**Аутологія**

**Змістовий модуль 1**

**Введення в тематику розладів аутистичного спектру (РАC)**

*Лекція №1*

План

1. Історичний аспект дослідження аутизма. Поняття про аутизм та аутистичні порушення.
2. Етіологія порушень.
3. Основні відомості про розвиток контактів у нормі.
4. Характеристика та особливості психічного розвитку дітей з РДА та РАС.
5. Особливості раннього афективного розвитку при ранньому дитячому аутизмі.

**Література**

1. Тарасун В., Аутологія: теорія і практика: підручник. Київ : «Вадекс», 2018. 590 с.
2. Скрипник Т. В., Феноменологія аутизму : Монографія. Київ : Видавництво «Фенікс», 2010. 320 с.
3. **Аутизм: історія проблеми**

Щоб краще розібратися в проблемі аутизму, необхідно розглянути історію розвитку розуміння цього порушення.

Аутизм має довге минуле, але коротку історію. Історія аутизму починається з легенд і казок про викрадених дітей, що залишаються ельфами.

У реальній історії вже у 18 сторіччі з’являються медичні тексти, що містять описи людей, які, ймовірно, страждали на аутизм (хоча сам термін ще не вживався), – вони не розмовляли, були надмірно замкнуті і мали надзвичайно гарну пам’ять.

Ближче всіх вчених минулих століть до проблеми людей з аутизмом підійшов французький дослідник Дж. М. ІТАР, який на прикладі 12-річного хлопчика Віктора, який жив в лісах Аверона («дикий хлопчик з Аверона»), описав цей стан, назвавши його «інтелектуальним мутизмом», тим самим виділивши один з основних ознак – відсутність або затримка мовного розвитку при непорушеному інтелекті.

У своїй роботі «Мутизм, викликаний ураженням інтелектуальних функцій» (1828) Ітар узагальнив результати своїх 28-річних досліджень в інституті Сур-Муе (Париж). Тут же вчений описав свої спроби реабілітації Віктора – Дикого хлопчика з Аверона. ІТАР провів ретельне вивчення рівня уваги, пам’яті і імітаційних здібностей подібних дітей, і прийшов до висновку, що діти з інтелектуальним мутизмом асоціальні, відчувають величезні труднощі у встановленні дружніх відносин з однолітками, використовують дорослих лише як знаряддя для задоволення своїх потреб, виявляють значні порушення в розвитку мови і мовлення (особливо у вживанні особових займенників). Далі французький вчений описав розроблені ним методи діагностики і корекції таких дітей з метою визначення можливостей дитини до відновлення мови і навчання. ІТАР запропонував відокремити описаних їм дітей від дітей з розумовою відсталістю та ідіотією. Він описав основні клінічні характеристики інтелектуального мутизма, способи його діагностики і корекції. На жаль, в той час робота французького дослідника не притягнула великої уваги його колег. (Переклад роботи ІТАР «Дикий хлопчик з Аверона» з французької на англійську здійснений X. Лейн, 1977).

В той же час, про дітей з симптоматикою, що розуміється сьогодні як аутична, фахівці почали також знайомитися: у 1809, з робіт Haslem, de Sanctis (1908), Heller (1908).

У 1911 році швейцарський психіатр Е. Блейлер публікує роботу «Раннє слабоумство або група шизофренії», в якій він описав особливе якість симптомів раннього недоумства: дисоціацію, роз’єднаність, росщепленість, і позначив їх створеним ним новим терміном, що збереглися до теперішнього часу, – «Шизофренія» (грец. «шізо» – « розколюю», «френ» – « розум»). У цій же роботі **Е. Блейлер ввів термін «аутизм»** (лат. з грец. «Ауто» – «сам», «изм» – лат. з грец – суфікс для утворення абстрактних іменників, що позначають дію, його результат або стан) для опису клінічної картини шизофренії, а саме – догляду хворого на шизофренію в світ фантазій. В основу цього неолатинізму, що означає «ненормальне самозамилування, «аутичне занурення пацієнта в світ власних фантазій, будь-який зовнішній вплив на який сприймається як нестерпна настирливість».

Однак тільки в 30-40-х рр. XX ст. в різних країнах з’явилися описи хворих дітей, психопатологічна картина яких вже термінологічно позначалася як аутична: С. Галацький (1935), Е. Гребельскій (1934), С. Мнухін (1947), Н. Озерецкий (1924), Т. Симеон (1933), П. Сухарева (1932), К. Asperger (1944), L. Bender (1941), С. Bredley (1942), G. Corberi (1931), M. Creak (1938), L. Despert (1938), L. Kanner (1943), J. Kasanin (1929), J. Lutz (1937), H. Potter (1924) та ін.

