

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА	9
1.1. Історія вивчення аутизму як самостійного порушення розвитку.....	9
1.2. Раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму у дітей	16
Висновки до розділу I	20
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА	22
2.1. Етапи та засоби розвинення мовлення у дітей із порушеннями спілкування	22
2.2. Діагностика мовленнєвого рівня розвитку дітей з аутизмом.....	28
Висновки до розділу II	33
РОЗДІЛ III. ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ РАС.....	35
3.1. Використання допоміжної альтернативи в корекційні роботі для дітей з розладами аутичного спектра	35
3.2. Корекційно-розвивальна робота з формування та розвитку мовлення.....	40
Висновки до розділу III	46
РОЗДІЛ IV. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ	48
4.1. Шкідливий вплив опромінення на розвиток дітей	48
4.2. Шляхи надходження шкідливих речовин у харчові продукти	53
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	59
ДОДАТКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	61

ВСТУП

Актуальність теми магістерської роботи полягає в тому, що кількість дітей з аутизмом зростає з кожним роком. За даними МОЗ, щорічно, кількість дітей з аутизмом зростає на 30%. Статистичні дані ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я) свідчать про те, що із 160 новонароджених, одна дитина з аутизмом. За показниками центру з контролю та профілактики захворювань в США (Centers for Disease Control and Prevention) у 2012 році кожній 88-й дитині діагностували аутизм. У 2018 році кожна 59-та дитина характеризувалася аутистичними розладами. Статистика не перестає зростати, про це свідчать показники 2020 року: 1 дитина із 54 новонароджених. Дослідження показують, що частіше аутизм діагностують у хлопчиків, адже кожен із 34-х відрізняється відповідними атиповими відмінностями. В той час, коли у кожної 144-ї дівчинки спостерігають аутистичні прояви.

За різного трактування вченими вищезазначеного терміну в основні частині досліджень аутизм розглядається не як захворювання з певною етіологією (причини та умови виникнення тієї чи іншої хвороби), а як синдром, що поєднує атипові поведінкові характеристики.

Аутизм – це розлад, що має різні форми прояву, де проблематичність вивчення викликана взаємопов'язаним характером когнітивного, мовленнєвого, соціального і емоційного розвитку дитини. Порушення будь-якої із цих функцій наносять проблеми і на всі інші функціонуючі сфери дитячої психіки.

Дану проблему вивчали та висвітлювали у своїх працях такі вчені, як О. Бичкова, А. Леслі, В. Лебединський, В. Башина, Р. Хобсон, У. Фріф, О. Микільська, О. Богдашина, С. Барон-Кохен та інші. Вони акцентували свою увагу на складнощах у комунікації даної категорії дітей з іншими людьми, проблемі вираження емоцій та почуттів, бажанні бути на самоті.

На думку вчених, як Є. Р. Баєнська, М. М. Ліблінг, О. С. Микільська та ін., при розладах аутистичного спектру виявляється недостатність комунікативних навичок, яка виявляється у нездатності підтримувати розмову, у відставанні розмовної мови, стереотипних висловлюваннях та інших особливостях. В даний час досить докладно описуються клініко-психологічні особливості розвитку дітей із розладами аутистичного спектру, а також особливості їх спілкування та мови. При цьому психологічних методів та методик, які дозволяють оцінити рівень сформованості комунікативних навичок, а також здійснювати ефективну корекційно-розвивальну роботу недостатньо.

Комунікація – це процес обміну інформацією. У той же час, як вважають багато психологів, комунікація – це вміння та навички спілкування з людьми. Якщо спілкування недостатньо, спотворено, комунікативні навички не сформовані, то це негативно впливає весь хід розвитку, його промови, особистості загалом.

Комунікативні здібності та навички осіб з обмеженими можливостями здоров'я у спеціальній психології вивчали Т.А. Власова, Є.Ю. Медведєва, І.В. Корнілова, Д.С. Казарова, А.В. Хаустів та ін. Дослідники відзначають такі особливості комунікації у дітей з обмеженими можливостями здоров'я: зниження потреби у спілкуванні, недоліки мови (порушення звуконаслідування, лексико-граматичного ладу), погане розуміння зверненої мови, перешкоди у використанні невербального мовлення – жестів, міміки, виразних рухів. У той же час, проблема комунікативних навичок, можливостей їх діагностики та розвитку у дітей з розладами аутистичного спектру не знайшла докладного висвітлення у сучасній літературі.

Такі вчені, як В.Є. Каган, Л.М. Дем'янчук, Р.В. Дем'янчук, В. М. Башина, К.С. Лебединська, О.С. Микільська та ін. займалися дослідженнями у сфері психології дітей із розладами аутистичного спектра. У літературі виділено чотири основні групи раннього дитячого аутизму (О.С. Микільська). Основними критеріями поділу виступають тип самого аутизму,

ступінь та характер порушення взаємодії із зовнішнім світом. При цьому для всіх дітей з аутизмом характерні порушення комунікації, послаблення здібності до соціальної взаємодії та стереотипна поведінка.

Через те, що збільшується відсоток дітей з аутистичними проявами, зростає потреба їхньої соціалізації. Адже, із практики відомо, що значна частина людей з аутизмом мають проблеми у взаємодії з іншими людьми та спілкуванні. Тому порушена проблема залишається на досить актуальному рівні.

Мета дослідження: науково вивчити та емпірично обґрунтувати формування комунікативних навичок у дітей з розладами аутичного спектра.

Завдання дослідження:

1. Вивчити й проаналізувати загальні проблеми порушення комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектра.

2. З'ясувати ранні ознаки аутизму у дітей.

3. Експериментально дослідити рівень розвитку комунікативних навичок у дітей з РАС.

4. Розробити корекційно-розвивальну роботу з формування та розвитку мовлення у дітей з розладом аутистичного спектра.

Об'єкт дослідження – процес комунікативного розвитку дітей з аутистичним спектром розвитку.

Предмет дослідження – специфіка комунікативних навичок у дітей з розладом аутистичного спектра.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що для дітей з РАС характерні такі особливості комунікації, як знижена потреба у спілкуванні, відсутність прагнення до спільної гри, відсутність або мізерність діалогового мовлення.

Для розв'язання поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження:**

а) теоретичні: аналіз наукової літератури та результатів практичних досліджень з даної проблеми, узагальнення та систематизація отриманої інформації;

б) емпіричні: анкетування, спостереження, бесіда, психодіагностичний експеримент, опитувальники «М-CHAT». Та «М-CHAT-R», рейтингова шкала для діагностики аутизму в дітей старше 2-х років «CARS».

Експериментальною базою дослідження стала «Дитяча академія мовлення» Томатіс-Тернопіль. Загальна кількість досліджуваних склала 15 дошкільників вікового періоду 3-6 років.

Наукова новизна даної роботи полягає в узагальненні даних про особливості розвитку комунікативної сфери дітей із розладами аутистичного спектра; виявлено загальні закономірності та специфічні особливості розвитку комунікативних навичок у дітей із РАС; розроблено корекційно-розвивальну роботу з формування та розвитку мовлення у дітей з розладом аутистичного спектра.

Теоретична значущість: проаналізовані результати дослідження дозволили зробити висновки про значний вплив інтелектуальних особливостей на формування комунікативних навичок у дітей з аутистичним спектром розвитку.

Практичне значення отриманих результатів дослідження дозволить ефективніше організовувати корекційну роботу, спрямовану на формування комунікативних навичок у дітей з аутистичним розладом.

Апробація результатів дослідження. Результати магістерської роботи відображено у публікації Козак М.М. Формування комунікативних навичок у дітей з розладами аутичного спектру_____

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку

використаних джерел у кількості 96 джерел та __ додатків. Робота містить 1 таблицю та 2 рисунки. Основний зміст магістерської роботи викладено на _____ сторінках.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

1.1. Історія вивчення аутизму як самостійного порушення розвитку

Неможливо дати універсальне та достовірно точне визначення аутизму. Це пов'язане з тим, що справжніх і одновірних причин розвитку аутизму серед медичних дослідників немає. Відповідно до узагальненого визначення, аутизм – це стан, що характеризується порушенням неврологічного розвитку, когнітивних функцій, що впливає на мислення, сприйняття, соціальні та комунікативні навички, увагу та поведінку людини в цілому. Серед видатних людей з ознаками аутизму варто відзначити Альберта Енштейна, Чарльза Дарвіна, Мікеланджело, Вінсента Ван Гога, Сера Ісаака Ньютона, Донна Вільямса, Деріла Ханна, Білла Гейтса та багатьох інших [7; 8]. Серед хлопчиків аутизм зустрічається у 3-4 рази частіше, ніж серед дівчаток.

Термін «аутизм» ще 1908-1912рр. запровадив швейцарський психіатр Е. Блейлер. Але дане визначення спочатку ставилося до шизофренії у дорослих і досі входить до поняття чотири «А» при шизофренії – зниження афекту, аутизм, порушення асоціацій, амбівалентність.

Е. Блейлер написав книгу «Аутистичне мислення», де розглянув аутизм як ознаки та форми психічних захворювань, де мислення людини та її потяги, емоції, почуття і воля контролюються в більшості випадків внутрішніми емоційними потребами та майже не поступаються фактичній дійсності і супроводжуються відходом від зовнішнього світу в автономному світі внутрішніх переживань. Це був так званий донозологічний період розвитку розуміння про аутизм – кінець XIX початок XX століття. У доканнерівський період (20-40 рр. XX століття) були поставлені питання щодо можливості у дітей шизофренії та «порожнього» аутизму[10]. Аутизм стали розглядати як окремий клініко-психопатологічний стан, який відрізняється від шизофренії.

В 1943 році Лео Каннер зробив докладний опис дитячого аутизму,

назвавши його «інфантильним аутизмом». Класичною стала його стаття «Ранній дитячий аутизм» в *Journal of Pediatrics* (1944), в якій була дана загальна характеристика аутизму – такі діти «самодостатні», «живуть у власній шкаралупі», «особливо щасливі, коли їм дають спокій», «ведуть себе так, ніби навколо них нікого немає», «не помічають оточуючих», «нездатні адекватно реагувати на соціальні ситуації» [12].

При цьому не спостерігається наростання втрати раніше наявних уподобань або раніше властивої здатності до контактів, як це буває у дітей або дорослих, хворих на шизофренію. Більшою мірою мова йде про «початкову аутистичну замкнутість, коли дитина не помічає, ігнорує та виключає весь зовнішній світ».

Лео Каннер, який спочатку вважав аутизм «вродженим» (1943), піддавшись впливу Б. Беттельгейма в 1959р., став розглядати аутизм, як розлад розвитку, викликаний поганим вихованням, особливості з боку матерів, які не були прив'язані до своїх дітей і тому народжували їх, «нездатних любити» – так з'явився термін «холодна матір» [14; 15]. У рамках цієї теорії аутизм розглядався як раціональна реакція дітей, які через нестачу материнської любові «перетворюють себе на машини» і вилікувати таких дітей можна, поступово «впроваджуючи в них емоції».

Але, враховуючи дані про те, що в сім'ях, де була дитина-аутист, інші його брати та сестри розвивалися як звичайні діти, Л. Каннер відмовився від цієї ідеї та повернувся до своєї початкової точки зору.

Ганс Аспергер (1944), не маючи інформації про роботу Лео Каннера, майже одночасно з ним описав аутистичні розлади у дітей, об'єднаних шістьма загальними ознаками, що стосуються фізичних та зовнішніх проявів, аутистичного інтелекту, патернів поведінки в суспільстві, змін потягів і почуттів, генетичних факторів, соціальної значущості та динаміки та назвав їх «Аутистичною психопатією». Даний розлад отримало назву «синдром Аспергера» лише у 80-х роках ХХ століття завдяки британському психіатру Лорне Уінг [11]. Вона ж уперше виділила таке поняття як «спектр»

аутистичного розладу. Таким чином, були виділені діти, що є на межі «нормальності». До кінця ХХ століття вказувалося, що у США, кожна 88-а дитина страждає на цей розлад, що породило чергову хвилю ажіотажу про «епідемію» аутизму. Але не було аналізу – що саме спостерігали дослідники: зростання кількості захворювань або почастищення постановки відповідного діагнозу.

Після закінчення часу, почали з'являтися статті про результати аутизму. Стало зрозуміло, що з віком багато дорослих-аутистів мають можливість жити самостійно, вирішувати побутові проблеми, але є також інші, які цього не можуть – з'явилися такі поняття, як «високофункціональний» або «низькофункціональний» аутизм [13]. Це розрізнення до тепер існує в побуті, але не є ні нозологічною одиницею або клініко-психопатологічним синдромом у психіатрії.

