

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

Кафедра спеціальної освіти

**ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВОЇ ГОТОВНОСТІ ДО
НАВЧАННЯ У ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМ СПЕКТРОМ
ПОРУШЕНЬ**

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка 2 курсу
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітньо-професійної (наукової)
програми «Олігофренопедагогіка»
Рябич Тетяна Григорівна
Керівник докторка психологічних наук.
проф. Яковлева С.Д.
Рецензент директор Херсонської
спеціальної загальноосвітньої
школи № 1 Херсонської міської ради
Петлюк С.С.

Івано-Франківськ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА АУТИЗМУ : ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ.....	6
1.1. Історичні аспекти виникнення аутистичних порушень	6
1.2. Поняття «розлади аутистичного спектру» , «дитина з РАС» та специфіка її поведінки.....	8
1.3. Причини виникнення раннього аутичного синдрому.....	12
РОЗДІЛ 2. СТАН СФОРМОВАНOSTІ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	14
2.1. Клінічний аспект аутистичних порушень у дітей.....	14
2.2. Індивідуально-психологічні проблеми дітей з РАС.....	17
2.3. Особливості пізнавальної сфери дітей з аутистичним спектром порушень.....	20
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З АУТИЧНИМ СПЕКТРОМ ПОРУШЕНЬ.....	25
3.1. Діагностичні методи дослідження аутистичного спектру порушень.....	25
3.2. Стан мовленнєвого розвитку дітей з аутистичним спектром порушень.....	27
3.3. Напрями корекційно-виховної роботи з дітьми з аутистичним спектром проявів.....	33
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43
ДОДАТКИ.....	48
Додаток А. Карта спостереження за дитиною.....	48
Додаток Б. Опитувальник ADI-R.....	69

ВСТУП

Актуальність проблеми. Проблема аутизму останнім часом набула первинного значення серед осіб з психофізичними та поведінковими порушеннями. Це обумовлено швидким збільшенням випадків даного розладу у всьому світі.

Основним симптомом, який привертає увагу даного порушення – є порушення адаптивної поведінки, яка проявляється у відмові від комунікативної діяльності. Мова і мовлення набувають у цьому першорядного значення, оскільки практично в 50 % дітей усне мовлення не розвивається взагалі. Така ситуація веде до проблем соціалізації дітей цієї категорії.

Проблемами комунікації стан розладів аутичного спектру не обмежується. В дітей відсутній зоровий контакт та довірливі відносини між батками та оточуючими їх людьми.

Діти з аутистичним спектром проявів не прагнуть спілкування, що відображається на більш пізньому формуванні у них мовленнєвої діяльності.

Мовлення дітей з аутизмом навіть у пізньому віці відрізняється ехолаліями, тобто повторенням окремих почутих слів та вуків. Часто батьки говорять про те, що їх дитина «співає» або «мукає».

Беззаперечна значущість даної проблеми полягає у збільшенні з кожним роком дітей цієї категорії і необхідності їх корекції, яка складає труднощі і полягає у корекції поведінки, мовленнєвого розвитку та розвитку усіх психічних процесів.

Проблема дітей з аутичним спектром проявів зумовила вибір теми магістерської роботи: «Стан мовленнєвої готовності до навчання в дітей з аутистичним спектром проявів».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Випускна робота виконана в рамках науково-дослідної теми

кафедри спеціальної освіти «Зміст і технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» (державний реєстраційний номер 0119U101727 від 22.11.2019).

Мета полягає у вивченні проблеми стану мовленнєвої готовності дітей з аутистичним спектром проявів та розробці технологій її корекції.

Відповідно до мети дипломної роботи були поставлені наступні завдання:

1. Проаналізувати стан дослідженості мовленнєвої готовності дітей з аутистичним спектром проявів.
2. Провести дослідження особливостей мовленнєвої готовності дітей з аутистичним спектром проявів до навчальної діяльності.
3. Визначити шляхи корекційно-виховної роботи мовленнєвої готовності дітей з аутистичним спектром проявів.

Об'єкт дослідження - розвиток мовленнєвої готовності дітей з розладами аутистичного спектру (РАС).

Предмет дослідження – формування мовленнєвої готовності до навчання у дітей з аутистичним спектром порушень.

Для розв'язання поставлених завдань використано методи наукового дослідження: теоретичний аналіз наукових літературних джерел, формально-логічний метод, систематизація, узагальнення, порівняння, спостереження, синтез, конкретизація та ін.

Наукова новизна полягає в тому, що використано особливий підхід до проблеми мовленнєвої готовності дітей з розладами аутистичного спектру:

- робота з гіпотезами (висування гіпотез, перевірка, аналіз);
- моделювання проблемної ситуації; - конкретизація;
- переструктурування завдання;

Теоретична значущість дослідження: в роботі представлено методи корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру

для розвитку мовленнєвого спідкування.

Практична значущість: методичні рекомендації для корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру з проблемами у мовленнєвому розвитку можуть бути використані в практичній діяльності, а також стати основою для створення методичних матеріалів.

Апробація результатів роботи знайшла своє відображення у тезах Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграція науки і практики в умовах модернізації спеціальної освіти України» на тему «Міжособистісні стосунки і підлітків з аутистичним спектром проявів в умовах інклюзії» С.194-199, яка відбулася на базі кафедри спеціальної освіти педагогічного факультету ХДУ 23-24 березня 2023 року.

Режим доступу:

<https://www.kspu.edu/About/Faculty/FEElementaryEdu/ChairCorrectingEdu/Conference.aspx>

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, в яких розкрито основні положення обраної проблеми, загальних висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ I

ПРОБЛЕМА АУТИЗМУ: ТЕОРЕТИКО - МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ

1.1 Історичні аспекти виникнення аутистичних порушень

Медична та психолого-педагогічна література, яка висвітлює проблему аутичних проявів показує складність даного порушення, яке триває протягом усього життя, а починається у ранньому дитинстві [2].

Особи, в яких спостерігаються аутичні прояви, погано спілкуються, неадекватно реагують на оточення. В них спостерігається ригідна поведінка та стереотипові дії [6].

В теорії розвитку аутизму виділяють 3 періоди. Перший з них (кінець XIX — початок XX ст.) характеризувався окремими згадками про дітей з проявами самотності.

Другий етап носить назву доканнерівського (20 – 40-і роки XX століття), коли мова йшла про виявлення проявів аутичного спектру в дітей з шизофренією. Вперше різницю між цими двома поняттями зауважила Т. П. Симеон, простеживши за поведінкою дитини з аутичним спектром проявів. Було помічено малу прив'язаність до реліїв світу. Після чого і В.П.Осіпов, і В. А. Гіляровський підкреслили розлади свідомості свого «Я» по відношенні до оточуючого довкілля [5].

Третій період (40 – 80-ті роки XX ст.) – каннерівський, коли автор Л. Каннер (1943) описав особливий стан дітей, не пов'язаний з психічними порушеннями, а зумовлений крайньою самоізоляцією. Він зауважив, що ранній дитячий аутизм (РДА) не є порушенням розумового розвитку, що пізніше було підтверджено іншими вченими. Основними симптомами аутизму за Л. Каннером виділяють:

- порушення контактування з оточуючими людьми;
- прагнення до усамітненості та неактивних форм діяльності;
- зацікавлення предметами, які обертаються;

- порушення мовлення, яке не спрямоване на активність;
- високі когнітивні можливості.

Постканнерівський період (50 – 90 роки ХХ ст) характеризувався вивченням клініко-психопатологічних особливостей дітей з порушеннями аутичного спектру. зокрема це стосувалося раннього дитячого аутизму. до цих особливостей віднесені були порушення в цієї категорії дітей адаптації до оточуючих, порушення апетиту, афективні розлади поведінки тощо (В. М. Башина, Г. Н. Пивоварова, 1980; Е. Ентоні, 1958; Рімланд Б., 1964; Лутц Дж., 1968; Вінг Л., 1981; Руттер М., 1987).

Психоаналітиками 60-х років було висунуто ідею, що аутизм обумовлений недорозвитком сформованості звязків на ранніх стадіях розвитку, що спричинило вивчення та створення психоаналітичного підходу до корекції аутизму, тобто вивчення відносин між аутистичними дітьми та їхніми батьками [14].

Такі досягнення призвели до вичленення з шизофренії аутичних симптомів, зокрема синдрому Ретта, які спостерігалися при порушеннях розумового розвитку на ранніх стадіях при різних нозологічних формах порушень (Г. С. Маринчева, В. И. Гаврилов, Ретт А., 1966; Хагберг Б., 1985 та ін.).

Причинами РДА вважаються вплив органічних шкідливостей на діяльність ЦНС під час раннього онтогенезу. Спостереження за дітьми з аутистичними проявами призвело до висновку, що аутичний спектр може спостерігатися в дітей з порушенням розумового розвитку, з сенсорними порушеннями. з порушеннями обміну речовин, при затримці слухомовленнєвого розвитку і спричиняє швидку втомлюваність та виснаженість нервової системи дитини [14].

Таким чином, було запропоновано вважати аутизм психічним розладом, який характеризується недостатністю особистісних, мовленнєвих контактів, схильністю до самоізоляції, а відтак

порушенням соціалізації, зануренням у світ власних переживань і дій, які націлені на неживі об'єкти [14].

1.2. Поняття «розлади аутистичного спектру» , «дитина з РАС» та специфіка її поведінки

Аутичний спектр розладів характеризується труднощами побудови соціальних стосунків, проблемами у мовленнєвому спілкуванні та своєрідністю поведінки. Такі прояви можуть мати різні характеристики в залежності від ступеня важкості самого розладу.

Кожна дитина з аутичним спектром проявів являє собою індивідум не подібний до іншого. діти відрізняються за готовністю налагодження контактів з оточенням, з батьками. Вони відрізняються і за рівнем інтелектуального розвитку. Такми чином можна говорити про широкий варіативний спектр проявів аутизму. Можна спостерігати дітей з вираженим порушенням інтелектуального розвитку з аутичними проявами і дітей з високим інтелектом, поєднаним з аутизмом.

Аутичні порушення в дітей з достатнім інтелектуальним розвитком гальмуються обмеженістю мовленнєвого, хоча й рзвиненого спілкування. Це викликає труднощі у встановленні взаємостосунків та активного мовлення, що отримало назву синдрому Аспергера.

Такий вид аутизму дає можливість прогресивного розвитку дитини в різні вікові періоди, але попри все дитина завжди буде мати певні «аутичні» прояви.

Основною ознакою аутизму є неконтактність дитини з раннього віку, особливо коли спостерігаємо першу вікову кризу у 2-3 роки. В цей час діти найбільш сильно проявляють протест під час комунікації з незнайомими людьми, в той же час не втрачаючи контролю за оточенням, що обумовлено захисною реакцією цієї категорії дітей навіть у ранньому віці [28].

Особливості нервової системи дітей з проявами аутизму полягають у невідповідній реакції дитини на певні звуки, на оклики батьків, на гучні промови. Інколи діти просто на них не реагують, хоча це не означає, що вони їх не чують. В центральній нервовій системі дітей з РАС відбувається гальмування деяких стимулів і дитина при додатковій не зосередженості на конкретній інформації не буде на неї реагувати.

Часто діти з аутичним спектром проявів не промовляють деякі слова, оскільки не розуміють їх значення і не знають в якому контексті їх потрібно вживати. Це спричиняє труднощі спочатку у засвоєнні слів, а згодом у їх використанні. Реакція дитини з аутизмом може мати різний вираз: від погляду на предмет, який її зацікавив до крику [28].

Для дітей з РАС характерні ехолалі – повторювання почутих слів. Це є добрим знаком, який свідчить про розвиток комунікативних можливостей дитини і згодом використання почутих слів під час спілкування.

Комунікація поділяється на *ненавмисну* та *навмисну* комунікації.

Ненавмисна комунікація – це вид діяльності, який слугує для заспокоєння дитини без урахування впливу на інших людей.

Навмисна комунікація передбачає дії дитини з метою повідомлення

інформації іншій людині. Це більш простий вид комунікації, оскільки дитина розуміє свій вплив на інших людей.

Дуже серйозним кроком для дитини з аутичним спектром проявів є перехід від одного виду комунікації до іншого, він свідчить про просування у розвитку [25].

Процес комунікації можна поділити на чотири стадії, які залежать від здатності дитини до взаємодії з оточуючими, від розуміння цієї взаємодії та від часу та причини взаємодії [28].

Першою стадією є стадія *самодостатності*, коли дитина зайнята

сама собою, не звертає уваги на оточуючих. Ця стадія є діагностичною для аутизму.

На другій стадії діти усвідомлюють свій вплив на інших людей і вона носить назву *стадії прохань*. В цей час дитина намагається комунікувати з дорослими при бажанні щось отримати. Проявлятися така поведінка може по-різному (це підштовхування дорослих, намагання вербалізувати).

А третя стадія носить назву *ранньої комунікації*. Ця стадія найтриваліша. Під час її дитина намагається заолучатися до двосторонньої взаємодії, починає комунікувати.

Четверта стадія – *партнерської* взаємодії, коли комунікація стає більш ефективною і дитина починає більше використовувати мовлення, особливо у знайомому оточенні, хоча на незнайомій території в дитини можуть виникати певні труднощі взаємодії і складається враження, що дитина ігнорує своїх партнерів по взаємодії [25].

Тотальна комунікація проявляється комбінуванням мовлення та жестової мови, яку здійснює дитина, коли прагне досягти бажаного. У таких випадках вона починає імітувати мовлення дорослих, що відбувається механічно, але при необхідності повторюється, коли є потреба.

Діти шкільного віку проявляють різний ступінь та якість засвоєння розмовного мовлення. Це мовлення відрізняється механічністю, монотонністю, незвичним тоном голосу. Така комунікація може тривати тривалий час, а часом навіть все життя. Комунікація в дітей з РАС може бути пасивною (практично не комункують), або активною, коли стають надто говірливими.

Більш інтенсивний розвиток мовлення дітей з аутичним спектром спостерігається після вступу до школи, де відбувається соціалізація дітей та взаємодія з дітьми з нормативним розвитком. В той же час дуже мала частина дітей з аутичним спектром у молодшому шкільному віці

покращують свої комунікативні напрацювання і проблеми з комунікацією стають дуже серйозними у підлітковий період. Найбільш небезпечними ознаками даного періоду є гіперактивність, агресивність та самоагресивність, стереотиповість поведінки та рухів, що обумовлено фізіологічними особливостями даного періоду розвитку. В цей період може спостерігатися регрес розвитку. Але за умов поєднання соціальної та організаційної підтримки, можна сподіватися на подальший позитивний розвиток та комунікацію цієї категорії дітей.