Сучасне значення терміну «аутизм» вперше (1938) запропонував G. Asperger з Віденського Університетського госпіталю в своїй лекції з дитячої психології на німецькій мові, використавши термін E. Bleyler «аутичні психопати». G. Asperger в 1944 р. опублікував свою кандидатську дисертацію, в якій детально описав групу дітей та підлітків з дефіцитом спілкування, соціальних навичок і обмеженими, повторюваними формами поведінки, тобто один з розладів аутичного спектра, згодом названий синдромом Аспергера (Asperger’s syndrome). Робота G. Asperger, опублікована в розореній війною Німеччині, тривалий час залишалася маловідомою для широкої аудиторії. Проте згодом У. Фріт (W. Frіt), провідний фахівець з психології розвитку, член Лондонського королівського товариства Британської академії медичних наук, опублікувала переклад статті англійською мовою. Отже, в силу об’єктивних причин лише згодом (1981) Asperger’s syndrome отримав широке визнання в якості самостійного діагнозу. Ідеї G. Asperger і L. Kanner отримали подальший розвиток у Великобританії в дослідженнях Л. Вінг (L. Wing). З її ім’ям пов’язують уявлення про аутизм як про спектр розладів з континуумом (від лат. неперервність) від легкого до тяжкого ступеня важкості клінічних проявів і розладів G. Asperger як частини цього континууму. Щодо значення досліджень L. Kanner, американського психіатра австрійського походження, який працював в Госпіталі Дж. Хопкінса (Нью-Йорк, США), то саме він вніс в англійську мову сучасне значення поняття «аутизм». У своїй класичній праці «Аутичні порушення афективного контакту» він описав дітей, які мали поведінкові порушення, подібні тим, що були описані G. Asperger при аутичній психопатії. При цьому невідомо, чи знав L. Kanner про більш раннє використання цього терміну G. Asperger. Описуючи разючу подібність рис поведінки 11 дітей, яких він обстежував, вчений вжив (1943) словосполучення «ранній дитячий аутизм» (РДА). Майже всі основні особливості (такі як, наприклад, відчуженість, наполягання на однаковості, постійності, специфічні порушення уваги), помічені L. Kanner і описані ним в першій статті на цю тему, і в наш час не тільки вважаються типовими проявами РАС, але є частиною діагностичних критеріїв аутизму в МКХ-10 і DSM-5. Разом з тим, необхідно зазначити, що, хоча з ім’ям L. Kanner пов’язують відкриття цього клінічного явища і використовують його ім’я для позначення дитячого аутизму, насправді йому лише випала честь сформулювати і затвердити в науці концепцію своєрідного порушення розвитку, названого аутизмом. Це видно з наведеного вище неповного списку авторів, які брали участь у відкритті синдрому та початковому розвитку концепції. Надалі уявлення про природу і сутність аутизму змінювалися неодноразово. Утім про те, що слово «аутизм» було запозичене L. Kanner з термінології, що стосувалося іншого розладу, на довгі десятиліття внесло плутанину в його опис і призвело до розпливчастого використання понять на кшталт «дитяча шизофренія». Водночас у цьому зв’язку підкреслимо значення наукових здобутків Б. Рімланда (B. Rimland), застовника Американського товариства аутизму і одного із зачинателів сучасної інтерпретації причин цього порушення і підходів до його лікування. B. Rimland, ввівши (1946) поняття «порушення нейророзвитку», поклав початок формуванню сучасних уявлень про ґенез аутичних розладів. Основоположні уявлення про аутизм як порушення нейророзвитку були викладені автором у книзі «Дитячий аутизм: синдром і його наслідки для нейрональної теорії поведінки». Причину аутизму і на сьогодні переважна більшість дослідників вбачає в порушеннях діяльності нейронів через генетичні аномалії розвитку або різноманітні ушкодження мозку в період вагітності, при пологах чи у постнатальний періоді розвитку дитини. В результаті зазначених причин не розвивається емпатія, наслідком чого і є розлади соціалізації, комунікації, поведінки та уяви, тобто симптоми аутизму. У той же час захопленість психіатрії явищем материнської депривації призвела до помилкової оцінки аутизму як реакції малюка на «матір-холодильник», тобто причиною виникнення аутизму вважалося холодне ставлення батьків до дитини, відсутність належного за нею догляду і неправильне виховання. Починаючи з середини 1960-х років, розуміння стабільного довічного характеру аутизму, демонстрація його відмінностей від розумової відсталості, шизофренії, інших розладів розвитку зміцнили розуміння того, що аутизм є окремим синдромом. Тоді ж була показана користь залучення батьків у програми активної терапії. Також важливо зазначити, що терміном «аутизм» користуються також при описі індивідуальних особливостей людей з типовим розвитком. Це особи, які пов’язані з переважною орієнтацією на свою внутрішню картину світу і внутрішні критерії в оцінці подій. Така орієнтація супроводжується зниженням здатності до інтуїтивного розуміння оточуючих, програванню їхніх ролей, неадекватним емоційним реагуванням на їхню поведінку. Проте, на думку В. Кагана, при нормальній психіці, на відміну від патологічної, зберігається можливість довільного управління такими аутистичними процесами. Очевидно, що механізми їхнього протікання в нормі є іншими, ніж за умов патології. Існує явище так званої «аутичної проекції», що полягає в модифікації сприйнятих явищ дійсності відповідно до власних потреб людини. Незадоволена потреба дає себе знати також у сновидіннях і образах фантазії. Вперше аутична проекція була виявлена в експериментах за визначенням порогу впізнавання різних об’єктів (R. Levine та ін., 1942). Було доведено, що зображення їжі раніше впізнають голодні, а потім ситі люди, і цей ефект назвали «аутизм». Згодом з’ясувалося, що в таких осіб відбувається не тільки зниження порогу впізнавання, але й проектування власних потреб. А. Лурія, аналізуючи фактори успішності зорового сприйняття предмета осіб з типовим розвитком, встановив (1975), що роль в помилковості сприйняття відіграє саме суб'єктивна установка, яка виникає в залежності від власної потреби людини.

Після опублікування L. Каппега (1943) роботи про ранній інфантильний аутизм інтерес до проблеми різко пожвавився. Сучасними науковцями підкреслюється, що від аутизму в широкому сенсі слова слід відрізняти патологічний, котрий є ядром раннього дитячого аутизму. (синдром L. Каппег) і який найбільш чітко проявляється у віці 3-5 років порушеннями соціального розвитку поза зв’язку з рівнем інтелектуального розвитку.

**До симптоматики РДА L. Каппег включив:**

* відсутність або ослаблення прояву комплексу пожвавлення до людей і його наявність до неживих предметів;
* порушення мовлення (мутизм, ехолалії);
* амбівалентність афекту з одночасним переживанням задоволення і страху;
* схильність до ритуалізації поведінки або стереотипних дій; відсутність контакту очей у спілкуванні з близькими; перверсії (з лат. Perversio – розворот, відхилення від норми) ігрових інтересів;
* труднощі в розпізнаванні небезпеки; підвищену агресивність та ін. У поведінці проявляються порушення адекватного емоційного зв’язку з іншими людьми, стереотипність поведінки, химерність пози, рухів, невиразність мовлення, надчутливість, страхи, наповненість внутрішнього світу фантазіями.

Сучасні уявлення про аутизм і види допомоги особам з аутизмом. Сучасні уявлення про аутизм зазнали істотних змін. На сьогоднішній день більшість фахівців в галузі психіатрії, нейропсихології, когнітивної неврології, нейрофізіології, нейробіології навчання і розвитку вважають, що розлади спектра аутизму (або РАС) обумовлені генетичними мутаціями за участю декількох генів, що детермінують порушення нейронального розвитку (DiCicco-BloomE., LordC., ZwaigenbaumL., CourchesneE., DagerS.R., SchmitzC., SchultzR.T., CrawleyJ.).