Дотепер ситуація така, що це явище (аутизм) набуло можливості змінювати погляди на проблему та заперечувати уявлення про те, що належить до патології, а, що до норми. Це залежить від того, хто займався цією проблемою і сама проблема знаходиться в залежить від класифікації психічних і поведінкових розладів, яка прийнята в кожній окремо взятій країні.

Описуючи окремі, найвідоміші факти з історії аутизму, не можна не сказати про так звані «епідемії щеплень». Ідеться про причинно-наслідковий зв'язок між щепленням від кору, свинки та краснухи (КСК), яку робили дітям з початку сімдесятих років, і розумовими проблемами аутистів разом із розладами травлення, які часто супроводжують аутизм [17; 19]. Автор просував гіпотезу про те, що зростання аутизму пов'язане із запровадженням обов'язкових щеплень КСК, а також, що розчин ртуті, використовуваний, як консервант для вакцини, був найімовірнішим винуватцем. Після цього розпочався ажіотаж із відмовою від щеплень.

Незабаром головний автор скандальної статті британський гастроентеролог Ендрю Вейкфілд (1998) був оголошений «несумлінним», і

його виключили з медичного реєстру. «The Lancet» вилучив статтю, а редактор журналу оголосив її «цілком брехливою». До теперішнього часу вчені продовжують пошуки можливого зв'язку проблем шлунково-кишкового тракту, як єдиного механізму, що обумовлює дисфункцію мозку, звану аутизмом. Один із аргументів «за» – це проблеми з харчуванням у більшості дітей з аутизмом, частина з яких не отримувала щеплення [1,2].

Проте діагноз аутизму вперше був поставлений Каннером 1944 р., в цей час ще не було вакцин проти кору, свинки та краснухи. Однак це був час посиленних щеплень проти дифтерії, кашлюку та правця. У тих, хто отримав ці щеплення розвивався енцефаліт (енцефаломієліт), та механізм поведінкових проблем, описаний Каннером як аутизм, був незабаром описаний іншими як постенцефалітний синдром. Це інше, оригінальне пояснення поведінкових проблем, часто описується як поствакцинальний енцефалітний синдром [3].

Виник заклик до роздільного призначення трьох вакцин (проти кору, свинки та краснухи), але незабаром стало зрозуміло, що аутизм пов'язаний не лише з комбінованими вакцинами, такими як АКДС або тривакцина, а тому роздільне використання вакцин не вирішить проблеми. Заміною цього руху стало безліч досліджень, які доводять, що конкретні продукти харчування можуть впливати на розвиток мозку у частини дітей та бути причиною аутистичної поведінки [16]. Це не через алергії, а тому що багато хто з цих дітей не може нормально розщеплювати конкретні протеїни. Відомі дослідження, які показали, що у сечі дітей з аутизмом виявляється високий відсоток пептидів (це продукт розщеплення протеїну) з опіатною активністю. Незабаром була отримана відповідь, які протеїни призводять до цієї проблеми. Знайдено два такі основні компоненти: глютен (протеїн пшениці, вівса, жита та ячменю) та казеїн (молочний протеїн) [19].

Слідом виникло питання: «А як визначати пептиди?». Тут же відреагувала харчова промисловість – стали з'являтися продукти без глютену [24]. Батькам було рекомендовано шляхом проб шукати та виключати

небажаний продукт. У доступній літературі описано безліч способів – повне виключення з харчування борошняних та молочних продуктів; пошук та виключення з раціону всіх прихованих ресурсів глютену та молока [25]. Неминучий дефіцит кальцію внаслідок відмови від молочних продуктів, було рекомендовано заповнювати у вигляді харчової добавки рідким кальцієм на основі кленового сиропу, стевії або води [20]. На даний момент харчовий ринок рясніє збагаченими кальцієм молочних субстанцій. При безглютеновій дієті рекомендовано було вживати рисовий напій, молоко на основі картоплі, яка містить менше цукру, ніж рисове. З'являлися статті, що показують економічну вигоду від безглютенової дієти.

Тим не менш, чудові результати, продемонстровані у багатьох дітей переконували навіть тих батьків, хто дотримувався дієти з небажанням. Чимало дітей, які їдять надто багато молочного та/або борошняного продемонструють зміни впродовж декількох днів після їхньої заборони. Для інших це може зайняти до 3-х місяців [21]. Деякі діти не показують значних покращень доти, поки протеїни знову не вводяться в їхній раціон і тоді реєструється, що деякі батьки не вважали дієту корисною, доки вони не виявили і не прибрали з раціону всі приховані ресурси глютену та молока. Помітні поліпшення наступають у контакті очей, соціалізації, розвитку мови. Інші позитивні зміни, які настають часто після введення дієти – покращення роботи кишечника чи режиму сну [4,5].

Бурхливий розвиток молекулярної генетики, не міг не торкнутися цієї проблеми. Останні десятиліття наростає розуміння генетичних та структурних механізмів, а також впливу довкілля на зростання аутизму. Вже доведено, що епігенетичні механізми (коли при збереженні структури ДНК, відбуваються зміни в хромосоми) лежать в основі добре вивчених синдромів, де аутизм є частиною клінічної картини, наприклад, синдром Ангельмана або синдром ламкої X хромосоми [22]. У доступній нам науковій літературі є згадки про більш ніж 200 генів-кандидатів аутизму. Але, єдиного гена немає і не може бути, оскільки очевидно, що аутизм – це мультифакторне

захворювання [6].

Можна перерахувати найбільш відомі дослідження цієї галузі. У 2009 році Національний інститут здоров'я США розпочав проект «Конектом людини» (Human Connectomeproject) [29]. У 2003-2009 роках Національний інститут здоров'я США провів дослідження, назване CHARGE (Childhood Autism Risks from Genetics and the Environment – «Екологічні та генетичні фактори ризику у розвитку дитячого аутизму») [28]. В Англії у 2013 році розпочали дочірній проект, що вивчає розвиток мозку – від середини вагітності до віку одного місяця. Таким чином, ризик і схильність до аутизму визначається варіаціями генетичного коду, спільними для багатьох людей. В 2014 року була опублікована робота шведських учених, що запропонували якусь загальну модель, яка розкриває генетику аутизму [30]. Висновок був несподіваним: приблизно половина генів, що викликають фенотип аутизму, широко поширена серед людей. Нові мутації виникають лише у незначній кількості випадків.

Одним з перших видів терапії для лікування аутизму був прикладний аналіз поведінки (ПАП) – це радикальна програма модифікації поведінки, розроблена у 60-ті роки ХХ століття, автор – психолог Івар Ловаас [23; 26]. Перша його методика називалася «негативним підкріпленням» і полягала у використанні жорсткого покарання, у тому числі електрошоку, для запобігання небажаної поведінки. Не отримавши бажаного ефекту І.Ловаас та його колеги зупинилися на інтенсивному режимі поступового позитивного заохочення бажаної поведінки. Висока вартість цієї терапії викликала те, що у 1990 році в «Акті про освітні послуги для осіб з обмеженими можливостями» аутизм згадувався в кількості станів, які повинні були враховуватись усіма бюджетними школами [27]. Якщо школи чинили опір, батьки могли подати на них до суду. Школи стали програвати у декількох десятках «справ Ловааса». Однак згодом стало зрозуміло, що сам метод, на жаль, не виявився панацеєю. Але стало відомо, що «життя дітей-аутистів можна значно покращити, та лікування можливе».

Фактично АВА (Applied Behavior Analysis) – прикладний аналіз поведінки у сучасному контексті – це інтенсивна навчальна програма, яка ґрунтується на поведінкових технологіях та методах навчання та на сьогодні АВА залишається одним з найбільш ефективних методів корекції аутизму [31].

У 90-ті роки ХХ століття набрала популярності терапія так званої «Полегшеної комунікації». Суть її полягала в тому, що явні мовленнєві труднощі дітей-аутистів можна подолати «випустивши назовні товариського внутрішньої дитини за допомогою посередника». Роль останнього (на сучасному етапі – це тьютер), полягала у функції підтримування руки дитини під час навчання [32]. Після скандалу, з однієї з пацієнток, цей метод дискредитовано. Альтернативою цьому методу стала система, що навчається PECS – допоміжний метод комунікації [38]. Головний аргумент у його запереченні – дитина привчається спілкуватися тільки з картками та основне завдання методу не вирішується. Але, тим не менш, більшість фахівців вважає, що з допомогою PECS діти швидше навчаються виявляти ініціативу та спонтанно розмовляти, чим використовуючи звичне вивчення категорій, вокальних імітацій, чи посилення погляду; використовуючи PECS спілкування для дитини з навколишніми вже доступніше і, таким чином, допомагає узагальнити набуті вербальні навички [9].

Для діагностики раннього дитячого аутизму та наукових досліджень застосовується ряд опитувальників, шкал і методик спостереження, про які можна дізнатися у доступній мережі Інтернет.

Характерними рисами для аутизму є затримка мовленнєвих навичок та громадської взаємодії, погана моторика, дефіцит рівноваги між інтеграцією сенсорних стимулів, постійними повторюваними діями та вузьким колом інтересів є значною перешкодою для приєднання дитини з розладом аутистичного спектра, незважаючи на інтелектуальний рівень розвитку чи академічні здібності. Для подолання певних труднощів у навчанні з нейротиповими однолітками, дітям з розвитком аутистичного спектра варто

використовувати певні стратегії та методики, які вже довели свою ефективність у дослідницьких літературних джерелах.

На початку ХХ століття дитячі психіатри зосередилися на психічних порушеннях мовлення у ранньому віці. На це вплинув значний розвиток неонатології та перинатальної психології [33].

В даний час розвиток аутизму набирає стрімкі темпи та вивченням проявів цього синдрому продовжують займатися вчені всього світу.

1.2. Раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму у дітей

Розлад аутистичного спектра – це певна група розладів, як включає: порушення емоційних реакцій та соціального мислення, особливості оброблення сенсорної інформації, обмеженість інтересів, труднощі при налагодженні контактів з оточуючим середовищем, схильність до повторюваних схем та дій (стереотипії).

Відповідно до статистики, приблизно у 2% дітей діагностують подібні розлади [34; 37]. Впродовж останніх двох десятиліть кількість дітей з аутизмом значно зросла, хоча не відомо чи причина у поширеності даної патології чи у зміні критеріїв даного розладу. Адже декілька років тому пацієнтам приписували інші діагнози, зокрема «шизофренію» [36].

На даному етапі розвитку точно не відомо причини проявів та виникнення розладу аутистичного спектра. В той же час, вчені виділили декілька факторів ризику, хоча ще не відомо цілісної «картини» розвитку даної патології. Значне місце посідає вплив спадковості, адже, згідно із статистичними даними, близько 3-6% родичів дитини мають схожі розлади [35]. Наприклад, знижена потреба у соціальному спілкуванні або ж стереотипна поведінка. Вчені навіть виділили ген аутизму, проте він не завжди супроводжується відхиленнями у розвитку дитини. Припускають, що аутистичні розлади сформуються за наявності різних генів та під впливом чинників внутрішнього та зовнішнього середовища. Однією з причин є

функціональні та структурні порушення головного мозку. Дослідження показали, що діти із схожими діагнозами часто мають зміни в лобних відділах кори головного мозку, гіпокампі. Внутрішня нервова система відповідає за мовлення, увагу, емоції, в тому числі, емоційні реакції при здійсненні соціальних дій, здібності до навчання та мислення.

Деякі дослідження підкреслили, що переважно вагітність супроводжується ускладненнями. Приміром, була якась вірусна інфекція (краснуха, кір), еклампсія, тяжкий токсикоз та інші патології, які супроводжуються органічними ураженнями мозку та гіпоксією плода [39]. Проте це не завжди призводить до проблем із розвитком, адже доволі багато дітей після важкої вагітності чи пологів нормально розвиваються.

В ранньому віці можна побачити деякі тривожні сигнали, зокрема відсутність зорового контакту або труднощі з його налагодженням. Немає прихильності до батька чи матері, малюк не тягне руки, або ж не плаче, коли вони йдуть. Малюки з порушенням розладу аутистичного спектра часто граються однією іграшкою і на ній повністю зосереджують свою увагу. Спостерігається затримка мовленнєвого розвитку, коли в дитини до 12-16 місяців немає звуконаслідування та повторення окремих маленьких слів [45]. Діти з розладом аутистичного спектра мало посміхаються.

В деяких дітей з порушенням буває гіперчутливість до зовнішніх подразників, наприклад, світла чи звуків. Діти із порушенням аутистичного спектра неадекватно реагують на інших однолітків, не хочуть гратися, ігнорують. Варто зазначити, що аутизм у всіх дітей проявляється по-різному, проте, якщо є якісь підозри, то краще у ранньому віці звернутися до невролога.

