

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра загальної психології

Особливості розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами
аутистичного спектру

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)
Альжарадат Суад Мохаммедівни

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук
доцент кафедри загальної психології
Терлецька Лариса Гаріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №1

Протокол № від 2023 року

Завідувач кафедри загальної психології

Юрчинська Г. К.

Київ-2023

Зміст

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ..	5
1.1. Сутність та феноменологія аутизму в психологічній науці	5
1.2. Особливості розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру	12
1.3. Формування комунікативних навичок у дітей з аутизмом.....	19
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	31
2.1. Організація та основні етапи дослідження.....	31
2.2. Характеристика вибірки.....	34
2.3 Обґрунтування методичного забезпечення дослідження	36
Висновки до розділу 2	43
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	44
3.1. Порівняльний аналіз розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру	44
3.2. Обґрунтування напрямків корекційної роботи з розвитку комунікації у дітей з аутизмом	55
Висновки до розділу 3	63
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Аутизм – порушення психічного розвитку – був загадковим явищем з давніх часів, коли люди навіть не знали, як його назвати. У дитини можна діагностувати аутизм, якщо спостерігаються принаймні шість специфічних форм поведінки в трьох сферах: прийняті норми соціальної взаємодії, спілкування та поведінка. Робота з дітьми з розладами аутистичного спектру вимагає індивідуального підходу, інноваційних технологій, які постійно оновлюються, а інколи навіть унікальної, нестандартної методики психологічної корекції.

Проблема дослідження особливостей моніторингу та корекції комунікаційних навиків дітей з розладами аутистичного спектру цікавила багатьох дослідників. Зокрема, Білопола В., Борисенко О. М. та Грітченко Т. Я. досліджували особливості роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра, виявляли психолого-педагогічні засади формування позитивного ставлення батьків до дітей з аутизмом. Багрій Я. Т., Когутяк Н. М., Тарасун В. В., Хворова Г. М. приділяли значну увагу питанням формування концепції розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом, а також модернізації освітнього середовища. Мазуренко А., Малікова О., Марценковський І. А. та Зайченко Г. Д. досліджували особливості формування комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектра шляхом використання ігрових прийомів. Нечитайло І., Озарко О. В. та Когутяк Н. М. характеризували вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами цього спектра. Островська К., Химко М., Радченко М. І., Романчук О. та Кудрявцева Ю. розглядали особливості реабілітації дітей з аутизмом та їх родин, а також підходи до терапії і навчання аутичних дітей. Скрипник Т. В., Сторож В. В. та Ришова М. Е. досліджували феноменології аутизму та особливості поведінки та комунікації в структурі розладів аутистичного спектру у дітей дошкільного віку.

Важливість та недостатній рівень опрацювання прикладних та теоретичних підходів до вирішення проблеми комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру зумовили вибір теми нашого дослідження "Особливості розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру".

Мета дослідження: визначити особливості розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичне дослідження проблемних аспектів розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру.
2. Визначити особливості розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру.
3. Провести порівняльний аналіз розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру.
4. Обґрунтувати напрямки корекційної роботи з розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру.

Об'єкт дослідження – розлади аутистичного спектру.

Предмет дослідження – психологічні чинники розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс емпіричних, теоретичних, статистичних методів: аналізу, синтезу й узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо сучасного стану досліджуваної проблеми; методи бесіди, спостереження, експертних оцінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Сутність та феноменологія аутизму в психологічній науці

Аутизм – діагноз, який лякає батьків. Проблема аутизму у світі починає набувати своєї гостроти за багатьма параметрами. Збільшується співвідношення числа хворих порівняно з минулими роками. У 2020 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) заявила, що людство стоїть перед серйозною проблемою: кількість людей з розумовими та неврологічними проблемами, що включають аутизм, неухильно зростає. Ці хвороби становлять 11% усіх проблем зі здоров'ям у глобальному масштабі [14].

За даними сучасних дослідників різні форми дитячого аутизму зустрічається у 4-26 випадках із 10 000, що становить 0,04-0,26% від загальної дитячої популяції. У той же час, останніми роками відзначається тенденція до збільшення частоти народження дітей з даним порушенням розвитку. У цьому досить гостро постає питання можливості соціалізації дітей із аутизмом, що і визначає актуальність проведення цього дослідження [9].

Зважаючи на досить пропрацьовану проблематику розвитку дітей з розладами аутистичного спектру варто відмітити, що у світовій психологічній та медичній практиці було сформовано вже усталені підходи до визначення поняття аутизму та його ознак. Деякі з найбільш поширених підходів до тлумачення сутності аутизму наведено у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Деякі з найбільш поширених підходів до тлумачення сутності аутизму

№	Автор, джерело	Визначення аутизму
1	Когутяк Н.М. [7], Борисенко О.М. [2], Нечитайло І.	Аутизм у дітей – захворювання, пов'язане з порушенням розвитку окремих психічних функцій, що проявляється різними труднощами соціального спілкування.

[13]	
------	--

продовження табл. 1.1

№	Автор, джерело	Визначення аутизму
2	Білопола В. [1], Скрипник Т.В. [27]	Аутизм – це порушення інтелектуального і психологічного розвитку, при якому спостерігається виражений дефіцит емоційних проявів і сфери спілкування.
3	Багрій Я. Т. [5], Романчук О. [23]	Аутизм – це розлад розвитку, діагностичними критеріями якого є виражені труднощі в соціальному спілкуванні та соціальній взаємодії, наявні труднощі в обробці сенсорної інформації та повторювана або жорстка поведінка
4	Островська К.О., Химко М.Б. [18], Мазуренко А. [9]	Аутизм – це розлад спектру; це означає, що всі люди з аутизмом мають однакові труднощі, але аутизм впливає на них по-різному.
5	Підлесецька Л. [24]	Аутизм – це особлива форма аномалії інтелектуального розвитку, при якій спостерігаються стійкі і своєрідні порушення поведінки спілкування, а також емоційних контактів дитини з навколишнім середовищем
6	Сторожук М.В. [29]	Аутизм – це дефіцит соціальної взаємодії та спілкування, наявність повторюваної стереотипної поведінки та особливості обробки сенсорної інформації
7	Шульженко Д. І. [35], Синьов В. М. [25]	Аутизм – це виражена психологічна проблема, що стосується можливості спілкування, формування стереотипної поведінки та зниження здатності до соціальних контактів

*складено автором на основі [1, 27, 7, 2, 13, 5, 23, 18, 9, 24, 28, 29, 35, 25]

Характеризуючи окреслені вище підходи, можна узагальнити, що основними характеристиками аутизму, так званої «тріади аутизму», є: розлади спілкування, стереотипна поведінка та знижена здатність до соціальної взаємодії. Деякі люди з аутизмом можуть мати супутні проблеми з тим, як вони навчаються та сприймають інформацію, а також психологічні проблеми, що означає, що всі вони потребують різних типів підтримки.

На думку Сторожука М. В. [29], усі люди з розладами аутистичного спектру можуть навчатися та розвиватися. Сьогодні вважається, що аутизм – це порушення розвитку, яке не виліковується. Але за умови належної підтримки всім людям з розладами аутистичного спектру (надалі – РАС) можна допомогти жити повноцінніше [29].

У доповнення Шульженко Д. І. [35] та Синьов В. М. [25] відзначають, що РАС має багато назв: неспецифічний дитячий розлад розвитку, аутизм, атипичний аутизм, класичний аутизм Каннера, неонатальний аутизм, синдром Аспергера, дитячий розлад дезінтеграції. В даний час, згідно з останньою

редакцією класифікації психічних розладів, всі вони об'єднані в один діагноз. Усі основні прояви РАС зводяться до так званої «діагностичної діади», яка включає дві групи симптомів: а) порушення соціальної комунікації та соціальної взаємодії; б) обмежені повторювані моделі (патерни, шаблони) поведінки, сфери інтересів та соціальної активності [25, 35].

Відповідно до поглядів Островська К. О., Химко М. Б. [18] та Мазуренко А. [9] було згруповано основні ознаки соціальної взаємодії та спілкування, які є характерними для розладів аутистичного спектру (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Основні ознаки розладів аутистичного спектру

<i>№</i>	<i>Назва розладу</i>	<i>Характеристика</i>
1	Надмірне прагнення до послідовності й активному опорі будь-яким змінам	Деякі діти з аутизмом суворо дотримуються звичного розташування предметів у просторі, при ходьбі йдуть лише певними завченими шляхами, і найменші зміни можуть легко вивести їх з рівноваги.
2	Обмежені, фіксовані інтереси	Для багатьох дітей з аутизмом інтенсивність захоплення вузьким предметом настільки велика, що відволікає увагу від інших сфер життя.
3	Стереотипна поведінка	Багаторазове використання предметів, втручання в гру (розташування іграшок в ряд, перевертання предметів догори дном);
4	Обмежені повторювані моделі поведінки	У дитини можуть бути різноманітні рухові стереотипи (хлопки в долоні, погойдування, стрибки, «крила»)
5	Вокалізація та ехолалія	Повторення щойно почутих слів або, у разі відстроченої ехолалії, один раз почутих слів, наприклад, фраз із мультфільмів
6	Дефіцит невербальної комунікаційної поведінки	Проявляється у відсутності, зниженому або нетиповому використанні зорового контакту, жестів, міміки, пози та тону голосу. Низька здатність ділитися думками та почуттями з іншими.
7	Особливості сприйняття сенсорної інформації	Гіперчутливість або гіпочутливість до різноманітних відчуттів, які отримують органи чуття (зір, слух, нюх, дотик, смак, рівновага та сприйняття власного тіла в просторі).
8	Недостатній розвиток соціальної взаємодії	Інтерес до соціального спілкування з дорослими та однолітками може бути значно знижений або відсутній, виникають нетипові спроби взаємодії, які можуть мати деструктивний та агресивний вплив.

*складено автором на основі [9, 18]

Білопола В. [1] та Скрипник Т. В. [27] навели приклади патернів поведінки у дітей з РАС. Наприклад, з відносно раннього віку деякі діти з аутизмом можуть запам'ятовувати прапори всіх країн, численні історичні дати, виділяючи в загальному потоці інформації лише те, що їх цікавить, у вузьконаправлених датах, подумки виконувати складні арифметичні завдання, відчуваючи при цьому труднощі у розвитку соціальної свідомості. Володіти навичками чи здібностями самообслуговування [1, 27].

Багрій Я. Т. [5] та Романчук О. [23] відзначають, що багато дітей з аутизмом гостріше сприймають звуки та запахи або звертають увагу на неінформативні для нас деталі. Звичайні сенсорні подразники (особливо в місцях скупчення людей) можуть викликати у дітей сильний стрес і навіть фізичний біль, що призводить до проблем з поведінкою. З іншого боку, інші діти з РАС можуть мати знижений поріг чутливості до деяких сенсорних сигналів, і такі діти можуть бути надзвичайно толерантними до високої чи низької температури чи болю [5, 23].

На думку Підлесецької Л. [24], деякі з типових особливостей РАС можуть бути властиві людям без аутизму. Нові знайомства, наприклад, для дуже сором'язливої людини – це як тур де форс. Часто зустрічаються педантичні люди, для яких дуже важливо підтримувати особливий порядок і чистоту в будинку. Інші мають підвищену чутливість до гучних звуків і не переносять яскравого світла. Однак діагноз РАС може розглядатися лише в тому випадку, якщо ці труднощі явно перешкоджають успішній самостійній адаптації та повноцінному функціонуванню в суспільстві без зовнішньої підтримки та якщо без підтримки програм якість життя значно погіршується [24].

Когутяк Н. М. [7] пропонує фокусуватися на певних ознаках виявлення проявів РАС. На думку вченого, лише тоді, коли у людини відсутні достатні адаптаційні можливості, а симптоми діагностичної діади викликають у неї «значні обмеження в соціальних, професійних чи інших важливих сферах повсякденного функціонування», з якими вона не може впоратися без

сторонньої підтримки та допомоги, можна можна підозрювати, що він має розлад аутистичного спектру [7].

На думку Сторожука М. В. [29], найпоширенішими мовленнєвими особливостями дітей з аутизмом є:

- штампи, усталені фрази, які можна вимовляти багато разів у різних побутових ситуаціях;

- ехолалія, причому часто уповільнена, тому зі сторони може видатися, що дитина просто вимовляє низку слів, які не мають нічого спільного з ситуацією і одне з одним;

- звужені інтереси, що найбільше проявляється при контакті дитини з собою. Вона може бути дуже балакучою, але лише на свою улюблену тему (наприклад, розклад поїздів);

- нерівномірний розвиток мовлення, який може проявлятися по-різному. Наприклад, дитина не реагує і не може назвати своє ім'я, але у неї дуже добре розвинений словниковий запас на певну тему (зазвичай це тема, на яку вона любить говорити) [29].

На думку Борисенко О. М. [2], мовленнєві та комунікативні навички найбільше порушуються в межах РАС. Нерозмовляючі діти-аутисти характеризуються найглибшими афективними розладами, різким зниженням психічного тону, серйозними порушеннями довільної діяльності, цілеспрямованості; у них досить низька потреба у спілкуванні з навколишнім світом [2].

У доповнення Нечитайло І. [13] відзначає, що необхідно відрізнити мовленнєві навички від комунікативних навичок. Часто для невербальних аутистів навчити їх говорити є найважливішим завданням. Проте насправді основною проблемою цих дітей є порушення комунікативних навичок. Однак не всі вербальні аутисти йдуть на контакт з людьми. Діти з РАС часто не розуміють, що через спілкування можна отримати те, що вони хочуть, за допомогою іншої людини. Вони часто намагаються задовольнити свої потреби і бажання самостійно [13].

У дітей з діагнозом РАС порушується формування всіх форм превербального і вербального спілкування, а безконтактність і дистанціювання стають особливо вираженими до 2-3 років. Рання система соціальної взаємодії дитини з навколишнім світом – комплекс поживлення – відстає у своєму формуванні [25].

Діти з діагнозом РАС мають особливе ставлення до мовленнєвої дійсності і разом з тим особливість в оформленні експресивної сторони мовлення. При сприйнятті мовлення помітно зниженою (або зовсім відсутньою) є реакція на мовця. «Ігноруючи» прості інструкції, спрямовані на нього, дитина може втрутитися в розмову, яка не спрямована на неї. Однією з особливостей дітей-аутистів є те, що вони найкраще реагують на спокійне, м'яке мовлення, вимовлене пошепки. Перші активні мовленнєві реакції, що виникають у дітей, які нормально розвиваються у вигляді ходьби, можуть бути запізненими, відсутніми або збідненими та інтонаційно відсутніми у дітей з РАС. У більшості дітей з РАС фразове мовлення з'являється з дворічного віку і, як правило, з чіткою вимовою, але діти її практично не використовують для контакту з людьми. Вони рідко ставлять запитання; і коли таке трапляється, вони мають повторюваний характер. При цьому діти розкривають по відношенню до себе багату мовленнєву конструкцію: щось розповідають, читають вірші, співають пісні. Деякі мають яскраво виражену багатомовність, але отримати відповідь на конкретне запитання від таких дітей дуже складно, їхнє мовлення не підходить до ситуації і нікому не адресоване. Крім того, діти з розладами аутистичного спектру можуть мати труднощі з розумінням мовлення (зокрема, жестів, міміки тощо) [25].

Вимова, коли аутист говорить, може змінитися, оскільки такі діти розвивають своє мовлення за допомогою читання, дозволяючи деякі слова вимовляти під час написання, а не читати. Або якщо дитина почула слово по телевізору і воно було вимовлене з акцентом, то дитина з РАС вимовить це слово з таким же акцентом. Цей феномен пояснювався Кауфманом Б. Н. [51]:

«Однією з можливих ознак аутизму є проблема наслідування, яка вважається проблемою спілкування. Отже, така стереотипна поведінка дітей з аутизмом свідчить не про сильне бажання наслідувати, а, навпаки, про труднощі і застрявання в наслідуванні, тобто перша ситуація, в якій дитина з РАС чомусь навчається, це шкала» [51].

Важливо відмітити чинники, які додатково створюють труднощі у формуванні комунікативної поведінки у аутичних дітей (табл. 1.3) [7]:

Таблиця 1.3

Чинники, які додатково створюють труднощі у формуванні
комунікативної поведінки у аутичних дітей

<i>№</i>	<i>Чинник</i>	<i>Характеристика</i>
1	Сенсорна гіперчутливість	дітям часто важко перебувати в одному приміщенні з великою кількістю однолітків або дітей різного віку, хоча зазвичай це занадто галасливі приміщення навіть для звичайної людини. У таких ситуаціях дитина з РАС швидше почне блокувати сенсорні канали, щоб якимось відгородитися, про комунікацію в таких умовах не може бути мови
2	Самопочуття	негативні відчуття, пов'язані із взаємодією з навколишнім світом у аутичної дитини зберігаються набагато довше, ніж у звичайних людей. Наприклад, звичайна людина відчуває новий одяг і пов'язаний з ним дискомфорт протягом декількох хвилин, а у людей, які страждають на РАС, це відчуття може тривати кілька днів
3	Складнощі з узагальненням	Якщо дитині показати скляну склянку і сказати що це склянка, вона запам'ятає це визначення для конкретного предмета, а не для класу схожих предметів
4	Труднощі при розрізненні головного і другорядного	Дитина, заходячи в кімнату, помічає всі деталі цієї кімнати відразу, і їй потрібна деяка кількість часу, щоб цю інформацію переробити. Або, наприклад, слухаючи співрозмовника, вона добре чує всі сторонні звуки навколо, і всі звукові подразники однаково важливі йому. Дитина з РАС не здатна фільтрувати потрібну та непотрібну інформацію
5	Порушення в соціальній взаємодії	проблеми розуміння і трактування жестів, міміки, емоційного забарвлення розмови і т.д

*складено автором на основі [7]

Ще однією особливістю дітей, які страждають на РАС, є нездатність підтримувати візуальний контакт зі співрозмовником. Деякі автори пояснюють цей феномен тим, що людям з аутизмом важко одночасно використовувати кілька сенсорних каналів для сприйняття навколишнього

світу, і тому, як кажуть самі люди з аутизмом, вони можуть часто або дивляться в очі, або ведуть розмову зі співрозмовником. Іншим прикладом може бути така ситуація: дитина-аутист може заплющити очі, зав'язуючи шнурки, тому що всю необхідну інформацію він отримує через тактильний канал, а вся інша інформація через модальність буде тільки заплутувати і заважати [28].

