МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ’Я ТА ТУРИЗМУ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

**Кваліфікаційна робота**

**магістра**

на тему: «ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ»

Виконав: студент ІІ курсу, групи 8.2272

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

освітньо-професійної програми «Фізична терапія»

 Кравченко Валерія Анатоліївна

Керівник доцент, к.н.фіз.вих. Бойченко К.Ю.

Рецензент професор, д.б.н. Богдановська Н.В.

Запоріжжя- 2023

### ЗМІСТ

|  |  |
| --- | --- |
| Реферат……………………………………………………………………... | 5 |
| Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів….. | 7 |
| Вступ…….……………………………………………………………………. | 8 |
| 1 Огляд літератури…….…………………………………………………….. | 10 |
|  1.1 | Особливості корекційно-реабілітаційного підходу в навчанні дітей з розладами аутичного спектру ……...……..………......……. |  10 |
| 1.2 | Сучасні підходи до формування комунікативних навичок у дітей з розладом аутичного спектру ………………...………….....…….... | 15 |
| 1.3 | Загальні поняття сенсорно-інтегративної терапії та її місце в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру…………………………………………………… | 25 |
| 2 Завдання, методи та організація дослідження…………………...………. | 32 |
| 2.1 | Завдання дослідження.………………………………………………. | 32 |
| 2.2 | Методи дослідження…..……………………………………………. | 32 |
| 2.3 | Організація дослідження….…………………………………………. | 37 |
| 3 Результати дослідження………...………………………….……………… | 41 |
| Висновки…...………………………………………………………………… | 52 |
| Перелік посилань……...…………………………….……………………….. | 53 |

РЕФЕРАТ

Дипломна робота – 58 сторінок, 12 таблиць, 18 рисунків, 63 літературних джерела.

Об’єкт дослідження – вплив засобів фізичної терапії на комунікативну активність дітей з розладами аутичного спектру.

Мета дослідження – вивчення ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації дітей з розладами аутичного спектру.

Методи дослідження – аналіз та узагальнення літературних джерел; аналіз медичних карт дітей; методи діагностики комунікативної активності – мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій; методи математичної статистики.

Для дітей з розладами аутичного спектру спеціалізованих груп Дитячого навчального закладу характерним є наявність типових проблем у спілкуванні та особливостей функціонування цих дітей у природному для них середовищі (у власній родині), які хвилюють батьків та потребують, на їх думку, фахового втручання.

Застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційній програмі серед дітей з розладами аутичного спектру в умовах Дитячого садочку приватного типу забезпечило поліпшення показників комунікативної активності, що є ознакою оптимізації та збільшення адаптивної поведінкової реакції в спілкуванні, і дозволяє рекомендувати дану програму для практичного використання при роботі з даним контингентом дітей.

РОЗЛАДИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ, ДІТИ, КОМУНІКАТИВНА АКТИВНІСТЬ, СЕНСОРНО-ІНТЕГРАТИВНА ТЕРАПІЯ, КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ СУПРОВІД, ДИТЯЧИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД

ABSTRACT

Thesis – 58 pages, 12 tables, 18 drawings, 63 literary sources.

The object of the study is the influence of sensory-integrative therapy on the communicative activity of children with autism spectrum disorders.

The purpose of the study is to study the effectiveness of the use of sensory-integrative therapy in the correction and rehabilitation of children with autism spectrum disorders in the conditions of the Children's Educational Institution.

Methods of research – analysis and synthesis of literary sources; analysis of children’s medical cards; methods of diagnostics of communicative activity – motivational criterion, emotional criterion, activity criterion; methods of mathematical statistics.

For children with autism spectrum disorders of specialized groups of the Children’s Educational Institution, typical problems in communicating and the peculiarities of functioning of these children in their natural environment (in their own family) that concern their parents and need, in their opinion, professional intervention are characteristic.

The use of sensory-integrative therapy in the correctional-rehabilitation program among children with autism disorders in the conditions of the Kindergarten of the combined type provided improvement of the indicators of communicative activity, which is a sign of optimization and increase of the adaptive behavioral reaction in communication, and allows to recommend this a program for practical use when working with this contingent of children.

DISORDERS OF AUITICAL SPECTRA, CHILDREN, COMMUNICATIVE ACTIVITY, SENSOR-INTEGRATED THERAPY, CORRECTION AND REHABILITATION SUPPORT, CHILDREN TRAINING OFFICE

ПЕРЕЛІК умовних позначень, символів, одиниць,

Скорочень І термінів

РДА – ранній дитячий аутизм;

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб;

РСА – розлади спектру аутизму;

M-CHAT – Модифікований скринінговий тест на аутизм

(The Modified Checklist for Autism in Toddlers);

БАК – біоакустична корекція;

ЦНС – центральна нервова система;

у.о. – умовні одиниці.

ВСТУП

Розвиток соціальності дітей з розладами аутичного спектру є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки цій категорії дітей необхідні специфічні умови для включення в суспільство, набуття здатності до соціальноії взаємодії у зв’язку зі специфічним перебігом захворювання.

Аутизм як аномалія розвитку у сферу наукових досліджень вітчизняної психології, педагогіки та реабілітології включена в останні півтора десятиліття. Ідеться про дітей з особливою, недостатньо зрозумілою патологією нервової системи генетичного (шизофренія, хромосомні вади, вроджені порушення обміну) або екзогенного (внутрішньоутробні й постнатальні ураження головного мозку) походження, при якій утруднене формування емоційних контактів дитини із зовнішнім світом і, насамперед, – із людиною [2, 6, 13]. Висока частота раннього дитячого аутизму (12–15 на 10 000 дітей) вказує на соціальну значимість цієї проблеми. Але, незважаючи на те, що з часу першого опису аутичних симптомів минуло більше півстоліття, проблеми цієї аномалії розвитку й надалі є предметом вивчення, дослідження, аналізу [15].

На сьогодні науковці розглядають розлади аутичного спектру переважно як афективний розлад з порушенням міжособистісних відносин. Стверджується, що для аутизму типова вроджена відсутність здатності сприймати і відповідати на афективну експресію інших.

У зв’язку з таким дефіцитом дитина з розладами аутичного спектру не отримує необхідного соціального досвіду в період раннього дитинства. Останнє призводить до неповноцінності когнітивних структур, необхідних для нормального спілкування. Таким чином, підкреслюючи роль емоційних розладів при аутизмі і пояснюючи ними основні проблеми, що виникають у цих хворих, необхідно зважати саме на первинність специфічного когнітивного дефіциту [7, 17, 23].

При цьому, діти з розладами аутичного спектру мають великий потенціал до розвитку. Ті обмеження, які ускладнюють їхнє поступальне, за принципом нарощування, зростання – брак соціальних якостей та порушення сомато-сенсорних і психомоторних процесів – можуть бути подолані. З іншого боку, спеціально підібрані методи навчання і розвитку таких дітей (з опорою на світовий досвід) сприятимуть успішному формуванню їхніх інтелектуальних здібностей і адаптивних можливостей [21, 30, 37].

Наразі вочевидь, що систематичне застосування програм корекційно-реабілітаційної спрямованості із застосуванням сенсорно-інтегрованої терапії, буде сприяти підвищенню комунікативних функцій та функціональних можливостей дитини, а після проведеної корекції попереджати розвиток ускладнень і прискорювати відновлення порушених функцій і працездатності. Однак, незважаючи на загальновизнане значення спеціальних програм у реабілітації таких хворих, їхнє застосування на практиці недостатньо. Все це обумовлює актуальність, наукову й практичну значимість зазначеної проблеми [53, 55].

В зв’язку з вище перерахованим, метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації дітей з розладами аутичного спектру.

Об’єкт дослідження – вплив засобів фізичної терапії на комунікативну активність дітей з розладами аутичного спектру.

Суб’єктом дослідження стали діти 4-6 років, що мають розлади аутичного спектру.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Особливості корекційно-реабілітаційного підходу в навчанні дітей з розладами аутичного спектру

Протягом останніх чотирьох десятиліть усе більша увага фахівців різного профілю приділяється такому порушенню розвитку як аутизм (відрив від реальності, самозаглиблення, відсутність або парадоксальність реакцій на зовнішні впливи, пасивність і підвищена вразливість у контактах із середовищем). Аутизм як симптом зустрічається при багатьох психічних розладах, але в тих випадках, коли дане відхилення в перші роки життя дитини, це негативно впливає на весь психічний розвиток [4, 18].

В даний час основна клініко-психологічна структура аутизму є достатньо вивченою.

Насамперед, аутизм пов’язаний з порушенням адекватного емоційного зв’язку з людьми. Дитина начебто не помічає нікого навколо. Вона не реагує на питання, нічого не запитує сама, ні про що не просить, уникає погляду в очі іншої людини, часто навіть матері. Ці труднощі дуже яскраво виявляються в контактах з однолітками: ігнорування, занурення в себе, споглядання з боку, гра «поруч». При наполегливих спробах залучити таку дитину до взаємодії у неї зростають тривога і напруженість [25, 26].

Поведінка аутичної дитини характеризується вираженою стереотипністю, одноманітністю. Насамперед, це прагнення до збереження звичної сталості навколо себе: та сама їжа; той самий одяг; предмети побуту, що постійно знаходяться на «своїх» місцях; маршрут прогулянок; повторення рухів, слів, фраз; зосереджене занурення в одну цікаву справу; тенденція вступати до контакту з середовищем і взаємодії з людьми одним звичним способом. Спроби зруйнувати ці стереотипні умови життя дитини викликають у неї тривогу, агресію або самоагресію [34, 36, 58].

Характерною є маніпулятивна гра з неігровими предметами (панчохами, шнурками, ключами, котушками, папірцями), що триває роками. При цьому аутична дитина не грає зі всім предметом, а обігрує одну з його фізичних якостей: ключі дзенькають, котушка котиться, шнурок закручується. Улюбленими є такі одноманітні маніпуляції, як пересипання піску, переливання води [63].

У моториці характерні чудернацькі пози, рухи, міміка, хода навшпиньках. Рухи часто позбавлені дитячої пластичності, незграбні, уповільнені, погано координовані, схожі на «дерев’яні», маріонеткові. Повільність поєднується з імпульсивністю [44, 51].

Також своєрідні в цих дітей і мовні розлади, у них часто страждає виразність мови. Вона може бути майже позбавленої інтонацій або, навпаки, дитина їх відтворює акцентуйовано, зі скандуванням окремих слів або звуків. Характерний високий, з фальцетним відтінком, а нерідко скрипучий голос, підвищення голосу в кінці фрази. Мова може бути бідною, з набором коротких штампів, окремих слів. Можливо, саме з путинним бар’єром пов’язана тривала відсутність займенника «я», розповідь про себе в другій і третій особі. Нерідко спостерігається мутизм і регрес уже сформованого мовлення. Але в стані афекту аутична дитина зненацька може вимовити цілу фразу, адекватну ситуації, що її схвилювала [47, 48].

