**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет фізичного виховання, здоров`я та туризму**

**Кафедра фізичної терапії та ерготерапії**

**Кваліфікаційна робота**

**магістра**

на тему: СЕНСОРНО-ІНТЕГРАТИВНА ТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Виконала: студентка ІІ курсу, групи 8.2270-дн

Спеціальності 227 «Фізична терапія , ерготерапія»

освітньої програми 227 «Фізична терапія»

Коваль Наталія Юріївна

Керівник: професор, професор, д.б.н. Богдановська Н.В.

Рецензент: професор, професор, д. н.фіз.вих. Караулова С.І.

Запоріжжя

2022

### ЗМІСТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Реферат……………………………………………………………………... | | 5 |
| Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів….. | | 7 |
| Вступ…….……………………………………………………………………. | | 8 |
| 1 Огляд літератури…….…………………………………………………….. | | 10 |
| 1.1 | Загальні поняття основної клініко-психологічної структури аутизму ………………………………..……...……..………......……. | 10 |
| 1.2 | Сучасні підходи до формування комунікативних навичок у дітей з розладом аутичного спектру ………………...………….....…….... | 15 |
| 1.3 | Сенсорно-інтегративна терапія 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….…………………………………………. | 39 |
| 3 Результати дослідження………...………………………….……………… | | 43 |
| Висновки…...………………………………………………………………… | | 54 |
| Перелік посилань……...…………………………….……………………….. | | 55 |
| Додатки…...…………………………………………………………………... | | 61 |

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота – 80 сторінок, 12 таблиць, 18 рисунків, 63 літературних джерела.

Об’єкт дослідження – комунікативна активність дітей з розладами аутичного спектру під впливом сенсорно-інтегративної терапії.

Мета дослідження – оцінка ефективності застосування сенсорно-інтегративної терапії в реабілітації дітей з розладами аутичного спектру.

Методи дослідження – аналіз та узагальнення літературних джерел; аналіз медичних карт дітей; визначення категоріального профілю дитини за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я: діти та підлітки (МКФ-ДП); дослідження й діагностики електричної активності мозку на рівні «структури/функцій» та комунікативної активності на рівні «активності/участі» (мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій); методи математичної статистики.

В дітей з розладами аутичного спектру спеціалізованих груп Дитячого навчального закладу нами було встановлено 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 реабілітаційній програмі для дітей з розладами аутичного спектру в умовах Дитячого навчального закладу 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.

ДІТИ, РОЗЛАДИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ, СЕНСОРНО-ІНТЕГРАТИВНА ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ СУПРОВІД, КОМУНІКАТИВНА АКТИВНІСТЬ, МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ, ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ТА ЗДОРОВ’Я, ДІТИ ТА ПІДЛІТКИ

ABSTRACT

Qualification work – 80 pages, 12 tables, 18 figures, 63 references.

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

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of sensory-integrative therapy in the rehabilitation of children with autism spectrum disorders.

Research methods – analysis and generalization of literature sources; analysis of children’s medical records; determination of the categorical profile of the child according to the International Classification of Functioning, Disability and Health; research and diagnostics of electrical activity of the brain at the level of «structure/functions» and communicative activity at the level of «activity/participation» (motivational criterion, emotional criterion, activity criterion); methods of mathematical statistics.

In children with autism spectrum disorders of specialized groups of the Children’s educational institution we found the presence of typical communication problems and features of the functioning of these children in their natural environment (in their own family), which worries parents and requires, in their opinion, professional intervention.

The use of sensory-integrative therapy in the rehabilitation program for children with autism spectrum disorders in the conditions of the Children’s educational institution has improved the indicators of communicative activity, which is a sign of optimization and increase of adaptive behavioral response in communication, and allows to recommend this program for practical use when working with this contingent of children.

CHILDREN, AUTIC SPECTRUM DISORDERS, SENSORY-INTEGRATIVE THERAPY, REHABILITATION SUPPORT, COMMUNICATIVE ACTIVITY, INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

ПЕРЕЛІК умовних позначень, символів, одиниць,

Скорочень І термінів

ДНЗ – дитячий навчальний заклад;

РАС – розлад аутичного спектру;

РДА – ранній дитячий аутизм;

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб;

МКФ – Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я;

МКФ-ДП – Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я: діти та підлітки;

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.

ВСТУП

Наразі розвиток соціалізації 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 в цілому, у зв’язку зі специфічним перебігом захворювання.

Доведено, що аутизм як аномалія розвитку, у сферу наукових досліджень вітчизняної психології, педагогіки та реабілітології включена всього в останні півтора десятиліття. Йдеться про дітей з особливою, недостатньо зрозумілою патологією нервової системи генетичного (вроджені порушення обміну, шизофренія, хромосомні вади) або екзогенного (внутрішньоутробні та постнатальні ураження головного мозку) походження, при якій утруднюється формування емоційних контактів дитини із зовнішнім світом і, насамперед, – з людиною [2, 6, 13].

Висока частота раннього дитячого аутизму, а це – 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 такої 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. Встановлено, що для аутизму типова вроджена відсутність здатності сприймати і відповідати на афективну експресію інших людей.

У зв’язку з таким дефіцитом дитина з розладами аутичного спектру невзмозі отримувати 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 такої категорії хворих, необхідно зважати саме на первинність специфічного когнітивного дефіциту [7, 17, 23].

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

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

В зв’язку з вище перерахованим, метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування сенсорно-інтегративної терапії в реабілітації дітей з розладами аутичного спектру.

При цьому об’єктом дослідження виступила комунікативна активність дітей з розладами аутичного спектру під впливом сенсорно-інтегративної терапії.

Суб’єктом дослідження стали діти 4-6 років з розладами аутичного спектру в умовах Дитячого навчального закладу.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Загальні поняття основної клініко-психологічної структури аутизму

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 обіграє 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 мовленнєві 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, фену, 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 фотографіі, які буде символізувати подібні зміни [45].

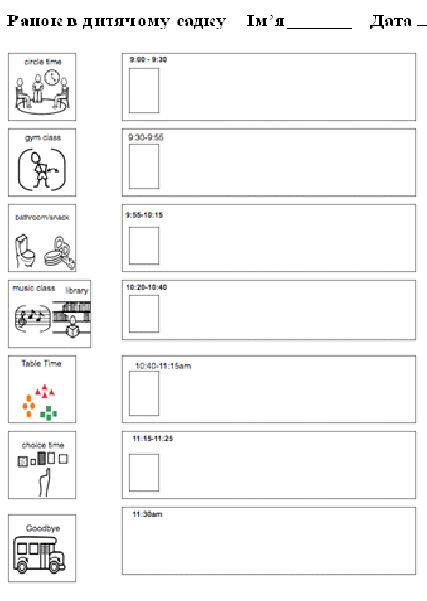


Рис. 1.1 Картки для упорядкування діяльності дітей

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 прочитаного 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 осмисллено, 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 організувати 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 [48].