Соціальні порушення у дітей з аутизмом можуть виявлятися з перших місяців життя:

- у віці 6 місяців дитина не посміхається та не виражає емоції радості та задоволення;
- у 9 місяців не реагує у відповідь на посмішку, звуки та міміку

аналогічним чином;

- у віці 12 місяців не відгукується на своє ім'я, ще не почала лепетати та воркувати, не жестикулює, не дивиться на всі боки;
- спостерігається пізніше розвиток мови – до 16 місяців дитина не сказала ні слова, не вміє будувати фрази та речення у віці до 2 років.

Уже на момент досягнення півторарічного віку у таких дітей спостерігається слабкість психічного тону, що характеризується загальною млявістю та недостатністю інстинктивної сфери: поганим апетитом, слабкістю інстинкту самозбереження, зниженням реакцій на дискомфорт тощо). Певні дискомфортні моменти мають неоднозначне значення, до прикладу, температурний режим або ж розпорядок вживання їжі. Дитина може байдуже до цього ставитися чи негативно, з можливими проявами істерики.

Діти з аутистичними порушеннями проявляються по-різному. Проте виділяють декілька основних тривожних факторів: труднощі у спілкування (не розпізнають емоції оточуючих, невербальні сигнали та не відчують станів), рідко встановлює зоровий контакт (дивиться наче скрізь вас або скоса). З віком, діти не проявляють ініціативу в іграх з однолітками. Їм важко виявляти свої почуття. Діти з порушенням аутистичного спектра пізніше починають говорити, або ж взагалі не розмовляють. Це залежить від виду порушення. Мовленнєві аутисти також мають проблеми з мовленням: маленький словниковий запас, важко засвоюють дієслова та прийменники, переплутують закінчення, займенники, часи тощо [40]. Часто у таких дітей буває ехолалія. Вони сприймають все буквально та не розуміють порівнянь і жартів.

Опанування мовленням формується із використання імітації, що поєднує творчий та пізнавальний характери. Копіювання мовленнєвої діяльності відноситься до основних чинників мовленнєвої сфери, а також планомірного збагачення мовленнєвої сфери. Вирішальна умова запуску мовлення діти з аутизмом полягає у потребі використовувати мовленнєві

навички. Також важливо сформувати потребу у спонтанному мовленні, щоб налагодити певні особливості та принципи комунікації в нейротиповому середовищі.

Розлад аутистичного спектру може проявлятися стереотипними рухами, нехарактерною жестикуляцією. Виникають труднощі у поєднанні жестів та розмови. Часто діти з проявами аутизму повторюють певні моделі поведінки [42; 46]. Наприклад, йде однією дорогою і не хоче гуляти іншою вулицею або ж заходить в інший магазин.

Періодично появляються нові «ритуали», наприклад, спочатку треба одягнути ліву шкарпетку, а потім праву, або ж спочатку налити воду в чашку, а тоді кинути цукор, але в будь-якому випадку не навпаки [43]. Будь-які зміни в алгоритмі дитини можуть спричинити агресію, гучний протест, напад гніву. Діти з розладом аутистичного спектра можуть прив'язуватися до неігрового предмета чи конкретної іграшки. Ігри не мають сюжетно-рольового призначення, тобто діти не грають з солдатиками в бої, не будують гаражі для машинок чи замки для принцес. Вони можуть мати гіпо- або гіперчутливість до певних звуків, які, за спостереженнями дорослих не лише їх лякають, але й завдають болю.

Схожа ситуація із кінестетичною чутливістю, наприклад, діти можуть не відчувати холод, або ж боятися пройти босими ніжками по траві, бо певні відчуття їх лякають [47]. У більшості дітей з розладом аутистичної поведінки бувають і харчові особливості, коли без причин відмовляються їсти певні продукти, наприклад, червоні, або можуть їсти лише одну страву.

Такі діти нерідко можуть мати гарні інтелектуальні здібності, навіть бути обдарованими в певних напрямках (музика, математика, художня творчість тощо). Лише 5-10% людей з аутизмом мають якусь геніальність.

Не всі діти з аутизмом мають однакові порушення, в кожного свої особливості та свій ступень виразності.

В основі діагнозу «аутизм» лежить аналіз поведінки, а не причинних факторів або механізмів розладу. Відомо, що ознаки аутизму виявляються

іноді з раннього дитинства, коли дитина ні тілесно, ні емоційно не відзивається на участь дорослих, що оточують його [44]. Пізніше можна виявити у дитини значні відмінності від вікової норми: складності (чи неможливість) побудови комунікації; оволодіння ігровими та побутовими навичками, здатності їх переносити у нові обставини тощо. Крім цього, у дитини можуть виявлятися агресія (самоагресія), істерика з незрозумілої причини, стереотипні дії та переваги [48]. Існує припущення, що повторюванні прокручування на одному місці, махання руками і схожі самостимуляції, сприяють виробленню ендорфінів, які урівноважують дитину. Водночас така характерна поведінка дітей з аутизмом, як істерика чи биття головою об стіни або ж об підлогу, сприяє «перевантаженню» нервової системи, що спричиняє «відключення» від зовнішніх стимулів.

Висновок до розділу I

Аутизм – більш поширений розлад, ніж інші думають. За сучасною статистикою, приблизно кожна сорок четверта дитина має аутистичні риси особистості. Аутизм як окрема нозологія може зустрічатися у людей всіх національностей, культур, релігії та соціального походження. Результати багатьох досліджень показують, що розлад проявляється у чоловіків частіше, ніж у жінок.

Ще в середині минулого століття аутизм був досить рідкісним порушенням. Проте з кожним роком кількість дітей з РАС збільшується. Наприклад, у 2011 році в Південній Кореї було проведено дослідження серед школярів, у якому обстежували безпосередньо дітей, а не вивчали записи про них. І в цьому дослідженні рівня поширення виявився – один з 38 школярів. Дві третини дітей, у яких під час дослідження був виявлений аутизм, не мали ніякого діагнозу [48].

Термін «розбудови аутистичного спектра» (РАС) використовується для позначення групи наявних, пов'язаних із порушеннями нейророзвитку та

якісними характеристиками у взаємній соціальній взаємодії, вербальної та невербальної комунікації, а також обмеженими стереотипними або повторюваними формами поведінки, інтересів та рухів. Ознаки розладу аутистичного спектра проявляються у віці до трьох років, частіше в 12–18 місяців, але в окремих психічних сферах порушення розвитку не діагностується впродовж декількох років.

В залежності від рівня розвитку потреби та здібності людей з розладом аутистичного спектра змінюються. Це також впливає і на майбутній спосіб життя, адже хтось може потребувати постійної підтримки та догляду, а хтось самостійно жити та працювати. Розлад значно впливає на здобуття освіти і відповідно на особливості працевлаштування. Сім'я людини з розладом аутистичного спектра зазнає певних труднощів, особливо з боку суспільства, місцевої та національної влади.

Ознаки порушення аутистичного спектра можна виявити і у ранньому віці, проте спеціалісти можуть поставити діагноз після трьох років.

Розлад аутистичного спектра зазвичай має супутні порушення такі, як тривожний стан, епілепсія, гіперактивний розлад з дефіцитом уваги, розладами сну, труднощі з їжею, схильністю до самоагресії та самоушкоджень. Інтелектуальні здібності у дітей з розладам також варіюються в різному діапазоні, від серйозних ушкоджень і навіть не здатності розмовляти до високоінтелектуального рівня.

Основними ознаками аутизму прийнято вважати порушення мовленнєвої діяльності, соціальної взаємодії та комунікативної сфери, порушення інтелектуального розвитку, моторики та наявністю стереотипної поведінки.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

2.1. Етапи та засоби розвинення мовлення у дітей із порушеннями спілкування

Основним компонентом корекційно-розвивальної роботи дітей з аутизмом є розвиток мовлення. Інколи трапляються випадки, коли не допомагає корекція мовлення, до прикладу, коли дитина використовує лише навичку ехо-реакції. Ехо-реакція – це вербальна дія, яка полягає у тому, щоб дитина з точністю повторила той вербальний стимул, який її викликав [50]. Проте така навичка не виконує жодної комунікативної функції, адже дитина лише повторяє сказане. Дане мовленнєве порушення називається ехолалією. Це проявляється, коли дитина повторяє окремі фрази, слова, вирази, цитати із улюблених мультфільмів, або ж пісень. Інколи навіть вдало підставляє і може скластися враження, що вона розуміє про що йдеться, хоча це не завжди так буває [49].

Коли дитина з мовленнєвими порушеннями не розуміє питання чи інструкцію, то підставляє свої «шаблонні фрази». Деколи це може бути настільки вдало, що у спеціалістів та батьків можуть виникнути суперечності про те, що дитина повністю розуміє звернену мову. Це говорить про те, що дане питання залишається актуальним і потребує детального вивчення.

У формуванні комунікативних навичок у дітей з розладом аутистичного спектра можливі перешкоди:

- надмірна аутоstimуляція (дитина має занадто багато стереотипних дій, звуків, рухів, які перешкоджають її навчанню);
- знижена мотивація;
- швидка зміна мотивації;
- гіперактивність;
- відмова від співпраці, тобто коли на інструкцію виникає агресія;
- порушена артикуляція.

Діти з порушеннями мовленнєвої сфери потребують не лише розвитку комунікативних навичок, але і розвитку когнітивних здібностей, вивчення базових інтелектуальних операцій, а саме узагальнення, аналізу, синтезу, порівняння та інших. Однак в даному випадку не буде ефективним використовувати елементи із засобів активної комунікації (прості жести, друкування, піктограми). В даному випадку варто використати мето вокальної мови. Тому у запропонованій корекційно-розвивальній роботі для дітей з розладом аутистичного спектра дошкільного віку використовується метод формування вокального мовлення.

У процесі розвитку мовлення та причинно-наслідкових зв'язків у дітей, що мають комунікативні порушення дошкільного віку можна виділити наступні етапи:

I. Наявні вокалізації.

Повторення на інструкцію голосник звуків та складів із губними приголосними (б, м, п). На даному етапі важливий розвиток ехо-реакцій, яка часто буває енергозатратна через не налагодження співпраці із дитиною, що проявляються у вигляді відмови та супротивів. Згодом відбувається перехід до другого етапу розвитку, коли дитина говорить перші склади слів: кінь - кі, нога – но і т.д. [51]. Часто в цей період потрібно поборотися з негативізмом до мовлення, протестами, саботажем з боку дитини.

В більшості випадків робота починається із налагодження співпраці. Тоді варто перейти до виконання простих інструкцій, до прикладу, сісти за стіл, скласти пазл, або ж повторити прості рухи на імітацію. Засвоюючи дану навичку наша мета не полягає в тому, щоб навчити дитину сидіти за столом або ж складати пазли. Ми маємо пояснити дитині, що виконання інструкцій дорослого є необхідним. На даному етапі дитина виконує найпростіші інструкції для її інтелектуального рівня розвитку. також даємо фізичні підказки для того, щоб налагодити співпрацю. Також можна використати метод безпомилкового навчання, який полягає у правильному використанні підказок. Це допомога дорослого у формуванні тієї реакції, яка

йому потрібна. Підказка використовується одночасно з інструкцією або після неї, але завжди перед реакцією.

Важливим є прагнення дитини виконати прохання, а не точність виконання. В будь-якому випадку не потрібно відкидати інструкції і переходити до іншої, якщо дитина протестує. Така поведінка дорослого може лише закріпити негативну поведінку, що не дозволить ефективно проводити корекційно-розвивальну роботу. Дітям з порушеннями мовленнєвого розвитку легко даються вправи, які передбачені для маніпуляцій з предметом, в той же час, коли завдання на ехо-реакцію та мотору імітацію супроводжуються протестами.

Враховавши таку особливість дітей з розладом аутистичного спектра необхідно чергувати вправи (складати та перескладувати предмети, нанизувати намистинки, використовувати сортери). Такі завдання відносяться до бажаних, тому можна використати їх як мотивацію. Варто зазначити, що краще не переходити до вправ на ехо-реакцію, адже дана навичка – це ускладнена вправа із розвитку моторної імітації. Краще це зробити тоді, коли дитина виконання завдання без або з мінімальною фізичною допомогою.

Ехо-реакцію необхідно формувати після того, як збільшимо кількість спонтанних вокалізацій. Якщо мовленнєві навички не сформовані, або погано сформовані, то варто розвивати їх з допомогою методу ДТТ, в грі, в смузії перешкод.

Починати роботу над ехо-реакцією, варто з голосних звуків та відкритих складів, що містять губні приголосні. Це спричинено тим, що за виникнення ускладнень дитина може задіяти пальці та скласти губи потрібним чином для вимовляння звуку чи складу. Завдяки цьому дитина зробить перші кроки для оволодіння вокального мовлення. Кількість звуків та складів поступово розширюється і можна переходити до другого етапу.