Головним, що об’єднує ці численні мовленнєві розлади, є, по-перше, автономність мови, відсутність її для діалогу, спілкування і пізнання навколишнього світу.

Найбільше значення мають загальне тривожне тло настрою і численні *страхи:* окремих осіб, речей (вішалки, парасолі, хутра), дуже часто- шуму побутових приладів (бритви, пилососа, фена, кавоварки), яскравого локального світла (люстри, освітленого дзеркала), явищ природи (хмар, шуму дерев). Нерідкі страхи хвороби і смерті [5].

Аутичний світ такої дитини нерідко наповнений і дивними фантазіями, сюжети які відбивають прагнення до відображення, прагнення до втечі від того, що ранить і лякає в оточуючій дійсності (життя в космосі, перевтілення в тварину).

Страх перед навколишнім дивно поєднується з відсутністю «почуття краю»: без врахування ситуації дитина може вибігти на шосе, стрибнути з висоти, перегнутися через поруччя балкону. Це «безстрашність» звичайно пов’язують з імпульсивністю і відсутністю вмінь аналізу ситуації в цілому, передбачення наслідків [19].

Ці діти з раннього віку з великим інтересом слухають читання і часто дивують близьких перевагою книги будь-якій грі. Відзначається, що найбільших успіхів вони досягають у рішенні когнітивних завдань. Часто поведінка дитини відрізняється пристрастю до якої-небудь стереотипної інтелектуальної діяльності: складання схем руху транспорту, креслень, різних таблиць. Нерідко прекрасна механічна пам’ять дозволяє нагромадити значний запас відомостей, що стосуються несподіваних галузей знань. Водночас великі знання в окремих галузях абстрактних знань в путинних дітей поєднуються з неможливістю вирішити просту життєву ситуацію, де потрібні досвід, інтуїція, безпосереднє відчуття [20].

Виділяють 4 групи аутизму. Ці варіанти потребують і різного корекційного підходу, як лікувального, так і психолого-педагогічного [38].

Основними критеріями розподілу обрані характер і ступінь порушень взаємодії з зовнішнім середовищем.

Як свідчать дослідження, аутичні діти цих груп розрізняються за характером і ступенем первинних розладів, вторинних і третинних дизонтогенетичних утворень, утому числі гіперкомпенсаторних.

Діти 1 групи з аутичною відчуженістю від навколишнього світу характеризуються найбільш глибокою афективною патологією, найбільш важкими порушеннями психічного тонусу і довільної діяльності. Ці діти мутичні. Нерідко є прагнення до нечленороздільних, афективно акцентуйованих словосполучень. Найбільш важкі і прояви аутизму: діти не мають не тільки форм, але і потреби в контактах, не мають навіть самого елементарного спілкування з навколишніми, не опановують навички соціальної поведінки [40].

В умовах інтенсивної психолого-педагогічної корекції в них можуть бути сформовані елементарні навички самообслуговування; вони можуть оволодіти письмом, елементарною лічбою і навіть читанням, але їхня соціальна адаптація утруднена навіть у домашніх умовах.

Діти II групи з аутистичним відкиданням навколишнього світу характеризуються певною здатністю активної боротьби з тривогою і численними страхами за рахунок вищеописаної аутостимуляції позитивних почуттів за допомогою численних стереотипів: рухових (стрибки, змахи рук, перебіжки), мовних (скандування слів, віршів), сенсорних (самостимулювання зору, слуху, дотику). Такі афективно насичені дії несуть емоційно позитивні відчуття і підвищують психічний тонус, гальмують неприємні впливи ззовні [38].

Зовнішній малюнок їхньої поведінки – манірність, стереотипність, імпульсивність численних рухів, вигадливі гримаси і пози, хода, особливі інтонації мовлення. Ці діти звичайно не ідуть на контакт, відповідають одним словом або мовчать, іноді щось шепотять. При адекватній тривалій корекції вони можуть бути підготовлені до навчання в школі.

Діти III групи з аутистичним заміщенням навколишнього світу характеризуються більшою довільністю в протистоянні власній афективній патології, насамперед страхам. Ці діти мають більш складні форми афективного захисту, що виявляються у формуванні патологічних потягів, компенсаторних фантазіях, часто з агресивною фабулою; гра переживається дитиною як стихійна психодрама, що знімає напругу переживань і страхів. Зовнішній малюнок їхньої поведінки ближче до психопатоподібної. Характерні розгорнуте мовлення, більш високий рівень когнітивного розвитку. Ці діти менш афективно залежні від матері, не мають потреби в примітивному тактильному контакті й опіці [38, 40].

Ці діти при активній медико-психолого-педагогічній корекції можуть бути підготовлені до навчання в масовій школі.

Діти IV групи характеризуються надгальмуванням. У них менш глибокий аутистичний бар’єр, менш виражена патологія афективної і сенсорної сфер, їхня поведінка визначається неврозоподібними розладами: надзвичайне гальмування, боязкість, лякливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, що підсилює соціальну дезадаптацію. Значна частина захисних механізмів має не гіперкомпенсаторний, а адекватний, компенсаторний характер: при поганому контакті з однолітками вони активно шукають захисту в близьких; зберігають сталість середовища за рахунок активного засвоєння поведінкових штампів, що формують зразки правильної соціальної поведінки; намагаються бути «гарними», виконувати вимоги близьких. У них є велика залежність від матері, але це не вітальний, а емоційний симбіоз з постійним афективним «зараженням» від неї [38, 40].

Їх психічний дизонтогенез наближується, скоріше, до своєрідної затримки розвитку з досить спонтанною, значно менш заштампованою мовою. Діти саме цієї групи часто виявляють парціальну обдарованість.

Ці діти можуть бути підготовлені до навчання у масовій школі, а в невеликій кількості випадків – навчатися в ній і без попередньої спеціальної підготовки [46, 54].

При своєчасній правильній корекційній роботі 60 % аутичних дітей одержують можливість учитися за програмою масової школи, 30 % – за програмою спеціальної школи того або іншого з існуючих типів і 10 % адаптуються в умовах родини у тих випадках, коли корекція не проводитися, 75 % взагалі соціально не адаптуються, 22-23 % адаптуються відносно (мають потребу в постійній опіці) і лише 2-3 % досягають задовільного рівня соціальної адаптації [42, 43].

Система допомоги особам з аутизмом почала формуватися в США і Західній Європі в середині 60-х pp. В Україні поки не створено державної системи комплексної допомоги дітям і підліткам з аутизмом. Більшість дітей і підлітків з аутизмом знаходяться або в різних видах спеціальних шкіл, або вмасових школах, або в установах систем охорони здоров’я і соціального захисту населення [57, 61].

При потенційно збереженому інтелекті навчання аутичних дітей таки потребує спеціальної психолого-педагогічної підтримки, певного ріння спеціальних знань, що на практиці, нажаль, зустрічається нечасто. Однією з умов навчання аутичної дитини, що навчається в масовій (або іншій) школі, є її юридична захищеність, тобто врахування особливостей такої дитини є обов’язком вчителя й адміністрації [52].

Індивідуальний підхід з урахуванням особливостей аутичної дитини дозволяє зробити її навчання достатньо ефективним.

1.2 Сучасні підходи до формування комунікативних навичок у дітей з розладом аутичного спектру

Для створення науково-методичної бази психолого-педагогічної допомоги дітям з РСА, найважливішим є поняття комунікативної активності, тобто активності у спілкуванні з людьми. Більшість сучасних авторів характеризує комунікативну активність як складне багатокомпонентне психологічне утворення, як міру взаємодії суб’єкта спілкування з оточуючими людьми, що походить із його власної ініціативи. Ю. Л. Ханин розглядає комунікативність особистості як інтегральний показник, у який входять три сторони: потреба в спілкуванні, емоційне самопочуття людини при спілкуванні, комунікативні навички та вміння [5, 9].

На думку достатньої кількості науковців, одним з головних порушень, що перешкоджають успішній адаптації при аутизмі, є брак комунікативних навичок, який виявляється у вигляді відставання або відсутності комунікативного мовлення, нездатності ініціювати або підтримати розмову, стереотипних висловів і ряду інших специфічних особливостей. Підкреслюється, що недорозвинення вербальної комунікації не компенсується спонтанно (без спеціальної психолого-педагогічної допомоги) шляхом використання невербальних засобів (жестів, міміки) і альтернативних комунікативних систем. Фахівцями різних країн накопичено певний досвід, що дозволяє зробити висновок про те, що формування комунікативних навичок при аутизмі є проблемою педагогічного характеру [22].

У зв’язку з цим, в останні десятиліття зарубіжними дослідниками виділено підходи до формування комунікативних навичок у дітей з аутизмом. Активно розробляються методи корекції комунікативних навичок у дітей даної категорії. Загалом у світовій корекційній педагогіці і спеціальній психології поряд з детальним описанням клінічного стану дітей з аутизмом, дана характеристика специфічних особливостей мови і спілкування таких дітей. В той же час наголошується недолік діагностичних методик, що дозволяють оцінити рівень сформованості комунікативних навичок. Щодо комунікативної активності, котра, як зазначено вище, є інтегральним поняттям, яке містить в собі комунікативні навички, то питання її адекватного оцінювання в дитини з аутизмом, відповідно, розроблено ще менше [33].

З огляду на те, що у дітей з аутизмом недостатньо сформовані комунікативно-мовленнєві функції, необхідно, що б розклад був візуальним. Це можуть бути картки з назвою предметів і режимних моментів, за якими дитина зможе зрозуміти, що відбудеться пізніше. Такі картки можуть супроводжуватися символами.

Введення подібного розкладу дає змогу педагогу упорядкувати діяльність дітей на занятті в групі (або на уроці і на перерві), зменшити їхнє занепокоєння і страхи, встановити певні правила поведінки, забезпечити оптимальний засіб очікування зміни діяльності. Якщо в процесі роботи вчитель (вихователь) стикається з необхідністю внесення змін у розклад, він має передбачати заздалегідь і завжди мати при собі підготовлені картки, картинки або фотографії, які буде символізувати подібні зміни [45].



