

УДК 37.013: 376

## МОЖЛИВОСТІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Пасєвіна О.А.

Криворізький педагогічний інститут  
Криворізького національного університету

У статті проаналізовано можливості і труднощі організації інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру у загальноосвітній школі. Розглянуто особливості психічного розвитку дітей з РАС, а також специфіку ранньої диференціальної діагностики і кваліфікації діагнозу. Обґрунтовано організаційні і змістовні умови включення дітей з РАС в освітні установи, методологічні орієнтири пропедевтичної і корекційно-терапевтичної роботи з дітьми-аутистами.

**Ключові слова:** аутизм, розлад аутистичного спектру, інклюзія, інтеграція, сегрегація, інклюзивне навчання.

Упродовж тривалого часу світова наукова спільнота дискутує з питання, наскільки доцільно створювати спеціальні (корекційні) освітні установи для дітей з розладами аутистичного спектру (РАС), наскільки правомірно відносити аутизм до категорії емоційно-поведінкових розладів і здійснювати спільне навчання дітей-аутистів разом зі здоровими однолітками в інклюзивному освітньому середовищі? Остаточна відповідь повинна бути логічно обґрунтованою.

Актуальність дослідження зумовлена високою поширеністю РАС і постійним збільшенням кількості клінічних випадків аутизму в нашій країні.

За статистичними даними Криворізького психоневрологічного диспансеру, спостерігається зростання рівня захворюваності на РДА (ранній дитячий аутизм) відповідно до розподілу за роками: якщо у 2009 р. на обліку перебувало 34 особи, то у 2010 р. їх було уже 42, в 2011 р. – 45 дітей, в 2012 р. – 49, у січні 2013 р. – 51 особа.

Розв'язання проблеми ускладнюється тим, що дотепер не розроблено єдиної системи класифікації РАС, у зв'язку з чим рання диференціальна діагностика суміжних розладів є слабко ефективною, а іноді і зовсім не можливою, що суттєво знижує прогностичність психолого-педагогічної і медико-реабілітаційної корекції дітей-аутистів.

Термін «аутизм» (від грец. «сам») було уперше використано швейцарським пси-

хіатром Ейгеном Блейлером для визначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії [8, с. 329].

Вітчизняна дефектологія звернула увагу на проблему дитячого аутизму порівняно недавно. С.С. Мнухін, Д.Н. Ісаєв в 1969 р. описали синдром аутизму, де підкреслили органічну природу розладу [6, с. 12].

Аналізуючи клініко-психологічну характеристику дітей-аутистів, слід зазначити, що вони значно відрізняються за рівнем розвитку когнітивних, мовленнєвих і соціальних навичок, можуть мати різні відхилення, які не належать до аутизму – розумову відсталість, енцефалопатію, ДЦП, епілепсію [11, с. 7].

РАС – це великий набір різноманітних дисфункцій, основною частиною яких є порушення в соціальній сфері, контактах з близькими людьми, оточенням, а також розлади уяви.

На думку К.С. Лебединської, О.С. Нікольської, аутизм, насамперед, пов'язаний з розладами емоційно-поведінкового спектру і виявляється як порушення можливості встановлювати адекватні афективні зв'язки. Труднощі можуть бути менш вираженими в спілкуванні з дорослими, і більш очевидними в контактах з іншими дітьми, причому спілкування з молодшими або старшими за віком дітьми проходить легше, ніж з однолітками, під час взаємодії з якими спостерігається ігнорування, «занурення» у себе, споглядання з боку тощо [5, с. 3-6].

Отже, спектр аутистичних порушень складається зі складно диференційованих різновидів відхилень у комунікативній сфері особистості, центральною складовою яких є порушення соціальної інтеграції та страх вступати в контакти із суспільством (соціофобія).

Ті завдання, які у звичайної дитини сприяють розвитку, в аутиста можуть викликати роздратування, стомленість та агресію. Постійно перебуваючи в такому стані, дитина-аутист сприймає світ як ворожий з категоричною установкою на заборону контактів. Щоб уникнути агресії та не вступати у взаємодію, аутист поступово усамітнюється, не реагує на зовнішні стимули, виявляє емоційну байдужість до почуттів членів родини [11, с. 9].

На сьогодні відомі лише гіпотетичні причини походження цієї групи розладів, однак домінуючою є думка про поліетиологію РДА.

