

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

**КОРЕКЦІЯ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО
СПЕКТРА ЗАСОБАМИ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконавець:

здобувачка другого (магістерського) рівня
освіти 09-292М групи

заочної форми навчання

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта

Освітня програма: Олігофренопедагогіка

Ігнат'єва Ольга Володимирівна

Керівник: к.психол.н., доцентка ЛяшкоВ.В.

Рецензент:к. пед.н., Щетина Т.П.

директорка НВК “Дошкільний навчальний
заклад -загальноосвітня школа І-ІІІ

ступенів" №33 Херсонської міської ради

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ ТА СТРУКТУРА КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....	8
1.1. Загальна характеристика та особливості поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра	8
1.2. Структура корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра.....	19
1.3. Ігрова терапія та її значення в корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра.....	27
РОЗДІЛ 2. СТАН СФОРМОВАНOSTІ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....	35
2.1. Організаційні засади дослідження поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра	35
2.2. Сформованість поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра.....	36
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ЗАСОБАМИ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ.....	64
3.1. Програма корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігрової терапії.....	64
3.2. Методичні рекомендації для корекційних педагогів щодо застосування ігрової терапії в корекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра.....	84
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ.....	98
Додаток А. Опитувальник СНАТ	98
Додаток Б. Опитувальник для батьків.....	100

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розлади аутистичного спектра (РАС, англ.: ASD – autism spectrum disorders) – сукупність станів, пов'язаних з порушенням розвитку нервової системи, які, як правило, виявляються в трьох основних сферах: соціальній взаємодії, комунікації (використанні вербальної та невербальної мови), а також в обмежених та повторюваних поведінкових моделях. Зазвичай ознаки цих розладів проявляються у віці до трьох років. Інтенсивність порушень виражена різною мірою у різних осіб, і вони можуть як супроводжуватися, так і не супроводжуватися порушеннями мовлення та інтелектуального розвитку.

Існують різні погляди на роль та місце ігрової терапії в корекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра (РАС). Традиційні поведінкові підходи (АВА, ТЕАССН) не надають їй великого значення та практично не використовують ігротерапію в межах методу (Б.Ф. Скіннер, Івар Ловаас, Дональд Баєр, Т.В. Скрипник, С.П. Миронова та ін). Однак сучасні методичні підходи, навпаки орієнтовані на розвиток емоційної сфери (емоційно-рівневий підхід, DIR – FT) і вважають ігрову терапію одним з основних методів роботи з дітьми з РАС та широко її використовують (Стенлі Грінспен, Серена Відер, Річард Соломон, Конні Касарі, К.С. Лебединська, Е.Р. Баєнська, Г.Є. Сухарева, В.В. Тарасун, Г.М. Хворова, та ін). Адже застосування ігрової терапії – це метод лікувального впливу та діяльнісний компонент розвитку дитини.

Ігрова терапія як один з дієвих методів роботи з дітьми з РАС з практичного боку вона найбільш доступна та при відповідній підготовці може використовуватися як фахівцями, так і найближчим оточенням дитини. Адже ігрову терапію можна застосовувати в корекційній діяльності в центрах та школах/садочках, так і вдома. Ігрова терапія є ефективним методом профілактики та корекції неконструктивної поведінки у дітей старшого дошкільного віку, оскільки гра, на відміну від діяльності іншого

типу, більш активно впливає на формування особистості дитини цього віку та глибше торкається її глибинних емоційних станів. Успішність такого корекційного впливу базується на діалогічному спілкуванні дорослого та дитини, що включає вільне прийняття, відображення та вербалізацію нею почуттів, які проявляються під час гри. Спочатку в ігровому процесі, а потім і в реальному житті дитина може набути вмінь: ставити конкретні цілі та планувати свої дії; обирати з багатьох варіантів адекватні засоби досягнення мети; передбачати можливі наслідки та результати своїх вчинків та дій; брати на себе відповідальність за свою поведінку та дії; адекватно емоційно реагувати на почуття та емоційні стани інших людей, на події та явища навколишньої дійсності.

Використання ігрової терапії як цілісної діяльності в корекційній роботі з дітьми з РАС принципово відрізняється від «тренування ігрових навичок», якою займаються оперантні тренери, які працюють в межах поведінкового підходу до корекції поведінки дітей з РАС. Прикладний аналіз поведінки, що базується на біхевіоризмі, передбачає послідовне, покрокове відпрацювання деяких ігрових навичок, вибір яких здійснюється відповідно до уподобань родини та «аналітика», який складає поведінкові програми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Магістерське дослідження виконано відповідно науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти ХДУ «Технології корекційно-розвиткової, абілітаційної та реабілітаційної роботи в системі спеціальної та інклюзивної освіти в умовах сучасних викликів суспільства» (0124U004367 від 11.10.2024).

Мета роботи – розробити, теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігрової терапії.

Завдання:

1. Ознайомитися з особливостями розладів аутистичного спектра.

2. Дослідити стан сформованості поведінки дітей з розладами аутистичного спектра та визначити значення ігротерапії в її корекції.

3. Розробити програму корекції поведінки дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігротерапії.

4. Надати методичні рекомендації корекційним педагогам щодо застосування ігротерапії в корекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра.

Об'єкт дослідження – процес корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – програма корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігрової терапії.

Методи, що дозволили здійснити дослідження на різних його етапах:

Теоретичні методи: теоретичний аналіз та узагальнення наукової і методичної літератури з проблеми, аналіз, порівняння, класифікація, узагальнення наукових положень, філософської та корекційно-педагогічної літератури.

Емпіричні методи: діагностичні та графічні.

В роботі було застосовано методику: Опитувальник СНАТ.

Наукова новизна. Оглянуто та систематизовано проблематику корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра за допомогою ігрової терапії.

Теоретичне значення дослідження полягає в розкритті поняття «ігрова терапія», «розлади аутистичного спектра»; окресленні особливостей поведінки дітей з розладами аутистичного спектра; визначенні основних принципів застосування ігрової терапії в корекції поведінки.

Практичне значення дослідження полягає у обґрунтуванні та експериментальному дослідженні поведінки дітей з розладами аутистичного спектра та у розробці програми корекції поведінки дітей з РАС засобами ігрової терапії.

Апробація результатів дослідження здійснювалася на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми дошкільної, початкової та спеціальної освіти в умовах кризових викликів суспільства», яка відбулася 14-15 травня 2025 року на базі Херсонського державного університету у вигляді тез та доповіді на тему «Особливості поведінки дітей з розладами аутистичного спектра молодшого шкільного віку» С.185-187.: Збірник тез доповідей за матеріалами Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 14-15 травня 2025 р. «Актуальні проблеми дошкільної, початкової та спеціальної освіти в умовах кризових викликів суспільства» /Міністерство освіти і науки України, Херсонський державний університет [та ін.]. / за заг. ред. Л.Є. Петухової, О.В.Саган, Н.І. Сидоренко, А.С.Бальохи, Н.М.Борисенко.

Структура і обсяг випускної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (59 позицій), 2 додатків . Загальний обсяг роботи – 107 сторінок, з них основної частини – 90 сторінок. В роботі 18 таблиць, 17 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ТА РОЛЬ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ

1.1. Загальна характеристика та особливості поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра

Термін «аутизм» був впроваджений у 1912 році Е. Блейлером для позначення особливого виду мислення, який регулює потреби людини в емоціях та не залежить від реальної дійсності [1, с. 46-67; 3, с. 123].

Розлади аутистичного спектра (РАС), або аутизм, є сукупністю психічних порушень, що виявляються у труднощах соціальної взаємодії та комунікації, тобто в процесі спілкування та передачі інформації іншим людям. Це асинхронний тип спотвореного розвитку з винятковим порушенням в емоційній та когнітивній сферах, а також із поєднанням того та іншого [7, с. 32; 18]. РАС викликаний дефектами розвитку головного мозку та проявляється у складнощах зі встановленням контактів з навколишнім світом [27, с. 61]. Він належить до загальних порушень розвитку та становить групу розладів, що характеризуються якісними відхиленнями в соціальних взаємодіях та моделях спілкування, а також обмеженим, стереотипним репертуаром інтересів та дій, який повторюється. Ці якісні відхилення є характерною особливістю функціонування людини у всіх ситуаціях [33, с. 89].

Проблема аутизму вивчена не достатньо повно, та багато аспектів в ній залишаються невизначеними, що ускладнює навчання, виховання та корекцію таких дітей. Наразі існують різні точки зору на причини та структуру аутизму [15, с. 47-51].

Ознаки аутизму у дітей зазвичай проявляються у віці від 3 до 5 років, що вважається раннім проявом порушень психічного розвитку. Аутизм

набуває остаточної форми у віці 3-6 років [10, 11, с. 33-36; 25]. Відхилення реакцій та поведінки немовляти, притаманні для РАС, можуть з'являтися з перших місяців життя. Ґрунтуючись на цих симптомах, розлад аутистичного спектра може бути діагностований уже у віці 15-17 місяців, хоча важливо зазначити, що ці особливості не завжди свідчать про РАС, оскільки можуть бути ознакою інших захворювань, наприклад, порушень слуху або зору [32, с. 8-11].

Механізм, який запускає розвиток аутистичного спектра, поки не виявлений. Дослідники вважають, що в більшості випадків РАС спричинені генними мутаціями, проте на їх розвиток можуть також негативно впливати різні зовнішні чинники.

Етіологія аутизму може бути наступною [5, 6, 9, с. 54-58]:

- Ендогенно-наслідкова/конституціональна, процесуальна/шизоїдна, шизофренічна [5, 9, с. 54-58].
- Екзогенно-органічна [6, 9, с. 54-58].
- У зв'язку з хромосомними абераціями [6, 9, с. 54-58].
- Психогенна [6, 9, с. 54-58].
- Неясна [6, 9, с. 54-58].

Наразі можливими причинами виникнення розладів аутистичного спектра (РАС) є [20, 30, с. 318]:

- Захворювання матері під час вагітності [20, 30, с. 318].
- Вживання певних лікарських препаратів вагітною жінкою [20, 30, с. 318].
- Наявність випадків аутизму серед родичів [20, 30, с. 318].
- Пологові травми [20, 30, с. 318].
- Зачаття дитини у віці понад 40 років, особливо, якщо батько старшого віку [20, 30, с. 318].
- Несприятливі екологічні фактори [20, 30, с. 318].

– Вживання алкоголю та наркотичних речовин батьками [20, 30, с. 318].

До патогенезу синдрому аутистичних порушень належать [6, 12, с. 36]:

- Наслідково-конституціональний дизонтогенез [6, 12, с. 36].
- Наслідково-процесуальний дизонтогенез [6, 12, с. 36].
- Придбаний-постнатальний дизонтогенез [6, 12, с. 36].

Можливі порушення розвитку головного мозку у дітей з РАС можуть зумовлювати труднощі в інтелектуальній сфері та роботі мовленнєвого центру, що найчастіше проявляється у більш тяжких формах розладу [18, 29, с. 350-357]. Проте частіше спостерігаються легкі форми РАС, при яких серйозні ураження зон мозку, відповідальних за інтелект та мовлення, відсутні чи мають незначний характер [18, 29, с. 350-357]. На думку більшості сучасних науковців, аутизм становить собою синдром чи сукупність схожих синдромів різного походження, проте патогенетичні механізми аутизму наразі залишаються недостатньо з'ясованими [15, с. 47-51].

