

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

Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З
РАННІМ ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО
ЗАКЛАДУ**

Кваліфікаційна робота (проект)

На здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка другого
(магістерського) рівня вищої освіти
292-М групи Спеціальності 016
Олігофренопедагогіка
Освітньо-професійної (наукової)
Програми Спеціальна освіта

Сурніна Анна Вікторівна

Керівник: к.філол.н., Валуєва І.В.,
к.психол.н., Дрозд Л.В.

Рецензент: к. біол. наук, доцента
кафедри фізичної терапії та ерготерапії
ХДУ Васильєва Н.О.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи корекційної роботи та психомоторного розвитку дошкільників з раннім дитячим аутизмом.....	6
1.1. Історичний аспект вивчення проблеми раннього дитячого аутизму.....	6
1.2. Характеристика психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з раннім дитячим аутизмом.....	11
1.3. Система заходів корекційної роботи з дошкільниками з раннім дитячим аутизмом в умовах реабілітаційного закладу.....	16
РОЗДІЛ 2. Методики дослідження психомоторної сфери дітей з РАС.....	23
2.1. Організація обстеження дітей з раннім дитячим аутизмом в умовах реабілітаційного закладу.....	23
2.2. Методики діагностики психомоторних функцій у дітей з РАС.....	25
РОЗДІЛ 3. Результати дослідження та рекомендації щодо покращення психомоторного розвитку дітей з РАС в умовах реабілітаційного закладу.....	27
3.1. Аналіз динаміки сформованості психомоторних процесів у дітей дошкільного віку з РАС.....	27
3.2. Рекомендації щодо покращення психомоторної сфери дітей з РАС в умовах реабілітаційного закладу.....	27
3.2.1. Рекомендації корекційним педагогам.....	31
3.2.2. Опитувальник для батьків та рекомендації.....	35
ВИСНОВКИ.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	40

ВСТУП

Актуальність дослідження. Інтерес фахівців щодо проблеми навчання дітей з аутизмом обумовлений значним збільшенням кількості таких дітей за останні роки і недостатньо ефективним рішенням невідкладних питань корекційно-розвиваючого впливу на психофізичну сферу аутичних дітей.

Особливу категорію дітей у системі освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я є діти з РАС, що у свою чергу обумовлено специфікою порушення. За сучасними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 1 дитина із 160 дітей у світі страждає на розлад аутистичного спектру. Розлади аутистичного спектру (РАС) – спектр психологічних характеристик, що описує широке коло аномальної поведінки та труднощів у соціальній взаємодії та комунікаціях, а також жорстко обмежених інтересів та часто повторюваних поведінкових актів. Оскільки дитячий аутизм веде до аномальному розвитку всіх областей психіки. Нормальний хід розвитку дитини не тільки порушується та затримується, але й спотворюється, спотвореним виявляється і моторний розвиток дитини.

Це виявляється в тому, що в руховій мимовільній активності дитина є більш успішною, ніж з довільною руховою активністю. Це відбувається тоді, коли доводиться діяти за інструкцією та свідомо контролювати свої рухи. Педагогічне спостереження показало, що у дітей з аутизмом затримується формування функцій великої та дрібної моторики. Крім того, недорозвинутими відмічаються навички побутової адаптації, засвоєння звичайних та необхідних для життя дій з предметами. У розвитку основних рухів у дітей з розладами аутичного спектру відзначається важка рвучка хода, а також імпульсний біг з особливим ритмом, зі стереотипними застиганням, перемежуванням, з широким розмахом обох рук, навшпиньки. Рухові функції дітей з РАС можуть бути мляві або, навпаки, напружено скуті, дії рук та ніг погано скоординовані, механістичні та з відсутністю пластичності.

Недостатня координація рухів є і в стрибках, що проявляється у неможливості одночасного відштовхування двома ногами. Для дітей також важкими є вправи, пов'язані зі збереженням рівноваги та з просторовим орієнтуванням.

Загалом у дітей відзначається слабкість реакції на допомогу дорослого під час навчання, опір при наданні допомоги, а також труднощі в імітації рухів дорослого впливає на розвиток дітей з аутизмом, сприяє гармонійному зростання рухових якостей, згладжує, коригує та компенсує рухові та інтелектуальні порушення.

Проблема розвитку психомоторної сфери дітей з аутизмом на сьогоднішній день є значимою.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: дослідження кваліфікаційної роботи виконані відповідно до напрямку науково-дослідної роботи кафедри спеціальної освіти Херсонського державного університету «Зміст і технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» №0119U101727 від 22.11.2019 р.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та визначити особливості психомоторного розвитку в дітей раннього дошкільного віку з розладами аутистичного спектру в умовах реабілітаційного закладу, експериментально дослідити стан сформованості психомоторної сфери даної категорії дітей.

Завдання:

1. Теоретично проаналізувати та обґрунтувати аналіз особливостей психомоторної сфери у дошкільників з розладами аутистичного спектру.
2. Визначити стан сформованості моторної, рухової та психологічної сфери у дошкільників з розладами аутистичного спектру, їх фізичну підготовку.
3. Проаналізувати методики та методи діагностування стану психомоторної сфери дошкільників з розладами аутистичного спектру.

4. Розробити рекомендації, щодо розвитку покращення психомоторного розвитку дошкільників з розладами аутистичного спектру в умовах реабілітаційного закладу.

Об'єкт дослідження. Розвиток формування рухових та моторних навичок дошкільників з розладами аутистичного спектру.

Предмет дослідження. Методики спрямовані на розвиток та покращення стану психомоторної сфери у дошкільників з розладами аутистичного спектру.

Наукова новизна отриманих результатів. Під час вивчення питання стосовно особливостей та стану психомоторної сфери дошкільників з розладами аутистичного спектру ми дійшли висновку, що питання досліджено не на достатньому рівні. Після детального опрацювання літературних джерел, та експериментальної діагностики психомоторного розвитку дошкільників, вирішили підготувати рекомендації щодо покращення розвитку психомоторної сфери для дошкільників з розладами аутистичного спектру в умовах реабілітаційного закладу.

Практичне значення одержаних результатів. Результати даного дослідження, присвячені аналізу психомоторної сфери дітей з розладами аутистичного спектру (РАС), можуть бути використані в практичній роботі вчителів, вихователів та батьків, які виховують дітей з розладами аутистичного спектру в умовах реабілітаційного закладу, інклюзивних центрах та інших фахівців в сфері спеціальної та інклюзивної освіти.

Апробація результатів дослідження. За матеріалами випускної роботи опубліковано статтю: Сурніна А.В. «Стан психомоторної сфери дітей з аутистичним спектром порушень». Опубліковану в Альманасі «Магістерські студії» Херсонського державного університету (2022 р.).

Структура роботи: кваліфікаційна робота викладена на 43 сторінках друкованого тексту та має такі складові: вступ, три розділи, висновки та список використаної літератури.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ТА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДОШКІЛЬНИКІВ З РАННІМ ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ

1.1. Історичний аспект вивчення проблеми раннього дитячого аутизму

На сьогоднішній день аутизм привертає до себе досить велику кількість фахівців, так як кількість аутичних дітей зростає не тільки в нашій Україні, а й у всьому світі. В сучасній психологічній та медичній літературі чітко визначено, що перші симптоми аутизму мають свої прояви у досить ранньому віці, які можуть проявлятися протягом всього життя. [2]. Зазвичай, людям з аутизмом притаманні такі особливості, як схильність до стереотипних дій, повільне, а інколи зовсім відсутнє засвоєння навичок, і найчастіше проявляється в неадекватному відношенні до оточуючих [7].

У 1911 р. швейцарським психіатром О. Блейлером (Eugen Bleuler) вперше був запропонований термін «аутизм» як негативний синдром саме при шизофренії. В 1926 р. Г.Ю. Сухаревою у дитячому віці описана була клінічна картина «шизоїдної психопатії», яка була у 1944 р. досить схожа до опису «аутистичної психопатії» Ганса Аспергера (Hans Asperger) [3, 4].

У 1943 р. дитячий аутизм Лео Каннер (Leo Kanner), описував саме як окреме захворювання. Проводив дослідження, в якому взяли участь 11 людей в яких спостерігалась самотність аутистична, а також постійне повторення одноманітних дій, яке можна було спостерігати з самого народження. У 1949 р. L. Kanner також дійшов висновку, що в майбутньому обов'язково буде чітке розмежування шизофренії та раннього дитячого аутизму. Від

періоду опису аутизму як хвороби L. Kanner ведуться безперервні дискусії про його нозологічну приналежність [5, 6].

Незважаючи на те, що цей термін вживається у всьому світі і до цього дня, слідє відзначити, що сучасне розуміння аутизму суттєво відрізняється від початкового клінічного визначення, запропонованого Блейлером. У закордонній психіатрії аутизм розглядається в поведінковому плані як уникнення дійсності у світ внутрішніх переживань, як свідоме чи несвідоме захисне пристосування проти душевного болю, що дає людині можливість уникнути непосильних йому вимог довкілля.

Можна виділити певні етапи становлення саме теорії аутизму в історії розвитку [5].