Рис. 1.1 Картки для упорядкування діяльності дітей

На уроці варто, не просто використовувати візуальні підказки (картки, схеми, або графіки), але й навчити дітей, самостійно ними користуватися. Так як серед дітей з розладами аутичного спектра часто зустрічаються такі, чиє розуміння прочитаного тексту на порядок вище, ніж розуміння усної інформації, необхідно використовувати письмову інструкцію, дублюючи її на дошці або на індивідуальній картці.

Труднощі розуміння мовлення і утримання інструкції обумовлюють необхідність поетапного роз’яснення завдання з опорою на візуальні стимули. Як вважають, після прочитання складного завдання, фахівцю необхідно [11]:

- розділити завдання на етапи;

- прописати на дошці або картці алгоритм діяльності;

- дати інструкцію до виконання етапу у спрощеному вигляді.

Для кращого розуміння прочитаного необхідно додаткове виділення ключових слів у питанні, завданні, інструкції. Так, дитині важливо чітко усвідомлювати, що вона має дізнатися з прочитанного тексту, на що звернути увагу, при цьому доцільно поступово навчити самостійно виокремлювати (олівцем, спеціальною позначкою) важливу інформацію в параграфі [56, 60].

Послідовність операцій теж повинна бути представлена дитині наочно, у вигляді схеми або піктограми. Важливо, щоб педагог допоміг дитині виконати нове завдання і створити у неї враження успіху, переконання, що це вона вже може робити. Лише після цього починається навчання умінню як вдосконаленню того, що дитина вже може робити.

Особливим спеціальним завданням педагога супроводу і вчителя (вихователя) є становлення здатності дитини з аутизмом адекватно оцінювати зміст того, що відбувається, й організовувати поведінку відповідно до цього змісту. Середовище, в якому живе і вчиться аутична дитина, повинна мати максимально опрацьовану смислову структуру тобто дитині необхідно дати зрозуміти, для чого треба робити різні речі. З нею ніщо не повинно відбуватися механічно. Розклад для неї складається насамперед осмислено, багато разів проговорюється та обговорюється.

Введення розкладу важливо ще й тому, що слово «ні» для таких дітей представляє одну з найбільших проблем. Часто слово «ні» звучить для них, як вирок і як остаточну відмову. Вони не можуть зрозуміти, що якщо зараз відповідь негативна, то трохи пізніше вона може бути позитивною. Картки, розміщені одна за одною, роблять більш пізнє «так» візуально конкретним, а «ні», сказане зараз, стає тільки тимчасовим «ні» [59].

Система вимог до дитини виражається в правилах. Дітям необхідно не тільки засвоїти загальноприйняті правила поведінки, але й поводити себе відповідно до них. Діти цієї категорії не можуть організовивать свою поведінку. Свідома регуляція своїх поведінкових проявів базується у дітей з аутизмом на правилах (схемах, алгоритмах), засвоєних за допомогою візуальних орієнтирів.

Для того, щоб діти з аутизмом швидше звикли до нового режиму рекомендується вводити правила поведінки на уроці. Для початку, необхідно ввести загальні правила для всього класу. Для цього треба продумати, які правила вводити. Правил не повинно бути багато. Це мають бути тільки актуальні на даний період часу правила. Важливо продумати формулювання кожного правила. Фраза повинна бути короткою, всі слова в ній повинні бути зрозумілі. Бажано не використовувати в формулюваннях частку НЕ. Правило повинне показувати «як потрібно себе поводити». І, звичайно ж, це правило має спиратися на візуальну підтримку.

Візуальна підтримка – це будь-які наочні предмети, які сприяють комунікації або надають інформацію. Візуальну підтримку можна також назвати візуальними інструментами або стратегіями. Дуже важливо зрозуміти, що візуальні стратегії можуть бути використані для досягнення найрізноманітніших цілей. Вони дають змогу краще зрозуміти особам з аутизмом, що саме відбувається в їхньому житті. Візуальні інструменти допомагають і дошкільнятам, і школярам засвоювати нові навички. Вони надають підтримку учням як молодших, так і старших класів, якщо їм потрібно впоратися із змінами або розібратися в складних соціальних подіях.

Оскільки у дітей з розладами аутичного спектра утруднено спримання усного мовлення, рекомендується зробити наочне представлення правил. Правила повинні бути досить великого розміру. До кожної фрази можна додати символ, для того, що б поступово прибираючи текст, для нагадування залишалися тільки символи. Як правило, такі нагадування розташовують з боку від дошки. Після деякого адаптаційного періоду, коли основні норми поведінки на уроці будуть засвоєні, можуть знадобитися індивідуальні правила, які можна розташувати на парті учня.



Рис. 1.2 Наочне представлення правил для сприймання усного мовлення дітьми з розладами аутичного спектру

Багатьом дітям з аутизмом необхідно знати, що відбувається в даний момент, і що буде відбуватися далі. Вони важко справляються зі змінами, а несподівані події та скасування будь-яких заходів є стресогенними для них. Вони відчувають труднощі в самоорганізації і можуть переживати надмірне занепокоєння, зіткнувшись з невідомим. Дитина, що бачить перед собою розпорядок дня в школі у вигляді картинок або слів, відчуває себе набагато спокійніше, тому що починає розуміти і передбачати те, що відбуватиметься. Це знижує тривожність дітей з аутизмом, підвищує їх увагу та мотивацію, а також перешкоджає розвитку залежності від дорослого, позитивно впливаючи на становлення довільної самостійності дитини[8].

Так само спрацьовують правила «Спочатку – Потім». На планшетці можуть бути намальовані два слова, під якими розміщують відповідні малюнки, щоб у дитини формувалося уявлення про необхідну послідовність і передбачення подій.



Рис. 1.3 Картка для засвоєння правила «Спочатку – потім» для регулювання поведінки і дії дитини

Засвоєне правило «Спочатку-Потім» уможливлює усвідомлення дитиною з аутизмом певної послідовності подій, а також сприяє прийняттю нею необхідності виконати певне завдання задля того, щоб потім долучитися до бажаної діяльності. Таким чином, візуальні інструменти надають інформацію, позитивно впливають на процес запам’ятання і сприяють організації мислення[12].

Третій різновид середовищ них ресурсів – соціально-психологічні ресурси – значущі інші люди, соціальні ролі, соціальні потреби, прихильності, звички. Ці ресурси забезпечують задоволення потреби суб’єктів освітнього середовища в сприятливому соціально-психологічному кліматі на основі позитивного настрою, а також довірливого, доброзичливого спілкування і розуміння один одного. Навчання дітей з аутизмом загальнолюдським правилам і нормам здійснюється через дорослих, які їх знайомлять з доступними моделями спілкування (вітатися, прощатися, дякувати), демонструють різноманітні вербальні та невербальні засоби спілкування (міміка, погляд, жест, пантоміміка ), формують соціальні навички і соціальну поведінку; організують взаємодію дитини з мікросоціумом; формують соціальний досвід на занятті: моделюють різноманітні форми спілкування та засвоєння соціальних форм поведінки; сприяють появі довірливих, доброзичливих стосунків, позитивного настрою; забезпечують емоційну насиченість заняття та різноманітності діяльності; створюють ситуацію успіху тощо [27].

А головним завданням щодо використання соціально-психологічних ресурсів у процесі навчання і розвитку дітей з аутизмом є привернення їх до світу людей, адже тільки ця причетність дасть змогу сформувати передумови їхнього всебічного розвитку і набути адаптивних можливостей.

Таким чином, в процесі навчання та виховання дітей з аутизмом спеціально організоване, раціонально структуроване освітнє середовище виступає, по-перше, як джерело різноманітного культурного досвіду і умов, що забезпечують його успішне присвоєння, а по-друге, – як один з провідних засобів профілактики небажаних наслідків впливу розладів розвитку на життєдіяльність дитини та забезпечення корекційно-педагогічного ефекту [62].

Завдання фахівців, що працюють в умовах інтегрованого навчання – забезпечити безбар’єрне (передусім – в плані забезпечення потрібного мікроклімату, зручності, зрозумілості), адаптивного, розвивального, особистісно орієнтованого освітнього середовища для всіх дітей з розладами аутичного спектру [28].

Процес проектування і моделювання перетворень середовища з опорою на його ресурси має базуватися на таких принципових положеннях, як:

- безпека, а саме – певна предметна і просторова організація середовища, що дає змогу мінімізувати у дитини з аутизмом почуття невпевненості і страху, уможливлює, завдяки засвоєним правилам, здатність вільно орієнтуватися в освітньому просторі і виконувати необхідні дії.

- насиченість культурно значущими предметами. Освітнє середовище постійно забезпечує дитині контакт з різноманітними носіями інформації, надає певні відомості про довкілля, що значно стимулює її пізнавальну активність, мимовільну і довільну увагу, підтримує позитивну мотивацію.

- доступність для полісенсорного сприймання. Йдеться про те, що освітнє середовище стимулює і забезпечує можливість широко залучати інформацію від різних органів чуттів як в ситуації сприймання окремих предметів, так і наявних між ними відносин.

- смислова впорядкованість. Передбачається, що всі види відносин в освітньому середовищі організуються відповідно до певної системи правил, розуміння і виконання яких значно підвищує ефективність життєдіяльності дитини з аутизмом.

- занурення в систему соціальних стосунків, досвід міжособистісної взаємодії, становлення почуття причетності до діяльності інших дітей, здатності до співпраці.

- розвивальний характер (орієнтир на зону найближчого розвитку, впровадження системи продуманих перешкод, які дитина в змозі долати самостійно або за допомогою навколишніх людей) [29, 31].

Для вчителя (вихователя), який працює в інклюзивному класі (групі), де є діти з аутизмом, вкрай важливо пам’ятати про наступні правила:

1. Варто надавати кожній дитині можливість працювати в притаманній їй темпі. Для цього можна запропонувати дитині завдання, для виконання якого потрібно менше часу. Обсяг роботи повинен збільшуватися поступово і узгоджуватися з індивідуальним темпом дитини. Виконання меншого обсягу роботи дає змогу менш підготовленій дитині успішно з нею впоратися, що, своєю чергою, дає їй відчуття причетності до спільної роботи. Індивідуалізація темпу праці – необхідна умова психологічного комфорту дитини в школі (ДНЗ).

2. Бажано регулярно змінювати види діяльності та форми роботи в групі, що дає змогу всім дітям без винятку зняти напругу, підвищити увагу.

3. Важливо слідувати за природними потребами дітей в пізнавальній діяльності, а не нав’язувати її. Тому варто найчастіше пропонувати дітям завдання, які б вони виконували із задоволенням.

4. Основне правило для вихователя – створення умов для адаптації дитини з аутизмом до загальноосвітньої установи полягає в тому, щоб дитина була успішною не стільки в навчанні, скільки у сфері спілкування та взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу: вчителями, дітьми, батьками.