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 [60].

Оскільки у дітей з розладами аутичного спектра утруднено сприймати усне 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 [42].



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.

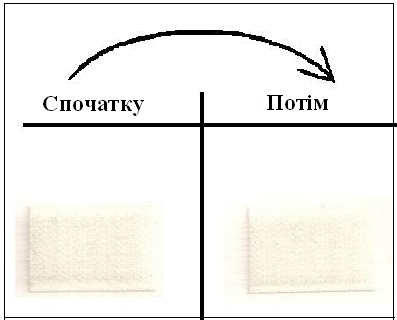


Рис. 1.3 Картка для засвоєння правила «Спочатку – потім» для регулювання поведінки і дії дитини

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 Сенсорно-інтегративна терапія 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, 3].

Основні принципи терапії [59]:

1. Сенсорні аспекти активності важливі для розвитку і навчання.

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

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 може встояти 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 відчуття таким чином, щоб на частку іншого відчуття 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 [28]:

• 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, блікують);

• 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 базувалась 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 сенсорно-інтегративної терапії в 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 за доменами «активності та участі» за Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я для дітей та підлітків на початку дослідження.

2. Запропонувати програму реабілітації 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 реабілітації 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. Аналіз медичних карт дітей.

3. Визначення категоріального профілю дитини за МКФ-ДП.

4. Методи дослідження й діагностики електричної активності мозку на рівні «структури/функцій» та комунікативної активності на рівні «активності/участі» (мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій).

5. Методи математичної статистики.

2.2.1 Метод аналізу медичних карт дітей

## В залученому до дослідження Дитячому навчальному закладі комбінованого 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.

Запропонований 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 (табл. 2.1).

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

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].

Робота починалась зі звертання батьків до Дитячого навчального закладута 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 Визначення категоріального профілю дитини за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я: діти та підлітки (МКФ-ДП)

Використання базового набору при РАС у всіх напрямках реабілітації дітей з РАС значно спрощує реабілітаційну діагностику, постановку цілей реабілітації, обґрунтування потреби в реабілітаційних заходах, вибір заходів впливу та оцінку ефективності та допомагає визначити категоріальний профіль кожної дитини [59].

МКФ-ДП дає можливість відобразити ступінь виразності порушень кількісно (0 – немає проблем; 1 – легкі проблеми; 2 – помірні проблеми; 3 – важкі проблеми; 4 – абсолютні проблеми). Враховуючи, що РАС – група розладів психологічного розвитку, що характеризуються якісними відхиленнями у соціальних взаємодіях та показниках комунікабельності, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним комплексом інтересів   
та дій ми зосередили увагу саме на цих проблемах.

Універсальна мова МКФ-ДП дозволила:

• Кодувати літерами та цифрами певний набір порушень обмежень на рівні «активності та участі» і «чинники довкілля» (d, e)

• Визначати тяжкість порушень, формувати «реабілітаційний діагноз»

• Вибудовувати цільову програму реабілітації (медичну та соціальну)

• Сприяти найбільш повній реабілітації дитини з РАС та її абілітації

На рівні «активність та участь» (d) звертали увагу на:

d220 Проблеми у можливості виконувати планове завдання (наприклад, виконання домашнього завдання самостійно)

d2201 труднощі у завершенні планових завдань

d250 труднощі контролювати власну поведінку

d2500 труднощі у сприйнятті нового (управління поведінкою та емоціями для правильного сприйняття нових об’єктів та ситуацій)

d2501 Проблеми пристосування до вимог (управління поведінкою та емоціями для задоволення потреб)

d2502 труднощі при встановленні контактів (управління поведінкою та емоціями для початку взаємодії з людьми у певних ситуаціях)

d2503 труднощі в управлінні поведінкою та емоціями відповідно до певних вимог або очікувань), непередбачувана поведінка

d 720 складні міжособистісні взаємодії

d7202 труднощі у здатності регулювати емоції та поведінка під час взаємодії

У нашому дослідженні ми використовувати оцінку «чинників довкілля» (e), оскільки проводилася оцінка функціонування дітей лише у ДНЗ, отже, умовно вважали ці чинники однаковими для всіх обстежуваних детей:

e310-1 відсутність належної підтримки близьких родичів

е 410-1 відсутність належних знань найближчих родичів щодо розладу

Оскільки в нашому дослідженні оцінюється широке коло питань, використовувалися дані, отримані різними фахівцями, що входять до команди та дані медичної документації.

2.2.3 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 навчального закладу 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 у  контакт |
|  | 2 | Воліє вступати в контакт, коли це для чогось  необхідно |
|  | 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 різними  людьми |
| 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) |

2.2.4 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.

2.2.5 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 січня 2021 року по січень 2022 року на базі Дитячого навчального закладу комбінованого типу «Радужний» міста Одеса.

У дослідженні брали участь 15 дітей (10 хлопчиків та 5 дівчат) у віці 4-6 років з розладами аутичного спектру. Діти відносились до легкої або помірної форми аутизму, які характеризуються не дуже глибоким аутистичним 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 всіх дітей була   
в наявності велика залежність від матері.

Всі діти з розладами аутичного спектру відносились до спеціальних груп і перебували в Дитячому навчальному закладі 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 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 цього Дитячого навчального закладу та отримували домашні завдання і 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 комплексної реабілітації для дітей з розладами аутичного спектру

В основі запропонованої співробітниками Дитячого навчального закладу комбінованого типу «Радужний» 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:

* Корекційна та реабілітаційна педагогіка.
* Психологічна реабілітація:
* техніка віртуального сенсорно-образного моделювання в «Родинних розстановках»;
* керування сприйняттям;
* сімейна психотерапія;
* індивідуальні сеанси тілесно-орієнтованої терапії.
* Робота з логопедом.
* Терапія А. Томатіса
* Евретмія.
* АВА-терапія.
* Саундбім.
* Біоакустична корекція.
* Сенсорна стимуляція.
* «Казкова фізкультура» за методикою Н.Н. Єфименко.
* Корекція харчування.

Стимулюючий ефект на когнітивні властивості дитини з аутичним типом розвитку, має кожен з елементів програми. При цьому, 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.

Описання кожного з напрямків сенсорно-інтегративної терапії наведено в Додатках до кваліфікаційної роботи.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вивчення ефективності застосування сенсорно-інтегративної терапії в комплексній реабілітації 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 за категоріями МКФ-ДП.

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 дітей з розладами аутичного спектру контрольної групи за критеріями комунікативної активності на рівні «активності та участі» 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 за категоріальним профілем дитини на рівні активності та участі за МКФ.

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 дітей (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 дітей з розладами аутичного спектру основної групи за критеріями комунікативної активності на рівні «активності та участі» 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 цих дітей дотримуючись основних положень МКФ-ДП, 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 на рівні саме активності та участі.