Стосовно першого етапу його називали *донозологічним періодом* (кінець XIX — початок XX ст.), його згадують, як розгляд опису дітей які прагнули до самотності постійної. Відомий психіатр Г. Маудслей (1867) вперше звернув значну увагу саме на маленьких дітей з затримкою і розладами процесу розвитку, а також тяжкими психічними порушеннями з вираженими відхиленнями, розглядаючи такі розлади саме як “психози”.

Другий етап вважається *доканнерівським періодом*, який сягає 20 – 40-ті роки XX століття, саме в даний період і розглядались прояви шизоїдні у дітей з аутизмом. Е. Блейлер запропонував в психіатрії новий термін аутизм. Трохи пізніше він зазначав, що можливість наявності аутизму в клінічній картині таких хвороб, як маніакально-депресивний психоз, відповідно при істеричних і афективних розладах спостерігалась шизоїдна психопатія. Вчений вважає, що в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення. У надбаннях Е. Блейлера, а згодом і Л. Каннера йшлося про категорію дітей у яких була досить виражена замкнутість, і відповідно присутні порушення мислення. Згодом дослідження які проводились вченими свідчили вже про інші аспекти у вивченні питання стосовно аутизму, зазначалось що діти проявляли себе деякі досить активно, деякі занадто дивно, але не замкнуто. Виходячи з даних спостережень, у певної кількості дітей все таки було

прагнення до спілкування, але налагодження контактів з іншими людьми були досить дивними і дуже відрізнялись від звичайного емоційного налагодження контакту дошкільників.

Наразі досить великий інтерес викликає той факт, що поняття аутизм, аутистичний розлад, синдром, аутистична поведінка, а також мислення досить часто вживаються як синоніми, що в свою чергу є не коректним, тому і викликає деякі діагностичні, а також кваліфікаційні утруднення [15].

М. О. Гуревич, Н. И. Озерський, 1930; Г. Е. Сухарьова, 1926, 1937; Л. Бендер, 1933, 1956; Лутц Дж., 1938 і Т. П. Симеон, 1929; А. Хомбургер, 1926 та багато інших видатних фахівців у дитячій психіатрії використовували термін аутизм з моменту коли окремо почали розглядати ранню дитячу шизофренію.

Дітям трьох-п'яти років при шизоїдній психопатії, притаманні незначна прив'язаність до реального світу, а також аутизм. На даному етапі стало важливим саме те, що необхідно було доводити можливості формування аутизму в цілком незрілої особистості [5].

Третій етап визначили, як *каннерівський період* (40 – 80-ті роки ХХ ст.). Даний період характеризується появою у світі досить кардинальних праць в сфері дитячого аутизму, звісно основні надбання були представлені саме Каннером (1943). Автор описував в першу чергу особливі стани у дітей, які мали початок з перших років життя і були зумовлені певною самоізоляцією. Саме після даного дослідження та спостереження, Каннер і запропонував називати дані стани дітей саме раннім дитячим аутизмом.

Leo Kanner дійшов висновку, що синдром раннього дитячого аутизму набагато частіше зустрічається у дітей, ніж це було раніше, і при цьому ранній дитячий аутизм помилково розглядали як інтелектуальне порушення або дитячу шизофренію [21].

На основі своїх досліджень Каннер виділив головні критерії дитячого аутизму:

- високий когнітивний потенціал;

- нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності;
- глибоке порушення контакту з іншими людьми;
- не спрямоване на міжособистісне спілкування мутизм, або мовлення;
- поглинутість предметами, які крутяться.

Описані Каннером ознаки аутизму як синдрому є досить суттєвими і в наш час. У 1956 році Каннер після великої кількості спостережень вирішив все-таки, що йому необхідно відмовитись від своїх попередніх критеріїв які він розглядав раніше. Відповідно ним було зазначено, що основними критеріями дитячого аутизму можна вважати нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності і досить глибоке порушення контакту з іншими людьми. Але не зважаючи на всі фактори, Каннер зберіг за ним колишнє визначення аутизм, хоча було багато вагомих підстав розгляду захворювання з різних психопатологічних та складних симптомів [24].

Саме це і спонукало до плутанини понять дитячого аутизму за Е. Блейлером, саме як симптому та аутизму як розладу. Відповідно, коли розглядаємо ранній дитячий аутизм, в контексті не симптом аутизму в блейлерівському розумінні, який постає як ознака різних хвороб , а як розлад (хвороба), при шизофренії, який трактується як Каннера синдромом.

Четвертий етап уже був у 50 – 90-х роках ХХ ст. і відповідно носить *каннерівський і постканнерівський період*. Аутистичні розлади у дітей вивчали різними шляхами, було розглянуто більш детально та уточнено особливості раннього дитячого аутизму саме в аспекті клініко-психопатологічних особливостей. Завдяки численним дослідженням вдалось дійти висновку , що у структурі раннього дитячого аутизму були прояви афективних розладів, поганий апетит, було уточнено клінічні прояви аутизму, що супроводжувало появі психопатологічних порушень різних сфер розвитку дитини в даному періоді, а особливо проявлялась повна відсутність адаптації до зовнішніх факторів [31].

Почали з'являтися дослідження в яких було описано та обґрунтовано не специфічність аутичних дітей. З. Руттенберг , М. Махлер та багато інших

дослідників почали пов'язувати та розглядати саме процес формування раннього дитячого аутизму із багатьма факторами які впливли на появу та розвиток даного захворювання. До основних вони відносили вікові кризові періоди, травми, інфекції, навіть пологи, до уваги було взято розлади адаптаційних механізмів у ще не сформованої особистості, порушеннями всіх процесів у нервовій системі дитини, а також увага значна приділялась певному порушенню симбіозу між дитиною і матір'ю.

Досить значні дослідження у вивченні диференційованої форми саме інтелектуальних порушень привели до опису аутистичних симптомів при інтелектуальних порушеннях в цілому, Х-ламкій хромосомі, синдромі Дауна , а також при хворобі Фелінга , що являє собою вроджену патологія обміну речовин, що призводить до порушення реакцій перетворення незамінної амінокислоти фенілаланіну в тирозин різних порушень (В. И. Гаврилов, 1988 , Г. С. Маринчева, та ін.). М. Mahler та психоаналітики трохи згодом, в 60-х роках висунули ідею, стосовно того що затримка розвитку дитини на ранній період, коли ще зв'язки між світом і нею не сформовані і являє собою аутизм. Ретт А., 1966; Хагберг Б., 1985; В. М. Башина 1993, 1995 та багато описали синдром Ретта, який вони виділили з дитячої шизофренії. Однією з ймовірних причин аутизму сьогодні більшість дослідників розглядає саме в аспекті порушення діяльності центральної нервової системи внаслідок органічних уражень раннього онтогенезу. Стосовно підтвердження даної гіпотези: ехолалії та затримка психомовного розвитку; інтелектуальне порушення, яке часто є супутнім розладом при аутизмі, гіпо або гіперсензитивність щодо стимулів різних аналізаторів; швидка виснажливність та труднощі у формуванні довільної уваги; прояви значної моторної розгальмованості [14]. Можна дійти висновку, що питання стосовно аутистичних розладів саме в дитинстві досліджується протягом досить великого проміжку часу. Аутистичні розлади розглядають залежно від наукового напрямку в аспекті їх природи і клініки, верифікують як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку. У міжнародних класифікаціях хвороб, аутистичні розлади

відображено серед різноманітних порушень розвитку, психозів дитячого віку [10, 20, 23].

До 2006 року в Україні розлади зі спектру аутизму майже не діагностувались. В подальшому зріст захворюваності та поширеності цих розладів продовжував збільшуватись. В Україні впродовж останніх років збільшилася захворюваність дітей на розлади психіки і поведінки спектру аутизму, офіційно зареєстровано понад 4 тисячі людей із аутизмом, але представники громадських організацій, які опікуються цією проблемою, кажуть, що насправді таких людей набагато більше. Тому проблематика дітей з аутизмом сьогодні є дуже важливою і потребує досить вагомого дослідження і надалі. У 2019 р. описаний «континуум аутистичних розладів» і дитячої шизофренії, прийнятий у світі [5, 9, 10]. Ми дійшли висновку, що зараз у 1–3% дітей у всьому світі виявляють аутизм.

Дослідження в галузі вікової, педагогічної та спеціальної психології, дошкільної педагогіки щодо сензитивних періодів розвитку психіки і моторики, провідних видів діяльності дошкільників (С. Максименко, А. Богуш, Е. Вільчковський, Л. Виготський, та ін.); концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з розладами аутистичного спектра (В. Тарасун, Г. Хворова); щодо сучасних досліджень психокорекційної складової дітей з раннім дитячим аутизмом (Д. Шульженко, К. Островська, Т. Скрипник) [18, 26, 32].

1.2. Характеристика психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з раннім дитячим аутизмом

На сьогодні досить значна кількість дослідників все таки дотримується думки, в основу якої покладено недостатність роботи центральної нервової системи, яка є наслідком особливої патології аутизм. Ключовими причинами даної недостатності вважають вроджену аномальну конституцію, вроджене порушення процесу обміну, в результаті патології вагітності й пологів спричинене органічне ураження центральної нервової системи. Прояви

аутизму значною мірою проявляються у значному зниженні контактів чи повною відсутністю їх, «втечі» у свій внутрішній світ [11].

