

Леся СМЕРЕЧАК,
*кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри соціальної педагогіки та
корекційної освіти,
Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка*

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ З РАС

Нині простежується гостра потреба в посиленні національного потенціалу в догляді дітей з РАС та іншими порушеннями нейророзвитку. Сьогодні вчені припускають, що розлади аутистичного спектру (РАС) мають генетичну природу і спричинені вродженими порушеннями розвитку нейронів головного мозку, результатом чого є їх занадто висока активність у певних зонах мозку. Відповідно, інформація, яку отримує дитина з таким порушенням, може оброблятися у нетиповий спосіб. Дитині важко цілісно сприйняти все те, що вона бачить і чує, що набуває особливої ваги під час соціальної взаємодії. Власне саме така робота мозку пояснює особливості поведінки і розвитку дітей із РАС [3].

Від 1 січня 2022 р. набула чинності нова Міжнародна класифікація хворіб 11 видання. Наведемо приклад, як за неї кодуються розлади аутистичного спектру. Підрозділи РАС:

- 6A02.0 РАС – без порушення інтелектуального розвитку та з легкими порушеннями функціональної мови або без них;
- 6A02.1 РАС – з порушеннями інтелектуального розвитку та з легкими порушеннями функціональної мови або без них;
- 6A02.2 РАС – без порушення інтелектуального розвитку та з порушенням функціональної мови;
- 6A02.3 РАС – з порушенням інтелектуального розвитку та з порушенням функціональної мови;
- 6A02.4 – відсутній код в МКХ -11 (станом на травень 2021 р.).

•6A02.5 РАС – з порушеннями інтелектуального розвитку та з повною відсутністю функціональної мови;

•6A02.Y – інші специфічні розлади аутистичного спектру;

•6A02.Z – розлад аутистичного спектру, неуточнений [5].

Діти з РАС мають труднощі в ініціації, підтриманні соціальної комунікації та соціальної взаємодії з іншими:

- зниження або відсутність відчуття особистого простору чи надзвичайна нетерпимість до людей, які порушують їх особистий простір;

- зниження або відсутність суспільної зацікавленості в інших, зокрема й однолітків, що може проявлятися в уникненні спілкування; у разі наявності зацікавленості – нездатність підтримувати комунікацію, можливі прояви агресії, поведінка неадекватна контексту ситуації;

- невміння вітатися і вибачатися;

- нерозуміння чи недостатнє розуміння соціального контексту, нездатність чи недостатня здатність до соціально очікуваної поведінки;

- нездатність або низька здатність до ініціювання та підтримування соціальних ігор з іншими; дитина грається наодинці;

- відсутність можливості адаптації до стилю спілкування в соціальних ситуаціях, наприклад, дитина може бути занадто формальною або фамільярною;

- нездатність або недостатня здатність отримувати задоволення у ситуаціях, які подобаються більшості дітей [3].

Власне необхідність підвищеної уваги до питань соціальної комунікації та соціальної взаємодії й зумовлює актуальність піднятої проблеми.

Зважаючи на таке базове порушення, як брак соціальних функцій в роботі з дитиною з РАС, особлива увага має надаватися розвитку соціальної компетентності. Ми спиралися на дослідження Т.О. Гладун, котра виокремлює такі критерії та показники соціальної компетентності дітей з РАС:

- соціально-когнітивний (соціальні знання про правила та ритуали соціальної взаємодії у конкретному середовищі, успішність учнів у класі);

- емоційно-комунікативний (сформованість соціальних емоцій, рівень емоційної насиченості вербальної та невербальної комунікації, емпатійність);
- поведінково-маніпуляційний (репертуар видів активності та інтересів; здатність вибудовувати соціально очікувані стратегії поведінки у звичних ситуаціях);
- соціально-мобілізаційний (готовність до нових ситуацій, адекватність вирішення нових соціальних завдань) із застосуванням відповідного діагностичного інструментарію [1].

Є різні програми та методики роботи з дітьми з РАС. Проте програма реабілітації має розроблятися індивідуально для кожної конкретної дитини, враховувати її потреби та вихідні характеристики, а також охоплювати методики для корекції поведінки, мовлення тощо. Сьогодні найпотужнішу доказову базу має АВА-терапія та її різновиди, а також раннє інтенсивне втручання. АВА-терапія, або прикладний аналіз поведінки (Applied Behavioral Analysis), є одним із провідних науково доведених методів корекції дефіциту розвитку, пов'язаного з РАС. Така терапія здатна поліпшити якість життя дитини й допомогти їй розкрити власний потенціал. Методика фокусується на поведінці дитини, а саме фіксує бажані поведінкові реакції, а небажані – мінімізує [4].

В умовах закладу освіти необхідним є створення структурованого середовища. Дуже важливою при цьому є візуальна підтримка, для якої можна використовувати візуальні розклади, піктограми та символи, картки зображень, фотографії, малюнки, різноманітні предмети тощо [2]. З набуттям дітьми більшої самостійності рівень структурування простору варто поступово знижувати. У контексті піднятої нами проблеми доцільним є прикладний аналіз особливостей поведінки дітей з РАС, який охоплює:

- навчання соціально значущих навичок на основі інтересів і мотивації дитини (співпраця, гра, навички самообслуговування, академічні навички);
- аналіз і корекцію поведінки (напр. у разі повторюваної руйнівної поведінки; коли дитина б'ється, кусається, голосно кричить, щипає тощо);

- аналіз вербальної поведінки (навчання використання мовлення та інших форм комунікації).

Для забезпечення оптимальних умов розвитку соціальної компетентності осіб із РАС необхідним є посилення уваги громад щодо забезпечення їхнього рівного доступу до закладів освіти, медзакладів за місцем проживання, до ресурсів для відпочинку, занять спортом. Окрім іншого, важливим є забезпечення родини, в якій виховується дитина з РАС, соціальною підтримкою на рівні громади. Досягнення цієї мети передбачає необхідність розв'язання низки завдань: підвищення рівня обізнаності працівників закладів освіти про РАС; заохочення батьків до раннього виявлення й діагностики РАС, сприяння якомога більш ранньому отриманню дітьми доступу до спеціалізованої допомоги; додаткове навчання батьків, вихователів та асистентів вихователів, вчителів та асистентів учителів у межах найбільш ефективних втручань тощо.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гладун Т.О. Розвиток соціальної компетентності дітей молодшого шкільного віку з аутизмом в умовах інклюзивної світи : дис. ... канд. пед. наук зі спеціальності 13.00.05 – соціальна педагогіка; Державний заклад «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка». Старобільськ, 2020. 272 с.

2. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі : навчально-наочний посіб. / укладач Т. Скрипник. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 56 с.

3. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації Розлади аутистичного спектра (Розлади загального розвитку). URL. <http://www.mif-ua.com/archive/article/42397>. (дата звернення 29.03.2025р.)

4. АВА-терапія для дітей з аутизмом: основи методики і можливості у корекції харчування дитини. URL. <https://www.pediatrics.kiev.ua/correction/aba-terapia-autysm> (дата звернення 30.03.2025р.)

5. URL. <https://icd.who.int/en> (дата звернення 31.03.2025р.)