II. «Повторення по складах чи звуках коротких слів: мак, бик, дім, ему і т.ін. Значний відсоток звуків у мовленні дитини можуть бути змазаними чи

викривленими. Наявна старанність із боку дитини у повторенні звуків та складів. Засвоєння навички поєднувати склади та звуки у слово під керівництвом педагога. Вміння вимовляти короткі слова «сік», «каша», «ні», «на», «дай», «віддай» і т.ін. та використовувати їх у побуті з підказкою» [53].

Збагачення словникового запасу різними категоріями предметів: іграшки, тварини, частини тіла, їжа і т.ін.

Роль сім'ї значно впливає на даний процес, адже якщо їх не використовувати на побутовому рівні, то вони залишаються «кабінетними навичками». Дані вміння потрібно постійно закріплювати для подальшого розвитку. маючи завчені шаблонні фрази дитини і надалі буде їх використовувати, не розуміючи значення, якщо найближчі родичі не будуть співпрацювати із спеціалістом. Лише зацікавлена родина може заохотити дитину робити над собою постійні зусилля для закріплення та автоматизації мовленнєвих навичок.

Роботу із формування мовлення варто почати з того, щоб не реагувати на жестове мовлення. Таким чином дитина буде використовувати мовлення і зрозуміє в ньому потребу

III. «Формування навички будувати просте речення і коротку фразу: «Маша спить», «літак летить», «велика машинка», «синій м'яч» і т.ін. [54]. На даному етапі для дитини важливо навчитися описувати за фотографією свої дії: я п'ю чай, я сиджу, я їм і т.ін., а після цього почати використовувати це в повсякденному житті. Тому знову важливе завдання полягає у співпраці батьків.

Батькам варто все описувати, називати, що бачить дитина і таким чином збільшувати її словниковий запас. Коментування, так називається дана техніка позитивно впливає, коли в дитини хороша ехо-реакція. Також потрібно впродовж запитувати дитину «що ти зараз робиш?» і коли виникають труднощі з відповіддю, то називати дитині, щоб вона повторяла. Такий метод допомагає не лише у побудові речення, вивченні нових слів, але й позитивно впливає на усвідомлення власних дій.

IV. Вміння описувати малюнки реченнями та відповідати на прості питання. Наприклад:

– Хлопчик їсть кавун. Хто їсть кавун?

– Хлопчик.

– Що хлопчик робить?

– Їсть кавун.

Вміння відповідати на питання «Що ти робиш?» стосовно себе. «Вміння сортувати предмети за категоріями з поясненням: «каша – це їжа», «кінь – це тварина» і т.ін. навичка давати відповідь на прості запитання. Переважно це мають бути прості історії з невеликою кількістю тексту і великими реалістичними малюнками з невеликою кількістю деталей. Наприклад народні казки «Теремок», «Колобок», «Курочка Ряба», «Ріпка» і т.ін [55]. Питання ставляться в процесі читання: скільки було кошенят? Якого кольору кошенята? Кого вони побачили? І т.ін. Відповідь дається з візуальною підказкою. На цьому етапі дуже важливо не лише читати текст дитині, але й почати вчити дитину читання. Адже саме читання є важливим джерелом розширення мовленнєвого репертуару та поповнення інформації про світ для дитини з порушеннями розвитку». Працюючи з текстом, дитині з порушеннями комунікації легше засвоїти окремі мовленнєві схеми та навчити розуміти причинно-наслідкові зв'язки та ін.

V. Формування навички відстежувати та пояснювати причинно-наслідкові зв'язки.

Вміння пояснити функціональне призначення предметів: чашка щоб пити, ложка щоб їсти, молоток щоб забивати цвяхи і т.ін. Вміння відповідати на питання про місце, пору року, цілі дії за малюнком [56].

Навичка переказування невеликих текстів із візуальними підказками, складати логічні послідовності з 3-4 малюнків і оповідання за ними[65]. Вище зазначений етап сприяє не лише збільшенню словникового запасу дитини, але й для формуванню в неї продуктивного мислення. Адже на початкових етапах корекційна робота більше спрямована на навчання дитини

з порушеннями спілкування певних шаблонів, як у поведінці, так і інших сферах, зокрема у мовленні. Наслідком цього є формування у такої дитини в більшості репродуктивного мислення, яке спрямоване на відтворення швидше почутих шаблонів у всіх схожих ситуаціях [66]. Однак для формування самодостатньої автономної особистості це вкрай недостатньо. Саме тому варто уникнути певних шаблонів та посприяти вивченню знаходити власні та соціально прийнятні рішення [57].

VI. Вміння знаходити спільні риси та відмінності предметів, виконувати завдання «що зайве» та пояснювати свою думку. Наприклад: зелений кавун і синя слива. Спільне: форма (круглі). Відрізняються кольором та смаком [58]. Корова, баранчик, машинка, собака. Зайва машинка, тому що це іграшка, а все інше – свійські тварини.

Вміння грати в асоціативне доміно і знаходити зв'язок між предметами, не прив'язуючись до шаблонів. До прикладу: до картинки дощу підходить капуста, бо дощ поливає кавусту і вона росте і черевики, які захищають ніжки від дощу і т.д.

Важливим є вміння вибудовувати логічні ланцюжки. «Відгадування загадок: велике, червоне, кругле, росте на городі. – Помідор. Вміння ставити прості питання: де мама? хто це? що це? І т.ін. На цьому етапі дитину варто вчити не лише давати відповіді на запитання, але й розказати про власні асоціації та сформулювати запит на потрібну інформацію, тобто ставити запитання» [59; 60]. Ця навичка, ставити запитання, входить до найскладніших для дітей з розладом аутистичного спектра. Тому, що в таких ситуаціях вони повинні починати комунікацію, що для них дуже важко.

Інколи буває так, що вище зазначена навичка формується під час проходження всіх вище зазначених етапів. Проте в більшості випадків для цього варто виділяти певний час, щоб засвоїти дану техніку. Це можна сформувати виконуючи вправи на розгадування загадок. Дитина із допомогою спеціаліста показує іншій дитині або дорослому картки із зображенням предметів, тримаючи картки зворотнім боком до себе. Таким

чином дитина не бачить малюнку і за підказкою дорослого запитує другого учасника «що це?» [61]. Учасник відповідає, після чого дитина перевіряє, чи відповідь вірна. Для кращої мотивації дитини дана гра може супроводжувати жартами, експресивною мімікою та емоційністю, щоб сприяти навичці ставити запитання не використовуючи підказки. Коли вона засвоїть вище згадані навички, то матиме мовленнєвий шаблон, який сприятиме налагодженню комунікації з однолітками та дорослими, висловленню побажань, прохань та власної думки. Також це сприяє успішній інтеграції в соціумі [62].

Варто зауважити, що дані вище зазначені вміння та навички, спряють наявності комунікативної взаємодії дитиною та виконанням тією чи іншою дією на прохання. «До прикладу: у випадку, коли у дитини наявні довільні ехोलалії у вигляді речень та коротких фраз, проте на прохання вона не може назвати тварин, ми не можемо віднести рівень мовленнєвих навичок такої дитини до четвертого етапу [64]. Проте починати з такою дитиною роботу з імітації звуків, тобто першого етапу, також не актуально. В цьому випадку варто розпочинати співпрацю з третього етапу, тобто навчити дитину називати прохання та предмети. Аналогічно у випадку наявності дитини вокалізацій у вигляді складів «ба-ба-ба», «ма-ма-ма», це не означає автоматично необхідність переходу до другого етапу, адже необхідно навчити дитину повторювати ці склади на прохання» [63]. Схожа психолого-педагогічна корекційна робота з дитиною, що має порушення із спілкуванням, стає можливою у випадку усталення педагога як референтної особи.

2.2. Діагностика мовленнєвого рівня розвитку дітей з аутизмом

Діагностику рівня мовленнєвих навичок у дітей з аутизмом було організовано в червні 2021 року на базі «Дитячої академії мовлення», м. Тернопіль. Метою дослідження було визначення комунікативно-

мовленнєвої сфери дітей з аутизмом. Експериментальну групу склали діти 3-5 років, з них 12 хлопчиків і 3 дівчинки. Всі діти мають аутизм. У зв'язку з дотриманням принципу конфіденційності імена учасників експерименту були змінені. Детальніша характеристика учасників експерименту представлена в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

№	Ім'я дитини	Якісна характеристика порушень
1.	Михайлик	Дитина розуміє звернену мову, також є зоровий контакт та спонтанне мовлення стосовно мотиваційних предметів. Інколи говорить словосполучення, не підтримує розмову. Добре розвинена імітація, появляється сюжетно-рольова гра.
2.	Ростислав	Дитина розуміє звернену мову. Проте зоровий контакт не завжди проявляється. Малий словниковий запас. Немає спонтанного мовлення та словосполучень, погана імітація.
3.	Олексій	Дитина розуміє звернену мову. Є зоровий контакт, проте спонтанне мовлення лише стосовно печива, води, м'яса і туалету. Немає словосполучень, не підтримує розмову.
4.	Поліна	Дитина розуміє звернену мову, також є зоровий контакт та спонтанне мовлення стосовно мотиваційних предметів. Інколи говорить словосполучення, не підтримує розмову. Погано розвинена імітація, появляється сюжетно-рольова гра.
5.	Алла	Дитина розуміє звернену мову, також є зоровий контакт та спонтанне мовлення стосовно мотиваційних предметів. Інколи говорить словосполучення, не підтримує розмову. Добре розвинена імітація, появляється сюжетно-рольова гра.
6.	Злата	Дитина розуміє звернену мову, також є зоровий контакт, проте немає спонтанного мовлення. Не говорить словосполучення і не підтримує розмову. Добре розвинена імітація, появляється сюжетно-рольова гра.
7.	Максим	Дитина не розуміє звернену мову. Немає мовлення, не завжди є зоровий контакт. Не говорить словосполучення і не підтримує розмову. Погано розвинена імітація, немає сюжетно-рольової гри.
8.	Назар	Дитина розуміє звернену мову, також є зоровий контакт та спонтанне мовлення. Немає словосполучення, не підтримує розмову. Добре розвинена імітація, немає

		сюжетно-рольової гри.
9.	Андрій	Дитина не завжди розуміє звернену мову. Є зоровий контакт, декілька двоскладових, проте немає спонтанного мовлення. Добре розвинена імітація, появляється сюжетно-рольова гра.
10.	Макар	Дитина не розуміє звернену мову. Немає мовлення, не завжди є зоровий контакт.. Погано розвинена імітація, немає сюжетно-рольової гри.
11.	Макар	Дитина не розуміє звернену мову. Немає мовлення, не завжди є зоровий контакт. Погано розвинена імітація, немає сюжетно-рольової гри.
12.	Тимофій	Дитина не розуміє звернену мову. Немає мовлення, не завжди є зоровий контакт. Погано розвинена імітація, немає сюжетно-рольової гри.
13.	Устим	Дитина не завжди розуміє звернену мову. Немає мовлення, є зоровий контакт. Погано розвинена імітація, немає сюжетно-рольової гри.
14.	Владик	Дитина не розуміє звернену мову. Немає мовлення та зорового контакту. Погано розвинена імітація, немає сюжетно-рольової гри.
15.	Артем	Дитина не завжди розуміє звернену мову. Є декілька двоскладових, а також зоровий контакт. Добре розвинена імітація, проте немає сюжетно-рольової гри.

Проаналізувавши результати даної таблиці варто зауважити, що 7 дітей з аутизмом (46,7%) розуміють звернену мову, 3 досліджуваних (20%) – не завжди розуміють звернену мову, а 5 (33,3%) – не розуміють зверненої мови.

В нормі, розуміння мовлення розвивається до кінця першого року життя. Дана навичка не завжди супроводжується мовленням. Розуміння мовлення характеризується тим, що дитина показує те, що нас розуміє. Це може проявлятися у виконанні сказаної інструкції, або коли дитина показує вказівним жестом.

Розуміння мовлення також включає реакцію на своє ім'я, адже діти до першого року життя повертають голову або ж посміхаються, коли їх кличуть. Дана навичка допомагає вивчати нові категорії і збільшувати словниковий запас.