Діти з аутизмом досить старанно приховують свій внутрішній світ від навколишнього оточення, завжди уникають зорового контакту, також спостерігається відсутність контактів як з ровесниками так і з батькам, близькими родичами. Відповідно порушення комунікативної поведінки у даної категорії дітей переважає, недорозвиток мозкових структур, що в свою чергу регулюють емоційно-мотиваційну сферу психіки, а також недорозвиток соціально-вольових функцій. Вже на 2-3 році життя дитини найбільш вираженими симптомами аутизму є яскраво виражені прояви порушень комунікації. Це проявляється досить високою вибірковістю сприймання, аутична дитина на контактні подразники реагує більше ніж на слухові та зорові.

Психомоторний розвиток є одним із найважливіших показників психофізіологічного здоров'я дитини. Нормативне функціонування психомоторних процесів має велике значення для формування мови як одного з компонентів вищих психічних функцій, різних моделей поведінки та таких специфічних для людини рухів, як прямоходіння та маніпулювання різноманітними знаряддями праці [23].

Патологічний розвиток психомоторної функції має негативний вплив на розвиток і становлення особистості цілому. Порушення психомоторної сфери найбільш виражено проявляються саме при розладах аутистичного спектра. Для дітей характерні знижений психофізичний тонус; грубі розлади дрібної моторики пальців рук; порушення праксису (диспраксія); психомоторна незграбність; спостерігаються труднощі координації та цілеспрямованості довільних рухів; присутня рухова розгальмованість та підвищена збудливість або, навпаки, м'язова гіпотонія; порушення орієнтування в навколишньому просторі та зорово-моторної координації. Незважаючи на той факт, що дослідження психомоторики є одним з найважливіших компонентів

всесбічного розвитку та навчання дітей з розладами аутистичного спектру, лише деякі наукові роботи присвячені вивченню цієї теми.

Для школярів цієї категорії характерне порушення праксису – можливість здійснювати цілеспрямовані рухи та дії. Праксис включає в себе планування та реалізацію послідовності виконання рухів на основі зорових та зорово-просторових уявлень, орієнтацію у просторі тіла та ін. Відмінною особливістю дитини з аутизмом є бідність міміки та жестикуляції, відсутність "мови тіла", що виявляється у неможливості адекватно реагувати при контакті з іншими людьми [14].

Порушення з боку психомоторної сфери призводять до труднощів при формуванні навичок побутової адаптації та засвоєння звичайних, необхідних для повсякденного життя дій із предметами.

Досліджуючи питання стосовно психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом, ми дійшли висновку що наразі дуже мало досліджень в спеціальній літературі з даної тематики, які саме розкривають методики визначення рівня психомоторної функції.

Не менш важливими проявами аутизму можуть також бути значне зниження порогу больової чутливості, саме через те що діти з раннім дитячим аутизмом не відчують біль коли їм наносять травми; замкнутість, поступовий відхід в себе, у свій власний світ власних переживань; фізичні аномалії (відставання в рості, патологічні зміни внутрішніх органів, непропорційність скелета та ін.); зниження інтересу до звуку людського голосу, при його підвищенні; абсолютне ігнорування на звернення; спостерігається затримка або повна відсутність розвитку мовлення; недостатня гнучкість, порушення інтонаційної сторони мови, її стереотипи у використанні фраз і слів; відсутність творчості і фантазії в мисленні; порушення сну і прийому їжі; досить часта і неочікувана поява спалахів гніву й агресивності; холодність при спілкуванні навіть з найдорожчими людьми (батьки, брати, сестри); відсутність почуття прихильності до рідних і близьких, можливе їх повне ігнорування; уникнення однолітків; байдужість до

інтересів оточуючих; максимальна відсутність та повне ігнорування співпереживання інших.

Ще досі є думка, що аутизм насправді має досить значну кількість біологічних причин, можна припустити що саме дія всіх біологічних факторів і призводить до загальних порушень роботи головного мозку дитини в майбутньому [12].

Рухова сфера, являє собою ту частину нервової системи, яка несе відповідальність за всі рухи тіла. Стосовно рухової сфери дітей з аутизмом, то вона має значні відмінності і характеризується стереотипними рухами, значними порушеннями великої і дрібної моторики рухів, а також складнощами у формуванні найпростіших побутових навичок і предметних дій. Дітям з аутистичними проявами властиві спотворення основних базових дій: імпульсивний біг зі спотвореним і тремтячим ритмом, надлишкові рухи кінцівками, нерівномірність циклічних рухів при пересуванні, розчепірені руки, які не беруть участі в процесі рухової діяльності. Пластичність відсутня, ускладнені вправи з м'ячем, що обумовлено порушеннями сенсомоторної координації та дрібної моторики верхніх кінцівок, також рухи є досить млявими та скутими. Взагалі на розвиток психомоторики мають вплив досить вагомі декілька факторів, і в першу чергу це дозрівання і навчання.

Одним з вагомих порушень рухової сфери в дитини з раннім дитячим аутизмом є прояв порушення м'язового тону. В досить ранньому віці, дуже часто плутають порушення тону у дітей з аутизмом і дітей з дитячим церебральним паралічем, тому можуть бути поставлені не досить коректні діагнози дітям [25].

Психомоторний розвиток дошкільників характеризується певною диференціацією рухів малої моторики а також рухів, що пов'язані із самообслуговуванням. Вагомими результатами даної вікової категорії є набуття саме певних умінь: розгойдування самотійно на гойдалці, уміння дитини самотійно одягатись, також зав'язувати собі шнурки, чистити зуби, перестрибування через калюжу або перепону, розчісувати волосся самотійно,

достатньо охайно їсти. Нажаль стосовно категорії дітей з раннім дитячим аутизмом, то вони не мають таких умінь та навичок в дошкільному віці. В реабілітаційних закладах досить велика увага приділяється саме навичкам самообслуговування, соціально-побутовим навичкам для максимальної допомоги дітям бути самостійними.

Після вивчення низки літературних джерел, ми дійшли висновку, що психомоторний розвиток умовно можна поділити на певні рівні. Спираючись на дослідження І. Риндер, можна продемонструвати модель розвитку психомоторики дітей з раннім дитячим аутизмом: рухова активність на рівні предметних дій та рухова активність на рівні діяльності; рухова активність на рівні сприймання; рухова активність на рівні елементарних відчуттів, рухова активність на рівні просторового поля [18].

«Модель психомоторного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру» розроблена І. Риндер, дає підстави для ключових аспектів рекомендаційного характеру розвитку дитини з розладами аутистичного спектра психомоторики за стадіями онтогенетичного розвитку. Все ж таки потребує більш детального вивчення стан психомоторики та індивідуальних психологічних характеристик дітей із розладами аутистичного спектру.

Таким чином, дітям з розладами аутистичного спектру наявні різноманітні порушення психомоторного розвитку, які чітко взаємопов'язані як з руховими порушеннями так і психологічними.

1.3. Система заходів корекційної роботи з дошкільниками з раннім дитячим аутизмом в умовах реабілітаційного закладу

Досить багато видатних вчених сучасності в Україні саме в сфері корекційної педагогіки та спеціальної психології вивчають проблематику навчання та виховання дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектру, і розкривають у своїх працях такі науковці, як Д. Шульженко, С.

Конопляста, В. Тарасун, М. Рождественська, В. Бондар, , К. Островська [23, 29].

Але після дослідження проблематики саме психомоторного розвитку дітей раннім дитячим аутизмом в умовах реабілітаційного закладу, ми дійшли висновку що все таки питання недостатньо вивчене і потребує більш поглибленого вивчення. Провідним і ключовим аспектом в роботі з категорією дошкільників з раннім дитячим аутизмом в умовах реабілітаційного закладу є саме максимальна соціалізація дитини та самостійність в майбутньому.

Головним і дуже важливим в роботі логопедів, дефектологів, психологів та інших фахівців навчальних закладів, що стикаються з такими дітьми, а також їх батьків є корекційна робота, яка в свою чергу спрямована на формування внутрішніх адаптивних механізмів поведінки, що спонукає до соціального пристосування дитини з аутизмом, і найголовніше це взаємодія з дорослими і налагодження емоційного контакту.

До початку корекційної роботи необхідно визначити ключові потреби дитини з якою будемо працювати, відповідно визначити такі аспекти як мовлення, уява, а також рівень соціальної взаємодії дитини з оточуючими. Однією з вагомих етапів в початку роботи з дитиною, досить важливо спонукати дитину до навчання, і тільки потім після її бажання вчитись можна чекати результат засвоєння нових знань. Безумовно створення психологічної атмосфери для позитивного настрою дитини на занятті займає значну позицію в корекційній роботі, це сприяє також налагодженню контакту, зниженням тривожності дитини, а інколи необхідно почати з навичок самообслуговування, не завжди такі елементарні навички у дитини сформовані коли батьки звертаються до фахівців, це можуть бути досить прості навички, зняти верхній одяг та повісити його в шафу, помити руки перед початком заняття. Але всі ці аспекти є досить індивідуальними в роботі з кожною дитиною [16].

Є така особливість у дітей з порушенням аутистичного спектру, вони потребують чітко знати, які завдання вони будуть виконувати на занятті, їх

чітка послідовність і не менш важливо для них розуміння навіщо їм необхідно виконувати ті чи інші завдання. Коли вони розуміють послідовність завдання яке перед ним стоїть, то вони можуть вбачати в ньому сенс, і відповідно виконати його, можна використовувати пам'ятки в яких буде інструкція покрокова для успішного виконання, спонтанність і додавання будь-яких завдань протипоказана, так як дитина може відмовитись від виконання повністю.