Ще в середині 1970-х років було досить мало свідчень щодо генетичного походження аутизму, однак на сьогодні роль спадковості в розвитку цього розладу вважається однією з найвищих в ряду інших психічних порушень. У цьому зв’язку важливими є зусилля науковців отримати відповідь на питання: аутизм – симптом хвороби чи варіант норми? При цьому надзвичайно важливим є питання про те, як розглядають прояви симптомів аутизму в дітей і дорослих в першу чергу ті люди, які з ними пов’язані професійно. Переважна їхня більшість вважає, що аутизм – це, звичайно, хвороба, а всі домисли про те, що аутизм – варіант норми, розглядають як розмови обивателя. Доводять, що РАС є такою ж хворобою, як і ті, з якими люди живуть все життя, – вчаться, одружуються, працюють – наприклад, з тяжким хронічним захворюванням серця. Довгий час в Україні взагалі не був визнаний діагноз «аутизм», оскільки дітям встановлювали діагноз «дитяча шизофренія». І хоча ще з 80-х років дитячий аутизм був виділений в самостійний розлад і було доведено відсутність його зв’язку з шизофренією, до цих пір деякі психіатри розглядають проблему дитячого аутизму через призму шизофренічного процесу. Відповідно до недавнього часу діти могли потрапляти в психоневрологічні інтернати, де їх лікували нейролептиками, після чого, як вважають спеціалісти, дітей з аутизмом вилікувати вже не можливо, хіба що трохи допомогти. Разом з тим, в Україні, Сербії та Хорватії, всупереч діагностичним критеріям МКХ-10 та клінічній практиці, що склалася в Європі, до недавнього часу при досягненні дітьми з РСА 18-річного віку діагноз аутизму переглядали і виставляли інший діагноз.

*Найчастішими замінами діагнозу «аутизм» є: розумова відсталість (F70- 79), шизофренія (F20), розлади особистості та поведінкові розлади внаслідок хвороби, пошкодження та дисфункції головного мозку (F07), шизоїдний розлад особистості (F60.1) (А. Дрьомова, 2011).*

За даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа», майже в усіх країнах Європейського регіону, за винятком Сербії та Хорватії, особи з РАС, діагностованими в дитячому віці, після досягнення повноліття продовжують спостерігатися у психіатрів та отримувати соціальну і медичну допомогу з діагнозом РАС.

На сучасному етапі висловлюється ідея про те, що аутизм не стільки системне захворювання, скільки системний збій організму і має розглядатися як нове захворювання століття. При цьому підкреслюється, що аутисти – це люди з не викривленою картиною світу, які відчувають гостріше, глибше, більш тонко і які, можливо, знають більше. Вважається, що їхня проблема не в тому, що вони почувають і розуміють, а в тому, що вони не можуть з цим справитися в силу своєї правдивості і страху контактів, яких вони потребують, але не можуть здійснити.

**Статистика аутизму в світі та Україні**

**Світ-2014**

По офіційним даним Всесвітньої організації здоров’я, у 2014 році, в світі кожна одна дитина зі 160 мала розлад аутистичного спектру. Ще тоді ВОЗ підкреслювала, що ця цифра є середньостатистичною й в деяких гарно контрольованих дослідженнях фактичні цифри набагато більші.

Відомостей про розповсюдження РАС в країнах с низьким та середнім рівнями доходів немає, але відомо, що кількість аутистів має стійку динаміку до збільшення в усьому світі. Існує багато можливих пояснень цього очевидного росту, включаючи розвиток інформаційних технологій, розширення діагностичних критеріїв тощо.

**Україна, 2009–2013**

За п’ять років (з 2009 по 2013) захворюваність на РАС, по офіційним статистичним даним МОЗ України, виросла на 194% – з 0,55 до 1,61 на 100 тисяч дитячого населення. Показники первинної захворюваності в Україні стабільно збільшувалися з 2006 року: в 2007 р. – на 28,2%; 2008 р. – на 32,0%, 2009 р. – на 27,2%, в 2010 р. – на 35,7%, 2011 р. – на 21,2%, 2012 р. – на 25,3%.

Розповсюдженість РАС в дитячій популяції за ці роки зросла в 2,84 рази – з 17,0 до 48,2 на 100 тисяч населення.

## Світ – 2019

По даним міжнародної компанії «Фокус для здоров’я», станом на початок 2019 року кількісні показники країн виглядали так: на початку списку – Гонконг, де у 372 дітей з кожних 10 тисяч діагностований аутизм. Інакше кажучи, у кожного з 27 дітей у Гонконзі діагностували цю патологію в розвитку.

У Південній Кореї самий високий показник аутизму: у цій країні 263 з кожних 10 тисяч дітей, або одна дитина з 38, отримали діагноз «Аутизм». США займають третє місце з показниками близько 263 на 10 тисяч дітей, або приблизно одна дитина з 45.

*Аутизм в інших країнах:*

* Японія: 1 дитина з 55 дітей;
* Ірландія: 1 з 65;
* Швейцарія: 1 з 69;
* Канада: 1 з 94;
* Данія: 1 з 145;
* Сінгапур: 1 з 149;
* Бельгія: 1 з 167;
* Естонія: 1 з 167;
* Фінляндія: 1 з 185;
* Норвегія: 1 з 196.

Слід зазначити, що можуть існувати країни з більш високим рівнем аутизму, ніж у вище перерахованих країнах. Знову ж таки, із-за відсутності універсальних критеріїв та інших факторів, не усі країни мають дані, необхідні для повної оцінки кількості випадків аутизму в усьому світі.

**Причини розвитку аутизму**

Пошуки причин йшли за кількома напрямками. Як уже згадувалося, перші обстеження аутичних дітей не дали свідчень пошкодження їх нервової системи. Крім того, доктор Каннер зазначив деякі загальні риси їхніх батьків: *високий інтелектуальний рівень, раціональний підхід до методів виховання.* В результаті на початку 50-х років нашого століття виникла гіпотеза про психогенний (виник в результаті психічної травми) походження відхилення. Найбільш послідовним її провідником був австрійський психотерапевт доктор Б. Беттельхейм (B. Bettelheim), заснував в США відому дитячу клініку. Порушення розвитку емоційних зв’язків з людьми, активності в освоєнні навколишнього світу він пов’язував з неправильним, холодним ставленням батьків до дитини, придушенням його особистості. Таким чином, відповідальність за порушення розвитку» біологічно повноцінної «дитини покладалася на батьків, що часто було для них причиною важких психічних травм».