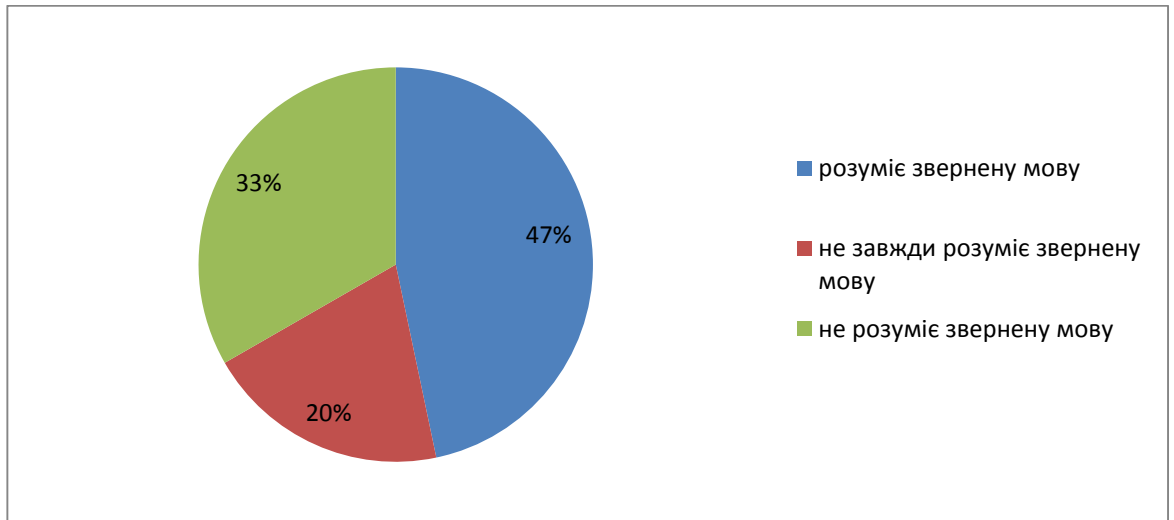


Рис. 2.1. Результати дослідження розуміння зверненої мови

Отже, за результатами експериментального дослідження бачимо, що більшість дітей з аутизмом дошкільного віку розуміє звернену мову.

Діти з розумінням зверненої мови мають невеликий словниковий запас, проте інколи можуть попросити які мотиваційні або ж немотиваційні предмети. В деякого з дітей появляють словосполучення, проте вони не завжди правильно говорять закінчення. Виникає спонтанне мовлення та розвивається сюжетно-рольова гра.

Діти у яких не завжди є розуміння зверненої мови мають менший словниковий запас. Проте в них є зоровий контакт і розвивається імітація. Це говорить про те, що вони знаходяться на іншому рівні розвитку і для них потрібно використовувати інші методи корекції.

Відповідно, що діти у яких немає розуміння зверненої мови знаходяться на найнижчому рівні розвитку. У них погана імітація, немає мовлення, не завжди є зоровий контакт. Часто в таких дітей бувають і поведінкові розлади, які потрібно корегувати в першу чергу.

Діти з аутизмом пізніше починають розмовляти, ніж нейротипові. Проте не завжди всі діти з аутизмом володіють навичкою комунікації.

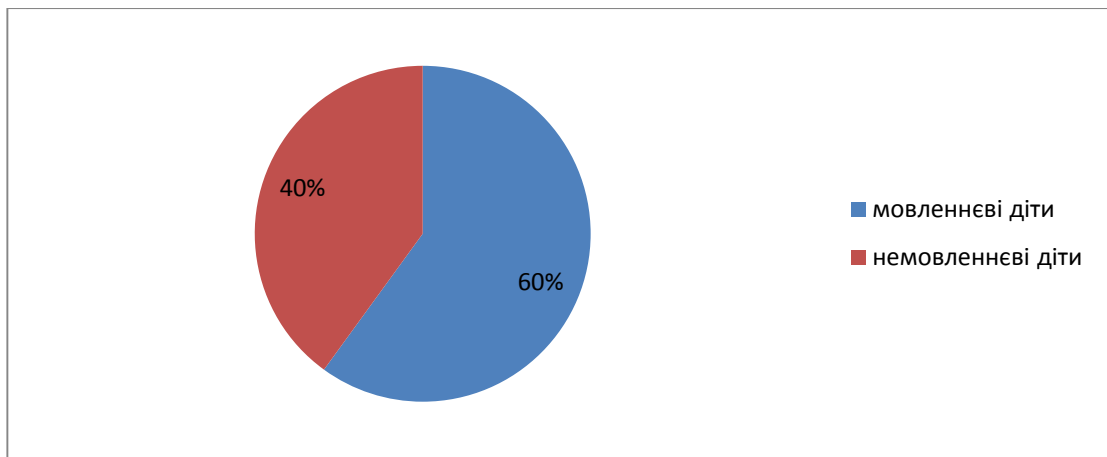


Рис. 2.2. Результати дослідження комунікативних навичок у дітей з аутизмом

Отже, за результатами експериментального дослідження бачимо, що більшість досліджуваних дітей з аутизмом дошкільного віку володіє комунікативною навичкою.

Незалежно від рівня розвитку мови, при аутизмі насамперед страждає можливість використання її з метою спілкування. Комунікативне використання мови передбачає її спрямованість на іншу людину з метою повідомити йому або отримати будь-яку інформацію, допомогу, увага.

Ще один аспект соціального використання мови – можливість комунікувати тільки із соціальною метою, тобто говорити не для того, щоб отримати щось, а підтримки особистого спілкування.

Показано, що основним патерном взаємодії з іншими людьми у дітей з аутизмом є «маніпуляція», коли звернення дітей до іншого мотивуються виключно потребою задоволення власних потреб при повному ігноруванні бажань партнера.

Діти з РАС часто виявляють нерозуміння соціальних правил та соціальних наслідків своїх дій, зокрема й у промові. Діти можуть ставити недоречні чи неадекватні ситуації питання, не співвідносити свої висловлювання із соціальними нормами. Також діти з РАС можуть уникати соціальних контактів без конкретної мети, що суттєво звужує їхнє коло спілкування. Ці проблеми входять у сферу якісних порушень соціалізації, є діагностичним критерієм для аутистичних розладів.

Висновки до розділу II

Особливості мовлення при РАС є проявами якісних порушень комунікації та соціалізації. Загальна стереотипність поведінки та активності людей з аутизмом відображається в таких мовленнєвих феноменах як ехолалії та вербальні ритуали. Таким чином, у мовленні при РАС можна бачити прояви всієї аутистичної тріади.

Розвиток мови у дітей з аутизмом найчастіше затримано, причому патерн цієї затримки має схожі риси із затримкою мовного розвитку в дітей віком без аутизму, так і специфічні особливості, помітні ще на прелінгвістичному рівні. У певних випадках впродовж розвитку мовлення можливий специфічний регрес в розвитку мовленнєвих навичок, що переважно характеризується загальним регресом у розвитку дитини. Причин даного регресивного стану ще не відомо, хоча часто виникають різні теорії про зв'язок деяких внутрішніх та зовнішніх та внутрішніх чинників з регресом.

Серед особливостей експресивного мовлення при розладах аутистичного спектра прийнято виділяти ехолалії, вербальні ритуали, використання неологізмів та ідіосинкразичного мовлення, неправильне використання особистих займенників та дієслівних закінчень. Мова людей може бути незвичайною і по своїм паралінгвістичним компонентам: інтонації, темпу, ритму та гучності.

Якісні порушення комунікації виявляються у труднощах комунікативного використання мови людьми з РАС. Використання мови для комунікації, облік соціального контексту розмови, комунікація виключно із соціальною метою для людей з аутизмом є скрутними.

Можливості розуміння мови також обмежені у дітей з аутизмом, і багато в чому ці обмеження пов'язані з особливостями сенсорного сприйняття взагалі.

Труднощі фільтрації мовних стимулів, гіпо- та гіперчутливість до сенсорним впливам у дітей з аутизмом ускладнюють розвиток імпресивної промови.

Розуміння особливостей та порушень мови у дітей з РАС не тільки покращує можливості діагностики цих розладів, але й допомагає у процесі корекції, навчання та взаємодії з дітьми.

РОЗДІЛ ІІІ. ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ РОЗЛАДОМ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

3.1. Використання допоміжної альтернативи в корекційній роботі для дітей з розладами аутичного спектра

Однією з основних ознак синдрому раннього дитячого аутизму є відхилення у мовному розвитку. За характером і динаміки прояви мовних порушень різноманітні й, тим щонайменше, найчастіше пов'язані зі спілкуванням. Саме мовленнєві порушення у дитини змушує батьків звертатися до фахівців за допомогою.

У аутичних дітей мовні порушення по-різному проявляються: від егоцентричного мовлення, ехолалії (повторення почутих слів чи фраз) при відповідях питання до повного мутизму (відсутність мови для комунікації). Мова таких дітей скандована, поштовхоподібна у зв'язку з порушенням темпу та ритмічної організації мови; часто характеризується неприродністю модуляції голосу, химерністю; про себе дитина говорить у другій чи третій особі; іноді відзначається порушення мови аналітичного характеру, тобто дитина не розуміє значення слів, йому важко засвоювати граматичні правила [94].

Від індивідуальних особливостей особистості дитини з РАС та від ступеня її пристосування до навколишнього світу багато в чому залежать його мовні порушення.

Перерахуємо основні принципи корекції мовленнєвих порушень при РАС:

- робота з дитиною повинна проводитись індивідуально з урахуванням рівня її інтелектуального розвитку;
- починати корекцію треба якомога раніше;
- постійно займатися формуванням комунікативної функції мови;

- виробляти адекватну поведінку дитини, розвивати у неї гнозіс (впізнавання) і праксис (цілеспрямована дія), загальну та тонку моторику.

Психолого-педагогічна корекція мовленнєвих порушень у дошкільнят з розладом аутистичного спектру проводиться поетапно.

У першому етапі слід встановити емоційний контакт, вибрати стратегію мовної взаємодії. Основною метою цього етапу – адаптувати дитину до умов, у яких працює психолог; встановити емоційний контакт; зібрати анамнестичні дані про раннє розвитку дитини; провести діагностику сформованості мови.

З другого краю етапі фахівець виробляє навчальний стереотип. Цей етап досить складний і трудомісткий як для психолога, так і самої дитини, тому що утримати дитину та її увагу для виконання будь-яких маніпуляцій дуже важко. Важливо фіксувати та аналізувати реакції дитини на запропоновані завдання, її поведінку. Виробити навчальний стереотип допомагають елементи холдинг-терапії.

На третьому етапі необхідно встановити зоровий контакт з дитиною. Починати слід з вироблення зорового контакту у відповідь ім'я дитини та поступово домагатися зорового контакту на фразу: «Подивися на мене!».

На четвертому етапі психолог вимагає виконання мовних інструкцій під час гри за допомогою мовних інструкцій: «Подивися на мене. Візьми ляльку»; "Поглянь на мене. Візьми ляльку. Поклади на ліжко».

На етапі виробляється вказівний жест. Найкраще це робити за допомогою сімейного альбому. Дитина має показати пальчиком своїх найближчих родичів. Це виходить не відразу і тому спочатку спеціаліст допомагає дитині: бере її руку в свою і коментує словесно це фото. Коментарі повинні бути короткими: «Це мама» та ін. Відпрацьовуючи вказівний жест у процесі маніпуляцій із предметами, паралельно розвиваємо не лише тактовне, а й зорове, м'язове, кінестетичне, слухове сприйняття.

На шостому етапі відбувається оволодіння навичками імітації вербальних рухів. Це можуть бути:

- імітація основних рухів: «Дай руку», «Підніми руки вгору», «Погладь себе по голові», «Клопай у долоні» та ін;
- імітація дій з предметами: «Зателефонуй у дзвіночок», "Погодуй ляльку", "Поклади кубик в коробку" та ін;
- імітація дрібних та точних рухів: дитина вчиться показувати частини тіла;
- імітація вербальних рухів: «Покажи мову», «Відкрий рот», «Стисні кулак» та ін. При показі рухів використовується дзеркало. Дитина дивиться на педагога та у дзеркало.

Всю психолого-педагогічну корекцію комунікативно-мовного порушення у дітей із розладами аутистичного спектру доцільно вести за такими напрямками:

- розвивати довербальну комунікацію;
- домагатися від дитини розуміння мови;
- розвивати мову лише на рівні перших слів;
- розвивати мову лише на рівні комбінації слів;
- розвивати мову лише на рівні пропозицій;
- розвивати мову на рівні зв'язного мовлення;
- застосовувати альтернативні методи комунікації [88].

Зупинимося на деяких особливостях проведення корекційної роботи з аутистами. Враховуючи можливості дитини та її комунікативні інтереси, для кожної дитини з розладом аутистичного спектру фахівець становить індивідуальну програму стимулювання мовного розвитку. Слід підбирати такі методичні прийоми, які доставляють дитині задоволення. При цьому треба пам'ятати, що з того моменту, коли дитина розуміє слово, що повторюється, починається комунікативна мова.

Для мовного розвитку дітей з РАС велике значення має взаємодія дорослої дитини, яка, як правило, проходить на несвідомому рівні за допомогою міміки, жестів, посмішки, м'якої інтонації голосу. Фахівець у

своїй чітко й повільно вимовляє слова, конкретні поняття, короткі інструкції, тобто речей дії дитини.