Таблиця 3.3

Порівняльна характеристика мотиваційної сфери дітей з розладами аутичного спектру на рівні «активності та участі» 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.

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.

Таблиця 3.4

Порівняльна характеристика емоційної сфери дітей з розладами аутичного спектру на рівні «активності та участі» 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) |

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 МКФ-ДП.

Таблиця 3.5

Порівняльна характеристика діяльнісної сфери дітей з розладами аутичного спектру на рівні «активності та участі» 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) |

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 впровадження сенсорно-інтегративної терапії в реабілітації зазначеної категорії дітей.

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 на рівні «активності та участі» 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) |

В табл. 3.6. та табл. 3.7 нами наведені результати, що дозволяють стверджувати, 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 дитиною комунікативними вміннями та навичками. Тому, на наш погляд, оволодіння ними є головним пріоритетом корекційної та реабілітаційної роботи в цілому.

Таблиця 3.7

Кількісна характеристика за критеріями комунікативної активності дітей   
з розладами аутичного спектру основної групи на рівні «активності та участі» 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, відбувся перерозподіл 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.

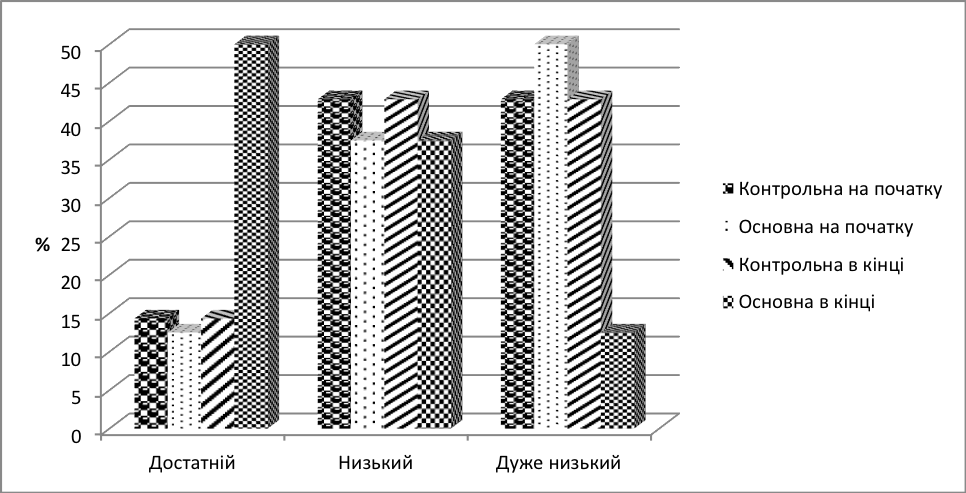


Рис. 3.1 Порівняльна характеристика мотиваційної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%).

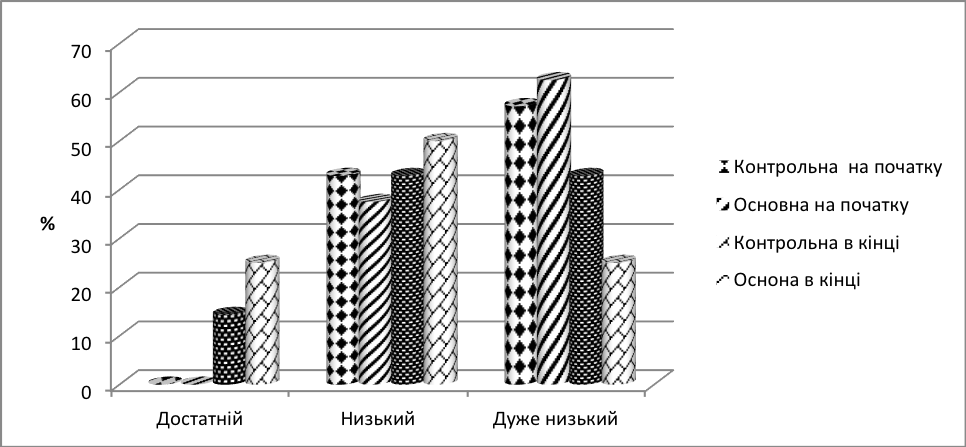


Рис. 3.2 Порівняльна характеристика емоційної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%)

За емоційним критерієм відбувся перерозподіл 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.

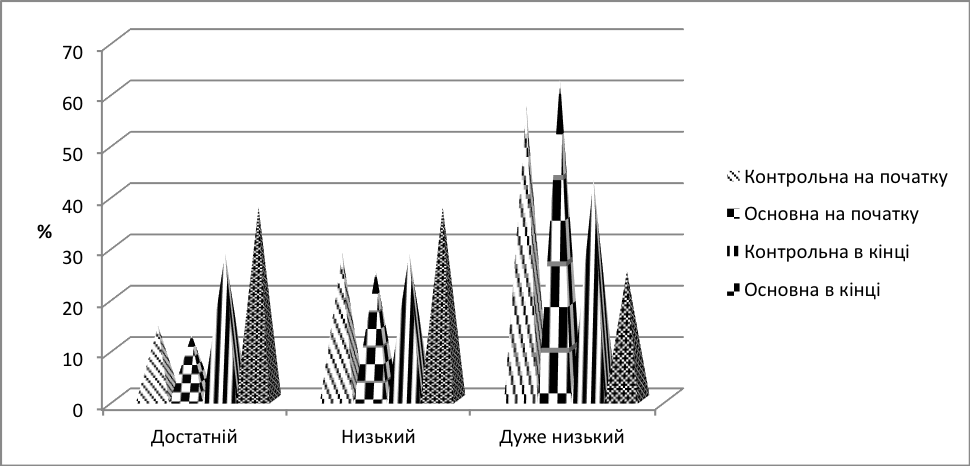


Рис. 3.3 Порівняльна характеристика діяльнісної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%)

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 навчального закладу комбінованого типу «Радужний» та працювати з дитиною   
за запропонованою комплексною програмою реабілітації. 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).

Складений категоріальний профіль за МКФ-ДП показав, що для дітей з розладами аутичного спектру характерним є наявність порушень комунікативної активності, саме тих складових мотиваційної, емоційної та діяльнісної сфер які дають можливість пізнавати світ через спілкування, необхідні для взаємодії дитини з родиною та залучення в освітній простір.

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 корекційно-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 кажете. 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 реабілітації дітей з розладами аутичного спектру в умовах Дитячого навчального закладу комбінованого типу.