До різновидів синдрому аутистичних порушень належать [8, с. 36-40]:

1. Синдром раннього інфантильного аутизму Каннера описаний американським дитячим психіатром Л. Каннером у 1943 році [3, с. 123]. Для аутизму Каннера притаманні аутистична відторгненість дітей від оточуючого світу, нездатність формування спілкування та нерівномірне дозрівання психічної, мовленнєвої, моторної та емоційної сфер розвитку особистості [16, с. 149-153]. Найбільш значущими симптомами є крайня форма самотності, потяг до сталості, стереотипних дій, прив'язаності до певних об'єктів та консервативності, затримка та порушення розвитку мовлення, а також ранній прояв порушень психічного розвитку. Діти мають труднощі у виокремленні живих та неживих об'єктів, їхня поведінка та ігрова діяльність має стереотипний характер, відсутнє наслідування, спостерігається недостатність реакції на оточення. Спілкування з рідними не супроводжується емоційною реакцією, аж до відмови спілкування з ними. У дітей застигла міміка,

спрямований у порожнечу погляд, вони не дивляться в очі. Моторика кутає зі стереотипними рухами, ходьбою на «носочках». Мовлення розвивається слабо: порушена вимова звуків, немає інтонаційного відтворення, голос то гучний, то стає тихим. Такі діти практично не здатні до діалогу, хоча іноді мовлення відновлюється до 6-8 років. Для аутизму характерна відносна збереженість абстрактних способів пізнання дійсності, водночас ігрова діяльність зазнає значних змін [10, с. 136]. Ігри часто мають стереотипний характер та позбавлені сюжетної структури [10, с. 136]. Особливою рисою є гостра негативна реакція на будь-які зміни в звичному життєвому укладі. З раннього дитинства порушені інстинкти: дитина погано їсть, важко засинає, реагує на оточуючих або з високою чутливістю, або взагалі ніяк.

2. Аутистична психопатія Аспергера. Незалежно від Каннера, у 1944 році австрійський дослідник Г. Аспергер дав характеристику цьому синдрому [3, с. 123]. При синдромі Аспергера діти мають подібні риси до дітей з синдромом Каннера, але відрізняються від них достатнім рівнем збереженого мовлення та інтелекту, а також більш сприятливим прогнозом розвитку в цілому [22, с. 163-168; 26].

3. Ендогенний, постприступний аутизм (аутизм після нападу шизофренії). Цей тип аутизму починається у дітей 3-5 років після періоду нормального психічного розвитку за типом психозу. Зміни в стані та розвитку виникають без відомих на те причин та нарощуються поступово, проявляючись неврозоподібними розладами та кататонічними порушеннями настрою. Після виходу з психозу в клінічній картині виявляється зупинка в розумовому розвитку, зміни в моториці, порушення мовлення, розлад самосвідомості, емоційне виснаження та виразний аутизм.

4. Резидуально-органічний варіант аутизму є однією з форм аутизму, що за симптомами схожа на синдром Каннера, але виникає через пошкодження головного мозку в період вагітності матері або невдовзі після народження. Діти з таким варіантом аутизму часто мають широкий спектр труднощів, зокрема порушення когнітивного розвитку, затримку

інтелектуального та мовленнєвого розвитку, емоційні розлади, рухову незграбність (включаючи стереотипні рухи), а також підвищену чутливість або, навпаки, байдужість до сенсорних подразників та значні труднощі у соціальній взаємодії та адаптації [8, с. 36-40].

5. Аутизм при хромосомних абераціях визначається як нейророзвитковий розлад, де розлади аутистичного спектра (РАС) пов'язані з аномаліями в структурі або кількості хромосом, які є ключовими генетичними чинниками [8, с. 36-40].

6. Аутизм при синдромі Ретта відрізняється від інших описаних синдромів тим, що проявляється лише у дівчат. Перші порушення з'являються в період від 6 місяців до 2,5 років після періоду нормального розвитку. Цей синдром характеризується вираженими нейроморфологічними патологіями та поєднанням психічних розладів з тяжкими неврологічними порушеннями. Синдром Ретта виникає у дітей, вагітність матерів яких перебігала нормально, а пологи були без ускладнень. У перші місяці життя розвиток протікає нормально, але потім розвиток зупиняється та відбувається неймовірний регрес одразу всіх форм психічної діяльності, виникають стереотипні рухи, розумова відсталість та прогресуюче зниження рухової активності.

7. Аутизм неясного генезису. Це стан, при якому причина виникнення розладів аутистичного спектра (РАС) у конкретної людини залишається невідомою [8, с. 36-40].

8. Психогенний аутизм один з менш досліджених варіантів синдрому аутизму. За даними західних психіатрів, він розвивається у дітей раннього віку внаслідок виховання в умовах емоційної депривації. Цей тип характеризується порушенням контакту з іншими людьми, емоційною одноманітністю, пасивністю, затримкою мовленнєвого та психомоторного розвитку. На відміну від інших варіантів аутизму, «психогенний аутизм» має тимчасовий характер, і стан розвитку дитини швидко поліпшується за умови нормалізації виховання. Однак, якщо дитина перебуває у несприятливому

середовищі понад три роки, аутистична поведінка та порушення стають стійкими, і стає дедалі важче відрізнити прояви цього різновиду від інших варіантів аутизму.

9. Органічний, або соматогенний, аутизм. Також один з менш досліджених варіантів синдрому аутизму. Симптоми органічного чи соматогенного аутизму малоспецифічні. Цей тип аутизму супроводжується психічною інертністю, зниженим рівнем пам'яті та моторними порушеннями. Також спостерігаються розсіяні неврологічні симптоми, характерні зміни на ЕЕГ органічного походження та епізодичні судомні випадки з епілептоїдною формою. У дітей з органічним чи соматогенним аутизмом, як правило, визначається затримка в інтелектуальному та мовленнєвому розвитку.

Основні ознаки аутизму за категоріями [31]:

1. Соціальні.

- Діти з РАС можуть мати труднощі з установленням зорового контакту, часто уникають його, не дивляться в очі, а звертають увагу на рухи губ або на жестикулювання руками. Характерна відсутність емоційної реакції та нездатність інтерпретувати міміку і жести. У дітей спостерігаються труднощі зі встановленням емоційного контакту з близькими.

- Віддавання переваги самотності та уникнення спілкування з іншими дітьми або дорослими.

- Діти з аутизмом часто мають сенсорну чутливість. Вони можуть надмірно реагувати на оточуючих або взагалі ніяк. Часто надмірно чутливі до дотиків і можуть уникати їх.

- Реакція дитини на присутність чи відсутність мами (чи інших близьких людей) не відповідає нормі – вона може проявляти надмірну байдужість або, навпаки, не витримує навіть короткочасної розлуки. Їхні реакції на різні подразники можуть бути непередбачуваними.

- Малюк не імітує поведінку дорослих.

– Замість звичайних іграшок дитина може обирати «незвичайні» предмети, наприклад, частини меблів.

2. Труднощі комунікації:

– Мовлення розвивається слабо, порушена вимова звуків, немає інтонаційного відтворення, голос може бути то гучним, то тихим. Такі діти практично не здатні до діалогу, хоча іноді мовлення відновлюється до 6-8 років. Виникають складнощі з розумінням мовлення. У віці 1 року дитина може не використовувати відповідних жестів. Можлива затримка розвитку мовлення – до 15 місяців дитина може не вимовляти жодного слова або використовувати наявний словниковий запас не за призначенням. Загалом, спостерігається затримка мовленнєвого розвитку – дитина мало і неохоче говорить, або ж відбувається зниження чи втрата мовленнєвих навичок.

– У мові дітей з РАС часто трапляються вигадані слова або ехолалія – повторення почутих від дорослих слів чи фраз. Діти з РАС часто говорять про себе у третій особі.

– Дитина виявляє відсутність інтересу до навколишнього світу, тоді як у більшості дітей близько 2,5-3 років з'являється активне прагнення до пізнання (вік «питань»), що у більшості дітей з аутизмом такий не спостерігається.

– Дитина майже не посміхається або зовсім не проявляє посмішку у відповідь.

– Не реагує на прохання і важко встановлює контакт з оточуючими.

– Малюк уникає спільної гри з іншими дітьми чи дорослими, колективні ігри його не приваблюють. Ігри часто мають стереотипний характер та позбавлені сюжетної структури [10, с. 136].

3. Монотонна (стереотипна) поведінка:

– Проявляється у вигляді потягу до сталості, стереотипних дій, прив'язаності до певних об'єктів та консервативності. Загалом, спостерігається повторення одноманітних дій і фіксація на них. Малюк

постійно повторює одні й ті самі прості рухи. Це може включати схильність до повторюваних монотонних дій, таких як розгойдування, безцільне повторення звуків, а також стереотипність рухів. У дітей з синдромом Ретта, наприклад, виникають стереотипні рухи.

– Дитина або зовсім не здатна адаптуватися, або дуже складно пристосовується до змін у навколишньому середовищі (навіть поява нових предметів у кімнаті, нового одягу чи нового посуду може викликати страх та занепокоєння).

– Діти з аутизмом суворо дотримуються чіткого розпорядку дня. Дитина вибаглива у харчуванні (вживає лише обмежений набір продуктів і уникає всього нового). Малюк важко звикає до присутності незнайомих людей у своєму оточенні.

Корекційно-педагогічні особливості, притаманні дітям з розладами аутистичного спектра, проявляються в наступних сферах: поведінка, емоційно-вольова сфера, пізнавальна сфера, діяльність.

Гострота поведінкових порушень залежить від ступеня вираженості аутизму. Це відображено в клініко-психологічній класифікації дитячого аутизму, яка поділяє таких дітей на 4 групи. Основними критеріями є характер та ступінь порушень взаємодії з навколишнім середовищем, а також тип аутизму.

Діти першої групи відрізняються відчуженістю від навколишнього середовища. Вони не проявляють навіть мінімальної ініціативи у дослідженні світу та уникають будь-яких контактів. Встановлення зорового контакту майже неможливе, оскільки дитина постійно відводить погляд. Часто проводять час, безцільно пересуваючись кімнатою. При спробах дорослих втрутитися, вона може відчувати дискомфорт та реагує криками, агресією чи аутоагресією. Поведінка має хаотичний і монотонний характер, рух дитини часто визначається розміщенням предметів у просторі, а не її вибором. Якщо предмет привернув увагу, дитина швидко перенасичується. Для них важливе збереження звичного розпорядку життя, проте вони майже не чинять опору

змінам. Найбільший дискомфорт відчують, коли дорослі намагаються змінити їхню поведінку або скерувати її, що може викликати агресивні реакції та самоагресію. Спостерігаються труднощі зі встановленням емоційного контакту з близькими, проте вони відчують емоційний зв'язок та переживають розлуку. Часто єдиним способом вираження бажання є покладання руки дорослого на предмет, що їх цікавить.

Діти другої групи виявляють не відчуженість, а прагнення уникнути контактів з навколишнім світом. Для цієї групи характерне суворе дотримання звичних умов життя: оточення, звичні дії, розпорядок дня та способи спілкування з близькими. Вони демонструють вибагливість у виборі одягу та їжі, сильну прив'язаність до певних предметів і занять, численні вимоги та заборони, а також суворо дотримуються конкретних маршрутів під час прогулянки. Несприйняття дорослими цих вимог або спроби щось змінити викликають зрив у поведінці дитини. Особливо яскраво ці труднощі проявляються у незнайомому оточенні та в присутності незнайомих людей. Діти другої групи мають підвищену схильність до розвитку страхів, які міцно закріплюються у них. Ці страхи стримують активність дитини. Зустрівши випадковий погляд іншої людини, така дитина може відвернутися, закричати або прикрити обличчя руками, уникаючи контакту з оточенням. Вона постійно живе за чітко встановленим життєвим стереотипом. Близька людина для таких дітей є необхідною складовою їх життя, вони змушують дорослого діяти лише суворо визначеними правилами, не відпускають її від себе, при цьому відчуючи постійне занепокоєння.