Серйозну проблему у розвитку комунікативних навичок та спілкування являють діти, в яких поєднуються аутичні прояви з порушенням розумового розвитку. Тут ми спостерігаємо наявність такої симптоматики, яка не виражена в дітей з аутичним спектром та з достатнім інтелектуальним розвитком.

Аутичні прояви часто маскують деякі інші порушення. До них належать порушення слуху, оскільки дитина часто не відповідає на звертання, не виконує вказівки, не реагує на зовнішні подразники, не виконує елементарні соціальні запити [28].

Для дитини з нормативним розвитком така поведінка не властива, тоді як для аутичної дитини це може вважатися нормальним. Порушення зорового контакту з дитиною наводить на думку про порушення в неї зору, а поведінка дитини у вигляді розгойдування, перебирання пальцями є компенсацією недостатку контакту з оточуючим.

При порівнянні дитини з аутизмом та дитини з порушеним інтелектом, дитина з РАС буде проявляти краще розуміння в окремих сферах життя. І ж дитина з порушенням інтелекту, а загальна адаптація в житті переважатиме в дитини з порушеним інтелектуальним розвитком. Це свідчення проведених тестових завдань, особливо вербальних, а також і невербальних.

Найбільш важким випадком є мутизм, коли дитина не реагує на мовлення та не використовує своє мовлення, тобто просто мовчить. В

логопедів виникає питання щодо наявності певного виду алалії. Найважчий випадок – це сенсорна алалія, при якій дитина не використовує мовлення та не реагує на звертання. Не зрозумілим залишається поведінка такої дитини.

Діти з порушеннями мовлення будуть намагатися привернути до себе увагу іншими способами, тоді як дитина з аутичним спектром порушень глибокого ступеня взагалі не намагається привернути до себе увагу жодним способом.

При більш легких варіантах дитячого аутизму спостерігаються різні мовленнєві порушення такі як нечіткість вимови, аграматизми, порушення у побудові фраз, несприймання вербальної інструкції тощо. Це спостерігається коли дитина намагається встановити контакт за допомогою вербальних засобів.

Особливістю дітей з аутичним спектром проявів є їхня поведінка, де спостерігається підвищена соромязливість, не завжди адекватна реакція на інтонації та тон розмови, чутливість до поглядів розмовника тощо [25].

1.3. Причини виникнення раннього аутичного синдрому

Початкові уявлення про виникнення РАС були пов'язані з гіпотезою про психогенне походження захворювання. Таким чином порушення емоційної сфери пов'язувалося з психічними травмами раннього віку, з психогенними травматизаціями дитини з боку батьків та невідповідними засобами виховного впливу. В той же час не можна стверджувати, що аутизм виникає у певних соціальних групах [7]. Всі ці гіпотези не знайшли свого підтвердження при вивченні сімейних відносин дітей з аутичним спектром проявів, а навпоки ці сім'ї більше опікувалися своїми дітьми, ніж дітьми при порушенні розумового розвитку.

Тому причинами РАС вважається недостатність ЦНС, яка може бути наслідком вродженої аномальної конституції, порушенням обміну речовин, органічними ураженнями нервової системи та порушеннями під час вагітності та пологів. Також схиляються до думки про процес психічного дизонтогенезу. Серед причин виникнення аутизму вважають надлишок гормону тестостерону в крові чоловіків, який може запускати механізм виникнення захворювання [7].

Водночас, дитячий аутизм може бути вторинним проявом порушення психіки на фоні сенсорної, когнітивної та емоційної депривації.

З позицій клініки причинами аутизму є: слабкість ЦНС, порушення свідомості і активності, вроджена інстинктивна недостатність, вроджена тривожність, недостатність інтуїції, нездатність розуміння переживань інших людей. З точки зору нейропсихології аутизм є наслідком порушень роботи кіркових функцій, пов'язаних з мовленнєвими зонами. Все це гіпотези, але жодна з них не може бути загально визнаною і не в стані пояснити широкий спектр порушень, які характеризують аутичний спектр проявів.

Враховуючи вищезазначене можна дійти висновку, що на сьогодні конкретні причини виникнення аутизму не встановлені, до кінця не вивчені і потребують значного вивчення та доопрацювання при тій значній кількості ознак та симптомів, якими «оперує» РАС.

РОЗДІЛ 2

СТАН СФОРМОВАНOSTI ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1. Клінічний аспект аутистичних порушень у дітей

Характер симптомів залежить від вікової категорії дітей. Як правило, більшість дітей зазнають з віком покращення здоров'я, а в деяких дітей проблеми продовжуються.

Підлітковий вік характеризується гіперактивністю, самотравмучою поведінкою, що спричинено гормональною перебудовою. Такі риси як стереотиповість рухів, тривожність, асоціальна поведінка характерні для дітей підліткового віку з високим рівнем порушення. Спостерігається соціальна відчуженість, самотність, шизофренічне мовлення та схильність до спілкування самого з собою.

Коефіцієнт інтелекту доволі низький, у межах 50 балів.

При нормативному розвитку мовленнєвий вік дитини складає приблизно 3 роки. Якщо дитина з аутичним спектром порушень починає говорити біля 5 років, то можемо вважати це оптимістичним прогнозом щодо її розвитку та комунікації, але для більшості дітей аутичний спектр є виразом на все життя, оскільки зберігаються порушення мовлення, комунікації та когнітивних функцій.

Вважається, що аутизм пов'язаний із порушенням нейронних мозкових структур і тому потрібно з'ясувати стан раннього розвитку, генетичну залежність, а також результати нейропсихологічних досліджень, оскільки в дітей з аутистичним спектром проявів вже в період внутрішньоутробного та раннього післяпологового періоду спостерігаються фізіологічні проблеми, а також проблеми медичного характеру, які проявляються в певній частині ранніми пологами або викиднями, кровотечами під час вагітності матері тощо. Але ці ознаки

не є причиною аутичних проявів, вони стають причинами порушення розвитку під час ембріонального або неонатального періоду.

Серед генетичних впливів спостерігаються хромосомні порушення та генетичні мутації. У 2-3% дітей спостерігаються порушення фрагмента X-хромосоми. Але проблема визначення точної локалізації порушеної ділянки не дає можливості передбачити виникнення захворювання. Мутація окремого гена (горбкуватого склерозу) проявляється важким нейродефіцитом та нездатністю до навчання.

Водночас, у більшості випадків хвороба не пов'язана повністю із цим геном. Вважається, що до захворювання схильний ген 7 хромосоми, хоча тако не є безпосередньою причиною захворювання.

Серед порушень, які зустрічаються при аутизмі, спостерігаються порушення функціонування мозкових структур, які виникають на ранніх стадіях розвитку ЦНС на перших тижнях вагітності.

Ці порушення викликають порушення пам'яті, уваги, мовленнєвого розвитку та важливі функції нервової системи. В дітей, які характеризуються високим функціональним рівнем розвитку, ці порушення можуть бути менш вираженими. В осіб з аутистичним спектром проявів спостерігаються порушення роботи лобних долів головного мозку, лімбічної систем, яка відповідає за емоційно-вольову сферу, скроневої ділянки мовлення, а також мозочкових структур, що у рази менші за нормативний розвиток.

Значну роль у взаємодії осіб з аутичним спектром проявів як орієнтація на соціальні стимули відіграє мигдалеподібне тіло і гіпокамп, як «кладова» довготривалої пам'яті.

Дослідження головного мозку свідчать про ослаблений кровообіг в дітей з аутистичним спектром у лобних долях головного мозку, що призводить до порушення функцій цих відділів.

Таким чином, порушується обробка інформації, яка потрапляє до мозку, і знижена організація нейронних систем змінює роботу

нейронних процесів. Дисфункція скроневих та лобних мозкових систем викликають ранні симптоми аутистичного спектру.

Епідеміологічні дослідження вказують більш часте виникнення аутизму серед хлопчиків, ніж серед дівчаток, співвідношення хлопчиків і дівчаток від 2:1 до 3 : 1.

Сьогодні частота аутичних дітей складає 4–10 аутичних дітей на 10000 новонароджених. З кожним роком цей коефіцієнт підвищується. А синдром Аспергера (з високим рівнем можливостей дитини) складає 5:1.

Серед великої кількості проявів порушень аутизму є нетипові прояви. Вони, як правило, з'являються у більш пізньому періоді розвитку дитини і проявляються не зовсім типовими для аутизму ознаками.

Серед порушень, які можна спостерігати в дітей з аутизмом – це напади епілепсії, загально затриманий психічний розвиток, мовленнєві порушення, труднощі соціальної взаємодії.

Єдиної теорії виникнення аутизму не існує. Вважається, що аутизм пов'язаний з багатьма біологічними причинами.

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб – МКБ-10 □ аутизм як варіант викривленого дизонтогенезу був розподілений на наступні порушення:

- дитячий аутизм;
- атиповий аутизм;
- синдром Ретта;
- інший дезінтегративний розлад дитячого віку;
- гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами;
- синдром Аспергера;
- інші розлади розвитку;
- загальний розлад розвитку, неуточнений.

Таким чином, відповідно до наведеної класифікації, діагноз виставляється за наявності відповідних ознак.

2.2. Індивідуально-психологічні проблеми дітей з РАС

Діти з аутистичними проявами відрізняються своєю поведінкою від дітей нормативного розвитку, навіть у випадках, коли в них достатній інтелектуальних розвиток.

Емоційний стан таких дітей є нестабільним. Вони можуть кричати від радощів, але не звертати уваги на дітей при бажанні з ними пограти. Вони не дивляться співрозмовнику в очі, а дивляться крізь співрозмовника. Можуть не відповідати на звернення, але реагують на шелест папірця.

Більшість дітей з аутистичним спектром уникають галасу та рухомих предметів. Вони бояться машин, але приваблюються дрібницями, які рухаються. Можуть годинами сидіти нерухомо та здійснювати стереотипові рухи, не зважаючи на те, що відбувається довкола.

Більшість звуків, деталей, запахів, які є звичайними і не викликають будь-яких неприємних відчуттів в людини з нормативним розвитком, для осіб з аутичним спектром можуть стати навіть хворобливими.

В осіб з аутистичним спектром спостерігається сенсорний дефіцит, як гіпо- або гіпер реакція на різні стимули. Для них характерні такі сенсорно-перцептивні порушення, як сенсорна домінантність (sensory dominance) і надмірна вибірковість (overselectivity) при сприйнятті стимулів.

Сенсорна домінантність передбачає фіксацію на певних стимулах в ігнорування іншими, не менш важливими, що характерно для дітей з РАС.

Спостерігається також дефіцит когнітивних навичок, які пов'язані слабкою кількістю навичок обробки соціально значущої емоційної інформації (*дефіцит когнітивних навичок приватного характеру*), та

когнітивний дефіцит загального характеру пов'язаний із недостатньою кількістю навичок переробки інформації, планування і концентрації уваги.

Це свідчить про несприйняття дітьми з РАС дій, ігор, бажання та відчуттів, намірів інших людей. такі гіпотези отримали загальну назву *розпізнавання психічних станів*.

В основі даної теорії лежить припущення про те, що здатність до відчуття обумовлена емоційною природою людини з метою адаптації до зовнішнього середовища, а розвиток здатності розпізнавати власні і чужі психічні стани дістав назву *менталізації*, яка на думку вчених полягає у дефіциті дітей з аутистичним спектром проявів.

Розпізнавання психічних станів здійснюється за допомогою Тесту Селлі-Енн, який визначає елементарні процеси менталізації. Згідно даних тесту від 15 до 60 % осіб з аутизмом виявляють деякі здібності щодо процесів менталізації.

Цих дітей відрізняє поведінка та дещо вищий рівень розвитку мовленнєвого спілкування та комунікації. Існує припущення, що ці діти використовують ситуації з метою визначення станів оточуючих їх людей. Вербальне спілкування також в цих дітей є вищим, ніж в їх однолітків з низькою активністю.

Комплексні тести, які зазвичай модулюють життєві ситуації, в дітей цієї групи все одно викликають утруднення, це свідчить за дослідженнями, що в даної групи наявні неврологічні проблеми.

Різниця в дефіциті навичок менталізації в різних групах з порушеннями емоційної сфери не може пояснити тільки дана теорія розпізнавання психічних станів.

Функції, які забезпечують здійснення когнітивних завдань називають *провідними функціями*. Вони сприяють адекватності поведінки, самоконтролю, розв'язанню задач, встановленню зворотного зв'язку, організації, плануванню, зміні когнітивних установок, узагальненню засвоєної інформації.

В той же час, ця категорія людей з аутизмом може представляти високі результати у тих завданнях, які потребують сильної зосередженості, високої концентрації уваги на окремих деталях. І дефіцит розпізнавання психічних станів відрізняє цю категорію дітей від дітей з порушеннями розумового розвитку. Дефіцит емоційної інформації не є найбільш значущим в дітей даної категорії.

Водночас деякими вченими висловлюється думка, що діти з аутичним спектром розладів не оволоділи явищами розпізнавання психічних станів, а навчилися використовувати альтернативні стратегії при вирішенні тестів за представленою методикою.

Таким чином можна дійти висновку, що дитина з аутизмом користується психологічним захистом, який являє собою «...систему регуляторних механізмів, яку особистість використовує для усунення психологічного дискомфорту, зведення до мінімуму негативних переживань, пов'язаних із зовнішніми або внутрішніми конфліктами, і збереження образу «Я» на бажаному чи можливому рівні за даних умов» [28].

Серед видів психологічного захисту виділяють його 6 основних форм:

1. *Заперечення* – спроба людини не сприймати неприємні для неї повідомлення;

2. *Витіснення* – являє собою психологічний захист, коли аутична людина намагається уникнути неприємної інформації.

3. *Проекція* – це усунення власних бажань і переживань ерез їх соціальну неприйнятність.

4. *Регресія* – повернення до нижчих, примітивніших форм поведінки і мислення, які раніше приносили успіх і задоволення.

5. *Раціоналізація* – пояснення незрозумілих асоціальних вчинків, як могли би сприяти втраті самоповаги, незважаючи на незрозуміння самих вчинків.

6. *Заміщення* – перенесення дії з об'єкта, який є недосяжним на більш легкий варіант досягнення.