Формування гнозису та праксису, що мають велике значення для пізнання предметів, їх фарбування, об'єму, форми, починається з обведення предмета вказівним пальцем дитини у супроводі словесної інструкції. Потім дитина починає впізнавати та називати предмети. При маніпуляції дитини з іграшкою у дитини формуються тактильне сприйняття → зорове сприйняття → словесне позначення → співвідношення словесного визначення з конкретним предметом. Потім фахівець домагається від дитини правильної вимови почутого слова і, тим самим розширюється його словниковий запас [40].

Щоб дитина краще розуміла мову, слід фрази будувати як можна коротше і другорядні слова опускає, слова поєднувати з конкретною ситуацією, використовуючи картинки. Наочні матеріали (листівки, фотографії, картинки, ілюстрації) при корекції мовних порушень у дошкільнят з РАС широко використовуються і допомагають дитині контактувати з оточуючими.

Взаємозв'язок між рівнем розвитку мовних та комунікативних навичок у аутичних дітей відсутня, що говорить про нездатність його взаємодіяти з іншими людьми. Буває, що дитина має деякий словниковий запас і навіть будує речення, але при цьому погано розуміє сенс сказаного і не вміє ці мовні навички використовувати у спілкуванні. Іноді фахівцю важко визначитися, порушення мовної чи комунікативної функції у дитини вимагатиме від нього великих зусиль та уваги. Ясно одне – без комунікативної складової розвиток мовних навичок у дитини з аутизмом втрачає сенс, оскільки він не зможе донести до оточуючих про свої потреби та бажання, передати інформацію та повідомити про власний досвід чи почуття. Навички використання розмови у повсякденному житті можна виробити з за допомогою альтернативних форм комунікації, наприклад, за допомогою

Комунікативна система обміну картинками (Picture Exchange Communication System – PECS). Для застосування PECS не потрібні складні та дорогі матеріали, оскільки використовуються фотографічні, друковані символні, мальовані картки. Дитина віддає педагогові (партнеру з комунікації) картку, на якій зображено бажаний предмет, таким чином, формулює прохання чи вимога, а натомість отримує сам предмет, який і є винагородою.

TEACCH-підхід пропонує дитині з аутизмом візуальну підтримку та використовується для представлення (ілюстрації) у вигляді послідовності предметів (картинок, фото, або символів, що позначають кожну конкретну діяльність), у якій послідовності він повинен діяти протягом дня.

Зазначимо, що жодна із систем допоміжної альтернативної комунікації не виключає вербальне спілкування з ужитку, оскільки вона постійно супроводжується промовою і жестами, які, своєю чергою, ілюструє слово, у своїй відбувається формування у мозку міцних зв'язків між стимулами різних модальностей (звукового, зорового, кінестетичного). До того ж пластичний мозок дитини поповнюється новими знаннями та зв'язками, що веде до стимуляції та розвитку вербальної комунікації.

Корекційна робота проводиться всіма спеціалістами: психотерапевтами, психологом, логопедом, педагогами-дефектологами у тісній співпраці.

Заняття з аутичною дитиною вимагають від фахівця, поряд з професійними знаннями, володіти великим терпінням, інтуїцією, любов'ю і бути готовим на великі витрати психічної та фізичної енергії.

Правильно побудована психолого-педагогічна корекція мовленнєвих порушень у дошкільнят з РАС може досягти непоганих результатів. У кожній конкретної дитини результати різні. Як і у здорових дітей, аутичних дітей періоди прогресу можуть змінюватися періодом регресом і тому для фахівця важливо фіксувати найменші досягнення дитини.

Не кожна аутична дитина зможе навчатися у загальноосвітній чи спеціальній (корекційній) школі. Але зусилля фахівців не марні, якщо дитина з РАС виховується та навчається у домашніх умовах, його поведінка стає цілеспрямованим, контактним, емоційним.

Корекційна робота з дітьми-аутистами – це дуже складний і тривалий процес, який може тривати роками і кожен маленький успіх є дорогоцінним для пристосування їх до життя.

3.2. Корекційно-розвивальна робота з формування та розвитку мовлення

План корекційно-розвивальної роботи формується під час якісної та своєчасної діагностики порушень у розвитку мовлення. Тому варто виконати певні правила до організації діагностичного процесу. Морозов С.С. рекомендує виконувати таких вимог до проведення діагностики:

- діагностика має бути ранньою (починається з першого дня перебування дитини в установі);
- комплексною (що включає участь фахівців різного профілю та батьків, використання різних методів),
- динамічною (спрямованою не на якнайшвидше встановлення остаточного діагнозу, а на його планомірне уточнення з урахуванням особливостей онтогенетичного розвитку дитини, ступеня адаптації та корекційної роботи).

При цьому можливо виділяти низки чинників по логіці діагностичного дослідження, організація якого сприяє в залежності від профілю, поставлених завдань та цілей, особливостей конкретної освітньої організації.

І етап – орієнтовний:

Основні завдання етапу:

- ✓ орієнтуватися в основних труднощах дитини з розладом;
- ✓ виробленню гіпотез про причини виникнення;

- ✓ формування засобів для майбутньої діагностики;
- ✓ визначення методів для формування адаптації та первинної корекції.

Основні методи:

- ❖ біографічний – здійснити в процесі вивчення документації (психолого-педагогічної – якщо дитина раніше відвідувала якісь освітні організації чи психолого-педагогічні консультативні центри; медичної – представленої батьками або отриманою на запит із закладів системи охорони здоров'я) та під час бесід з батьками (законними представниками) та близькими родичами дитини;
- ❖ спостереження (у різних ситуаціях діяльності дитини – у період безпосереднього обстеження тим чи іншим спеціалістом, на заняттях, у грі, на прогулянці тощо).
- ❖ бесіда з дитиною та її батьками.

Результатами вище зазначеного першого етапу є: систематизація первинних відомостей про психологічний, нервово-психічний та соматичний статус дитини, умови в сімейному вихованні, ступені (і потенційних можливостях) адаптації у дитячому колективі, особливості емоційно-вольових проявів, рівні працездатності, втомлюваності, особливості контактів з однолітками та дорослими.

II етап – поглиблена діагностика та визначення зони найближчого розвитку дитини:

Основні завдання етапу:

- вивчення рівня розвитку психічних функцій (уваги, сприйняття, пам'яті, мислення, мови);
- вивчення особливостей емоційно-вольової сфери та мотиваційної готовності;
- вивчення особливостей особистісного розвитку,
- вивчення обсягу та характеру знань, умінь та навичок відповідно до віку та особливостей дитини,

- вивчення характеру житлово-побутових умов, сімейних взаємин та стилю сімейного виховання.

Основні методи:

- констатуючий педагогічний експеримент,
- експериментально-психологічний метод, що реалізується за допомогою використання стандартизованих психологічних методик, опитувальників та анкет для батьків і т.п.

Рівночасно із дослідженнями психічних функцій визначаються такі характеристики як розуміння інструкції, використанні інструкції, вміння закінчувати інструкції, а також характеристики діяльності дитини з розладом аутистичного спектра: стійкість інтересів, працездатність, цілеспрямована діяльність, виснаження, зосередженість, вміння користуватися допомогою, реакції на результати.

інформативними є методи нейропсихологічного обстеження дитини (з детальною увагою на виявлення характеристики діючої асиметрії головного мозку або ознак недостатності латералізації півкуль) та методи медичної діагностики (ультразвукове дослідження головного мозку, комп'ютерна томографія, електроенцефалографія, доплерографія, та ін.).

Результатами другого етапу є:

- узагальнення та аналіз отриманих результатів дослідження, який сприяє оформленню психологічного, педагогічного, логопедичного та медичного висновків, що потрібно подати на психолого-медико-педагогічний консилиум з метою всебічного аналізу, вироблення єдиної стратегії роботи з дитиною та її узгодження з батьками.
- розробка програм супроводу, адаптованих освітніх програм, індивідуальних освітніх маршрутів.

III етап – динамічна діагностика:

Основні завдання етапу:

- уточнення діагнозу;
- уточнення індивідуального освітнього маршруту;

- уточнення корекційно-розвивальної програми.

Методи:

- 1) формує педагогічний експеримент,
- 2) зазначені вище з урахуванням потреби.

Результатами даного етапу є: проведення оптимізованого індивідуально-орієнтованого підходу, який сприяє навчанню, вихованню та корекції дитини з розладом аутистичного спектра.

IV етап – катамнестичні дослідження:

Основне завдання – оцінити ступень адаптованості дитини з розладом аутистичного спектра в умовах екстернальної інтеграції або інклюзії.

Метод – катамнез.

Результатом четвертого етапу є отримання інформації щодо подальшого індивідуального маршруту дитини з розладами аутистичного спектра.

Зміст, форма та терміни катамнестичного дослідження можуть змінюватись у кожному конкретному випадку. Варіанти: для дитини, що надійшла до першого класу; для учня, що перейшов до основної школи та ін.

Проведення діагностичного обстеження дитини з розладом аутистичного спектра:

Первинне обстеження мови: «Діагностична робота починається з оцінки рівня актуального розвитку мови цієї дитини. Для обстеження мовленнєвого розвитку дитини з розладом аутистичного спектру можливе використання мовних карт (логопедичного обстеження). Враховуючи, що більшість логопедичних методик не пристосовано для діагностики рівня мовного розвитку дітей з аутизмом, доцільно використати карту діагностичного обстеження дитини, розроблену К. С. Лебедінською та О. С. Нікольською». «При діагностиці мовного розвитку обстеженні слід приділити увагу обстеженню розуміння мови, і навіть можливості комунікативного використання промови.»

Обстеження розуміння мови (імпресивне мовлення):

«Розуміння дитиною мови обстежується у спонтанній ситуації. Вивчають, чи розуміє дитина висловлювання, які містять афективно значущі його слова. Для цього при спостереженні за дитиною або у розмові з батьками з'ясовують, що дитина любить, що є для неї особливо значущою (багато дітей люблять слухати музику, гойдатися на гойдалках, дивитися телевизор, мають пристрасть до певних ласощів тощо). Потім за відсутності значущого об'єкта чи дії у зору дитини вимовляють висловлювання, що містить значуще слово (наприклад: «Ходімо на гойдалки», «Включимо мультики» чи «Хочеш «Чупа-чупс»?») і т.п.). Якщо поведінка дитини зміниться видимим чином – наприклад, вона поверне голову у бік того, хто говорить, підійде до нього тощо. Можна припустити, що він зрозумів висловлювання чи його частину.»

«Важливі моменти:

- 1) запропоновані об'єкти (види діяльності) повинні бути в наявності;
- 2) проби на розуміння таких слів повинні проводитись кілька разів протягом обстеження – не менше 3-5 (не підряд) – для отримання достовірного результату.»

«Потім перевіряють, чи виконує дитина словесні інструкції:

- а) у тих, що відбувається;
- б) поза контекстом того, що відбувається.

У першому випадку дитину просять зробити щось у руслі того, чим вона зайнята.»

«Наприклад, якщо він грає із залізницею, можна сказати: «Постав вагон на рейки», "Візьми паровоз" і т.п. Якщо дитина впустила щось, можна сказати йому: «Підними».»

«У другому випадку (б) дитині дають інструкції, не пов'язані з тим, чим вона зайнята, наприклад: «Підійди сюди», «Дай кубик» тощо.

При обстеженні розуміння інструкцій слід уникати допомоги мір, жестів) для отримання більш точної інформації. Інструкції повинні пред'являтися у різних контекстах та ситуаціях.»

«Спрямоване обстеження розуміння мови включає завдання:

- розуміння назв предметів;
- розуміння назв дій;
- розуміння назв якостей предметів, понять, що виражають просторові відносини тощо).

Якщо у дитини є власна мова, вона обстежується одночасно з розумінням.»

Обстеження власної мови дитини (експресивна мова):

В ході спостереження за спонтанними проявами мовлення дитини, які полягають у різних вокалізаціях та позагортані звукоутворень, які формуються без участі голосових зв'язків дитини. Отриману інформацію можна використати на початкових етапах розвитку мовлення у дитини з мовленнєвими порушеннями.

Потрібно зауважувати чи наявне спонтанне наслідування певних звуків, висловлювань, слів, різних проявів ехолалії, чи то відставленої чи то безпосередньої.

Під час спостереження зазначають, як дитина висловлює свої вимоги чи відмови від чогось. Хоча коли дитина не застосовує різні види мовлення, у вигляді слів чи вокалізацій, для того, щоб показати свій протест чи бажання, які вже сформувалися у розвитку комунікації та стали базою для формування елементарних мовленнєвих навичок або їхніх передумов.