5. Вчителю важливо пам’ятати, що весь навчальний матеріал для дитини з аутизмом має підкріплюватися візуальним рядом, що відображає чіткий алгоритм дій, а так само – виконанням практичних завдань. Так, візуальні інструменти надають інформацію, позитивно впливають на процес запам’ятання і сприяють організації мислення [32, 49].

Процес навчання та розвитку дітей з аутизмом можливий лише за умови спеціальної підготовки та перепідготовки педагогів загальноосвітніх та навчальних закладів, фахівців психолого-медико-педагогічних консультацій та спеціалістів корекційно-розвивальних напрямів.

Фахівці різних профілів мають усвідомлювати власне місце у системі допомоги дітям з аутизмом та вміти налагоджувати партнерські відносини між собою, що у випадку функціонування робочої групи по супроводу дитини набуває ознак справжньої командної взаємодії [10].

Узгоджена творча співпраця різнопрофільних фахівців сприяє їхньому професійному та особистісному зростанню та є потужним ресурсом дієвої допомоги дітям з аутизмом та їхнім родинам [16].

Фахівцям необхідно усвідомити, що високопрофесійна допомога дитині з аутизмом має базуватися на родинно-орієнтованому підході, який дає можливість враховувати не тільки особливості дитини, але й сім’ї, тобто працювати з системою «дитина-батьки» і активно залучати батьків до роботи з розвитку дитини. Вкрай необхідним є також якомога ранішній початок інтенсивної психолого-педагогічної роботи з дитиною із залученням батьків, коли необхідно навчати батьків створювати розвивальне середовища для неї вдома та долучати її в простір спілкування дітей з нормальним типом розвитку. В контексті родинно-орієнтованого підходу фахівці повинні прагнути створювати умови для того, щоб батьки разом з фахівцями планували програму розвитку дитини і брали участь в її реалізації.

Становлення батьківської компетентності, створення у родині найсприятливіших умов для розвитку дитини з аутизмом та налагодження плідної співпраці – спільне завдання фахівців і батьків [35].

Таким чином, у центр уваги фахівців потрапляє вся родина дитини з аутизмом зі своїми унікальними взаєминами, можливостями і потребами. При цьому, кардинальні перетворення на рівні родини як мікросоціального середовища є головною умовою успішного навчання і розвитку такої дитини.

1.3 Загальні поняття сенсорно-інтегративної терапії та її місце в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру

Сенсорно-інтеграційна терапія являє собою строго дозоване і чітко побудоване специфічне тренування порушених функцій в спеціально організованому терапевтичному середовищі.

Центральною ідеєю терапії, заснованої на сенсорної інтеграції, є стимуляція сенсорних систем і контроль над сенсорними «каналами» (особливо це стосується рухової, вестибулярної системи, м’язів, суглобів і шкіри), спрямовані на те, щоб дитина спонтанно формував адаптивні відповіді, що інтегрують різні види відчуттів [1].

Основні принципи терапії:

1. Сенсорні аспекти активності важливі для розвитку і навчання.

2. Щоб справлятися з труднощами і освоювати нові навички, дитині потрібні хороша перцепція і інтеграція відчуттів.

3. Ефективна реакція на труднощі і засвоєння нових навичок вельми істотні для розвитку сенсорної інтеграції нервової системи.

4. Організація сенсорної перцепції і ефективних відповідей, як правило, покращує не тільки розвиток, але і поведінку дітей.

5. Освоєння складних навичок і типів поведінки залежить від сукупності відповідей на більш прості завдання.

6. Чим сильніше дитина мотивований до якого-небудь заняття і чим сильніше в ньому зацікавлений, тим більше шансів, що він вистоїть перед труднощами і в результаті буде діяти ефективніше.

7. Важливий аспект терапії – слідувати за дитиною в його розвитку.

8. Терапія заснована на грі, причому організація і вибір видів активності обумовлені інтересами та уподобаннями дитини (терапія найбільш ефективна, якщо дитина спрямовує свої дії сама, а терапевт лише ненав’язливо змінює обстановку).

9. Терапевтичні види активності припускають, що завдання, поставлені перед дитиною, йому під силу.

10. Ефективність терапії визначається тим, чи починає дитина ефективно реагувати на завдання, з якими він раніше не міг впоратися.

11. У терапії необхідно враховувати, що всі сенсорні системи взаємопов’язані між собою і особливим чином взаємодіють один з одним. Наприклад, тісний взаємозв’язок існує між тактильної і вестибулярної системами, цим пояснюється, чому при сильному стимулюванні вестибулярної системи часто спостерігаються шкірні реакції. І навпаки, надмірна стимуляція відчуття дотику (шкіри) може викликати вестибулярні порушення (нудоту, поганий настрій – аж до спалахів гніву і агресивної поведінки). Найчастіше діти з підвищеною чутливістю шкіри мають також і підвищену чутливість вестибулярної системи, а у дітей зі зниженою чутливістю тактильного сприйняття, як правило, відзначається і знижена чутливість вестибулярної системи.

12. У терапії важливо цілеспрямовано стимулювати окремі системи сприйняття відчуттів таким чином, щоб на частку інших доводилося якомога менше роботи.

13. Людина не може вправлятися в тому, чого не вміє; не функціонувати тими областями, які відчувають дефіцит, а підводити під них основу, спираючись на «вміння» дитини. Для поліпшення кінцевого результату необхідно працювати на стадіях, що передують бажаного рівня розвитку; починати роботу треба не там, де дитина потребує допомоги, а там, де він відчуває себе впевнено і врівноважено (наприклад, не працювати з шкірою, якщо нервова система чинить опір (при десенсибілізації, підвищеної чутливості шкіри), слід починати з тих сенсорних каналів , які досить розвинені для роботи з новими стимулами). Ґрунтуючись на тому, що дитина вже вміє робити, ми можемо впливати на проблемні області, не завдаючи шкоди його впевненості в собі.

14. У терапії важливий ретельний вибір занять і сили впливу на ту чи іншу сенсорну систему дитини, методи і прийоми терапії не повинні ні в якому разі завдавати шкоди дитині. Відповіді дитини на сенсорні імпульси майже завжди служать надійним критерієм того, наскільки добре мозок обробляє відчуття. наприклад:

* вестибулярні імпульси особливо сильно впливають на мозок, причому вони можуть як організовувати, так і дезорганізовувати роботу організму, наприклад, дихання і серцебиття; нездатність мозку обробляти вестибулярні імпульси може привести до дезорганізації, летаргії і, в крайніх випадках, до втрати свідомості або нападів (при наявності схильності до них), тому не рекомендується піддавати дитину цілеспрямованим вестибулярним навантажень;
* обробка сигналів, що надходять від органів рівноваги, здійснюється нервовою системою по-різному. Найлегше сприймаються руху вперед-назад і вгору-вниз. Потім - вправо і вліво. Найважче усвідомлюється обертання навколо різних осей. При штучної стимуляції (штучна стимуляція – це та стимуляція, яку здійснює терапевт, самостійна стимуляція відбувається, коли дитина стимулює себе сам) важливо враховувати цю закономірність (ієрархію сприйняття стимулів) особливо при роботі з немовлятами та дітьми з важкими порушеннями. Розгойдування на гойдалці має відбуватися в строго визначеному напрямку відповідно до ієрархією сприйняття стимулів і в повільному темпі, щоб нервова система встигала обробляти стимули, що надходять у мозок дитини від заданих рухів. Гойдалки зі змінним, невизначеним напрямком руху (наприклад, вперед-назад або вправо-вліво) годяться тільки для дітей зі зниженою чутливістю вестибулярної системи. Вони повідомляють мозку плутану, «дифузну» інформацію. «Дифузний» вплив не сприяє подоланню порушень, не допомагає диференціювати сенсорні відчуття;
* при тактильної стимуляції дуже часто застосовується вібрація, але слід мати на увазі, що, як і інші види сенсорних імпульсів, вібрацію слід використовувати обережно, тому що її вплив дуже індивідуально;
* завжди дуже обережно потрібно працювати з підвищеною чутливістю будь-який з сенсорних систем; не можна, наприклад, проводити тактильну стимуляцію при підвищеній чутливості шкіри; тактильна стимуляція при підвищеній чутливості шкіри може призвести до таких хворобливих відчуттів, які можуть стати справжніми тортурами для дитини та її нервової системи.

15. Сенсорна інтеграція як вид терапії є цілісною: вона задіє все тіло, всі органи чуття і весь мозок. Коли м'язи працюють злагоджено, формуючи адаптивне рух всього тіла, вони разом з відповідними суглобами надсилають в мозок добре організовані відчуття. Рухи, до яких залучено все тіло, також породжують безліч вестибулярних імпульсів, які допомагають об'єднати інші сенсорні системи. Здатність організувати ці відчуття і адекватно на них відповісти сприяє організації різних мозкових функцій.

Для того щоб допомогти дитині з порушеннями сенсорної інтеграції, необхідно:

• добре організований простір: приміщення повинно бути досить велике і безпечне (наявність покриття або бутоматів на підлозі; «м’які» стіни);

• наявність обладнання, що забезпечує сенсорні відчуття (гойдалки, шведські стінки, сухий басейн, м’які пуфи, мати, м’яке обладнання, м’які гірки, тунелі);

• наявність обладнання та пристосувань для організації дитячих ігор.

При організації корекційно-розвиваючої роботи з дітьми раннього віку та молодшого дошкільного віку з порушеннями сенсорної інтеграції необхідно [1, 39]:

• постаратися виключити можливість відволікатися;

• щоб допомогти дитині утримати увагу – не давати одночасно більше одного завдання;

• якщо дитина хвилюється, що його можуть вдарити, знайти для нього місце, де він зможе відчути себе в безпеці, наприклад, не в центрі групи, а з краю;

• постарайтеся прибрати те, що може призводити до зорової перевантаження (різна інформація на стінах, килимові покриття з яскравими малюнками, іграшки і предмети, які відбивають світло, блікуют);

• тверді, дзвінкі поверхні, шум акваріума, радіо, відкрите вікно, освітлювальні або обігрівальні прилади, які видають звук, заважають маленьким дітям зосередиться на завданні, тому, необхідно прибрати такі речі;

• запахи їжі, медикаментів, фарби можуть дратувати дітей, необхідно усунути відволікаючі нюхові подразники.

• в приміщенні, де знаходяться діти (ігрова кімната), має бути тихе місце, де дитина, який втомився або засмутився, може відпочити [16].