Понад 60% дітей з діагнозом РАС мають невідповідне використання інтонації та жестів у мовленні. Дитині-аутисту важко користуватися мовлення і жести самостійно, як це можуть робити діти з нормальним інтелектуальним розвитком з першого року життя і так далі, важко їх інтерпретувати (наприклад, коли співрозмовник жестикулює на предмет, дитина-аутист може дивитися на руку співрозмовника, а не на предмет, на який вказує рука. Подібна ситуація і з мімікою: дитина-аутист лише рідко може зрозуміти або усвідомити емоції людини по міміці, але з грубою диференціацією. Діти з РАС можуть посміхатися або хмуритися, відчувати радість і задоволення, але не здатні зрозуміти ту саму міміку інших людей і причини їхніх емоцій [8].

Таким чином, аутизм є особливою форма аномалії інтелектуального розвитку, при якій спостерігаються стійкі і своєрідні порушення поведінки спілкування, а також емоційних контактів дитини з навколишнім середовищем. Дана аномалія проявляється у дефіциті соціальної взаємодії та спілкування, наявності повторюваної стереотипної поведінки та особливостей обробки сенсорної інформації. РАС є складним неврологічним розладом, що характеризується помітною гетерогенністю. Аутизм захоплює всі сторони життя дитини, що насамперед проявляється у труднощах соціальної взаємодії, які сприйняття та обробки сенсорної інформації, у порушеннях мовлення і комунікації, у наявності обмежень власної активності (зокрема у стереотипних формах поведінки), в вузькості кола інтересів тощо.

1.2. Особливості розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру

Перш за все, аутизм (від латинського слова *autos* — «сам», *autism* — заглибленість у себе) — це психічна особливість сприйняття світу. Такі діти уникають зорового контакту з оточуючими, характеризуються підвищеним тонусом м'язів (матері цих дітей відзначають, що вони настільки напружені, «ніби з суцільного куска дерева» [21]). Поведінка дітей з таким діагнозом характеризується тенденціями уникати фізичного контакту, навіть із близькими людьми, домінувати. Ці діти мають труднощі з вираженням почуттів, демонструють надзвичайний конформізм, надзвичайно вибагливі щодо повсякденного життя, але їхні рішення приймаються з причин, незрозумілих оточуючим (наприклад, вони віддають перевагу їжі певної форми, носять одяг певного кольору, завжди ходять одним і тим же шляхом). На найменшу зміну звичних умов життя ці діти реагують різко негативно, що часто призводить до істерик або нервового зриву [42].

Аутисти не мають природного інтересу до навколишнього світу: не люблять гратися звичайними іграшками (вибирають предмети, які спочатку непридатні для ігор: скріпки, шпильки, гудзики, клаптики тканини, тощо). Залежно від ступеня аутизму, яких буває чотири (в залежності від ступеня наростання хворобливих проявів), поведінка таких дітей варіюється від прагнення до постійності та уникнення емоційного та фізичного контакту з оточенням до невміння використовувати мовлення як засіб спілкування (наприклад, використовуються лише певні звуки). У той же час пацієнти з аутизмом можуть читати напам'ять велику кількість слів і фраз і вирішувати складні математичні задачі в голові. Зовні ці діти справляють враження «порожньої фортеці» [48].

У більшості випадків труднощі спілкування, пов'язані з аутизмом, з'являються дуже рано, задовго до розвитку нормального інтелекту. Так, зарубіжні дослідники Хамптон Х. та Кейсер А. вивчали рухи очей немовлят з використанням спеціально розробленого пристрою, котрий реєструє зміни погляду дитини. Малюки, яким пізніше діагностували розлад аутистичного

спектру, і ті діти, які в подальшому нормально розвивалися (в цілому – це немовлята до 4-5 місяців) виявили майже однакові результати – вони дивилися в обличчя дорослого. Однак немовлята, у яких пізніше був діагностований РАС, продемонстрували різке скорочення часу, протягом якого вони дивилися в очі дорослого у віці 5-6 місяців, порівняно з дітьми, що нормально розвивалися. З віком цей показник продовжував знижуватися, і до 2 років тривалість зорового контакту дитини з РАС з дорослим становила в середньому удвічі менше, ніж у дитини того ж віку без діагнозу «аутизм» [50].

Згідно з дослідженнями Бузгарта Дж., Грінвуда С., Джіа Ф., Волкера Д., Шнайдера Н. та Ларсона А., приблизно 25-30% дітей з аутизмом перестають вимовляти звуки або навіть цілі слова до 2 років. Можливо, ці діти просто повторювали звуки, які чули від батьків, з мультиків чи іграшок. Деякі діти можуть втрачати раніше набуті мовленнєві, а також і соціальні навички. Наприклад, батьки дітей з РАС часто говорили, що приблизно до 2 років їхня дитина вже досить мало спілкувалася, у неї були перші слова, але потім відбулася зупинка в розвитку мовлення або навіть втрата навичок [42].

Здатність спілкуватися у дітей з РАС розвивається інакше, ніж у нейротипових однолітків: вона, як правило, починається пізніше і є повільнішою або нерівномірною, з випередженням або затримкою в різних аспектах. Тому виникають комунікативні труднощі і пошук заміною поведінкові моделі. Іноді здається, що дитина «не слухає», коли з нею говорять, реагує лише на частину висловлювання, сприймаючи все буквально [4].

У деяких дітей з РАС слова та фрази не вимовляються для вступу в діалог, а є повторенням раніше почутих фрагментів мовлення (наприклад, висловлювань інших людей, фраз з рекламних роликів, мультфільмів, віршів чи оповідань). Це ехолалія і часто відсутність спілкування [23].

Труднощі можуть виникати і в розвитку невербальної комунікації (наприклад, дитина не дивиться на співрозмовника, використовує менше

жестів або зовсім не жестикулює, важко інтерпретує жести та міміку інших людей). Деякі діти з аутизмом можуть добре вимовляти звуки, але говорять занадто тихо або занадто голосно [23].

Дитині з аутизмом буває надзвичайно важко почати діалог, продовжити спілкування, підібрати слова, сформулювати думку, поділитися почуттями. У таких дітей досить часто розвиваються складнощі у реалізації комунікативної функції. Діти з РАС часто потребують спеціальної допомоги для свого розвитку. Наприклад, дитина успішно визначає предмети або певні процеси за допомогою слів або малюнків, але все ще використовує незрілі форми спілкування – крики або плач – щоб висловити протест. Іншим прикладом є проблема з відповідями на запитання, яка часто виникає у людей з РАС (багато дітей повторюють запитання, а не відповідають на нього). Деякі діти з аутизмом відчувають значні складнощі з використанням займенників і прийменників [4].

Важкий дефіцит спілкування у дітей з РАС призводить до фрустрації та небажаної поведінки (якщо дитина не може висловити бажання чи небажання, дитина сердиться, може кинути предмет або вдарити когось). Якщо не навчити дитину чемно привертати увагу інших людей, вона буде робити це доступними їй способами: капризами, протестами, істериками [33]. Знизити рівень тривожності та фрустрації можна, навчивши дитину альтернативним способам спілкування – за допомогою картинок чи жестів. Однак важливо дати зрозуміти дитині, що спілкування має бути двостороннім, а для цього потрібна додаткова мотивація [7].

Деяким дітям з РАС нелегко передавати повідомлення про щось абстрактне та непомітне; вони мало розрізняють минулі та майбутні події. Співбесіднику може знадобитися додаткова допомога, щоб поговорити з аутичною дитиною про іншу ситуацію в конкретних обставинах [27]. У таких випадках добре працюють візуальні підказки-нагадування. Соціальна комунікація, як один із головних недоліків, однаково важка для всіх дітей з РАС, у тому числі й для тих, у кого добре розвинені мовленнєві навички.

Вираження почуттів і розуміння чужої точки зору потребують тренування в конкретних ігрових ситуаціях («Уяви, що ти...») [27].

Діти з труднощами спілкування можуть уникати соціальних ситуацій або використовувати соціально неприйнятну (часто неефективну) поведінку, аби донести свої думки до інших. Усвідомлення таких труднощів і використання стратегій підтримки та розвитку рецептивного та експресивного мовлення допоможе знизити рівень тривожності та підтримувати стабільний емоційний стан дитини. Спілкування відбувається, коли одна людина надсилає повідомлення іншій людині вербально чи невербально. Спілкування відбувається, коли дві людини, наприклад, дорослий і дитина, реагують один на одного – це двостороннє спілкування [14].

Дуже важливо пам'ятати, що комунікація та спілкування не обов'язково включають мовлення та жести. Більшість дітей із РАС мають затримку мовлення або уникають використання мовлення для спілкування. Тому дуже важливо використовувати інші способи спілкування ще до того, як з'явиться мовлення, а мововживання піде за ними.

Дуже часто батьки або інші близькі люди з дитиною, яка має синдроми РАС відчують, що вони зовсім не вміють спілкуватися і наводити контакти з дитиною, і тому не розуміють, що робити з цим. Дитина може виглядати абсолютно непомітною до того, що їй говорять, не реагує на своє ім'я та/або байдужа до будь-яких спроб спілкування. Одна, повсякденні можливості та ігри можуть виступати як засоби для заохочення спілкування та соціалізації дитини з РАС [17].

Перш за все, необхідно спостерігати за спілкуванням дитини, щоб визначити її комунікативні сильні та слабкі сторони. Наприклад, якщо дитина взагалі не використовує мову або звуки для спілкування, рекомендується почати спілкуватися з дитиною жестами, а не одним мовленням. Дитина з РАС може використовувати, крім мовлення, кілька

способів спілкування: плач і крик; за допомогою руки дорослого брати потрібний предмет; перегляд потрібного об'єкта [4].

Ехолалія — це повторення слів, сказаних іншою людиною, і є загальною рисою у дітей з РАС. Коли дитина починає використовувати ехолалію, вона спочатку просто повторює слова інших, не розуміючи їх і без будь-якого комунікативного наміру. Однак, поява ехолалії - дуже хороший знак. Це свідчить про те, що спілкування дитини розвивається, і пізніше дитина зможе використовувати повторення слів і фраз, щоб повідомити щось значуще. Наприклад, дитина може запам'ятати слова, сказані їй, коли її батьки запитують, чи хочуть вони випити. Пізніше дитина може використати ці слова в іншій ситуації, щоб поставити своє запитання [4].

Щоб успішно спілкуватися з дитиною з РАС, важливо не тільки розуміти, що таке особисте спілкування, але й розуміти, чому вона вдається до спілкування. Розуміючи комунікаційні цілі дитини, також можна допомогти їй знайти нові шляхи та причини для спілкування [8].

Гарідо Д., Уотсон Л., Карбалло Р. визначають дві основні причини спілкування [46]. Перша причина ініціює ненавмисне спілкування: коли дитина говорить або робить щось, не думаючи, що це певним чином вплине на інших людей. Цей тип спілкування може бути самозаспокоєнням дитини, її концентрацією або реакцією на сумний/радісний досвід [46].

Інша причина є тригером для навмисного спілкування: коли дитина каже або робить щось, щоб передати повідомлення іншій людині. Цей вид спілкування може виражати протест проти вимог або прохань іншої людини. Усвідомлене спілкування стає легшим для дитини, коли вона розуміє, що її дії впливають на інших людей. Для дитини з РАС перехід від ненавмисного спілкування до запланованого є великим кроком уперед [46].

Хемптон Л. та Кейсер А припускають, що корисно розглядати дітей з РАС у континуумі навмисного спілкування, де на одному кінці континууму знаходяться діти, які в першу чергу покладаються на спілкування, щоб отримати те, що вони хочуть, «тоді як на іншому – діти, які використовують

спілкування з багатьох причин, таких як запитання, коментарі чи просто спілкування» [50]. Авторами розглядаються чотири основні етапи розвитку комунікацій дітей з РАС (рис. 1.1).

На першому етапі спілкування може видатися, що дитина зовсім не цікавиться оточуючими людьми, намагається грати наодинці. Її спілкування може бути здебільшого ненавмисним. Слід підкреслити, що в більшості випадків РАС у дітей діагностується саме на цій стадії.

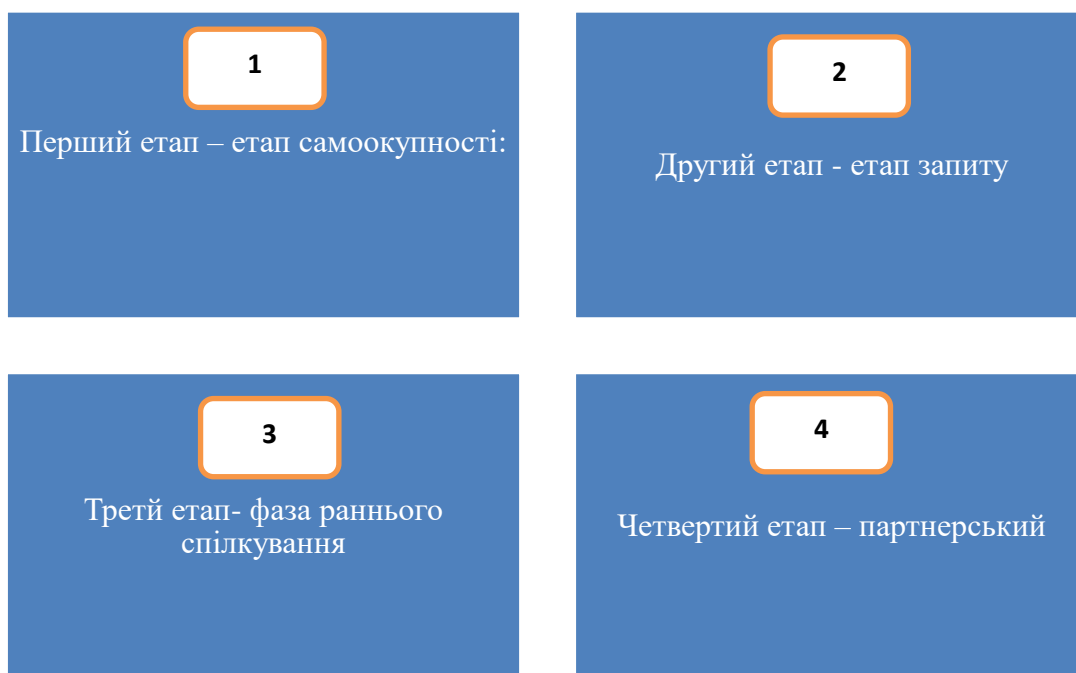


Рис. 1.1. Етапи розвитку комунікацій дітей з РАС

*складено автором на основі [50]

На другому етапі дитина починає усвідомлювати, що своїми вчинками вона може впливати на інших людей. З великою часткою ймовірності вона вдасться до спілкування, щоб показати дорослому, що вона хоче і що їй подобається. Для цього вона може штовхати або вести дорослого до потрібних предметів, місць або ігор.

На третьому етапі взаємодія дитини з оточуючими триває довше і стає більш усвідомленою. У дитини з'являється відлуння чужих слів, якими вона повідомляє про свої потреби. Поступово дитина починає вказувати на

предмети, аби показати дорослому, чого вона хоче, а також починає переводити погляд. Це свідчить про те, що дитина починає брати участь у двосторонньому спілкуванні.

На четвертому етапі дитина переходить до стадії, коли її спілкування стає більш ефективним. Дитина починає говорити і стає здатною підтримувати найпростішу розмову. Хоча дитина може виглядати впевненою та компетентною під час спілкування у знайомій обстановці (наприклад, вдома), у неї можуть виникнути проблеми зі спілкуванням на незнайомій території (наприклад, у новому дитячому садку чи школі). У таких ситуаціях дитина може повертатися до завчених іноземних фраз і ніби ігнорувати співрозмовника, перебиваючи його і порушуючи правила розмовного порядку.

Отже, більшість дітей з РАС мають проблеми у комунікаціях з іншими людьми. Це відбувається тому, що для успішного спілкування дитина повинна як відповідати іншим людям, коли вони з нею говорять, так і сама ініціювати спілкування. Незважаючи на те, що багато дітей з РАС ініціювати спілкування за своїм бажанням, зазвичай вони не активно використовують комунікації з оточуючими, аби встановити контакт іншою людиною. Головною передумовою для спілкування аутичних дітей є вироблення вміння говорити один з одним, яке часто потрібно практикувати на прикладах різних ситуацій. Необхідно навчити дитину вести ввічливу взаємну розмову і не втомлювати співрозмовника питаннями чи нескінченними монологами.