Порівняльні дослідження сімей з дітьми, які страждають раннім дитячим аутизмом, і сімей з дітьми, що володіють іншими порушеннями розвитку, показали, що аутичні діти пережили не більше психотравмуючих ситуацій, ніж інші, а батьки аутичних дітей часто навіть більш дбайливі і віддані їм, ніж батьки інших «проблемних» дітей. Таким чином, гіпотеза про психогенне Походження раннього дитячого аутизму не отримала підтвердження.

## Більш того, сучасні методи дослідження виявили множинні ознаки недостатності центральної нервової системи у аутичних дітей. Тому в даний час більшість авторів вважають, що ранній дитячий аутизм є наслідком особливої патології, в основі якої лежить саме недостатність центральної нервової система. Був висунутий цілий ряд гіпотез про характер цієї недостатності, її можливої локалізація. В наші дні йдуть інтенсивні дослідження по їх перевірці, але однозначних висновків поки немає. Відомо тільки, що у аутичних дітей ознаки мозкової дисфункції спостерігаються частіше звичайного, у них нерідко проявляються і порушення біохімічного обмін. Ця недостатність може бути викликана широким колом причин: генетичної обумовленістю, хромосомними аномаліями (зокрема, фрагільной X-хромосомою), вродженими обмінними порушеннями. Вона може також виявитися результатом органічного ураження центральної нервової системи в результаті патології вагітності та пологів, наслідком нейроінфекції, рано почався шизофренічного процес. Американський дослідник Е. Орніц (E. Ornitz) виявив більше 30 різних патогенних факторів, які здатні привести до формування синдрому Каннера. Аутизм може проявитися внаслідок самих різних захворювань, наприклад вродженої краснухи або туберозного склерозу. Таким чином, фахівці вказують на полиэтиологию.

## Безумовно, дія різних патологічних агентів вносить індивідуальні риси в картину синдрому. У різних випадках аутизм може бути пов’язаний з порушеннями розумового розвитку різного ступеня, більш-менш грубим недорозвиненням мови; емоційні розлади і проблеми спілкування можуть мати різні відтінки. Як бачимо, облік етіології абсолютно необхідний для організації лікувальної та навчальної роботи. Проте, для дітей з синдромом раннього дитячого аутизму різної етіології основні моменти клінічної картини, загальна структура порушення психічного розвитку, а також проблеми, що стоять перед їхніми сім’ями, залишаються загальними.

В даний час причини аутизму та механізми його розвитку вивчені недостатньо й багато в чому визначаються походженням розладу: екзогенного, ендогенного, органічного або хромосомного характеру.

**Основні причини аутизму:**

* хромосомні патології;
* обмінні патології;
* потрапляння в організм вагітної жінки солей важких металів, нейротоксинів, вживання окремих медичних препаратів;
* спадкова схильність;
* порушення мозкової діяльності;
* емоційне перенапруження та стресові ситуації.

**3. Основні відомості про розвиток контактів дитини у нормі. Фізичний і нервово-психічний розвиток дитини та їх гармонійність.**

За станом здоров’я в педіатрії діти розподіляються на 5 груп:

**І група** здорові діти з відповідним фізичним і нервово-психічним розвитком;

**ІІ група**

а) з обтяженим біологічним та несприятлевим сімейним анамнезом, але з нормальним фізичним та нервово-психічним ровитком, без функціоналних відхилень;

б) діти, з функціональними відхиленнями, які часто і тривало хворіють на респіраторні інфекції, з факторами ризику, реконвалесценти після тяжких захворювань;

**ІІІ група** діти з хронічними захворюваннями, вродженою паталогією, функціональними відхиленнями в одній системі або в органі в стані компенсації;

**ІV група** діти з хронічними захворюваннями, вродженими вадами розвитку в стані субкомпенсації;

**V група** діти з хронічною паталогією в стані декомпенсації

Особливої уваги вимагає диспансерний нагляд за дітьми з ***груп ризику***. ***Група ризику*** – це діти, у яких в результаті дії несприятливих факторів – спадкових, біологічних або соціальних, переводу на штучне вигодовування – є умови для виникнення того чи іншого захворювання.

***Група підвищеного ризику*** – це діти, у яких є декілька несприятливих факторів одночасно.

Для виявлення розвитку контактів у нормі проводиться психологічна діагностика. Використовується вона як для оцінки актуального стану дитини, так і для виявлення зони найближчого розвитку, яка дає уявлення про його потенційні можливості. Проведення такої діагностики при вступі дитини до дитячого закладу допомагає визначити шляхи і методи виховної роботи педагогів і батьків в період адаптації. Психологічна діагностика використовується також як засіб поточного контролю психічного розвитку дитини і для індивідуального консультування за запитом батьків; допомагає своєчасно виявити затримки і відхилення в цій сфері, визначити їх причини і при необхідності вибрати відповідні методи корекції, які передбачають створення адекватних психолого-педагогічних умов.

***Підходи до діагностики розвитку дитини раннього віку***. Існують різні моделі психологічної діагностики, які розрізняються за способом і цілі отримання інформації про дитину, процедурі проведення діагностики, способу аналізу отриманих даних. Умовно їх можна розділити на дві категорії: ***стандартизовані вимірювальні методи (тести) і*** «***клінічні***».

**Тестологічна модель діагностики** будується на використанні стандартизованих завдань, характер виконання яких співвідноситься з певною шкалою значень. Метою тестування є вимір рівня розвитку певного психічного явища (наприклад, когнітивних функцій, функціональних станів, поведінкових рис особистості) як у окремого індивіда, так і у групи. Метод тестування передбачає стандартизовану процедуру обстеження: спеціальні матеріали і обладнання, тимчасової регламент, жорстку систему оцінок. Висновок про рівень розвитку робиться на підставі відповідності результатів виконання тестових завдань із заздалегідь визначеною нормою.

**«Клінічна модель»** діагностики спирається на якісне диференціювання психічних явищ, а не на їх кількісний вимір. У ній відсутня жорстка директивність і регламентація, що дозволяє максимально наблизити процедуру діагностування до природної ситуації, дозволяє визначити не тільки актуальний рівень розвитку, але і зону найближчого розвитку базових характеристик психічної діяльності, виявити динаміку розвитку особистості.

**У зарубіжній психології** широко застосовуються методи тестування, побудовані на основі оцінки ряду поведінкових проявів, що співвідносить з нормативним показником, характерним для здорових дітей в певному віці, наприклад шкали розумового розвитку Біне-Симона (1905), Станфорд-Біне (1916), що включають певне коло нормативів-критеріїв для оцінки психічного розвитку дитини в різних сферах – сенсорного, моторного розвитку, емоційного спілкування, мовного розвитку і т.д.