Так, Лео Каннер уважав РДА особливою аномалією розвитку, що входить до спектру спадкової шизофренії [9, с. 11]. Низка авторів (L. Bonder, G. Faretra, В.М. Башина, К.С. Лебединська) вважали, що причиною аутизму є органічна патологія мозку (вроджений токсоплазмоз, сифіліс). [4, с. 11-18]

Останнім часом причиною аутизму вважають хромосомні, метаболічні та органічні захворювання – синдром Дауна, дубль-У-хромосому, крихку Х-хромосому, фінілкетенурию, гістидінемію, мукополісахарідози. Встановлено, що при різних вроджених дефектах обміну і дегенеративних захворюваннях РДА включає різну ступінь інтелектуальної недостатності: від дебільності до прогресуючої деменції. [4, с. 19-21]

Деякі автори вважають, що аутизм є наслідком патології, в основі якої полягає недостатність центральної нервової системи, а саме дисфункції фронтальних відділів головного мозку, зони стику скроневої, тім'яної і потиличної областей (ТПО) та діенцефальних відділів головного мозку [4].

Цікавою є також гіпотеза про генетично обумовлений характер захворювання. Наприклад, Lehojer припускав, що успадковується не аутизм, а вразливість до патології у спектр якої, крім аутизму,

можуть входити розумова відсталість та порушення мовлення [7, с. 9].

Саймон Барон-Коен – професор психопатології розвитку Кембріджського університету, директор Центра з дослідження аутизму вважає, що діти вчених, інженерів, математиків та інших людей, професія яких має системний характер, можливо, успадковують гени, які наділяють їх не тільки схильностями до точних наук, але й схильністю до аутизму. [2, с. 50] Він пояснює це феноменом асортативного схрещення.

Потребує уточнення також питання класифікації РАС, оскільки на сьогодні єдиної усталеної системи типологізації даних розладів не існує. Ми пояснюємо це тим, що з розвитком технічних і наукових можливостей етіологічна картина захворювання динамічно змінюється, а з нею – удосконалюється і видозмінюється і класифікація РАС.

У нашому дослідженні за систему відліку ми обрали класифікацію РАС, запропоновану українською авторкою Діаною Шульженко – кандидатом педагогічних наук, професором кафедри корекційної психопедагогіки НПУ

ім. М. Драгоманова.

Вона виділила сім форм спектру аутистичних порушень (АП) за принципом розташування від легкої до складної:

АФ-1. Спектр АП зі збереженням мовлення – легка форма;

АФ-2. Спектр АП із наявністю високого і нормального рівня інтелекту;

АФ-3. Спектр АП, що виступають вторинними при загальному недорозвитку мовлення;

АФ-4. АП, що виступають вторинними при встановлених олігофренії, шизофренії, ДЦП, ЗПР;

АФ-5. АП, що комбінуються з дисфоричними розладами поведінки;

АФ-6. АП, що комбінуються з психопатоподібними розладами поведінки;

АФ-7. АП, що комбінуються з шизофрено-подібними розладами поведінки. [11]

За особливостями формування емоційної сфери дітей-аутистів умовно поділяють на дві основні групи: гіпозбудливих і гіперзбудливих. Емоційні прояви у дітей цих груп суттєво відрізняються і мають яскраву вираженість. [1, с. 44-52]

Не зважаючи на значне накопичення фактологічного матеріалу про РДА дотепер актуальною залишається проблема ранньої діагностики аутизму. Усі основні діагностичні системи (ДСМ-III-Р, ДСМ-IV та МКХ-10) сходяться в тому, що для постановки діагнозу РДА мають бути присутні три основні симптоми: недолік соціальної взаємодії, недолік взаємної комунікації (вербальної та невербальної) та недорозвиток уяви, що проявляється в обмеженому спектрі експресивної та інструментальної поведінки дитини раннього віку.

Очевидно, що чим раніше буде виявлено патологію, тим вища вірогідність правильної поставки і класифікації діагнозу РАС та своєчасного початку корекційної роботи, що полегшить перебіг захворювання та попередить вторинну аутизацію особистості.

Своєчасна діагностика аутизму, в принципі, є можливою, оскільки РДА з його симптомокомплексом проявляється дуже рано. Але, як не дивно, мають місце численні помилкові діагнози до 5-6-річного віку дитини, тому що немає конкретної методики, яка б дозволяла діагностувати аутизм, тим більше, що РАС дуже різноманітні.

Багато спеціалістів опираються на метод спостереження, який просто доповнюють різними методиками, опитувальниками, що можуть підтвердити правомірність їх припущень щодо діагнозу.