2.3. Особливості пізнавальної сфери дітей з аутистичним спектром порушень

Психічний розвиток при РДА характеризується нерівномірністю. Здібності в обмежених областях, якими можуть бути живопис, музика, математика, можуть поєднуватися з проблемами життєвих умінь та навичок, орієнтування у соціально-побутовій сфері. Діти губляться, оскільки не мають активної життєвої позиції.

Недостатність уваги йде поруч з сенсорною чутливістю і негативною реакцією на спроби повернути до себе увагу. Увага нестійка, що спричиняє порушення психічного розвитку загалом. Увага може бути надто стійкою деякий час, що визначається психічною пересиченістю. В той час дитина при цьому вимикається з ситуації і може виражати агресію на предмети, з якими щойно маніпулювала.

Реагування дітей з РДА на сенсорні подразники виражається у підвищеній ранимості, надмірній чутливості та різницею у реакції відповіді.

Діти з аутичними проявами сптворено сприймають картини реального світу, в них порушена орієнтація у просторі.їх приваблюють не самі предмети, частіше всього, а колір, форма, якість.

Особливості сприйняття дітей з РДА вивчалися К. Лебединською, О. Нікольською [10; 19], які зазначали:

Особливості зорового сприйняття:

- Погляд "крізь" об'єкт. Дитина не бачить перед собою людину, з якою спілкується.
- Діти зосереджують свій погляд на "безпредметному" об'єкті., можуть перебирати свої пальці, розглядати руки.
- Відшуковують зорові стимули, яскраві предмети
- Дуже сильно пеагують на зорові подразники.

Особливості слухового сприйняття:

- Слабо реагують на звуки, не звикають до них.
- Прагнення до звукової аутоstimуляції.
- Проявляють рання любов до музики. Зазвичай мають гарний музичний слух.

Особливості тактильної та м'язової чутливості:

- Відчують постійний сенсорний дискомфорт, але отримують позитивні емоції від активних вражень
- Мають знижену больову чутливість і можуть наносити собі ушкодження.
- Навколишнє середовище впізнають шляхом обмацування.

Особливості смакової чутливості:

- Не переносять багатьох страв. Люблять смоктати неїстівні предмети.
- Навколишнє середовище обстежують за допомогою облизування, обнюхування та пропріоцептивної чутливості [10; 19]

Серед добре розвинених когнітивних процесів дітей з РДА відрізняє хороша механічна пам'ять, яка залишає емоційні сліди. Але інформація запам'ятовується без обробки, за шаблоном. Діти легко вчать вірші, повторюють стереотипові рухи, здійснюють стереотипові дії. Щодо уяви думки вчених розходяться. Одні вважають, що діти з РАС володіють багатою уявою, а інші навпаки вважають уяву цих дітей химерною.

Мовлення дітей з РАС вимагає особливої уваги. Цими проблемами займалися багато дослідників (Є. Баєнська, В. Башина, К. Лебединська, С. Морозова, С. Морозов, Т. Морозова, О. Нікольська, Л. Нурієва, В. Тарасун, Г. Хворова, М. Шеремет, Д. Шульженко). Мовлення дітей з аутистичним спектром може суттєво відрізнятися. Може бути раннім, а може взагалі бути відсутнім. Часто діти використовують слова та фрази-штампи. Вони не здатні вести діалог навіть за умови розвитку в них монологічного мовлення. В них порушені всі структурні сторони мовлення, звуковимова, мелодика та тональності.

Такий стан мовленнєвого розвитку спричиняє порушення психічного загального розвитку і діти не можуть використовувати мовлення для комунікації та спілкування.

Є. Баєнська, М. Лібінг та О. Нікольська запропонували виділяти *чотири варіанти мовленнєвого розвитку дітей з аутичним спектром порушень* [19].

до першої групи були віднесені діти в якій практично повністю спостерігалась відсутність експресивного мовлення. Ця група відрізнялася лише вокалізацією та бурчанням. Можна було за даною реакцією допустити розуміння звернутого до дитини мовлення.

В дітей 2 групи спостерігалася затримка процесу формування мовлення. Вони промовляли короткі фрази, які були стереотиповими і увагу до себе привертали або криком, або завченими фразами.

Діти 3-ї групи показували доволі значний словниковий запас, спостерігалось навіть «літературне мовлення», хоча присутнім були нечітке промовляння та заміни звуків.

Четверта група дітей характеризувалася значною затримкою мовленнєвого розвитку з відсутністю розуміння інструкцій, що поєднувалося з швидкою емоційною реакцією дитини на ситуацію.

Ці групи були виділені з великої кількості мовленнєвих порушень, які характерні для дітей з аутичним спектром. До загальних специфічних

особливостей мовленнєвої діяльності відносять порушення комунікативної мовленнєвої функції, оскільки ці діти уникають мовленнєвого спілкування. Вони не підлаштовуються під ситуацію. Ці діти відірвані від оточуючого світу, що відображається в самосвідомості дитини. Мовлення цих дітей характеризується порушеннями звуковимови та її плавності.

Діти з аутичним спектром не використовують засоби повідомлення оточуючим своїх потреб та відчуттів. Вони закриті для них [7]. Спостерігаються і якісні порушення мовлення, які проявляються реверсією (повторення) займенників. Діти використовують займенники так як чують, не змінюючи їх у контексті.

Ехолалії виникають при бажанні дитини хоча б примітивним способом здійснювати комунікацію [7].

Найбільших труднощів діти з аутичним спектром зазнають під час користування мовленням з однолітками, дорослими з нормативним розвитком. Для виконання певної вимоги, дитина повинна зрозуміти текст звернутого до неї мовлення. Такі діти часто не мають цих навичок і не можуть осягнути переносного значення слова. Вони розуміють мовлення у буквальному розумінні. Порушення прагматичної функції мовлення притаманно усім дітям з аутичними порушеннями, навіть тим, хто має великий словниковий запас. На вербальному рівні в дітей з порушеною прагматичною функцією мовлення навіть за наявності достатнього словникового запасу, залишаються порушення правил побудови пропозицій, а невербальний рівень характеризується нездатністю розуміти співбесідника. Загалом, проблеми комунікації пов'язані з неусвідомленістю їх як засобу передачі інформації.

Мислення дітей, яке тісно пов'язано з мовленнєвою діяльністю, також зазнає труднощів. Діти не здатні до планування та узагальнення. Це пов'язано з орієнтацією на перцептивні функції, а не на функціональні ознаки. В них переважає емоційний компонент і слабо

розвиваються предметні дії. Таким дітям важко встановити причинно-наслідкові залежності та зрозуміти розвиток ситуації в часі. Вони погано переробляють інформацію, не взмозі використати свої потенційні можливості, які б дозволили їм краще пристосуватися до оточення та середовища.

Такий психічний розвиток характерний не для всіх дітей з аутичним спектром. Це залежить від стану інтелектуального розвитку. Не всі діти з аутистичним спектром мають низький інтелект. Вони можуть бути дуже обдарованими, переважно в окремих напрямках культури та науки. Це підтверджено тестами Векслера, який дозволяє виявити взаємозалежність вербального та невербального інтелекту, яка в дітей даної категорії схиляється на користь невербальної складової.

Окрім порушень, пов'язаних з когнітивною сферою, в дітей з аутизмом спостерігається рухова загальмованість, незграбність у рухах.

Діти тривало пережовують їжу під час їди. В них спостерігається порушення під час ходи, характерні стереотипії у рухах, обертання навколо себе, розгойдування, відсутність жестів привітання та прощання. Небажання приймати допомогу в рухових навичках та збідненість мімічних комплексів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З АУТИЧНИМ СПЕКТРОМ ПОРУШЕНЬ

3.1. Діагностичні методи дослідження аутистичного спектру порушень

Для осіб з аутистичним спектром порушень основним є правильна та рання постановка діагнозу. Від цього залежить психолого-педагогічний супровід та корекція. Значущим у даній ситуації є вивчення та врахування індивідуальних можливостей особи. Більшу частину інформації щодо стану та проблем дитини, можуть надати батьки, які найкраще знають дані про свою дитину. Тому важливо знайти спільну мову з батьками аутистичної дитини спочатку для отримання про неї інформації і для роботи у подальшому під час корекції порушень [13, 14].

У батьків збирається детальний анамнез життя родини, взаємовідносин в сім'ї, стану розвитку дитини до початку першого критичного періоду (до 3 років) та після даного періоду.

З цією метою використовують *Опитувальник CHAT* (Checklist for Autism in Toddlers) Барон-Койен та ін., який якісно дозволяє визначити поведінку дитини. Переваги опитувальника у тому, що він не громіздкий, займає всього 15 хвилин часу на проведення дослідження і складається з двох частин: перша з яких – це закриті питання, а друга включає 5 пунктів експериментального спрямування і призначена для дослідників, що мають оцінити виконання дитиною 9 простих завдань, що пропонуються у першій частині.

Спостереження за дитиною є не менш важливим і передбачає заповнення *карти спостережень* за поведінкою та реакціями дитини. (Додаток А.)

Більш повну уяву про стан дитини дозволяє з'ясувати *нейропсихологічна діагностика за О. Лурія*, яка спрямована на дослідження рухів, дій, гнозису, пам'яті, інтелекту, тобто дає більш узагальнену картину порушення

Діагностика стану зорово-моторних реакцій, стану регресії, окремих органічних порушень та інтелекту здійснюється за допомогою *зорово-моторного Бендер гештальт-тесту*. Його переважно використовують під час оцінки рівня здібностей дитини від 3 до 12 років, як правило при органічних ураженнях головного мозку та психічних захворюваннях.

Найефективнішою щодо рівня інтелектуального розвитку дитини є *шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона*. Ця методика проста та доступна навіть при складних порушеннях інтелекту.

Діагноз аутизму дозволяє поставити *шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS)*. З її допомогою можливо відрізнити дітей з порушеним інтелектом від дітей з аутичним спектром проявів і визначити ступінь аутичного порушення (від помірному до вираженого).

Опитувальник ADI-R допомагає оцінити дитину очима батьків (Додаток Б).

Для визначення рівня психічного розвитку дитини доцільно застосовувати *скринінгову діагностичну методику SQR SCQ*, яку проводять дітям від 2 років

Нетипові способи поведінки дозволяє визначити *шкала поведінки*. Вона складається з 4 частин, які виявляють можливості дитини щодо налагодження контактів, емоційні реакції, здатність дитини до ігрової діяльності, імпульсні реакції та розвиток мовлення

3.2. Стан мовленнєвого розвитку дітей з аутистичним спектром порушень

Метою дослідження стало визначення розвитку мовленнєвого компоненту в дітей з аутистичним спектром розладів, що впливає на загальний психічний розвиток дитини.

Еспериментальне дослідження проводилося в декілька етапів. Потім здійснювалося порівняння з даними контрольної групи. Дослідження проводилося як у індивідуальній, так і в груповій формі на базі Комунального закладу «Знам'янська спеціальна школа Кіровоградської обласної ради».

Контингент. У дослідженні були задіяні 12 дітей віком 7 років з аутистичним спектром проявів та загальним недорозвитком мовлення. Гендерно діти розділилися на 4 дівчаток і 8 хлопчиків. Діагноз дітей був від легкого до середнього ступеня аутичних проявів та загального психічного недорозвитку.

Оцінювалися сформованість психомоторних процесів та мовленнєвий та загальний розвиток дитини.

На першому етапі дослідження було проаналізовано літературні джерела з тематики. Здійснено опитування батьків з метою отримання достатньої інформації про дитину та її розвиток і здійснено налагодження контакту з дітьми. При цьому потрібно було усунути страхи щодо нового оточення, встановити спілкування дитини на тій основі, яка була для них комфортною.

Другий етап дослідження передбачав проведення тестів щодо розуміння стану розвитку інтелекту та психомоторної сфери. З цією метою вихователь включав дитину у загальну ігрову діяльність, яка сприяла стримуляції мовленнєвого спілкування та обмеження нав'язливості.

Третій етап дослідження був спрямований на обробку отриманих

даних та порівняння з літературними джерелами. Все дослідження проводилося фахівцями з спеціальної освіти з використанням попередньо зазначених методик дослідження.

Тести проводили з дітьми для визначення стану сформованості фонематичних процесів (звуковимови та звукової структури слова), стану зв'язного мовлення та наявності словникового запасу.

З цією метою дітям були запропоновані декілька завдань:

1. Розпізнавання ізольованого звуку серед інших: голосний серед приголосних, приголосний серед голосних та інших приголосних.

2. Розпізнавання звуку (голосного або приголосного) на початку складу слова.

3. Визначення звуку у слові (в кінці слова, на початку слова)

4. Стан словникового запасу досліджувався за допомогою простого опитувальника з використанням дитиною дієслів. Опитувальник мав такий вигляд: *Інструкція:* «Зараз я ставитиму тобі різні запитання, ти уважно слухай і спробуй дати відповіді».

Що може робити ця тварина?

Собака (гавкає, грає, кусається, бавиться, служить...)

- Кішка - ...

- Вовк - ...

- Ведмідь - ...

- Заєць - ...

- Змія - ...

- Жаба - ...

Дитина повинна була правильно підібрати дієслова, що давало можливість зрозуміти можливості її словникового запасу. Подібні питання стосувалися предметів та явищ.

Стан зв'язного мовлення з'ясовувався за рівнем висловлювань на мовленнєвого розвитку загалом, який визначався за відповідями на питання та розповідями по малюнках, за розповіддю по сюжетних

картинках.

Діти 4-6 років демонструють помилки у побудові речення:

- пропуски прийменників, сполучників, що мають синтаксичне значення;
- неправильне узгодження іменника з прикметником та займенником у роді;
- неправильний вибір відмінкової форми іменника, що керується дієсловом;
- пропуски членів речення (у тому числі головних);
- зміна порядку слів у реченні.

Аналіз отриманих дани свідчить про труднощі у оволодінні мовленням дітей з аутистичним спектром порушень.

Низький рівень розвитку означився озвучуванням картинки незв'язним мовленням і тільки перерахуванням предметів.

Середній рівень розвитку характеризувався декількома описовими реченнями, які зазначали події, зображені на картинці.

При достатньому рівні розвитку окрім 7-8 розгорнутих речень вже дитина доповнює сюжет картинки своїми фантазіями.

Високий рівень розвитку характеризується зв'язною розповіддю з певної теми, яку дитина розвиває самостійно.