Найбільш відомою є «Шкала розвитку», запропонованої Д. Лешлі, розроблена схема спостереження, яка дозволяє скласти уявлення про розвиток дитини на момент спостереження. Періодичні спостереження протягом усього раннього віку дозволяють судити про динаміку розвитку дитини в цей період. У картках Лешлі відображені такі сфери розвитку:

* фізичний розвиток (розвиток рухів, локомоций і моторики);
* спілкування і розвиток мови (увага до дорослого, розуміння мови та ін.);
* соціальний розвиток і гра (включеність у спілкування, вокалізації, обмін іграшками);
* самостійність і незалежність (скільки часу в період неспання дитина може зайняти сам себе);
* особливості поведінки дитини (непосидючість, концентрація уваги, легкість включення в гру і ін.).

Останнім часом за кордоном широке застосування знайшли «Шкала розвитку» Н. Бейлі (1969) - результат багаторічних наукових досліджень І. Бейлі і її колег по університету в Берклі. Дана методика призначена для обстеження дітей у віці від 2 до 30 місяців. Набір тестів складається з трьох частин:

1. Розумова шкала спрямована на оцінку сенсорного розвитку, пам’яті, здатності до навчання, зачатків розвитку мови; результатом вимірювання є «індекс розумового розвитку».

2. Моторна шкала вимірює рівень м’язової координації і маніпулювання. Результатом вимірювання є «індекс психомоторного розвитку» (PDI).

3. Запис про поведінку дитини призначена для реєстрації емоційних і соціальних проявів поведінки, обсягу уваги, наполегливості і т.д.

Індекси розвитку, які визначаються за допомогою шкал розумового і моторного розвитку, виражаються в шкалі оцінок стандартного показника IQ.

За рівнем розвитку діти розподіляються на чотири основні групи:

1-а група – нормальний розвиток, коли всі показники відповідають календарному віку дитини.

2-а група ­ початкова затримка в розвитку на один епікрізний термін.

3-я група – більш глибока затримка на два епік різних терміну.

4 я група – глибока затримка на три епікрізних терміну.

Результати оцінки рівня розвитку і поведінки заносяться в індивідуальні карти психічного розвитку, складені на основі «Показників нервово-психічного розвитку дітей другого і третього року життя».

Дана діагностична методика отримала широке поширення в дитячих установах в нашій країні. Вона досить зручна для використання, як психологами, так і педагогами; є варіантом тестологіческіх моделі діагностики, спирається на багатий емпіричний матеріал, включає стандартизовані методики оцінки знань, умінь і навичок дитини в різних областях розвитку дитини.

Варіантом діагностики дітей раннього віку, побудованої з урахуванням закономірностей їх психічного розвитку, є «Рання діагностика розумового розвитку» Б. Стребелевой (1994). Ця діагностика створена для виявлення порушень розумового розвитку дітей раннього віку та розробку методів корекції.

Діагностика Е. Стребелевой являє собою серію з 10 методик, спрямованих на визначення рівня розумового розвитку дітей від 2 до 3 років. В якості основних параметрів виділяються:

• прийняття завдання: згода дитини виконати запропоноване завдання незалежно від якості виконання;

• способи виконання завдання: самостійне виконання – виконання за допомогою дорослого (якщо дитина не може впоратися сам) – виконання завдання після навчання;

• здатність до навчання в процесі діагностичного обстеження (види допомоги – прямий показ і дію разом з дитиною; показ за допомогою жестів; виконання наслідування за допомогою мовної інструкції);

• ставлення дитини до результату своєї діяльності. Зацікавленість своєю діяльністю і кінцевим результатом характерна для дитини раннього віку. Байдужість до них характерно для дитини з порушеннями інтелекту.

Всі методики є невербальними і можуть застосовуватися для дітей з будь-яким рівнем мовного розвитку. Завдання пропонуються з урахуванням поступового зростання рівня складності типу переміщення предметів в просторі, співвіднесення предметів за формою, величиною, кольором.

Існує велика кількість діагностичних матеріалів, за допомогою яких можна здійснити діагностичний аналіз нормального розвитку дитини.

**Класифікація**

На сьогоднішній день у медицині широко використовується класифікація різних видів аутизму, яка заснована на порушеннях психологічного розвитку, з урахуванням причин аутизму й механізмів його розвитку.

**Види аутизму:**

Дитячий

Атиповий

Синдром Ретта

Дезінтегративний розлад

Синдром Аспергера

Синдром раннього інфантильного аутизму

Ендогенний, післянападний аутизм

Аутизм при хромосомних абераціях та ін.

**Слід пригадати.**

**«Норма» –** це деяке ідеальне утворення, умовне позначення об’єктивної реальності, деякий середньостатистичний показник, який характеризує реальну дійсність,але не існує в ній. Норма передбачає таке поєднання особистості і соціуму, коли вона безконфліктно і продуктивно виконує провідну діяльність, задовольняє свої основні потреби,відповідає при цьому вимогам соціуму відповідно віку, статі психосоціального розвитку.

Кожна норма має свої показники та характеристики. ***Все те, що не відповідає показникам, називається відхиленням від норми.***

Орієнтація на норму важлива при визначенні недоліків у розвитку особистості з метою визначення спеціальної педагогічної допомоги.

*Індивідуальна норма розвитку кожної особи називається* **функціональною нормою.**

Доведено, що дитина вважається нормальною **якщо:**

* рівень її розвитку відповідає рівню більшості дітей її або старшого віку, з урахуванням розвитку суспільства;
* її розвиток відповідає власним індивідуальним якостям, здібностям і можливостям, що веде до повної інтеграції у соціум;
* розвивається у відповідності з вимогами суспільства, яке визначає норми поведінки і подальші перспективи соціального функціонування в період зрілості (Л. Пожар).

**Показниками нормального розвитку дитини є:**

* нормальна робота головного мозку та його кори;
* нормальний фізичний розвиток і пов’язані з ним збереження працездатності, нормального тонусу нервових процесів;
* збережені органів чуття, які забезпечують нормальний зв’язок дитини із зовнішнім світом;
* систематичне навчання і виховання дитини у сім’ї, дитячому садку і загальноосвітній школі.