Труднощі ранньої діагностики аутизму пов'язані з наступними чинниками:

1. Нечіткість скарг батьків, недостатність батьківського досвіду.

2. Необізнаність спеціалістів у клініці РАС.

3. Часта наявність у дітей-аутистів не грубих неврологічних ознак – мінімальної мозкової дисфункції, неспецифічних вікових симптомів, конституціональних особливостей, що маскують первинний діагноз і кваліфікуються як рання церебрально-органічна патологія [6, с. 26-27].

Одним з найбільш достовірних критеріїв РДА можна вважати «ключовий пізнавальний дефіцит», діагностика якого покладена в основу опитувальника СНАТ (Checklist for Autism in Toddlers), розробленого Саймон Барон-Коеном для

спостереження за балансом здоров'я 18-місячних дітей. [2]

Серед критеріїв диференціальної діагностики у вітчизняних дослідженнях вирішальне значення також відводиться динамічному спостереженню. [4]

Картина синдрому оформлюється поступово. Найбільш глибока аутизація відмічається в період 3-7 років [3, с. 3]. З віком афективна патологія може згладжуватися, тоді як когнітивний дефект навпаки зростає.

Отже, синдром РДА належить до негативних дизонтогенетичних розладів первазивного характеру. За МКХ-10 відноситься до класу V, категорії F 84 – загальних розладів психічного розвитку, оскільки страждають всі сфери психіки (найбільш ураженими є емоційно-вольова та когнітивна), що і визначає необхідність використання спеціальних умов, форм і методів корекційного навчання дітей-аутистів.

На вісі «сегрегація» – «інтеграція» сама природа відвела аутизму місце, тотожне до поняття «сегрегація», тому питання «чи не буде інклюзивне навчання сприяти сегрегації аутичних дітей»? носить дещо риторичний характер, і доцільніше говорити про те, якою мірою освітня інклюзія сприятиме їх інтеграції. Необґрунтовані, некваліфіковані кроки не тільки перешкоджають інтеграції дітей-аутистів в інклюзивне освітнє середовище, але й фіксують їх сегрегацію.

Якщо під інклюзією розуміти спільне перебування дітей з відхиленнями в розвитку (особливими освітніми потребами, обмеженими можливостями здоров'я) в класі загальноосвітньої школи, то до справжньої інтеграції це не має ніякого відношення, а є банальним формалізмом. Чотирирічний досвід навчання дітей з РАС в українських школах свідчить про те, що ці спроби закономірно приречені на провал, оскільки лише в окремих випадках таким дітям удається завершити початкову школу, а в середній ланці їх вимушені переводити на індивідуальну форму навчання у зв'язку з незадовільною комунікацією або її цілковитою неможливістю.

Принцип формувальної ролі спілкування в колективі не можна реалізувати суто формально: навіть якщо дитину-ау-

тиста не відторгають одразу, її перебування в класі (групі) утруднене, а частіше – просто неможливе або малоефективне в плані виховання і навчання. Більше того, негативний досвід спілкування (перш за все, з однолітками) викликає важкі невротичні реакції, які нашаровуються на базальні комунікативні проблеми, що, зрештою, призводить до зростання труднощів у корекційній роботі.

В окремих випадках інклюзивне навчання можливе, але за певних умов, а саме: РАС у дитини відносно негрубі; рівень обізнаності педагогів про аутизм, їх здатність адаптувати дитячий колектив до спільного навчання з аутичною дитиною є достатньо сформованою; позиція сім'ї активна; проведена пропедевтична психологічна підготовка дитини до навчання в умовах інклюзивного класу.

Узагальнюючи практику вітчизняного і зарубіжного досвіду, можна визначити два основні напрямки організації навчання дітей з РАС: інтеграція в існуючі типи і віди освітніх установ і створення спеціальних корекційних освітніх установ.

Реалізація першого зі вказаних напрямків можлива на основі індивідуального супроводу дитини з РАС в системі інклюзивної освіти.

Перспективи другого напрямку для України, враховуючи тенденцію до деінституціоналізації, тобто розформування нерентабельних бюджетних організацій з метою економії коштів, – слабо реалістичні.

Однак, враховуючи медичні і психологічні аспекти аутизму, створення спеціальних (корекційних) установ, на наш погляд, є нагальною необхідністю як мінімум з двох причин, що пов'язані зі змістовною інтеграцією в освітній простір:

- для пропедевтичної підготовки дітей з РАС до навчання у масових закладах освіти, тобто для інтеграції в колективи цих установ, а також

- для навчання, виховання і соціокультурної інтеграції тих дітей з РАС, для яких інклюзивне навчання з тих або інших причин виявилось неможливим.