Сенсорно-інтеграційна терапія розрахована на тривалі заняття і навчання періодами. Вона впливає на організацію мозку і не націлена на досягнення короткочасних результатів на поверхневому рівні. Між курсами занять (періодами навчання) необхідні зупинки, паузи, щоб дитина, отримавши порцію навчального матеріалу, могла скористатися паузою для того, щоб ґрунтовно засвоїти даний матеріал. Не можна випускати з уваги той важливий факт, що пауза рівнозначна етапу роботи зі стимуляцією органів почуттів. Мозку потрібен час, щоб обробити вплив подразників [14].

Жоден метод не гарантує неодмінного успіху. Кожна дитина неповторна і багатогранна. Важливо дотримуватися за дитиною в його розвитку, шукати той метод, який допоможе подолати проблеми і труднощі даної конкретної дитини, і гнучка зміна прийому, методу і виду терапії, якщо вони не підходять до конкретної дитини. Розуміння особливостей і потреб кожної дитини може допомогти в побудові ефективної корекційно-розвиваючої роботи, допомогти дитині налагодити контакти, спілкування з однолітками і дорослими, і повноцінно розвиватися у всіх напрямках.

Найкращий результат також досягається в комплексному підході, в поєднанні сенсорно-інтегративної терапії з іншими методами і видами терапій (корекція мови, фізична терапія (ЛФК), нейропсихологічна корекція, іпотерапія, кінезіологія, когнітивна терапія, ігротерапія, сенсорно-інтегруючі види спорту і т. п.) [24]

Також одним з вирішальних чинників, які допомагають досягти позитивних змін, є активна співпраця найближчого оточення, тому дуже важлива роль батьків в даному виді терапії.

Індивідуальні програми розвитку повинні розроблятися спільно спеціалістами дитячих установ та батьками дітей. Залучення батьків та їхня участь у плануванні та здійсненні індивідуальних програм обумовлює їх успішності. Це передбачає активну позицію батьків і налагодження справжнього діалогу між ними та фахівцями.

Зміст всіх зустрічей фахівців з родиною має на меті набуття членами родини необхідних навичок і розкриття ресурсів, які уможливлюють оптимальний розвиток дитини. Батьки отримують необхідну підготовку, їм розповідають про методи навчання і виховання дитини; вони беруть участь також в адаптації цих методів по відношенню до своєї дитини і допомагають у навчальному процесі в домашніх умовах [3].

Батьки і фахівці мають бути навчені не тільки технологіям впровадження особливого розвивального середовища, але ще й особливій діалоговій позиції з дитиною, способам і методам продуктивної взаємодії з нею, щоб, незалежно від того, чим вони з нею займаються, головною була спрямованість на розвиток у дитини розуміння, що вона це робить РАЗОМ з іншою людиною, формування її уваги до цієї людини, інтересу до неї, здатності зважати на її потреби і бажання, уміння відгукуватися на різнопланові (вербальні, жестові, емоційні, тактильні, рухові, дієві) ініціативи партнера по комунікації. Тільки за такої умови у дитини з аутизмом будуть формуватися виняткові, єдині й неповторні стосунки з навколишньою дійсністю, насамперед соціальною, що зумовить увесь подальший спосіб життя, її, за висловом Л. С. Виготського, «соціальне буття» [41].

У зв’язку з актуальністю даної проблеми особливу важливість здобуває реабілітаційна робота спрямована на підвищення адаптаційних та комунікативних можливостей дітей з розладами аутичного спектру.

Гіпотеза даного дослідження заснована на тому, що раціональне використання видів та засобів сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру в умовах Дитячого навчального закладу може сприяти більш високому формуванню комунікативної активності.

2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Завдання дослідження

Метою даної роботи – вивчення ефективності застосування засобів фізичної терапії в комплексній реабілітації дітей з розладами аутичного спектру.

В зв’язку з цим в дослідженні були поставлені наступні задачі:

1. Вивчити особливості комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру на початку дослідження.

2. Запропонувати програму корекційно-реабілітаційного супроводу із застосуванням сенсорно-інтегративної терапії для корекції комунікативної активності дітей з зазначеною патологією.

3. Вивчити особливості комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру наприкінці дослідження.

4. Оцінити ефективність комплексної програми корекційно-реабілітаційного супроводу дітей з розладами аутичного спектру після застосування сенсорно-інтегративної терапії в умовах Дитячого навчального закладу.

2.2 Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань в роботі були використані наступні методи дослідження:

1. Аналіз та узагальнення літературних джерел.

2. Метод аналізу медичних карт дітей.

3. Методи дослідження й діагностики електричної активності мозку та комунікативної активності (мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій).

4. Методи математичної статистики.

2.2.1 Метод аналізу медичних карт дітей

## В Дитячому садочку приватного типу серед дітей дошкільного віку спеціальних груп проводять діагностику за Модифікованим скринінговим тестом на аутизм (The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT); Robins, Fein, Barton, 1999). Отримані в процесі діагностики результати заносять в медичні картки дітей.

Модифікований скринінговий тест (M-CHAT) на порушення аутистичного спектру (РАС) у дітей було створено у США і є розширеною версією скринінгового опитувальника CHAT, створеного у Великобританії.

Головна мета використання M-CHAT – виявлення ризику наявності аутизму і розладів аутичного спектру, однак, не всі діти, які виявляються при використанні даного методу, дійсно мають діагноз розлади аутичного спектру, адже відомо, що жоден скринінговий інструмент не має 100 % достовірності отриманих даних.

Запропонований М-CHAT містить 20 питань (приклад форми наведено в табл. 2.1), на які повинні відповісти батьки після ознайомлення з Інструкцією: Тато та мама, будь ласка, оцініть, наскільки наведені нижче висловлювання характеризують вашу дитину. Постарайтеся відповісти на кожне питання. Якщо дана поведінка проявлялася рідко (ви бачили це всього один або два рази), відзначте, що дитині це не властиво [28].

Таблиця 2.1

Приклад форми та запитань Модифікованого скринінгового тесту на аутизм для дітей раннього віку

Початок форми

Чи подобається дитині коли його колихають на руках, колінах і таке подібне?

(Наприклад, гра «їхали з горіхами»)

Так

Ні

« Back Next »

Кінець форми

Робота починалась зі звертання батьків до Дитячого садочка та спілкування з ними. Враховуючи отримані від батьків відповіді, ми мали змогу виявити особливості функціонування дітей у природному для них середовищі – у власній родині. Аналіз та узагальнення інформації, отриманої від батьків під час першого звернення, дозволили виявити типові проблеми, які хвилюють батьків та потребують, на їх думку, фахового втручання. Майже всі батьки зважали на низьку комунікативну активність своїх дітей.

2.2.2 Методи дослідження й діагностики комунікативної активності (мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій)

Вище згадані спостереженнявизначили необхідність дослідження і діагностики інтегрального показника комунікативної активності, а саме – потребу в спілкуванні (мотиваційний критерій), емоційне самопочуття дитини при спілкуванні (емоційний критерій), комунікативні навички та вміння(діяльнісний критерій). Особливістю критеріального апарату була спільність показників означених критеріїв і складність, багатогранність самих показників [21].

Діагностування з метою констатації рівня комунікативної активності дітей з аутичними розладами проводилось одразу після першого звернення батьків до Дитячого садочка протягом 2-3 індивідуальних діагностичних занять, під час яких дитині пропонувались різні види діяльності, які відповідали віку та психолого-педагогічним особливостям конкретної дитини. Основним методом діагностики комунікативної активності як інтегрального показника було спостереження за трьома критеріями за дитиною під час діагностичних занять, які проводили педагоги та психологи Дитячого садочка.

Оцінка також проводилась за результатами спілкування з батьками під час заповнення «Діагностичної панелі». Аналіз результатів за показниками цих критеріїв дав можливість визначити «достатній», «низький» та «дуже низький» рівні комунікативної активності.

Для чіткої діагностики, відповідно до рівнів, була визначена шкала оцінювання, а саме:

* достатній рівень – 3 бали;
* низький рівень – 1-2 бали;
* дуже низький – 0 балів.

Параметри оцінки критеріїв наведені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Дослідження і діагностика інтегрального показника комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектра

|  |
| --- |
| 1. Потреба у спілкуванні (мотиваційний критерій) |
| Оцінки | 0 | Демонструє значний негативізм при спробі інших нав’язати контакт |
| 1 | Пасивно сприймає спроби вступити з ним уконтакт |
|  | 2 | Воліє вступати в контакт, коли це для чогосьнеобхідно |
|  | 3 | Демонструє потребу у спілкуванні |
| 2. Емоційне самопочуття людини при спілкуванні (емоційний критерій) |
| Оцінки | 0 | Будь-яке спілкування з людьми неприємне |
| 1 | Знайомі люди в передбачуваній ситуації сприймаються індиферентно |
|  | 2 | Деякі люди (або ситуації) викликають позитивні емоції |
|  | 3 | Приємним може бути спілкування з різнимилюдьми |
| 3. Комунікативні навички та вміння (діяльнісний критерій) |
| Оцінки | 0 | Відсутні навіть самі елементарні |
| 1 | Елементарні навички доступні |
|  | 2 | Наявні, але не відповідають віковій нормі (відповідно до розумового віку) |
|  | 3 | Відповідають віковій нормі (відповідно до розумового віку)  |

2.2.3 Методика проведення електроенцефалограми дітей

Запис електроенцефалограми здійснювали на Комплексі біоакустичної корекції «Сінхро-С». Принцип роботи комплексу «Сінхро-С» полягає в реєстрації біопотенціалів головного мозку у режимі монополярного відведення; з об’єднанням вушним електродом з 4-х датчиків, які розміщені на голові дитини в положенні: правий лоб, лівий лоб, права потилиця, ліва потилиця. Електроди приєднуються до блоку реєстрації біопотенціалів головного мозку до входів що розміщені на лицьовій панелі. Референтний і нейтральний електроди закріплюються на вухах пацієнта і приєднуються до відповідних входів.

До складу комплексу «Сінхро-С» входять: комплекс датчиків, що включає 4 електрода ЕЕГ, один нейтральний і один референтний електроди; блок реєстрації біопотенціалів головного мозку, який складається з багатоканального підсилювача напруги, аналого-цифрового перетворювача з комутатором, мікроконтролером, приладом гальванічної розв’язки та блока живлення; персональний комп’ютер з програмним забезпеченням; акустична система. Біопотенціали головного мозку посилюються, проходять попередню аналогову фільтрацію та відцифровуються. Далі інформація через інтерфейс з гальванічною розв’язкою передається на комп’ютер. Синхронізація роботи аналого-цифрового перетворювача і обмін даними з комп’ютером здійснюються завдяки мікроконтролеру. Гальванічна розв’язка забезпечує підсилену ізоляцію і витримує напругу не менш 4 кВ. Живлення блоку реєстрації здійснюється від внутрішнього джерела.

