про детермінацію і самодетермінацію психічного розвитку;

- 3) визначення культуруотворюючих засад проектування корекційно-розвивального і превентивного навчання даної категорії дітей;

- 4) виявлення джерел особистісного зростання аутиста і значущих для

нього дорослих в умовах сімейного виховання;

5) організація навчального процесу і особливого педагогічного середовища;

б) координація співпраці спеціалістів і родини аутичної дитини;

7) уточнення системи психолого-медико-педагогічного супроводу аутичної дитини;

8) визначення організаційно-економічних аспектів розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом.

До типів закладів, які зможуть здійснювати соціально-педагогічний супровід, на нашу думку, слід віднести централізований заклад педагогічної корекції (центр супроводу), один на місто (область), який має значний штат та впроваджує комплексні соціальні послуги усій цільовій групі користувачів (аутичних осіб та їх родин), які проживають у даному регіоні. Наприклад, у Києві кількість аутичних дітей віком до 9 років становить близько 430 осіб, від 10 до 19 років – 780 осіб (розраховано шляхом використання середнього з наведених у літературі епідеміологічного рівню: 20 випадків на 10 000 населення) [20].

Зміст роботи центру супроводу. Заклад має забезпечити всі форми роботи, які доцільні з аутичними особами та їх родинами. Однак, деякі форми роботи за умов такого типу розвитку організаційної структури супроводу забезпечити неможливо.

Аналіз і узагальнення викладених матеріалів дають підставу в програмі соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом виділити декілька напрямів роботи:

I напрям. Він охоплює формування всіх рівнів переробки інформації, тобто забезпечує коригування у дітей регулятивної дисфункції.

II напрям. Він спрямовується на корекцію порушень механізму управління процесом переробки інформації і планування дій, тобто включає роботу по формуванню центрального зв'язування.

Отже, I і II напрями роботи соціального педагога передбачають

коригування у дітей з аутизмом когнітивних порушень.

III напрям роботи включає корекцію порушень соціальної поведінки, які при аутизмі пов'язуються з дисфункцією лімбічних структур. Підвищення рівня сформованості здібності до соціальної взаємодії, своєю чергою, призведе до зміцнення функцій програмування і контролю.

IV напрям роботи – превентивне і корекційно-розвивальне навчання,– спрямоване на полегшення оволодіння дітьми з аутизмом знаннями, вміннями і навичками, що визначені індивідуальними програмами їх навчання. Оскільки такі теорії аутизму, як регулятивна дисфункція, ослаблення центрального зв'язування і лімбічна ми розглядаємо не як конкуруючі, а як взаємодоповнюючі, тому змістом превентивного і корекційно-розвивального навчання передбачено введення обов'язкового підготовчого етапу роботи. Цьому етапу ми надаємо виключного значення, бо, спираючись на ключові положення зазначених теорій, соціальний педагог зможе своєчасно передбачати, запобігати і коригувати у дітей когнітивні порушення і вади соціальної поведінки.

Функції діяльності соціального педагога під час дії заходів програми соціально-педагогічного супроводу:

- розробка та впровадження індивідуальної загальноосвітньої програми навчання в залежності від можливостей дитини на основі масової або допоміжної програми (яка потребує визначення мотиваційного та процесуального компонентів навчальної діяльності аутичної дитини), а також – програми для шкіл інтенсивної педагогічної корекції (у співпраці з психологами);

- розвиток навичок самообслуговування та самостійного життя (у співпраці з родиною та з психологами);

- виявлення та розвиток парціальної обдарованості аутичної дитини та підготовка дитини (за можливістю) до професійної діяльності у цій галузі (у співпраці з родиною, психологами та соціальним працівником);

У результаті проведення такої роботи закладається основа для успішного

навчання дошкільників і школярів з аутизмом. Етапи соціально-педагогічного супроводу аутичних дітей складуть декілька основних напрямів роботи, зміст яких представлено нижче у Додатку А.

Отже, зазначимо, що впровадження запропонованої програми соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом потребує обов'язкової консолідації зусиль соціальних педагогів і сім'ї.

Таким чином, гіпотезу дослідження про те, що соціально-педагогічний супровід дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом слід проводити в напрямку корекції та розвитку соціальної поведінки дітей на основі комплексної допомоги у вирішенні соціальних проблем, підтверджено.

2.3. Рекомендації з організації та проведення соціально-педагогічного супроводу дитини з аутизмом

Сучасні підходи до організації соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом та педагогічної корекції аутизму передбачають активну участь батьків у соціально-педагогічному корекційному процесі. Консолідація зусиль фахівців з аутизму та родини аутичної дитини є дуже важливою з наступних причин:

1. Стратегічні цілі соціально-педагогічного процесу (розвиток комунікативних можливостей (як вербальних, так і невербальних), міжособистосних взаємостосунків, оволодіння навичками спільної діяльності, можливістю емпатії тощо) мають бути досягнуті, у першу чергу, в масштабі соціальної взаємодії типу «батьки – дитина» з подальшим перенесенням набутих дитиною навичок у інші типи соціальної взаємодії – «дитина – педагог», «дитина – знайомий дорослий», «дитина – інша дитина», з поступовим розширенням та ускладненням соціальних контактів.