2. Складений категоріальний профіль за МКФ-ДП показав, що для дітей з розладами аутичного спектру характерним є наявність порушень комунікативної активності, саме тих складових мотиваційної, 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 реабілітації дітей основної групи було характерно виражене поліпшення показників комунікативної активності на рівні «активності та участі», 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 ДНЗ програмою реабілітації з застосуванням заходів, які були проведені серед дітей з розладами аутичного спектра. Використана програма реабілітації із застосуванням сенсорно-інтегративної терапії сприяла вираженій оптимізації комунікативних можливостей дітей і тим самим, може бути рекомендована для практичного використання при роботі з даним контингентом дітей для якісної соціалізації.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Айрес Э.Дж., Островська К.О., Островський І.П., Сайко Х.Я. Індивідуальний маршрут дитини з розладами спектру аутизму. Навчальний посібник, 2017. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 52 с.
2. Афанасьєва І.П. Маленькими кроками у великий світ знань. СПб., 2014. 400 с.
3. Аршатская О. С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме. *Педагогика и психология*, 2005. № 2. С. 46–56.
4. Богуш А., Луцан Н. Мовленнєво-ігрова діяльність дошкільників: мовленнєві ігри, ситуації, вправи. К.: «Слово», 2008. 187 с.
5. Базима Н.В., Мороз О.В. Особливості невербальної та вербальної комунікації у дітей з аутизмом. *Логопедія*, 2013. № 4. С. 3–8.
6. Башина В.М., Гладун Т.О. Розвиток соціальності дітей з розладами аутичного спектру: соціально-педагогічний дискурс проблеми. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, 2015. № 8. С. 294–302.
7. Басалюк Н. М. Науково-методична робота спеціальної школи як засіб удосконалення професійної компетентності вчителя-дефектолога: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 13.00.03 «Корекційна педагогіка». К., 2012. 21 с.
8. Бікшаєва О.В., Марценковський І.Я., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму. *Методичні рекомендації*. Установа-розробник: НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. К., 2009. 31 с.
9. Воробєй О., Бобир Р. Місце дитини-аутиста в сучасному Українському суспільстві. Етнічна історія народів Європи. 2012. Випуск 37. С. 79–82.
10. Грабовська С. Л., Островська К.О. Генералізація соціальних умінь у осіб з порушеннями аутистичного спектру. Соціальна адаптація дорослих осіб з порушенням розвитку: Матеріали науково-практ. конф. з міжнародною участю. Львів, 2012. С. 36–40.
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., Вавіна Л.С. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2008. 301 с.
13. Дефектологічний словник: навчальний посібник. За ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. К.: МП Леся, 2011. 528 с.
14. Діти із затримкою психічного розвитку : характеристика, особливості психологічного супроводу: метод. реком. укл. Л. О. Кондратенко. Суми: РВВ КЗ Сумський ОІППО, 2015. 56 с.
15. 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.
16. Засенко В., Колупаєва А. 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.
17. Зиннхубер Х. Как развивается ваш ребенок? Таблицы сенсомоторного развития, игры и упражнения: От 4 до 7, 5 лет. М : Теревинф, 2009. 160 с.
18. Ігнатьєва О. Особливості реалізації педагогіки партнерства в умовах інклюзивної освіти. *Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах гробалізації: матеріали міжнар. наук.-практ. інт.-конф*. (м. Переяслав-Хмельницкий, 25 червня 2019 р.). Переяслав-Хмельницький, 2019. Вип. 48. С. 68-70.
19. Ігнатьєва О. Формування комунікативних навичок у дітей із розладами аутистичного спектру в умовах інклюзивного навчання. *Соціальне партнерство в інклюзивній освіті: акмеологічні засади, сучасні реалії : збірник наук. праць за матеріал. міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Ізмаїл : 15 квітня 2019 р.). Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2019. С. 47–51.
20. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. К.: Самміт-Книга, 2009. 272 с.
21. Ковалец И. В. Азбука эмоций: Практическое пособие для работы с детьми, имеющими отклонения в  психофизическом развитии и эмоциональной сфере: метод. пособие. М: ВЛАДОС,  2004. 133 с.
22. Косарева О. И. Психологические особенности обучения и воспитания  детей с разными образовательными потребностями (на примере детей с ранним детским аутизмом). *Наукові Записки РДГУ*, 2016. Випуск 13 (56); Частина І. С. 36–48.
23. Косарева Т. Синдром раннього дитячого аутизму. Особливості мовленевого розвитку. *Дефектолог*, 2008. № 5. С. 9.
24. Лебединская К.С. Аутизм. Методы лечения тяжелого психического отклонения. *Азбука здоров’я*, 2002. № 5. С. 23–24.
25. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. Детский аутизм: Хрестоматия. СПб., 2001. С. 7–17.
26. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М: Изд- во МГУ, 1990. 197 с.
27. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка. *Дефектология*, 1996. № 3. С. 56–66.
28. Лорман Т., Деппелер Д., Харві Д. Інклюзивна освіта. К: СПД-ФО, 2010. 296 с.
29. Мамайчук И.И. Психокорекционные технологии для детей с проблемами в развитии. Спб: Речь, 2010. 400 с.
30. Мануйлов Ю. С. Средовой подход в воспитании. *Педагогика*, 2000. № 7. C. 36–41.
31. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації. К., 2009. 46 с.
32. Микиртумов Б.Е. Аутизм: история вопроса и современный взгляд: монография. СПб: H-Л, 2012. 93 с.
33. Моніна Г.Б, Лютова-Робертс Є.К. Комунікативний тренінг (педагоги, психологи, батьки). СПб.: Мова, 2013. 224 с.
34. Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектра: методичний посібник. укл.: Л.О. Прядко. Суми: НВВ СОІППО, 2016. 60 с.
35. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение. *Психологический журнал*, 2003. Т. 24. № 6. С. 27–36.
36. Никольская О.С Аутичный ребенок. Пути помощи. М: Теревинф, 2007. 288 с.
37. Ніколенко Л.М. Розвиток соціальних навичок у дітей з порушеннями аутичного спектра в умовах інтеграційного дитячого оздоровчого табору. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки*, 2017. № 1 (13). С. 67–72.
38. Оклендер В. Окно в мир ребенка: руководство по детской психотерапии. М: Класс, 2003. 336 с.
39. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
40. Островська К.О., Качмарик Х.В. Особливості інтелекту дітей зі спектром аутистичних порушень. *Збірник наукових праць інституту психології імені Г.С. Костюка НАПНУ*, 2012. Том XIV. Ч. 6. С. 350–357.
41. Пахомова Н.Г. Спеціальна психологія : навч. посіб. для студентів спец. 6.010105 «Корекційна освіта». Полтав. нац. пед. ун-т ім. В.Г. Короленка. Полтава: АСМІ, 2015. 359 c.
42. Пасєвіна О.А. Можливості інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений*, 2013. № 2 (02). С. 99–104.
43. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. Львів: Колесо, 2009. 168 с.
44. Романюк І.А. Педагогічна рада у дошкільному навчальному закладі: технологія розробки, підготовки та проведення: метод. посіб. Тернопіль: Мандрівець, 2014. 152 с.
45. Сєднєва В.О. Основи корекційної роботи з учнями, які мають особливості психофізичного розвитку: методичні рекомендації. Миколаїв: ОІППО, 2011. 36 с.
46. Синьов В.М., Шульженко Д.І. Особливості умови соціалізації дітей з аутистичними порушеннями. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологіям: збірник наук. праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова*, 2012. № 21. С. 251–256.
47. Синьов В.М. Мультидисциплінарний 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.
48. 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.
49. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. К: Гнозіс, 2013. 60 с.
50. Cкрипник Т.В. Феноменологія аутизму. К: Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.
51. Скрыпник Т.В., Куценко Т.О., Риндер І.Д., Недозим І.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.
52. Смерун Ю.А. Відвідність архетиктурного простору психо-соматичним особливостям дітей-аутистів. *Архетиктурний вісник*, 2013. С. 140–145.
53. Тарасун В., Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів.   
    К: 2004. 103 с.
54. Технологии инклюзивного (совместного) образования в дошкольных учреждениях (рекомендации для руководителей, учителей-дефектологов и воспитателей дошкольных учреждений на примере инклюзивного образования детей с нарушениями слуха). Под общей редакцией Е.П. Микшиной, Л.А. Зигле. СПб: РЕМДОМ, 2011. 200 с.
55. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. М: АСТ; Астрель, 2007. 318 с.
56. Франческа А. Введение в психологическую теорию аутизма : практик. пособ. К.: Теревинф, 2006. 167 с.
57. Хворова Г. М. Особливості корекційно-розвивального навчання дітей з аутизмом. *Дефектологія*, 2005. № 2. C. 4–8.
58. Чуприков А.П., Хворова Г.М. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога: навч. посіб. Львів: Колесо, 2012. 184 с.
59. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н. МКФ в реабилитации. СПб: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. 238 с.
60. Шульженко Д.І. Аутизм – не вирок. Львів: Кальварія, 2010. 224 с.
61. Шульженко Д.І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей. *Монографія*: Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2009. 385 с.
62. Шульженко Д.І., Андреєва Н.С. Корекційний розвиток аутичної дитини: книга для батьків та педагогів. К.: Д. М. Кейдун, 2011. 344 с.
63. Щербата В., Ляховець Л., Горелько А. Корекція комунікативних навичок у дітей із розладом аутистичного спектру. Вісник Львівського університету. Львів, 2018. Вип. 3. С. 165–172.