АПК «Синхро-С» забезпечує формування масивів значень сигналів, що надходять, їх цифрову фільтрацію, перетворення сигналів у звуковий образ, відображення цих сигналів у реальному часі на екрані комп’ютера, збереження даних на жорсткому диску та їх подальшу обробку. Сформований звуковий образ через стандартний аудіовихід потрапляє на акустичну систему і сприймається дитиною в реальному часі.

2.2.4 Методи математичної статистики

Всі отримані в представленій роботі експериментальні дані були оброблені за програмою Microsoft Excel з розрахунком наступних показників: середнє арифметичне (М); помилка середньої арифметичної (m); критерій вірогідності Ст’юдента (t) та відсоткове відношення (%).

 2.3 Організація дослідження

 Дослідження проходило з лютого по листопад 2023 року на базі Дитячого садочку приватного типу міста Львів.

У дослідженні брали участь 15 дітей (10 хлопчиків та 5 дівчат) віком
4-6 років з розладами аутичного спектру. Діти відносились до легкої або помірної форми аутизму, які характеризувались не дуже глибоким аутистический бар’єром; спостерігалось менше патології афективної і сенсорної сфер; у їх статусі на першому плані – неврозоподібні розлади: надзвичайна загальмованість, боязкість, лякливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, яке посилювало соціальну дезадаптацію. У них була в наявності велика залежність від матері.

Всі діти з розладами аутичного спектру відносились до спеціальних груп і перебували в Дитячому садочку під корекційно-реабілітаційним супроводом та проходили курс сенсорно-інтегративної терапії різної спрямованості та часових інтервалів. Тривалість терміну впровадження запропонованої програми знаходилась в межах одного року.

У відповідності з метою та задачами дослідження проводилося в три етапи. На першому етапі здійснювався аналіз літературних даних за темою дослідження, визначали задачі і методи експерименту.

 На другому етапі всі діти були поділені на дві групи – основну (8 осіб) і контрольну (7 осіб). Контрольна група за основними характеристиками захворювання від основної групи вірогідно не відрізнялася. Добір дітей у групи здійснювався методом випадкової вибірки. Контроль функціонального стану дітей здійснювали за допомогою візуальних і діагностичних методів обстеження.

В ході другого етапу дослідження діти основної групи отримували корекційно-реабілітаційний курс сенсорно-інтегративної терапії відповідно до розробленої програми в умовах Дитячого навчального закладу, що адаптована для даного контингенту хворих. Дітей контрольної групи приводили на консультацію до фахівців Дитячого садочка отримували домашні завдання та стандартну реабілітацію під корекційно-реабілітаційним супроводом.

 На початку другого етапу дослідження та через рік застосування запропонованої програми реабілітації у дітей проведено дослідження інтегрального показника комунікативної активності з реєструванням наступних показників:

* мотиваційний критерій – потреба в спілкуванні (оцінка, бали);
* емоційний критерій – емоційне самопочуття дитини при спілкуванні (оцінка, бали);
* діяльнісний критерій – комунікативні навички та вміння (оцінка, бали).

На третьому етапі проводилася математична обробка отриманих даних і їх аналіз, сформулювалися висновки.

2.3.1 Програма корекційно-реабілітаційного супроводу для дітей з розладами аутичного спектру

В основі запропонованої співробітниками Дитячого садочка програми реабілітації лежить одна з основних потреб дитини – потреба в спілкуванні та соціалізація.

Саме комунікативна активність, як вказують і батьки цих дітей, з одного боку, характеризує найбільш уражену складову психічної сфери дитини з аутизмом, а з іншого – формування саме комунікативної активності дає можливість пізнавати світ через спілкування, а в подальшій перспективі дозволить вивести дитину на максимальний для неї рівень життєвої компетентності.

Програма корекційно-реабілітаційного супроводу для дітей з розладами аутичного спектру включає одинадцять напрямків сенсорно-інтегративної терапії для взаємодії з дитиною. Кожен із напрямків побудовано на елементах догляду й безпосереднього контакту з дитиною. Використання кожного елемента розширено, дозволяючи поряд із прямим призначенням, впливати на комунікативно адаптаційні можливості дитини з розладами аутичного спектру:

 1. Корекційна та реабілітаційна педагогіка.

 2. Психологічна реабілітація:

- Техніка віртуального сенсорно-образного моделювання в «Родинних розстановках»;

- Керування сприйняттям;

- Сімейна психотерапія;

- Індивідуальні сеанси тілесно-орієнтованої терапії.

 3. Робота з логопедом.

 4. Терапія А. Томатіса

5. Евретмія.

6. АВА-терапія.

7. Саундбім.

8. Біоакустична корекція.

 9. Сенсорна стимуляція.

10. «Казкова фізкультура» за методикою Н.Н. Єфименко.

11. Корекція харчування.

Стимулюючий ефект на когнітивні властивості дитини з аутичним типом розвитку, має кожен з елементів програми. Але комплексний підхід із застосуванням сенсорно-інтегративної терапії при реалізації програми реабілітації забезпечить підвищення комунікативних властивостей дитини. Запропонована програма реабілітації розроблена разом з лікарями, логопедами, психологами, вихователями, педагогами, дієтологом та реабілітологом Дитячого навчального закладу.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вивчення ефективності застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру, під нашим спостереженням знаходилось 15 дітей віком 4-6 років, які проходили курс реабілітації в спеціалізованих групах Дитячого навчального закладу.

На початковому етапі дослідження нами був проведений порівняльний аналіз комунікативної активності за показниками мотиваційної сфери, емоційної сфери та діяльнісної сфери, зареєстрованих у дітей основної і контрольної груп.

Як видно з даних, представлених у табл. 3.1, для дітей контрольної групи на початку дослідження за кількісними характеристиками комунікативної активності за мотиваційним критерієм було характерно зниження психічних сфер та життєвої компетенції, в зв’язку з тим, що більша їх кількість (42,84 %, а це 3 особи) демонструвала значний негативізм при спробі інших нав’язати контакт та (42,84 %, ще 3 дитини) пасивно сприймали спроби вступити з ними в контакт або воліли вступати в контакт, коли це для чогось було необхідно і тільки одна дитина (14,28 %) мала достатній рівень комунікативної активності – демонструвала потребу у спілкуванні.

Таблиця 3.1

Кількісна характеристика за критеріями комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру контрольної групи на початку дослідження
(%, кількість дітей)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рівні | Мотиваційний | Емоційний | Діяльнісний |
| Достатній | 14,32 (1) | 14,32 (1) | 0 (0) |
| Низький | 42,84 (3) | 28,52 (2) | 42,84 (3) |
| Дуже низький | 42,84 (3) | 57,16 (4) | 57,16 (4) |

За емоційним критерієм також більша кількість представників контрольної групи (42,84 %, 3 дитини) мали дуже низький рівень, який проявлявся в тому, що будь-яке спілкування з людьми було дитині неприємне; у двох дітей (28,56 %) при спілкуванні знайомі люди в передбачуваний ситуації сприймались індиферентно або деколи викликали позитивні емоції, для двох інших дітей (28,56 %) характерним був достатній емоційний рівень, який вказує на те, що приємним може бути спілкування з різними людьми.

В табл. 3.1 також наведені дані комунікативних навичок та вмінь, з яких видно, що задіяльнісним критерієм більша кількість дітей контрольної групи (57,15 %, 4 особи) мала низький рівень, який вказує на наявні, але ті, що не відповідають віковим нормам комунікативні навички та вміння; дві дитини (28,57 %) мали дуже низький рівень, при якому відсутні навіть самі елементарні комунікативні навички та вміння і одній дитині (14,28 %) притаманний достатній рівень, при якому комунікативні навички та вміння відповідають віковій нормі.

Оцінюючи комунікативну активність дітей контрольної групи в цілому за всіма критеріями можна зробити висновок про необхідність застосування психолого-педагогічної корекції та реабілітації.

Для визначення вихідного стану дітей з розладами аутичного спектру основної групи нами було проведено оцінку комунікативної активності за такою ж схемою. Було встановлено, що більша кількість представників основної групи також мають низький рівень або дуже низький рівень комунікативної активності. Як видно з даних, наведених в табл. 3.2, для дітей основної групи було характерно наступне кількісне розподілення за критеріями комунікативної активності: потребу у спілкуванні на низькому та дуже низькому рівні відчували чотири особи (50, 00 %), емоційне самопочуття дитини при спілкуванні на низькому та дуже низькому рівні відчувала більшість представників основної групи – п’ятеро діточок (62,50 %); за діяльнісним критерієм комунікативних навичок та вмінь семеро дітей з восьми також мали низький та дуже низький рівень.

Таблиця 3.2

Кількісна характеристика за критеріями комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру основної групи на початку дослідження
(%, кількість дітей)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рівні | Мотиваційний | Емоційний | Діяльнісний |
| Достатній | 12,50 (1) | 12,50 (1) | 0 (0) |
| Низький | 37,50 (3) | 25,00 (2) | 37,50 (3) |
| Дуже низький | 50,00 (4)  | 62,50 (5) | 62,50 (5) |

Оцінюючи комунікативну активність дітей основної групи в цілому за всіма критеріями також можна зробити висновок про необхідність корекційно-реабілітаційного супроводу фахівців психолого-педагогічної та реабілітаційної спрямованості.

Наступним кроком нашого дослідження було складання індивідуальних програм реабілітації. Для якісного підбору засобів сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру та оцінки ефективності їх застосування нами було здійснено порівняння отриманих показників комунікативної активності представників основної і контрольної групи (табл. 3.3, 3.4, 3.5)

Як видно з даних, наведених в табл. 3.3, оцінюючи за мотиваційним критерієм комунікативну активність дітей з аутизмом, ми дійшли висновку, що вихідний стан мотиваційної сфери однаковий у представників обох груп і про те, що реальна, справжня потреба у спілкуванні в досліджуваних дітей (незалежно від віку, інтелекту, мовленнєвих можливостей, життєвого досвіду, соціально-економічного статусу родини) набагато більша, ніж можливо оцінити під час первинної діагностики. Тому одне з важливих завдань посилення комунікативної активності особи з аутизмом – це виявлення та актуалізація прихованої, латентної потреби у спілкуванні та використання цього комунікативного потенціалу з метою розвитку усіх психічних сфер та збільшення життєвої компетенції за рахунок корекційно-реабілітаційного супроводу.