Виходячи з таких оцінок, було проведено аналіз отриманих даних.

Стан сформовності фонематичних процесів представлений в таблиці 3.1.

Результати дослідження тесту з розпізнавання ізольованого звуку у слові на різних рівнях досягли результату всі діти, тобто 100 % досліджуваних.

За таблицею можна побачити, що третина дітей досягла високого рівня при виконанні даного тесту, третина – достатнього рівня і третина – середнього рівня.

Завдання щодо розпізнавання звуку на початку складу слова діти виконали менш вдало. Відповідно до даних таблиці, їх результати розподілилися наступним чином: 4 учнів представили високий результат і склали третину досліджуваного контингенту. 6 учнів розподілили між собою достатній та середній рівні розвитку даних процесів, що склало по 25 %, а 2 учні показали низький результат. Вони склали у вибірці 16, 7 %.

Таблиця 3.1

Стан сформовності фонематичних процесів

№	Завдання	Рівень розвитку			
		високий	достатній	середній	низький
1	Розпізнавання ізолюваного звуку у слові	4/ 33,3%	4/3 3,3%	4/ 33,3%	-
2	Розпізнавання звуку на початку складу слова	4/ 33,3%	3/2 5 %	3/ 25 %	2 /16,7 %
3	Розпізнавання звуку в кінці складу слова	4/ 33,3%	3/2 5 %	2/ 16,7 %	3 /25 %
4	Використання дієслів	-	-	7/ 58,3 %	5 /41,7 %

Третім завданням було визначення звуку наприкінці складу слова. У цьому завданні результати розподілилися наступним чином: 4 учні показали високий результат і склали 33,3 %, 2 учні показали достатній результат, що відповідало 16, 7 %. 3 учні виявили середні можливості розвитку і склали 25 %. Подібні дані було отримано ще в 3 учнів, які представили низькі результати.

Четверте завдання на використання дієслів показало середній та достатній рівень, що відповідно розподілилося : 7 учнів (58,3%) –

середній, які використали у своєму мовленні дієслова : спить, біжить, їсть, стрибає; та 5 учнів (41,7 %) – достатній рівень. Вони зрозуміли завдання і назвали по три стандартних дієслова, та по три конкретних, які притаманні конкретній представленій тварині. Високий рівень не отримав жодень учень.

Стан зв'язного мовлення був оцінений за трьома завданнями. Потім був здійснений їх аналіз. Дані представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Стан зв'язного мовлення у дітей з аутичним спектром

№	Завдання	Рівень розвитку			
		високий	достатній	середній	низький
1	Відповісти на питання до ситуації, зображеної на малюнку.	-	-	4 (33,3%)	8 (66,7%)
2	Скласти речення за малюнком.	-	2 (16,7%)	10 (83,3%)	-
3	Скласти розповідь за сюжетною картинкою.	-	-	10 (83,3%)	2 (16,7%)

За першим завданням були отримані наступні результати: високий та середній рівень досягнень не був зафіксований в жодної дитини. 4 учні показали середній рівень, і склали 33,3%, а 8 дітей представили низький рівень (66,7%) можливостей. Вони не змогли відповісти на питання, які задавалися вчителем. Учні, які представили середній рівень розвитку відповідали на запитання односкладово, з затримками.

Друге завдання представлено було на дещо вищому рівні. Так, учні показали достатній та середній рівень своїх можливостей: 2 учні, 16,7% представили достатній рівень, а 10 – середній рівень розвитку, що становило 83,3%.

Третє завдання, яке потрібно було виконати, це складання розповіді за картинкою, викликало утруднення практично в усіх учнів.

Діти представили переважно середній рівень своїх можливостей. Це були 10 учнів, які змогли представити невеличкий сюжет за картинкою, але ні один учень не зміг створити розповідь, в якій були би присутні всі події на картинці у логічному змісті та додаткові деталі з свого власного досвіду.

Отже, здійснивши дослідження мовленнєвої готовності дітей з аутистичним спектром розладів, було зроблено наступні загальні висновки, які представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

**Стан мовленнєвої готовності до навчання дітей
з аутистичним спектром проявів**

№	Методики дослідження	Рівень розвитку			
		високий	дос- татній	середній	низький
1	Наявність звука у слові	33,3%	41,7%	25 %	-
2	Рівень сформованості фонематичних процесів	-	-	100%	-
3	Словниковий запас	-	50 %	50%	-
4	Зв'язне мовлення	-	-	83,3	-

Узагальнивши середні дані дослідження, дійшли висновку про недостатню сформованість мовленнєвої підготовки до шкільного навчання дітей з аутистичним спектром проявів.

Враховуючи, що мовленнєва діяльність тісно пов'язана з мисленнєвими процесами, емоційно-вольовою сферою та загальним

психічним розвитком, необхідність корекційної діяльності, спрямованої на усі ланки мовленнєвого розвитку, не викликає сумнівів.

Дітям важко даються опанування розповідей. Вони не можуть додатвати деталі до наявних картинок, не формують розгорнуті описання. Речення формують коротко. Відповіді стислі, діалогічне мислення утруднене. При нормативному розвитку діти семирічного віку вільно володіють своїм мовленням, підтримують розмову, вміють задавати питання та відповідати на них.

Нами проведено дослідження мовленнєвого розвитку дітей з аутичним спектром проявів на першому рівні складнощів. і вони не змогли добре справитися з наданими завданнями, що відчить про утруднення, які діти будуть відчувати під час навчання грамоти та письма у подальшому.

Такий стан мовленнєвої діяльності свідчить про необхідність здійснення корекційної роботи мовленнєвого розвитку, а відтак, психічного розвитку загалом.

3.3. Напрями корекційно-виховної роботи з дітьми з аутистичним спектром проявів

Корекційна робота має на меті розвиток усіх психічних процесів загалом. Починати таку роботу потрібно з розвитку сприйняття та відчуття дитини. Особливого значення саме цей аспект набуває в дітей з аутистичним спектром проявів, коли діти негативно реагують на тактильні та кінестетичні відчуття.

З метою корекційної роботи були застосовані ігри «*Чарівний мішечок*», «*Угадай предмет*» з конкретними прийомами до дитини.

Дуже хороший результат на розвиток відчуття отримано при застосуванні сенсорних «кімнат Монтесорі», де дитина розвиває свої дотичні функції, і разом з тим здійснюється вплив на всі вищі психічні

процеси, а саме на пам'ять, увагу, інтелектуальний розвиток.

Певна увага має бути спрямована на розвиток в дитини мотивації до занять, що можливо за умови роботи рука в руці, складання головоломок, робота з різним матеріалом з заплющеними очима на розвиток дотикового сприймання.

Під час роботи з дітьми необхідним є розвиток зорово-моторної координації. Дитина повинна знати частини свого тіла. З цією метою можна використовувати звичайне дзеркало, в якому дитина може розглядати свої частини тіла, які відображаються у дзеркалі і повторювати їх назви. Дзеркала мають бути на рівні очей дитини, щоб їй не доводилося підтягатися на висоту відображення.

Дитина повинна уважно вивчати своє відображення, а фахівець має привертати її увагу.

Усвідомити розташування частин свого тіла дитині з аутистичним спектром проявів може допомогти малювання на своєму тілі. Крім цього відбувається розвиток тактильних відчуттів. Здійснюється це на великому аркуші паперу, на який кладуть дитину та обводять контуром її тіло. Після цього поділяють малюнок на окремі частини і замальовують кожну з них, при цьому називаючи окремі частини вголос. Діти запам'ятовують назви частин свого тіла. А можна розмовляти з кожною частиною, що як, правило, викликає зацікавленість в дитини.

З дітьми проводять спільні ігри «Покатай ляльку», «Фізкультурники», «Покажи цікаві частинки» тощо.

Для дітей з аутистичним спектром порушень, як і для всіх інших категорій дітей з проблемами у розвитку дуже важливим є підтримання здоров'я, що вимагає обов'язкових занять фізичною культурою. Вона сприяє кращому відчуттю свого тіла, розвитку вольових якостей, покращення координації рухів.

Дана категорія дітей як і всі інші потребує навчання самообслуговування. Такий напрям роботи приносить результат, коли

дитина йде на контакт, коли вона довіряє дорослому і впевнена у своїй безпеці.

Діти з РАС прагнуть усамітнення і корекція полягає у підтримці взаємодії з дитиною, що може здійснюватися через візуальний контакт, через дотичні сприйняття та комунікативну діяльність.

З метою вироблення навичок взаємодії можна використовувати оперативні картки, які вибудувувати у вигляді схеми послідовних дій. При даній роботі потрібно вводити додатково вербальну складову з чітким промовлянням усіх слів, на які дитина повинна реагувати. З цією метою використовують ігри такі як «Малюнки, що розмовляють», весь час ускладнюючи наказові речення. Але ці речення повинні мати м'який характер довіри, теплого відношення до дитини. Всі заняття повинні проводитись в атмосфері дружнього співіснування, довіри та психологічного комфорту. Розвиток мовлення в даній групі дітей набуває визначального значення. Але комунікація в дітей залежить від стану мовленнєвого розвитку та важкості первинного діагнозу.

Діти перших двох груп намагаються спілкуватися, тоді як діти третьої групи потребують навчання діалогічного мовлення. Робота з навчання мовленнєвого діалогу починається з постановки запитань дитині після певного часу спостереження за її діями. Наступним етапом є навчання дитини розповідати. Це може бути розповідь за картинкою або продовження казки, розпочатої вихователем.

Діти четвертої групи представляють кращі, ніж діти попередніх трьох груп результати, але це не означає, що вони не потребують уваги та корекції мовленнєвого розвитку.

Таким чином, усі діти з аутичним спектром проявів вимагають постійного спілкування для свого мовленнєвого розвитку, яке краще проводити у вигляді ігрової діяльності. Можна запропонувати дітям такі ігри як «Рукавичка», «Мінялки іграшок», «Створюємо мультфільми» тощо.

Вище було зазначено користь використання фізичної культури у розвитку дітей даної категорії. Окрім фізичних вправ доцільно використовувати ритміку та танці, які зможуть усунувати безцільні монотонні рухи дітей з аутичним спектром і водночас створити атмосферу емоційного підйому та релаксу. Заняття малюванням, ліпленням, оригамі допоможе дитині відійти від стереотипово завчених рухів і отримати задоволення від створення незвичайних малюнків, фігурок тощо.

Такого ж релаксаційного ефекту надає дітям робота з піском, глиною, насінням, водою.

АВА-терапія на сьогодні є одним з найбільш вживаних та ефективних методів корекції поведінки дитини з аутичним спектром проявів. Вона спрямована на адаптацію дитини до зовнішнього середовища та її соціалізацію у суспільство, оскільки ґрунтується на поведінкових технологіях, які вивчають вплив факторів зовнішнього середовища на поведінку дитини і намагаються змінити її.

Програма АВА-терапії полягає у навчанні правильним відповідям на блоки-дії. А саме: стан мовленнєвої діяльності, вміння візуально взаємодіяти, створювати творчі процеси під час ігрової діяльності, слухати співбесідника, все це розбивається на блоки, які опрацьовують кожен окремо. Згодом їх об'єднують у загальний ланцюг для отримання певної загальної дії. А ті завдання, які дитина отримує під час навчання за цим блоком, вона повинна здійснювати самостійно. У випадку неможливого здійснення завдання, педагог надає допомогу і винагороджує учня, якщо той зробив все правильно, ігноруючи попереднє невірне виконане завдання.

Методика передбачає навчання в декілька етапів. Перший етап спрямований на ускладнення завдань. Педагог на цьому етапі дає дитині певне завдання і чекає на відповідь дитини. Разом з педагогом здійснюється декілька спроб, а потім дитина повинна це зробити

самостійно. Якщо дитина здійснює дію без підказки та правильно, вона отримує нагороду (за вибором педагога або вихователя). При помилковому виконанні, повторюється інструкція і очікування до того часу, доки не отримаємо правильну відповідь. Вважається позитивним 90 % правильних відповідей, після чого дається новий стимул. Завдання, які пропонуються не повинні бути однаковими, вони максимально різняться між собою.

На другому етапі відбувається закріплення матеріалу. При цьому завдання дещо ускладнюються, а дії чергують. Оцінка відбувається так як і на першому етапі – 90 % правильних відповідей вважаються позитивними.

На третьому етапі відбувається узагальнення та закріплення пройденого матеріалу. Узагальнення відбувається після накопичення достатньої кількості навичок. А заняття проводять у нових, незвичних для дитини місцях. При цьому завдання дитина отримує від нових людей, а не від вчителя. Такими людьми можуть бути мама, тато, брат сестра, спеціалісти, бабуся, дідусь тощо.

Четвертий етап роботи за цією методикою є завершальним. Накопичивши великий запас навичок та умінь, дитині немає потреби додатково щось відпрацьовувати. Дитина розуміє нові вимоги, які ставляться до неї і немає потреби повторювати це декілька разів. Таким чином вважається, що програма АВА-терапії завершилася і більше в ній немає потреби, оскільки дитина сприймає інформацію з оточення як і діти з нормативним розвитком.

В той же час. потрібно пам'ятати, що для усунення аутистичних проявів дитині необхідні заняття тривалі та часті. Позитивний ефект від АВА – терапії спостерігається при занятті з дитиною не менше 30-40 один на тиждень і починати якомога раніше, тобто доки дитина не досягла 6 річного віку, щоб отримати позитивний кінцевий результат.

Дослідники вважають, що АВА-терапія може застосовуватися і

для дітей більш старшого віку, але кінцевий результат буде найкращим, якщо буде рання терапія.

Сутність методики полягає не у повторенні дій, а у правильній моделі перенесення ситуації з однієї, яка вже опрацьована, на іншу, яка є новою.

Дуже дієвим фактором у застосуванні даної методики є включення у програму батьків дитини, що само по собі є важливим фактором і для батьків, і для дитини. Позитивні результати від такої програми з'являються досить швидко. Згідно дослідженням, проведеним за даною методикою, майже половина дітей після неї можуть навчатися у звичайній загальноосвітній школі завдяки змінам у поведінці та соціалізації дитини у суспільство. Дослідження показали зникнення стереотипів аутичного спектру, розвиток понятійного апарату, розширення навичок самообслуговування та комунікація.