1.3. Формування комунікативних навичок у дітей з аутизмом

На сьогоднішній день дослідження показують, що використання альтернативних засобів комунікації не може нашкодити дитині та загальмувати розвиток вербального мовлення, оскільки це лише додаткова підтримка комунікації. При правильному використанні додаткових засобів

дитина все одно чує звернене до неї мовлення і починає розуміти її, що є важливим кроком на шляху розвитку комунікації.

На думку Аймедова К. В., Кривоногової О. В., Нікогосян Л. Р., Горшкової В. А., Чеховської А. В. [3] допоміжна та альтернативна комунікація (ДАК) – це будь-яка форма мовлення крім мовлення, що полегшує соціальну комунікацію для дитини. Існує велика кількість засобів для розвитку комунікативних навичок у дітей з аутизмом для дітей, які не можуть говорити, оскільки самі ці діти дуже відрізняються один від одного. Застосування засобів розвитку комунікацій може бути надзвичайно ефективним для дітей із РАС. Якщо дитина з РАС ніколи не говорила, то вона може вдаватися до агресивної та проблемної поведінки, оскільки в неї немає інших можливостей повідомити про свої бажання та почуття. Застосування засобів розвитку комунікацій надає такій дитині спосіб соціальної комунікації з іншими людьми [3].

Існують різні типи засобів розвитку комунікацій, які підходять дитині з РАС, включаючи [14]:

- використання жестового мовлення
- комунікаційна система обміну картинками PECS
- використання книги розмов
- інтерактивні комунікаційні дошки
- використання картки-підказки
- пристрої для комунікацій із синтезатором мовлення

Розглянемо кожен з наведених засобів більш детально.

1. Система PECS

PECS – це один із засобів альтернативних засобів комунікації. PECS (PECS – Picture Exchange Communication System) – система, що дозволяє дитині з порушеною комунікацією спілкуватися за допомогою карток за наявності в неї власного бажання щось отримати чи зробити.



Рис. 1.2. Набір карток для альбому

*складено автором на основі [24]

Система PECS застосовується у дітей з проблемами встановлення контактів та комунікації, у тому числі у дітей, що не говорять, з розладами аутистичного спектру. Навчання сприяє розвитку мовлення у дитини – деякі діти після початку програми PECS починають використовувати спонтанне мовлення. Зразок набору карток в рамках PECS проілюстровано на рис. 1.2 [24].

У системі PECS спілкування полягає в обміні картинок, які показують бажаний предмет чи бажану діяльність дитини. Комунікаційний партнер (батьки, брати і сестри, вчителі та інші) виконують бажання дитини після отримання від неї картинки. Бажання можуть бути різні, наприклад [24]:

1. Я хочу гойдатися на гойдалках;
2. Я хочу цукерку;
3. Я хочу гуляти. Дитину необхідно заохочувати вимовляти по можливості окремі слова чи цілі речення.

Одним із найвагоміших аргументів на користь цієї альтернативної системи комунікації є те, що дитина, яка не говорить, отримує можливість повідомляти близьким про свої потреби. Навіть у тих випадках, коли дитина була здатна говорити окремі слова, картинки підкажуть їй як правильно і послідовно вибудовувати слова в реченні. Якщо у дитини є можливість і

змога заговорити – використання карток PECS тільки прискорить виникнення мовлення, а також процес її освоєння [24].

Навчання відбувається у кілька етапів. Метод починається з визначення того, що дитина любить і хоче. Тому, щоб розпочати навчання, дуже важливо визначити коло інтересів дитини, предмети, які вона зазвичай просить, дії з повсякденного життя. Після того, як визначено переваги дитини, слід підготувати матеріали [52]:

1. Картки із зображенням всіх улюблених мотиваційних стимулів та занять. Бажано, не на повну величину, а розміром 5x5 см.

2. «Липучки» (клейка стрічка)

3. Папку та паперові роздільники, на які можна буде приліпити картки на липучках. Ці роздільники будуть розташовані у папці, як аркуші у книзі.

4. Для майбутнього використання – картонну смужку з липучкою, на яку можна прикріплювати кілька карток у певному порядку – для побудови речень [52].

Основна мета другого етапу – це закріпити та узагальнити навички, що були отримані на першому етапі – подання картки комунікативному партнеру для того, щоб отримати бажаний предмет. Введення системи альтернативної комунікації не означає, що дитина втрачає можливість у майбутньому користуватися мовленням. Картки PECS – для когось це тимчасовий захід, що прискорює можливість освоїти мову [52].

2. Жестове мовлення

Існує кілька систем жестового мовлення, наприклад, американське жестове мовлення, британське жестове мовлення, Макатон (ТМ), жестове мовлення Пагет Гормана та точне жестове англійське. З дитиною з РАС раннього віку зазвичай застосовується система Макатон [53].



Рис. 1.3. Жести Макатон

*складено автором на основі [53]

МАКАТОН (MACATON) – це унікальна мовленнєва програма, що поєднує звучання, жести та символи. Мета цієї програми – дати можливість спілкування людям із фізичними та інтелектуальними порушеннями [53].

Головна відмінність Макатон від інших програм альтернативної комунікації – це використання різних каналів передачі та сприйняття, коли одному поняттю відповідають одразу жест та символ. Разом із жестами завжди використовується граматично правильне мовлення педагога [53].

Макатон – дуже гнучка програма, яка може бути адаптована під потреби кожного і застосовуватися на відповідному йому рівні. Макатон – насамперед допоміжний вид комунікації, і лише у разі, коли розвиток мовлення неможливий, він стає альтернативним. Не слід плутати Макатон і жестове мовлення, яке використовують глухонімі. Макатон – це система спрощених жестів, які легко показати та, що найголовніше, легко зрозуміти. З мовлення глухонімих у спрощеному варіанті запозичуються лише деякі поняття [53].

Макатон застосовують у більш ніж 40 країнах світу. Макатон успішно використовується в роботі з дітьми та дорослими з широким спектром комунікативних труднощів: з розладами аутистичного спектру, ДЦП,

синдромом Дауна, з різними психоневрологічними захворюваннями, а також для дітей із порушеннями слуху [53].

Якщо дитина навчається цій системі, її оточення (батьки, фахівці, родичі та друзі, представники соціальних та освітніх установ) також її використовують [53].

3. Інтерактивні комунікаційні дошки

Використання інтерактивних комунікаційних дощок є ще одним альтернативним засобом комунікації для дітей з аутистичними розладами. Сама дошка являє собою набір візуальних символів, що сегментовані за темами. Комунікаційна дощечка може бути портативною або стаціонарною. Також є різні види дощок в залежності від формату та розміру. Кожен вид дощечки може вибиратися дитиною індивідуально в залежності від комунікаційних потреб. Організація та вибір символів складаються таким чином, аби забезпечити бажання дитини покращувати свою комунікацію [27].

4. Картки-підказки

Для дітей, що мають змогу більш-менш зручно використовувати вербальні символи, пропонується використання карток-підказок. Функціонально, картки-підказки виконують задачу вербальних підказок. Вони формують альтернативний засіб комунікації для дітей з аутистичними розладами та дозволяють нагадати дитині, що потрібно говорити у відповідній ситуації. Картки-підказки можуть складатися з кількох повідомлень, які дублюються у письмовому вигляді та мають форму візуалізованої картинки. Картки-підказки зарекомендували себе у ситуаціях, коли дитині з РАС потрібно щось повідомити, перебуваючи у стані стресу [1].

5. Книги розмов

Книга розмов може складатися тільки з картинок, або вона може включати записи розмов на повсякденні теми. Мета використання книги розмов – покращити вміння та навички вербального спілкування. Вони

допомагають дотримуватися спільної теми розмови та ілюструють обмін репліками, що відбувається. Темі різних розмов організуються у невелику книгу, гаманець чи щось подібне та використовуються під час реальної розмови з дорослим. Дуже важливо, щоб зміст книги відповідав віку, а всі теми розмов у книзі мали реальне значення у житті дитини. За допомогою книги розмов можна забезпечити реалістичність книги, використовуючи фотографії навколишніх місць та людей [1].

5. Комунікаційні пристрої із синтезаторами мовлення

Пристрої із синтезаторами мовлення можуть дати "голос" невербальним дітям з РАС. Команда професіоналів може визначити найкращу технологію для дитини. Після вибору пристрою потрібно визначити робочий словник, оформлення пристрою, розмір символів та основні ситуації, які мотивують дитину застосувати пристрій [16].

Існує багато видів таких пристроїв для забезпечення комунікаційних функцій дітей з аутистичними розладами. Один із популярних пристроїв для цих цілей – це BIGmask.



Рис. 1.4. Комуникатор "БІГмек" ("BIGmask")

*складено автором на основі [16]

Комунікаційні засоби використовуються вже давно. Проте інтерес до розробки та використання комунікаційних інструментів зріс після появи

високотехнологічних засобів передачі інформації. Розрізняють переносні (портативні) та стаціонарні засоби здійснення комунікацій [22].

Технічні засоби також називають «мовленнєвими комп'ютерами» або «розмовниками» (розмовники). Комунікатор «БІГмак» («BIGmask») — простий голосовий технічний комунікаційний пристрій, який зазвичай використовується під час вступу в комунікативну взаємодію. З його допомогою можна записувати та зберігати голосові повідомлення тривалістю до 20 секунд [16].

Комунікатор «Аладін Талкер» («AladinTalker») поєднує в собі графічні комунікаційні символи програми «Boardmaker» з електронним голосовим виведенням. Відображені мовленнєві одиниці фіксуються зображеннями або символами на індивідуально налаштованих панелях керування екраном. Один із символів також може вказувати на наступний рівень. Наприклад, за піктограмою їжі може слідувати повідомлення «Я хочу їсти» з шаром відображення різних продуктів, щоб дитина, яка не розмовляє, могла повідомити, що вона хоче їсти. Наявність модуля «Зебулон» в комунікаторі «Аладдін Талкер» дозволяє використовувати екранну клавіатуру з голосовим виведенням. Завдяки цьому користувачі, які володіють письмовою мовою, можуть працювати з необмеженим словниковим запасом. Головна перевага «Аладдіна Токера» на рівні символів — прямий зв'язок між образом і значенням. Крім того, екранна панель керування дозволяє легко робити цифрові фотографії. Пристрої з синтезаторами мовлення можуть «озвучувати» невербальних дітей з РАС [16].

Експерти рекомендують проводити оцінювання специфіки аутистичного розладу дитини для ефективного вибору засобу з розвитку спілкування. Важливо визначити, які навички знаходяться на стадії розвитку, а які є вже сформованими. Лише потім можливо розставити пріоритети та поставити цілі. Для кожної дитини вони будуть різними – залежно від її рівня розвитку та віку [11].

Одним із методів оцінки рівня розвитку комунікативних навичок є комунікаційна матриця. Цей метод оцінки вперше був опублікований у 1990 році, а потім у 1996 та 2004 роках. Пізніше цей підхід було переглянуто Чаріті Роуланд з Орегонського університету охорони здоров'я та науки. Цей інструмент перекладено багатьма мовами, зокрема українською [11].

Комунікаційна матриця — це інструмент оцінювання, призначений для допомоги професіоналам і членам сім'ї, які підтримують людей із серйозними вадами спілкування. Матриця описує всі типи комунікації: вербальні (мовлення), передсимволічні (рухи тіла, жести, звуки, міміка та напрямок погляду), а також їх альтернативні форми (шрифт Брайля, системи зображення, електронні пристрої, системи голосового реагування, мова жестів) і тривимірні символи [11].

Матриця поділяє спілкування на сім рівнів, які відповідають типовим етапам навчання комунікативним навичкам. Це дозволяє оцінити і спланувати подальші кроки, пов'язані з розвитком спілкування. При оцінці рецептивної лексики варто звертати увагу на те, чи має дитина різкий тон, чи дивиться на співбесідника, коли до неї починають говорити, чи називає своє ім'я, який рівень складності інструкції, чи вона показує добре знайомих людей чи членів сім'ї, як відноситься добре відомих об'єктів і речей, тощо.

Оцінюючи вербальні здібності, можна спостерігати за дитиною і виявляти, що вона запитує про улюблену іграшку, мультфільм. Якщо вона просить почитати книжку, то варто пограти в ігри. Різні напрямки розвитку комунікаційних навиків у дітей з розладами аутистичного спектру залежать від специфіки самої дитини, її віку та вже сформований здібностей. Тому, у процесі формування заходів для корекційної роботи важливо враховувати індивідуальні особливості дитини. Наведений підхід відрізняється від уніфікованого та може бути більше ефективним [16].

Варто додати, що корекційна робота з формування комунікативних навичок здійснюється на основі ряду принципів, розроблених у загальній корекційній педагогіці та спеціальній психології. Принцип комплексного

впливу передбачає участь, взаємодію та співпрацю в процесі психолого-педагогічної корекції всіх спеціалістів, які працюють з цією дитиною, та її батьків. Розвиток мовленнєвого спілкування відбувається послідовно з поступовим ускладненням, що дозволяє дитині поступово оволодівати фразовим мовленням. Принцип наочності демонструє необхідність використання додаткової візуальної підтримки, яка є істотною допомогою у навчанні комунікативних навичок дітей-аутистів. Кожен з наведених принципів передбачає врахування комплексного впливу на розвиток комунікаційних навичок дитини, що також полягає у забезпеченні наступних детермінант: системність; навчання від простого до складного; дальність передбачення; принцип диференційованого навчального підходу; індивідуальний підхід; пов'язування мовлення з іншими сторонами інтелектуального розвитку.

Висновки до розділу 1

Діти з розладами аутистичного спектру мають різноманітні біологічні проблеми, які впливають на їх здатність функціонувати. Хоча існує багато способів описати ці індивідуальні відмінності, з метою розгляду того, як вони впливають на розвиток, корисно розділити їх на три типи. Дитина може відчувати труднощі з модулюванням інформації, отриманої від світу за допомогою органів зору, слуху, дотику, нюху, смаку та усвідомлення тіла (тобто дитина може бути недостатньо реактивною або надмірно реактивною, або комбінацією). Дитині може бути важко зрозуміти сенсорні дані, які вона отримує. Наприклад, у дитини може бути гострий слух, але він може не відрізнити звуки на передньому плані від звуків на задньому плані. Дитині може бути важко змусити своє тіло рухатися так, як вона хоче, а також

труднощі з плануванням і виконанням відповідей на отриману інформацію. Наприклад, дитина може цікавитися автомобілями, але може лише поставити їх у ряд, а не розіграйте цілеспрямовану послідовність, де машини їдуть по дорозі та паркуються біля магазину.

Кожен тип виклику ускладнює для дитини встановлення комунікацій і спілкування зі своїми батьками та оточуючими, що перешкоджає її здатності вчитися, реагувати та розвиватися. Тому, аби допомогти дитині розвиватися, варто зрозуміти, як вона функціонує в кожній із цих сфер. Ефективна програма підтримки включає допомогу батькам і опікунам у тому, як подолати ці труднощі, щоб допомогти дитині вчитися, налагоджувати стосунки та розвиватися, а також відкривати свої унікальні інтереси та сильні сторони.

Однією з основних проблем аутичних дітей є те, що вони не здатні самостійно засвоїти комунікативні навички, необхідні для повсякденного життя. Цілеспрямоване, систематичне навчання сприяє подолання цієї проблеми. Процес корекційної роботи може бути впорядкований і послідовний. Його метою є допомога дитині висловлювати прохання, привертати увагу іншу людину, на наступних етапах – більш складному вмінню ставити питання з метою отримання інформації, що цікавить; спочатку – уміння відповідати на окремі питання дорослого, потім – складне вміння підтримати діалог.

Актуальними для кожного напрямку психолого-педагогічної корекції є неспецифічні, загальні завдання: формування комунікативної мотивації; формування вербальних засобів комунікації; формування інерційної спрямованості мовлення; формування невербальних засобів комунікації; формування вміння «виступати» в різних комунікативних ролях: «що говорить» і «що слухає»; зміцнення комунікативних навичок у повсякденних ситуаціях. Різні напрямки розвитку комунікаційних навиків у дітей з розладами аутистичного спектру залежать від специфіки самої дитини, її віку та вже сформований здібностей. Тому, у процесі формування заходів для

корекційної роботи важливо враховувати індивідуальні особливості дитини. Наведений підхід відрізняється від уніфікованого та може бути більше ефективним.

РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1. Організація та основні етапи дослідження

У даному питанні необхідно обґрунтувати основні підходи до організації та етапи проведення дослідження. Для цього варто визначити мету, завдання, об'єкт та гіпотезу проведення дослідження.

Мета дослідження полягає у проведенні діагностики розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру, що дасть змогу сформулювати пропозиції по вибору методів корекційної роботи.

Мета дослідження розкриваються у завданнях:

- 1) визначити основні підходи до формування вибірки дослідження та здійснити її характеристику;
- 2) провести саме дослідження в рамках сформованої вибірки, закріпивши отримані результати у вигляді масиву емпіричних даних в нормалізованій формі, яка готова до статистичної обробки;
- 3) здійснити аналіз результатів дослідження;
- 4) за результатами дослідження провести обґрунтування корекційної роботи та провести повторну діагностику, виявити результативність запропонованої методики.

Об'єктом дослідження є діагностика розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру з допомогою обраної методики.

Предмет дослідження: алгоритм роботи з обраною методикою в рамках сформованої вибірки.

Гіпотеза дослідження: обґрунтовану діагностичну методику можна проводити в рамках клініко психологічного експерименту.

Основні етапи дослідження розкрито детально на прикладі блок-схеми, яку проілюстровано на рис. 2.1. Дана схема відображає основні зв'язки між

основними етапами дослідження та можливі напрямки окремих переходів між підетапами в залежності від отриманих результатів.