Важливою особливістю поведінки дітей третьої групи є конфліктність. Вони не можуть піти на поступки чи врахувати інтереси та точку зору інших, що значно ускладнює спілкування з ними. Рідні відзначають, що дитина часто діє навмисно, повторюючи одні й ті самі дії або сюжети протягом тривалого часу – малює або розігрує однакові сцени, говорить про одні й ті самі теми. Її інтереси та фантазії часто пов'язані з жахливими або асоціальними явищами. Такі діти можуть ставити цілі і складати конкретний

план впливу на середовище та людей, але цей план не враховує мінливість зовнішніх обставин [42, с. 80].

Якщо дитина не може вплинути на оточуючих потрібним способом, це часто призводить до зриву її поведінки та до вираженого негативізму. Вона часто дивиться в обличчя співрозмовника, але насправді її погляд ніби проходить «крізь» людину. Родинне оточення слугує джерелом збереження стабільності, але взаємини з близькими зазвичай бувають дуже складними: дитина прагне постійно домінувати, при цьому ігноруючи інтереси інших.

У дітей четвертої групи спостерігається скутість, нерішучість, які ускладнюють встановлення контактів з оточуючими. Вони можуть дивитися співрозмовнику в обличчя, але такий контакт має нетривалий характер. Ці діти дуже чутливі до змін середовища і не проявляють гнучкості в поведінці, але намагаються діяти відповідно до вказівок близьких дорослих. Всі взаємини зі світом вони будують через дорослих. Серед усіх дітей з РАС лише представники цієї групи прагнуть встановити контакт із світом і людьми, хоча мають з цим значні проблеми [43, с. 6-9].

Найчастіші порушення поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру включають:

- Висока збудженість: проявляється у вигляді тяжких істерик, легкості виникнення агресивних реакцій та саморуйнівної поведінки. Збудження є однією з частих та найбільш руйнівних форм поведінки, яка відрізняється від норми.

- Агресія, аутоагресія, стереотипії, гіперактивність та уникання спілкування [49, с.21]. Період прояву основних ознак аутизму часто супроводжується страхами, негативним ставленням та агресивною поведінкою. Діти з РАС часто тривожні, демонструють стереотипні дії, страхи та схильність до замкнутості. Ці стани можуть супроводжуватися підвищеною збудженістю, імпульсивністю, агресією та самоагресією, а також негативною реакцією на будь-які зміни звичного способу життя. Активний негативізм дитини проявляється у відмові виконувати дії разом з дорослим,

униканні навчальних ситуацій та недостатній здатності до організації власної поведінки. Негативізм може супроводжуватися фізичним супротивом, криком, агресією і самоагресією. У стресових ситуаціях інтенсивність аутостимуляцій може зростати настільки, що іноді вони можуть завдати фізичного болю.

Поширені причини небажаної поведінки:

- Захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є однією з поширених, і водночас несвоєчасно діагностованих причин небажаної поведінки дітей з РАС. Розлади ШКТ спостерігаються у 70% дітей з РАС. Симптоми порушення роботи ШКТ можуть викликати фізичний дискомфорт, больові відчуття та, як наслідок, поведінку, яка відхиляється від норми.

- Тривожні розлади та високий рівень тривожності розглядаються в сучасних дослідженнях як фактори, що викликають та погіршують порушення поведінки як у дітей, так і в дорослих з РАС.

Порушення поведінки у дітей з РАС можуть слугувати «фасадом» для інших психічних чи соматичних патологічних станів. Неможливість отримати достовірних даних про наявність больових чи інших дискомфортних відчуттів у дитини з РАС у разі фізичних страждань становить серйозну проблему. Коли дитина не може повідомити про свій стан, то поведінка, яка відрізняється від норми, слугує єдиним способом повідомити оточуючим про своє погане самопочуття.

Наявність наступної симптоматики потребує консультації лікаря:

- Відсутність у віці 2-3 місяців проявів емоційної реакції на матір – посмішки, гуління, активності рухів.

- Відсутність реакції на звернене мовлення, покликання за іменем, посмішку, прохання.

- У віці 1 року дитина не використовує відповідних віку жестів – «дай», «прощавай».

- Затримка розвитку мовлення – до 15 місяців дитина не вимовляє жодного слова або використовує наявний словниковий запас не за призначенням.

- Схильність до повторюваних монотонних дій, таких як розгойдування, безцільне повторення звуків та інше.

- Втрата або погіршення раніше набутих комунікативних навичок.

Високий рівень тривожності розглядається в сучасних дослідженнях як фактори, які викликають та погіршують порушення поведінки як у дітей, так і в дорослих з РАС.

1.2. Структура корекційної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра

Проблема дитячого аутизму в останні роки набула значної актуальності у світі та в Україні, що зумовлює посилену увагу до розробки оптимальних шляхів та методів корекційної роботи. Аутизм є довічним станом, що має значний вплив на особистість дитини та її родину. Це міждисциплінарна проблема, яка є предметом дослідження медицини, психології, спеціальної педагогіки та соціальної роботи. Оскільки наразі методи лікування аутизму розроблені недостатньо, основна увага приділяється реабілітаційній та корекційній допомозі. Ефективність корекційно-педагогічної допомоги залежить від створення спеціальних умов, що відповідають можливостям та особливостям дітей з аутизмом [30, с. 10-12].

Корекційно-розвивальна робота з дітьми з розладами аутистичного спектра є складною через специфіку цього розладу, зокрема прагнення дітей уникати контакту, особливості мовленнєвого розвитку та відсутність емоційного контакту. Вона вимагає безперервного та професійного медико-психолого-педагогічного супроводу [17].

Ефективна корекційна робота базується на кількох ключових принципах [34]:

– Індивідуальний підхід до кожної дитини, враховуючи її унікальні особливості, сімейне виховання та етнопсихологічний стиль родини. Фахівець має підлаштовувати свої методи під особливості психіки дитини.

– Системність, інтенсивність та послідовність роботи. Вона повинна бути комплексною, міждисциплінарною та інтегрованою [47].

– Створення міждисциплінарної команди супроводу, що об'єднує фахівців (корекційних педагогів, психологів, логопедів, реабілітологів, інструкторів з фізкультури, музичних керівників, медиків) та батьків. Командна взаємодія забезпечує узгодженість дій та розподіл відповідальності.

– Ранній початок цілеспрямованої корекційно-педагогічної роботи, оскільки це дає позитивні результати у динаміці розвитку.

– Опора на сильні сторони дитини та її потенціал, а не лише на порушення та діагноз [55, с. 13-14]. До таких сильних сторін відносяться схильність до впорядкованості, завершеності, структурованості, орієнтація в часі та просторі, розвинена механічна пам'ять та кмітливність.

– Психопрофілактика, що передбачає створення відповідних умов у закладі освіти з опорою на ресурси середовища: предметно-просторові, організаційно-сміслові та соціально-психологічні.

Корекційно-розвивальна робота з аутистичними дітьми поділяється на кілька етапів [12, с. 10-12]:

1. Діагностичний етап:

- Аналіз медичних висновків та патологічних факторів.
- Діагностика проявів психічного дизонтогенезу.
- Психологічна діагностика, педагогічне обстеження дитини.
- Визначення особливостей мовного розвитку, когнітивних процесів.
- Обробка діагностичних даних та встановлення контакту з батьками.

На даному етапі важливо зосередитись на особливостях унікальної психічної організації дитини, зокрема специфіці сприймання, комунікації, ігрової діяльності, емоційному стані та пізнавальній сфері.

2. Модифікаційний етап:

- Встановлення контакту дитини з фахівцем та пристосування педагога до особливостей дитини.
- Пом'якшення сенсорного та емоційного дискомфорту, зниження тривоги та страхів.
- Адаптація до нових умов, формування навичок самообслуговування.

На початкових етапах рекомендується надавати дитині можливість самостійно досліджувати простір, дозувати емоційні контакти та спілкуватися спокійним голосом, уникаючи прямого погляду та різких рухів.

3. Впроваджувально-коректувальний етап [39, с.37-38]:

- Стимуляція психічної активності дитини, спрямованої на взаємодію з дорослими та однолітками.
- Проведення корекційно-розвивальних занять, пропедевтика навчання (корекція сприйняття, моторики, уваги, мови).
- Активація мови за допомогою жестів, пісень, віршів, ігор, перегляду фільмів.
- Складання індивідуального плану та програми навчання аутистичної дитини в домашніх умовах.
- Формування навчального стереотипу (вміння сидіти за столом, виконувати прості інструкції) та зорового контакту [35, с. 39-41].

4. Просувальний етап:

- Формування цілеспрямованої поведінки, навчання читанню, письму, навичок образотворчої діяльності, гри з однолітками.
- Робота з формування діалогічного мовлення та прищеплення навичок самообслуговування.

5. Аналітично-підсумковий етап:

- Робота над подоланням негативних форм поведінки (агресії, негативізму, розсіяності).
- Проведення корекційно-розвивальних занять.
- Здійснення комунікації та соціалізації дитини в суспільстві, розширення уявлень про навколишній світ.

Психолого-педагогічний супровід також виділяє етапи: підготовчий (оцінка можливостей, просвітницька робота), адаптивний (формування міждисциплінарної групи, діагностика) та повне залучення (найповніша адаптація та соціалізація [52, с. 30-35].

Корекційна робота з дітьми з розладами аутистичного спектра є багатогранною і включає різноманітні підходи та методики, оскільки кожна дитина з РАС унікальна та потребує індивідуального підходу. Головна мета цих напрямів – допомогти дитині адаптуватися до навколишнього середовища, поліпшити її соціальну взаємодію, комунікативні навички та забезпечити повноцінну участь у житті суспільства [38]. Важливу роль у цьому процесі відіграють не лише фахівці, а й батьки, яких навчають основним принципам корекції та адекватним способам підкріплення поведінки дитини. Раннє втручання є надзвичайно важливим для ефективності та сприятливого прогнозу розвитку дитини. Дуже важливо, щоб корекційна робота була індивідуалізованою, адаптованою до особливостей психіки кожної дитини, враховуючи її якісну своєрідність розвитку, вік виникнення дефекту та тяжкість афективної патології [5, с. 45-50].

Комплексний підхід до корекційної роботи є фундаментальним. Це означає, що психолого-педагогічний вплив має бути всебічним, спрямованим на виявлення, усунення або виправлення відхилень у розвитку [24, с.23-25].

У корекційно-педагогічній допомозі дітям з аутизмом застосовується низка визнаних стратегічних моделей та підходів:

Чотирирівнева стратегічна модель (за О. Дружинською) [30, с. 85-88]:

- Перший рівень спрямований на сім'ю та оточення аутистичної дитини, фокусуючись на розв'язанні стресових ситуацій за допомогою практичної підтримки, психологічної допомоги та навчання батьків.

- Другий рівень передбачає підтримку нормального розвитку дитини, що включає соціалізацію, розвиток комунікації, моторних навичок та уяви.

- Третій рівень зосереджений на редукції типових проявів аутизму.

- Четвертий рівень передбачає вилучення форм поведінки, нетипових для аутизму, таких як проблеми зі сном, харчуванням тощо. Таке поєднання стратегій веде не лише до активної абілітації дитини, а й до залучення її сім'ї до цих процесів.