Відомо, що виховання аутичної дитини є складнішим завданням, ніж

її навчання. Успіх цього процесу багато в чому обумовлений конструктивністю батьківської позиції: спроможністю батьків прийняти як данність психофізичний стан дитини, їхнє настановлення на пошук різноманітних шляхів, що сприяють оптимальному її розвитку, власна робота в цьому напрямі. Для формування такої позиції необхідна допомога спеціалістів.

Варто знати та прийняти те, що аутичні люди не можуть бути «такими, як усі». Самі високофункціонуючі аутисти, серед яких найвідомішими є Дж. Сінклер та Т. Грендін, відкривають нам, фахівцям, очі на те, що аутизм – не «викривлений» розвиток, а особливий, принципово відмінним від нашого спосіб існування [13].

Фахівці підкреслюють, що основне психічне та фізичне навантаження роботи з аутичною дитиною належить її матері, якій життєво необхідна регулярна допомога фахівців, що в змозі кваліфіковано оцінювати стан дитини, його динаміку, підказувати матері конкретні корекційні прийоми в роботі з дитиною, намічати наступні закономірні етапи психологічної корекції та навчання. Однак у спробах налагодити взаємодію з дитиною з істотними порушеннями емоційного розвитку фахівець ні в якому разі не повинен підміняти батьків. Механізм прихильності має бути сформований саме до матері, саме вона, як зазначала О. Баєнська, має навчитися самостійно керувати поведінкою дитини, самостійно справлятися зі станами його підвищеної тривожності, агресивності. Тільки вона найбільш природно може наповнити їх спільні стереотипи побутового життя важливими для обох афективними подробицями [1].

Тому так важливо, щоб мати отримувала регулярну допомогу від психолога та соціального працівника у вирішенні власних особистісних проблем, а не тільки питань, пов'язаних з дитиною.

2. Без активної участі родини аутичної дитини повноцінний соціально-педагогічний процес супроводу (так саме як і ефективне медикаментозне лікування дитини) є неможливим. Батьки та усі фахівці (спеціальний педагог,

психолог, лікар, шкільний вчитель, соціальний працівник), які працюють з дитиною, мають створювати дитині необхідний для неї афективний режим, так званий «лікувальний режим життя» [37].

До того ж, відомі випадки, коли батьки виступають у ролі «посередників» між дитиною та навколишнім світом, допомагаючи дитині у її невербальній комунікації; їхня безпосередня участь значно підвищує адаптаційні можливості дитини.

3. Родина, де зростає аутична дитина, для запобігання вторинної аутизації дитини та її сім'ї потребує постійної психологічної та методичної допомоги, а також – соціального супроводу [13].

У наших вітчизняних реаліях найкращий варіант співробітництва між родиною та фахівцями полягає в тому, що батьки мають виконувати рекомендації фахівців стосовно адекватно організованого середовища, особливого афективного режиму виховання дитини, сенсорної організації простору; виконання домашніх завдань тощо, а фахівці, в свою чергу, допомагають родині у її повсякденних психологічних та педагогічних (не соціальних) проблемах.

Більшість аутичних дітей потребує постійного нагляду лікарів різного фаху (психоневролога, педіатра, алерголога, гастроентеролога та ін.). Роль медичного забезпечення соціально-педагогічного процесу полягає у допомозі педагогам, психологам, соціальним працівникам та родині у розвитку, навчанні та соціалізації аутичної дитини.

Підтримка психолога життєво необхідна аутичній дитині та її родині на всіх етапах розвитку. Для комплексної роботи з соціально-педагогічного супроводу з аутичною дитиною доцільна наступна диференціація соціальних педагогів і психологів: психологи-діагности, соціальні педагоги-терапевти, психологи, що забезпечують навчальний процес з аутичними дітьми.

Роль психологічного забезпечення соціально-педагогічного процесу супроводу полягає у координації співпраці всіх учасників даного процесу та у

допомозі педагогам, соціальним працівникам та родині у розвитку, навчанні та соціалізації аутичної дитини.

У процесі зростання дитини соціальні педагоги починають відігравати все значнішу роль у консолідації освіти та сімейного виховання. Для повноцінного розвитку та навчання аутичної дитини необхідна співпраця спеціальних педагогів-аутологів та шкільних вчителів.

Роль соціальних педагогів полягає, безпосередньо, у розвитку, навчанні та соціалізації аутичної дитини у співпраці з психологами, лікарями, соціальним працівникам та родиною.

Для того, щоб усі учасники соціально-педагогічного процесу могли повноцінно виконувати свої функції, їм необхідна постійна підтримка соціального працівника, яка набуває особливого значення на початку соціально-педагогічного процесу, коли родина вперше усвідомлює те, що дитина має аутичні викривлення розвитку; та у підлітковому та юнацькому віці, коли молода людина робить перші спроби самостійного життя на можливому для себе рівні [6].

Роль соціального педагога – у забезпеченні нормального соціального функціонування всіх членів родини, збереженні та відновленні важливіших соціальних зв'язків (робота, родичі, друзі) та взагалі – самої родини; оскільки від прийняттого психологічного клімату в родині та її спроможності взяти ефективну участь у корекційно-педагогічному процесі залежить можливість створення найкращих умов для розвитку дитини.