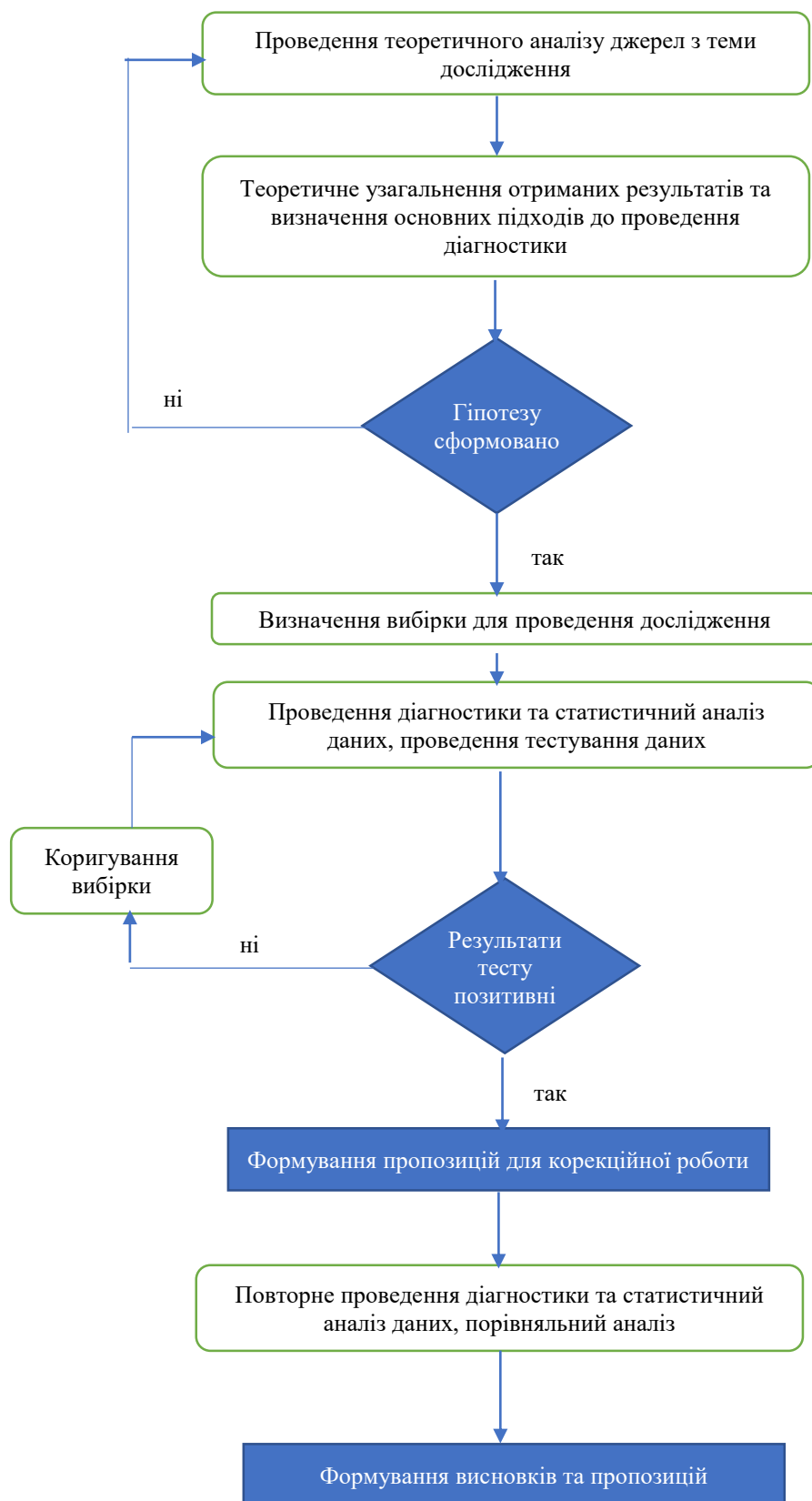


Рис. 2.1. Блок-схема етапів проведення дослідження

*складено автором

Важливо також у даному питанні обґрунтувати основні принципи організації дослідження, які перелічено нижче (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Основні принципи проведення дослідження

<i>№</i>	<i>Принцип</i>	<i>Опис принципу</i>
1	Системності	з позиції системного підходу варто втілювати наступні положення: передбачати та окреслювати наявність визначених компонентів системи, здійснення структурування цих компонентів, проводити виокреслення системоутворюючого чинника, виявляти присутність зовнішніх зв'язків і розвиток досліджуваної системи
2	Конфліктності	передбачає виявлення певних конфліктів та розбіжностей, які виникають у процесі здійснення дослідження (діагностики)
3	Процесності	орієнтація на успішне завершення процесу діагностики, а також забезпечення необхідних передумов для неперервності процесу моніторингу у відповідності з обраною методикою згідно вимог дослідження
4	Прогнозування розвитку	орієнтувати розвиток навичок дітей-аутистів на майбутнє
5	Виховного впливу	потребує виявлення потенціалу розвитку та самореалізації дітей-аутистів стосовно втілення у життя планів щодо їх професіоналізації та позитивної динаміки соціальної адаптації.

*складено автором

Отже, у ході висвітлення даного питання було обґрунтовано основні організаційні засади проведенні дослідження та визначено ключові його етапи. Зокрема, основними етапами дослідження є наступні: 1) теоретичний аналіз наукової літератури на тему розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру; 2) проведення самого дослідження за обраною методикою, що включає наступні підетапи; 3) формулювання висновків та пропозицій. Також визначення підходів до організації дослідження

передбачало огляд основних принципів, які є базовими та мають забезпечити об'єктивність та неупередженість отриманих результатів.

2.2. Характеристика вибірки

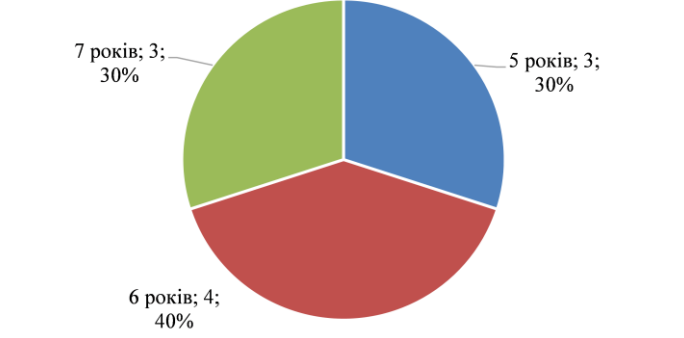
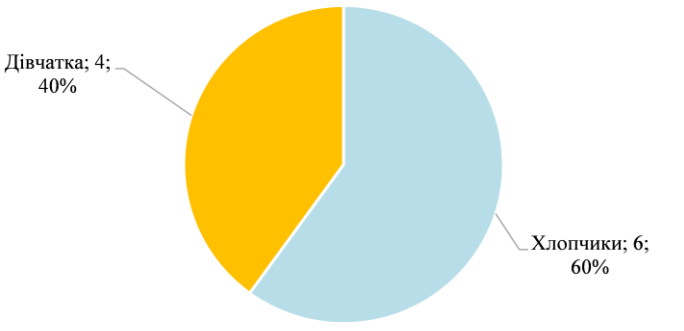
Дослідження проводилося на базі МБУ СО соціально-реабілітаційного центру «Розвиток» м. Києва. У практичній частині дослідження брали участь 20 дітей дошкільного віку (5-7 років), при цьому вибірка сукупність складалася із двох частин:

- 10 діток із наявністю психіатричного діагнозу «дитячий ранній аутизм», які відвідують індивідуальні та групові корекційні заняття;
- 10 діток без наявних розладів аутистичного спектру.

Для проведення дослідження варто охарактеризувати основні ознаки вибірки, які наведено нижче у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Описова характеристика вибірки для проведення дослідження

<i>Критерій</i>	<i>Характеристика</i>												
Розподіл за віковими групами	 <p>A pie chart illustrating the age distribution of the sample. It is divided into three segments: a blue segment representing 5-year-olds (3 children, 30%), a red segment representing 6-year-olds (4 children, 40%), and a green segment representing 7-year-olds (3 children, 30%).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Вік</th> <th>Кількість дітей</th> <th>Відсоток</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 років</td> <td>3</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>6 років</td> <td>4</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>7 років</td> <td>3</td> <td>30%</td> </tr> </tbody> </table>	Вік	Кількість дітей	Відсоток	5 років	3	30%	6 років	4	40%	7 років	3	30%
Вік	Кількість дітей	Відсоток											
5 років	3	30%											
6 років	4	40%											
7 років	3	30%											
Розподіл за статтю	 <p>A pie chart illustrating the gender distribution of the sample. It is divided into two segments: a light blue segment representing boys (6 children, 60%) and a yellow segment representing girls (4 children, 40%).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Стать</th> <th>Кількість дітей</th> <th>Відсоток</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Хлопчики</td> <td>6</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Дівчатка</td> <td>4</td> <td>40%</td> </tr> </tbody> </table>	Стать	Кількість дітей	Відсоток	Хлопчики	6	60%	Дівчатка	4	40%			
Стать	Кількість дітей	Відсоток											
Хлопчики	6	60%											
Дівчатка	4	40%											

<i>Критерій</i>	<i>Характеристика</i>
Тривалість перебування на психокорекційних процедурах	

*складено автором на основі даних вибірки

Варто відмітити, що для отримання вибірки та можливості доступу до даних автором роботи було вжито наступні:

- було підписано договір про нерозголошення персональних даних пацієнтів між установою та автором, тому усі дані було знеособлено;

- було отримано письмову згоду від кожного з батьків дітей про те, що вони не проти, аби їх діти прийняли участь у проведенні дослідження.

Отримання, обробка та зберігання знеособлених даних здійснено у відповідності до GDPR (General Data Protection Regulation), а також до вимог Закону України «про захист персональних даних».

Оскільки навіть знеособлені медичні дані пацієнтів є суворою конфіденційною інформацією (highly confidential information), то самі заповнені анкети з результатами опитування пацієнтів заборонено наводити в даній роботі. Така вимога була поставлена соціально-реабілітаційним центром «Розвиток» для можливості провести діагностику та оприлюднити її узагальнені результати в межах роботи. Тому у третій частині буде викладено просто статистичні результати аналізу даних.

Також варто навести коротку характеристику самої вибірки. Як можна бачити з табл. 2.2, у загальній сукупності з 10 пацієнтів кількість дітей за віковими категоріями була розподілена наступним чином: 5 років – 30%, 6 років – 40%, 7 років – 30%. Такий розподіл за віковими групами дає можливість отримати результати діагностики, які можуть певним чином варіюватися. Рівень варіації залежить як від індивідуальних особливостей кожної дитини, так і від відповідних корекційних процедур, які також мають

певну залежність від віку. Тому в ході дослідження постаралися представити відносно паритетний розподіл опитаних пацієнтів за віковими групами.

Що стосується гендерної структури, то вона в межах вибірки також майже вирівняна. На хлопчиків припадало 60%, на дівчаток – 40% від загальної кількості вибірки. Можна висунути припущення, що гендерна структура теж може впливати на варіацію результатів, то зроблено змогу максимально її наблизити до паритетної.

Тривалість перебування на психокорекційних процедурах відображає параметр, який характеризує термін перебування дитини на обліку не лише у реабілітаційному центрі «Розвиток», але і в інших центрах. Близько 80% дітей з вибіркової сукупності перебували на обліку протягом 4-5 років.

2.3 Обґрунтування методичного забезпечення дослідження

У даному питанні доцільно спочатку здійснити короткий огляд усіх доступних методик. У світовій практиці вже давно розроблені та широко застосовуються стандартизовані методи діагностики порушень аутистичного спектру для дітей та дорослих. Як основний діагностичний інструментарій слід зазначити такі опитувальники та шкали: Autism Behavior Checklist (ABC.) – Поведінковий опитувальник для виявлення аутистичних порушень [22]; Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT; Robbins et al.) - Модифікована шкала для раннього розпізнавання аутизму [18]; Autism Diagnostic Observation Schedule Generic (ADOS-G) – Діагностична шкала спостереження для аутистичних порушень [17]; Childhood Autism Rating Scale (CARS) - Рейтингова шкала дитячого аутизму [23].

Дослідники визнають, що навчання та супровід дітей з аутизмом специфічне, оскільки саме порушення специфічне. У зарубіжних та вітчизняних дослідженнях активно використовуються різноманітні методи та програми навчання та психотерапії для дітей з порушеннями аутистичного спектру. Перерахуємо деякі з них: прикладний аналіз поведінки - Applied

Behavior Analysis [27]; метод модифікації поведінки О. І. Ловааса [17]; холдинг-терапія – метод "посилених дотиків" [9]; ТЕАССН-програма, спрямовану створення особливих умов життя дітей і спеціально структуроване навчання [23]; альтернативні форми комунікації - PECS [30]; методика комплексної медико-психолого-педагогічної корекції, заснована на уявленні про аутизм як афективний розлад [21; 13].

Нам є важливим трохи докладніше зупинитися на описі деяких методів та технік психотерапії, що використовуються в рамках біхевіорального підходу. Досить тривалий досвід застосування поведінкових технологій та програм є у США. Обґрунтованість та надійність біхевіоральних методів доведена багаторічною практикою їх застосування як для діагностики, так і для навчання та терапії дітей з порушеннями у розвитку, у тому числі і з порушеннями аутистичного спектру [23].

У 70-ті роки ХХ століття інтенсивно розроблялися спеціалізовані програми для навчання дітей та дорослих з аутизмом. Дослідники пропонували різні методи роботи та корекції аутичних дітей, що вимагають активної співпраці фахівців із батьками [23].

Поведінкові стратегії та методи були покладені в основу таких загальноновизнаних та ефективних програм, як Програма модифікації поведінки О. І. Ловааса [28] та Проект корекції та навчання дітей з аутизмом та близькими йому порушеннями комунікації – ТЕАССН [23]. Широко застосовувані нині у країнах методи модифікації поведінки аутичних дітей вперше розробив О. І. Ловаас [28]. Застосування розроблених ним біхевіоральних методів корекції аутичних дітей переконливо підтвердило правоту припущення про те, що інтенсивна корекція, розпочата в ранньому віці і проведена за відповідною програмою, може зменшити прояв небажаної поведінки та сприяти розвитку необхідних адекватних навичок [28].

На початку 1960-х років групою батьків, якою керували вчені-дослідники Університету Північної Кароліни Е. Шоплер та Р. Рейхлер, було

засновано перше державне відділення з розробки навчальних програм та забезпечення допомоги людям.

Саме тут було розроблено широко відомий проект TEACCH (Корекція та навчання дітей з аутизмом та близькими порушеннями комунікації). В даний час відділення TEACCH проводить навчання дітей з аутизмом і консультації для батьків і професіоналів не тільки в Північній Кароліні, але і в інших штатах США, а також за межами країни [23]. Відповідно до програми TEACCH розроблена методика "Вайнлендська шкала адаптивної поведінки" (VABS).

TEACCH – це широка програма, що інтегрує педагогічні заходи та методи поведінкової терапії з метою стимулювати розвиток комунікативних здібностей дітей із порушеннями аутистичного спектра. Ця програма виходить із типової для біхевіоральної психології ідеї ефективності чітко структурованих педагогічних програм для навчання та корекції поведінки аутичних дітей*. Враховується рівень розвитку дітей і, виходячи з нього, розробляються варіанти індивідуального навчання. Широко використовується також спеціальна навчальна та консультаційна робота з батьками аутичних дітей. Використання програми TEACCH досвідченими педагогами має багато переваг.

В даний час програма TEACCH пройшла апробацію у різних країнах [23; 6; 7; 9]. Іншим сучасним поведінковим підходом, що на практиці довело свою ефективність у роботі з аутичними людьми, є прикладний аналіз поведінки. Прикладний аналіз поведінки визначається як галузь наукового знання, яка заснована на принципах та стратегіях навчання Б. Ф. Скіннера та спрямована на вдосконалення поведінки індивідуума та його адаптацію до умов соціального середовища [24; 31].

Прикладний аналіз поведінки є на сьогоднішній день одним з найбільш обґрунтованих та надійних методів у рамках біхевіорального спрямування, що широко використовуються для діагностики, навчання та терапії дітей з порушеннями у розвитку, у тому числі і з порушеннями аутистичного

спектру [30; 25]. Сучасні дослідники в галузі прикладного аналізу поведінки, що працюють з дітьми та дорослими з порушеннями аутистичного спектру, фокусують свою увагу на наступних напрямках: 1 – деструктивна та саморуйнівна поведінка; 2 – самостимулююча поведінка; 3 – розвиток мови; 4 – розвиток соціальних навичок [25].

Програми, засновані на принципах і стратегіях прикладного аналізу поведінки, успішно застосовуються до роботи з аутистичними дітьми у США, а й у країнах Західної Європи [6]. Ряд сучасних досліджень [33] підтверджує той факт, що науково обґрунтовані, добре структуровані та функціональні програми прикладного аналізу поведінки більш ефективні у роботі з дітьми аутистичного спектру порушень, ніж інші програми та технології. Вони довели свою ефективність при навчанні таких дітей найрізноманітнішим навичкам: самообслуговування, мовлення тощо.

Для України прикладний аналіз поведінки – це відносно новий та маловідомий напрямок. Вітчизняні теоретики та практики лише роблять свої перші кроки у освоєнні розроблених у ньому методів та технік з метою їх застосування для діагностики та терапії порушень аутистичного спектру у дітей [27], а психологи-практики та вчителі майже не використовують прикладний аналіз поведінки.