Таблиця 3.3

Порівняльна характеристика мотиваційної сфери дітей з розладами аутичного спектру на початку дослідження (%, кількість дітей)

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Мотиваційна сфера |
| Контрольна група | Основна група |
| Достатній | 14,32 (1) | 12,50 (1) |
| Низький | 42,84 (3) | 37,50 (3) |
| Дуже низький | 42,84 (3) | 50,00 (4) |

Як видно з даних, наведених в табл. 3.4, оцінюючи під кутом зору емоційного критерію комунікативної активності дітей з аутизмом досліджувалось емоційне самопочуття дитини при спілкуванні. На початку дослідження виявлено, що більшість дітей обох груп (близько 80 %) знаходиться на низькому та дуже низькому рівнях за емоційним критерієм комунікативної активності. Встановлено недорозвиненість емоційної сфери дітей, її невідповідність віковим нормам, бідність емоційних проявів – незалежно від віку дітей, їх інтелектуального рівня, ситуації в родині та інших параметрів.

Таблиця 3.4

Порівняльна характеристика емоційної сфери дітей з розладами аутичного спектру на початку дослідження (%, кількість дітей)

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Емоційна сфера |
| Контрольна група | Основна група |
| Достатній | 14,32 (1) | 12,50 (1) |
| Низький | 28,52 (2) | 25,00 (2) |
| Дуже низький | 57,16 (4) | 62,50 (5) |

Переважна більшість батьків теж демонстрували явну емоційну дефіцитарність як в цілому, так і по відношенню до дитини. Отже, значний ресурс збільшення комунікативної активності дітей нами вбачається саме у розвитку та корекції емоційної та комунікативної сфери батьків, навчання батьків адекватним моделям спілкування з власною дитиною за рахунок підбору та застосування засобів сенсорно-інтегративної терапії.

В табл. 3.5 наведено результати, що отримані при спостереженні за дітьми з розладами аутичного спектру основної і контрольної груп під кутом зору діяльнісного критерію. Аналізуючи сформованість комунікативних навичок встановлено, що жодна дитина як в контрольній, так і в основній групі, за результатами констатації, не знаходилась на достатньому рівні за діяльнісним критерієм, оскільки ніхто не володів комунікативними навичками в межах вікової норми (відповідно до розумового віку). Все це підтверджує необхідність застосування сенсорно-інтегративної терапії.

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика діяльнісної сфери дітей з розладами аутичного спектру на початку дослідження (%, кількість дітей)

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Діяльнісна сфера |
| Контрольна група | Основна група |
| Достатній | 0 (0) | 0 (0) |
| Низький | 42,84 (3) | 37,50 (3) |
| Дуже низький | 57,16 (4) | 62,50 (5) |

В цілому, аналізуючи дані за трьома критеріями інтегрального показника комунікативної активності, визначаємо, що більшість дітей з розладами аутичного спектру (близько 60 %) до початку застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі знаходяться на дуже низькому рівні за усіма трьома критеріями, отримані результати представлено в табл. 3.6 та 3.7.

Таблиця 3.6

Кількісна характеристика за критеріями комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру контрольної групи в кінці дослідження
(%, кількість дітей)

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Критерії |
| Мотиваційний | Емоційний | Діяльнісний |
| Достатній | 14,28 (1) | 28,52 (2) | 14,32 (1) |
| Низький | 28,57 (2) | 28,52 (2) | 42,84 (3) |
| Дуже низький | 57,15 (4) | 42,96 (3) | 42,84 (3) |

Нами показано, якщо порівнювати усі три значення по кожній дитині основної групи (табл. 3.6) та по кожній дитині контрольної групи (табл. 3.7), то діти, як правило, мають близькі значення за кожним з трьох показників. Але найгірші результати були отримані за діяльнісним критерієм, який характеризує оволодіння комунікативними вміннями та навичками. Тому оволодіння ними є головним пріоритетом корекційної та реабілітаційної роботи.

Таблиця 3.7

Кількісна характеристика за критеріями комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру основної групи в кінці дослідження
(%, кількість дітей)

|  |  |
| --- | --- |
| Рівні | Критерії |
| Мотиваційний | Емоційний | Діяльнісний |
| Достатній | 50,00 (4) | 37,50 (3) | 25,00 (2) |
| Низький | 37,50 (3) | 37,50 (3) | 50,00 (4) |
| Дуже низький | 12,50 (1) | 25,00 (2) | 25,00 (2) |

Наприкінці дослідження нами було отримано дані які доводять ефективність застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру (рис. 3.1, 3.2 та 3.3).

Порівняльний аналіз результатів діагностичних зрізів до та після реалізації комплексної сенсорно-інтегративної терапії для корекції розвитку активності дитини з розладом аутичного спектру в представників основної та контрольної групах за усіма трьома критеріямикомунікативної активності показав наявність статистично значущих відмінностей на рівнях значимості
р ≥ 0,05; 0,01; 0,001, визначених за допомогою обрахування t- критерію.

Через рік застосування такої комплексної та інтенсивної роботи з дітьми основної групи та їх батьками було проведено повторне оцінювання рівня комунікативної активності дітей, яке показало позитивну динаміку за усіма трьома критеріями. Так, відбулось перерозподілення за мотиваційним критерієм з дуже низького рівня дві дитини перейшли до низького рівня, про що свідчить їх спроба сприймати та вступати в контакт, а діти з низького рівня перейшли до достатнього рівня – вони демонстрували потребу у спілкуванні.



Рис. 3.1 Порівняльна характеристика мотиваційної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%).



Рис. 3.2 Порівняльна характеристика емоційної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%)

За емоційним критерієм відбулось перерозподілення таким чином: з дуже низького рівня діти перейшли до низького рівня, про що свідчили позитивні емоції при спілкуванні із знайомими людьми, а діти з низького рівня перейшли до достатнього рівня – вони демонстрували, що приємним може бути спілкування з різними людьми.



Рис. 3.3 Порівняльна характеристика діяльнісної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%)

При дослідженні комунікативних навичок та вмінь за діяльнісним критерієм було встановлено позитивні зміни в дітей обох груп. Було встановлено, що протягом року більшість дітей вже мали наявні (відповідно до розумового віку) комунікативні навички та вміння, але при цьому кращі результати були отримані серед представників основної групи, тобто серед тих дітей які проходили сенсорно-інтегральну терапію в корекційно-реабілітаційному супроводі в спеціалізованих групах Дитячого навчального закладу.

Наприкінці дослідження батьки дітей з числа тих, хто пройшов через первинну консультацію та психолого-педагогічну діагностику, виявили бажання продовжувати водити дитину до спеціалізованих груп Дитячого садочка приватного типу та працювати з дитиною за запропонованою нами комплексною програмою. Це передбачало: консультації з різних психолого-педагогічних та соціальних питань, тренінги для батьків; розробку корекційно-реабілітаційного супроводу, моніторинг та підтримку його реалізації; індивідуальні та групові заняття (корекція розвитку рухів та спілкування, корекція ігрової активності, корекція активності засобами психологічної реабілітації, роботи з логопедом, терапії за методом А. Томатіса; евретмії; АВА-терапії; саундбіму; біоакустичної корекції; сенсорної стимуляції; спеціальної гімнастики та корекції харчування).

В цілому, отримані в нашому дослідженні експериментальні результати дозволили констатувати досить високий ступінь ефективності реабілітаційної роботи за запропонованою нами програмою реабілітації з застосуванням заходів, які були проведені серед дітей з розладами аутичного спектра. Використана програма реабілітації із застосуванням сенсорно-інтегративної терапії в корекцийно-реабілітаційному супроводі сприяла вираженій оптимізації комунікативних можливостей дітей і тим самим, може бути рекомендована для практичного використання при роботі з даним контингентом дітей.

Наприкінці свого дослідження є велике бажання привернути увагу на саме існування такої категорії дітей. Хто вони – діти аутисти, діти з аутичним типом розвитку?

Їх називають дітьми дощу. Вони різні. Вони можуть не дивитися Вам в очі, не говорити, видавати невиразні звуки, вони можуть говорити, без уваги, цитуючи тексти реклами або випадково почутих фраз, тисячі разів повторюючи одне й те саме, вони дивно поводяться, розмахують руками, без зупинки стрибають, ходять на носочках або розгойдуються. Вони не розуміють, що Ви їм говорите. Вони не грають з дітьми, мало посміхаються і вважають за краще самотність. Деякі звуки для них нестерпні, яскраве світло заподіює біль, а дотик іншої людини для них подібно опіку. Вони можуть не знати, хто їх мама і як звуть їх самих.

З боку вони можуть здаватися звичайними дітьми, розпещеними, істеричними, примхливими. Кажуть, вони живуть в своєму світі. Вони не живуть, вони там ховаються. Ховаються від божевільного пронизливого страху. Боязні цього величезного, яскравого, галасливого, ворожого світу! Жах заполоняє їх мозок, очі, вуха, руки, рот. Страх заганяє їх усередину себе.

Уявіть себе в світі, де навколо Вас незнайомі люди, вони говорять на неможливому для розуміння і повторення мовою, вони непередбачувані і Ви не знаєте, чого від них очікувати. Ви живете в світі, де Ваш мозок постійно пронизує нестерпний скрегіт каменю по склу, де в очі б’є світло софітів, і Ви нічого не бачите, у Вас немає шкіри, і все, що торкається до Вашого тіла, заподіює біль. У Вас постійно болить голова і живіт. Життя настільки нестерпне, що Ви рятуєтеся від нього на самоті, в самотність. Тільки так Ви можете витримати цей світ. Ласкаво просимо в світ аутиста!!!

Пам’ятайте, кожна дитина потребує любові, прийнятті та підтримки. Діти з аутизмом мають потребу в цьому як ніхто інший! Їм страшно – допоможіть їм, їм страшно – зрозумійте їх, їм страшно – прийміть їх і любите їх такими, як вони є!

Ці діти хочуть спілкуватися! Допоможіть їм відчути любов і підтримку в такому тривожному для них світі! Захистить їх від болю, страху та дискомфорту! Дайте їм можливість повірити в себе! Навчіть їх всьому, що дасть їм спокій і впевненість в подальшому житті! Навчіть їх довіряти навколишнього світу, і вони будуть спілкуватися!

Просто КОХАЙТЕ ЇХ!

І одного разу Ви побачите усмішку дитини з розладом аутичного спектру, дорогоцінну і чисту!

І одного разу Ви зрозумієте, що це не діти дощу, а діти веселки!

Відкрийте для себе загадковий світ аутичної дитини і для Вас почнеться захоплююча пригода усього життя!