Функції соціального педагога:

- захист прав родини та дитини, контроль виконання батьками їхніх обов'язків;
- допомога родині у виборі закладів, які візьмуть участь у розвитку навчанні та соціалізації дитини;
- підготовка дитини до самостійного життя, допомога у профорієнтації та працевлаштуванні (у співпраці з родиною).

В режимі групової роботи як активного соціально-педагогічного навчання

так само створюються умови для розширення контексту бачення власної проблематики батьків. Цьому допомагають, наприклад, так звані «розстановки» членів родини (їх символічно можуть зображати чашки чи ляльки) за яких важливим є розуміння того, як відчувають себе члени родини на тому чи іншому місці, що вони прагнуть донести до інших. У цьому випадку учасниця тренінгу, яка здійснює розстановку, говорить від імені кожної фігури, що та відчуває на певному місці і що хоче сказати іншим членам родини (кожному по черзі).

Дієвим методом осмислення можливостей і меж власної ситуації для батьківаутичної дитини є також аналіз продуктів діяльності: малюнку, ліплення, символічної поробки тощо. Так, наприклад, вводиться тема метафорічного порівняння сім'ї з будинком. Кожній мамі дається попереднє завдання визначити і записати ті ролі, які вона виконує у сім'ї, а також ті частини будинку, які символізують ці ролі. Після цього кожна мама з кольорового картону робить свій будинок (чи квартиру), позначаючи особливим чином ті його фрагменти, які символізують її ролі у цьому будинку.

Для конструювання будинку використовуються принесені коробки, будь-які шуфляди та полицьки, скотч, клей, яскраві наклейки, ножиці. Коли всі моделі будинків (квартир) готові, вся група підходить до кожного будинку і включається в організований психологом процес обговорення. Змістом цієї розмови є аналіз особливостей структури будинку (розмір, симетрія, співвідношення частин), його кольорової гамми, наявності закритих частин, зовнішнього фону, наповнення деталями, а також – ті асоціації які викликані образом цього будинку. Окремим завданням для наступної зустрічі може бути ліплення з пластиліну членів родини і розміщення їх у межах створеного будинку.

В процесі продуктивної діяльності відбувається усвідомлення кожною матір'ю свого місця у сім'ї, власних почуттів, очікувань тощо. Зворотній зв'язок, що вона отримує від групи і психолога, розширює межі її бачення своєї

ситуації, надає нову інформацію для осмислення, викликає розуміння шляхів впливу на наявний сімейний стан.

Таким чином, системна сімейна терапія, що впроваджується у формах індивідуальних консультацій і групової роботи, надає батькам аутичних дітей допоміжні імпульси для створення нових зразків взаємодії у сім'ї, для власного особистісного зростання.

Результатом впровадження комплексної роботи з батьками аутичних дітей є активне і творче ставлення до ситуації взаємодії з власною дитиною, налагодження продуктивної комунікації всередині сім'ї в цілому, що обумовлює позитивні зміни для дитини в плані її розвитку та соціальної адаптації.

Отже, родина аутичної дитини є центром всієї команди. Усі учасники соціально-педагогічного процесу не можуть виконувати свої ролі та функції без тісної співпраці з нею.

На кожному віковому етапі життя аутичної дитини консолідація освіти і сімейного виховання необхідна для розв'язання актуальних для кожного етапу завдань, які мають бути розв'язані на можливому для дитини рівні.

Провідну роль відіграє родина у співпраці з соціальним педагогом:

1. Усвідомлення родиною проблем дитини, особливостей її розвитку, розуміння суті, природи аутистичних проявів; необхідності співпраці з фахівцями на усіх вікових етапах (забезпечують психолог та соціальний працівник шляхом консультацій, тренінгів, лекцій та ін.).

2. Ретельне дослідження рівня розвитку дитини, побудова «профілю научаності», зіставлення рівня інтелектуального розвитку дитини з фізіологічним розвитком та паспортним віком; дослідження зрілості окремих психічних функцій; виявлення «островків розвитку» та функцій, що «западають», дослідження рівня розвитку мовлення, сформованості навичок творчої гри, комунікації, соціально-побутових навичок, успішності дитини в окремих видах діяльності, її особливі пристрасті тощо; побудова індивідуального плану розвитку; розробка та використання стратегій навчання,

індивідуальних для кожної дитини (забезпечують психолог та педагоги шляхом тестувань, спостережень, бесід з батьками та ін.).

3. Створення особливого афективного режиму життя та адаптація навколишнього середовища з метою найбільшого сприяння розвитку дитини (забезпечують батьки у співпраці з педагогами та психологом шляхом просторово-часової розмітки середовища, емоційної регуляції та ін.).

4. Здобуття дитиною первинних соціально-комунікативних навичок, а також – навичок навчання та спільної діяльності (забезпечують педагоги та психологи у співпраці з батьками шляхом застосування методик прикладного аналізу поведінки (АВА), розвитку міжособистісних стосунків).

5. Здобуття дитиною первинних соціально-побутових навичок та навичок самостійності (забезпечують педагоги та психологи у співпраці з батьками шляхом тренування навичок).