У світовій практиці напрацьовано численні підходи, методи та засоби психолого-педагогічної корекції РАС. Одним з найбільш визнаних та ефективних методів корекції є Прикладний Аналіз Поведінки (АВА-терапія). В її основі лежить позитивне підкріплення "правильної" поведінки, яка допомагає дитині адекватно реагувати на стимули навколишнього світу та спілкуватися з іншими людьми. АВА-терапія розбиває складні навички, такі як контактність, мова, творча гра, уміння дивитися в очі та слухати, на окремі невеликі блоки-дії. Кожну таку дію розучують з дитиною окремо, а потім з'єднують у єдиний ланцюг. Фахівець дає завдання, підказує, винагороджує за правильні відповіді та ігнорує неправильні. Цей метод є інтенсивним, вимагає до 30-40 годин занять на тиждень і найбільш ефективний, якщо починати до 6 років. Серед переваг – швидкі позитивні результати, зменшення стереотипів та покращення соціалізації. Однак, АВА критикують за значну тривалість, проведення занять у навчальній аудиторії, а не в звичній обстановці для дитини, а також за потенційну жорсткість та вимогу повного підкорення дитини [30, с. 398-401].

Денверська модель є програмою раннього втручання, що базується на принципах АВА, але використовує більше ігрових та невербальних технік для дітей від 1 до 3 років, допомагаючи коригувати не лише поведінку, а й мовні затримки.

Іншим важливим підходом є структуроване навчання, яке застосовується в межах ТЕАССН-програми (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children). Цей підхід відмовляється від стандартних навчальних програм на користь індивідуального планування корекційних заходів, чіткої організації фізичного середовища та широкого використання візуальної підтримки. Візуальні матеріали, такі як картинки, письмова мова, розклади, карти та таймлайни, допомагають дитині з РАС краще розуміти інформацію, послідовність дій та повсякденну рутину. Одним із компонентів ТЕАССН є система комунікації обміном зображеннями (PECS), яка навчає дитину використовувати картки із зображеннями для висловлення прохань та ініціювання комунікації [23, с. 110-113].

Нейропсихологічний підхід є сучасним напрямом аутологічної допомоги, що вивчає зв'язки між структурами мозку та психічними й поведінковими функціями. Він ґрунтується на кількох ключових теоріях [45, с. 66-74]:

1. Теорія регулятивної дисфункції.

Розглядає аутизм як первинне порушення здатності дитини програмувати та контролювати поведінку. Корекція цієї функції сприяє підвищенню здатності дитини до соціальної комунікації [46].

2. Теорія ослаблення центрального зв'язування

Стверджує, що когнітивна обробка інформації відбувається частинами, а не цілісно, що призводить до багатьох поведінкових особливостей та когнітивних стратегій, характерних для аутизму. Ця теорія також пояснює наявність "острівців видатних здібностей" на фоні загального зниження інтелекту. Корекційна робота має бути спрямована на формування здатності об'єднувати різноманітну інформацію в осмислене ціле [48, с.67-68].

3. Лімбічна теорія.

Пояснює порушення соціальних та комунікативних здібностей дисфункцією лімбічних структур.

Окрім цих базових, застосовуються й інші методи корекції:

- Розвиткова Індивідуальна Відповідь (DIR/Floortime) спрямована на розвиток емоційних та соціальних навичок через гру та взаємодію.
- Музикотерапія є ефективним методом для розвитку соціальних і комунікативних навичок через музику, ритмічні вправи та спільне виконання музики. Вона також сприяє налагодженню емоційного контакту, розвитку почуття ритму та інтонаційного слуху [4, с. 3-8].
- Анімалотерапія, зокрема терапія з кіньми (гіпотерапія) та собаками, сприяє зниженню тривожності, покращенню емоційного стану, координації та розвитку соціальних навичок.
- Рухова терапія розвиває координацію та моторику за допомогою терапевтичної гімнастики, масажу та плавання. Вона допомагає дітям краще відчувати своє тіло та покращує їхню адаптивність.
- Соціальна терапія зосереджена на розвитку соціальних навичок та соціальної інтеграції, використовуючи групову терапію та тренінги емпатії.
- Холдінг-терапія (терапія утримання) полягає у форсованому фізичному зв'язку між матір'ю та дитиною, що, як вважається, компенсує відсутність такого зв'язку при аутизмі. Хоча цей метод є контроверсійним, його ефективність визнана в частині подолання опору дитини до контакту після фізичного виснаження [45, с. 19-20].

Розвиток соціально-побутових навичок є надзвичайно важливим у контексті системного впливу на формування дітей з РАС. Ці навички охоплюють життєво-практичні вміння, необхідні для самостійності у побутових ситуаціях. До них належать вміння самостійно їсти, зокрема тримати чашку та пити з неї, користуватися ложкою та акуратно розгортати обгортки. Важливим є формування навичок охайності та гігієни, що включає вміння виражати прохання відвідати туалет, самостійно знімати/одягати одяг, мити руки за визначеною послідовністю (взяти мило, намити, змити, витерти) та користуватися особистим рушником, чистити зуби, вмиватися, купатись і розчісувати волосся за допомогою дорослого.

Також розвиваються трудові навички, такі як підтримання елементарного порядку в приміщенні за допомогою візуальних підказок (класти речі на визначені місця, прибирати посуд після їжі). Навички ручної праці передбачають знайомство з природними матеріалами, участь у виготовленні виробів, складання букетів, згортання паперу та викидання сміття. Для навчання цим навичкам використовується принцип "зворотного ланцюжка", коли дитина спочатку виконує останню дію, що призводить до завершення процесу. Візуальні підказки, такі як схеми послідовних дій або розпорядок дня, є ключовими, оскільки аутистичні діти краще сприймають наочну інформацію. Заохочення бажаної поведінки та систематичність у вимогах є необхідними для успішної корекції.

Сенсорна інтеграція є одним з найбільш визнаних методів корекції аутизму. Цей метод, розроблений Енн Джін Айрес, спрямований на розвиток сприйняття та інтеграції різних видів відчуттів: дотику, зору, слуху, смаку та відчуття руху. Порушення сенсорного сприйняття є однією із серйозних проблем дітей з РАС. Для них характерні нетипові реакції на сенсорні стимули, такі як страх голосних звуків, бажання тактильного контакту, уникнення людних місць, гіпер- або гіпочутливість. Діти з РАС можуть сприймати світ фрагментарно, з труднощами узагальнення, зосереджуючись на окремих деталях. Сенсорна інтеграція допомагає подолати ці проблеми, виявляючи та прогножуючи реакції дитини на подразники. Метою сенсорної інтеграції є здійснення мозкової обробки сенсорної інформації, що дозволяє дитині використовувати її у повсякденному житті. Це цілісна терапія, яка залучає все тіло, всі органи чуття та мозок, сприяючи злагодженій роботі м'язів та розвитку вестибулярного апарату. Важливим є створення сенсорно-сприятливого середовища, врахування індивідуальних потреб дитини та гнучке коригування прийомів роботи.

Роль фахівців та сім'ї у корекційній роботі з дітьми з РАС є консолідуючою і має вирішальне значення для успішної соціалізації дитини. Сучасні підходи передбачають активну участь батьків, які є важливими

партнерами, мають більше знань про свою дитину та відіграють ключову роль у створенні "лікувального режиму життя". Фахівці не повинні підміняти батьків у формуванні механізму прихильності, оскільки саме мати має навчитися керувати поведінкою дитини та справлятися з її тривожністю та агресивністю. Мультидисциплінарна команда фахівців, що включає лікарів (психіатрів, неврологів, педіатрів), психологів, спеціальних педагогів, логопедів, соціальних працівників та фахівців із сенсорної інтеграції, тісно співпрацює для надання цілісної допомоги. Лікарі забезпечують медичний супровід та медикаментозне лікування за потреби. Психологи надають психологічну допомогу родині, навчаючи батьків корекційним прийомом та сприяючи гармонізації сімейного клімату. Педагоги та логопеди займаються розвитком комунікативних, мовленнєвих, когнітивних та соціальних навичок, використовуючи спеціалізовані методики, такі як TEACCH, SCERTS, RDI та поведінкова терапія. Фахівець із сенсорної інтеграції консультує батьків щодо розуміння сенсорних особливостей дитини та створення сенсорно-сприятливого середовища. Батьків навчають основним принципам терапії, адекватним способам підкріплення поведінки, а також залучають до домашніх завдань. Раннє втручання є сімейно-центрованою моделлю, яка підтримує позитивні стосунки всередині родини та встановлення атмосфери любові. Консолідація зусиль усіх учасників корекційно-педагогічного процесу є запорукою розкриття потенціалу дитини з РАС, її комплексного розвитку та безперешкодного входження в освітній простір [5, с. 90-94].

Загалом, корекційна робота з дітьми з РАС вимагає комплексного, індивідуалізованого підходу, що враховує унікальність кожної дитини та об'єднує зусилля фахівців і сім'ї для розкриття її внутрішнього потенціалу та успішної соціалізації [19, с.78-81].

1.3. Ігрова терапія та її значення в корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра

Ігрова терапія – це психокорекційно-педагогічний метод, який заснований на застосуванні рольової гри як одну з найефективніших методик впливу на особистісний розвиток. Методика ігротерапії передбачає виконання дитиною чи групою дітей спеціальних вправ, які стимулюють вербальне та невербальне спілкування, проживання через гру різних життєвих ситуацій [6, с. 71-78].

Ігрова терапія вважається однією з найефективніших при роботі з дітьми. Інші методи можуть не підходити для роботи з малюками: маленька дитина часто не може пояснити, що саме її турбує та чому, а фахівцю визначити проблему буває досить непросто, оскільки найчастіше вона не є очевидною. Гра ж прекрасно відображає образ мислення дітей, те, як вони взаємодіють з навколишнім світом та зі своїми почуттями та емоціями.

Мета ігротерапії полягає в створенні безпечного та підтримуючого ігрового середовища, де дитина може вільно досліджувати свої емоції та висловлювати результат своєї розумової діяльності. Гра надає дітям можливість розігрувати сценарії, які можуть відображати їх внутрішні страхи, бажання та конфлікти [13, с. 3].

Використовуючи ігрові техніки корекційний педагог може допомогти дитині краще усвідомити та виразити свої емоції, а також навчити її новій поведінці в соціальних ситуаціях. Дослідження підтвердили, що така форма терапії може сприяти помітному покращенню стану дітей з РАС, а також забезпечити розвиток соціальних навичок та підвищення самооцінки [2].

Крім того, ігрові методи представляють собою ефективний спосіб корекції неадекватної поведінки. Наприклад, діти, які проявляють імпульсивну поведінку, можуть за допомогою гри навчитися контролювати свої емоції та реакції у складних ситуаціях. Це досягається шляхом моделювання різних соціальних сценаріїв, що дозволяє дітям отримати новий досвід в безпечній обстановці [13, с. 5].

Цікавим аспектом є те, що ігрова терапія може бути адаптована до індивідуальних потреб кожної дитини. Дитячі фахівці використовують різноманітні іграшки та ігрові матеріали, включаючи наочні посібники та інтерактивні ігри, які дозволяють створити максимально ефективний простір. Діти, які мають труднощі в соціальній взаємодії, можуть отримати можливість вибудовувати стосунки з однолітками, перебуваючи в оточенні знайомих та комфортних об'єктів гри. В контексті розладу аутистичного спектра, ігровий підхід дозволяє звертатися до проблем, з якими стикаються такі діти, в тій формі, яка найбільш природня для них [14, с. 18].