Відхилення від норми у здоров'ї можуть викликатися зовнішніми (екзогенними) і внутрішніми (ендогенними) факторами. *Серед яких визначальними є:*

– біологічні (спадкові відхилення, інфекційні, вірусні та ендокринні захворювання матері під час вагітності, токсикози й ін.);

– генетичні (хромосомні аномалії);

– соматичні (невропатії);

– соціальні (алкоголізм, наркоманія батьків, несприятливе середовище);

– індекс пошкодження головного мозку (енцефалопатії);

– соціальний вплив на дітей раннього віку (до 3-х років);

– дефекти.

**4. Психолого-педагогічна характеристика дітей з аутизмом**

Під терміном «аутизм» розуміють «відрив від реальності, відхід у себе, відсутність або парадоксальність реакцій на зовнішні впливи, пасивність і значна вразливість в контактах та з середовищем». Аутизм як симптом зустрічається при досить багатьох психічних розладах, але в деяких випадках проявляється дуже рано (в перші роки і навіть місяці життя дитини), займає центральне, провідне місце в клінічній картині і надає важке негативний вплив на всі психічний розвиток дитини.

У таких випадках говорять про синдром РДА, який вважають клінічної моделлю особливого – спотвореного – варіанти порушення психічного розвитку. При РДА окремі психічні функції розвиваються уповільнено, тоді як інші – патологічно прискорено. Так, нерідко розвиток ґнозиса випереджає праксис (при нормальному психічному розвитку – навпаки), а іноді не за віком багатий словниковий запас поєднується з абсолютно нерозвиненою комунікативною функцією мови. У ряді випадків спостерігаються не всі необхідні для встановлення діагнозу РДА клінічні характеристики, хоча не виникає сумнівів, що корекція повинна спиратися на методи, прийняті в роботі з аутичними дітьми; в такій ситуації нерідко говорять про аутистических рисах особистості.

За критеріями, прийнятим ВОЗ, при аутичному розладі особистості відзначаються:

* якісні порушення у сфері соціальної взаємодії;
* якісні порушення здатності до спілкування;
* обмежені повторювані і стереотипні моделі поведінки, інтересів і видів діяльності.

Аутизм найбільш яскраво проявляється у віці 3-5 років, і в числі найбільш характерних його проявів можна назвати наступні:

* аутична дитина не фіксує погляд, особливо на обличчі, деталях особи іншої людини, не виносить прямого зорового контакту «очі в очі»;
* перша посмішка хоча і з’являється вчасно, але не адресується комусь конкретно, чи не провокується сміхом, радістю, іншими афективними реакціями інших людей;
* до оточуючих аутична дитина ставиться індиферентно: на руки не проситься, часто воліючи перебувати й ліжечку, в манежі, в колясці, на руках не пристосовується, не вибирає зручної пози, залишається напруженим; позу готовності не проявляє або проявляє дуже мляво; в той же час іноді легко йде на руки до всіх;
* своїх близьких аутична дитина дізнається, але при цьому досить насиченою і тривалої емоційної реакції не проявляє;
* до ласки дитина з аутизмом відноситься незвично: іноді байдуже (терпить її) або навіть неприязно, але навіть якщо відчуває приємні відчуття і переживання, то швидко пересичується;
* Відношення до моментів дискомфорту (наприклад, порушень режиму харчування) парадоксальне: аутична дитина або взагалі їх не переносить, або байдужий до них;
* Потреби в контактах з іншими людьми (навіть близькими) також парадоксальні: в одних випадках дитина не відчуває такої потреби або швидко пересичується, прагне уникати контактів; в більш важких випадках до контакту (особливо до тактильному) відноситься байдуже, мляво.

Для поведінки аутичної дитини дуже характерний феномен тотожності, що виявляється в прагненні до збереження звичної сталості, у протидії будь-яким змінам в навколишньому. Зовні ці реакції на зміни можуть проявлятися в неспокої, страхах, агресії і самоагресії, гіперактивності, розладах уваги, розосередженні. Феномен тотожності також виявляє себе в різноманітних, що відрізняються великою стійкістю стереотип: багаторазовому повторенні одних і тих же рухів і дій – від найпростіших (розгойдування, поштовхи руками) до складних ритуалів; прагненні до жорсткого постійності в побутових звичках (їжа, посуд, одяг, прогулянки, книги, музичні твори тощо), повторенні одних і тих же звуків, слів; ритмічному постукуванні по навколишніх предметах (кубиком по столу і т.п.), обнюхуванні і облизуванні іноді абсолютно невідповідних до цього предметів і т.д.

Стереотипність проявляється і в грі: дуже типове, одноманітне, безглузде повторення одних і тих же дій (дитина крутить пляшку з-під мінеральної води, перебирає між пальцями мотузочку і т.п.).

Іграшки, якщо й використовуються, то не за призначенням. Діти з аутизмом люблять переливати воду, грати з сипучими матеріалами, але, граючи в пісочниці, аутична дитина не ліпить паски, а просто пересипає пісок.

Нерівномірність розвитку при аутизмі чітко проявляється в особливостях моторики. Руху аутичних дітей незграбні, вигадливі, несумірні по силі і амплітуді. Нерідко окремі складні рухи дитина виконує успішніше, ніж більш легкі, іноді тонка моторика розвивається в окремих своїх проявах раніше, ніж загальна, а рух, вільно, точно і легко здійснюється в спонтанної активності, виявляється заскладним в довільній діяльності.

Дуже рано з’являються страхи, які можуть бути дифузними, неконкретними, на рівні загальної тривоги і занепокоєння, і диференційованими, коли дитина боїться певних предметів і явищ, причому перелік об’єктів страху воістину нескінченний: парасолі, шум електроприладів, м’які іграшки, собаки, все біле, машини, підземні переходи та ін. Страхи різні за своєю природою. В одних випадках причина страху − підвищена чутливість до звукових, світловим та іншим сенсорним впливів, наприклад, звук, не викликає у більшості людей неприємних відчуттів, для дитини з аутизмом може виявитися надмірно сильним, стати джерелом дискомфорту. В інших випадках об’єкт страху дійсно є джерелом певної небезпеки, але займає дуже велике місце в переживаннях дитини; небезпека як би переоцінюється. Такі страхи називають надцінними, і вони властиві всім дітям, але якщо при нормальному розвитку страх поступово зживається, займає відповідне реальності місце, то при аутизмі повторні взаємодії з лякаючим об’єктом не тільки не пом'якшують, але і підсилюють страх, фіксують його, роблять стійким. І нарешті, страх теж може бути пов’язаний з реальним лякаючим подією (наприклад, в поліклініці зробили укол), але фіксується тільки якоїсь його елемент (білий колір халата медсестри-«кривдниці»), який і стає предметом страху: дитина боїться всього білого. Спільною особливістю страхів при РДА незалежно від їх змісту та походження є їх сила, стійкість, складність.