6. Запобігання вторинної аутизації дитини та її родини (забезпечують соціальні педагоги та психологи у співпраці з батьками шляхом допомоги у розв'язанні соціальних проблем, що з'являються у процесі зростання дитини).

7. Психолого-педагогічна підтримка родини (забезпечують педагоги та психологи шляхом тренінгів та лекцій для батьків, навчання батьків конкретним прийомам взаємодії з дитиною).

8. Інтеграція дитини у дитячий колектив масового чи спеціалізованого дошкільного закладу (школи) (забезпечують соціальні працівники, педагоги-аутологи та психологи у співпраці з батьками шляхом підбору закладу, підготовки аутичної дитини та її родини, педагогів закладу, членів дитячого колективу та їхньої підтримки підчас перебування дитини у закладі).

9. Моніторинг розвитку дитини (забезпечують педагоги та психологи шляхом тестувань, спостережень, бесід з батьками та ін.).

10. Загальноосвітнє навчання за програмою, яка відповідає можливостям дитини (забезпечують педагоги та психологи у співпраці з батьками шляхом розробки та впровадження індивідуальної програми навчання).

11. Психолого-педагогічна підтримка родини (забезпечують педагоги та психологи шляхом тренінгів та лекцій для батьків).

Таким чином, вважаємо, що соціально-педагогічний супровід повинно проводити в напрямку розвитку спілкування і соціальної поведінки дітей з аутизмом, а саме: формувати вміння інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, здійснювати вибірково уважність, оперативну оцінку і вибір реакцій у відповідь на інформацію, що поступає, розуміти переживання іншої особистості.

ВИСНОВКИ

Дитячий аутизм є предметом розгляду медицини, психології, а останніх років усе частіше трактується як важлива комплексна психолого-педагогічна проблема. За міжнародною класифікацією дитячий аутизм відноситься до первазивних порушень, що охоплюють усі сторони психічного розвитку дитини.

Аутизм – це особливий тип порушення психічного розвитку, що виникає на основі біологічної дефіцитарності нервової системи дитини. Відомо, що існує великий досвід вирішення аналогічних проблем, накопичений зарубіжною педагогікою і психологією, перш за все, у рамках поведінкової терапії. Здійснюються активні спроби асиміляції його як вітчизняними спеціалістами, так і самими батьками аутичних дітей.

Права аутичної дитини закріплено в низці правових документів. Основні ідеї, що стосуються прав і свобод осіб з обмеженими можливостями, викладено в розроблених і прийнятих документах ООН, а саме: Загальній декларації прав людини; Декларації про права розумово відсталих осіб; Декларації про права інвалідів; Конвенції про права дитини.

Система допомоги особам з аутизмом в Україні лише почала формуватися, чим започатковується виконання державою обов'язків по реалізації конституційного права своїх аутичних громадян на адекватну їхнім можливостям освіту. Як свідчить аналіз спеціальної літератури, методи для лікування аутизму розроблені недостатньо, тому цим дітям на сьогодні можливо лише реабілітаційну і корекційну допомогу.

На сьогодні на вирішення проблеми навчання і інтеграції у соціум аутичних дітей спрямовані зусилля зарубіжних і вітчизняних спеціалістів, які використовують широкий комплекс методів – медичних, соціально-педагогічних, нейропсихологічних і психологічних. Але відсутня єдина теоретична позиція спеціалістів, використовуються різноманітні підходи,

теоретичні установи.

Проблема інтеграції аутичних дітей, розвиток їхньої соціальної активності і адаптованості є однією з головних проблем корекційної і соціальної педагогіки. Ефективність соціальної інтеграції детермінується, по-перше, готовністю дитини з аутизмом увійти в життя звичайного суспільства в якості повноправних учасників і, по-друге, готовністю даного суспільства прийняти їх у такій якості.

Надання соціально-педагогічної допомоги такій категорії дітей вимагає знання причин, специфіки проявів, рівнів, форм дитячого аутизму. Дитячий аутизм (від лат. *autos* – сам) є одним із клінічних варіантів такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (за термінологією В. Лебединського). Нині на основі етіопатогенетичного підходу виділено (К. Лебединською) декілька варіантів аутизму. Так, дитячий аутизм при різних захворюваннях ЦНС (органічний аутизм) проявляється в психічній інертності дитини, руховій недостатності, а також у порушеннях уваги та пам'яті. Крім того, у дітей спостерігається затримка мовленнєвого та інтелектуального розвитку. Психогенний аутизм виникає переважно в дітей до 3–4 років, які зростають в умовах емоційної депривації, тобто за довготривалої відсутності матері, неправильному домашньому вихованні чи в інтернатах тощо. Характеризується порушенням контакту з оточуючими, емоційною інфантильністю, пасивністю, відсутністю диференційованих емоцій, затримкою розвитку мовлення і психомоторики. Встановлено, що за нормалізації умов виховання цей варіант аутизму може зникнути. Проте у випадку перебування дитини в несприятливих умовах протягом перших трьох років життя аутична поведінка і порушення мовленнєвого розвитку стають стійкими. Діти з аутизмом шизофренічної етіології відрізняються більш вираженою відгородженістю від зовнішнього світу, слабкістю контактів з навколишніми. У них спостерігається виражена дисоціація психічних процесів, стирання меж між суб'єктивним і об'єктивним, занурювання в світ внутрішніх хворобливих переживань і патологічних фантазій тощо. К. Лебединська розмежовує також аутизм при захворюваннях

обміну речовин; аутизм при хромосомній патології.