Ігрова терапія пропонує різноманітні підходи до корекції порушень у дітей з РАС. Дві основні форми, директивна та недирективна терапія, слугують для виконання різних завдань. Директивний підхід акцентує увагу на структурованій грі, спрямованій на досягнення конкретних корекційних цілей. В межах цієї стратегії фахівець визначає вагомі кроки, через які дитина проходить, що дозволяє їй краще засвоювати соціальні навички та поведінкові реакції. Недирективна терапія, своєю чергою, дає дітям свободу самовиразу в грі, дозволяючи їм взаємодіяти з навколишнім світом в комфортному для себе темпі, що сприяє розвитку спонтанного спілкування та дослідницької поведінки [14, с. 20].

Процес ігрової терапії включає важливі етапи, такі як встановлення довірливих стосунків та створення безпечного ігрового середовища. Ці аспекти принципово важливі для дітей дошкільного віку з РАС, які можуть відчувати труднощі в соціальній взаємодії та комунікації. Корекційна робота починається з налагодження контакту, що має на меті вибір відповідних ігрових матеріалів та технік, щоб привернути увагу дитини та зацікавити її. Також важливо враховувати індивідуальні особливості кожної дитини, що робить терапію більш індивідуалізованою.

Ігротерапія рекомендується у разі [14, с. 22]:

- Психологічних травм, пов'язаних з різними стресовими ситуаціями;
- Для покращення успішності дітей з труднощами у навчанні;

- В комплексній терапії СДВГ;
- Для корекції агресивної, асоціальної та тривожної поведінки;
- Для подолання страхів та фобій;
- При замкненості та небажанні спілкуватися;
- При ЗПР та інтелектуальних порушеннях;
- Деяких психосоматичних захворюваннях;
- Заїканні та ін.

В числі популярних методик можна виділити пісочну терапію, яка допомагає дітям не лише розвивати уяву та соціальні навички, але й встановлювати більш міцні зв'язки з батьками та педагогами. Ігрова діяльність в пісочниці дає дітям можливість моделювати ситуації з власного життя, висловлюючи при цьому свої переживання та емоції через маніпуляції з піском та іграшками.

Один з важливих аспектів ігрової терапії – це робота з так званими стереотипами та сенсорними іграми, які є основою для розвитку навичок емоційного відгуку. Стереотипні ігри часто допомагають дітям з РАС почуватися більш комфортно, оскільки вони ґрунтуються на повторенні та передбачуваності, а сенсорні ігри пропонують можливість досліджувати різні текстури та елементи оточення, що позитивно відображається на емоційному та психічному стані дитини. Ігрова терапія слугує основним джерелом розвитку для дітей з РАС, надаючи їм відповідні інструменти для взаємодії зі світом [21, с. 21].

Специфіка роботи з дітьми з РАС вимагає від фахівця постійного аналізу поведінки дитини в процесі терапії. Необхідність уважного спостереження за реакціями дитини на різні ігрові ситуації стає важливим показником ефективності терапії. Враховуючи це, більшість практикуючих корекційних педагогів рекомендують фіксувати зміни в поведінці дитини як в межах ігрової терапії, так і поза нею.

При спостереженні за грою дитини з РАС помітні характерні для неї особливості [21, с. 24]. Серед них можна виділити:

1. Частіше за все дитина з РАС грає з власними відчуттями, її гра націлена на аутостимуляцію конкретних слухових, зорових, тактильних та ін. відчуттів. Наприклад, дитина розставляє в рядок рахувальні палички, кубики, групує їх за кольором, чи возить машинку, спостерігаючи, як крутяться її колеса та ін.

2. Дитина часто грається з неігровими предметами (плівка, мотузка, інструменти для ремонту). Якщо ж дитина грає з іграшками, то частіше за все це кубики, конструктор, машинки, а в іграшкових звірів та ляльок не грає. Ввести в її гру будь-який персонаж складно.

3. Сюжет у грі не прослідковується.

4. Якщо сюжет є, він буває дуже «згорнутим», без деталей.

5. Самостійна гра дитини з РАС стереотипна та одноманітна. Дитина може багато раз програвати одне й те саме яскраве враження.

Багато дослідників звертають увагу на недостатній розвиток ігрової діяльності у дітей з РАС. Каннер Л. відзначав обмежені можливості дітей з аутизмом у грі. Інші автори наголошували, що ігрова активність таких дітей переважно зводиться до повторювання одноманітних дій: пересипання, кручення, перекладання предметів, стукання одним предметом об інший, нюхання, облизування, обсмоктування предметів. Це рутинне повторення дій не має змістового навантаження. Гра дітей з РАС часто характеризується як механічна, без єдності та внутрішньої логіки, іноді супроводжується невиразним мовленням. Цілеспрямована символічна гра у них зазвичай малорозвинена або відсутня [37, с. 28].

Як відомо, у типовому розвитку дитини гра проходить через кілька етапів – від простих маніпуляцій до складних символічних ігор. У дітей з РАС спостерігається переважно затримка на маніпулятивній стадії гри, при цьому функціональна гра часто розвинена недостатньо, а найбільші труднощі виникають на етапі символічної гри. Символізація є складною формою поведінки, яка у дітей з РАС не формується природним шляхом, про що свідчить те, що у їхній самостійній діяльності майже не зустрічаються такі

прояви, як «годування» іграшки, використання заміників предметів, а також розігрування рольових сюжетів [41].

Сюжетно-рольова гра є найвищим рівнем розвитку гри, освоєння якого пов'язане з можливістю майбутньої соціалізації дитини. Для більшості дітей з РАС вона практично недоступна на момент початку корекційної роботи та вимагає тривалого підготовчого процесу. Навіть за сприятливих умов та під час засвоєння такою дитиною сюжетно-рольової гри в процесі успішної терапії, тривалий час її гра буде нагадувати формальну ігрову взаємодію [37, с. 30].

Часто самотійна ігрова діяльність дитини з РАС – маніпуляції іграшками чи предметами неігрового призначення переходить в стереотипію, набуває характеру аутостимуляції. Одні фахівці відзначають подібну діяльність дитини з РАС як маніпулятивну стереотипну гру, інші бачать в ній тільки аутостимуляцію.

На початку корекційної роботи для встановлення контакту та формування стосунків варто використовувати залучення дитини стереотипними іграми.

Ігрова терапія – один із перспективних методів роботи з дітьми з РАС. З практичної точки зору вона є найбільш доступною та при відповідній підготовці використовується як педагогами, так і найближчим оточенням дитини.

Дидактична гра є різновидом навчальної ігрової діяльності дитини, що має дві основні цілі: навчальну та ігрову. У процесі дидактичної гри створюються умови, які дозволяють кожній дитині самотійно діяти в конкретній ситуації чи з конкретними предметами, отримуючи власний сенсомоторний досвід.

Організовуючи корекційну роботу з дітьми з РАС, варто застосовувати спеціальні дидактичні ігри, які спрямовані на вирішення наступних завдань[57]:

- Навчання дітей виконанню різноманітних предметно-практичних маніпуляцій з предметами різних форм, розмірів та кольорів;
- Навчання застосуванню допоміжних предметів та здійсненню будівельних дій;
- Розвиток наочно-образного мислення через конструкторську та образотворчу діяльності;
- Формування початкових логічних узагальнень.

Під час організації та проведення дидактичних ігор слід дотримуватися наступних методичних вимог [59]:

- Заняття слід проводити поетапно, приділяючи особливу увагу інтересам та бажанню дитини;
- Кожна вправа має враховувати емоційні потреби та почуття дитини;
- Необхідно чітко планувати та цілеспрямовано формувати стереотип занять, дотримуватися конкретної послідовності занять;
- Протягом кожного заняття доцільно застосовувати заохочення та мотиваційну підтримку;
- Ігрові завдання, що передбачають використання матеріалів, які є значущими для дитини в ігровій діяльності.

На початковому етапі ігрової корекції з дітьми з РАС слід навчати дитину наслідувати. Наприклад, коли педагог катає машинку, а дитина повторює його дії. Такі наслідувальні ігри відіграють важливу роль у встановленні емоційного зв'язку з дитиною.

Другий етап ігрової взаємодії спрямований на встановлення соціального контакту, який дає змогу дитині та педагогу разом виконувати ігрові дії, наприклад, спільно годувати ляльку, катати машинку тощо. На цьому етапі діти з РАС часто виявляють негативізм: відходять, спостерігають за педагогом з боку або руйнують те, що було створене дорослим. Третій етап ігрової взаємодії передбачає використання ігор за чітко визначеними правилами [50, с. 20-27].

Особливу популярність мають народні ігри та потішки, які завдяки своїй ритмічній інтонації приносять дитині задоволення, відмінне від звичайного мовлення. Діти з РАС добре сприймають ритмічні структури та різноманітні звуки [28].

Таким чином, однією з головних рис ігрової терапії є використання різних ігрових методів для вирішення конкретних завдань та проблем, з якими стикаються діти. Вивчення таких методів показало, що директивний та недирективний підходи формують основу інтегративної ігрової терапії. Директивний підхід має на меті активне втручання корекційного педагога, в той час як недирективний зберігає свободу вибору за дитиною. Ці два підходи у поєднанні можуть створити максимально ефективні умови для розвитку та взаємодії дитячої особистості, дозволяючи дитячій самореалізації відбуватися природно.

Результати досліджень свідчать, що така форма терапії може помітно знизити рівень деструктивних та неконструктивних проявів поведінки у дітей. Особливо значуще це для дітей з високим рівнем тривожності та проблемами в соціальній взаємодії. Гра як природне середовище для дітей, надає можливість не тільки для емоційного розрядження, але й для навчання новим соціальним нормам та правилам через практичний досвід.

РОЗДІЛ 2

СТАН СФОРМОВАНOSTІ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

2.1. Організаційні засади дослідження поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра

Проаналізувавши теоретичний матеріал, ми організували та провели дослідження, з метою визначення особливостей поведінки дітей з розладами аутистичного спектра.

Дослідження проводилося на базі КУ «Вилківський інклюзивно-ресурсний центр». В дослідженні брали участь 23 дитини молодшого шкільного віку віком 6-12 років.

Організовуючи наше дослідження, ми ретельно ознайомилися з існуючими методиками саме для цієї категорії дітей. Для нашого дослідження ми обрали методику:

Опитувальник СНАТ, який складається з трьох частин (опитування батьків, опитувальник батьків та спостереження за дитиною).

Ознайомимосся детально з обраною нами методикою дослідження.

Методика містить три частини.

1 частина – опитування батьків. В цій частині 9 питань з варіантами відповіді (так, ні) для батьків.

2 частина – опитувальник для батьків. В цій частині містяться питання, які збирають інформацію про дитину, родину в якій вона зростає, анамнез вагітності та пологів, інформацію про батьків. Потім збір інформації про дитину: етапи розвитку дитини: велика моторика, дрібна моторика, розвиток мовлення, пасивна мова, невербальна комунікація, харчування, сон, самообслуговування, нюх, смак, сенсорні порушення, гра та соціальна взаємодія, агресія, емоції, стереотипи.

3 частина – спостереження за дитиною. В цій частині ми спостерігали за дитиною: моторика, зорові реакції, рівновага, чуттєві реакції, мануальні здібності, латералізація, реакція на слух, пізнавальні здібності, мова, експресія емоцій.

2.2. Сформованість поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра

За результатами застосованого нами опитувальника СНАТ, нами було встановлено наступне: опитування батьків виявило, що переважна більшість дітей негативно реагують на фізичну стимуляцію, пов'язану з тілесним контактом: їм не подобається, коли їх гойдають на руках, підкидають на колінах чи обіймають. Частина батьків зауважила, що у таких ситуаціях діти демонструють агресивну або емоційно пригнічену реакцію, що може свідчити про підвищену сенсорну чутливість або дискомфорт від тактильних стимуляцій.