Додаток

ДОДАТОК А

Складові Програми корекційно-реабілітаційного супроводу для дітей з розладами аутичного спектру Дитячого садочка комбінованого типу «Радужний»

*Психологічна реабілітація*

*Системні розстановки*. Кожна людина прагне знайти щастя і домогтися внутрішньої гармонії. Як варіант досягнення цього батькам дітей з розладами аутичного спектру пропонували різні види тренінгів-семінарів. Їх головною метою було формування і використання індивідуальних віртуальних просторів без використання сіттерів.

Системні розстановки були придумані Берту Хеленгером в кінці двадцятого століття, але почали активно використовуватися лише зараз. Запропонована «модель» відкриває розуміння того, що людина є частиною якоїсь системи. Ніхто не може жити сам по собі, поза суспільством, простору або часу, що не завжди враховувалося при проведенні корекції.

За методом Хеленгера батькам допомагають визначитися, яка проблема їх турбує, потім застосовуються індивідуальні розстановки з метою включення людини назад в систему.

Використання ж техніки віртуального сенсорно-образного моделювання в сімейних розстановках Хелегера дозволяє вирішити більшу частину псіхоррекціонних завдань і індивідуальних проблем за найменші строки, без групових сеансів і медикаментозного лікування. Відбувається процес поступового самопізнання, настає розуміння внутрішніх конфліктів, які знаходять швидке вирішення. Розстановки за Б. Хеллінгером дозволяють дістатися до самої суті існуючих негараздів, а техніка віртуального сенсорно-образного моделювання відкриває тому хто її освоює доступ до власних ресурсів індивідуального несвідомого, перебуваючи при цьому в звичайному, а не в зміненому стані свідомості.

Продовження Додатка А

Технології тренінгу спрямовані на підвищення здатності оперативно орієнтуватися в швидко мінливих умовах навколишнього середовища. Навички, що одержуються в процесі тренінгу, дозволяють підвищити ефективність прийнятих рішень за рахунок використання збалансованого багатоканального сприйняття. Тренінг розвиває психологічну стійкість, загострює чутливість каналів сприйняття, підвищує здатність утримувати або змінювати контекст сприйняття в залежності від вимог ситуації.

Мета тренінгу:

• збільшення пластичності психіки, її адаптивних можливостей;

• засвоєння нових ефективних стратегій управління сприйняттям;

• одночасне включення образної і логічної сфер свідомості;

• активізація творчих здібностей;

• практичні навички діагностики;

• підвищення стійкості до інформаційно-енергетичним впливів;

• азбука управління інструментами уваги і сприйняття.

*Системно-функціональний підхід*

*Системно-функціональний підхід.* Пропонована сімейна психотерапія базується на розгляді сім’ї, як цілісної системи, всі елементи і властивості якої знаходяться між собою в тісному безперервного зв’язку; «Системи» в якій функціональні акценти кожного з її членів можуть зазнавати динамічні зміщення, що впливають як на розподіл «ролей», внутрішньо-сімейні відносини, так і на психофізіологію.

Психологічні проблеми людини, часто, стають результатом складнощів взаємин в сім’ї: і тих, в яких він складається безпосередньо, і тих, хто стає пасивним свідком або мимовільним учасником відносин які розгортаються між іншими членами сім’ї.

Продовження Додатка А

При цьому, сім’я як функціонуюча система здатна самостійно, за рахунок своїх внутрішніх ресурсів допомагати своїм членам, задавати правильний напрямок розвитку, підтримуючи гармонійні відносини всередині себе.

Згідно функціонально-системному підходу, все, що відбувається в родині, регулюється і управляється властивостями самої системи. Тому завданням сімейної психотерапії є не тільки і не стільки зміна якостей або поведінки окремих членів родини, скільки налагодження функціонування самої сімейної системи.

Результатом терапії при даному підході є поліпшення, гармонізація психологічної сфери як окремо взятих членів сім'ї, так і всієї сім'ї в цілому.

*Тілесно-орієнтована терапія*

Мета індивідуальних сеансів по ТОТ (тілесно-орієнтованої терапії) – вирішення психологічних і психосоматичних проблем за допомогою тілесно-орієнтованих методів.