До основних ознак аутизму науковці відносять: недостатню або повну відсутність потреби в контактах з оточуючими; активне прагнення самотності (почувають себе помітно краще, коли їх залишають одних); відгородженість від зовнішнього світу; слабкість емоційного реагування стосовно близьких людей, аж до повної байдужості до них (афективна блокада). Поруч з байдужістю можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється залишатися без матері, хоча ніколи не буває з нею ніжною; слабка здатність (або нездатність) диференціювати живі й неживі об'єкти, чим, зокрема, пояснюється їхня агресивна поведінка стосовно іншої дитини, яку вони можуть сприймати як ляльку. Однією з ознак виступає також недостатня реакція на зорові та слухові подразники, хоча аутисти можуть бути дуже чутливими до слабких подразників. Аутистам властивий феномен тотожності (за А. Канером), тобто прагнення до збереження незмінності оточуючого простору. Страх усього нового; примітивні рухи й захоплення одноманітними іграми також видають дитину-аутиста.

Нормальному психічному розвитку дитини з аутизмом перешкоджають такі розлади: дефіцит психічної активності дитини; вади сенсомоторних функцій; вади інстинктивної сфери; мисленнево-мовленнєві порушення. Їх причинами більшість учених вважає: біологічну недостатність усіх регуляторних систем (активувальної та інстинктивно-афективної), а також дефіцитарність аналізаторних систем (гностичних, мовленнєвих, рухових); соціальні (вторинні) фактори. Вихідна енергетична недостатність дітей (швидка виснаженість, перенасичення будь-якою діяльністю, низькі сенсорні пороги з вираженим негативним фоном тощо) підвищує їхню готовність до формування реакції страху, що створює хронічну ситуацію дискомфорту. Тому, як вважають дослідники, аутизм для таких дітей є своєрідною компенсаторною реакцією, спрямованою на захист від зовнішнього середовища, що травмує. Основними специфічними проявами, які значною мірою залежать від ступеня тяжкості аутизму, є дефіцит потреби у спілкуванні; афективна дезадаптація; порушення

поведінки внаслідок недорозвитку регулятивних функцій; варіативність і специфічність інтелектуального та мовленнєвого розвитку.

Соціально-педагогічний супровід аутичних дітей – це система реабілітаційних і корекційних засобів, які спрямовані на підвищення соціальної активності дитини, на розвиток її самостійності, на інтеграцію у соціумі.

Важливим завданням проведення соціально-педагогічного супроводу з аутичної дитиною є розвиток у дитини доступних їй способів афектної адаптації до свого оточення, використовуючи комплексний підхід до організації її афектного життя і нормалізуючи її взаємодію перш за все, з близькими для неї людьми. Вся соціально-педагогічна робота проводиться поетапно, при цьому першочерговим завданням є встановлення емоційного контакту з дитиною, розвиток її емоційної взаємодії із зовнішнім світом.

У експериментальній частині роботи нами було розроблено програму соціально-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з аутизмом.

Метою програми супроводу було забезпечити усі види соціально-педагогічної та медико-соціальної допомоги аутичним особам та їх родинам.

В програмі соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом нами було виділено декілька напрямів роботи:

1) перший напрям охоплює формування всіх рівнів переробки інформації, тобто забезпечує коригування у дітей регулятивної дисфункції;

2) другий напрям спрямовується на корекцію порушень механізму управління процесом переробки інформації і планування дій, тобто включає роботу по формуванню центрального зв'язування;

3) третій напрям роботи включає корекцію порушень соціальної поведінки, які при аутизмі пов'язуються з дисфункцією лімбічних структур. Підвищення рівня сформованості здібності до соціальної взаємодії, своєю чергою, призведе до зміцнення функцій програмування і контролю;

4) четвертий напрям – превентивне і корекційно-розвивальне навчання, – спрямоване на полегшення оволодіння дітьми з аутизмом знаннями, вміннями і

навичками, що визначені індивідуальними програмами їх навчання.

Впровадження запропонованої програми соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом потребує обов'язкової консолідації зусиль соціальних педагогів і сім'ї.