У питанні, що стосувалося інтересу до взаємодії з однолітками, більшість батьків зазначили, що їхні діти не проявляють ініціативи у спілкуванні, не цікавляться іншими дітьми, уникають контактів. Лише невелика частина батьків відзначила наявність епізодичних проявів соціального інтересу з боку дитини.

Щодо ігрової активності, зокрема фізичних ігор на майданчику чи лазіння по сходах, більшість дітей не виявляють зацікавленості або уникають

таких форм рухової активності. На запитання про гру в хованки (що потребує уяви, просторового мислення й соціальної взаємодії) переважна кількість батьків також відповіла, що дитина не грає в цю гру.

При обговоренні сюжетно-рольової гри, наприклад, імітації приготування чаю для дорослих, з'ясувалося, що більшість дітей не відтворюють такі соціальні дії у грі, що може свідчити про труднощі з розвитком уяви або символічної гри.

На запитання щодо жесту вказування, більшість батьків повідомили, що їхня дитина використовує вказівний палець для позначення бажаного об'єкта або як засіб вираження інтересу, що є важливим соціально-комунікативним маркером.

Водночас відповіді на запитання про гру з дрібними іграшками виявилися поділеними: половина батьків зазначила, що діти не грають із такими предметами, а інша половина – що діти маніпулюють дрібними об'єктами, будують з них конструкції або використовують у грі.

Аналогічно, відповіді на запитання про принесення предметів батькам із метою показу чи демонстрації розділилися: одні батьки повідомили, що дитина приносить об'єкти, щоб звернути на них увагу, інші ж зауважили, що діти не демонструють такої поведінки.

Під час індивідуальної зустрічі з корекційним педагогом більшість дітей не ініціювали контакт, не відповідали на спроби звернення, а також не виявляли зацікавленості у демонстрації яскравого предмета, що свідчить про знижену реактивність до соціальних стимулів або труднощі із залученням уваги.

Отримані результати наведено в таблиці 2.1. та на рисунку 2.1.

Таблиця 2.1

Результати опитування батьків за методикою СНАТ

№	Категорія поведінки	Характерні ознаки	Кількісна оцінка (%)
1	Реакція на фізичну	Діти негативно реагують на	83

	стимуляцію	тілесний контакт: не люблять гойдання, підкидання, обійми	
2	Емоційна реакція на фізичну стимуляцію	Агресивна або емоційно пригнічена поведінка під час тілесного контакту	70
3	Соціальна взаємодія з однолітками	Не проявляють ініціативи у спілкуванні, уникають контактів	83
4	Епізодичний соціальний інтерес	Інколи проявляють інтерес до однолітків	61

Продовження табл. 2.1

5	Фізична ігрова активність	Не проявляють зацікавленості у рухових іграх, лазанні, іграх на майданчику	83
6	Гра в хованки	Не грають у гру, що потребує уяви та соціальної взаємодії	83
7	Сюжетно-рольова гра	Не відтворюють дії, як-от імітація приготування чаю	70
8	Жест вказування	Використовують вказівний палець для позначення об'єкта або прояву інтересу	70
9	Гра з дрібними іграшками	Половина грає та маніпулює об'єктами, половина – не грає	70
10	Принос предметів батькам для демонстрації	Деякі приносять, інші не демонструють такої поведінки	61
11	Реакція під час індивідуальної зустрічі з педагогом	Не ініціюють контакт, не реагують на звернення, не демонструють інтересу до предметів	83

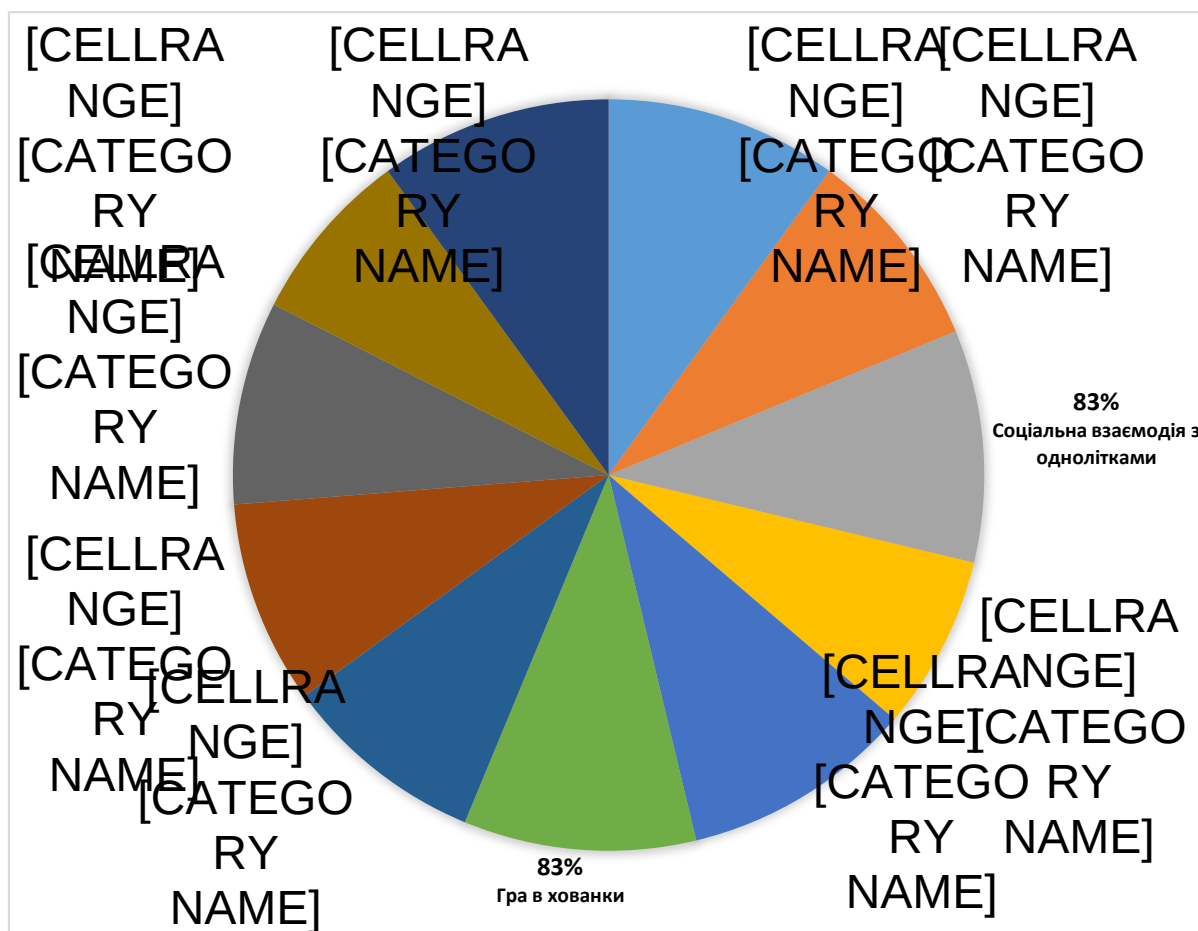


Рис. 2.1. Результати опитування батьків

Таким чином, з опитування батьків встановлено, що більшість дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень не проявляють зацікавленості, інтересу до однолітків та до того, що відбувається навколо. Також, більшість з них не грається з дрібними предметами/іграшками, не бавляться на дитячому майданчику, не реагують на інших дітей.

Далі ознайомимося з результатами анкетування батьків. Так, нами було встановлено, що 69% дітей мають повні сім'ї, тобто обох батьків. У решти 31% дітей мають лише одного з батьків (мама). У 52% дітей є брати/сестри. 21% дітей мають бабусь/дідусів. Стан здоров'я батьків, за їх словами, у більшості відповідає нормі. Так, мами розповіли, що більшість з них (78%) не мають хронічних захворювань, та не мали жодних хірургічних втручань. Решта матусь мають такі хронічні захворювання, як: жовчо-кам'яна хвороба, хронічний бронхіт, хронічний тонзиліт, гастрит, проблеми з тиском, суглобами, та майже всі матусі час від часу приймають заспокійливе (валеріана).

Таблиця 2.2

Результати анкетування батьків

№	Категорія	Відсоток (%)
1	Діти з повними сім'ями (обоє батьків)	69
2	Діти з неповними сім'ями (лише мама)	31
3	Діти, які мають братів/сестер	52
4	Діти, які мають бабусь/дідусів	21
5	Мами, які не мають хронічних захворювань	78
6	Мами з хронічними захворюваннями (жовчо-кам'яна хвороба, бронхіт тощо)	22
7	Батьки з проблемами опорно-рухового апарату	87
8	Батьки без хронічних захворювань	13
9	Інші діти в родині без аутистичних порушень (але мають інші хронічні захворювання)	100

	(тонзиліт, риніт тощо)	
--	------------------------	--

Більшість батьків (87%) мають проблеми з опорно-руховим апаратом, решта батьків не мають хронічних захворювань. Стосовно сестер та братів, то інші діти в родинях не мають аутистичних порушень, але мають різні хронічні захворювання, такі як: хронічний тонзиліт, вірус Епштейн-Барра, хронічний риніт та ін (див. табл. 2.2).

Вагітність, за словами мам, майже у всіх перебігала добре. У більшості мам (78%) вагітність була першою, і лише у 22% – другою. Під час вагітності у більшості мам (83%) були наступні проблеми зі здоров'ям: підвищений тиск, набряки, надлишковий набір ваги, різка втрата ваги, запаморочення. Резус-конфлікту не спостерігалось у всіх опитуваних. Пологи у більшості матерів (65%) були вчасні, у 17% були передчасні пологи, а у 20% пологи відбулися шляхом кесаревого розтину (див. табл. 2.3 та рис. 2.2).

Таблиця 2.3

Показники перебігу вагітності

№	Характеристика вагітності	Кількісний показник (%)
1	Перша вагітність	78
2	Друга вагітність	22
3	Наявність проблем під час вагітності (підвищений тиск, набряки, вагові коливання, запаморочення)	83
4	Резус-конфлікт	0
5	Вчасні пологи	65
6	Передчасні пологи	17
7	Кесарів розтин	20