Проблеми на роботі чи вдома, з друзями або близькими людьми мають свої прояви в тілі. Проблеми зі здоров’ям, з якими ми зазвичай звертаємося до лікаря, часто пов’язані з подіями в нашому житті і внутрішніми переживаннями. Можна сказати, що всі проблеми «записані» в тілі людини у вигляді м’язових затискачів, напружених поз, болючих точок і зон.

Повільне і м’яке опрацювання таких ділянок тіла в поєднанні з психологічною роботою дозволяє не тільки зняти багаторічне хронічне напруження, допомогти глибоко і повноцінно розслабитися. Така робота дозволяє повернутися травматичному досвіду, і, в підсумку, трансформувати його.

ДОДАТОК Б

*Робота з логопедом*

Батькам пропонували також індивідуальні заняття з дітьми з особливостями у розвитку, затримкою психо-мовного розвитку.

Провідним напрямком в діяльності логопеда-дефектолога є подолання недоліків пізнавальної, сенсомоторної і мовної діяльності. Логопедом-дефектологом ставляться завдання формування психологічного базису (передумов) для розвитку вищих психічних функцій дитини, що передбачає: 1) Стимуляцію пізнавальної активності і вдосконалення орієнтовно- дослідницької діяльності; 2) Розвиток дрібної моторики; 3) Формування і корекцію психомоторних функцій і міжсенсорних зав’язків; 4) Збагачення сенсорного досвіду дитини і розвиток всіх видів сприйняття; 5) Розвиток і корекцію простих модально-специфічних функцій, таких як:

1. Витривалість до безперервного зосередження на завданні (працездатність); 2. Швидкість актуалізації тимчасових зв’язків і міцність фіксації слідів пам’яті на рівні елементарних анемічних процесів; 3. Здатність до концентрації і до розподілу уваги: 4. Готовність до співпраці з дорослим; 5. Стимуляцію мовного розвитку дитини.

На наступних етапах корекційної діяльності, робота фахівця здійснюється в напрямках:

- розвитку та корекції вад емоційно-вольової сфери та особистості, що формується;

- розвитку пізнавальної діяльності та цілеспрямоване формування вищих психічних функцій;

- розвитку мови і комунікативної діяльності;

- формування провідних видів діяльності (їх мотиваційних, орієнтовно-операційних і регуляційних компонентів).

Тривалість заняття 35-45 хвилин.

ДОДАТОК В

*Біоакустична корекція*

Біоакустична корекція – це сенсорна стимуляція головного мозку звуками, що формуються на основі ЕЕГ в реальному часі, для активації механізмів саморегуляції. А простими словами – прослуховування музики власного мозку, в той час як прилад уловлює роботу вашого мозку.

В основі ефективності методу БАК лежить активація природних процесів регулювання. Музикоподібні звуки, які синхронні і узгоджені з активністю мозку, створюють унікальні умови для включення процесів саморегуляції в центральній нервовій системі (ЦНС).

Такий варіант сенсорної стимуляції, який поєднує в собі елементи біологічного зворотного зв’язку, аудіовізуального впливу і музикотерапії, дозволяє активувати природні процеси саморегуляції, що сприяє ефективному відновленню функціонального стану ЦНС.





Продовження Додатку В

Лікувальний ефект впливу Біоакустичної корекції:

• відновлення функціонального стану центральної нервової системи – що супроводжується нормалізацією параметрів електроенцефалограми;

• стимуляція психічного та мовного розвитку у дітей із затримками мовного і психомовного розвитку, ефективне відновлення мовних і когнітивних функцій після органічного ураження головного мозку та ін.

• нормалізація психофізіологічних і психологічних показників:

- поліпшення психоемоційного стану

- нормалізація сну і апетиту

- мнімотропну дію – вплив на пам’ять, здатність до навчання

- підвищення рівня бадьрості, ясності свідомості

- адаптогенну дію – підвищення стійкості організму до дії екстремальних факторів; вплив на толерантність до різних екзогенних факторів

- вплив на порушені вищі коркові функції, рівень суджень та критичних можливостей, мислення, уваги, мови

- антидепресивну

- зниження емоційної збудливості і роздратованості

- антиастенічну – зменшення слабкості, млявості, виснаження



Продовження Додатку В

В Дитячому садочку комбінованого типу комплекс Біоакустичної корекції (БАК) застосовують при:

1. Порушеннях психічного розвитку (затримка розумового розвитку, розумова відсталість, аутистический синдром).

2. Порушеннях мовного розвитку (дизартрія, дислалія, алалія, дисграфія, дислексія).

3. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю.

4. Неврозоподібних порушеннях (тики, енурез).

5. Головних болях напруги. Мігрені.

6. Адаптація до дошкільних закладів. Загальне оздоровлення організму і психопрофілактика. Підвищення і підтримка оптимального рівня адаптаційних можливостей організму, процесу саморегуляції.

Особливості та відмінності даного приладу вражають, так як:

• це немедикаментозний, неінвазивний метод відновлення функціональних розладів ЦНС;

• відсутнє звикання, побічні ефекти, немає вікових обмежень;

• можлива сумісність і прискорення інших видів лікування;

• зменшується медикаментозне навантаження;

• кожна процедура БАК проходить під контролем записи ЕЕГ;

• висока ефективність – курс 8-15 процедур по 20 хвилин.

ДОДАТОК Г

*Корекційна та реабілітаційна педагогіка*

Батькам було запропоновано в рамках корекційно-реабілітаційного супроводу *АВА-терапію*, як окремий вид сенсорно-інтегративної терапії.

Вважають, що поведінка – якщо вона є, то існують і чинники в навколишньому середовищі, які його провокують. Всі дії і види нашої поведінки перебувають під впливом мотиваційних операцій і стимулів.

АВА терапія – це інтенсивна навчальна програма, яка ґрунтується на поведінкових технологіях і методах навчання. АВА дисципліна – це наука, яка вивчає вплив чинників у навколишньому середовищі на поведінку, і маніпулює цими факторами, щоб змінити поведінку.

Поведінкова терапія за програмою АВА побудована на тому, що:

1. Будь яка поведінка людини тягне за собою певні наслідки.

2. Управляючи цими наслідками можна коригувати поведінку дитини.

3. При цьому підході всі складні для дітей з особливостями у розвитку навички розбиваються на окремі дрібні блоки – дії.

4. Кожна дія розучується окремо з дитиною, а згодом дії з’єднуються в єдиний ланцюг, утворюючи одну складну дію.



Продовження Додатка Г







АВА терапія дозволяє поліпшити навички комунікації, адаптаційного поведінки, здатності до навчання, і досягти відповідної поведінки, обумовленого соціально.

Продовження Додатка Г

Також, як окремий вид сенсорно-інтегративної терапії було запропоновано – *Саундбім*

САУНДІМ – це новий ефективний засіб в області реабілітації:

1. Музичний промінь, який перетворює рухи в музику

2. Ви входите в невидимий промінь, який вимірює напрям і швидкість ваших рухів

3. Переводить ці рухи в симфонію звуку.