Таким чином, гіпотезу дослідження про те, що соціально-педагогічний супровід дітей молодшого шкільного віку з дитячим аутизмом слід проводити в напрямку корекції та розвитку соціальної поведінки дітей на основі комплексної допомоги у вирішенні соціальних проблем, підтверджено.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баенская Е. Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет. *Дефектология*. 1995. № 5. С. 76-83.
2. Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). Москва : Изд-во: Теревинф, 2007. 128 с.
3. Башина В. М. Ранний детский аутизм. *Исцеление*. Москва : Знание, 1993. С. 154-165.
4. Башина В. М. Аутизм в детстве. Москва : Медицина, 1999. 157 с.
5. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. Москва : Традиция, 2004. 184 с.
6. Блейлер Б. Аффективность, внушение, паранойя. Москва : ВИНТИ, 2006. 208 с.
7. Варенова Т. В. Коррекционная педагогика: учебно-методический комплекс для студентов специальности «Социальная работа». Минск : ГИУСТБГУ, 2007. 98 с.
8. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. *Дефектология*. 1997. № 2. С. 31-40.
9. Выготский Л. С. Вопросы детской (возрастной) психологии. Москва : Просвещение, 1983. 393 с.
10. Гарбузов В. И. Нервные дети. Ленинград : Медицина, 1990. 216 с.
11. Гилберт К., Питере Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. Санкт-Петербург : иСПиП 1998. 124 с.
12. Грэндин Т., Скариано М. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. Москва : Центр лечеб. педагогики, 1999. 228 с.
13. Дальто Ф. На стороне ребенка. Москва : У-Фактория, 2004. 388 с.
14. Детская психоневрология / под ред. проф. Л. А. Булаховой. Киев : Здоров'я, 2001. 496 с.

15. Детский аутизм : учебное пособие для студентов / сост. Л. М. Шипицына. Санкт-Петербург : Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. 368 с.
16. Дефектология : словарь-справочник: / под ред. Б. П. Пузанова. Москва : Сфера, 2005. 344 с.
17. Джосеф Р. Нейропсихологические основы понимания аутизма. Санкт-Петербург : Изд-во «Дидактика Плюс», 1999. 413 с.
18. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М. Если Ваш ребенок отстает в развитии. Москва : Дело, 1993. 164 с.
19. Заверико Н. В., Соловьева Т. Г. Соціально-педагогічна робота з батьками, що виховують дітей з особливими потребами : навч.-метод. посібник. Запоріжжя : ПП «АА Тандем», 2008. 53 с.
20. Изард К. Э. Психология эмоций. Санкт-Петербург : Речь, 1999. 256 с.
21. Карвасарская И. Б. Из опыта работы с аутичными детьми. Москва : Теревинф, 2003. 70 с.
22. Каган В. Е. Аутизм у детей. Ленинград : Наука, 1981. 319 с.
23. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / под науч. ред. проф. Л. М. Шипицыной. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 240 с.
24. Коэн Ш. Как жить с аутизмом? Москва : Институт Общегуманитарных Исследований, 2008. 240 с.
25. Кряжева Н. Л. Развитие эмоционального мира детей. Ярославль : Наука, 1997. 188 с.
26. Лебединская К. С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма. *Дефектология*. 1994. № 2. С. 3-8.
27. Лебединская К., Никольская О. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. *Дефектология*. 1987. № 6. С. 10-16.
28. Лебединская К., Никольская О. Диагностика раннего детского аутизма. Москва : Просвещение, 1991. 154 с.
29. Лебединская К. Никольская О. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма. *Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей*. Москва : Академия, 1988. С. 34-39.

30. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. *Дефектология*. 1996. № 3. С. 56-66.
31. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології : навчальний посібник. Київ : Перун, 1996. 464 с.
32. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. Санкт-Петербург : Речь, 2003. 398 с.
33. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. Москва : Дело, 1997. 98 с.
34. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Основы генетики: Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии : учебное пособие для студ. пед. высш. учеб. заведений. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 368 с.
35. Морозова С. С. Развитие речи у аутичных детей в рамках поведенческой терапии. URL: www.SpecialNeeds.ru.
36. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей. *Дефектология*. 1995. № 2. С. 8-17.
37. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Москва : Теревинф, 2000. 336 с.
38. Нуриева Л. Г. Развитие речи у аутичных детей. Москва : Теревинф, 2007. 112 с.
39. Островська К. О. Терапія і навчання аутичних дітей. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : збірник наукових праць. – №1 (3). – К.: Університет «Україна», 2004. – С.528–534.
40. Островська К. О., Химко М. Б. Гіперактивність із дефіцитом уваги у дітей з аутизмом: прояви та способи допомоги : методичний посібник для проведення практичних занять з курсу «Дитячий аутизм: проблеми психологічної допомоги». Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 40 с.
41. Островська К. О., Химко М. Б. Проблеми психологічної діагностики аутичних дітей : методичні рекомендації для проведення практичних

- занять з курсу «Дитячий аутизм: проблеми психологічної допомоги». Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 38 с.
42. Парк К. Социальное развитие аутиста: глазами родителя. *Московский психотерапевтический журнал*. 1994. № 3. С. 65-95.
 43. Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Москва, 1997. 29 с.
 44. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию : книга для педагогов-дефектологов. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. 240 с.
 45. Права інвалідів в українському законодавстві : правовий посібник / упоряд. К. Шумська. URL : <http://obljustif.gov.ua/wp-content/uploads/2010/05/Prava-invalidiv-v-ukrayinskomu-zakonodavstvi-2.pdf>.
 46. Радченко М. І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. пр. 2002. Т. 4. С. 207-215
 47. Ранний детский аутизм / под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской. Москва : Смысл, 1981. 318 с.
 48. Саттари П. Дети с аутизмом. Санкт-Петербург : Питер, 2005. 244 с.
 49. Соціальна педагогіка. Курс лекцій : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под общ. ред. М. А. Галагузовой. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 416 с
 50. Соціальна робота в Україні: перші кроки / за ред. В. Полтавця. Київ : Видавничий дім КМ «Academia», 2000. 368 с.
 51. Тарасун В. В. Асинхронний психічний розвиток: діагностичні критерії, причини, основні концепції, методи навчання. *Дефектологія*. 2003. № 4. С. 39-44.
 52. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навчальний посібник для вищих навчальних закладів. Київ : Вища школа, 2004. 103 с.