Поряд з вираженими позитивними рисами даної методики, АВА-терапія має недоліки, які виражаються у тому, що вона не може бути застосована на початковому етапі роботи з дітьми з аутистичним спектром проявів за рахунок того, що діти цієї категорії не йдуть на контакт з незнайомими людьми. Програма досить жорстка, використовувати її слід дуже акуратно. Тому батьки повинні розуміти всі позитивні та негативні сторони цієї програми і бути готові до повної віддачі, оскільки робота має проводитись постійно. Це не дресура, а тренувальні вправи, які шляхом багаторазового повторення позбавляють дитину стереотипових дій та рухів.

Здійснювати контроль за даною програмою часом буває досить важко. Цю роботу потрібно проводити як з педагогом, так і в домашніх умовах, з тим, щоб дії закріплювалися. Потрібно виявити те, чим дитина може бути зацікавлена, тоді мотивація для занять буде вищою. Під час всього періоду навчання необхідно дитину заохочувати та хвалити. Діти молодшого віку часто відволікаються, вони не можуть тривало

утримувати увагу і тому доцільно заняття подрібнювати на маленькі часточки та дитині давати спочатку прості, зрозумілі завдання. Заняття потребує тиші, щоб дитина менше відволікалася.

На етапі повторення та довіри з викладачем, можна спробувати вводити поступово кількість оточуючих з тим, щоб дитина могла звикнути до спілкування не лише з викладачем, а й з іншими людьми. Часто навчанню перешкоджає навичка дітей у самостимуляції. В дітей з аутистичним спектром проявів реакція на наданий стимул може бути двоякою: або надто сильною або, навпаки, дуже слабкою. Потрібно стимулювати вербальний бік розвитку, дещо відходити від образної складової, яка переважає в дітей з аутистичним спектром. Програма АВА-терапія якраз спрямована на розвиток вербальної складової.

З кожним роком ця програма корекції набуває все більше прихильників роботи з дітьми з аутичним спектром, оскільки в результаті її застосування отримуються досить хороші позитивні результати, хоча і викликає багато суперечок та дискусій. Річ у тім, що дитина не буде повторювати ті дії, які їй не подобаються і необхідно буде коригувати для неї завдання.

Крім АВА-терапії застосовуються сенсорні ігри, які дозволяють краще відчувати оточуючий світ. Вони використовують улюблені іграшки дитини, які викликають позитивні емоції та надають можливості комунікувати з оточенням. Сенсорні ігри діють на відчуття (зорові, слухові, тактильні), сприйняття (кольору, музики, співу), тактильні відчуття, які отримують від іграшок, нюхові та смакові (це запахи різних продуктів харчування, особливо смаколиків та фруктів), рухові відчуття, які здійснюються під час рухливих ігор, заняттями аеробікою, фізичними вправами, рухливими іграми з м'ячем тощо. Іграшки повинні бути натуральними, безпечними, бажано міцними, а головне простими.

Серед сенсорних ігор виділяють малювання фарбами на різних

матеріалах, малювання долоньками, вирізання з паперу, аплікації. Всі ігри повинні задіювати різні відчуття. Ігри з піском, малюванн напіску, будування пасочок тощо. Всі ці ігри призводять до хорошої релаксації дитини.

Ігри з водою завжди захоплюють усіх дітей. Це можуть бути мильні міхурі, розфарбовування водою з додаванням фарби тощо. Вода дуже приваблює всіх дітей і вони люблять займатися у воді. Вона позитивно впливає на дитячу психіку, дозволяє дитині розслабитися, розвиває фантазію, оскільки може бути морем, озером, річкою тощо.

Ігри на сенсорику сприяють розвитку психомоторики дитини, можливості удосконалення дрібної моторики, а відтак розвитку мовленнєвої діяльності. Діти під час занять з природними матеріалами можуть залучати улюблені іграшки.

Під час рроботи дитини з крупами також добре розвивається дрібна моторика, особливо якщо це стосується перебирання гороху, квасолі, коли дитина не лише відбирає це насіння, але може рахувати його, озвучувати свої відчуття, враження.

Діти люблять гратися з ліхтариками та дзеркальцями, задіюючи які можна створити цілий театр тіней або ігри з сонячним зайчиком. Дитина уявляє себе і в іншому світі, коли бачиться не лише іграшками. В неї виникають інші почуття та емоції, розвиваються соціальні навички.

Під час рольових ігор, дитина може себе уявити у будь-якій новій для неї ролі. Ігри у лікарню, в аптеку, у магазин, у зоопарк, у школу, як правило, дозволяють задіювати інших дітей до ігри, що чинить позитивний ефект на мовленнєвий розвиток, на соціалізацію дітей з аутичним спектром, зближує та викликає позитивні емоції від спілкування з однолітками.

Позитивний ефект спостерігається від відтворення казки у вигляді театру або використання магнітної дошки, на якій можна

створити цілу казку, задіюючи магтітних звірів, будинки, рослини тощо.

Позитивний ефект на аутичний спектр порушень чинять рухливі ігри, серед яких стрибки, гра з м'ячем, фізичні вправи, зарядка тощо. Все це сприяє розвитку рівноваги, зміцненню здоров'я дітей, робить їх рухливими, позбавляє стереотипових рухів. З цією метою можна використовувати фізкультурні тренажери. Однак, при всіх фізичних навантаженнях потрібно пам'ятати, що діти раннього віку швидко втомлюються і не можна допускати до цих ознак.

Ігри для дітей з аутистичним спектром проявів повинні бути доступними, легкими і викликами бажання до їх продовження. А для фізичного розвитку дитини повинні поступово ускладнюватися.

Необхідно пам'ятати, що ігр повинні бути простими, доступними, не викликати перенавантаження, заохочувати та бути достатньо знайомими. Вони повинні носити розвивальний характер і враховувати можливості та бажання кожної дитини. Тут необхідно пам'ятати за індивідуальний підхід до кожної дитини, заохочувати її, підказувти, мотивувати, допомагати. Тільки враховуючи всі можливості та бажання дитини, терпіння фахівців та час корекції, можна досягти успіхів у подоланні порушень.

ВИСНОВКИ

1. Дитячий аутизм - глибинний розлад всієї психічної структури, який чинить вплив на чуттєву, емоційну і пізнавальну сфери, моторику, увагу, пам'ять, мовлення, мислення.

2. Діти з РДА нетерпимі до одних вражень (зорових, слухових, тактильних, вестибулярних) і захоплюються іншими.

3. Мовленнєвий розвиток дітей з аутичним спектром проявів характеризується відсутністю експресії, жестикуляції; порушенням мелодики., відсутністю зв'язності, нездатність до діалогу.

4. Провівши експериментальне дослідження, було виділено основні методи роботи з дітьми з РДА, а саме: соціально психологічні: артотерапія, психотерапія, іпотерапія, музико терапія, музично-комунікативна терапія, холдинг-терапія; медико-соціальні; медикаментозні; дієтичні; педагогічні; ергономічні; психофізичні.

5. Успіх соціальної адаптації аутичної дитини, що займається в корекційній групі, спеціальній установі або вдома, тісно пов'язаний з можливістю координації дій батьків, лікаря, психолога і педагога.

6. Для розвитку мовлення дітям з аутистичним спектром проявів доцільно проводити індивідуальні та фронтальні логопедичні заняття з розвитку лексичної та граматичної складових мовлення, включати дидактичні ігри, ігрові вправи, завдання, доступні та динамічні за структурою, образні і емоційні за змістом.

7. Програма корекційно-виховної роботи з дітьми з РДА у першу чергу повинна передбачати формування у дітей-аутистів навичок соціально- побутової адаптації, подолання основних емоційних проблем та поведінки, що усувається методом АВА-терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми сучасної логопедії: матеріали конференції. К. РВЦ КПДЮ, 2007. 95 с.
2. Базима Н.В., Семенова В.Д.«Особливості розвитку вербальної пам'яті у дітей з мовленнєвими порушеннями» Науковий часопис. Корекційна педагогіка. Статтю прийнято до друку 26.09. 2015 р. 10 с.
3. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні / А. М. Богуш, Г. В. Беленька, О. Л. Богініч та ін. ; наук. кер. проф. А. М. Богуш. Київ : Світоч, 2012. 26 с.
4. Бондар В.І., Золотоверх В.В. Історія олігофренопедагогіки : підручник. К. : Знання, 2007. 376 с.
5. Гаяш О. В. Корекційно-розвивальна робота з дітьми з особливостями психофізичного розвитку : Науково-методичний посібник для вчителів інклюзивного навчання, асистентів учителів, які працюють з дітьми з психофізичними порушеннями в умовах загальноосвітніх навчальних закладів, соціальних педагогів, батьків / Укладач О.В. Гаяш. Ужгород : Інформаційно-видавничий центр ЗППО, 2015. 120 с.
6. Дегтяренко Т.М., Вавіна Л. С. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навч. посібник для студ. ВНЗ. МОН України; Сумський держ. пед. ун-т ім. А.С.Макаренка. Суми : Університет. кн., 2008. 304 с.
7. Державний стандарт початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами [Електронний ресурс] // Режим доступу: // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/607-2013-%D0%BF#n11>
8. Додзіна, О. Б. Психологічні характеристики мовного розвитку дітей з аутизмом. *Дефектологія*. 2008. №6. С. 44-52.
9. Колупаєва А. Діти з особливими освітніми потребами та

організація їх навчання : наук.-метод. посібник. МОН України ; НАПН ; Ін-т спец. педагогіки. К. Науковий Світ, 2010. 196 с. (Інклюзивна освіта).

10.Лаврентьєва, Н. Б. Педагогічна діагностика дітей з аутизмом. *Дефектологія*. 2013. N2. С. 88-93.

11.Ліблінг, М. М. Підготовка до навчання дітей з раннім дитячим аутизмом. *Дефектологія*. 2017. N4. 80-86.

12.Логопедія: підручник/За ред.М.К. Шеремет. Вид.5-е, Київ: Видавничий дім «Слово», 2018. 856с.

13. Логопедія : підруч. [для студ. ВНЗ] / за ред. М. К. Шеремет ; [авт. кол. : М. К. Шеремет, В. В. Тарасун, С. Ю. Конопляста та ін.] ; МОН України. 2-ге вид., перер. та доп. К. : Слово, 2010. 672 с.

14.Малярчук А. Розвиток усного і писемного мовлення молодших школярів [дисграфія] : навч. посіб. К. : Літера, 2008. 336 с. : ілюстр.

15.Матвєєва М. П., Миронова С.П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний університет, 2005. 164 с.

16.Міжнародний класифікатор хвороб –МКБ – 10. <https://www.surgery.org.ua/Documents/Details/aa535505-419d-4d67-a9e7-5c6d4b8f1ced?title=MizhnarodniiKodifikatorKhvorobMkhh10>

17.Миронова С. П. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2015. 312 с.

18.Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва; [за заг. ред. С.П.Миронової]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 260 с.

19.Мушкевич М. Експериментальний аналіз практичної роботи з аутичними дітьми в процесі сімейного консультування й терапії.

Интернет. PDF created with pdfFactory Pro trial
version www.pdffactory.com.

20. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами : сучасні підходи : навч.- метод. посібник / В. Войтко. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 84 с. [Електронний ресурс] Режим доступу: // <https://www.slideshare.net/School-10/ss-77142840>

21. Нагорна О. Б. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник. Рівне, 2016. 141 с. Друге видання

22. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.

23. Основи інклюзивної освіти : програма курсу / [уклад. А. А. Колупаєва] ; МОНМС України, НАПН України, Ін-т спец. педагогіки. К. : А.С.К., 2012. 32 с. (Інклюзивна освіта).

24. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : науковометодичний збірник. Вип. 12. [редкол.: В. В. Засенко, А. А. Колупаєва, Т. П. Вісковатова та ін. ; за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєва] ; НАПН України, Ін-т спец. педагогіки. Київ, 2017. 184 с.

25. Особлива дитина: навчання і виховання : науковий, навчальний, інформаційний журнал / гол. ред. В. В. Засенко ; Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. 2014. № 4 (72), (жовт.-листоп.-груд.). 111 с.

26. Павалакі, І. Ф. Проблеми навчання дітей з РДА. *Психотерапія* 2017. №7. С. 42-45

27. Пантюк Т. Основи корекційної педагогіки: курс лекцій: [навч. посіб. для студ. ВНЗ] / Т. І. Пантюк, О. В. Невмержицька, М. П.

Пантюк ; ДДПУ ім. І. Франка. [2-ге вид., допов. і перероб.]. Дрогобич : [ВВ ДДПУ ім. І. Франка], 2009. 324 с. : іл. + додатки.

28. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом : [посібник] / НАПН України, Ін-т спец. педагогіки ; І. Сухіна, І. Риндер, Т. Скрипник ; за ред. І. В. Сухіної. Київ ; Чернівці : Букрек, 2017. 192 с.

29. Розвиток мовлення дітей з аутизмом (укл. Н. В. Базима). Київ: Літера ЛТД, 2019. 144 с. (Інклюзивне навчання). [ISBN 966-945-026-5](#).

30. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник. К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. Частина II: Навчання і виховання дітей. 224 с.

31. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму. К. : Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.

32. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник/за редакцією академіка В.І.Бондаря. Луганськ: Альма-матер, 2003. 436с.

33. Стасенко В. Інноваційні терапевтичні технології роботи з особливими дітьми . *Дитина з особливими потребами*. 2018. № 3. С. 9–14.

34. Сусла А.М., Тарасенко Н. В. Пісочна терапія в роботі з дітьми з вадами психофізичного розвитку. *Дитина з особливими потребами*. 2016. № 6. С. 6–8.

35. Таранченко О. Стратегія сучасного викладання: надання підтримки учням з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання. *Початкова школа*. 2013. № 4. С. 51–54.

36. Тарасун В, Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / За наук. ред. В.Тарасун. К.: 2014. 103 с.

37. Трофименко Л.І. Діагностика та корекція загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку. Навчально-методичний посібник. Київ 2014. 70 с.

38.Трофименко Л.І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ: Програмно-методичний комплекс. К.: ПП «Актуальна освіта», 2013. 108 с.

39.Шевців З. Основи інклюзивної педагогіки : підручник. Київ : ЦУЛ, 2017. – 248 с.

40.Шеремет М.К. Логопедія. Підручник. [Текст]/ Шеремет М.К. / 4-те видання, перероблене та доповнене. 2015р., 776 с.

41.Шина Н. Є. «Формування мовленнєвої готовності дітей старшого

дошкільного віку до навчання у школі»: дисертація канд. пед. наук: 13.00.02 / Південноукраїнський держ. педагогічний ун-т (м. Одеса) ім. К.Д.Ушинського. О., 2003р.