Саундбім – це засіб, за допомогою якого людина з серйозними відхиленнями або недоліками може виразити себе і почати спілкуватися через музику і звук. Почуття незалежності і контролю над тим, що відбувається стимулює процес навчання, спілкування і в інших сферах життя.

Напрямки використання Музичного Луча:

-розвиток дрібної моторики;

- поліпшення загальної рухливості;

- розвиток відчуття власного тіла в просторі;

- навчання здатності слухати і концентрувати увагу;

- розвинути уяву через рух і звук;

- відкриття здатності до імпровізації і творчої активності;

- розвиток і вдосконалення навичок спілкування;

- розвиток мотивації.



Продовження Додатка Г

В Дитячому садочку застосовують *Еврітмію*, як вид сенсорно-інтегративної терапії для дітей з розладами аутичного спектру

Евритмія була включена в програму вальдорфських шкіл, коли вони з’явилися в 1919 році, перш за все як художній елемент, як нове мистецтво, яке прийшло з життя і, отже, має бути присутнім і в дитячих навчальних закладах. А також як противагу зовнішнім рухам, які присутні в гімнастиці. За допомогою зовнішніх гімнастичних вправ учень вводиться в простір, а за допомогою еврітмії йому надається можливість зовнішнім чином виконувати відповідні його природі рухи так, як цього вимагає сам організм. Таким чином, сутністю еврітмії є внутрішнє вираження себе в зовнішньому русі, а гімнастики – заповнення собою зовнішнього і зв’язування себе із зовнішнім світом.

Завдання еврітмії в дитячому садочку полягає в тому, щоб допомогти нормальному розвитку дитини відповідно до його життєвих і вікових етапів. Евритмія охоплює тіло дитини через одухотворений рух і, таким чином, включає духовне начало в гармонійне ставлення з фізичним. Р. Штейнера розробив спеціальні педагогічні форми і вправи, в тому числі з мідними паличками і мідними або дерев’яними кульками і дав рекомендації, як ці вправи певним чином благотворно діють на дітей. Їм були дані поради про те, як повинен бути оформлений еврітмічний клас. На відміну від спортивного залу, де повинні бути представлені мотиви, пов’язані з почуттям рівноваги і ставленням рухів людини до світу, еврітмічний клас повинен бути прикрашений живописними зображеннями душевної динаміки людини, вираженої художньо. Надалі, в результаті розвитку вальдорфських шкіл, педагогічна евритмія розроблялася еврітмістами-педагогами, що працюють в цих школах. Основну роль в побудові уроку еврітмії відіграє особистість педагога, його творча фантазія і інтуїція, засновані на вмінні відчути і розуміти суть еврітміі, на знанні етапів розвитку дитини і загострене почуття особливостей конкретних дітей, що стоять перед ним.

## ДОДАТОК Д

## В рамках корекційно-реабілітаційного супроводу було запропоновано [Слухову терапію за методом А. Томатіса](http://www.sad.radujny.od.ua/index.php/instructions/terapiya-a-tomatisa/28-slukhovaya-terapiya-po-metodu-a-tomatisa)

Затримка мовного розвитку (ЗМР) – характеризується більш повільними в порівнянні з нормою темпами засвоєння рідної мови. Причому відставання рівномірно у формуванні всіх компонентів мови: дитина не тільки неправильно вимовляє більшість приголосних звуків, але і не засвоює граматичні категорії, які не опановує зв’язною промовою.

Причини затримки мовного розвитку різноманітні: проблеми в розвитку слухового, зорового і тактильного сприйняття; інтелектуальна недостатність, спадковий тип пізнього розвитку мови. Серед причин затримки мовного розвитку слід відзначити соматичну ослабленість, хвороби дитини, через які затримується формування всіх психічних функцій.

АПФ-терапія активізує діяльність ділянок головного мозку, що відповідають за дикцію, словниковий запас, мовну активність, а також нормалізує розвиток пізнавальних процесів (пам’яті та уваги). В активній фазі використовуються мовні стрічки різної складності, для розвитку фонематичного слуху дітей і корекції вимови.

Аудіо-психо-фонологічна терапія за методом Альфреда Томатиса стимулює неврологічну і фізіологічну систему людини, за допомогою прослуховування відфільтрованої музики Моцарта і материнського голосу. Протягом багатьох років аудіо-психо-фонологія неодноразово довела свою ефективність в корекції таких розладів як аутизм, затримка мовного і психомоторного розвитку, гіперактивність.

Показання до лікування за методом Томатіс:

- погана якість мовлення чи її відсутність;

- знижена здатність до навчання і концентрація уваги;

- депресивні, тривожні стани;

- порушення координації рухів будь-якого походження;

## Продовження Додатка Д

- порушення почуття ритму;

- проблеми у вивченні іноземної мови;

- поліпшення вокальних даних.



*Сенсорна інтеграція*

Сенсорна інтеграція (СІ) це процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх почуттів (дотик, вестибулярний апарат, відчуття тіла або проприоцепція, нюх, зір, слух, смак), потім організовує їх і інтерпретує так, щоб вони могли бути використані в цілеспрямованої діяльності. Іншими словами, це адаптаційна реакція, що служить для виконання певної дії, прийняття відповідного положення тіла.

У більшості людей процес сенсорної інтеграції відбувається автоматично, забезпечуючи реакції, відповідно до вимог оточення і обумовлює правильний сенсомоторний розвиток. У разі виникнення порушень обробки сенсорних сигналів, будуть з’являтися дисфункції в моторному, пізнавальному розвитку, а також в поведінці дитини.

Метою терапії сенсорної інтеграції є надання такої кількості відповідних сенсорних, вестибулярних, пропріоцептивних і тактильних стимулів, щоб створити умови для нормальної роботи центральної нервової системи.

## Продовження Додатка Д

Бажані адаптаційні реакції від Сенсорної інтеграції з’являться природним чином, в якості наслідку функціонування нервової системи (формуються і поліпшуються синаптичні з’єднання OUN).

Процес сенсорної інтеграції починається з перших тижнів внутрішньоутробного життя і найбільш інтенсивно протікає до кінця дошкільного віку. З розвитком сенсорної інтеграції пов’язана діяльність людини в цілому. Творцем методу сенсорної інтеграції є Джин Айрес, науковий співробітник Південно-каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі.

Симптоми порушень сенсорної інтеграції. Надмірна або недостатня чутливість до тактильних, зорових, слухових стимулів, а також руху, наприклад, уникнення торкання деяких фактур (пісок, каша); уникнення занять з пластиліном, малювання пальцями; проблеми з маніпулюванням, використанням столових приборів, ножиць; неправильне захоплення олівця; надчутливість до звуків, до світла; труднощі у навчанні письма і читання; труднощі з вислуховування рекомендацій; проблеми з навчанням їзди на велосипеді; уникнення катання на гойдалках, каруселях, або надмірне захоплення цими іграми; утруднення при переписуванні з дошки, пропускання букв, складів; труднощі в розрізненні правого та лівого боків, особливо, коли у дитини немає часу, щоб задуматися; низький поріг толерантності до близькості іншої особи.