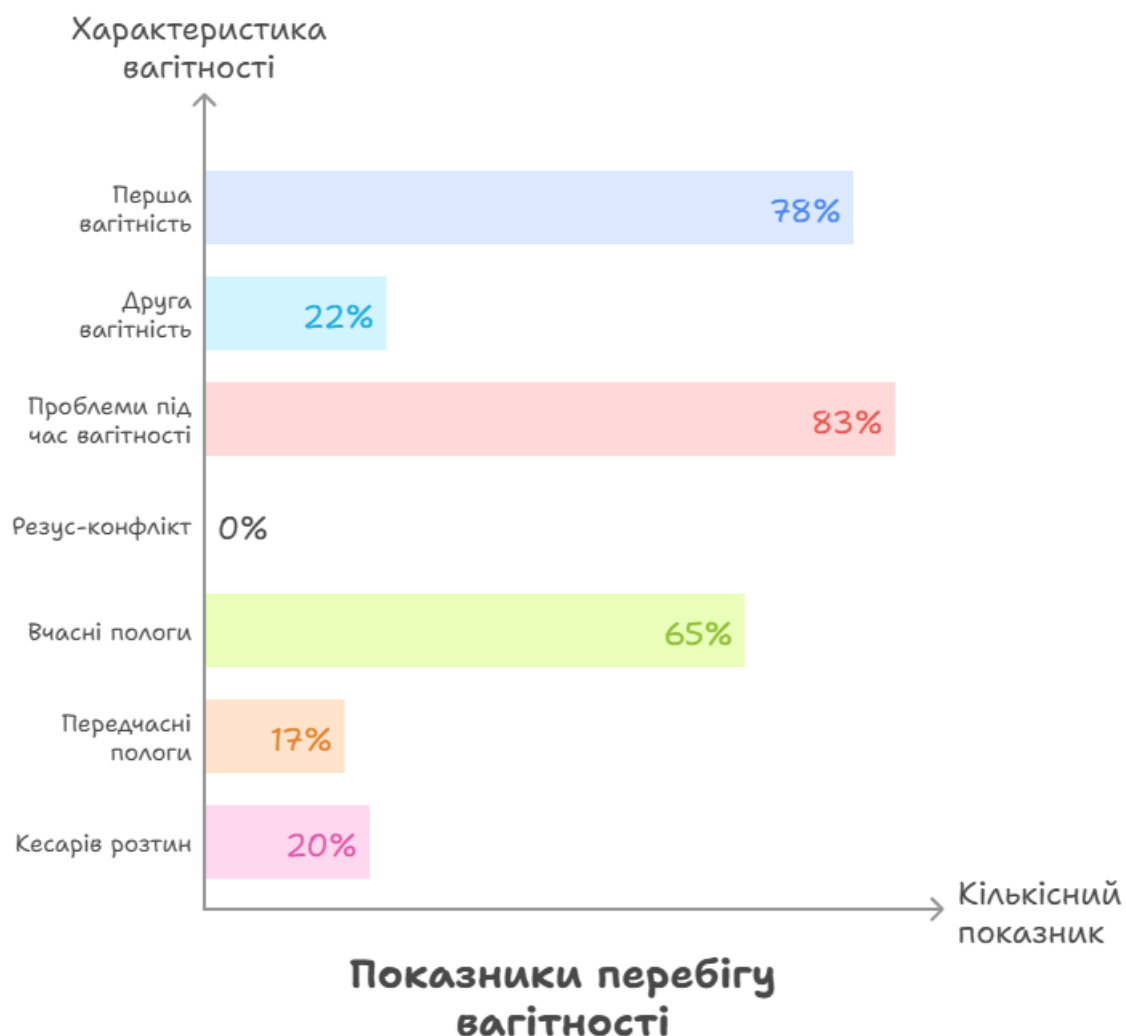


Рис. 2.2. Показники перебігу вагітності

Вперше стан дитини занепокоїв більшість батьків, а саме 65%, у 2 роки, коли дитина не говорила, не проявляла ніякої реакції на оточуючих, могла сидіти багато часу перед телевізором чи дивитися на стіну в одну точку. 22% батьків занепокоїв стан дитини в 3 роки, коли почали влаштовувати дитину до садочка, і лікарі звернули увагу на відмінності в поведінці дитини. 13% батьків стан дитини занепокоїв у 6 місяців, коли дитина вже має починати вимовляти звуки та реагувати на близьких, впізнавати їх, зосереджувати свій погляд на предметі.

Сидіти діти почали в період з 6-12 місяців, повзати – з 5-8 місяців, стояти – з 12-15 місяців, ходити – з 12-16 місяців. У більшості батьків (78%)

дитина самостійно не могла долати перешкоди. М'яч навчилися хапати лише 13% дітей, опанували навичку стрибати на двох ногах 22% дітей, на одній нозі – 17% дітей. Лазити сходами до 3-х років могли 13% дітей, після 3-х років – 31% дітей. Проявів надрухливості не спостерігалось. Коли батьки тримали дитину на руках, 22% з дітей до 3-х років проявляли слабкість, безсилля, негнучкість, тоді як серед дітей віком понад 3 роки цей показник зріс до 30%.

Дрібна моторика у більшості дітей була недостатньо розвинена. Зокрема, 74% дітей не опанували навичку маніпулювання дрібними предметами. Лише 18% дітей змогли виконувати ліплення з пластиліну, тоді як решта відмовлялася виконувати подібні завдання. Малювання здійснюють лише 26% дітей зі спектра аутистичних порушень (див. табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Оцінка фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

№	Навичка	Відсоток (%) / Вік
1	Сидіння	6–12 місяців
2	Повзання	5–8 місяців
3	Стояння	12–15 місяців
4	Ходьба	12–16 місяців
5	Самостійне долаття перешкод	78%
6	Хапання м'яча	13%
7	Стрибки на двох ногах	22%
8	Стрибки на одній нозі	17%
9	Лазіння сходами до 3-х років	13%
10	Лазіння сходами після 3-х років	31%
11	Маніпуляція дрібними предметами (недостатньо розвинена)	74%
12	Ліплення з пластиліну	18%



Рис. 2.3. Фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Стосовно розвитку мовлення, у більшості дітей воно розвинене на дуже низькому рівні і проявляється у вигляді кількох нечітких слів або гуління [51]. Зокрема, плач, який важко інтерпретувати, спостерігається у 9 дітей; обмежене або незвичне гуління – у 13%; використання слів без розуміння їх значення – у 9%; відсутність імітації звуків – у 20%; вживання займенника «я» – у 12%; ехोलалія виявлена у 39% дітей. Плач, важкий для інтерпретації, також зафіксований у 4% випадків. Детальні результати наведені в табл. 2.5. та на рис. 2.4.

Таблиця 2.5

Оцінка мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

№	Показник мовленнєвого розвитку	Відсоток (%)
1	Плач, важкий для інтерпретації	9
2	Обмежене або незвичне гуління	13
3	Використання слів без розуміння їх значення	9
4	Відсутність імітації звуків	22
5	Вживання займенника «я»	12
6	Ехолалія	39
7	Плач, важкий для інтерпретації (додатково)	4

	зафіксований)	
--	---------------	--



Рис. 2.4. Розвиток мовлення у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Пасивне мовлення у більшості молодших школярів (78%) зі спектром аутистичних порушень перебуває на середньому рівні розвитку. Тобто, більшість дітей (48%) розуміють прості вказівки від батьків; складні вказівки розуміють 52% дітей зі спектром аутистичних порушень; 32% дітей реагують на розмови оточуючих.

Відносно невірбальної комунікації дітей зі спектром аутистичних порушень, нами було встановлено, що 48% дітей використовують руки батьків, коли хочуть щось отримати, дістати, зробити, показати. 57% дітей на запитання кивають головою «так» чи «ні». Жести й міміку в розмові використовують 48% дітей зі спектром аутистичних порушень (див. табл. 2.6 та рис.2.5).

Таблиця 2.6

Оцінка пасивного мовлення та невербальної комунікації дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

№	Показники пасивного мовлення та невербальної комунікації	Відсоток (%)
---	--	--------------

1	Пасивне мовлення	78
2	Розуміння простих вказівок від батьків	49

Продовження табл. 2.6

3	Розуміння складних вказівок	52
4	Реакція на розмови оточуючих	32
5	Використання рук батьків для отримання/діставання/показу предметів	48
6	Використання кивка головою («так»/«ні») на запитання	57
7	Використання жестів і міміки у розмові	48

Оцінка пасивного мовлення та невербальної комунікації дітей молодшого шкільного віку з РАС

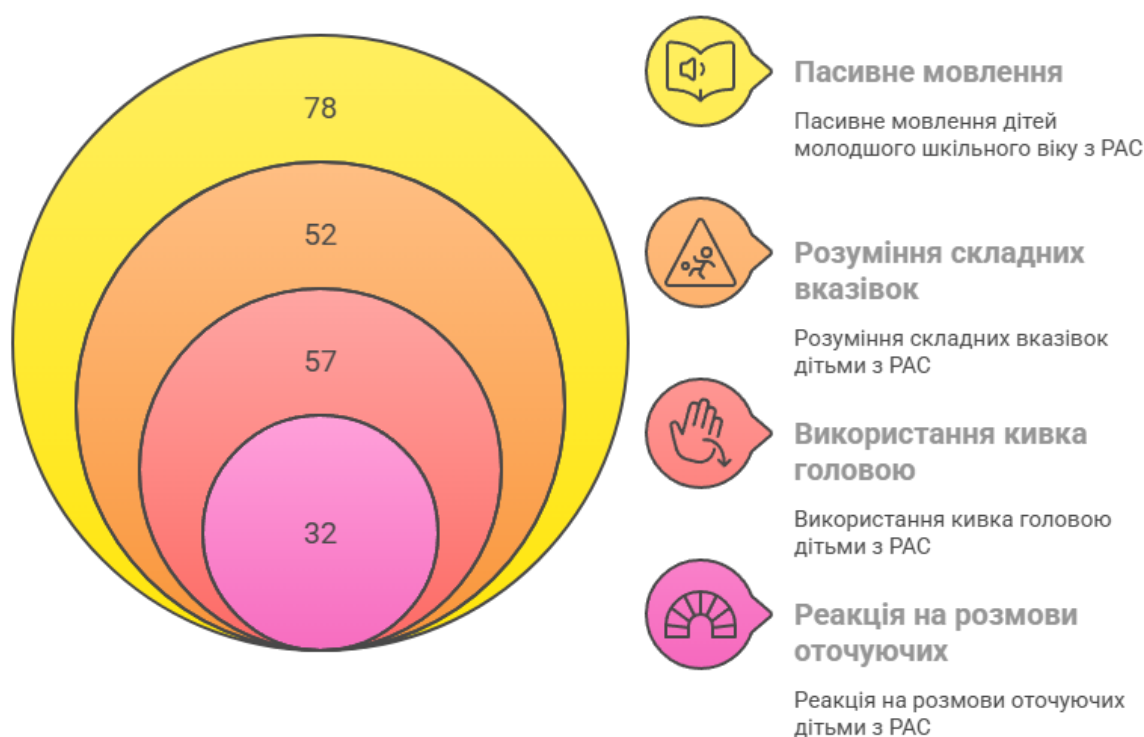


Рис. 2.5. Оцінка пасивного мовлення та невербальної комунікації дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

За результатами опитування 43% батьків повідомили про наявність у їхніх дітей зі спектром аутистичних порушень проблем зі сном. Частина батьків описувала ці порушення як нічні жахіття, інші відзначали безсоння, а деякі зазначали, що діти перед сном були надмірно збуджені, що

ускладнювало процес засинання. Водночас більшість батьків (74%) повідомили, що їхні діти засинають самотійно. У 48% дітей спостерігаються ритуали, пов'язані зі сном: деякі батьки розповідали, що перед сном дитина полюбляє, щоб матір посиділа поруч кілька хвилин, у інших дітей існує традиція читання казки батьками, а деякі не можуть заснути без обіймів матері.

Протягом ночі 70% дітей прокидаються, однак у більшості випадків причинами є потреба сходити до туалету або випити води. Денна сонливість спостерігається лише у 13% дітей, а денний сон – у 4%. Заспокійливі препарати приймають 41% дітей.