42.Шульженко Д. Аутизм — не вирок. Львів: Кальварія, 2010. 224 с.

43. Поради психолога вчителям. [Електронне джерело].Режим доступу:

http://chergym.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=149:2012-10-08-12-59-07&catid=38:2012-10-23-22-08-44&Itemid=128

ДОДАТКИ

Додаток А

МЕТОДИКА «КАРТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДИТИНОЮ»

1. Велика моторика і зорово-рухова координація.

- подолання перешкод

0 – дитина самостійно долає перешкоди: залазить у кульковий басейн і вилазить з нього самостійно, сідає на крісло, вилазить на крісло для того щоб дістати іграшку з полиці, що розташована високо і злазить з нього);

1 бал – дитині потрібна допомога (фізична опора, дитину слід притримувати за руку), аби вона залізла у кульковий басейн, а також вилізла з нього, сіла на крісло, залізла на крісло, щоб дістати іграшку, і злізла з нього);

2 бали – дитина не може ні самостійно ні з допомогою залізи у басейн чи сісти на крісло, дитину слід взяти на руки і покласти у басейн, чи посадити на крісло).

- тунель – повзання рачкування;

0 – дитина повзає по підлозі, переставляючи по чергово руку і ногу (праву, ліву), перелазить під столом, чи через циліндр);

1 – дитина присідає і намагається повзати, або пробує одночасно переставляючи руки і ноги;

2 – дитині не вдається повзати, або вона і не пробує цього зробити.

- «ходіння по камінню»;

0 – дитина здатна втримуючи рівновагу ходити по чітко відзначених місцях (по стовпчиках) ;

1 – дитина здатна втримуючи рівновагу ходити по чітко відзначених місцях (по стовпчиках) потребуючи при цьому допомоги, фізичної підтримки;

2 – дитина не здатна, а ні самотужки, а ні з допомогою,

втримуючи рівновагу пройтись по стовпчиках .

- м'яч (*вміння ловити*);

0 – дитина ловить м'яч хоча б один раз із трьох кидків;

1 – дитина, незважаючи на спроби, не ловить м'яч (не потрапляє в нього, або його упускає);

2 – дитина жодного разу не намагається зловити м'яч.

- *вміння кидати*

0 – дитина кидає хоча б один раз протягом трьох спроб;

1 – дитина пробує кинути м'яч;

2 – дитина жодного разу не пробує кинути м'яч.

- *стрибки на обох ногах*;

0 – дитина підскакує, відриваючи та ставлячи обидві стопи одночасно;

1 – дитина пробує безуспішно підскочити на обох ногах (підгинає коліна, але не відриває ніг від землі, або підскакує відштовхуючись однією ногою або спираючись на одну ногу, або підскакує, але при цьому потребує щоб хтось тримав за обидві руки);

2 – дитина не пробує підскакувати.

- *стрибки на одній нозі*;

0 – дитина підскакує, відриваючи та ставлячи стопу;

1 – дитина пробує безуспішно підскочити (підгинає коліно, але не відриває ноги від землі, або підскакує але при цьому потребує щоб хтось тримав за обидві руки);

2 – дитина не вміє, або дитина не пробує підскакувати.

- *стрибки у довжину*

0 – дитина підскакує, відриваючи обидві стопи одночасно і зупиняється подолавши певну відстань;

1 – дитина стрибає, долаючи певну відстань при цьому потребуючи допомоги

другої особи (підтримки дорослого);

2 – дитина не вміє або дитина не пробує стрибати.

- *проби, які підвищують рівень складності координації зорово-рухової* (напр.: ракетки, ролики, велосипед);

0 – дитина використовує ролики, велосипед, катається самостійно;

1 – дитина пробує їздити на роликах велосипеді, знає які рухи потрібно робити, але їй не вдається, або дитина потребує при цьому допомоги дорослого (тобто вони роблять це у двох);

2 – дитина не знає як використовувати ролики велосипед, або взагалі не пробує цього зробити.

2. Рівновага:

- *гойдання* (за руки і ноги, в ковдрі);

0 – дитині подобається гойдатись, це викликає у неї позитивні емоції: усмішку;

1 – під час гойдання реакція дитини не є відповідною, по реакції дитини можна зробити висновок, що дитина відчуває дискомфорт; при цьому гойдання не тривале;

2 – реакція дитини на гойдання є не відповідною, при цьому дитина взагалі не дозволяє щоб її гойдали.

- *комп'ютерне крісло;*

0 - сідаючи на крісло яке крутиться дитина може покрутитись в одну, а потім у іншу сторону; це викликає у неї радість, посмішку, але це у межах норми;

1 – крутіння викликає надмірний інтерес.

2 – крутіння повністю поглинає увагу дитини.

- *трамплін*

0 – дитина зберігає рівновагу при стрибках, наприклад батут;

1 – дитина може пробувати стрибати, однак не може зберегти рівновагу тіла;

3 – дитина не може, або і не пробує стрибати.

3. Латералізація (основна рука/нога)

- *око*;

0 – дитина проявляє рішуче домінування одного ока (протягом усього часу

користується одним і тим же оком);

1 – дитина проявляє початки домінування одного ока (як правило користується одним і тим же оком);

2 – дитина не проявляє домінування жодного ока.

- *вухо*;

0 – дитина проявляє визначене домінування одного вуха;

1 – домінування вуха не є достатньо виразним на даний вік;

2 – дитина не проявляє домінування вуха.

- *рука*;

0 – дитина проявляє визначене домінування однієї руки;

1 – домінування однієї руки не є достатньо виразним на даний вік;

2 – дитина не виказує домінування руки.

- *нога*

0 – дитина проявляє визначене домінування однієї ноги;

1 – домінування однієї ноги не є достатньо виразним на даний вік;

2 – дитина не виказує домінування ноги.

4. Реакція на слух:

- *реакція на різні звуки, пошук джерела звуку (прихованих і відкритих,*

далеких і близьких);

0 – дитина реагує на звук і правильно орієнтується звідки він походить. Реакція може бути вербальною (дитина питається, що це був за звук) або невербальною (дитина кліпає очима, змінює вираз обличчя , повертає голову в напрямку звуку);

1 – дитина реагує на звук, але не розуміє з якого напрямку він походить, або дитина реагує на звук із значним спізненням та проявляє

дещо неправильну емоційну реакцію;

2 – дитина взагалі не проявляє будь-якої реакції на звук або реагує на звук неправильно, занадто емоційно, занадто вразливо (затуляє вуха руками).

- розпізнавання звуків;

0 – дитина розпізнає звуки, наприклад називає: звук брязкальця, дзвіночка,

стукання предметами, дзеленчання ключів і т.д.);

1 – дитина усвідомлює розмаїття звуків і називає хоча б один;

2 – дитина не розпізнає жодного звуку, або взагалі не реагує на них.

- реакція на стукання предметами, перкусія вух;

0 – реакція дитина на постукування вух є нормальною;

1 – дитина відчуває себе не надто комфортно, постукування є для неї неприємним;

2 – реакція дитини є надмірною, бурхливою, або дитина зовсім не реагує.

- закривання вух;

0 – слухова реакція відповідна до віку. Слух використовується разом з іншими відчуттями;

1 – слухова реакція має незначні відхилення – може бути присутня недостатня зворотня реакція або невелика підвищена чутливість до конкретних звуків. Реакція на звук може бути запізнілою, звуки потрібно повторити, щоб привернути увагу дитини;

2 – дитина демонструє підвищену або знижену чуттєвість до звуків у дуже

помітному ступені, залежно від типу звуку; часто вона ігнорує вперше почуті звуки, може боятися або закривати вуха, коли чує деякі звуки з повсякденного життя.

- Користування предметами, які творять звуки (музичні

інструменти,

стукання предметами, звукові іграшки);

0 – дитина використовує предмети, що творять звуки: дзвіночок, брязкальце, звукові іграшки. Це викликає зацікавлення у дитини, їй це подобається;

1 – користування предметами, які творять звуки не викликає особливого зацікавлення дитини, дитина може переглянути їх і використати хоча б одну дві як такі, що творять звуки; звук, який творить іграшка не є приємним для дитини;

2 – дитина не користується предметами, що творять звуки, або дитина

користується але звук, який творить іграшка викликає реакцію дискомфорту: дитина реагує занадто емоційно, або занадто вразливо.

- розуміння і виконання завдань; стосунки з терапевтом.

0 – дитина розуміє та може виконати доручення дослідника, виконує їх та пробує співпрацювати. Дитина дає знати, що доручення незрозумілі, або що вона має труднощі з їхнім виконанням;

1 – дитина є дещо негативно налаштованою й інколи співпрацює з дослідником, а інколи відмовляється від співпраці;

2 – дитина має занадто негативне відношення, вона не старається співпрацювати з особою, що проводить його.

5. Зорові реакції:

- ліхтарик;

0 – реакція дитини на посвічування ліхтариком в очі є нормальною, дитина може попросити ліхтарик і посвітити ним, але це у межах норми;

1 – дитина проявляє більший інтерес на світлові стимули, а ніж зазвичай інші діти, або світло в очі є для неї не дуже приємним;

2 – дитина проявляє надмірний інтерес до світлових стимулів, це повністю поглинає увагу дитини, або реакція дитини є надто

бурхливою, це викликає великий дискомфорт.

– *зміна світла;*

0 – реакція дитина на виключення світла є відповідною, дитина припиняє те, що робила попередньо, змінює вираз обличчя, запитує, або сама іде до включачеля аби включити світло;

1 – реакція дитини є певною мірою невідповідна, дитина або реагує запізно на зміну світла, або не зовсім адекватно: плаче, лякається;

2 – дитина взагалі не проявляє реакції на зміну світла тривалий час, або реакція дитини є занадто бурхливою: дитина плаче.

– *конвергенція;*

0 – дитина фіксує поглядом предмет, спостерігається зведення зорових осей обох очей на предметі, що фіксується, спостерігається звуження зіниць;

1 – дитина пробує зафіксувати предмет і прослідкувати за його віддаленням, але їй не вдається це завершити (до кінця поглядом провести предмет);

2 – дитині не вдається зафіксувати предмет і простежити за його рухом.

– *реакція на кольори, розпізнавання кольорів;*

0 – дитина правильно називає чотири основних кольори (жовтий, зелений, синій, червоний);

1 – дитина правильно називає хоча б один колір;

2 – дитина не вміє правильно назвати жодного кольору або взагалі не пробує цього зробити.

- *складанки;*

0 – дитина правильно складає пазли на 4 або 6 елементи і не потребує

демонстрації, щоб виконати завдання;

1 – дитині потрібно продемонструвати для того щоб почати

завдання, або вона поєднує між собою щонайменше два елементи;

2 – дитина не може або взагалі не пробує скласти елементи навіть після демонстрації.

- *перцепція складних малюнків; (впізнання фігур)*

0 – дитина розпізнає геометричні фігури, накладені і перекреслені зображення, може їх показати або назвати;

1 – розпізнавання зображення можливе лише після навідних питань, або обведення контуру зображення;

2 – розпізнавання зображення неможливе, а ні після навідних питань, а ні після обведення контуру;

- *оглядання книжок*

0 – дитина з зацікавленням оглядає книжки з малюнками, концентрує свою увагу на кожному з малюнків;

1 – дитина потребує заохочення з боку іншої особи для розглядання малюнків. «Давай подивимось книгу, тут є гарні малюнки!» «Що тут намальовано?»;

2 – дитина не проявляє власної ініціативи до оглядання книжок, і її не вдається заохотити.

6. Чуттєві реакції:

- *реакція на дотик;*

0 – дитина нормально реагує на дотик, це не викликає у неї негативних емоцій, реакції дискомфорту;

1 – реакція дитини на дотик є невідповідною, дитина проявляє більшу вразливість ніж можна було очікувати, намагається уникнути будь якого дотику, можна спостерігати, що це дитині є неприємно;

2 – реакція дитини на дотик є в значній мірі невідповідною, дитина активно може уникати коли до неї торкаються, при цьому виявляти неадекватні емоційні реакції: кричати, кусатись, плюватися і ін..

- *реакція на легке потискування;*

0 – дитина реагує правильно на легке потискування, може говорити аби перестати її рухати або погодитися на легке потискування особи, яка проводить дослідження;

1 – дитина проявляє більшу вразливість, ніж можна було очікувати або слабо реагує;

2- реакція дитини є неправильною; може занадто багато плакати, пищати або не реагує взагалі.

– *реакція на міцний масаж – глибокі відчуття;*

0 – дитина реагує правильно на міцний масаж, може говорити аби перестати її рухати або погодитися на міцний масаж особи, яка проводить дослідження, їй може це подобатись;

1-дитина проявляє більшу вразливість, ніж можна було очікувати або слабо реагує, можна спостерігати, що це викликає дискомфорт у дитини.

2 – реакція дитини є неправильною; може занадто багато плакати, пищати або не реагує взагалі.

– *реакція на пластилін, фарби крути;*

0 – дитина качає з пластиліну валик, кульку, або щось інше, що запропонував дослідник;

1 – дитина пробує качати пластилін або бавиться ним, виконуючи рухи подібні до качання, ліплення, але не в стані сформувати валик, кульку;

2 – дитина не пробує наслідувати, або взагалі не є в стані бавитися пластиліном в спосіб, що нагадує качання, ліплення.

7. Мануальні здібності, графо моторика:

– *будування з кубиків, конструктор;*

0 – дитина будує вежу з п'яти кубиків;

1 – дитина будує вежу хоча б з двох кубиків, або для того, щоб почати завдання потребує його демонстрації;

2 – дитина не розуміє, або не пробує виконати завдання.

8. Пізнавальні здібності:

- *вміння класифікувати, знаходити відмінності;*

0 – дитина складає у дві різні коробки кубики і кульки, або олівці і фломастери і не потребує демонстрації для виконання завдання;

1 – дитина пробує виконати завдання (починає складати, але плутає предмети) або потребує демонстрації завдання щоб його почати;

2 – дитині не вдається це зробити, або вона не пробує розкласти предмети у різні коробки навіть після демонстрування всього завдання.

- *співставлення предмета і назви;*

0 – дитина правильно відповідає на питання, що стосуються щонайменше 14 картинок;

1 – дитина правильно відповідає хоча б один раз;

2 – дитині не вдається правильно відповісти на жодне з питань, що стосуються картинок, або вона взагалі не пробує цього зробити.