Оскільки аутизм ідентифікується через прояв певного набору поведінкових характеристик, має сенс говорити про ефективне використання методів і технік прикладного аналізу поведінки з метою заміщення негативних (асоціальних) форм поведінки у дітей з аутистичними порушеннями на позитивні (соціально прийнятні) форми [28; 32].

В силу вищевказаних факторів ми вважаємо, що програми, засновані на засадах та методах прикладного аналізу поведінки, можуть бути успішно використані в роботі з категорією дітей та дорослих з аутистичними порушеннями і в Україні. Однак, незважаючи на певні позитивні зрушення щодо проблеми аутизму в теоретичному та практичному плані, слід наголосити: в Україні дана категорія дітей, як правило, не ідентифікується, їх

не виділяють із загальної категорії дітей з порушеннями розвитку. Це пояснюється тим, що в Україні зазвичай не застосовують валідний діагностичний інструментарій, спеціально призначений для виявлення групи дітей з порушеннями аутистичного спектру. Психологи і педагоги, як і раніше, воліють використовувати при діагностиці цих дітей традиційні методи спостереження та тестування. За результатами тестів діти з аутистичними порушеннями, як правило, потрапляють до однієї з таких груп: діти з інтелектуальною недостатністю, з проблемами розвитку мовлення, з проблемами навчання або поведінки.

Також в Україні, за нашими даними, практично не використовуються ефективні методи навчання та терапії дітей з порушеннями аутистичного спектру, які добре зарекомендували себе у зарубіжній практиці. Разом з тим, слід пам'ятати, що розвиток дітей з аутистичними порушеннями дуже специфічний, що потребує створення спеціальних умов для таких дітей, а також застосування довгострокових структурованих програм навчання та психотерапії. Такими програмами, на нашу думку, можуть бути програми, засновані на біхевіоральних стратегіях і методах.

Надалі охарактеризуємо більш детально, які саме методи дослідження застосовувалися в роботі:

1) теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з проблеми діагностики розладів аутистичного спектру було використано при підготовці теоретичної частини роботи, а також для виявлення можливих потенційних методик;

2) метод спостереження за дітками, що входили у вибірову сукупність;

3) емпіричне ослідування, яке полягає у заповненні відповідного опитувальника.

У дослідженні вивчалася методика VABS, яка набула розвитку в рамках програми TEACCH. Ця методика була розроблена в 1985 колективом авторів на чолі з С. Спарроу. Це одна з найпоширеніших формалізованих

методик, що оцінюють рівень розвитку адаптивної поведінки у західних країнах.

Шкала зручна для клінічної практики, дозволяє уявити рівень функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки у числовому та описовому вираженні, оцінити її відповідність встановленим віковим нормативам. Вайлендська шкала адаптивної поведінки (VABS Classroom Edition, 1985) валідна у дітей віком від 3 до 12 років та 11 місяців. Даний варіант шкали розроблений спеціально для дітей, які відвідують освітню установу.

У VABS під терміном «адаптивна поведінка» мають на увазі щоденну діяльність дитини, що забезпечує її взаємодію з іншими людьми та здатність піклуватися про себе. З віком адаптивна поведінка змінюється, зменшується залежність від оточення дитини та допомоги близьких. Кожному віковому періоду відповідають певні навички, важливі для адаптації в сім'ї, школі, дитячому садку та загалом у соціумі [18].

Для проведення дослідження було використано наступні шкали та субшкали VABS:

Таблиця 2.3

Шкали VABS, що були використані при проведенні дослідження

<i>Шкали</i>	<i>Субшкали</i>	<i>Характеристика</i>
Комунікація	Експресивні навички	Вербальні та нвербальні навички, мовлення
	Рецептивні навички	Вміння сприймати інформацію на слух
	Письмові навички	Вміння передавати інформацію у письмовій формі
Соціалізація	Міжособистіна взаємодія	Розпізнавання та вираження емоцій. Спілкування у соціальній групі
	Навички співробітництва	Вміння слідувати правилам та нормам, а також правилам етикету. Вміння зберігати секрети.

*складено автором на основі [18]

Також варто додати, що дослідження для простоти було проведено у формі гри. Основні характеристики елементів гри, результати якої пізніше досліджувалися в якості результатів дослідження, наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Характеристики елементів гри, результати якої пізніше досліджувалися в якості результатів дослідження

<i>Субшкали</i>	<i>Елементи гри</i>
Експресивні навички	Діткам презентується кілька варіантів тем для розповіді. Вони мають сформувавши невелику розповідь на обрану тематику і пересказати її
Рецептивні навички	Дітка прослуховують текст (аудіо). Потім їм ставляться тестові запитання на факт розуміння почутого та запам'ятовування
Письмові навички	Пропонується зробити малюнок, який передає інформацію про одну з тем, яка була обрана для розповіді
Міжособистіна взаємодія	Пропонується тема для діалогу – дітки мають комунікувати, а результати комунікацій підраховуються.
Навички співробітництва	Пропонується гра, в якій пояснюються правила. Дітки мають зіграти в неї, слідуєчи озвученим правилам.

*складено автором на основі [18]

Важливим елементом дослідження є визначення підходів, за допомогою яких проводилася оцінка результатів ігор для кожної дитини. Для оцінки результатів відповідно до кожної зі субшкал було використано підходи, що наведено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Характеристика підходів, за допомогою яких проводилася оцінка результатів ігор для кожної дитини

<i>Вид гри</i>	<i>Критерії оцінювання</i>
Складання розповіді	- кількість слів у розповіді - кількість смислових конструкцій у розповіді
Прослуховування	- рівень відтворення змісту – наведення фактів, які релевантні прослуханій розповіді (%) - рівень викривлення змісту - наведення фактів, яких не було у розповіді(%)
Малюнок	- кількість геометричних складових елементів у малюнку (виражає рівень складності)
Діалог	- кількість слів у діалозі - кількість смислових конструкцій у діалозі

Гра на оцінку слідування правилам	- кількість помилок (порушень правил), допущених під час гри
-----------------------------------	--

*складено автором на основі [18]

Крім того, шкала деталізує загальний рівень адаптивності, розглядаючи можливості дитини в чотирьох сферах: навички спілкування, навички повсякденного життя, навички соціальної поведінки, моторні навички.

Отже, у наведеному питанні було проведено характеристику основних методів діагностики поведінки дітей з аутизмом. Визначено основні переваги та недоліки існуючих у світі підходів. Обрану методика для проведення дослідження у розділі 3.

Висновки до розділу 2

Таким чином, за результатами дослідження у розділі 2 можемо зробити наступні висновки:

Основними етапами дослідження є наступні: 1) теоретичний аналіз наукової літератури на тему розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру; 2) проведення самого дослідження за обраною методикою, що включає наступні підетапи; 3) формулювання висновків та пропозицій.

У загальній сукупності з 10 пацієнтів кількість дітей за віковими категоріями була розподілена наступним чином: 5 років – 30%, 6 років – 40%, 7 років – 30%. Такий розподіл за віковими групами дає можливість отримати результати діагностики, які можуть певним чином варіюватися. Рівень варіації залежить як від індивідуальних особливостей кожної дитини, так і від відповідних корекційних процедур, які також мають певну залежність від віку. Тому в ході дослідження постаралися представити відносно паритетний розподіл опитаних пацієнтів за віковими групами.

Методами дослідження були наступні: 1) теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з проблеми діагностики; 2) метод спостереження за дітками, що входили у вибірку сукупність; 3)

емпіричне дослідження, яке полягає у заповненні відповідного опитувальника.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

3.1. Порівняльний аналіз розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру

У даному питанні необхідно здійснити аналіз результатів дослідження. Методологічні засади якого було сформульовано у попередньому розділі. У ході проведення емпіричного дослідження було проведено гру в рамках сформованої групи дітей. Для простоти аналізу результатів дослідження, а також з метою знеособлення даних кожній дитині було присвоєно порядковий номер (від 1 до 10).

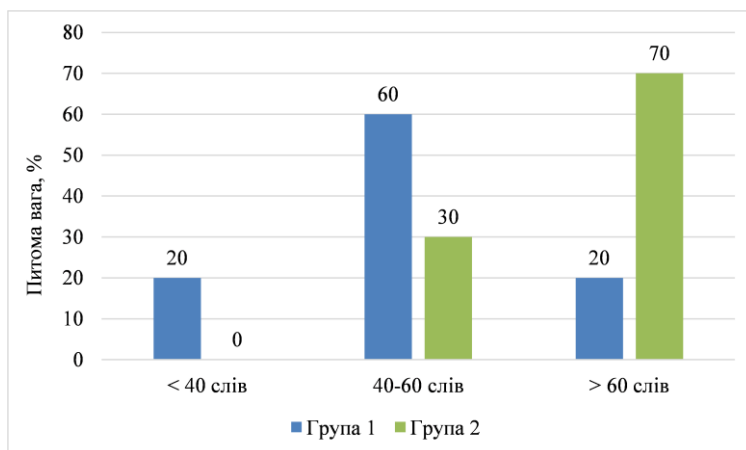
Нижче у табл. 3.1 наведено результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм кількості слів у розповіді.

Таблиця 3.1

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм кількості слів у розповіді

<i>№ з/п</i>	<i>Група 1 (з розладами аутистичного спектру)</i>	<i>Група 2 (без розладів)</i>	<i>Графічна інтерпретація результатів</i>
1	56	74	
2	62	85	
3	48	63	
4	49	59	
5	55	57	
6	53	68	
7	64	72	
8	72	59	
9	39	76	

10	31	82
Середн є	52,9	69,5



Різниця між результатами у %

31,4%

*складено автором за результатами емпіричного дослідження

Час проведення емпіричного дослідження становив 1 год, що є оптимальним з погляду на зручність для дітей та батьків, які згодилися на емпіричного дослідження.

З даних табл. 3.1 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які склали розповідь з кількістю слів до 40 од., становила приблизно 20%. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні. Частка дітей з групи №1, які склали розповідь з кількістю слів від 40 до 60 од., становила 60%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 30%. Частка дітей з групи №1, які склали розповідь з кількістю слів від 60 од., становила 30%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 70%. Середня кількість слів для дітей з групи №1 складала 52,9 од., а з групи №2 – 69,5 од. Різниця між даними показниками у відсотках складає 31,4%.

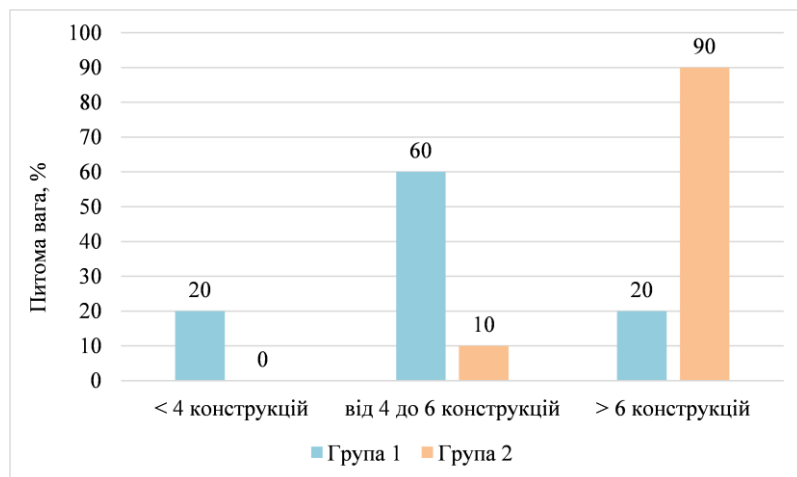
У табл. 3.2 наведено результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм кількості смислових конструкцій у розповіді.

Таблиця 3.2

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм кількості смислових конструкцій у розповіді

№ з/п	Група 1 (з розладами)	Група 2 (без)	Графічна інтерпретація результатів
-------	-----------------------	---------------	------------------------------------

	аутистичного розладів) спектру)	
1	5	7
2	6	8
3	4	8
4	4	6
5	6	7
6	5	8
7	7	8
8	8	8
9	3	9
10	3	7
Середнє	5,1	7,6



Різниця між результатами у %

49,0%

*складено автором за результатами емпіричного дослідження

З даних табл. 3.2 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які склали розповідь з кількістю смислових конструкцій до 4 од., становила приблизно 20%. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні. Частка дітей з групи №1, які склали розповідь з кількістю смислових конструкцій від 4 до 6 од., становила 60%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 30%. Частка дітей з групи №1, які склали розповідь з кількістю смислових конструкцій слів від 6 од., становила 20%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 90%. Середня кількість смислових конструкцій для дітей з групи №1 складала 5,1 од., а з групи №2 – 7,6 од. Різниця між даними показниками у відсотках складає 49,0%.

Надалі було проаналізовано результати гри на прослуховування. У табл. 3.3 наведено результати оцінки цієї гри за критерієм «точність відтворення змісту».

Таблиця 3.3

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм точності відтворення змісту у грі на прослуховування

№ з/п

Група 1 (з Група 2

Графічна інтерпретація результатів

	розладами аутистичног о спектру)	(без розладів)
1	61,6	70,3
2	65,1	80,8
3	50,4	59,9
4	51,5	56,1
5	61,1	54,2
6	58,8	64,6
7	71,0	68,4
8	79,9	56,1
9	42,9	72,2
10	34,1	77,9

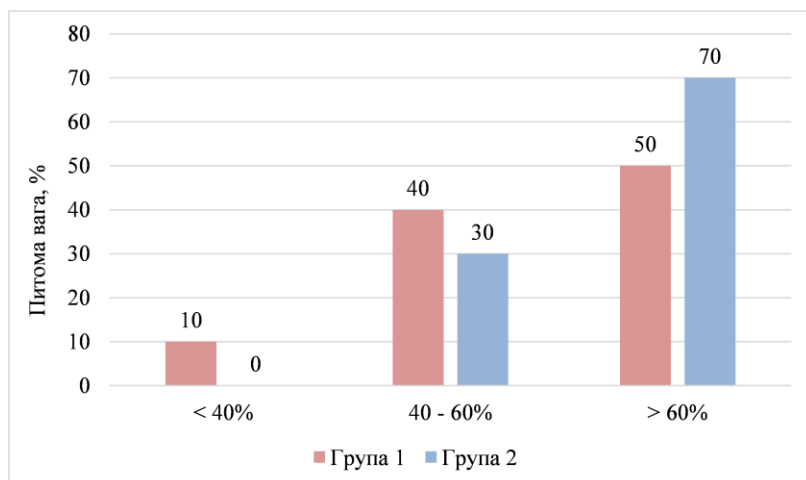
Середн
є

57,6 66,0

Різниця між результатами у %

14,5%

*складено автором за результатами емпіричного дослідження



З даних табл. 3.3 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які відтворили зміст з точністю менше 40%, становила 10%. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні. Частка дітей з групи №1, які відтворили зміст розповіді з точністю 40-60%, становила 40%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 30%. Частка дітей з групи №1, які відтворили зміст розповіді з точністю більше 60%, становила 50%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 70%. Середня точність відтворення змісту розповіді для дітей з групи №1 складала 57,6%, а з групи №2 – 66,0%. Різниця між даними показниками у відсотках складає 14,5% на користь групи №2.

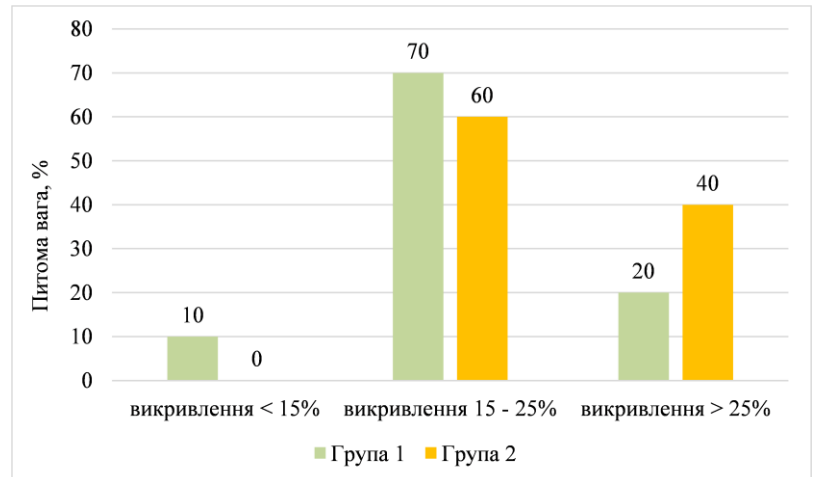
У табл. 3.4 наведено результати оцінки цієї гри за критерієм «рівень викривлення змісту».

Таблиця 3.4

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм рівня викривлення змісту у грі на прослуховування

№ з/п	Група 1 (з розладами	Група 2 (без	Графічна інтерпретація результатів
-------	----------------------	--------------	------------------------------------

	аутистичного розладів спектру)	
1	19,2	20,8
2	17,5	13,5
3	24,8	28,1
4	24,3	30,8
5	19,5	32,1
6	20,6	21,2
7	14,5	19,0
8	10,0	26,4
9	28,6	16,7
10	33,0	13,3
Середнє	21,2	22,2
Різниця між результатами у %	4,7%	



*складено автором за результатами емпіричного дослідження

З даних табл. 3.4 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які відтворили зміст розповіді з рівнем його викривлення менше 15%, становила 10% від загальної сукупності. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні, що є досить цікавим і свідчить також про те, що діти-аутисти можуть мати виняткову концентрацію в окремих випадках. Частка дітей з групи №1, які відтворили зміст розповіді з ступенем викривлення 15-25%, становила 70%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 60%. Частка дітей з групи №1, які відтворили зміст розповіді з ступенем викривлення більше 25%, становила 20%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 40%. Середній ступінь викривлення змісту розповіді для дітей з групи №1 складав 21,2%, а з групи №2 – 22,2%. Різниця між даними показниками у відсотках складає 4,7% на користь групи №1.