Наприклад можна зобразити схему, що відображає потрібну послідовність дій дитини при підготовці до прогулянки, можна намалювати на шафі в якій зберігаються речі дитини. В кімнаті де проходять заняття з дітьми з розладами аутистичного спектру можна розміщувати певні плакати з пведінкою під час заняття, певні ключові події які вивчаються дитиною в той чи інший період, наприклад навички самообслуговування в кімнаті де знаходиться туалет, можуть бути картинки з інструкцією як себе поводити в кімнаті коли дитина хоче до туалету, що після необхідно вимити руки, повитирати руки, охайно одягнутись і тільки потім виходити.

Досить дієвими видами ігрової діяльності в дітей з аутизмом є ігри, в яких дитина може бачити відразу кінцевий варіант, наприклад пазли, мозаїка, також певні головоломки з обов'язковим результатом який представлений на коробці, дані види ігор досить зрозумілі для дітей з раннім дитячим аутизмом, і дивлячись на картину вони зазвичай виконують все правильно і відповідно виконання викликає у них позитивні емоції [17].

У категорії дітей з труднощами у спілкуванні є такі особливості в поведінці, як розкладання предметів за розміром, кольором, складання іграшок за розміром від найменшої до найбільшої, так само і наприклад кольорові олівці можуть складати за кольорами та розмірами, що в свою чергу є досить ключовим аспектом в допомозі фахівцям, які працюють з дітьми з труднощами у спілкуванні.

Діти з аутизмом досить негативно реагують на своє відображення в дзеркалі, про це писав ще Каннер на початку своїх спостережень за дітьми з

синдромом шизофренії, згодом раннім дитячим аутизмом, коли бачать себе в поний зріст у них це викликає негативні емоції і відповідно вони не можуть на себе дивитись. Також діти не зовсім мають чіткі уявлення про своє власне тіло, порушена орієнтація просторова. Відповідно можна рекомендувати корекційним педагогам в приміщенні де проходять заняття можна вішати дзеркало але на рівні очей дитини відповідно до її віку та зросту. Інколи можна звертати увагу дитини на її обличчя в дзеркалі, з часом дитина звекає і негативні емоції можуть бути замінені на більш позитивні.

Щодо зорового та тактильного розвитку рекомендують використовувати ряд ігор Чарівний мішечок, Вгадай предмет за дотиком, діти залюбки виконують такі завдання, можна просити їх закривати очі під час брання в руки якийсь предмет і відкривати коли дитина готова назвати, що саме вона взяла в руки. Відповідно стосовно прийняття і усвідомлення власного тіла, це більш тривалий і складний процес для дітей з раннім дитячим аутизмом. Звісно для корекційного педагога це складне завдання, але його виконання можливе. Почати можна з досить простих ігрових прийомів, взяти фігурку дитини, покласти на білий аркуш паперу і попросити дитину допомогти обвести за контуром фігуру. Досить важливим є постійне словесне супроводження для кращого розуміння дитини, що ми робимо все поетапно, звісно починаємо обговорювати кожну частину тіла і можна запропонувати дитині її відразу зафарбовувати олівцями які дитині найбільше імпонують. Обов'язково проговорювати і речі які одягнені на дитині, якщо у дитини присутнє мовлення важливо щоб вона також проговорювали всі свої дії, а також що вона бачить перед собою, також проводимо паралель між тим що зображено на картинці і в що наприклад одягнена дитина, з показуванням на ній частин тіла які малюємо або розглядаємо.

Корекційна складова в роботі фахівців з категорією дітей з раннім дитячим аутизмом у дошкільнят базується на ігрових засадах. Всі аспекти навчання, виховання, розвитку дитини відбуваються в ігровій формі. Для позитивного результату, досить важливо в роботі з дітьми з аутизмом

використовувати ігри з чіткою послідовністю їх проведення, обов'язковим проговоренням кожної деталі в грі. Також характерним для нашої категорії дітей є те, що одну й ту саму гру потрібно повторювати досить велику кількість, і кожного разу повторювати всі аспекти проведення гри. Ні в якому разі не рекомендується починати з сюжетно-рольових ігор, адже маємо враховувати мовленнєві можливості дошкільника з аутизмом. Але для кращого закріплення навичок ефективним є повторення і словесне постійне супроводження кожного разу правил проведення гри, і з часом для дитини це може стати певним ритуалом перед початком заняття з корекційним педагогом. Навіть якщо на перший погляд може здаватись, що всі повторення і словесне супроводження не дає жодного результату, то це не так, у дошкільників з аутизмом є особливості дуже довго звикати і приймати певні нові аспекти в своїй поведінці, своєму розпорядку дня, але з часом діти завжди включаються в ігрову діяльність і в заняття в цілому але дуже повільно.

Не менш важливим для дитини з раннім дитячим аутизмом є її робоче місце, де вона займається під час заняття з фахівцем. В його створенні важливо залучати дитину, щоб дитина мала змогу спостерігати за певними діями корекційного педагога, або іншого фахівця який працює з дитиною. Є така особливість в робочому місці дитини, наприклад на поверхні стола можна зробити певні позначки де що має бути розташоване за робочим столом, що дає змогу дитини краще зорієнтуватись на робочому місці. Для дошкільнят з аутизмом важливі всі деталі, навіть з якого боку буде покладене завдання для дитини і куди дитина його покладе після виконання. Можна також залучати дитину для підготовки до заняття, брати разом іграшки з якими буде проходити заняття, відповідно після заняття можна разом всі елементи які використовувались під час заняття і розкласти все по місцях [20].

Фізична допомога дитині займає не менш важливе значення в роботі з дитиною з раннім дитячим аутизмом, може бути повне супроводження дитини під час заняття навіть з допомогою фахівця виконувати елементарні завдання,

писати рукою дитини, малювати, обводити за контуром, допомагати брати в руку олівець, ручку з обов'язковим словесним супроводженням всіх дій.

В умовах реабілітаційного закладу всі види занять, допомоги які надаються дитині з раннім дитячим аутизмом є дуже важливими, але найбільш ключовим аспектом є налагодження тілесного контакту з дитиною. У даній категорії дітей присутній завищений рівень тривожності, а налагодження тілесного контакту сприяє зниженню тривожності дитини, хоча даний процес є досить складним через особливості дитини з раннім дитячим аутизмом [9].

Психомоторний розвиток дошкільників з раннім дитячим аутизмом займає ключове значення в розвитку дітей даної категорії. Покращення психомоторики буде спонукати дітей з аутизмом до кращої фізичної підготовки, зміцнення рухових особливостей дитини, психологічний і соціальний аспект розвитку. Як вище вже ми зазначали, що весь розвиток дитини в дошкільному віці відбувається в ігровій формі, тож можна зробити висновок що під час гри у дітей значно покращується орієнтація в просторі, фізичний стан стає на більш вищий рівень, вольові якості також видозмінюються. Під час рухових ігор значно розвиваються орієнтація в просторі, можливість тримати свою поставу, розуміння та направленість рухів свого тіла. Для покращення психомоторного розвитку слід використовувати на заняттях більше рухових ігор, які в свою чергу будуть сприяти покращенню психомоторного розвитку в майбутньому. Після аналізу програми «Особлива дитина» (2013) для категорії дітей дошкільного віку, чітко проаналізовано питання психомоторного розвитку де вказано, що необхідно обов'язково розподіляти за віковим діапазоном кожен етап дитячого фізичного розвитку дитини і відповідно застосовувати елементи для покращення розвитку психомоторики дитини відповідно до віку.

Різноманітні порушення психомоторики характерні для дітей з аутизмом, що виявляються, з одного боку, в моторній недостатності, а з іншого – в появі стереотипних, одноманітних рухів у вигляді згинання і розгинання

пальців рук, махів кистями рук, потягувань, підстрибуванні, обертання довкола себе, бігання навшпиньки тощо.

Для покращення психомоторики дошкільників в умовах реабілітаційного закладу можна запропонувати досить велику кількість ігор для дітей. Наприклад, запропонувати дитині повторити як ходять звірі, як літають птахи, тобто створити свого роду певну імітацію і допомогти дитині повторити певні рухи. Звісно важливо всі кроки словесно супроводжувати, зазвичай діти спочатку досить довгий період можуть спостерігати за педагогом, що він показує, про що говорить і тільки потім почати повторювати в межах своїх можливостей [18].

Ще однією особливістю дитини з раннім дитячим аутизмом є те, що діти швидко втомлюються фізично, тому в їх індивідуальній програмі зазвичай визначені часові елементи проведення занять, і необхідність змінювати види діяльності. Заняття мають бути обов'язково регулярними, дитина має за можливості їх не пропускати що в свою чергу стимулює її до певного ритуалу і повторення занять в ігровій формі, з часом відбудеться покращення рухової сфери дитини. Інколи для кращого налагодження емоційного контакту з дитиною можна йти на компроміс, якщо дитині не подобається якийсь аспект в грі, можна замінити на той який підходить дитині.