- *розуміння «причини-наслідку»;*

- *знання цифр та літер;*

0 – дитина правильно називає десять цифр та літер;

1 – дитина правильно називає щонайменше одну цифру (літеру) або називає усі цифри (літери) так само (за кожним разом говорить п'ять, літера «А»);

2 – дитині не вдається назвати правильно жодної цифри, або дитина взагалі не пробує виконати завдання.

- *читання;*

0 – дитина правильно читає три слова;

1 – дитина читає щонайменше одне слово або яке-небудь одне слово з цілого оповідання;

2 – дитині не вдається, або вона навіть не пробує прочитати жодного слова.

- *загальний рівень функціонування.*

0 – у дитини переважає позитивний настрій, нормальний рівень

активності для віку і оточуючого середовища, допитлива, вивчає оточення де проводиться тест, правильно користується предметами, досліджує їх із зацікавленням, оглядає їх та доторкається до них, налагоджує контакт з психологом, виконує його вказівки, зацікавлена в доброму виконанні завдань;

1 – настрій дитини змінюється, рівень активності дитини дуже слабо впливає на її успіхи, дитина проявляє довготривале занепокоєння, або не займається вивченням оточення; дитина досліджує предмети занадто довго та користується одним з органів чуттів, вона має проблеми із закінченням оглядання предметів, або проявляє невелике зацікавлення предметами; дитина є дещо негативно налаштованою й інколи співпрацює з дослідником, а інколи відмовляється від співпраці;

2 – настрій дитини часто змінюється; дитина проявляє крайні стани активності або неактивності; дитина вивчає оточення занадто часто та занадто пильно; неприродна поведінка може полягати на частому повзанні, ходінні в одну та другу сторону, або доторканні до поверхні меблів, що знаходяться в кімнаті. Дитина не цікавиться матеріалами, або досліджує їх невідповідно (кидає ними, крутить їх, смоче, нюхає або дряпає; цікавиться лише певними частинами; занадто цікавиться відбиттям світла. Дитина може мати занадто негативне відношення до обстеження, вона не старається співпрацювати з особою, що проводить його.

9. Мова:

– *активна* (вимова, артикуляція, вокалізація)

0 – нормальна вербальна комунікація, що підходить до віку і ситуації, дитина може повторити за дослідником що найменше два речення; плавне і розвернуте мовлення без пошуку слів і парафазій;

1 – мова в цілому формується з затримкою. Більшість частин мови осмислена, при цьому присутня невелика ехолалія, або неправильне використання відмінків. Інколи вживаються деякі дивні

слова. Може спостерігатися мовна аспонтанність. Труднощі включення в мовлення. Дитина може повторити хоча б два слова з одного речення за дослідником;

2 – мова в цілому відсутня. Коли вона є, вербальна комунікація може бути змішана з осмисленою або дивною мовою; невелика ехолоалія. Особливістю в осмисленій мові є включення зайвих питань та зацікавленість певними темами. Дитина не може повторити навіть двох слів з речення.

– *пасивна* (розуміння речень простих і складних)

0 – дитина розуміє звернення інших (виконує вказівки, прохання), те що дитина не розуміє вона дає про це знати;

1 – дитина частково розуміє звернення інших;

2 – дитина не розуміє змісту звернень до неї.

10. Експресія емоцій, настроїв.

0 – Емоційна реакція відповідає віку і ситуації – дитина демонструє адекватний тип і ступінь емоційної реакції, яка відображується у виразі обличчя, позі та манерах;

1 – Емоційна реакція трохи ненормована – дитина іноді демонструє неналежний тип і ступінь емоційної реакції. Реакції іноді не пов'язані з оточуючими об'єктами та подіями, що відбуваються навколо.

2 – Емоційна реакція зі значними відхиленнями – реакція вкрай рідко відповідає ситуації; дуже важко змінити притаманний дитині у цю мить настроїв. Навпаки, дитина виявляє дуже різні емоції, коли нічого не змінювалось.

11. Поведінка агресивна й авто агресивна

0 – поведінка відповідає віку дитини і ситуації;

1 – в поведінці дитини спостерігається негативізм, дитина є дещо негативно налаштованою, часто відмовляється від співпраці;

2 – в поведінці дитини частково спостерігається агресивна

поведінка, це може бути реакція на нову ситуацію, або якщо дорослі намагаються змінити рід занять дитини, може стати надзвичайно сердитою або не бажає співпраці і реагує спалахом негативних емоцій (може вдарити себе або когось з оточення).

12. Наслідування (спонтанне і на прохання, тематична гра) і співпраця, вказування пальцем, імітація, рольова гра).

0 – дитина наслідує звуки, слова, вирази, рухи, котрі доступні ровесникам, вказує пальцем, на те що вона хоче, грає в тематичні ігри, наприклад розігрує сценку з лялькою;

1 – дитина може імітувати найпростішу поведінку, іноді імітує після заохочення або з затримкою, частково грає в тематичні ігри, наприклад, дитина розігрує сценку, бавлячись лише з лялькою дослідника і не використовує власної, або навпаки, використовувати лише свою ляльку. Іноколи може використовувати руку дорослого аби показати те, що вона хоче;

2 – дитина рідко або ніколи не імітує звуки, слова, рухи, навіть за допомогою і при заохоченні дорослого, не вміє і не хоче грати в тематичні ігри, наприклад розігрування сценки з жодною лялькою; ніколи не використовує власного пальця, аби щось показати.

13. Концентрація уваги:

- стійкість та переключення уваги.

0 – дитина має відповідне вміння концентрувати увагу (слід пам'ятати про те, що молодші діти мають менші можливості концентрації уваги ніж старші);

1 – дитина має обмежені та характерні для молодшого віку можливості

концентрувати увагу;

2 – дитині не вдається концентрувати увагу і вона не є в стані ані співпрацювати з дослідником, ані виконувати простого завдання; дитина дуже легко втрачає концентрацію при виконанні завдання і не

проявляє розуміння, коли дослідник просить про увагу.

14. Поведінка дитини протягом заняття

- стереотипи;

- дивна поведінка

0 – поведінка дитини відповідає ситуації та віку, дитина вивчає оточення де проводиться тест, правильно користується предметами, досліджує їх із зацікавленням, оглядає їх та доторкається до них;

1 – поведінка, не притаманна дитині у цьому, віці, проявляється у дивних рухах пальцями, незвичайній позиції пальців або тіла, дитина може теревити частини тіла, розгойдуватись, крутитись, вертїти пальцями, або ходити навшпиньки;

2 – дитина вивчає оточення занадто часто та занадто пильно; неприродна поведінка може полягати на частому повзанні, ходінні в одну та другу сторону, або доторканні до поверхні меблів, що знаходяться в кімнаті. Дитина не цікавиться матеріалами або досліджує їх невідповідно (кидає ними, крутить їх, смокче, нюхає або дряпає. Дитина не реагує на відсутність батьків.

Можна виділити наступні рекомендації, які можуть знадобитися батькам і педагогам аутичних дітей:

- на початкових етапах навчання головним завданням є формування установки на виконання завдання, посидючості, концентрації уваги;

- слід формулювати своє прохання чітко й коротко. Не варто повторювати прохання кілька разів поспіль. Якщо дитина не реагує, слід виконувати його разом, або керувати руками дитини, або доручати їй окремі операції;

- при навчанні навичкам побутового поведінки необхідні чітка схема дій, зорова організація матеріалів, відсутність відволікаючих предметів, повторення стереотипної побутової ситуації день у день;

- як підкріплення бажаної поведінки дитини можна

використовувати самі різноманітні розваги, ласощі, улюблені дитиною форми контакту, звичайну похвалу. Важливо, щоб дитина відразу отримувала нагороду;

- необхідно враховувати вікові особливості. Слід чуйно дозувати навантаження, пристосовуючи його до внутрішнього ритму дитини. Не варто зайвий раз звертатися з проханням, коли увага поглинена чимось іншим, краще спробувати ненав'язливо потім звернутися з проханням;

- не варто намагатися навчити дитину всьому відразу, краще спочатку зосередитися на одному, найбільш доступному, поступово підключаючи до найбільш простих операцій;

- близьких не повинно засмучувати і дратувати те, що дитині ще довго буде вимагатися зовнішня організація;

- процес освоєння дитиною необхідних побутових навичок є тривалим і поступовим і вимагає великого терпіння від дорослих.

Рання діагностика аутизму має важливе значення, оскільки прогноз цієї аномалії розвитку в значній мірі залежить від часу початку психолого-педагогічної корекції і лікування.

Для реалізації ефективного психолого-педагогічного супроводу дитини з аутизмом необхідним етапом є вивчення її індивідуальних психологічних особливостей.

Велику частину необхідної інформації про можливі форми взаємодії з дитиною можемо отримати з розмови з батьками [13, 14], тому важливе місце у психологічній діагностиці займає збір інформації зі слів батьків аутистичної дитини. Проведення вступного інтерв'ю триває 1,5 - 3 години. Це перший і важливий крок для подальшої роботи з батьками та їхньою дитиною. Інтерв'ю потребує докладної інформації, що стосується життя сім'ї. Важливо, аби на першій зустрічі були обое батьків без дитини, що сприяє зниженню рівня суб'єктивності ставлення до дитини і дає змогу почути різні погляди, що стосуються розвитку й

поведінки дитини в тих чи інших ситуаціях (до 3 і після 3 років).

Основні напрямки розмови в цьому інтерв'ю представлені в опитувальнику для батьків, який підлягає якісному аналізу особливостей поведінки аутистичної дитини.

Опитувальник CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) розробили Барон-Коуен і його колеги. Опитувальник було створено для спостереження за балансом здоров'я дітей. Це означало, що він повинен бути короткий та легкий у використанні. Здійснення дослідження за допомогою опитувальника CHAT займає близько 15 хвилин. CHAT складається з двох частин:

Перша частина (А) охоплює закриті питання, що стосується функціонування дитини в дев'яти сферах.

Друга частина (Б) складається з п'яти пунктів, має експериментальний характер і полягає в тому, щоб особа, яка проводить дослідження, оцінила виконання дитиною кількох простих 9 завдань та дає змогу порівняти інформацію, отриману від батьків, з фактичними можливостями дитини .

Обидві частини анкети А і Б містять закриті питання і передбачають відповідь «так» / «ні». Варто зазначити, що перевагою опитувальника для батьків та анкети CHAT є зручність у використанні, ці опитувальники є ввідними у здійсненні обстеження дитини з аутизмом. Початкова бесіда з батьками сприяє зниженню їх напруги та встановленню довірливих відносин. Опитувальники дають змогу налагодити контакт з батьками, та зробити перший крок у налагодженні контакту з дитиною.

Карта спостереження.

Ще один, не менш важливий крок початкової діагностики полягає в спостереженні за дитиною. Його проведення вимагає додаткових підручних засобів, які потрібно приготувати заздалегідь.

Методика «Карта спостереження за дитиною», складається з

наперед визначених етапів (Додаток А).

Карту спостереження переведено в бальну шкалу. Складники кожної сфери оцінили від 0 до 2 балів, відтак вивели сумарний бал прояву порушення у кожній сфері. Функція оцінюється у 0 балів – коли дитина самостійно виконує ту чи іншу дію, і / чи поведінка або реакція є адекватними віку дитини; 1 бал дитина отримує, коли вона потребує допомоги дорослого для виконання того чи іншого завдання, або поведінка чи реакція дитини є не зовсім адекватною її віку, але це в межах норми; 2 бали дитина отримує, коли виконання того чи іншого завдання для дитини є непосильним, або дитина не пробує його виконати, а реакція чи поведінка є надто бурхливими чи загальмованими, що не відповідає віку дитини (див. додаток 1).

Карту 10 спостереження перевірили на надійність (внутрішню узгодженість шкал). Статистика альфа Кронбаха становить 0,946.

Як відомо, дитина з аутизмом дуже часто при перших зустрічах не виконує інструкцій, тому перевагою цього методу є відсутність цілеспрямованих інструкцій і лише спостереження за мимовільною поведінкою і реакціями дитини, а також за тими чи іншими сферами поведінки та реакціями, на запропоновані предмети та створені умови.

Нейропсихологічна діагностика за О. Лурія.

В основі диференційної нейропсихологічної діагностики лежить концепція про три функціональні блоки мозку. Нейропсихологічна діагностика дозволяє диференціювати труднощі навчання і поведінки, обумовлені індивідуальними особливостями функціонування мозкових структур, від дезадаптації, пов'язаної з неправильним педагогічним впливом або з патохарактерологічними особливостями особистості дитини. Ця методика не обмежується виявленням лише слабких сторін у розвитку дитини, але визначає зону найближчого розвитку, що сприяє побудові індивідуальної програми корекційно-розвивального навчання дитини. Програма має враховувати двосторонню взаємодію між

морфогенезом мозку і формуванням психіки – з одного боку, для появи певної функції потрібен відомий ступінь зрілості нервової системи, а з іншого – саме функціонування й активний корекційно-розвивальний вплив сприяють дозріванню відповідних структурних елементів.

Нейропсихологічна діагностика дозволяє оцінити: загальну характеристику дитини, дослідження рухів і дій, дослідження гнозису, мовленнєвих функцій, пам'яті, інтелекту. Кількість тестів для оцінки кожної сфери є різною. Сумарний бал у кожній психічній сфері ділиться на кількість проведених проб. Бальна оцінка організована як система штрафів, тобто що вищий бал, то гірше виконана проба. Бальна оцінка виконання кожної проби здійснюється за шестибальною шкалою на основі виявлених труднощів, ступеня їх прояву у порівнянні з нормативними показниками відповідної вікової групи. Бальна оцінка дозволяє також визначити сумарний бал дефіцитарності у кожній психічній сфері і загалом для дитини, аби адекватно оцінити ступінь недорозвитку, об'єктивувати динаміку розвитку дитини при лонгітюдному відслідковуванні в ході корекційного впливу.

Загальна характеристика дитини передбачає оцінку таких параметрів: орієнтації дитини, адекватності, критичності, виконання коректурної проби.

Обстеження рухів і дій охоплює такі проби: проба на реципрокну координацію, проба на праксис пози пальців, проба на оральний праксис, проби на динамічний праксис, копіювання простих геометричних фігур, проба на умовну реакцію вибору, проба на відтворення ритмічних структур.