Крім цього наголошується, якими є власні спонтанні висловлювання дитини. Такі твердження не завжди мають певну мовленнєву спрямованість. Однак їхня наявність може дозволити отримати непряме уявлення про зв'язок висловлювань дитини з її діями, можна отримати про вимовну сторону мови тощо.

По можливості варто провести спрямоване обстеження експресивного мовлення: вивчають здатність до словесної імітації, сформованість таких навичок як назва дій, предметів тощо.

Наступне обстеження відбувається за шаблонною схемою логопедичного обстеження: докладно досліджуються вимовна сторона мови (інтонації, гучність, якість вимови звуків тощо), граматична структура мови, лексичний склад, навички діалогу. Одночасно із дослідженням цих навичок варто звернути увагу на діагностику розуміння мовлення.

Для корисного обстеження необхідно при плануванні та реалізації програм розвитку мови, воно має бути максимально точним і об'єктивним.

Тому варто дотримуватись наступних організаційних умов:

- наявність декількох кваліфікованих спостерігачів;
- запис спостерігається (писемно або відеокамеру);
- структура отриманої інформації.

Для діагностики мовленнєвого розвитку дитини доцільно використовувати діагностичну карту обстеження дитини з аутизмом, складену на основі картки «Діагностика аутичної дитини» К. С. Лебедінський, О. С. Микільської.

Висновки до розділу III

Аутизм як неврологічний розлад психічного розвитку є складною багатокомпонентною проблемою для фахівців різного профілю: педагогів, психологів, логопедів, лікарів, генетиків, соціальних працівників.

Багатогранність розладів аутистичного спектра у дошкільному віці, які маю легкі та важкі ознаки та форми, формують певні негаразди у структурі системи психолого-педагогічної та клініко-психологічної допомоги.

Основним чинником корекційно-розвивальної роботи з дітьми дошкільного віку із розладами аутистичного спектра є робота із формуванням мовленнєвих навичок.

Особливістю логопедичної корекції є достатня тривалість і кропітка робота, яка передбачає спрямуванню розвитку та формуванню всіх граней розвитку дитини, щоб сприяти максимальному результату у корекційних процесах.

Також включає знання про особливості психофізичного розвитку дітей із мовленнєвими порушеннями, особливості формування вимови дітей, які мають розлади аутистичного спектра, методики роботи із дітьми у яких аутистичні порушення на різних інтелектуальних рівнях розвитку. Для кращої корекційної роботи з мовленнєвими порушеннями логопед або психолог повинні використовувати у роботі стандартизовані логопедичні методи у поєднанні зі спеціальними методами роботи із розвитку мовлення дітей з розладами аутистичного спектра, використовуючи альтернативні методи комунікації.

У цих методичних рекомендаціях розкриваються особливості мовленнєвого розвитку дітей із розладами аутистичного спектра, відповідно до психолого-педагогічної класифікації. Представлена система роботи з формування мови дітей із аутизмом; розкрито цілі, завдання, принципи, умови організації логопедичної роботи з учнями з розладами аутистичного спектра; описані методи та прийоми корекційної роботи, способи альтернативної комунікації для розвитку мови дітей із розладами аутистичного спектра.

Методичні рекомендації адресовані керівникам загальноосвітніх організацій, вчителям-логопедам, вчителям-дефектологам, педагогам-психологам, вчителям, вихователям, тьюторам, студентам педагогічних вузів та іншим фахівцям, працюючим з дітьми з розладами аутистичного спектра.

РОЗДІЛ IV. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1. Шкідливий вплив опромінення на розвиток дітей

Радіація яка діє на організм ззовні може бути шкідливою, оскільки вона проходить через наші ДНК, клітини, тканини і органи. Вона розриває молекули, відриває електрони від атомів всередині клітин організму і руйнує їхню структуру у спосіб, який робить складним її належне відновлення. Неправильне відновлення клітин приводить до захворювань. Проте, якщо ви захистите себе від зовнішньої радіації або уникнете її впливу, ви зупините опромінення.

Якщо людина споживає радіоактивно забруднену їжу або вдихає радіоактивне повітря, радіонукліди можуть проникати у її організм. Це – серйозна проблема, оскільки організм людини помилково сприймає ці радіонукліди за природні елементи. Наприклад, радіоактивний стронцій-90 і цезій-137, викиди яких відбуваються в результаті аварій на атомних електростанціях, таких як аварії на Фукусімській або Чорнобильській АЕС, можуть проникати в організм людини. У такому випадку стронцій-90 замінює стабільний кальцій в організмі, а цезій 137 – стабільний калій. Таким чином, радіонукліди відкладаються у кістках і м'язах відповідно і опромінюють людину зсередини впродовж тривалого часу.

Цей процес називається внутрішнім опроміненням. Він є більш небезпечним, ніж зовнішнє опромінення, через тривалий період впливу. Крім того, ніщо не може зупинити згубну енергію деяких радіонуклідів, у разі їх потрапляння до організму людини, в той час як ззовні вони завдають значно меншої шкоди.

Протягом багатьох років існувала думка про резистентність ЦНС до дії іонізуючого опромінення. Досі вважалося загальноновизнаним, що лише високі дози радіації здатні уразити клітинні структури мозку. Це узгоджувалося з відсутністю видимих морфологічних і виражених функціональних змін [82].

Однак дані вітчизняної і зарубіжної літератури 30-50-их років вказують на те, що нервова система на дію іонізуючого опромінення звичайно реагує вегетативними змінами навіть від малих доз опромінення. [69]. Зокрема Ліванов М.Н. вказує на існування реакції ЦНС людини на дію малих доз радіації (0,06-0,65Рад) змінами судинного тону, зниженням артеріального тиску, тенденцією до брадикардії. Хворі скаржаться на швидке наростання слабості, погіршення пам'яті, дратівливість [53].

Вивченням особливостей інтелектуального статусу дітей та підлітків, які проживають на радіаційно забрудненій території, займались А. А. Крилов, Р.О.Серебрянникова та ін. (1992) . У 24% школярів виявлено гранично низькі значення інтелектуального статусу. Аналогічні дослідження були проведені Н.А.Грищенко, Л.А.Головай, В.К.Горбачевським (1992) та ін.

Дослідження психічного розвитку дітей, які потрапили під вплив іонізуючого опромінення у пренатальному періоді, були проведені на забруднених територіях Білорусі Ігумновим С.О. При вивченні основних якісних характеристик інтелектуального розвитку дітей зазначеного контингенту (темпу психічної діяльності, активної уваги, пам'яті, перцепції, регулювання діяльності, аналітико-синтетичної діяльності, запасу знань, мовленнєвої функції і моторного розвитку) в основній групі виявлено достовірне переважання оцінок, які відображають різні ступені відставання цих показників від вікових нормативів [66].

Клініко-психологічне дослідження 478 внутрішньоутробно опромінених дітей м. Прип'яті показало, що близько половини дітей мали виражені відхилення у психічному розвитку. У таких дітей страждала пам'ять, активна увага була знижена працездатність. Діти виявлялися нездатними до занять, які вимагають вольового зусилля і уваги [63].

В результаті проведених досліджень вербального інтелекту дітей Брянської області було вираховано IQ кожної дитини. В чистих районах число дітей з IQ менше 70 складало 8. У забруднених їх було значно більше – 94 особи. Між цим розподілом існує статистично достовірна різниця ($p > 0$,

05). В результаті, в забруднених районах інтелектуальні порушення спостерігалися у 43 дітей (5, 9%), в чистих - 6 (2%). Кількість дітей, які мають інтелектуальні порушення в забруднених районах майже в 3 рази вищі, ніж в чистих [71].

Комплексне психологічне обстеження дітей 6-7 років, які проживають в Гомельській області, виявило в середньому більш низькі показники по всіх інтелектуальних функціях. Різним виявився і психомоторний розвиток. При цьому більш низькі показники сили рук і симетричності розвитку сили рук можуть вказувати на сповільнене формування латералізації, а виявлений більший відсоток дітей з високим тремором – свідчить про підвищену збудливість нервової системи.

Зміни розумової діяльності, працездатності та особистісного профілю, істотне зниження показників розумової працездатності в обстеженій групі ліквідаторів виявлено Н.А. Меньшовим і співавторів. Найбільше падіння лічильно-логічної діяльності свідчило про переважне послаблення функцій короткострокової пам'яті та оперативного мислення.

Розумовий розвиток дітей 4-6 років (сенсорна та розумова сфера, пам'ять, увага, мовлення), що знаходиться під впливом радіації, вивчався під керівництвом Н.О.Циркун. В ході дослідження виявлено зниження інтелектуального розвитку дітей як із забруднених, так і відносно чистих регіонів; ця тенденція найбільш помітна у дітей 1985-1986 р. р. народження.

При радіоактивному ураженні малими дозами радіації із всіх психічних процесів найбільш страждає увага. В залежності від віку школярів виявлено, що чим менший вік учня, тим більше страждає його увага [73].

Розклади пам'яті в осіб з органічним ураженням мозку, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на ЧАЕС виявлялися ускладненнями згадування і відтворення добре відомих раніше імен, цифр. Для запам'ятовування будь-яких даних вимагалися багаторазові повторення. Тривке, тривале утримання нової інформації частіше було неможливим. Про порушення інтелекту свідчить збідніння суджень та умовиводів з втратою

спроможності розуміти в повному об'ємі одержані відомості, неспроможність сполучення, аналізу і синтезу інформації, що надходить. Не дуже значні зміни інтелекту слід визначити як органічне зниження рівня особистості, що не досягає ступеня органічної деменції [92].

Найсильнішого впливу зазнають клітини червоного кісткового мозку, щитовидна залоза, легені, внутрішні органи, тобто органи, клітини яких мають високий рівень поділу. При одній і тій самій дозі випромінювання у дітей уражається більше клітин, ніж у дорослих, тому у дітей всі клітини перебувають у стадії поділу.

Під дією іонізуючого випромінювання в організмі людини утворюються речовини з високою хімічною активністю – вільні атоми або радикали, які руйнують клітини організму. Іонізуюче випромінювання може і безпосередньо впливати на біологічні молекули.

Ураження клітин значною мірою залежить від того, наскільки інтенсивно в них проходять обмінні процеси: чим вище рівень обмінних процесів, тим вище і їх уражуваність радіоактивним випромінюванням. Найбільш вражає клітини органів кровотворення, кишкового епітелію (в ньому багато імунних клітин), статеві клітини, епітелій шкіри, сумки кришталика ока, сполучна тканина, хрящі, кістки, м'язи, нервова тканина. Ураження деяких видів білків клітин, може викликати рак, а також генетичні мутації, що передаються через декілька поколінь.

При загальному зовнішньому опроміненні людини дозою 150 – 400 рад розвивається променева хвороба легкого та середнього ступеня тяжкості, при дозі в 400 – 600 рад – важка променева хвороба, опромінення понад 600 рад є смертельним.

Опромінення може викликати різноманітні захворювання: інфекції (знижується імунітет), порушення обміну речовин, онкологічні захворювання, безпліддя, катаракту і багато іншого. Особливо гостро радіація впливає на організм, що росте, тому вона дуже небезпечна для дітей і підлітків. Вплив невеликих доз радіації виявити дуже складно, адже дія їх

проявляється через десятки років. Навіть незначні дози радіації можуть викликати необоротні генетичні зміни, які будуть передаватися в спадщину, приводячи до народження дітей з різними генетичними захворюваннями (наприклад, із синдромом Дауна), епілепсією, порушенням розумового і фізичного розвитку.

Жінки та ті, хто знаходяться на ранні стадії життя людини (вагітність і дитинство) є особливо уразливими до шкідливого впливу радіації. Незважаючи на дослідження впливу радіації на здоров'я людини сьогодні бракує досліджень, присвячених питанню, чому жінки є більш уразливими до її дії, ніж чоловіки. Експерти висувають теорію, що швидке ділення клітин, яке спостерігається протягом дитинства і вагітності, може бути причиною уразливості ембріонів і зародків, при цьому унікальні зміни, звичайно, відбуваються протягом вагітності.

Приділяти особливу увагу впливу на репродуктивне здоров'я необхідно з двох причин:

- вразливість вагітних і дітей може не тільки призвести до негативних впливів на здоров'я протягом цих етапів життя. Опромінювання в цей час може спричинити захворювання, що проявляться через роки вже у дорослої людини;
- довічний ризик, що виникає внаслідок опромінення на стадії раннього розвитку, абсолютно ігнорується у стандартах США щодо радіаційного опромінення [85].

Також є дослідження, які підтверджують негативний вплив радіації на естроген і його функції. Таким чином, радіація може порушувати продукування та функціонування естрогену і завдавати особливо серйозної шкоди здоров'ю жінок. Інші причини полягають в тому, що жінки мають набагато більші репродуктивні органи і набагато складніші гормональні системи, ніж чоловіки.