Після вищезазначеного ми дійшли висновку, що корекційна спрямованість педагогічного процесу навчання, виховання та розвитку аутичних дітей в умовах реабілітаційного закладу сприяє подоланню комунікативного бар'єра та інтегруванню дітей до довкілля. Відсутність вчасної і правильно поставленої лікувально–корекційної роботи приводить до соціальної дезадаптації дітей з аутизмом. Індивідуальні особливості інтелектуального, психологічного та моторного розвитку дитини з аутизмом є основою для створення індивідуальної програми фізичної реабілітації. Тому що саме в реабілітаційних закладах дітям з порушенням психомоторики буде надаватись своєчасна та комплексна допомога, яка буде базуватись на всіх аспектах для подальшого розвитку дитини та її максимального включення в

соціум в майбутньому. Також важливим в роботі з дитиною з раннім дитячим аутизмом є залучення батьків, як активних учасників навчання, виховання та розвитку дитини. Тільки при постійній співпраці можна досягнути позитивного результату в майбутньому, розуміння батьків і прийняття своєї дитини є важливим аспектом, дитина має відчувати підтримку сім'ї [13].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОМОТОРНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ З РАС

2.1. Організація обстеження дітей з раннім дитячим аутизмом в умовах реабілітаційного закладу

Був проведений аналіз науково-методичної літератури, навчальної та періодичної літератури, нормативних документів та інформаційних сайтів інтернет-мережі для отримання інформації з питань причин аутизму у дітей, діагностики цього захворювання та шляхів реабілітації, використання методик оцінки психомоторного розвитку дітей з РАС [19, 24, 30].

Педагогічний експеримент характеризувався як порівняльний, в основі якого проводився аналіз отриманих даних учасників основної групи шляхом накопичення та зіставлення їх з даними контрольної групи. Педагогічне спостереження характеризувалося як безпосереднє та відкрите. Виконувалося під час індивідуальних та групових занять та під час проведення тестування вихованців.

Педагогічний експеримент проводився на базі Херсонського обласного центру комплексної реабілітації дітей з інвалідністю Херсонської обласної ради. В дослідженні прийняли участь діти середньої групи у віці 5-6 років (по 6 дітей у контрольній та основній групі). У кожній групі було по 3 хлопчики та 3 дівчинки. Діагноз у всіх дітей, що беруть участь у дослідженні – легкий або середній ступінь аутизму з поєднаними порушеннями у розвитку. Корекційні заняття проводилися в обох групах на заняттях з фізичної культури, але в основній групі проводилися на кожному занятті. Такі заняття відбувались в процесі прогулянки та були рекомендовані батькам для занять у домашніх умовах. У контрольній групі корекційні ігри на заняттях фізичною культурою проводилися не регулярно.

Аналіз індивідуальних медичних карт вихованців проводився з метою підбору учасників дослідження із близькими діагнозами. Діагноз РАС та супутні захворювання фіксувалися фахівцями реабілітаційного центру.

Педагогічне тестування включало діагностику способів діяльності (інтелектуальний розвиток) та оцінку рівня сформованості психомоторних процесів.

Етапи проведення дослідження:

1 етап – проведено аналіз необхідної літератури. Отримано консультації вихователів, інструкторів з фізичної культури, батьків. На перших заняттях визначено, що дітей об'єднує відсутність спрямованого інтересу до іграшок, відмова від контакту, ослаблення орієнтовної діяльності, страх нової обстановки. Для встановлення контакту необхідно створити умови для ослаблення чи зняття тривожності, страху, нав'язати почуття безпеки, продукувати стабільну спонтанну діяльність доступного дитині рівня. Встановлювати контакти з дитиною необхідно лише у доступній діяльності.

Діти з РАС, будучи нездатними до спілкування на нормальному для їх віку рівні, виявляють збереження ранніх форм впливу. Тому першому етапі корекційної роботи виявляються ці збережені форми контактів, і спілкування з дитиною будується з їхньої основи.

2 етап - проведено тестування розвитку інтелектуальної та психомоторної сфери учасників дослідження. Вихователь активно включав кожну дитину та групу дітей загалом у ігрову діяльність. Його зусилля були спрямовані на спробу зменшення безладної активності, ліквідацію нав'язливостей, обмеження егоцентричної мовної продукції або, навпаки, на стимуляцію мовної активності.

3 етап дослідження - обробка отриманих результатів та оформлення кваліфікаційної роботи.

2.2. Методики діагностики психомоторних функцій у дітей з РАС

А) Методика «Поштова скринька» («Коробочка форм»).

Стимульний матеріал: пластмасова коробка або дерев'яний ящик з п'ятьма прорізами - напівкруглою, трикутною, прямокутною, квадратною, шестикутною та десять об'ємних геометричних фігур.

Аналіз результатів. Проба вважається невиконаною, якщо:

- дитина діє з силою, тобто штовхає фігуру в будь-який проріз, що трапився, або в той проріз, в який вихователь опустив попередню фігуру;
- дитина переходить від отвору до отвору, намагаючись у кожне з них проштовхнути фігуру.

Проба вважається частково виконаною, якщо має місце примірювання - дитина починає орієнтуватися на форму прорізу та фігури. У цьому вона ще може співвідносити форми зорово з відривом, тому прикладає фігуру до схожої, з його погляду, прорізи. Так, шестикутник часто прикладають до квадрата, потім відразу ж переноситься у потрібний проріз, півколо - до трикутника, і навпаки. При цій способі бувають також труднощі з розворотом трикутника та півкола.

Проба вважається виконаною, якщо простежується зорове співвідношення форми прорізу та фігури. Фігура завжди опускається в потрібний проріз. Розворот фігур при цьому проводиться заздалегідь у повітрі.

Б) Методика «Пірамідка».

Стимульний матеріал: пірамідка з чотирьох та шести кілець з ковпачком.

Аналіз результатів.

Проба вважається невиконаною, якщо:

- відзначено неспецифічне маніпулювання (дитина стукає об стіл, бере в рот, підносить до вуха, гримить, та ін.);
- просте маніпулювання.

Проба вважається частково виконаною, якщо має місце примірювання (дитина ще не може співвідносити предмети на відстані та підносить їх один до одного, помітивши невідповідність, змінює їх).

Проба вважається виконаною, якщо є зорове співвідношення. При цьому дитина відразу правильно вирішує завдання, візуально співвідносить елементи).

Стан психомоторики визначався за чотирма тестами, що оцінюють сенсомоторну координацію, статичну та динамічну координацію, реципрокність рухів, просторове орієнтування. Оцінка результатів тестів проводилася за 11-бальною шкалою (від 0 до 10 балів).

В) Оцінка рівня сформованості психомоторних процесів у дітей.

Оцінка стану загальної моторики оцінювалася з допомогою діагностичних завдань М. І. Озерецького, М. О. Гуревича.

Г) Оцінка статичної рівноваги.

Завдання. Зберегти рівновагу протягом не менше 6-8 с (середній рівень, задовільний результат) у позі «лелека»: стоячи на одній нозі, іншу зігнути в коліні так, щоб ступня торкалася колінного суглоба опорної ноги, руки на поясі. Дитина повинна зберігати рівновагу і не допускати тремтіння кінцівок.

Д) Оцінка динамічної рівноваги

Завдання. Подолати відстань 5 м стрибками на одній нозі, просуваючи перед собою носком ноги коробку сірників. Відхилення напрямку руху має бути при цьому більше 50 см.

Ж) Пропорційність рухів

Завдання. Вирізання кухоль з паперу. Час обмежений: 1 хв. для правої руки та 1,5 хвилини для лівої. Оцінюється кількість вирізаних гуртків із трафарету без урахування якості роботи

З) Швидкість рухів.

Завдання. Укладання 20 монет по одній копійці в коробку за час 15 с. Підраховується кількість монет, що переведені у коробку за вказаний час.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РАС В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ

3.1. Аналіз динаміки сформованості психомоторних процесів у дітей дошкільного віку з РАС

На початку дослідження встановлено, що діти контрольної та основної груп мали низький рівень інтелектуального розвитку, що підтверджено тим, що вони не могли виконати інтелектуальні проби «Піраміда» та «Поштова скринька» (таб.3.1). Встановлено, що в усіх дітей є хаотичність виконання, і навіть втрата мети під час виконання завдання, тобто. діти не впоралися із виконанням тестів.

Таблиця 3.1

Результати тестування дітей основної та контрольної груп (%)

	Контрольна група		Основна група	
	До	Після	До	Після
Піраміда	100/0/0	33/50/16	100/0/0	16/16/66
Поштова скринька	100/0/0	66/33/0	100/0/0	16/33/50

Примітка: перша позиція – число дітей, які не виконані тест; друга позиція – число дітей, які частково виконали тест; третя позиція – число дітей, які виконали тест.

Відповідно до даних, наведених у таблиці. 3.1. на початку експерименту діти обох груп не змогли виконати запропоновані тести. Після закінчення дослідження при виконанні тесту «Піраміда» дітьми контрольної групи встановлено, що 2 дітей підвищили результати, перейшовши до категорії «кількість дітей, які частково виконали тест». Діти основної групи показали

кращі результати, оскільки троє дітей змогли виконати тест, а двоє перейшли до категорії «кількість дітей, які частково виконали тест».

Під час виконання тесту «Піраміда» відзначено таку тенденцію. В основній групі тест виконали четверо дітей порівняно з однією дитиною контрольної групи, що виконала тест. Слід зазначити, що не всі діти погоджувалися виконувати поставлені перед ними завдання. Виконання деяких тестів доводилося пропонувати в інший час або просити батьків допомогти або бути присутніми під час виконання завдань.