Обстеження гнозису оцінюється на основі виконання таких проб: проби на предметний гнозис, проби на акустичний гнозис, впізнання просторово орієнтованих простих фігур, проби на ідентифікацію емоцій.

Обстеження мовленнєвих функцій передбачає оцінку спонтанного мовлення, проби на називання, проби на розуміння (співвіднесення з

картинкою) слів, проби на розуміння (співвіднесення з картинкою) логіко-граматичних конструкцій.

Обстеження пам'яті здійснюється на основі оцінки слухомовної пам'яті, рухової, зорової, а також оцінюється запам'ятовування розповіді.

Обстеження інтелекту містить тест на розуміння сенсу розповіді, тест на розуміння сенсу сюжетних картинок, тест на виведення аналогій, а також на відкидання (заперечення) понять.

Зорово-моторний Бендер гештальт-тест застосовується для: діагностики ступеня розвитку структурних зорово-моторних функцій у дітей, для вивчення розумової відсталості, феноменів регресії, вираження порушень окремих функцій та органічних мозкових дефектів і в дорослих, і в дітей, для дослідження особистісних відхилень, особливо тих, які пов'язані з регресивними проявами.

Зорово-моторний гештальт-тест Лоретти Бендер використовують для оцінки рівня розвитку здібності до просторової організації візуального стимульного матеріалу і зорово-моторної координації в дітей у віці від 3 до 12 років; ступеня порушення організації перцептивних і моторних функцій у хворих з різними органічними ураженнями головного мозку і психічними захворюваннями. Було показано існування значущих кореляцій між ступенем сформованості у дітей здатності до копіювання геометричних фігур та інтелектуальними здібностями (особливо невербальним інтелектом); ймовірністю виникнення труднощів у навчанні; ймовірністю прояву дизлексії і дисграфії.

В основу Бендер гештальт-тесту автор вкладає думку про те, що гештальт-функція може бути визначена як інтегральна характеристика організму, за допомогою якої він відповідає на пред'явлену сукупність 13 стимулів як на ціле, так, що сама відповідь є цілісною структурою або гештальтом. Цілісна структура стимулу і загальний стан організму

визначають структуру відповіді. Будь-яке відхилення в цілісності організму буде відображатися на сенсомоторному патерні, що є результативною відповіддю на пред'явлений стимульний патерн.

Стимульний набір Бендер гештальт-тесту охоплює дев'ять оригінальних фігур Вертхеймера, відібраних серед тих, які він використовував для психологічного дослідження сприйняття візуальних гештальтів. Дитині пропонується скопіювати ці фігури. Фігура А використовується для ознайомлення із завданням. Фігури з 1 по 8 застосовуються для діагностичного тестування і пропонуються дитині послідовно. Для копіювання використовують листи білого паперу стандартної форми А4.

Для інтерпретації тесту існує система бальної оцінки. Кожна фігура оцінюють за трьома параметрами: виконання кутів, орієнтація елементів, взаємне розташування елементів. Діапазон можливих балів від 0 до 5. Також оцінюють загальні тенденції (від 0 до 6 балів): розташування фігур на листі паперу; послідовність розташування; наявність виправлень, тенденція до збільшення чи зменшення розміру малюнків чи різка відмінність у розмірах малюнків; старанність виконання тесту; перекриття фігур; відмова від виконання завдання.

Результати представлені у вигляді суми балів по кожній з фігур і по загальних тенденціях, а також обчислюють повну суму балів. Сума балів співвідноситься з таблицею вікових норм, яка містить середній бал, а також діапазон норми для кожного віку від 6 до 11 років.

Шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона.

Для визначення рівня розумового розвитку дитини найефективнішою є методика Біне-Сімона. У порівнянні з тестом Векслера, який дозволяє визначити рівень інтелектуального розвитку високофункціональних аутичних дітей і є складним для розуміння завдань дітей з глибоким ступенем аутизму, методика Біне-Сімона відзначається простотою, доступністю, навіть для дітей з глибоким

ураженням мозку.

Шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона передбачає дослідження розумового розвитку дітей конкретного віку, починаючи з 3 і до 15 років. Для кожного віку обирається по 6 тестів, а для 12-річних – 8 тестів. Кожен тест оцінюється позитивно чи негативно відповідно до вказівок до кожного завдання.

Дослідження проводять так, що дитині конкретного віку даються тести, розраховані на дітей, що на два роки молодші за досліджувану дитину. Якщо дитина позитивно розв'язує всі ці тести, тоді переходять до тестів, розрахованих на дітей старшого віку, зупиняючись на шкалі того віку, тести якого дитина не може розв'язати. За кожне виконане завдання розраховане до 9 років додається 2 місяці.

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS).

Біхевіоральна шкала оцінювання дитячого аутизму (CARS) складається з 15 пунктів, які дозволяють діагностувати дітей з аутизмом, відрізнити їх від дітей з вадами розвитку, але без синдрому аутизму; дає можливість відрізнити ступінь аутизму від легкого – помірного до значного.

Характерні риси шкали CARS: введення пунктів, що показують різноманітні діагностичні критерії, які відносяться до поширеної 15 симптоматики аутизму як синдрому; заміна суб'єктивних клінічних спостережень об'єктивними, що дають змогу оцінювати безпосередньо під час біхевіорального спостереження.

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) вміщує 15 шкал: взаємини з людьми, імітація, емоційна реакція, володіння тілом, використання об'єктів, адаптація до змін, зорова реакція, слухова реакція, смак, запах, реакція на дотик, їх використання, боязкість або нервозність, вербальна комунікація, невербальна комунікація, рівень активності, рівень і ступінь інтелектуального розвитку, загальне враження. Кожна шкала оцінюється від 1 до 4 балів.

Сумарний бал по всіх шкалах дає змогу виявити наявність чи відсутність порушень аутистичного спектру, а також визначити рівень аутизму: 15 - 30 балів свідчать про відсутність аутизму; 30 - 37 балів – легка або помірна форма аутизму; 37 - 60 балів – важкий аутизм.

Шкала оцінювання розладів спектра аутизму (CASD).

Опитувальник розладів аутистичного спектру (CASD) включає 30 питань-симптомів, які визначають проблеми поведінки дитини в 6 областях:

- проблеми з соціальною взаємодією;
- нав'язливі дії (персеверації);
- тілесно-чуттєві (соматосенсорні) порушення;
- відхилення у спілкуванні і розвитку;
- порушення настрою;
- проблеми з увагою і розумінням небезпеки.

Кожне питання опитувальника за наявності певних відхилень у розвитку оцінюється у 1 бал, в той час як нормальний розвиток дитини оцінюється в 0 балів. Сумарна кількість балів за результатами 16 опитування – 15 балів – визначає зону ризику порушення аутистичного спектра. Відповідно, вища кількість балів > 15 , набраних за даним опитуванням, відповідає легкому, помірному та важкому ступеню аутизму.

Додаток Б

Опитувальник ADI-R

Методика ADI-R – інтерв'ю при діагностиці аутизму виправлене – це структуроване інтерв'ю, яке дають батьки / опікуни про свою дитину. Складається з 93 пунктів, які викладені на 85 сторінках тексту.

Інтерв'ю спрямоване на виявлення порушень у таких сферах:

- аспекти поведінки;
- мова і мовлення;

- соціальна взаємодія;
- стереотипна поведінка і вузькоспрямовані інтереси.

Питання інтерв'ю ADI-R стосується таких сфер:

- Біографічні дані;
- Вступні питання (1);
- Ранній розвиток (2-8);
 - Набуття і втрата мови / інших навичок (9-28);
- Мовлення і комунікація (29-49);
- Соціальний розвиток і гра (50-59);
- Улюблені заняття / іграшки (60-66);
 - Інтереси та форми поведінки (67-79);
- Загальні форми поведінки (80-87);
- Особливі ізольовані здатності (88-93).

Загальний час опитування батьків у середньому становить 1,5 - 2 години; Опитувальник дозволяє встановити психологічний вік дитини – від 2-х років.

Скринінгова діагностична методика SQR SCQ (Соціально комунікативний опитувальник) містить: 40 питань в трьох областях:

- соціальна взаємодія;
- спілкування;
- обмежені, повторні та стереотипні паттерни поведінки.

Опитувальник передбачає застосування 2 алгоритмів:

- 1) Опитування «Протягом життя» - з акцентом на віці 4-5 років;
- 2) Опитування «В даний час» - з акцентом на поведінці в останні 3 місяці. Опитувальник заповнюється зазвичай батьком / опікуном для дітей від 4 років. Визначає рівень психічного розвитку дитини – від 2 років.

Профіль шкали розвитку PEP-R.

Психолого-освітній профіль покращеної версії (PEP-R) є концепцією оцінки розвитку дітей з аутизмом, а також дітей з розладами

розвитку. Результати, отримані в тесті РЕР-R, використано для укладання «Індивідуальних програм навчання» (ІПН).

РЕР-R є добіркою поведінок та вмінь, яка служить для діагностики характерних для конкретної дитини способів навчання. Тест призначається передовсім для дітей, що перебувають на дошкільному або нижчому рівні, тобто у віці від 6 місяців до 7 років. Якщо дитина є старшою, але немає ще 12 років, РЕР-R може надати потрібну інформацію у випадку, коли деякі функції розвитку дитини є нижчими від рівня першого класу.

Психолого-освітній профіль (РЕР-R) містить шкалу розвитку та шкалу поведінки. Шкала розвитку. Елементи шкали розвитку РЕР-R поділено на сім сфер розвитку: 1) наслідування, 2) сприйняття, 3) дрібна моторика, 4) велика моторика, 5) зорово-рухова координація, 6) пізнавальна діяльність, 7) спілкування, активне мовлення. Вміння у цих сферах перевірено в 131 завданні, представлених в «Підручнику тесту РЕР-R».

Система оцінювання результатів за шкалою розвитку містить оцінку «зараховано» або «не зараховано», що свідчить про однозначність виконання або невиконання завдання, а також результат «обнадійливо», який призначається для дитини, яка тільки частково розуміє, що потрібно зробити в конкретному завданні або не має достатньо вмінь, аби це зробити добре. Дитина може проявляти розуміння того, що потрібно зробити, або може навіть виконати частково, але в особливий спосіб. Таке вирішення завдання оцінюється як таке, що подає надії «багатообіцяюче». Основні засади оцінки виконання завдання:

«зараховано» – оцінку (зар.) отримує завдання, яке дитина зуміє самостійно добре виконати;

«обнадійливо» – оцінку обнадійливо(об.) зона найближчого розвитку отримує таке виконання завдання, яке вказує, що дитина

більш-менш знає, як виконати завдання, але не в стані його вдало закінчити; або коли дослідник змушений декілька разів показувати або вчити дитину, як варто виконати завдання;

«не зараховано» – в ситуації, коли дитина не в стані зробити жодної частини завдання або навіть не пробує його виконати, незважаючи на те, що дослідник декілька разів його демонстрував; за виконання завдання отримує оцінку «н. зар.».

Шкала поведінки.

Шкала поведінки РЕР-R має на меті розпізнавання нетипових способів поведінки, характерної для аутизму: 42 завдання шкали поведінки поділено на чотири частини: 1) налагодження контактів та емоційні реакції; 2) гра та зацікавлення предметами; 3) реакції на імпульси; 4) мовлення, мова. Завдання шкали поведінки мають на меті, наприклад, розпізнавання вміння налагодження зорового контакту, розпізнавання неналежного використання матеріалів, надмірної зацікавленості нюханням та смакуванням речей, нетипового вживання слів або нескоординованої поведінки в час виконання завдання. Три нові завдання № 172, 173, 174 було додано задля оцінювання реакції дитини на різноманітні нагороди. Поведінка оцінюється як «відповідна», «помірно невідповідна» та «в значній мірі невідповідна». Елементи шкали поведінки, на противагу до елементів шкали розвитку, мають стосунок до норм поведінки. Поведінка ані з помірними, ані зі значними відхиленнями не є нормою для будь-якої вікової групи. Результати зі шкали поведінки можуть бути використані для спостереження за змінами, що виникають у поведінці дитини. Якщо поведінка характерна для конкретного віку, то дитина отримує оцінку «відповідна». Якщо поведінка є доволі не характерною, то її можна оцінити двояко: «помірно невідповідна» або «в значній мірі невідповідна». Оцінку «помірно невідповідна» використовують у випадку, коли поведінка дитини є помірною мірою гіршою, але лише тільки дещо іншою від

нормальної поведінки. «В значній мірі невідповідна» вважається та поведінка, інтенсивність, якість та частота прояву якої істотно відрізняється від нормальної і яка є однозначно нетиповою.

Для відображення результатів, отриманих за допомогою тесту PEP-R, є картка, що підсумовує дослідження, 10 карток для нотування й оцінювання (картка оцінок), а також картка підрахунку. Також тест 20 PEP-R містить картки, де відображено профіль шкали розвитку та профіль шкали поведінки. Профіль шкали розвитку становить «Результат» в шкалі розвитку (WSR), тобто є сумою всіх зарахованих завдань шкали розвитку. Після прирівняння результату в шкалі розвитку до шкали віку можна встановити вік розвитку дитини. Суми всіх результатів «обнадійливо» для кожної сфери розвитку визначають можливості дитини до навчання та пропонують точки виходу при плануванні навчання. У профілі шкали поведінки відображається сума результатів в значній мірі невідповідних (зн.) в даній сфері, які стосуються поведінки, а також число оцінок помірковано невідповідних (пом.) в кожній сфері поведінки.

Отже, PEP-R призначений, насамперед, для планування індивідуальної програми навчання. У випадку дітей з високими диференційованими можливостями набагато більш корисним буде оцінювання та виявлення сфер розвитку, в яких вони мають досягнення, і тих, в яких вони досягнень не мають. Тест PEP-R слугує для представлення у формі профілю рівня розвитку дитини, визначеного відносно до нормальної популяції, у вигляді, наближеному до віку розвитку. Досягнення дитини в кожній із сфер діяльності можна порівняти з іншими сферами розвитку. Варто зазначити, що специфічними методами, призначеними саме для дітей з аутизмом, є: опитувальник для батьків, карта спостереження, анкета CHAT, шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) та профіль шкали розвитку PEP-R. Інші методики, такі як шкала тестів розумового

розвитку А. БінеТ. Сімона (варіант Л. Термена), нейропсихологічна діагностика в дошкільному віці (Лурія), зорово-моторний Бендер гештальт-тест, застосовували для об'єктивізації даних.