Ще однією особливістю внутрішнього світу дітей з аутизмом є аутичні фантазії, основні риси яких − відірваність від реальності, слабка, неповна і перекручена зв’язок з навколишнім. Ці відрізняються стійкістю фантазії як би заміщають реальні переживання і враження, нерідко відображають страхи дитини, її надпристрасті і надцінні інтереси, є результатом усвідомлення дитиною в тій чи іншій мірі своєї неспроможності, а іноді наслідком порушення сфери потягів і інстинктів.

Наведені різними авторами особливості мовного розвитку аутичних дітей численні, але в основному збігаються. Це:

* Мутизм (відсутність мовлення) значної частини дітей;
* Ехолалії (повторення слів, фраз, сказаних іншою особою), часто відставлені, тобто відтворювані нс негайно, а через деякий час;
* Велика кількість слів-штампів і фраз-штампів, фонографічность (мова «папуги»), що при часто хорошої пам’яті створює ілюзію розвиненою мови;
* Відсутність звернення в мові, неспроможність у діалозі (хоча монологічне мовлення іноді розвинена добре);
* Автономність мови;
* Пізніше поява в мові особових займенників (особливо «я») та їх неправильне вживання (про себе − «він» або «ти», про інших іноді «я»);
* Порушення семантики (метафоричне заміщення, розширення або надмірне − до буквальності − звуження тлумачень значень слів), неологізми;
* Порушення граматичного ладу мовлення;
* Порушення звуковимови;
* Порушення просодичних компонентів мови.

Всі ці знаки відхилень у мовному розвитку можуть зустрічатися і при інших видах патології, однак при РДА більшість з них має певні характерні особливості. Крім того, вони, як правило, обумовлені недорозвиненням комунікативної функції мови, що накладає вельми характерний відбиток.

Великий інтерес представляє інтелектуальний розвиток дітей з аутизмом, головна особливість якого − нерівномірність, парціальний розвитку. Слід відзначити особливий характер цієї парціальності: справляючись із завданнями абстрактного характеру, дитина з працею виконує таке ж по складності завдання з конкретним насиченням: 2 + 3 =? вирішується легше, ніж завдання: «У тебе було два яблука, мама дала ще три, скільки стало?». Крім цього, за даними зарубіжних і вітчизняних авторів, від 2/3 до 3/4 дітей з аутизмом страждають тим або іншим ступенем інтелектуальної недостатності. У багатьох зарубіжних концепціях саме порушення когнітивного розвитку вважаються центральними у патогенезі аутизму, і навіть іноді висловлюється думка, що РДА слід розглядати як своєрідний варіант інтелектуальних розладів.

Погодитися з ототожненням РДА та інтелектуального недорозвинення можна хоча б тому, що ряд осіб з вірифікованим в ранньому дитинстві діагнозом РДА успішно закінчують масові школи, вступають до вузів і досить високо піднімаються в житті по щаблях соціальної ієрархії, хоча в дитинстві їх інтелектуальна неспроможність вважалася очевидною і доведеною. Можна навести ряд прикладів: Т. Грандін (США) − професор біології в університеті Північного Колорадо, Д. Вільяма (Австралія) − письменник, І. Юханссон (Швеція) − громадський діяч. Такі випадки, однак, нечасті. У них ми бачимо ситуацію, коли аутістіческая відгородженість дитини від навколишнього, аутистический бар’єр позбавляли розвивається психіку необхідного припливу сенсорної, афективної, когнітивної інформації. Формувалася клінічна картина, однією з найбільш яскравих рис якої виявлялася виражена інтелектуальна недостатність. Правильна і своєчасна корекція аутизму стає в цьому випадку умовою інтелектуального прогресу.

У ряді випадків зустрічаються аутистические риси поведінки у дітей з важкими інтелектуальними порушеннями (ідіотія, імбецильність).

Типовіший інший варіант: крім аутистических порушень у дитини є органічне ураження головного мозку і зумовлена ним інтелектуальна недостатність, найчастіше помірна або важка. Робота з такою дитиною виключно складна, оскільки обидві складові складного порушення (аутизм та інтелектуальне недорозвинення) посилюють тяжкість проявів один одного, істотно ускладнюючи корекційна втручання. Застосування класичних методик олігофренопедагогіки виявляється неуспішним через виражених аутичних особливостей особистості, а засновані на тонізації емоційної сфери способи допомоги аутичним дітям не зустрічають достатнього рівня можливостей осмислення одержуваної інформації, в першу чергу емоційною.

У кожному разі слід ставитися до оцінки інтелектуальних можливостей аутичної дитини дуже обережно, що пов’язано з ще однією особливістю − нерівномірністю розвитку окремих інтелектуальних функцій. Так, відмінні обчислювальні здібності (дитина легко складати, віднімати, множить, ділить) поєднуються з нездатністю зрозуміти сенс простої задачі, або, володіючи гарним орієнтуванням в просторі, дитина не в змозі правильно розподілити при листі текст на аркуші паперу.

У клініко-психологічній структурі РДА багато чого залишається неясним. Не виявлено первинний, біологічний за своєю природою дефект. Найрізноманітніші точки зору висловлюються про те, що таке основний дефект: дезорганізованість сприйняття, порушення співвідношення процесів сну і неспання, когнітивні й мовні проблеми, поєднання низького психічного тонусу і особливої сенсорної та емоційної гіперестезії (підвищеної чутливості). В даний час жодна з цих точок зору не може бути прийнята безумовно, але найбільш цікава і обґрунтована остання, що належить В. Лебединському і О. Микільської. На ній слід зупинитися трохи докладніше.

Низький психічний тонус означає, що взаємодія з навколишнім світом обмежено пересиченням, яке настає настільки швидко, що аутист як би вихоплює з навколишнього окремі, не пов’язані між собою фрагменти; формування безперервної, цілісної картини навколишнього світу стає ускладненим, а часто і неможливим. Такий розірваний, непоєднуваний в ціле світ незрозумілий, який складно пояснити, він легко стає джерелом страхів.