Стан психомоторики визначався за чотирма тестами, що оцінюють сенсомоторну координацію, статичну та динамічну координацію, реципрокність рухів, просторове орієнтування. Оцінка результатів тестів проводилася за 11-бальною шкалою (від 0 до 10 балів).

Моторний профіль досліджуваних дітей представлений малюнку 3.1.

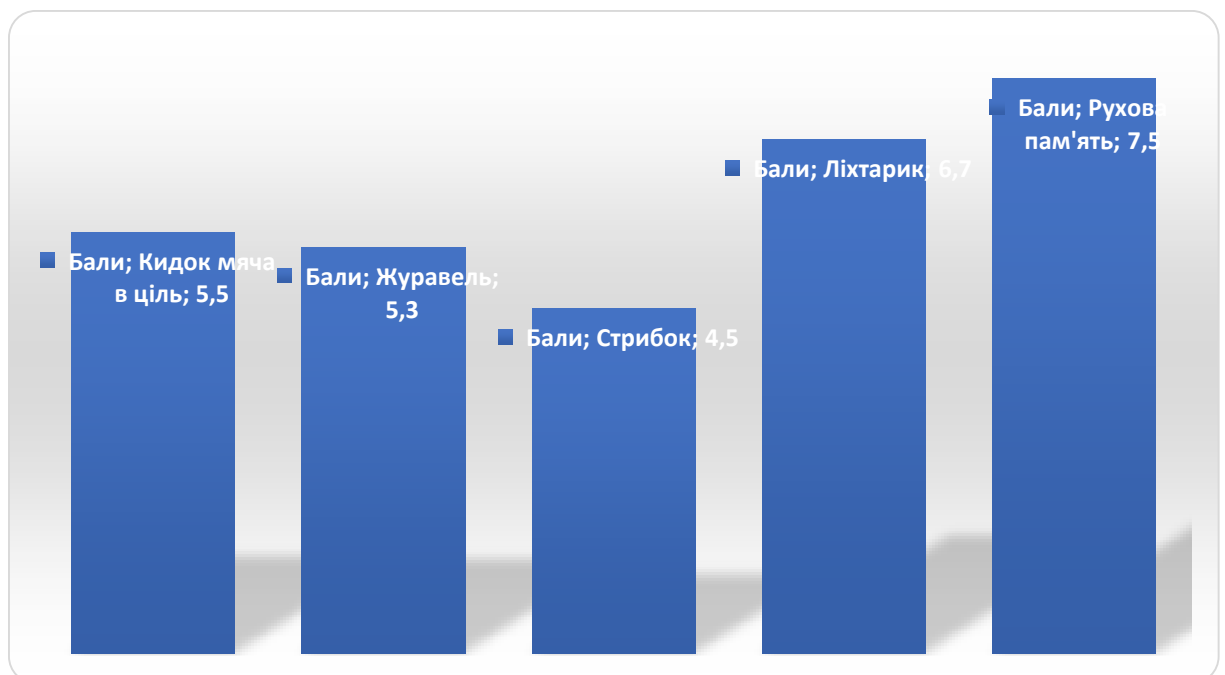
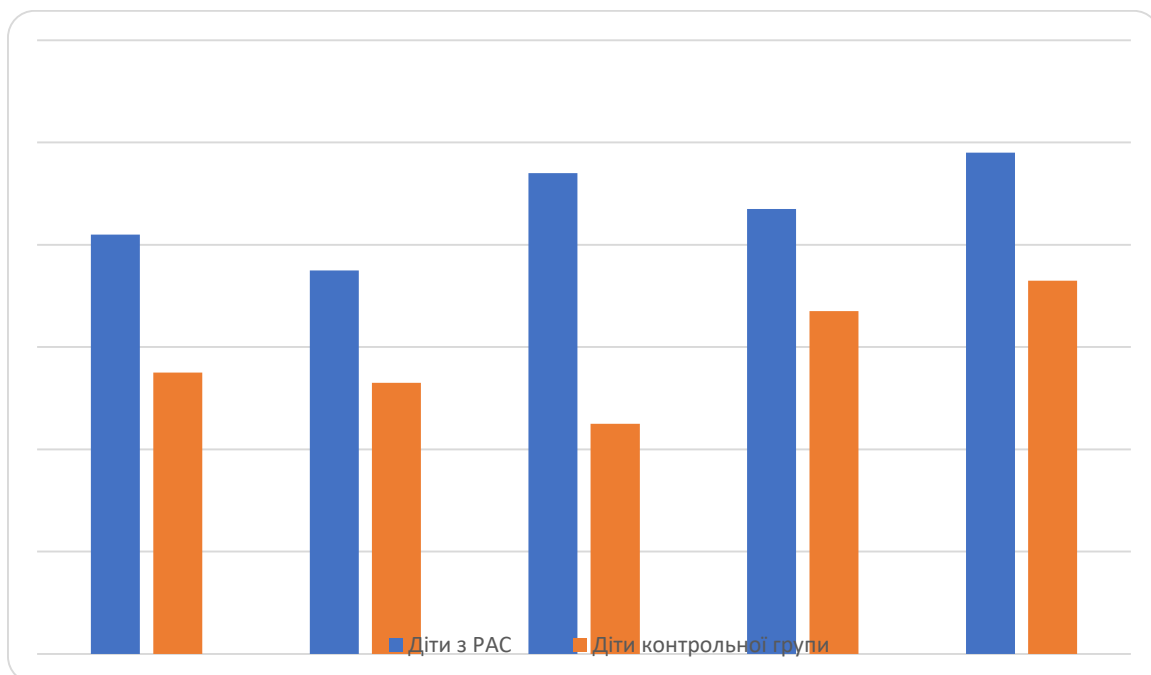


Рис. 3.1 Психомоторний профіль дітей з РАС

На малюнку 3.2 представлений моторний профіль дітей з аутизмом у порівнянні з моторним профілем здорових 5-6-річних дошкільнят. На

малюнку показано значне відхилення за всіма показниками не тільки від вікової норми, а й від показників 5-6-річних дітей.



Примітка: «Кидок м'яча в ціль» - сенсомоторна координація; «Журавель» - статична координація; «Стрибок» - динамічна координація; «Ліхтарик» - реципрокність рухів; «Рухова пам'ять» - просторове орієнтування.

Рис. 3.2. Психомоторний розвиток дітей з РАС у порівнянні з дітьми контрольної групи

На малюнку 3.3 представлені порушення психомоторики дітей з аутизмом, виражені у відсотках від загальної кількості обстежуваних.

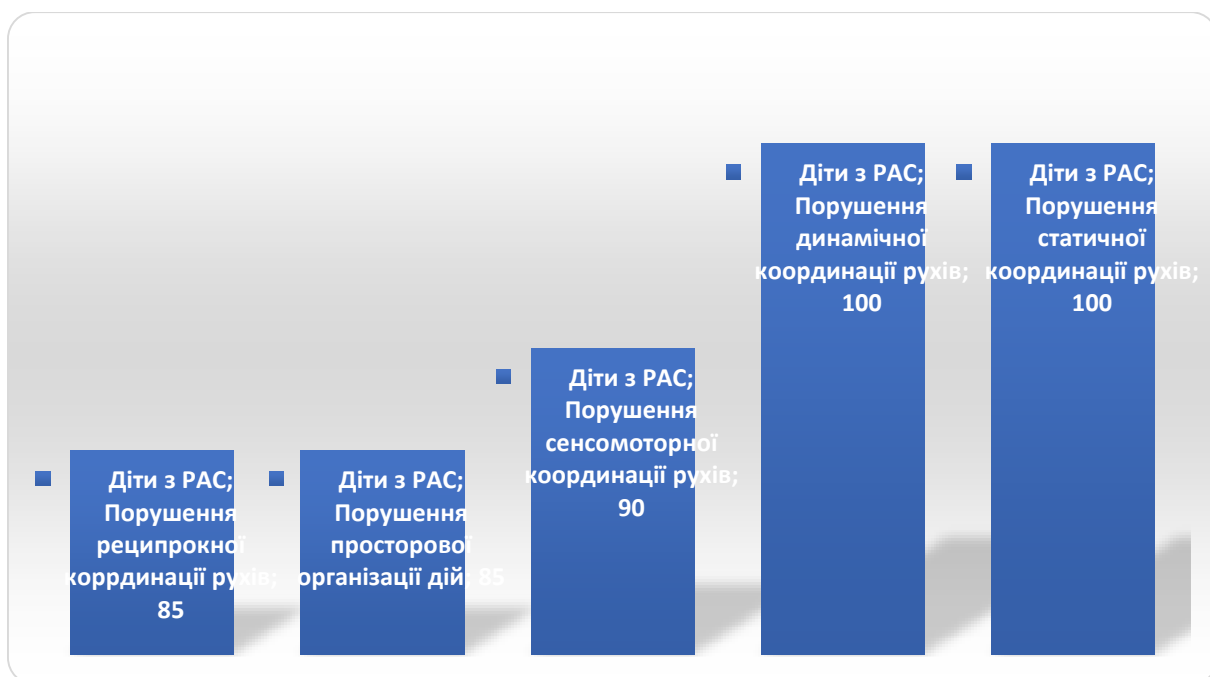


Рис. 3.3. Співвідношення порушень рухової сфери у дітей з РАС

Відмічено, що 85% обстежуваних дітей з аутизмом мають порушення реципрокної координації рухів та порушення просторової організації дій; ·90% дітей мають порушення сенсомоторної координації рухів; · У 100% дітей виявлено порушення статичної та динамічної координації рухів.