Більшість особливостей розвитку дітей з РАС підлягають корекції при дотриманні певних принципів організації відновлювально-терапевтичної (психо-

реабілітаційної, а іноді і психофармакологічної) і корекційно-розвивальної роботи. До таких базових положень ми відносимо:

- ранню клінічну діагностику аутизму, РАС, суміжних слабо диференційованих розладів і пропедевтику можливих ускладнень;

- комплексний – медико-соціальний і психолого-педагогічний – характер корекційної роботи;

- індивідуальний підхід до підбору як фармакологічних препаратів, так і основних психолого-педагогічних стратегій;

- використання на початкових етапах індивідуальних форм психолого-педагогічної корекції з поступовим переходом до групової взаємодії;

- високу інтенсивність психолого-педагогічних занять (до 35-40 годин і не менше 20-25 годин на тиждень) у перші півроку супроводу;

- холістичний підхід до підготовки спеціалістів (педагог інклюзивного навчання крім педагогічних і профільних дисциплін повинен володіти основами клінічної психології, патопсихології, дефектології, корекційної педагогіки, психофармакології, психотерапії);

- дотримання загальної мети інклюзивної освіти – забезпечення якомога повнішої соціальної адаптації та інтеграції дітей-аутистів у сучасне суспільство, не зважаючи на принципову різноманітність існуючих освітніх і соціальних траєкторій;

- психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з РАС.

При роботі з такими дітьми мають вирішуватися наступні завдання:

1. Виділити та систематизувати патологічну систематику і дати психологічну кваліфікацію синдрому.

2. Провести структурний аналіз розладів, виявити первинні симптоми, пов'язані із захворюванням, і вторинні, обумовлені порушенням розвитком в умовах захворювання.

3. Розробити програму корекційних заходів, диференційовану залежно від характеру, природи і механізму утворення порушень, і спрямовану на їх попередження, зняття або послаблення.

4. Проводити відновлювальне навчання дітей з порушенням вищих психічних

функцій, що мають місце при локальних ураженнях мозку [1].

Система корекційної допомоги дітям-аутистам повинна носити комплексний характер і проводитися групою фахівців різного профілю, включаючи дитячих психіатрів, невропатологів, логопедів, психологів, педагогів. Також слід зазначити, що традиційні прийоми корекційної педагогіки не завжди є ефективними в роботі з такими дітьми. Можна виділити два перспективні напрямки допомоги дітям з РДА:

1. Лікувальна допомога. Фармакотерапія спрямована на купіювання психопатологічних проявів хвороби, вегетосудинної і вегето-вісцеральної дистонії, на активізацію дитини, на послаблення психічної напруги. Слід зазначити, що сам аутизм фармакологічними засобами не лікується!

2. Психолого-педагогічна корекція. Корекційна робота повинна здійснюватися поетапно, виходячи зі ступеня вираженості дизонтогенезу. При цьому використовуються два режими: помірний і активний. На перших етапах роботи відпрацьовуються реакції поживлення і стеження, формується зорово-моторний комплекс. У подальшому, в процесі маніпуляцій з предметами розвивають тактильне, зорово-тактильне, кінестетичне, м'язове сприйняття. На наступних етапах проводяться терапевтичні техніки [1].

Одним із способів психотерапевтичної допомоги у подоланні негативних емоційно-поведінкових проявів і підвищенні рівня емоційної стійкості дітей-аутистів є проведення терапевтичних ігор. [12, с. 39].

За допомогою терапевтичної гри можна: допомогти дитині зняти напругу; пом'якшити прояви афективних спалахів; навчити дитину виражати емоційні прояви більш адекватним способом [11, с. 55-56].

Засвоївши гру як спосіб «легалізації» власних емоційних реакцій, в подальшому, коли дитина відчує необхідність емоційного іонізування, вона зможе вдатися

до гри і отримати бажану розрядку – цікаво, екологічно і безпечно.

Особливостями терапевтичних ігор є те, що:

1. Терапевтична гра не планується заздалегідь, а проводиться в разі

2. потреби. Ця потреба виникає у зв'язку зі спонтанною зміною стану дитини, тому психолог має бути готовий до проведення гри.