У сенсорної сфері, як уже згадувалося, багато звичайні, легко переносяться більшістю впливу стають джерелами неприємних відчуттів і дискомфорту. Діти важко переносять також емоційно насичені явища і об’єкти, і в першу чергу людина, його обличчя, погляд. У такій ситуації, коли навколишній незрозуміло і лякаюче, коли воно стає постійним джерелом неприємних сенсорних вражень і емоційного дискомфорту, аутистический бар'єр надійно захищає дитину практично від усіх труднощів: за образним висловом К. Лебединської, дитина забирається в аутизм, як равлик в раковину , йому там набагато спокійніше і приємніше, але за аутистичним бар’єром він одночасно виявляється позбавленим і такого необхідного для психічного розвитку потоку сенсорної, когнітивної, афективної інформації, і, якщо дитині вчасно і правильно не допомогти, він незалежно від потенціалу мовного та інтелектуального розвитку стає, як правило, важким психічним інвалідом.

Аутизм можна в більшій чи меншій мірі компенсувати, іноді (дуже рідко) можна домогтися дуже високого рівня соціальної адаптації, але легкі, часто не виходять за рамки характерологічних варіантів, аутичні риси все ж таки зберігаються.

Можливості соціалізації осіб з аутизмом визначаються багатьма факторами, основними серед яких є:

* + Тяжкість, глибина аутистических розладів; рання діагностика;
  + Можливо більш ранній початок спеціалізованої корекції, її комплексний медико-психолого-педагогічний характер;
  + Адекватний і гнучкий підхід до вибору методів корекційної роботи, її послідовність, тривалість, достатній обсяг;
  + Єдність зусиль фахівців і сім'ї.

За даними Інституту корекційної педагогіки РАС, при своєчасній правильній корекційній роботі 60% аутичних дітей отримують можливість навчатися за програмою масової школи, 30% – за програмою спеціальної школи того чи іншого з існуючих типів і 10% адаптуються в умовах сім’ї. У тих випадках, коли корекція не проводиться, 75% взагалі соціальною не адаптуються, 22-23% адаптуються відносно (потребують постійної опіки) і лише 2-3% досягають задовільного рівня соціальної адаптації.

Говорити про соціальну ніші, займаної особами з аутизмом, складно: через великих відмінностей у рівні інтелектуального і мовного розвитку чітких меж цього поняття для РДА встановити неможливо. Відомі випадки, коли аутисти професійно і успішно займалися мистецтвом, наукою, ставали людьми самих звичайних, але найчастіше нс потребують постійного спілкування з іншими людьми професій: садівниками, двірниками, настроювачами музичних інструментів, листоношами тощо. Спільним є те, що якщо аутична дитина навчений чого-небудь, то в силу своєї прихильності стереотипам і в міру своїх інтелектуальних можливостей він буде працювати так, як його навчили, демонструвати те ставлення до роботи, до якого його привчили, хоча це аніскільки не виключає і творчого підходу до справи. Працювати погано аутист не може. Наприклад, дуже нелегко досягти того, щоб аутична дитина почав навчатися за програмою масової школи, але якщо це сталося, то з невивченими уроками він в школу не піде. Якщо ми правильно виховуємо і вчимо аутичного дитини, суспільство отримує відповідального за свою роботу людину, якою б ця робота не була – від фізика-теоретика до прибиральника сміття. У США і країнах Західної Європи людей з важкими формами аутизму навчають різним непрестижним професіями, і результати виявляються краще, ніж у людей з тим же рівнем інтелекту, але без аутизму.

5. **Характеристика дитини з раннім дитячим аутизмом**

**Ранній дитячий аутизм (РДА)** – це відхилення в психічному розвитку дитини, головним проявом якого є порушення спілкування дитини з оточуючим світом. Це первазивне порушення психічного розвитку, тобто порушення, яке захоплює всі сторони психіки – сенсомоторну, перцептивну, мовну, інтелектуальну, емоційну сфери. Психічний розвиток при цьому не просто порушується або затримується, він спотворюється. Змінюється сам стиль організації відносин зі світом, його пізнанням. Характерно, що найбільші труднощі такої дитини пов'язані навіть не з самим засвоєнням знань і умінь (хоча і це досить важко для багатьох аутичних дітей), а з їх практичним використанням, причому найбільш безпорадньою вона показує себе саме у взаємодії з людьми.

Обов’язковою складовою РДА служить так звана «тріада аутизму»:

* якісні порушення соціальної взаємодії;
* порушення комунікації;
* повторювані і стереотипні елементи поведінки.

Дитина з аутизмом не помічає людей, хоче, щоб її залишили в спокої. Якщо дорослий намагається вступити з нею в контакт, вона стає напруженою, агресивною проявляє невдоволення по відношенню до людини.

Однією із специфічних особливостей дітей з РДА є відсутність вже з раннього віку зорового контакту з оточенням. Діти дивляться «крізь» навколишні об’єкти або крізь людей. Вони можуть зосередити свою увагу на яскравій плямі, візерунках на стіні, листі дерев тощо. Багатьох аутичних дітей притягують рухомі предмети. Як афектно-позитивні сенсорні подразники в дітей виступають колір, форма, розмір або рух предмета. Сам предмет в цілому і його співвіднесеність з навколишнім вони не сприймають.

Слухове сприйняття теж має свої особливості. На відміну від здорових, аутичні діти можуть не реагувати на слухові подразники. Зазвичай вони краще реагують на тихі звуки і не сприймають гучні. Багато педагогів відмічають у дітей з РДА любов до музики. Іноді тільки музика допомагає батькам коригувати поведінку дитини.

Ступінь розумового розвитку при аутизмі різний: в одних випадках інтелект може бути в нормі, в інших – дитина може мати інтелектуальну недостатність.

Розвиток мовлення має особливості: одні діти з аутизмом по термінам випереджають мовленнєвий розвиток своїх здорових однолітків, у інших спостерігаються затримка мовлення, ехолалії, деякі виділяють цитати з реклами, книги. Мовлення аутичної дитини не спрямоване на спілкування з дорослими, вона отримує задоволення від маніпулювання своїми словами, звуками. У деяких випадках мовлення повністю відсутнє. Діти з аутизмом відчувають труднощі, коли змінюється звична обстановка. Всі вказані ознаки з’являються у віці до 3 років. Допомогти такій дитині, дійсно, важко.