На рис. 3.4 представлена діаграма, що ілюструє успіхи у розвитку рухової сфери дітей контрольної та основної груп.

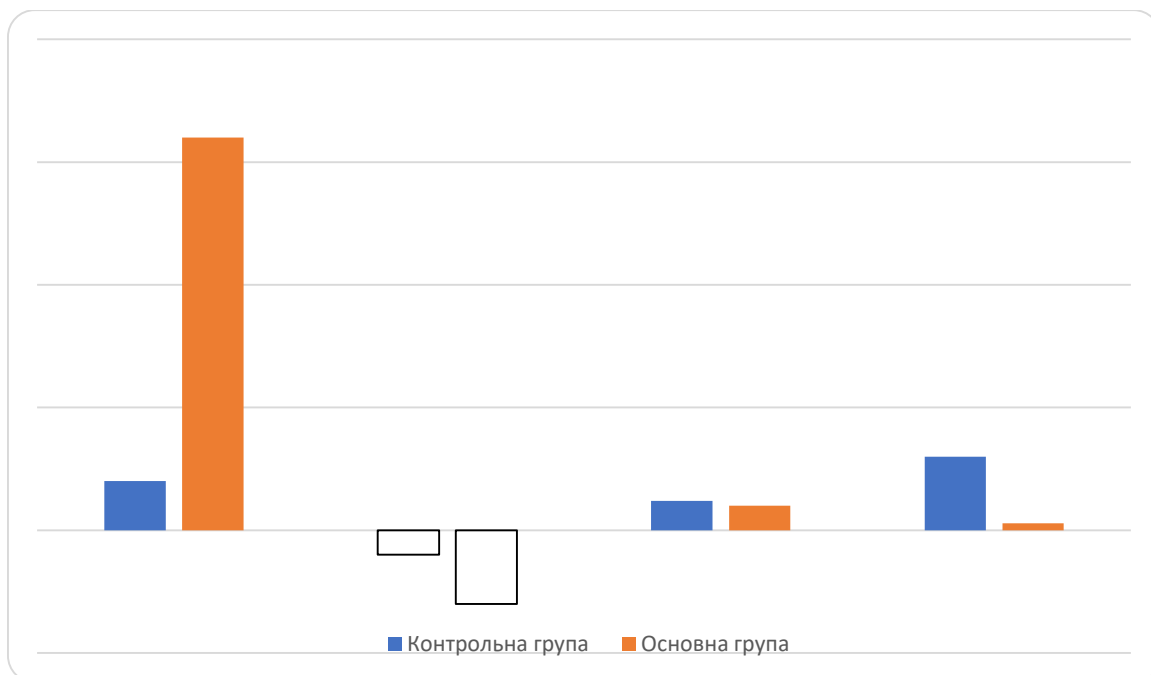


Рис. 3.4. Приріст результатів у виконанні тестів дітей контрольної та основної групи.

Найвищий приріст результатів спостерігався в дітей віком обох груп у тесті «статична рівновага». Діти основної групи збільшення більш ніж удвічі проти вихідними даними. Невеликі зміни відбулися в обох групах при виконанні тесту на пропорційність рухів (в межах 10%). У двох тестах («Динамічна рівновага» та «Швидкість рухів») результати були вищими у дітей основної групи.

3.2. Рекомендації щодо покращення психомоторної сфери дітей з РАС в умовах реабілітаційного закладу

3.2.1. Рекомендації корекційним педагогам. При вступі до дошкільного навчального закладу дитина з аутизм відчуває стрес. Цей стан може значно посилити наявні у дитини порушення в емоційно-вольовій сфері. Щоб допомогти дитині адаптуватися у дитячому садку і надалі створити умови для отримання дитиною якісних освітніх послуг необхідний план включення

дитини до освітнього простору установи, що відображається у програмі корекційної роботи.

На сучасному етапі розвитку освіти такою програмою є адаптована освітня програма – документ, що регламентує зміст освіти осіб із обмеженими можливостями здоров'я. Так, наприклад, при легких формах аутизму та виступаючих на перший план афективних порушень слід вибрати емоційно-рівневий підхід. Поведінкові підходи, поведінкова терапія доцільно застосовувати при важких та ускладнених формах дитячого аутизму, коли одне з центральних місць у структурі дефекту займають інтелектуальні порушення. Враховуючи тимчасові можливості, нерозумно починати поведінкову терапію при кількості занять, меншій, ніж 15-20 годин індивідуальної роботи на тиждень. Поведінкова терапія потребує більш жорсткої організації просторового середовища, ніж емоційно-рівневий підхід.

Грунтуючись на отриманій інформації, необхідно правильно організувати простір. Насамперед, варто подбати про безпеку дитини. З простору групової кімнати та кабінетів фахівців повинні бути виключені всі предмети (важкі, гострі, дрібні предмети у вигляді бусинок, металевих кульок та ін.), якими дитина може завдати собі та оточуючим шкоди. Меблі повинні бути стійкими. Дуже важливо виключити можливість самостійного відкриття дверей чи вікон дитиною, тому що діти з аутизмом можуть намагатися втекти з дитячого садка. У груповій кімнаті завжди має бути порядок, діти з аутизмом вкрай чутливі до порушення звичного їм порядку. Також необхідно забезпечити доступне для розуміння дитини, структурованість простору. Дитина повинна розуміти, де вона може помалювати, а де відпочити осторонь однолітків. З належною увагою необхідно поставитися до тимчасової організації дня. У дитини повинен дотримуватися чіткого режиму дня, будь-який відступ від якого, може призвести до виникнення істерики, проявів агресії та аутоагресії.

Кабінет вчителя-дефектолога може стати притулком для дитини, це дозволить плавно ввести дитину у середовище однолітків. Для успішної

адаптації дитини в дитячому садку необхідно тісна взаємодія співробітників дитячого садка та батьків дитини. Можна домовитися з батьками про поступове збільшення відрізка часу, який дитина перебуватиме у закладі. Починаючи з прогулянок до дитячого садка, продовжуючи відвідуванням занять вчителя-дефектолога в той режимний момент, коли всі діти перебувають на прогулянковій ділянці та поступово доводячи до повного дня. Таке планомірне збільшення кількості часу може відбуватися на протязі усього навчального року, залежно від особливостей дитини та його адаптаційних можливостей.

На початкових етапах реалізації плану включення аутичного дитини в освітній простір, педагоги вперше стикаються з проявами «небажаної» поведінки дитини з аутизмом. Допомогти уникнути таких проявів може прагнення педагога проникнути у суть причини такої поведінки. Враховуючи специфіку порушень при аутизмі, небажана поведінка може бути сигналом для педагога у тому, що дитині некомфортно. У такому разі слід уважніше поглянути на ситуацію, де знаходиться дитина. Можливо, будучи мало знайомий з розташуванням приміщень дитячого садка, дитина не знає куди йти в туалет, де можна вимити руки. Небажана поведінка може використовуватися як своєрідний спосіб комунікації, своєю поведінкою дитина може висловлювати прохання чи привертати увагу оточуючих. Часто небажані поведінкові реакції виникають у відповідь на відмову або заборона з боку дорослого, в жодному разі не можна такої поведінки підкріплювати. Необхідно навчати дитину доступним способом комунікації. Зміст діагностики, що здійснюється на пропедевтичному етапі, буде мати значні відмінності в залежності від обраного психолого-педагогічний підхід до корекції. В рамках емоційно-рівневого підходу на пропедевтичному етапі необхідно буде визначити доступні для дитини способи встановлення емоційного контакту зі світом та іншими людьми. Для цього потрібно провести діагностику ступеня порушення афективної сфери дитини. У ході якої здійснюється пошук прийнятних способів емоційного тонізування та

доступних для дитини рівнів афективної організації Крім того, важливо визначити що заважає розвитку емоційної взаємодії із зовнішнім світом.

При реалізації поведінкової терапії для побудови корекційної роботи необхідно отримати інформацію про кожен із компонентів навчальної ситуації, насамперед з'ясовують особливості дитини, сприяють та перешкоджають формуванню бажаної поведінкової реакції.

1. Фахівці стверджують, що готових рецептів під час проведення корекційної роботи з дітьми-аутистами немає. Потрібно постійно шукати і пробувати різні варіанти комунікації, дотримуючись при цьому відомого ступеня обережності.

2. При роботі з дитиною-аутистом необхідно завжди зберігати спокій та впевненість.

3. Бажано «розчинитися» в дитині, переймуться її відчуттями та почуттями. Надалі можете покладатися на свою інтуїцію: вона підкаже вам, як краще діяти (це твердження ґрунтується на припущенні, що дорослий має набір прийомів роботи з аутичними дітьми, знає особливості їхньої поведінки, закономірності розвитку).