3. У терапевтичній грі має бути ведучий – психолог, який підіграючи дитині, переживаючи разом із нею певні емоції, коментуючи те, що відбувається, поступово навчає дитину усвідомлювати власні емоції й надалі контролювати їх.

4. У терапевтичній грі обов'язково присутній об'єкт, на який спрямовані дії дитини: це можуть бути матеріали – крупы, вата, вода та ін. і предмети – кубики, конструктор та ін.

5. Проводити терапевтичну гру слід у спокійній обстановці.

6. Для терапевтичної гри притаманий принцип повторюваності.

7. Під час проведення терапевтичної гри можна також виявити приховані страхи дитини [12, с. 43-44].

Також дієвий корекційно-розвивальний вплив на дитину-аутиста може здійснюватися засобами анімалотерапії (дельфіно-, кані-, іпотерапії) і танцювально-рухової терапії [10, с. 70- 71].

Висновки. Узагальнюючи практику вітчизняного і зарубіжного досвіду, можна визначити два основні напрямки організації навчання дітей з РАС: інтеграція в існуючі типи і віди освітніх установ і створення спеціальних корекційних освітніх установ.

Реалізація першого зі вказаних напрямків можлива на основі індивідуального психолого-педагогічного супроводу дитини з РАС в системі інклюзивної освіти.

Перспективи другого напрямку для України, враховуючи тенденцію до деінституціоналізації, тобто розформування нерентабельних бюджетних організацій з метою економії коштів, – слабо реалістичні.

**Список літератури:**

1. Аппе Франческа. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе. – М. : НАУЧНАЯ СЕРИЯ, 2000. – 189 с.
2. Барон-Коэн Саймон. Аутизм / Саймон Барон-Коэн // В мире науки. – № 1 (01 января 2013). – С. 10–12.
3. Веденина М. Ю. Общие трудности бытовой адаптации аутичных детей. Аутичный ребенок: проблемы в быту. Методические рекомендации по обучению социально-бытовым навыкам аутичных детей и подростков / М. Ю. Веденина – М. : Добро, 1998. – 144 с.
4. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и психологическое воздействие: книга для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2005. – 144 с.
5. Лебединская К. С., Лукашова И. Д., Немировская С. В. Клиническая характеристика синдрома раннего детского аутизма // Ранний детский аутизм / Под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской. – М. : НИИД АПН СССР, 1981. – 24 с.
6. Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М. : Просвещение, 1991. – 96 с.
7. Манелис Н. Т. Ранний детский аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы / Н. Т. Манелис // Школа здоровья, 1999. – Т. 6. – № 2, 3. – С. 6–21.
8. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка // Э. Мэш, Д. Вольф. – СПб. : ПРАЙМЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
9. Питерс Тео. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Тео Питерс. – СПб. : Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.
10. Шипицына Л. М. Детский аутизм. Хрестоматия / Л. М. Шипицына – СПб. : Речь, 1997. – 190 с.
11. Шульженко Діана. Аутизм – не вирок / Діана Шульженко – Львів : Кальварія, 2010. – 224 с.
12. Яковлева Л.М. Психологічний супровід дітей-аутистів / Леся Миколаївна Яковлева. – К. : Редакція загальнопед. газет, 2013. – 120 с.

**Пасевина Е.А.**

Криворожский педагогический институт  
Криворожского национального университета

## ВОЗМОЖНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Резюме**

В статье проанализированы возможности и трудности организации инклюзивного обучения детей с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательной школе. Рассмотрены особенности психического развития детей с РАС, а также специфика ранней дифференциальной диагностики и квалификации диагноза. Обоснованы организационные и содержательные условия включения детей с РАС в образовательные учреждения, методологические ориентиры пропедевтической и коррекционно-терапевтической работы с детьми-аутистами.

**Ключевые слова:** аутизм, расстройство аутистического спектра, инклюзия, интеграция, сегрегация, инклюзивное обучение.

**Pasevina E.A.**

Krivoy Rog National University

## POSSIBILITY OF INCLUSIVE EDUCATION CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

**Summary**

In the article opportunities and challenges of organization of inclusive education children with autism spectrum disorders in secondary school are analysed. The features of the mental development of children with ASD, as well as the specifics of the early differential diagnostics and qualification of diagnosis. Substantiated organizational and substantive conditions for the inclusion of children with ASD in educational establishments, methodological guidelines and propaedeutic part correction-therapeutic work with autistic children were considered.

**Key words:** autism, autism spectrum disorder, inclusion, integration, segregation, inclusive education.