У табл. 3.5 наведено результати оцінки письмових навичок дітей під час гри на створення малюнку до розповіді.

Таблиця 3.5

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм письмових навичок дітей під час гри на створення малюнку до розповіді

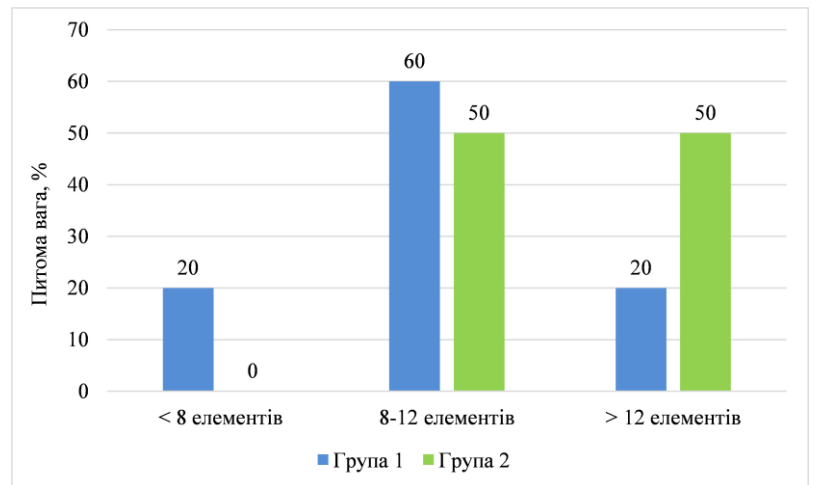
№ з/п	Група 1 (з розладами аутистичного спектру)	Група 2 (без розладів)
1	10	14
2	11	13
3	9	14
4	9	12
5	11	14
6	10	15
7	13	15
8	14	11
9	7	12
10	6	12
Середнє	10,0	13,2

Різниця між результатами у %

32,0%

*складено автором за результатами емпіричного дослідження

Графічна інтерпретація результатів



З даних табл. 3.5 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які створили малюнок до розповіді з кількістю геометричних конструкцій, що менша за 8 елементів, становила 20%. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні. Частка дітей з групи №1, які створили малюнок до розповіді з кількістю геометричних елементів від 8 до 12, становила 60%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 50%. Частка дітей з групи №1, які створили малюнок до розповіді з кількістю геометричних елементів більше 12, становила 20%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 50%. Середня кількість геометричних елементів на малюнках для дітей з групи №1 складала 10,0, а з групи №2 – 13,2. Різниця між даними показниками у відсотках складає 32,0% на користь групи №2.

У табл. 3.6 наведено результати оцінки навичок соціалізації дітей під час гри складання діалогу.

Таблиця 3.6

Результати оцінювання розвитку соціалізації дітей під час гри складання діалогу

№ з/п	Група 1 (з	Група 2
-------	------------	---------

Графічна інтерпретація результатів

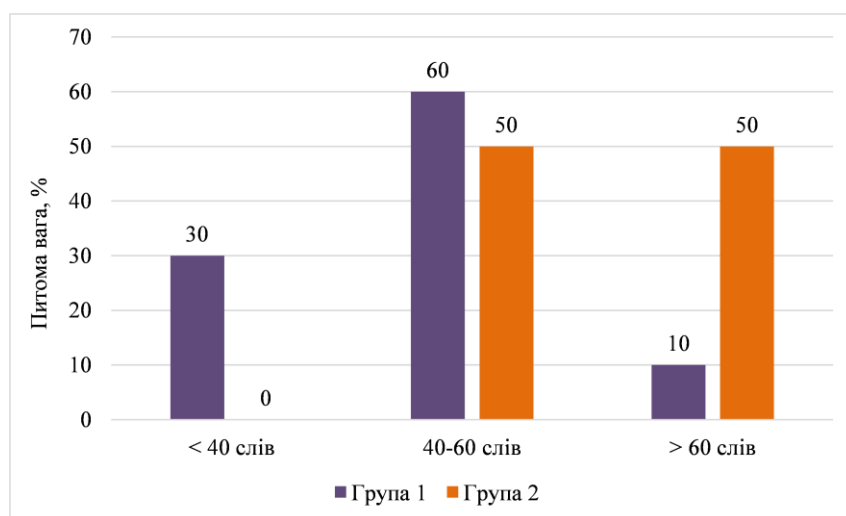
	розладами аутистичного спектру)	(без розладів)
1	45	63
2	51	74
3	37	52
4	38	48
5	44	46
6	42	57
7	53	61
8	61	48
9	28	65
10	20	71

Середнє

41,9 58,5

Різниця між результатами у %

39,6%



*складено автором за результатами емпіричного дослідження

З даних табл. 3.6 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які склали діалог з кількістю слів до 40 од., становила приблизно 30%. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні. Частка дітей з групи №1, які склали діалог з кількістю слів від 40 до 60 од., становила 60%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 50%. Частка дітей з групи №1, які склали діалог з кількістю слів від 60 од., становила 10%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 50%. Середня кількість слів для дітей з групи №1 складала 41,9 од., а з групи №2 – 58,5 од. Різниця між даними показниками у відсотках складає 39,6%.

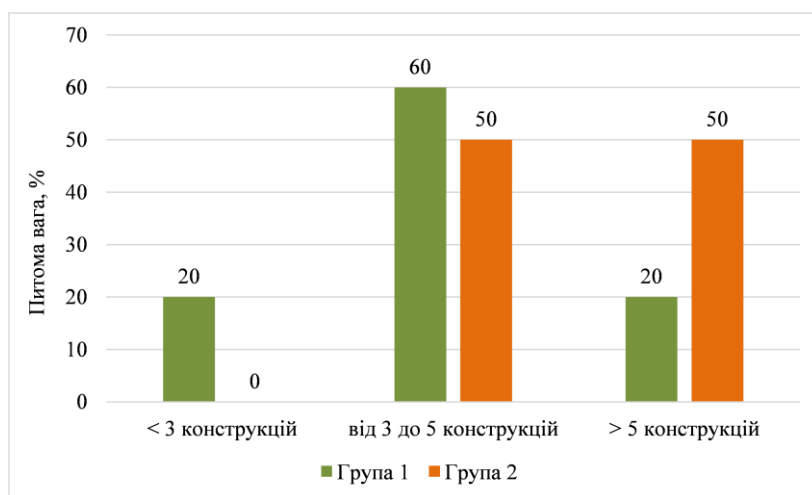
У табл. 3.7 наведено результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм кількості смислових конструкцій у діалозі.

Таблиця 3.7

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм кількості смислових конструкцій у діалозі

№ з/п	Група 1 (з розладами аутистичного спектру)	Група 2 (без розладів)
1	4	6
2	5	5
3	3	5
4	3	5
5	5	6
6	4	7
7	6	7
8	7	7
9	2	5
10	2	4
Середнє	4,1	5,7

Графічна інтерпретація результатів



Різниця між результатами у %

39,0%

*складено автором за результатами емпіричного дослідження

З даних табл. 3.7 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які склали діалог з кількістю смислових конструкцій до 3 од., становила приблизно 20%. При цьому серед вибірки дітей без розладів аутистичного спектру (група №2) такі результати були відсутні. Частка дітей з групи №1, які склали розповідь з кількістю смислових конструкцій від 3 до 5 од., становила 60%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 50%.

Частка дітей з групи №1, які склали розповідь з кількістю смислових конструкцій слів від 5 од., становила 20%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 50%. Середня кількість смислових конструкцій для дітей з групи №1 складала 4,1 од., а з групи №2 – 5,7 од. Різниця між даними показниками у відсотках складає 39,0%.

Надалі варто охарактеризувати особливості розвитку комунікацій у дітей, які проявляються у їх можливостях слідувати певним усталеним правилам. З цією метою їм було запропоновано групову гру, під час якої

вони повинні були дотримуватися окреслених правил. До уваги бралася кількість порушень відповідних правил. Результати емпіричного дослідження наведено у табл. 3.8.

З даних табл. 3.8 можемо зробити висновки про те, що частка дітей з розладами аутистичного спектру (група №1), які допустили кількість порушень правил до 3 разів, становила приблизно 10%. Частка вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 40%.

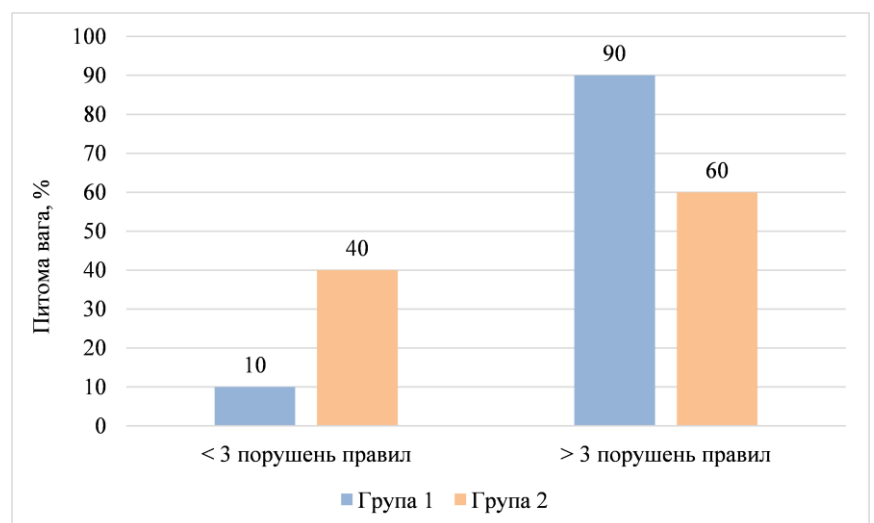
Частка дітей з групи №1, які допустили кількість порушень правил більше 3 разів, становила приблизно 90%. Для вибірки дітей з групи №2 за даним критерієм складала 60%. Середня кількість порушень правил гри для дітей з групи №1 складала 3,6 рази, а з групи №2 – 3,0 рази. Різниця між даними показниками у відсотках складає -16,7%.

Таблиця 3.8

Результати оцінювання розвитку комунікацій за критерієм здатності
слідувати правилам гри

№ з/п	Група 1 (з розладами аутистичного спектру)	Група 2 (без розладів)
1	4	3
2	5	4
3	3	2
4	3	2
5	2	4
6	3	3
7	5	5
8	4	5
9	3	1
10	4	1
Середнє	3,6	3,0

Графічна інтерпретація результатів



Різниця між результатами у %

-16,7%

*складено автором за результатами емпіричного дослідження

Виходячи з результатів проведеного емпіричного дослідження було побудовано узагальнену матрицю результатів, яку наведено у табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Узагальнена матриця результатів проведеного констатувального емпіричного дослідження

Критерії оцінювання	Ум. поз-нач	Розподіл кількості дітей в залежності від отриманих результатів					
		Група 1 (з розладами аутистичного спектру)			Група 2 (без розладів)		
		Min	Med	Max	Min	Med	Max
- кількість слів у розповіді	K1	2	6	2	0	3	7
- кількість смислових конструкцій у розповіді	K2	2	6	2	0	1	9
- рівень відтворення змісту – наведення фактів, які релевантні прослуханій розповіді (%)	K3	1	4	5	0	3	7
- рівень викривлення змісту - наведення фактів, яких не було у розповіді(%)	K3	1	7	2	0	6	4
Продовження табл. 3.9							
- кількість геометричних складових елементів у малюнку (виражає рівень складності)	K4	2	6	2	0	5	5
- кількість слів у діалозі	K5	3	6	1	0	5	5
- кількість смислових конструкцій у діалозі	K6	2	6	2	0	5	5
- кількість помилок (порушень правил), допущених під час гри	K7	1	-	9	4	-	6

*Умовні позначення:

Min - мінімальне значення результату

Med - медіанне значення результату

Max - максимальне значення результату

Виходячи з результатів, наведених у зведеній матриці, було обчислено показники дисперсії (розсіювання) між результатами, отриманими для двох груп дітей (рис. 3.1).

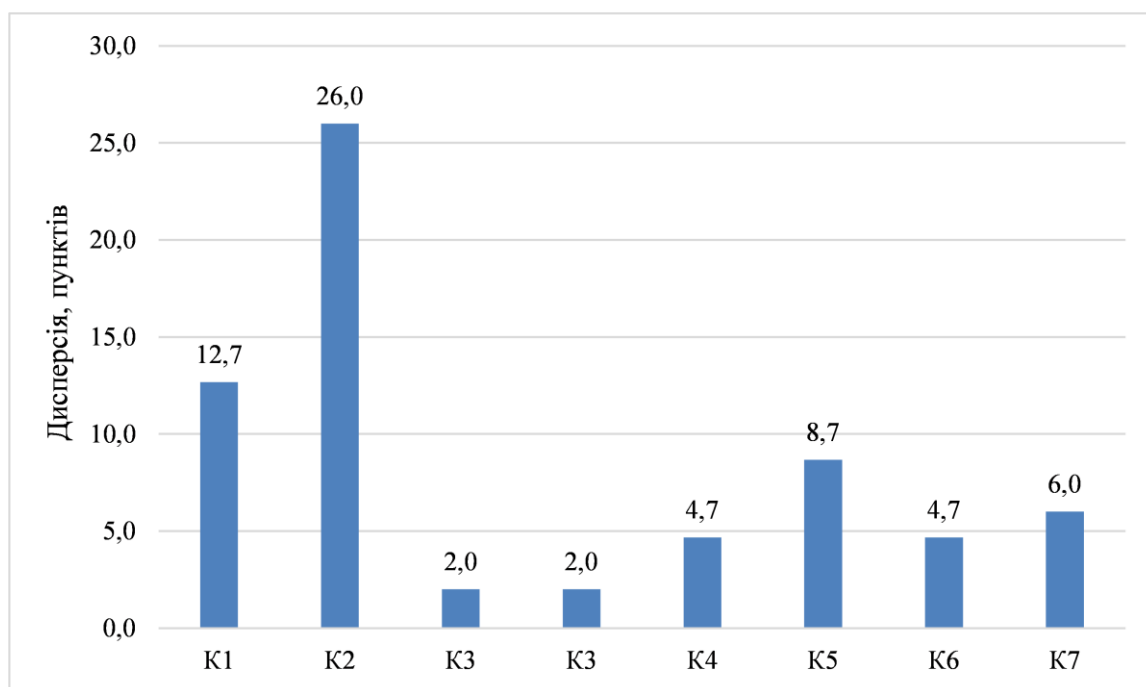


Рис. 3.1. Показники дисперсії між результатами, отриманими для двох груп досліджуваної вибірки дітей

Даний показники дисперсії було пораховано для кожного показника (критерію). Зміст показника полягає у тому, що вона характеризує ступінь загального відхилення результатів для обох груп дітей. Чим вищим є цей показник, тим більшою є узагальнена різниця в оцінці розвитку комунікацій. Отримані результати в рамках констатувального емпіричного дослідження будуть важливими для порівняння з результатами контрольного емпіричного дослідження у питанні 3.2.

Отже, виходячи з отриманих результатів, можна стверджувати, що в цілому рівень розвитку комунікаційних навиків у дітей з проявами аутизму є нижчим, ніж у дітей, котрі не мали даного діагнозу. Найбільшу складність для дітей з розладами аутистичного спектру, як свідчать результати емпіричного дослідження, становили завдання, котрі вимагали формування різних смислових конструкцій у іграх «Розповідь» та «Діалог». Також ємність розповіді і діалогу у діток з розладами аутистичного спектру була нижчою. Наведене можна пояснити тим, що їм складніше адаптуватися до нових умов, що в принципі і підтверджується результатами емпіричного

дослідження. Важливим результатом є підтвердження гіпотези, відповідно до якої дітки-аутисти доволі непогано справляються з задачами, що потребують фокусування уваги. Але це поширюється не на всіх дітей. Тому важливим є також підтвердження іншої гіпотези, відповідно до якої розлади аутистичного спектру можуть мати різний характер і те, що є значною складністю для одних діток, не є такою ж складністю і для інших діток з аналогічним діагнозом. Тобто, показник діагнозу є чимось відносним та усередненим, у той же час специфіка розладів у кожної дитини є індивідуальною, а тому потребує індивідуального підходу у коригуванні. Наведений висновок є дуже важливим з позиції розробки індивідуальних підходів у корекційній роботі. Це також дає змогу свідчити про гіпотезу, відповідно до якої застосування уніфікованих підходів у психологічній корекції швидше за все дасть менші результати, порівняно з індивідуальними підходами.

3.2. Обґрунтування напрямків корекційної роботи з розвитку комунікації у дітей з аутизмом

Напрямки корекційної роботи з розвитку комунікації у дітей з аутизмом передбачають вироблення основних технік та підходів, що дозволяють сформувати оптимальний комплекс заходів для мінімізації наслідків розладу аутистичного спектру. При виборі методу корекції звертають увагу на такі особливості поведінки та соціального спілкування: відсутність прямого погляду на співрозмовника (віч-на-віч); невміння встановлювати емоційні стосунки з однолітками; відсутність бажання ділитися своїми емоціями (радістю, невдачами, інтересами, успіхами) з іншими дітьми; відсутність уяви та різноманітності, зміни в рольовій або дидактичній грі, що передбачає соціальне наслідування.