4. Часто буває, що дитина своїми діями може намагатися підвищити власне емоційне тло, як би «самостимулюється», приходячи при цьому в стан крайнього збудження і втрачаючи контроль над своєю поведінкою. Завдання дорослого у разі – організувати гру, яка хіба що пояснить дивні дії дитини, «легалізує» його поведінка;

5. Не слід без особливої потреби переривати стереотипні ігри дитини, якими вона захоплена, інакше може виникнути стан «Переживання гострого дискомфорту», що супроводжується протестуючими діями та криком.

6. Ніколи не слід наполягати на своїх діях. Краще зупинитися, щоб не допустити емоційного пересичення аутичної дитини.

3.2.2. Рекомендації для батьків

Особлива увага при проектуванні корекційної роботи з дітьми, які мають розлади аутистичного спектру, належить вибору корекційного підходу. Кожен підхід має свої переваги та недоліки. При визначенні корекційного підходу важливо враховувати структуру дефекту, ступінь порушень, організаційні можливості, вік дитини; можливість участі батьків у корекційній роботі. При готовності батьків до активної участі у процесі корекційної роботи, можна сміливо вибирати поведінкові підходи, у той час як емоційно-рівневий підхід не обмежений необхідністю участі в корекції порушень всього найближчого оточення дитини.

Правила гри з аутичними дітьми (шпаргалка для дорослих чи правила роботи з аутичними дітьми).

1. Приймати дитину такою, якою вона є.
2. Виходити з інтересів дитини.
3. Строго дотримуватися певного режиму та ритму життя дитини.
4. Дотримуватись щоденних ритуалів (вони забезпечують безпеку дитини).
5. Навчитися вловлювати найменші вербальні та невербальні сигнали дитини, що свідчать про його дискомфорт.
6. Найчастіше бути присутнім у групі чи класі, де займається дитина.
7. Якомога часто розмовляти з дитиною.
8. Забезпечувати комфортну атмосферу для спілкування та навчання.
9. Терпляче пояснювати дитині сенс її діяльності, використовуючи чітку наочну інформацію (схеми, карти тощо).
10. Намагатись уникати перевтоми дитини.

ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що психомоторика має складну структуру і включає сенсорні, моторні та когнітивно-інтелектуальні компоненти управління рухами. Виділено категорії психомоторних здібностей, такі як: координація рухів (точність рухів, взаємодія макро- та мікрорухів, координація рухів лівої та правої руки); сенсомоторна координація (слухозоромоторна); просторова координація (вивчення схеми тіла, тілесного простору); ритмічність (темпоритм).
2. Оцінка рухової сфери щодо сформованості моторних навичок на початку і після закінчення експерименту статистично достовірні відмінності у виконанні завдань встановлені в дітей віком контрольної групи лише у вигляді тестів на статичну рівновагу. У дітей основної групи статистично достовірні покращення встановлені у трьох тестах із чотирьох. У тесті на пропорційність рухів відзначається позитивна динаміка у дітей обох груп, проте помітних поліпшень не виявлено. Це можна пояснити досить складним змістом завдання для дітей із такою нозологією.
3. Розроблено теоретичну модель системи заходів для корекції психомоторного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру з використанням засобів фізичного виховання, яка дала можливість визначити показники, методи та засоби діагностики психомоторних показників; засоби фізичного виховання для корекції та форми роботи, що увійшли до комплексної корекційно-педагогічної програми. Встановлено, що статистично достовірні відмінності результатів після закінчення експерименту у дітей контрольної та основної груп є в результатах трьох тестів із чотирьох, хоча на початку експерименту таких відмінностей не встановлено.
4. Дане дослідження виявило низький рівень розвитку психомоторики у дітей з аутизмом, що свідчить про необхідність та важливість

подальшої розробки проблем розвитку рухової сфери та позначає деякі підходи до організації обстеження моторики дітей з аутизмом. Розроблені рекомендації для корекційних педагогів, вихователів та батьків, які показують, що саме ігри та ігрові вправи розвивають моральні якості, інтелектуальні здібності, сприйняття, підвищують рівень фізичного розвитку, а також коригують комунікативні вміння дітей з РАС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Багрій Я. Т. Дитячий аутизм: монографія. Київ : УкрІНТЕІ, 2009. 200 с.
2. Бобренко І. В. Розвиток фізичних якостей як важливий аспект адаптивного фізичного виховання дошкільників з інтелектуальними порушеннями помірного ступеня. Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології. 2017. № 9.
3. Горшкова Г. В. Структура готовності майбутніх вчителів-логопедів до застосування адаптованих фізичних вправ у професійній діяльності. Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2020. № 1. С. 106–112.
4. Дубовик, К. В. (2019). Порушення рухових функцій при розладах аутистичного спектра у дітей. Клінічна типологія та терапія. Нейро News. Психоневрологія и нейропсихиатрия, 3, 22-28.
5. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт» / ред.: Скрипник Т.В. Київ : Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2013. 234 с.
6. Кукуруза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія [Текст] / Г.В.Кукуруза. – Х.:, Планета-принт, 2013. – 244 с.
7. Островська К. О. Допомога дітям з високим рівнем аутизму. Львів: Тріада плюс, 2015. 86 с.
8. Островська К.О. Формування соціальних компетенцій у дітей з розладами спектра аутизму. Психологія професійної безпеки технології конструктивного самозбереження особистості / ред.: Вірної Ж. Луцьк, 2015. С. 578–587.
9. Островська, К. О., Рибак, Ю. В. (2010). Реабілітація дітей з аутистичним спектром у центрі денного перебування. Львів, «Тріада плюс».

10. Породько М. І. До питання психомоторного розвитку дошкільників із аутистичним спектром порушень. Науковий часопис. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Збірник наукових праць. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. Серія 19. Вип. 32. С. 69–73.
11. Породько М. І. Особливості застосування фізичної реабілітації з дітьми з аутистичним спектром порушень. Матеріали звітних наукових конференцій факультету педагогічної освіти. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2018. Вип. 3. С.110–113.
12. Породько М.І. Характеристика занять розвитку психомоторики з дітьми дошкільного віку з аутистичним спектром порушень. Науковий часопис. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Збірник наукових праць. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2018. Серія 19. Вип.35. С. 66–71.
13. Програма «Особлива дитина: для дітей дошкільного віку зі спектром аутистичних порушень» / авт. кол. за ред. Шульженко Д. І., Островської К. О. – Київ, Національний Педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2013. –250 с. – (Гриф МОН – рекомендовано МОН України, лист №1/11- 13887 від 11.09.2013 р.)
14. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник /Л. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. – Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. – 192 с.
15. Рибченко, Л. К. (2016). Психологічна та соціальна адаптація дітей з аутизмом. Науковий часопис. Спеціальна психологія, 387-392.
16. Риндер І.Д. Модель психомоторного розвитку дітей з розладами аутичного спектра / І. Д. Риндер // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2012. –Вип 3(1). – С.134-139.
17. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Київ: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. Ч. 2 : Навчання і виховання дітей. 224 с.

18. Скрипник Т.В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам: навч.-метод. посіб. / Т.В. Скрипник. – К.: Вид. група «Шкільний світ», 2016. – 160 с.
19. Тарасун В. В. Аутологія: теорія і практика. Київ: Вадекс, 2018. 590 с.
20. Тарасун В. В. Раннє прогнозування і запобігання труднощам у навчанні як умова інтеграції дитини з особливими потребами. Київ: Контекст, 2000. 336 с.
21. Темерівська, Т. Г., Ворнічеса Т. В. (2018). Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. Молодий вчений, 3.3, 167-170.
22. Чернецька, О. (2018). Особливості розвитку рухової сфери у аутичних дітей. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві, 3, 166-168.
23. Фомічова Л.І. Теоретичні основи підходів до аналізу дизонтогенезу. Актуальні питання сурдопедагогіки. 2010. С. 142–149.
24. Химко М., Островська К., Кудрявцева Ю. Особливості реабілітації дітей з аутизмом та їх родин. Психологічні аспекти стигматизації та реабілітації. 2007. С. 189–223.
25. Шаповалова, І., Псарьова, А. (2017). Вплив засобів фізичної реабілітації на дітей з раннім дитячим аутизмом та з розладами спектру аутизму. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць, 4 (23), 288–292.
26. Bradstreet J.J., Sych N., Antonucci N. et al. (2014) Efficacy of fetal stem cell transplantation in autism spectrum disorders: an open-labeled pilot study. *Cell Transplant.*, 23(1 Suppl.): S105–S112.
27. Clayton P.J., Fatemi S.H. (2008) *The medical basis of psychiatry.* Totowa, 72 p.
28. Kanner L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.*, 2–3: 217–250.

29. Kanner L. (1949) Problem of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *Am. J. Orthopsychiatr.*, 19(3): 415–420.
30. Owen M.J., O'Donovan M.C., Thapar A., Craddock N. (2011) Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br. J. Psychiatr.*, 198(3): 173–175.
31. Rutter M. (1968) Concepts of autism: A review of research. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 9(1): 1–25.
32. Sharma A., Gokulchandran N., Sane H. et al. (2013) Autologous bone marrow mononuclear cell therapy for autism: an open label proof of concept study. *Stem Cells Int.*, 2013: 623875.
33. Sharma A.K., Gokulchandran N., Kulkarni P.P. et al. (2020) Cell transplantation as a novel therapeutic strategy for autism spectrum disorders: a clinical study. *Am. J. Stem. Cells*, 9(5): 89–100.