ВИСНОВКИ

1. Результати даного дослідження дозволили оцінити ефективність застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру в умовах Дитячого навчального закладу.

2. Показано, що для дітей з розладами аутичного спектру характерним є наявність порушень комунікативної активності, саме тих складових мотивацийної, емоційної та діяльнісної сфер які дають можливість пізнавати світ через спілкування, необхідні для взаємодії дитини з родиною та залучення в освітній простір.

3. Після проходження сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі, для дітей основної групи було характерно виражене поліпшення показників комунікативної активності, про що свідчать позитивні зміни у спілкуванні, емоційні окраси та підвищення комунікативних навичок та вмінь; в контрольній групі не відзначено істотних змін у комунікативному стані дітей з розладами аутичного спектру .

4. В цілому, отримані в нашому дослідженні експериментальні результати дозволили констатувати досить високий ступінь ефективності реабілітаційної роботи за запропонованою нами програмою реабілітації з застосуванням заходів, які були проведені серед дітей з розладами аутичного спектра. Використана програма реабілітації із застосуванням сенсорно-інтегративної терапії в корекцийно-реабілітаційному супроводі сприяла вираженій оптимізації комунікативних можливостей дітей і тим самим, може бути рекомендована для практичного використання при роботі з даним контингентом дітей.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Айрес Э.Дж. Дитина і сенсорна інтеграція. К.: «Теревінф», 2013. 272 с.
2. Аппе Фр. Вступ в психологічну теорію аутизму. К.: Теревінф, 2006. 216 с.
3. Аршатська О.С. Психологічна допомога дитині раннього віку, в якої формується дитячий аутизм. *Психологія*, 2005. № 2. С. 46–56.
4. Аутизм: метод. рекомендації з психолого-педагогічної корекції. Зб. метод. робіт. за ред. А.С. Морозова. Одеса: Сигнал, 2001. 187 с.
5. Аутичні діти. Корекція комунікативних навиків [Електронний ресурс]. Режим доступу: osvita.ua/vnz/ reports/psychology/9698/
6. Башина В.М. Аутизм в дитинстві.– К.: Медицина, 1999. 240 с.
7. Болдирєва Г.М. Роль регуляторних структур мозку у формуванні ЕЕГ людини. Фізіологія людини. *Вищ. Нерв. Діяльність*. 2000. Т. 26. № 5. С. 19-34.
8. Гайдукевич С.Є. Середовищний підхід в інклюзивній освіті *Інклюзивна освіта: стан, проблеми, перспективи.* Херсон: Чотири чверті, 2007. С. 34.
9. Гілберт К. Аутизм. Медичний та педагогічний вплив. Книга для педагогів-дефектологів. К.: Владос, 2005. 144 с.
10. Грюнвальд Б.Б. Консультування сім'ї. К.: Форум, 2004. 258 с.
11. Данілавічютє Е.А., Литовченко С.В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник. К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. 360 с.
12. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2008. 301 с.
13. Дитячий аутизм: хрестоматія: навч. Посібник для студ. вищ. та середовищ. навч. Закладів. 2-ге вид., перероб. та дод. Харків: Дидактика плюс, 2001. 367 с.
14. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку. *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі*: наук.-метод. зб. : Вип. 8. К.: Наук. світ, 2006. С. 85–88.
15. Засенко В.В. Діти з особливим потребами: пріоритетні напрями державної політики України в галузі освіти, соціального захисту й охорони здоров’я. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2014. № 3. С. 20–29.
16. Зіннхубер Х. Як розвивається ваша дитина? Таблиці сенсомоторного розвитку, ігри та вправи: Від 4 до 7, 5 років. К.: Теревінф, 2009. 160 с.
17. Іванов Є.С. Дитячий аутизм: діагностика та корекція. Харків, 2004.

С. 9-12.

1. Каган В.Є. Аутизм у дітей. К.: Медицина, 1981. 223 с.
2. Карвасарська І.Б. Осторонь. З досвіду роботи з аутичними дітьми. К.: Теревінф, 2003. 70 с.
3. Ковалець І.В. Абетка емоцій: Практичний посібник для роботи з дітьми, що мають відхилення у психофізичному розвитку та емоційній сфері: метод. посібник. Харків. ВЛАДОС, 2004. 133 с.
4. Константінов К.В. Саморегуляція функціонального стану центральної нервової системи людини методом біоакустичної корекції. *Біологічний зворотний зв’язок*. 2000. № 4. C. 7-14.
5. Косарєва О.І. Психологічні особливості навчання та виховання дітей з різними освітніми потребами (на прикладі дітей з раннім дитячим аутизмом) Випуск 13 (56); Частина І, 2016. Наукові Записки РДГУ. С. 36–48.
6. Коен Ш. Життя з аутизмом. К.: Інститут загальногуманітарних Досліджень, 2008. 240 с.
7. Лебединська К.С. Аутизм. Методи лікування тяжкого психічного відхилення. *Абетка здоров’я.* 2002. № 5. С. 23-24.
8. Лебединська К.С. Діти з порушеннями спілкування: Ранній дитячий аутизм. К., 1989. 100 с.
9. Лебединський В.В. Порушення психічного розвитку у дітей. Дитячий аутизм: Хрестоматія. Харків. 2001. С. 7-17.
10. Лебединський В.В. Емоційні порушення в дитячому віці та їх корекція. Харків: Вид-во ХДУ, 1990. 197 с.
11. Ліблінг М.М. Холдинг-терапія як форма психологічної допомоги сім'ї, що має аутичну дитину. *Дефектологія*, 1996. № 3. С. 56-66.
12. Лорман Т. Інклюзивна освіта. К : СПД-ФО. 2010. 296 с.
13. Мамайчук І.І. Психокорекційні технології для дітей з проблемами розвитку. К.: Мова, 2010. 400 с.
14. Мануйлов Ю.С. Середовищний підхід у вихованні. Педагогіка, 2000. № 7. C. 36-41.
15. Марценковський І.А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації. К., 2009. 46 с.
16. Менделевич В.Д. Психіатрична пропедевтика. К.: МЕДпрес інформ, 2004. 528 с.
17. Микиртумов Б.Є. Аутизм: історія питання та сучасний погляд: монографія. К., 2012. 93 с.
18. Мушкевич М. Експериментальний аналіз практичної роботи з аутичними дітьми в процесі сімейного консультування й терапії. Інтернет. PDF [www.pdffactory.com](http://www.pdffactory.com).
19. Нартова-Бочавер С.К. Поняття «психологічний простір особистості»: обґрунтування та прикладне значення. *Психологічний журнал*, 2003. Т. 24.

№ 6. С. 27-36.

1. Микільська О.С. Аутична дитина. Шляхи допомоги. Харків. Теревінф, 2007. 288 с.
2. Микільська О.С. Аутична дитина: шляхи допомоги. Харків. Теревінф, 2000. 333 с.
3. Микільська О.С. Афективна сфера людини. Погляд крізь призму дитячого аутизму. К.: Центр лікувальної педагогіки, 2000. 364 c.
4. Оклендер В. Вікно у світ дитини: посібник з дитячої психотерапії. К.: Клас, 2003. 336 с.
5. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
6. Пітерс Т. Аутизм: Від теоретичного розуміння до педагогічного впливу. Харків: Гуманіт. вид. центр ВЛАДОС, 2003. 240 с.
7. Поваляєва М.А. Корекційна педагогіка. Взаємодія фахівців. Одеса: Фенікс, 2002. 352 с.
8. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. Львів : Колесо, 2009. 168 с.
9. Романюк І.А. Педагогічна рада у дошкільному навчальному закладі: технологія розробки, підготовки та проведення: метод. посіб. Тернопіль: Мандрівець, 2014. 152 с.
10. Сансон П. Психопедагогіка та аутизм. Досвід роботи з дітьми та дорослими: практик. посіб. К.: Педагогіка, 2008. 116 с.
11. Сатмарі П. Діти з Аутизмом. Луцьк, 2005. 224 с.
12. Синьов В.М. Мультидисциплінарний (медико-психолого-педагогічний) характер діагностики і корекції розвитку особистості при порушеннях процесу соціалізації. *Психолого-педагогічні засади розвитку особистості в освітньому просторі: матеріали методологічного семінару АПН України.* К., 2008. С. 527–532.
13. Скрипник Т.В. Системно-феноменологічний підхід до діагностики та корекції розвитку дітей з аутизмом: дис. д-ра психол.наук : 19.00.08; Ін-т спец. педагогіки НАПН України. К., 2010. 385 с.
14. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. К.: Гнозіс, 2013. 60 с.
15. Cкрипник Т.В. Феноменологія аутизму. К.: Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.
16. Скрипник Т.В. Зміст корекційно-розвиткових занять для дітей з аутизмом в спеціальних загальноосвітніх закладах. Реалізація оновленого змісту освіти дітей з особливими потребами: початкова ланка: навчально-методичний посібник. Київ, 2014. С. 278–304.
17. Смолянінов А. Рука – мозок. Братислава: EPSYNEL, 2011. 109 с.
18. Спеціальна педагогіка: Навчальний посібник для студ. вищ. пед. навч. Закладів. 2-ге вид., Стереотип. К.: Видавничий центр «Академія», 2001. 400 с.
19. Тарасун В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. К.: 2004. 103 с.
20. Технології інклюзивної (спільної) освіти у дошкільних закладах (рекомендації для керівників, вчителів-дефектологів та вихователів дошкільних закладів на прикладі інклюзивної освіти дітей з порушеннями слуху). К.: РЕМДОМ, 2011. 200 с.
21. Ткачова В.В. Технології психологічної допомоги сім’ям дітей з відхиленнями у розвитку. К.: АСТ, Астрель, 2007. 318 с.
22. Флейк-Хобсон К. Розвиток дитини та її відносин з оточуючими. К.: Педагогіка, 1998. 314 с.
23. Франческа А. Вступ в психологічну теорію аутизму: практик. посіб. К.: Теревінф, 2006. 167 с.
24. Хворова Г.М. Особливості корекційно-розвивального навчання дітей з аутизмом. *Дефектологія.* 2005. № 2. C. 4–8.
25. Чуприков А.П. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога: навч. посіб. Львів: Колесо, 2012. 184 с.
26. Шпіцберг І. Коридор із прозорими стінами: корекція порушень розвитку сенсорних систем у дітей з діагнозом «ранній дитячий аутизм» *Шкільний психолог*, 2010. № 20. С. 39–43.
27. Шульженко Д. Аутизм – не вирок. Львів: Кальварія, 2010. 224 с.