Важливість вибору саме індивідуального підходу у корекційній роботі також підтверджується результатами емпіричного дослідження, проведеного у питанні 3.1. Тому, для забезпечення можливості використовувати саме ті

підходи, які базуються на формуванні індивідуальної програми зайнять (тренінгів) під кожну дитину, важливо розуміти спектр усіх наявних методів.

В даний час існує багато методів корекції поведінки дітей з розладом аутистичного спектру, але всі вони засновані на простих і точних правилах (рис. 3.2):



Рис. 3.2. Основні правила корекції поведінки дітей з розладом аутистичного спектру

*складено автором на основі [21]

Як бачимо, основні правила корекції передбачають первинний аналіз глибини розладів аутистичного спектру, циклічне прогресивне навчання на основі виконання завдань, участь батьків та родичів дитини в навчальному процесі, відсутність критичних суджень та вироблення позитивної системи заохочення, наявність контрольних завдань для моніторингу результатів корекційної роботи.

Корекційно-розвивальна робота з дитиною-аутистом – це тривалий, ретельний, систематичний і багатоступеневий процес, який зазвичай складається з 4 етапів: 1 етап – організація розвивального середовища з урахуванням особливостей дитини-аутиста; 2 етап - відпрацювання реакції поживлення і стеження, формування зорово-моторної координації, розвиток

сприйняття (тактильного, зорового, аудіального, кінестетичного, м'язового); 3-й етап - перехід від маніпулятивної гри до сюжетної (стимул до активності, багаторазове повторення ігор, формування ігрових штампів); 4 етап – впровадження комунікативних ігор і рухової діяльності (рис. 3.3).

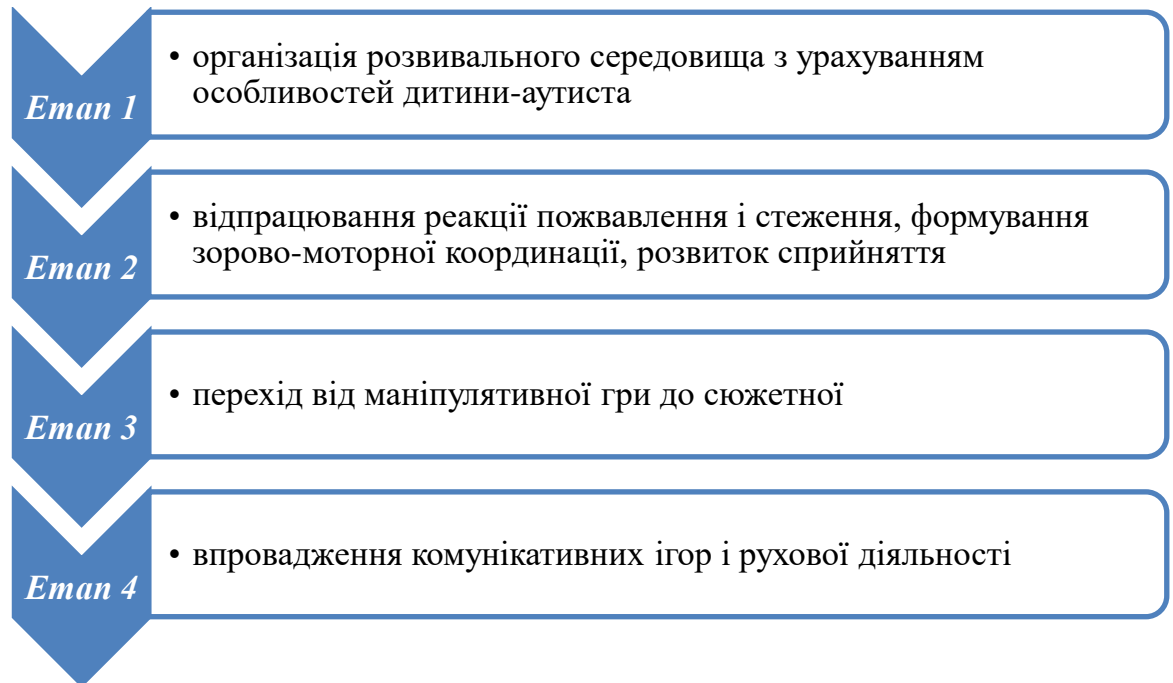


Рис. 3.3. Етапи корекції поведінки дітей з розладом аутистичного спектру

*складено автором на основі [21]

Психологічні методи корекційно-розвивальної роботи з аутичними дітьми дуже різноманітні [6]. Основні з них наведені у табл. 3.10.

Емоційний підхід був розроблений у 1980-1990-х роках. Теоретичною основою методу стала концепція рівневої структури системи регуляції емоцій. Основними етапами корекції, відповідно до наведеного підходу, є встановлення емоційного контакту, стимулювання взаємодії, усунення аутоагресії та формування цілеспрямованої поведінки [8].

Зміна орієнтиру передбачає зміну ставлення до дитини-аутиста. Відповідно до даного підходу ставлення неспроможності замінюється ставленням здатності робити багато речей. Ставлення до дитини як до хворої змінюється ставленням до дитини як до здорової.

Таблиця 3.10

Деякі поширені методи корекційної роботи з розвитку комунікації у
дітей з аутизмом

№	Метод / підхід	Характеристика
1	Емоційний	встановлення емоційного контакту, стимулювання взаємодії, усунення аутоагресії та формування цілеспрямованої поведінки
2	Зміна орієнтиру	формування передумов для зміни ставлення до самої дитини, інклюзія її у світ здорових людей
3	Музикотерапія та евритмія	заснований на переживанні краси музики і законів мовлення
4	Терапія щоденним життям	передбачає побудову ритму життя і стабілізація емоцій через програму щоденних фізичних вправ
5	Терапія ТЕАССН	формування якомога більшої кількості стереотипних схем взаємодії з навколишнім світом
6	Холдингова терапія	створення фізичного зв'язку між матір'ю та дитиною
7	Метод прикладного аналізу поведінки	формування складних умінь розбивається на невеликі блоки – дії, при цьому кожна правильна дія формується окремо і доводиться до автоматизму
8	Метод сенсорної інтеграції	здатності обробляти сенсорну інформацію
9	Ігрова терапія	нефункціональна, несоціалізована, позбавлена сюжету і символічних рис, ригідна, монотонна, і складається з маніпуляцій, що багаторазово повторюються, з іграшками

*складено автором на основі [8, 14, 21, 29, 51, 17]

Музикотерапія широко використовується з середини ХХ століття. Музикотерапія починається з знайомства дитини з музичним інструментом, намагаючись самостійно вимовляти звуки або наслідуючи їх голосом. Основний акцент евритмії в рамках даного методу робиться на прослуховуванні музики, яка поєднана з певними синхронними та гармонійними рухами, що нагадують пантоміму або танець. Евритмічні рухи засновані на переживанні краси музики і законів мови [14].

Терапія щоденним життям як методика була розроблена в Японії і складається з трьох елементів: 1) побудова ритму життя і стабілізація емоцій через програму щоденних фізичних вправ; 2) усунення “духу залежності” від навколишнього середовища через групові заняття; 3) підтримка інтелектуального розвитку шляхом повторення одних і тих самих дій знову і знову (навчання до виснаження) [29].

Терапія ТЕАССН (структуроване механічне навчання) активно використовується в США та Європі. Основою методики є чітке структурування простору та часу за допомогою різноманітних форм розкладів, карт, покажчиків, алгоритмів дій тощо. Методика використовується для формування якомога більшої кількості стереотипних схем взаємодії з навколишнім світом [51].

Холдингова терапія була запропонована американським психіатром М. Уелшем у першій половині 1980-х років. XX століття. Метод спрямований на створення фізичного зв'язку між матір'ю та дитиною і полягає в тому, що дитина насильно притискається до матері: мати тримає дитину так міцно, що можна дивитися їй в очі. Розрізняють три фази утримання: 1) фаза конфронтації (дитина перешкоджає початку утримування); 2) фаза конфлікту (дитина виривається, кусається, плюється; мати заспокоює дитину, говорить про свою любов); 3) рівень дозволу (опір припиняється, дитина встановлює зоровий контакт з матір'ю). Холдингову терапію можна застосовувати лише тоді, коли вичерпано інші можливості допомоги дитині [18].

Метод сенсорної інтеграції спрямований на розвиток у дитини здатності обробляти сенсорну інформацію, що дозволить їй краще орієнтуватися в навколишньому світі. Інтеграція може стосуватися нюху, дотику, смаку, зору, слуху, просторового сприйняття тощо [24].

Виходячи з переліку наведених вище методів можна зробити висновки про те, що взаємодію з аутичною дитиною необхідно будувати залежно від діагнозу та реальних можливостей самої дитини. Корекційна робота повинна вестись у кількох напрямках одночасно, серед яких одним із пріоритетних є ігрова діяльність (уміння та бажання дитини грати) [17].

Метод прикладного аналізу поведінки (АВА) – це комплекс психолого-педагогічних засобів і методів, які індивідуально підбираються відповідно до потреб кожної дитини з метою зміни її поведінки та покращення соціальної адаптації. Метод вперше був розроблений у 1963 році доктором. І. Ловаас і його колеги з Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі в роботі з

дітьми-аутистами. Основна ідея методу полягає в тому, що якщо дитині подобаються наслідки її поведінки, вона буде її повторювати, а якщо не подобається, то не буде. Формування складних умінь розбивається на невеликі блоки – дії. Кожна правильна дія формується окремо і доводиться до автоматизму. Будь-які помилки суворо заборонені. Потім прості дії об'єднуються в складну дію. Таким чином у дитини розвивається мотивація, бажана поведінка та види діяльності, які допомагають їй вписатися в суспільство [17].

На наш погляд, метод АВА можна застосувати для корегування поведінки дітей з РАС з максимальним урахуванням індивідуальних особливостей розвитку кожної дитини.

АВА-терапія допомагає дітям з розладом аутистичного спектру:

- краще взаємодіяти з іншими;
- підвищення здатності до навчання;
- коригувати поведінкові відхилення;
- досягти нормального рівня інтелектуального розвитку дітей певного віку;
- засвоїти необхідні навички для наступного самостійного життя.

Основні етапи АВА-терапії проілюстровано на рис. 3.4.

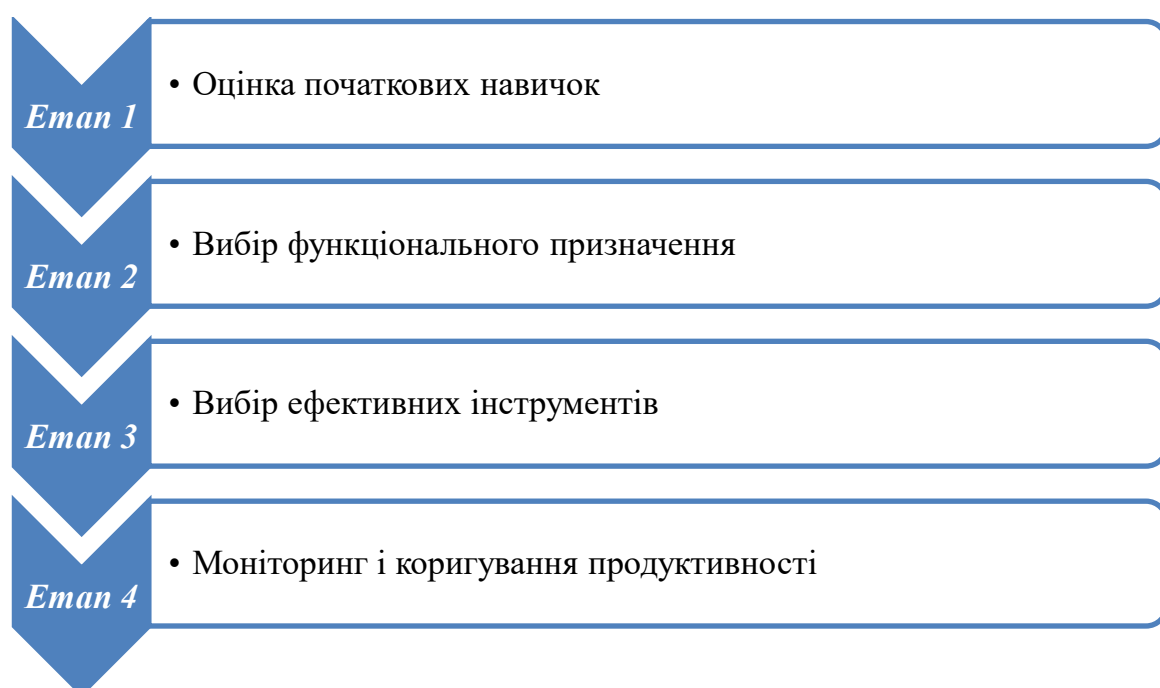


Рис. 3.4. Етапи АВА-терапії для корекції поведінки дітей з розладом аутистичного спектру

*складено автором на основі [17, 51]

В ідеалі АВА-терапія повинна проводитися щодня і тривати не менше 1 години з перервами в 3-5 хвилин, протягом яких можна пропонувати дитині як фізичні вправи, так і просто відпочити в будь-якому зручному положенні.

Основні характеристики АВА-терапії, яку було застосовано до дітей з РАС, які входили до групи вибірки, наведено у табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Характеристики АВА-терапії, яку було застосовано до дітей з РАС, які входили до групи вибірки

<i>Основні критерії / характеристики</i>	<i>Опис / пояснення</i>
Опис самого підходу, що застосовувався	Дитину просять виконати дуже просту дію (наприклад, взяти іграшку або вказати на потрібну картинку) і одразу ж підказують – показують, як це зробити. Учитель кілька разів підказує, після чого повторює підказку, але без підказки. Коли учень виконує те, що вимагається, його хвалять. Усі невдалі спроби не зачитуються з обов'язковою підбадьорувальною розмовою на кшталт: «Ти майже на місці. Давайте спробуємо знову».

продовження табл. 3.11

<i>Основні критерії / характеристики</i>	<i>Опис / пояснення</i>
Умови переходу до кожного наступного етапу навчання	Коли вчитель бачить, що його учень засвоїв одну дію, він навчає його другій, потім третій і т. д.
Критерії фіналізації вожного етапу навчання	Навчання вважається закінченим, коли шляхом навчання дитина починає засвоювати нову інформацію в 1-2 повтореннях
Переваги підходу	<ul style="list-style-type: none"> - Дитина вчиться правильній поведінці при переході з однієї життєвої ситуації в іншу. Це робить її більш незалежним. - Перші результати з'являються досить швидко, хоча навчання може тривати довго. - Згідно з дослідженнями, переважна більшість дітей, які навчалися за програмою АВА, можуть навчатися разом зі звичайними дітьми у звичайних школах. - Підхід передає всі необхідні принципи життя та необхідні принципи соціального спілкування: зокрема, дитина вчиться безконфліктно спілкуватися, засвоює важливі поняття та визначення, самостійно пізнавати світ та піклуватися про

	себе.
Недоліки підходу	<ul style="list-style-type: none"> - АВА-терапія слабо ефективна, якщо дитина боїться незнайомих. - Уроки, які перериваються або скорочуються, можуть негативно позначитися на результаті. - Дуже важливо, щоб батьки також брали участь у роботі та за допомогою спеціаліста. - Діти з розладами аутистичного спектру іноді не підтримуються. Важливо розуміти, яка винагорода потрібна дитині, щоб заняття дали бажаний результат.

*складено автором на основі [17, 51]

Також було проведено повторне емпіричне дослідження (контрольне) за тією ж самою методикою, що була описана у питанні 3.1. Відповідного до проведеного дослідження, було отримано результати, які проілюстровані в наступній матриці (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Узагальнена матриця результатів проведеного контрольного емпіричного дослідження

Критерії оцінювання	Ум. познач	Розподіл кількості дітей в залежності від отриманих результатів					
		Група 1 (з розладами аутистичного спектру)			Група 2 (без розладів)		
		Min	Med	Max	Min	Med	Max
- кількість слів у розповіді	K1	1	6	3	0	3	7
- кількість смислових конструкцій у розповіді	K2	1	3	6	0	1	9
- рівень відтворення змісту – наведення фактів, які релевантні прослуханій розповіді (%)	K3	2	3	5	0	3	7
- рівень викривлення змісту - наведення фактів, яких не було у розповіді(%)	K3	1	6	3	0	6	4
- кількість геометричних складових елементів у малюнку (виражає рівень складності)	K4	2	3	3	0	5	5
- кількість слів у діалозі	K5	1	4	5	0	5	5
- кількість смислових конструкцій у діалозі	K6	1	3	6	0	5	5
- кількість помилок (порушень правил), допущених під час гри	K7	2		8	4		6

продовження табл. 3.12

*Умовні позначення:

Min - мінімальне значення результату

Med - медіанне значення результату

Max - максимальне значення результату

Виходячи з результатів, наведених у зведеній матриці, було обчислено показники дисперсії (розсіювання) між результатами, отриманими для двох груп дітей (рис. 3.5).