4.2. Шляхи надходження шкідливих речовин у харчові продукти

Якість і безпека продуктів харчування є питанням, яке хвилює не лише спеціалістів, а й пересічних громадян. Проте, на жаль, не всім відомо, що часто на наш стіл потрапляють продукти, які несуть загрозу здоров'ю, повільно руйнуючи його, закладають причини майбутніх розладів і захворювань. Пестициди, які містяться в залишкових кількостях у рослинах, залишки антибіотиків та інших препаратів, які застосовують у ветеринарії, окремі препарати (які, незважаючи на заборону, використовують для підвищення продуктивності та продовження термінів зберігання продукції), бактеріальні та грибкові токсини, що утворюються за неправильного зберігання, промислові токсиканти потрапляють у продукти під час вирощування та приготування. Усі ці фактори щодня непомітно впливають на нас, потрапляючи в організм із їжею та рідиною. Накопичуючись, вони виснажують захисні сили організму і часто стають причиною виникнення захворювань. Згідно з оцінками експертів ВООЗ, здоров'я громадян на 8-12% залежить від системи охорони здоров'я в країні, на 18-20% від генетичної схильності людини, на 68-74% - від способу життя, однією з найважливіших складових якого є харчування [94].

Промислові підприємства своїми стічними водами забруднюють водні басейни, сотні гектари родючих земель залишаються не використаними, внаслідок чого не одержано багато сільськогосподарської сировини, придатної для харчової та переробної промисловості.

Теплові електростанції, заводи, фабрики викидають в атмосферу тонни шкідливих газів. Вміст токсичних речовин у вихлопних газах автомобілів значно перевищує загальноприйняті норми. Ось таким повітрям змушені дихати люди, тварини, рослини [90]. Недбайливе ставлення до землі, води, біосфери в цілому призвело до того, що рослинний і тваринний світ став також небезпечним для людини.

У організм людини з їжею і напоями надходить до 80% шкідливих речовин. До них належать сполуки, що утворилися в процесі технологічної та

кулінарної обробки, харчові добавки, а також побічні забруднювачі. Останні діляться на дві основні групи: екзогенні та ендогенні. До екзогенних належать сполуки, які потрапили в харчові продукти із зовнішнього середовища. Наприклад, у рослинну продукцію – внаслідок застосування понаднормативних доз мінеральних добрив, пестицидів; у тваринницьку – стимуляторів росту тварин, антибіотиків [89]. До цієї ж групи належать екстракти тари, технологічного обладнання, рештки дезінфікуючих або мийних засобів, промислових відходів тощо.

До другої групи відносять ендогенні речовини, що утворюються у сировині й продукції під дією хімічних і фізичних факторів, а також внаслідок взаємодії складових частин та екзогенних речовин.

Промислові викиди хімічних та радіоактивних відходів у навколишнє середовище спричиняють забруднення харчових продуктів; неправильне застосування пестицидів та хімічних добрив; використання недосконалої технології та обладнання при виробництві харчових продуктів і, як наслідок, потрапляння шкідливих домішок у кінцевий продукт або утворення шкідливих речовин під час виробничого процесу [96].

Забруднення харчових продуктів промислового походження – це складні органічні й металоорганічні речовини, які являють собою побічні продукти промислових, хімічних та інших процесів. У інших випадках шкідливі речовини з'являються внаслідок комплексної діяльності людини.

Забруднення, що потрапляють із навколишнього середовища, мають різну хімічну структуру. За фізичними властивостями – це стабільні та стійкі у навколишньому середовищі сполуки, які мають здатність до біокумуляції [77].

У деяких промислових районах поширені такі канцерогенні речовини як багатоядерні ароматичні вуглеводні, антропоцен, фенантрон, бензантрацен, пірен, бензопірен та інші сполуки з конденсованими циклами. Вони є в повітрі, воді, копильному димі, вихлопних газах. Хоча ці речовини мають

різну канцерогенну активність, проте необхідно повсякденно аналізувати продукцію на наявність у ній багатоядерних ароматичних вуглеводів.

При зберіганні сировини, технологічній її обробці утворюються багато шкідливих сполук. Під час виробництва харчових продуктів використовують різні консерванти, барвники, підсолоджувачі, що не завжди корисні для людини. А при приєднанні до них забруднювачів харчових продуктів – загроза для здоров'я людини збільшується.

Чужорідні забруднювачі, які потрапляють у людський організм з продуктами харчування високотоксичні. До них відносять: металеві забруднення (ртуть, свинець, олово, цинк, мідь тощо); радіонукліди; пестициди; нітрати, нітроти; діоксини; метаболіти мікроорганізмів, які розвиваються у харчових продуктах.

На жаль, ми таки не знаємо, що вживаємо в їжу. Частково тому, що виробники соромляться зазначати на упаковці ВСІ інгредієнти своєї продукції. А частково тому, що ми й самі не вміємо «читати» етикетки. Більшість розвинених країн випускає продукцію за трьома різними стандартами. До першого належать товари, призначені для експорту до розвинених же країн. Якість таких товарів – поза підозрою. До другого належить продукція, призначена для споживання всередині країни-виробника. Якість – відповідна, оскільки в цивілізованих країнах якось не прийнято труїти власних співвітчизників. Нарешті, третій стандарт об'єднує продукцію, експортовану до країн, що розвиваються. Тобто призначену для нас із вами.

Генетично модифіковані продукти – це продукти харчування, отримані з генетично модифікованих організмів (рослин, тварин і мікроорганізмів). Згідно з українським законодавством продукти, що отримані за допомогою генетично модифікованих організмів (ГМО) є генетично модифікованими. ГМО набувають певних якостей завдяки переносу в геном окремих генів теоретично з будь-якого організму (у випадку трансгенезу) або з геному споріднених видів (цисгенез). Вперше генетично модифіковані продукти

з'явилися на ринку на початку 90-х років ХХ ст. Станом на 2009 р. комерціалізовано й допущено до вирощування 33 види трансгенних рослин: соя, кукурудза, рапс, бавовник, цукровий буряк, гарбуз, перець, томати, рис та ін [46]. На різних стадіях допуску знаходиться ще близько 90 видів трансгенних рослин, у тому числі картопля, слива, люцерна, квасоля, пшениця, гірчиця, цвітна капуста, перець числі та ін.

Генетична модифікація може надавати харчовому продукту у наступному поколінні цілий ряд ознак (замість однієї-двох протягом кількох поколінь при селекціонуванні) та не має селективного гена, внаслідок чого такий продукт може мати небажані якості. Крім того, генетична конструкція може мати багато генів, що необхідні для її комплексної роботи. Більшість ГМО, що культивуються, мають багато генетично запрограмованих «бажаних» властивостей, наприклад, стійкість до збудників хвороб (вірусів та грибів, засобів хімічної боротьби з якими не існує) – перенос у рослину гена вірусу чи грибів, що кодує білок їх оболонки; комах-шкідників (ген Вітоксину); гербіцидів; посухи та підмерзання (ген *se5pB*); впливу солей натрію (ген іонного транспортера *A3XHXI*) і алюмінію, вміст якого перевищено у 40-96 родючих ґрунтів та є отруйним для рослин (ген перебуває в стадії розробок) [45].

Використання ГМО значно полегшує культивування рослин, а також зменшує витрати на їх обробку отрутохімікатами. Наприклад, вирощування генетично модифікованої сої, стійкої до гербіцидів, з 1996-2007 рр. призвело до зменшення використання загальної кількості гербіцидів на близько 10 %. Виявилося також, що стійкі до гербіцидів рослини несуть одразу дві-три вбудовані ознаки (наприклад, стійкість до комах та певних хвороб). Проте при генетичній модифікації харчових продуктів можлива зміна їх харчових і технологічних якостей. Ризики, пов'язані з генетично модифікованими продуктами харчування:

- 1) вплив на здоров'я людини:

- потенційна алергенність (при синтезі в модифікованих продуктах нового білка). Кожен генетично модифікований продукт перш, ніж потрапить до споживача, проходить процедуру оцінки його алергічного потенціалу. Генетично модифіковані продукти, які мають виражені алергічні властивості, забороняється вирощувати навіть як кормові у зв'язку з тим, що вони можуть потрапити на стіл до споживача;
- потенційна токсичність. Сучасна методологія допуску трансгенних рослин передбачає хімічний аналіз складу генетично модифікованих продуктів та досліди на експериментальних тваринах. Станом на 2010р. різними науковими дослідженнями не було виявлено токсичного чи негативного впливу на організм людини трансгенних продуктів, що допущені до комерційного вирощування;
- горизонтальне перенесення генів від ГМО до споживача. Людина разом з продуктами харчування отримує 0,1-1г ДНК на добу незалежно від виду їжі. У травному каналі ДНК руйнується до окремих нуклеотидів, які в подальшому зазнають незворотніх змін;

2) екологічний вплив трансгенів:

- міграція генів під час опилення. Вплив не відомий, але загальноприйнятим є те, що гени, які покращують ступінь пристосування до клімату, мінерального складу ґрунту, температури – дадуть гібридним рослинам достатню перевагу, щоб стати агресивним бур'яном. Крім того, дикі рослини, які отримали ген стійкості до комах від трансгенної рослини, можуть стати стійкішими до одного зі своїх природних шкідників. Це могло б сприяти зменшенню кількості тварин, що харчуються цим шкідником, та призвести до порушень в екосистемі. Точні наслідки міграції трансгенів у природному середовищі передбачити майже неможливо [88];

Маркуванню підлягають всі продукти, отримані з ГМО, а також харчові добавки, отримані за допомогою ГМО. З жовтня 2012 р. Кабінет

Міністрів України схвалив законопроект, який дозволяє не маркувати продукцію позначенням «без ГМО», яка не містить ГМО [91].

Наука, що відповідає за появу генетично модифікованих продуктів, називається харчовою біотехнологією. Сучасна біотехнологія уможливорює обмін генами між цілком чужорідними організмами. Зараз селекціонери можуть увести в геном рослин властивості, взяті у тварин, і створити цю рослину морозостійкою, з високою опірністю до хвороб та з інсектицидними властивостями. Біотехнологія харчових продуктів розвивається надзвичайно інтенсивно. За нею не встигають ані законодавчі, ані нормативні інструкції. Сучасні дослідження не в змозі запобігти непередбаченим наслідкам застосування ГМО.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Аналізуючи теоретичні та експериментальні дані з проблеми формування комунікативних навичок у дітей з розладом аутистичного спектра з'ясувалося, що аутизм – це порушення розвитку, яке зазвичай характеризується затримкою та порушенням соціальних навичок, мови та поведінки. Найбільш яскраво синдром аутизму проявляється у дитячому віці, що веде до ізоляції малюка від рідних людей та суспільства. В останні роки спостерігається значне збільшення випадків аутизму у світі. Це відбувається частково від того, що до спектру аутистичних розладів включаються синдроми, які пов'язувалися з аутизмом раніше.

Досліджено, що через складнощі у поведінці, спілкуванні та сенсорному сприйнятті люди з аутизмом потребують особливих умов, адже вони сприймають звуки, запахи, кольори, дотики та смаки не так, як ми. Дуже часто їхнє сприйняття набагато сильніше. Звичайний шум у місцях скупчення людей може відчуватися ними як нестерпний гуркіт. Їм важче спілкуватися, розуміти правила навколишнього світу. Кожна нова ситуація для них – можливий привід для стресу. Незначні зміни у звичній ситуації можуть налякати їх. Тому простір для таких дітей та дорослих потребує коригування.

Визначено, що ґрунтовні вивчення особливостей психіки дітей з аутистичними порушеннями спонукало багатьох зарубіжних дослідників зробити висновок, що всі психічні процеси дітей з аутизмом сформовані по-іншому, ніж у нейротипових дітей: сприяють в загальному одночасний характер, діти зависають або ж не досконало засвоюють великі організовані процеси, вони мають особливий характер мислення.

Емпірично досліджено, що 7 дітей з аутизмом (46,7%) розуміють звернену мову, 3 досліджуваних (20%) – не завжди розуміють звернену мову, а 5 (33,3%) – не розуміють зверненої мови.

Досліджено, що більшість досліджуваних дітей з аутизмом дошкільного віку володіє комунікативною навичкою.

З'ясовано, що ми не можемо навчити дитину розуміти фразу, якщо вона не розуміє слова. При сенсорних алаліях чи агнозіях може бути, що дитина не розрізняє побутових звуків. Ми не можемо навчити дитину розуміти, що корова – це корова а зайчик – це зайчик якщо дитина не розрізняє «му..» і «бее..».

Таким чином, важливо відзначити, що аутизм – це неврологічний розлад, який впливає на розвиток комунікації, соціальної взаємодії, розуміння мовлення і розуміння соціальних норм.