Занадто високий або занадто низький рівень рухової активності; Розлади м’язового тонусу; Слабка рухова координація (ці проблеми можуть стосуватися великої або дрібної моторики); Рухова незграбність; Труднощі в концентрації, імпульсивність; Швидка втомлюваність; Відмова від соціальних контактів; Затримка розвитку мови, рухового розвитку, а також труднощі в навчанні; Слабка організація поведінки, відсутність планування.

## Продовження Додатка Д

Завдяки старанно підібраним вправам в рамках терапії – Сенсорної інтеграції, дитина може поліпшити:

• розвиток в області великої і дрібної моторики

• увагу і концентрацію

• зорові і слухові здібності

• самосвідомість і самооцінку

• функціонування

*Пісочна терапія*

Пісочна терапія – один з методів психотерапії, що виник в рамках аналітичної психології. Це спосіб спілкування зі світом і самим собою; спосіб зняття внутрішньої напруги, втілення його на несвідомо-символічному рівні, що підвищує впевненість в собі і відкриває нові шляхи розвитку. Пісочна терапія дає можливість доторкнутися до глибинного, справжнього Я, відновити свою психічну цілісність, зібрати свій унікальний образ, картину світу. Грою в піску бавилися багато поколінь людей, тому що немає на світі нічого простіше і доступніше, зручніше і різноманітніше, жвавіше і об’ємніше, ніж – Пісочна гра. Пісок – дивовижний природний матеріал, який здатний передати одночасно багато: І відчуття розмаїття природи, і відчуття можливостей свого тіла, і сутності життя взагалі з її плинністю, несподіванкою, безліччю форм. Іноді, думки важко висловити словами, особливо дітям з труднощами комунікації. Але ж ще існує мова міміки, жесту, здатна тонко висловити відчуття або почуття. Граючи, занурюючись в творчий процес, руки як би вибудовують мости між внутрішнім і зовнішнім світами. Перш ніж дитина усвідомлює, що вона робить, його руки самі починають просівати пісок, будувати тунелі, гори і т.п. А якщо до цього додати мініатюрні фігурки, іграшки, тоді з’являється цілий світ, розігруються драми, і дитина повністю занурюється в гру.

## Продовження Додатка Д

Діти можуть створювати картину світу в живому тривимірному просторі. Дитині надається можливість будувати свій особистий світ, відчуваючи себе його творцем. Сам принцип терапії піском був запропонований ще Карлом Густавом Юнгом. Пісок має властивість пропускати воду. У зв’язку з цим фахівці стверджують, що він поглинає негативну психічну енергію, взаємодія з ним очищає енергетику людини, стабілізує емоційний стан. Гра в пісок позитивно впливає на емоційне самопочуття дітей і дорослих, це прекрасний засіб турботи про душу. Мета такої терапії – не змінювати і переробляти дитини, не вчити його якимось спеціальним поведінковим навичкам, а дати можливість дитині бути самим собою. Гра в піску є символічною мовою для самовираження. Маніпулюючи іграшками, дитина може показати більш адекватно, ніж висловити в словах, як він ставиться до себе, до близьких дорослих, до подій у своєму житті, до оточуючих людей. Гра в пісок дає поштовх для вирішення конфліктів і передачі почуттів. Іграшки озброюють дитину відповідними засобами, оскільки вони, поза всяким сумнівом, є тим середовищем, в якій може здійснюватися самовираження дитини. У вільній грі вона може висловити те, що йому хочеться зробити. Коли вона грає вільно, а не за чиєюсь вказівкою вона робить цілий ряд незалежних дій. Юнг стверджував, що процес гри в пісок вивільняє заблоковану енергію і активізує можливості самозцілення, закладені в людській психіці. Гру з піском не можна інтерпретувати безпосереднього учасника процесу. Психолог виконує роль уважного глядача. Позиція психолога – активна присутність, а не керівництво процесом.

ДОДАТОК Е

На фоні корекційно-реабілітаційного підходу батькам необхідно було звернути уваги на харчування своєї дитини, яка має розлади аутичного спектру. Для цього пропонувались наступні *Дієтичні підходи*

Реабілітаційний підхід до лікування аутизму, зосереджений на фізіологічних потребах людини, як цілісного організму, в якому все пов’язано між собою. Основа цього підходу – очищення побуту і навколишнього середовища дитини від токсичних, хімічних шкідливих речовин, введення принципів здорового харчування, включення здорової екологічно чистої, органічної їжі, очищеної води.

Далі реабілітаційний підхід передбачає корекцію здоров’я і допомогу на підставі медичних показань і аналізів.

Що може включати також і корекцію харчування дитини, з урахуванням індивідуальної нестерпності і алергій дитини. Адже, нетипова реакція на продукти харчування спостерігаються у ¾ дітей з розладами аутистичного спектру. Вибірковість в їжі є найбільш поширеною проблемою, що призводить до додаткових порушень роботи шлунково-кишкового тракту. Насправді, вводячи ту чи іншу дієту, ми лікуємо НЕ аутизм, а намагаємося впоратися з низкою обмінних порушень, які є однією з фізіологічних причин поганого самопочуття дитини з аутизмом і загострює деякі поведінкові прояви у дітей з аутизмом.

Крім того, заповнення дефіциту організму дитини корисними речовинами. Вітаміни, амінокислоти, жирні кислоти, мінерали, пробіотики, ферменти, індивідуально підібрані на підставі аналізів для конкретної дитини здатні здійснювати істотні позитивні зрушення і в фізичному стані і в розвитку дитини.

Знову ж таки, важливо мати на увазі, що кожна дитина з аутизмом унікальна і може більш ефективно реагувати на деякі види харчування, ніж інші діти з тим же діагнозом.

Продовження Додатку Е

Реабілітаційний підхід до харчування аутизму може включати наступні моменти: очищена органічна дієта, виключення індивідуальної непереносимості та алергій, дієта без глютену і казеїну, вітамінні і мінеральні добавки, амінокислоти, незамінні жирні кислоти, лікування грибкових інфекцій, лікування хронічних інфекцій, лікування паразитарних інвазій, лікування діббактеріоза кишечника, регулювання імунної системи, очищення організму від токсичних металів.

Запропоновані види терапії НЕ ВИКЛЮЧАЮТЬ використання поведінкових терапій, а навпаки, сприяють підвищенню їх ефективності, шляхом поліпшення мозкової діяльності і здоровья тіла і полегшує процес комунікаії і адаптації дитини.