53. Ульянов Р. К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми. *Педагогический поиск*. 1999. № 9. С. 3.
54. Феррари П. Детский аутизм. Москва : Изд-во Образование и здоровье, 2006. 273 с.
55. Шипицина Л. М. Коррекционно-образовательные программы для детей с глубоким нарушением интеллекта. Санкт-Петербург : Образование, 1996. 104 с.
56. Шоллер Э., Ландзинд М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Москва : Изд-во БелАПДИ 1997. 256 с.
57. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский и др. Москва : Изд-во МГУ, 1990. 128 с.
58. Aarons M., Gittens T. The handbook of autism. L&NY, 1994. 185 p.
59. Baron-Cohen S. Autism and symbolic play. *The British Journal of Developmental Psychology*. 1987. Vol. 5. P. 14-16.
60. Behavioral issues in autism / eds : E. Schopler, G. B. Mesibov. New York etc. : Plenum Press, 1994. 295 p.
61. Dawson G. Neuropsychology of autism: a report on the state of the science. *Journal of Autism & Developmental Disorders*/ 1996. № 26. P. 179-184.
62. Dennis M. Frontal lobe function in childhood and adolescence: a heuristic for assessing attention regulation, executive control, and the intentional states important for social discourse. *Developmental Neuropsychology*. 1991. № 7. P. 327-358.
63. Hughes C. Executive function in preschoolers: links with theory of mind and verbal ability. *British Journal of Developmental Psychology*, 1998. № 16. P. 233-253.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

1. «Визначте основні проблеми сім'ї, що виховує аутичну дитину»:
 - соціальна ізоляція родини;
 - недостатня соціальна допомога.
 - матеріальні труднощі;
 - брак інформаційної допомоги.
2. «Виникає у Вас почуття провини перед дитиною?»
 - так;
 - ні;
 - не знаю.
3. «Чи існують певні проблеми взаємин в родині?»
 - між подружжям;
 - між батьками і дитиною;
 - між близькими родичами і дитиною.

Додаток Б

Етапи програми соціально-педагогічного супроводу дітей з аутизмом
молодшого шкільного віку



Рисунок Б.1. – Етап 1. Діагностика стану сформованості когнітивної сфери та соціально-емоційної поведінки

Отже, блок роботи, представлений у етапі 1, включає:

- діагностику у дітей з аутизмом стану сформованості функції програмування і контролю;
- оцінювання рівня розвитку здібності до планування;
- формулювання висновку про стан зрілості (порушення) розвитку основних видів синтетичних структур;
- оцінювання стану розвитку основних одиниць проміжної форми мови (гештальту і фрейму);
- встановлення найбільш зручного для дитини способу діяльності;
- визначення домінантної емоційної системи.

Етап 2. Формування у дітей з аутизмом єдиної, універсальної, високоорганізованої системи переробки інформації

| Напрями | Система методик |
|--|---|
| <p>Формування всіх рівнів переробки інформації і механізму управління цим процесом.</p> <p>1. Формування функції сприймання, планування, контролю (музики, ліплення з глини, танці):</p> <ul style="list-style-type: none"> розвиток вміння утримувати програму дій у пам'яті; формування ідеї порядку, послідовності дій в рамках тієї чи іншої діяльності; формування цілісного уявлення про взаємозв'язок окремих дій; розвиток базових понять; вибіркове реагування на один з двох і більше стимулів. <p>2. Розвиток здібності утримувати у свідомості інформацію, що постійно змінюється:</p> <ul style="list-style-type: none"> активізація оперативної пам'яті як компонента функції програмування і контролю; формування вміння відгальмовувати неадекватні реакції. <p>3. Розвиток самоконтролю. Формування вміння використовувати внутрішнє мовлення для:</p> <ul style="list-style-type: none"> утримання у свідомості умовних правил і здійснення на їх основі регуляції своєї поведінки; забезпечення переходу від форм регуляції поведінки ззовні до саморегуляції (внутрішньої регуляції), а також до вищих форм словесної регуляції (планування наступних дій). | <p>При корекції порушень функції програмування і контролю застосовувати методи, що максимально розгортають процес програмування, забезпечуючи перехід від дій у зовнішньому матеріалі до їх згорнутих форм. Робота здійснюється в інтерактивній формі, тобто від спільних дій педагога і дитини по створенню і реалізації програми у зовнішньому плані до дій спочатку за допомогою педагога, а потім – до самостійного виконання. Система методів повинна передбачати широке варіювання матеріалу за складністю.</p> |