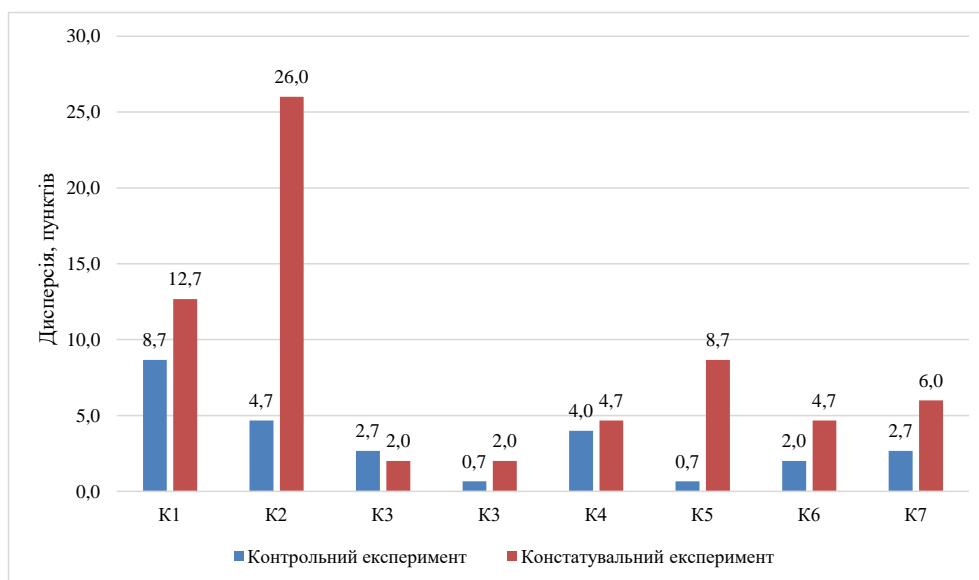


Рис. 3.5. Порівняння показників дисперсії між результатами в рамках контрольного та констатувального емпіричного дослідження

Таким чином, АВА-терапія є одним з найефективніших методів лікувального навчання дітей з аутизмом, але для досягнення результату потрібен хороший педагог-психолог, фахівець з просто безмежним терпінням і великою любов'ю до своєї справи і, звичайно, до дітей. За результатами проведеного контрольного емпіричного дослідження було встановлено позитивні зрушення у комунікаційних навиках дітей з РАС за умови використання методу АВА-терапії.

Висновки до розділу 3

Отже, за результатами проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

Результати проведеного дослідження в рамках констатувального емпіричного дослідження дозволяють стверджувати про гіпотезу, відповідно

до якої застосування уніфікованих підходів у психологічній корекції швидше за все дасть менші результати, порівняно з індивідуальними підходами. Рівень розвитку комунікаційних навиків у дітей з проявами аутизму є нижчим, ніж у дітей, котрі не мали даного діагнозу. Найбільшу складність для дітей з розладами аутистичного спектру, як свідчать результати емпіричного дослідження, становили завдання, котрі вимагали формування різних смислових конструкцій у іграх «Розповідь» та «Діалог».

АВА можна застосувати для корегування поведінки дітей з РАС з максимальним урахуванням індивідуальних особливостей розвитку кожної дитини. АВА-терапія допомагає дітям з розладом аутистичного спектру: краще взаємодіяти з іншими; підвищення здатності до навчання; коригувати поведінкові відхилення; досягти нормального рівня інтелектуального розвитку дітей певного віку; засвоїти необхідні навички для наступного самостійного життя. Було проведено повторний експеримент (контрольний) за тією ж самою методикою. За результатами проведеного контрольного емпіричного дослідження було встановлено позитивні зрушення у комунікаційних навиках дітей з РАС за умови використання методу АВА-терапії.

ВИСНОВКИ:

Отже, за результатами проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

Аутизм є особливою формою аномалії інтелектуального розвитку, при якій спостерігаються стійкі і своєрідні порушення поведінки спілкування, а також емоційних контактів дитини з навколишнім середовищем. Дана аномалія проявляється у дефіциті соціальної взаємодії та спілкування, наявності повторюваної стереотипної поведінки та особливостей обробки сенсорної інформації. РАС є складним неврологічним розладом, що характеризується помітною гетерогенністю. Аутизм захоплює всі сторони життя дитини, що насамперед проявляється у труднощах соціальної

взаємодії, які сприйняття та обробки сенсорної інформації, у порушеннях мовлення і комунікації, у наявності обмежень власної активності (зокрема у стереотипних формах поведінки), в вузькості кола інтересів тощо.

Більшість дітей з РАС мають проблеми у комунікаціях з іншими людьми. Це відбувається тому, що для успішного спілкування дитина повинна як відповідати іншим людям, коли вони з нею говорять, так і сама ініціювати спілкування. Незважаючи на те, що багато дітей з РАС ініціювати спілкування за своїм бажанням, зазвичай вони не активно використовують комунікації з оточуючими, аби встановити контакт з іншою людиною. Головною передумовою для спілкування аутичних дітей є вироблення вміння говорити один з одним, яке часто потрібно практикувати на прикладах різних ситуацій. Необхідно навчити дитину вести ввічливу взаємну розмову і не втомлювати співрозмовника питаннями чи нескінченними монологами.

Різні напрямки розвитку комунікаційних навиків у дітей з розладами аутистичного спектру залежать від специфіки самої дитини, її віку та вже сформований здібностей. Тому, у процесі формування заходів для корекційної роботи важливо враховувати індивідуальні особливості дитини. Наведений підхід відрізняється від уніфікованого та може бути більше ефективним. Формування комунікативних навичок здійснюється на основі ряду принципів, розроблених у загальній корекційній педагогіці та спеціальній психології. Принцип комплексного впливу передбачає участь, взаємодію та співпрацю в процесі психолого-педагогічної корекції всіх спеціалістів, які працюють з цією дитиною, та її батьків.

Основними етапами дослідження були наступні: 1) теоретичний аналіз наукової літератури на тему розвитку комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру; 2) проведення самого дослідження за обраною методикою, що включає наступні підетапи; 3) формулювання висновків та пропозицій. У загальній сукупності з 10 пацієнтів кількість дітей за віковими категоріями була розподілена наступним чином: 5 років – 30%, 6 років – 40%, 7 років – 30%. Такий розподіл за віковими групами дає можливість

отримати результати діагностики, які можуть певним чином варіюватися. Рівень варіації залежить як від індивідуальних особливостей кожної дитини, так і від відповідних корекційних процедур, які також мають певну залежність від віку. Тому в ході дослідження постаралися представити відносно паритетний розподіл опитаних пацієнтів за віковими групами. Методами дослідження були наступні: 1) теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з проблеми діагностики; 2) метод спостереження за дітками, що входили у вибірову сукупність; 3) емпіричне дослідження, яке полягає у заповненні відповідного опитувальника.

Виходячи з отриманих результатів констатувального емпіричного дослідження, можна стверджувати, що в цілому рівень розвитку комунікаційних навиків у дітей з проявами аутизму є нижчим, ніж у дітей, котрі не мали даного діагнозу. Найбільшу складність для дітей з розладами аутистичного спектру, як свідчать результати дослідження, становили завдання, котрі вимагали формування різних смислових конструкцій у іграх «Розповідь» та «Діалог». Також ємність розповіді і діалогу у діток з розладами аутистичного спектру була нижчою. Наведене можна пояснити тим, що їм складніше адаптуватися до нових умов, що в принципі і підтверджується результатами емпіричного дослідження. Важливим результатом є підтвердження гіпотези, відповідно до якої дітки-аутисти доволі непогано справляються з задачами, що потребують фокусування уваги. Але це поширюється не на всіх дітей. Тому важливим є також підтвердження іншої гіпотези, відповідно до якої розлади аутистичного спектру можуть мати різний характер і те, що є значною складністю для одних діток, не є такою ж складністю і для інших діток з аналогічним діагнозом. Тобто, показник діагнозу є чимось відносним та усередненим, у той же час специфіка розладів у кожної дитини є індивідуальною, а тому потребує індивідуального підходу у коригуванні. Наведений висновок є дуже важливим з позиції розробки індивідуальних підходів у корекційній роботі. Це також дає змогу свідчити про гіпотезу, відповідно до якої застосування

уніфікованих підходів у психологічній корекції швидше за все дасть менші результати, порівняно з індивідуальними підходами.

АВА-терапія є одним з найефективніших методів лікувального навчання дітей з аутизмом, але для досягнення результату потрібен хороший педагог-психолог, фахівець з просто безмежним терпінням і великою любов'ю до своєї справи і, звичайно, до дітей. За результатами проведеного контрольного емпіричного дослідження було встановлено позитивні зрушення у комунікаційних навиках дітей з РАС за умови використання методу АВА-терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Білопола В. Робота з дітьми з розладами аутичного спектра в дитячому садку / В. Білопола // Педрада. - 2020. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://oplatforma.com.ua/article/1588-nklyuzivna-osvta-dtey-z-rozladami-autichnogo-spektra-v-dnz>»
2. Борисенко О. Психолого-педагогічні засади формування позитивного ставлення батьків до дітей з аутизмом / О. М. Борисенко // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. – 2014. - №2. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/1138/1/2-2014bomdza.pdf>
3. Грітченко Т. Особливості комунікації у дітей із розладами аутичного спектра / Т. Я. Грітченко // Модернізація освітнього середовища: проблеми та перспективи : Матеріали П'ятої Міжнародної науково-практичної конференції. – Умань, 10-11 жовтня 2019 р. – С. 63–65.
4. Багрій Я. Ранній дитячий аутизм / Я. Т. Багрій // Галицький лікарський вісник, 2003. - №4. - С. 120–124.
5. Зайченко Г. Формування комунікативних навичок у дітей з розладами аутичного спектра шляхом використання ігрових прийомів / Г. Д. Зайченко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. - 2013. - № 4(2). - С. 122–131.
6. Когутяк Н. Уявлення про чуже психічне як компонент соціальної компетентності дошкільників // Надія Когутяк / Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» - Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2015. – Вип. 4, С. 71-76
7. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів / В. Тарасун, Г. Хворова; За наук. ред. Тарасун В. В. -К.: Наук, світ, 2004. –100 с.

8. Мазуренко А. Розлади спектру аутизму / А. Мазуренко // Центр дитячого здоров'я. - 2022. - [електронний ресурс] – режим доступу: <http://childrenhealth.center/development/disorders/autism-spectrum/>
9. Малікова О. Як навчати дітей з аутизмом в інклюзивних класах / О. Малікова // Нова українська школа. - 2020. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://nus.org.ua/articles/yak-navchaty-ditej-z-autyzmom-v-inklyuzyvnyh-klasah-chastyna-1/>
10. Марценковський І. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації / І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, О.В. Ткачова. // СПД-ФО Парашин І.С. – 2009. – 46 с.
11. Нечитайло І. Аутизм простими словами: що потрібно знати про особливих дітей / І. Нечитайло // Сарни News. 2021. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://sarnynews.city/blogs/136907/autizm-prostimi-slovami-scho-potribno-znati-pro-osoblivih-ditej>
12. Озарко О., Когутяк Н. На шляху до контакту: особливості роботи із дітьми з аутизмом / О.В. Озарко, Н.М. Когутяк // Наукове мислення. – 2023. [електронний ресурс] – режим доступу: <https://naukam.triada.in.ua/index.php/konferentsiji/34-p-yata-vseukrajinska-praktichno-piznavalna-internet-konferentsiya/52-na-shlyakhu-do-kontaktu-osoblivosti-roboti-iz-ditmi-z-autizmom>
13. Ознаки аутизму у дитини: чек-лист для різного віку Українська Правда. - 2020. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/04/2/240438/>
14. Островська К., Химко М., Кудрявцева Ю. Особливості реабілітації дітей з аутизмом та їх родин. – Львів, «Тріада плюс». – 2007. – 44 с.
15. Островська К. 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.

16. Островська К., Химко М. 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.
17. Островська К., Химко М.. 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.
18. Психологічні особливості аутичних дітей. [електронний ресурс] – режим доступу: <https://kyiv8.irc.org.ua/psihologichni-osoblivosti-autichnih-ditej-14-47-21-15-04-2021/>
19. Радченко М. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину// Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. / За ред. С. Д. Максименка. К.,2002, Т. 4, Ч. 3. – С. 207 – 215.
20. Радченко М. Роль матері у подоланні аутичної відчуженості дитини /М.І. Радченко // Безпека життєдіяльності. – 2004. – С. 34-36
21. Романчук О. Розлади спектру аутизму / О. Романчук. – Львів, 2009. – С. 77–82.
22. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків [Synopsis diagnostic criteria for DSM-V and protocols for the diagnosis and treatment of mental disorders in children and adolescents] / [пер. з англ., упор. та наук. ред. Леся Підлесецька]; (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). — Львів: Видавництво Українського Католицького Університету, 2014. — 112 с.
23. Синьов В. Розумова відсталість як педагогічна проблема: навч. посібник / В. М. Синьов. – К., 2007. – 120 с.

24. Скрипник Т. Система психолого-педагогічного супроводу дітей заутизмом в освітньому просторі. / Т.В. Скрипник // Особлива дитина: навчання і виховання. – №4. – 2013. – С. 28-32.22.

25. Скрипник Т. Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво «Фенікс», 2010. – 368 с.

26. Сторож В., Рижова М. Особливості поведінки та комунікації в структурі розладів аутистичного спектру у дітей дошкільного віку / В.В. Сторож, М.Е. Рижова // Вісник Одеського національного медичного університету. - 2019. - №1. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://www.onmedu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7280/Storozh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Сторожук М. Життя з аутизмом: у якому віці не пізно чекати на успіхи? / М.В. Сторожук // Центр нерофізіології для дітей та дорослих. – 2021. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://dvclinic.com.ua/uk/news/zhizn-s-autizmom-v-kakom-vozraste-ne-pozdno-zhdat-uspehov/>

28. Сухіна І. Родинний супровід дітей раннього віку з аутизмом / І.Сухіна метод. рек., 2017. – 70 с

29. Сухіна І. Використання ресурсів середовища в освітньому просторі для забезпечення навчання і розвитку дітей з аутизмом / І.В.Сухіна // Особлива дитина: навчання і виховання. – К.: Педагогічна преса. - №1 –2015. – С. 41–49.

30. Сухіна І. Родинний супровід дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра: шляхи реалізації / І.В.Сухіна // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 9, у 2 т. / за ред. В.М.Синьова, О.В.Гаврилова. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2017. Т.1.– С.243-250

31. Тарасун В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посібник для вищ. навч. закладів / В. В. Тарасун, Г. М. Хворова; за ред. В. В. Тарасун. – К.: Наук. світ, 2004. – 100 с.

32. Шагар В. Сучасний тлумачний психологічний словник. - Х.: Прапор, 2007. 640 с.
33. Шульженко Д. Основи психологічної корекції аутичних порушень у дітей: монографія / Д. І. Шульженко. – К., 2009. – 385 с.
34. Що таке аутизм, і чим такі люди відрізняються від інших. Гончаренко Центр: навчальні практики. 2021. - [електронний ресурс] – режим доступу: <https://goncharenkocentre.com.ua/shho-take-autizm-i-chim-taki-ljudi-vidriznyajutsya-vid-inshih/>
35. Янушко Є. Використання методів спільного малювання в роботі з аутизмом дитиною. Виховання і навчання дітей з порушеннями / Є. А. Янушко - 2005. - № 1. - 70 с.
36. Anagnostou E, Jones N, Huerta M, Halladay AK, Wang P, Scahill L, ... Sullivan K (2015). Measuring social communication behaviors as a treatment endpoint in individuals with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(5), 622–636.
37. Anderson DK, Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, ... Pickles A (2007). Patterns of growth in verbal abilities among children with autism spectrum disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 594–604.
38. Beitchman J, Wilson B, Johnson C, Atkinson L, Young A, Adlaf E, ... Douglas L (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 75–82.
39. Bolte EE, & Diehl JJ (2013). Measurement tools and target symptoms/skills used to assess treatment response for individuals with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(11), 2491–2501.
40. Buzhardt J, Greenwood CR, Jia F, Walker D, Schneider N, Larson AL, ... McConnell SR (2020). Technology to guide data-driven intervention decisions: Effects on language growth of young children at risk for language delay. *Exceptional Children*, 87(1), 74–91.

41. Carta JJ, Greenwood CR, Luze GJ, Cline G, & Kuntz S (2004). Developing a general outcome measure of growth in social skills for infants and toddlers. *Journal of Early Intervention*, 26(2), 91–114.
42. Colgan SE, Lanter E, McComish C, Watson LR, Crais ER, & Baranek GT (2006). Analysis of social interaction gestures in infants with autism. *Child Neuropsychology*, 12(4–5), 307–319.
43. Fombonne E (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 3–8.
44. Garrido D, Watson LR, Carballo G, Garcia-Retamero R, & Crais ER (2017). Infants at-risk for autism spectrum disorder: Patterns of vocalizations at 14 months. *Autism Research*, 10(8), 1372–1383.
45. Greenwood CR, Buzhardt J, Walker D, Jia F, & Carta J (2019). Criterion validity of the early communication indicator for infants and toddlers. *Assessment for Effective Intervention*, 45, 298–310.
46. Halladay AK, Bishop S, Constantino JN, Daniels AM, Koenig K, Palmer K, ... Taylor JL (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular Autism*, 6(1), 1–5.
47. Harrop C, McBee M, & Boyd BA (2016). How are child restricted and repetitive behaviors associated with caregiver stress over time? A parallel process multilevel growth model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1773–1783.
48. Hampton LH, & Kaiser AP (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 444–463.
49. Kaufman A & Kaufman N (2004a). Kaufman assessment battery for children (2nd ed.). Normative Update. Pearson Assessments. [Google Scholar] Buzhardt J, Wallisch A, Irvin D, Boyd B, Salley B, Jia F. Exploring Growth in Expressive Communication of Infants and Toddlers With Autism Spectrum Disorder. *J Early Interv.* 2022 Mar;44(1):3-22

50. PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS).

Source: <https://pecsusa.com/pecs/>

51. Help with autism and communication. Source:
https://makaton.org/TMC/TMC/About_Makaton/Help_with_autism_and_communication.aspx