Етап 3. Формування соціально-емоційної поведінки

| Напрями | Система методик |
|---|--|
| <p data-bbox="357 353 900 387">А. Формування емоційних станів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 421 1027 517">- розвиток здібності до швидкого розрізнення базальних емоцій; <li data-bbox="229 551 1027 647">- розвиток рухів очей у відповідь на емоційні стимули; <li data-bbox="229 680 1027 777">- коригування негативної підсистеми емоційно-особистісної сфери дитини; <li data-bbox="229 810 1027 907">- корекція емоційного статусу (скарги, ставлення до свого стану). | <p data-bbox="1059 353 1503 387">При формуванні емоційних станів застосовувати</p> <p data-bbox="1059 483 1503 517">первинний аналіз</p> <p data-bbox="1059 551 1503 584">емоційного стану; прямі і</p> <p data-bbox="1059 618 1503 651">непрямі методи оцінки; про-</p> <p data-bbox="1059 685 1503 719">ективні методики; вербальні</p> <p data-bbox="1059 752 1503 786">і невербальні методи</p> <p data-bbox="1059 819 1503 853">(оцінка виразу облич, метод</p> <p data-bbox="1059 887 1503 920">семантичного</p> <p data-bbox="1059 954 1503 987">диференціалізму);</p> |
| <p data-bbox="357 999 900 1032">Б. Розвиток соціальної поведінки:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 1066 1027 1162">- формування ініціативи в процесі взаємодії з іншими людьми; <li data-bbox="229 1196 1027 1229">- корекція уникання соціальних взаємодій; <li data-bbox="229 1263 1027 1296">- підсилення контакту очей; <li data-bbox="229 1330 1027 1364">- збагачення мимічної і тілесної експресії; <li data-bbox="229 1397 1027 1494">- формування здатності орієнтуватися в своїй поведінці на соціальне оточення; <li data-bbox="229 1527 1027 1561">- формування здібності до афективних проявів; <li data-bbox="229 1594 1027 1691">- розвиток вміння безпосередньо і відстрочено наслідувати прояви поведінки інших людей; <li data-bbox="229 1724 1027 1758">- формування навичок символічної гри. | <p data-bbox="1059 999 1378 1032">Формування вміння:</p> <p data-bbox="1059 1066 1503 1099">впізнавати об'єкти, раніше</p> <p data-bbox="1059 1133 1503 1167">бачені (відстрочене</p> <p data-bbox="1059 1200 1503 1234">відтворення); відстрочено</p> <p data-bbox="1059 1267 1503 1301">наслідувати прояви</p> <p data-bbox="1059 1335 1503 1368">поведінки інших людей;</p> <p data-bbox="1059 1402 1503 1435">здійснювати спільну</p> <p data-bbox="1059 1469 1503 1503">діяльність з однією і більше</p> <p data-bbox="1059 1536 1503 1570">особами (дитина – мати,</p> <p data-bbox="1059 1603 1503 1637">дитина – педагог і т.д.,</p> <p data-bbox="1059 1671 1503 1704">дитина – мати – педагог</p> <p data-bbox="1059 1738 1503 1771">тощо); здійснювати</p> <p data-bbox="1059 1805 1503 1839">символічну гру.</p> |
| <p data-bbox="293 1834 963 1868">В. Формування основних фаз соціалізації:</p> <p data-bbox="221 1901 580 1935">а) Фаза інтеріоризації:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 1968 1027 2065">- засвоєння інформації в якості знань, умінь, норм, зразків поведінки, цінностей; | <p data-bbox="1059 1834 1426 1868">Формування знань про</p> <p data-bbox="1059 1901 1378 1935">загальні і ситуативні</p> <p data-bbox="1059 1968 1378 2002">прийоми подолання</p> <p data-bbox="1059 2036 1378 2069">труднощів у взаємодії;</p> |

Продовження таблиці Б.2.

| Напрями | Система методик |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - засвоєння комбінації прийомів для подолання труднощів у проблемних ситуаціях; - оволодіння правилами середовища; - засвоєння специфічних соціальних знань про процес виконання певних соціальних ролей; - оволодіння знаннями про прийоми людської взаємодії в різноманітних умовах; - формування знань і вмінь здійснювати вибіркоче запам'ятовування інформації, запропонованою іншою особою; - формування знань і вмінь інтерпритувати ті чи інші правила поведінки, вміння переорієнтовуватися. | <p>застосування методик, що полегшують засвоєння дитиною знань, навичок і норм суспільного життя.</p> |
| <p>б) Фаза адаптації:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формування у дитини поведінки, адекватної вимогам і сподіванням соціуму; - розвиток здібності надавати подіям бажаної для себе спрямованості; - формування проникливості у наданні членам групи притаманним їм рисам; - корекція спонтанного і стихійного процесу адаптації; - формування вміння перетворювати і перебудувати запропоновану ситуацію з метою застосування її у власних цілях. | <p>Формування гнучкості, необхідної для сприймання нових умов; вміння користуватися умовами для досягнення цілей; розвиток ініціативності, здатності приймати рішення, визначати перспективи власного майбутнього; задіювання найбільш комфортних для соціалізації дитини типів взаємодії; встановлення шляху соціалізації конкретної аутичної дитини.</p> |