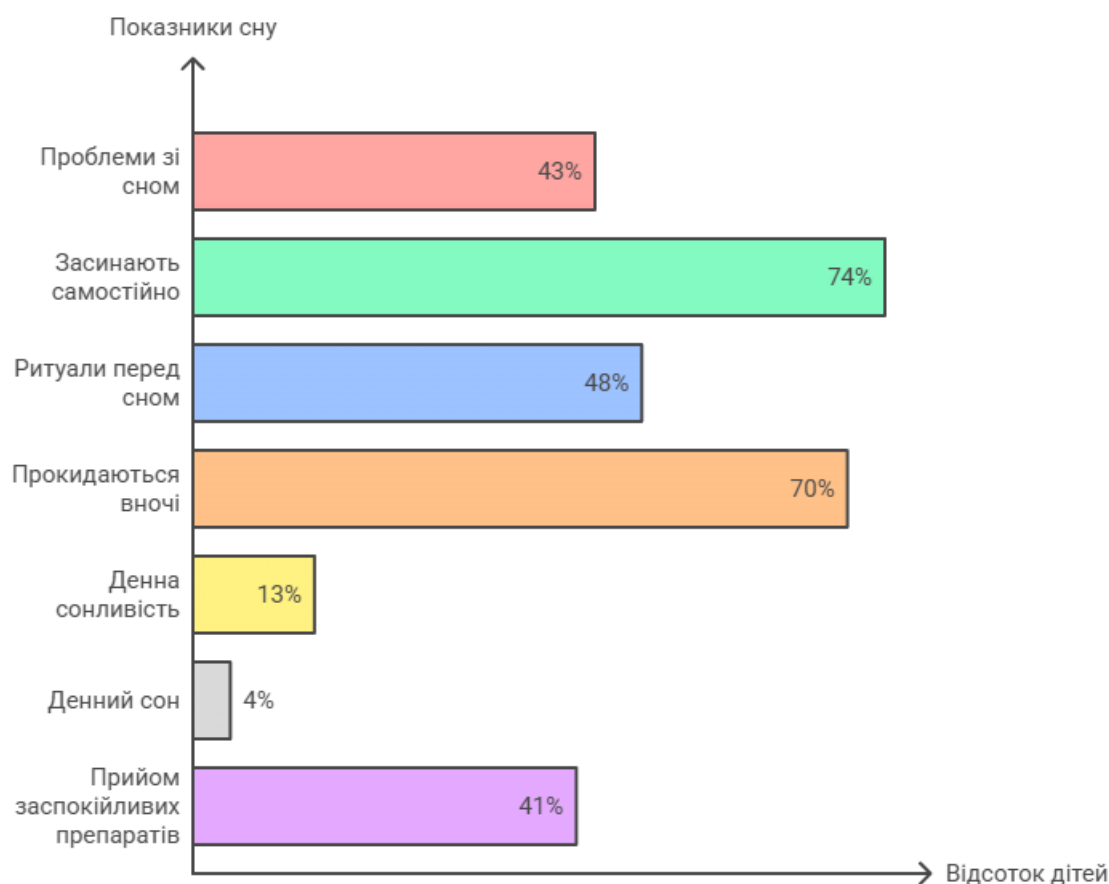
Порушення сну у дітей з аутизмом можуть бути зумовлені різними факторами, зокрема підвищеною тривожністю, сенсорними особливостями (чутливістю до світла або звуків), а також порушеннями регуляції біологічних ритмів, зокрема секреції мелатоніну. Ці порушення негативно впливають на денне функціонування дітей, викликаючи поведінкові труднощі, зниження когнітивних функцій та академічної успішності. Крім того, проблеми зі сном створюють додатковий стрес для сім'ї та погіршують якість сну батьків (див. табл. 2.7 та рис.26).

Таблиця 2.7

Основні показники сну у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

№	Показник	Відсоток / Опис
1	Проблеми зі сном	43%
2	Засинають самотійно	74%
3	Ритуали перед сном	48%
4	Прокидаються вночі	70%
5	Денна сонливість	13%
6	Денний сон	4%
7	Прийом заспокійливих	41%

	препаратів	
--	------------	--



Показники сну у дітей молодшого шкільного віку з РАС

Рис. 2.6. Основні показники сну у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Далі, нами була встановлена інформація відносно харчування дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень. Більша частина батьків (79%) зазначили, що їх діти не мали й не мають розладів харчування, в тому числі, не мають проблем з апетитом, жуванням та гризінням їжі. 22% дітей вимагають солодощі щодня. Картоплю діти не вимагають, тоді як хліб просять 13% дітей, молоко – 4% дітей. За словами батьків, діти не сприймають нові страви. Для усіх дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень характерною рисою є постійність дій, їх послідовність, що стосується також страв і продуктів, які

діти їдять. Перевагами в їжі до 3-х років у 65% дітей були фрукти, у 13% – диня та кавун, для 30% – це кисло-молочні продукти. Наразі до переваг в їжі можна віднести: у 52% дітей – це шоколад, шоколадні цукерки, у 18% – це морозиво, для 22% – це полуниця, малина та чорниця й лохина. Детальні результати наведені в табл. 2.8 та на рис.2.7.

Таблиця 2.8

Особливості харчування дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

№	Показник	Відсоток / Опис
1	Відсутність розладів харчування	79%
2	Щоденне вживання солодоців	22%
3	Надають перевагу картоплі	0%
4	Надають перевагу хлібу	13%
5	Надають перевагу молоку	4%
6	Сприйняття нових страв	0%
7	Постійність дій та послідовність у їжі	100%
8	Переваги до 3-х років: фрукти	65%
9	Переваги до 3-х років: диня та кавун	13%
10	Переваги до 3-х років: кисло-молочні продукти	30%
11	Переваги наразі: шоколад, шоколадні цукерки	52%
12	Надають перевагу морозиву	18%
13	Надають перевагу ягодам (полуниця, малина, чорниця, лохина)	22%

**Особливості харчування дітей
молодшого шкільного віку зі
спектром аутистичних
порушень**



Більшість дітей не мають розладів харчування, але всі демонструють постійність у їжі.

Рис. 2.7. Загальні показники харчування дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

У більшості дітей зі спектром аутистичних порушень молодшого шкільного віку (57%) спостерігається сформований рівень навичок самообслуговування, що проявляються у самостійному прийомі їжі, одяганні та роздяганні, користуванні туалетом, купанні та чищенні зубів. Педагоги також зазначили, що ці діти в школі вміють самостійно витирати ніс хустинкою, носять із собою вологі та сухі серветки, можуть наточити олівець, а також складати та діставати шкільне приладдя з портфелю.

Щодо сенсорних порушень у даної категорії дітей, було встановлено наступне: 13% дітей заслоняють очі руками, 4% махають руками перед очима, не виявлено дітей, які часто мружаться та крутять предметами перед очима. Усі діти реагують на звукові подразники, 35% дітей повертаються в напрямку джерела звуку, закривають вуха, коли чують голосні звуки 17% дітей, жодна дитина не прислухається до різних звуків або не любить специфічні звуки.

За словами батьків, їх діти можуть уникати запаху паленого листа, смаженої цибулі, різких запахів та солодких парфумів. Зазвичай, вдягати

рукавички така дитина дозволяє лише батькам. Потискування та масаж рук не подобається більшості дітей (78%). Ходити босоніж по підлозі діти не люблять, а шкарпетки вдягають самостійно. Ходити навшпиньки діти не практикують. Майже всі діти проявляють прихильність до рідних, люблять притискатися та обійматися з батьками, тіткою, бабусею та дідусем. Водночас масажі та погладжування викликають у них дискомфорт.

Більшість дітей (56%) ходять стригти волосся до перукарні, решта дітей дозволяють стригти їх лише батькам. Шапку носять усі діти, губи не кусають, не притискають губи руками (див. табл. 2.9 та на рис. 2.8).

Таблиця 2.9

Характеристика сенсорних порушень у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

№	Сенсорні порушення	Відсоток
1	Візуальні реакції: заслоняють очі руками	12%
2	Візуальні реакції: махають руками перед очима	4%

Продовження табл. 2.9

3	Візуальні реакції: часто мружаться або крутять предмети перед очима	0%
4	Реакція на звукові подразники	100%
5	Повертаються до джерела звуку	35%
6	Закривають вуха при голосних звуках	17%
7	Прислухаються до різних звуків / люблять специфічні звуки	0%
8	Уникають потискування та масаж рук	78%
9	Уникають стрижки волосся	44%
10	Кусання або притискання губ руками	0%

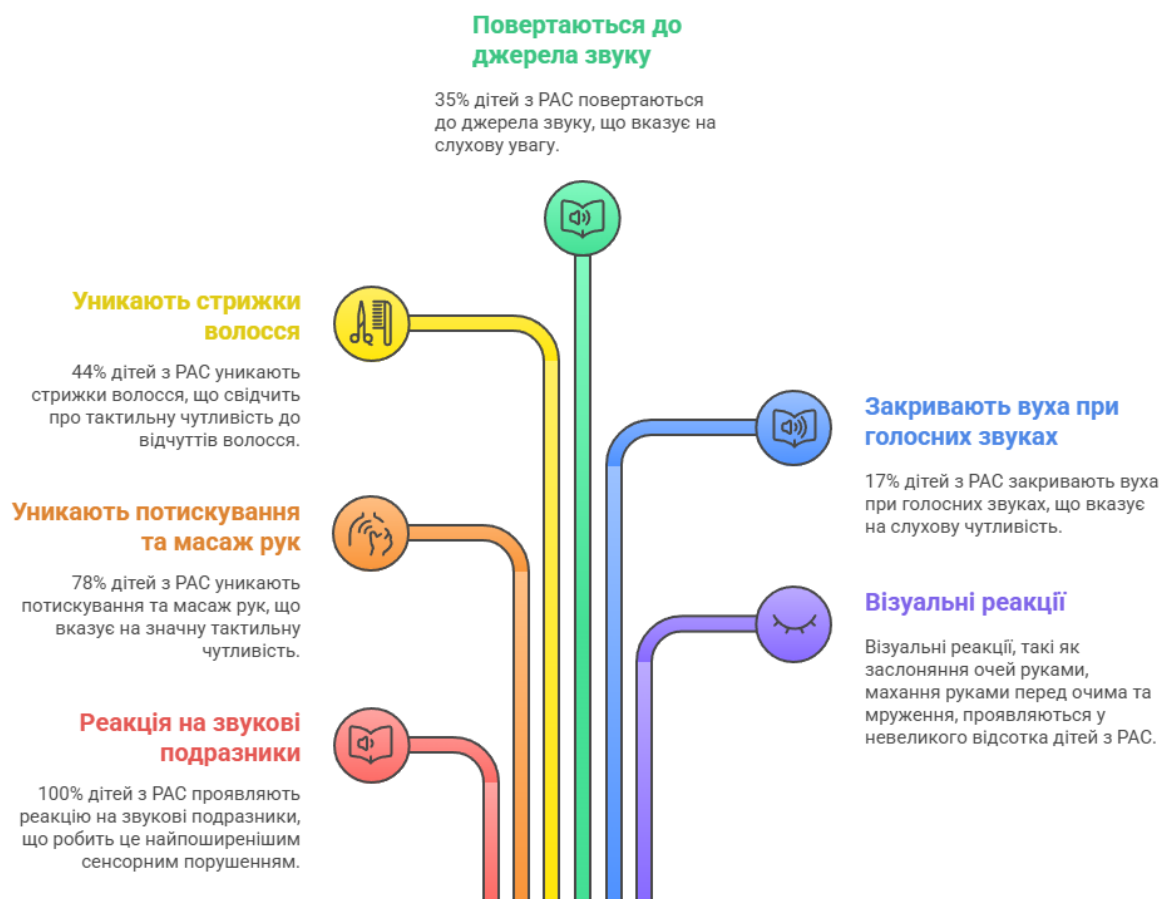


Рис. 2.8. Основні сенсорні порушення у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

До 3-х років 83% дітей забавлялися тим, що обіймали матусь, дивились у вікно чи телевізор. Після 3-х років така ж більшість дітей розважалась, дивлячись телевізор, причому, за словами батьків, це музичні канали. На даний момент, 43% дітей бавляться іграшками, решта не грається. Гра у дітей

проста та однотипна, більшість дітей (74%) люблять гратись на комп'ютері, 14% дітей бавляться в тематичні ігри. Половина дітей розуміють правила гри та прибирають речі на місце, коли завершили гру. Батьки цієї категорії дітей відзначили, що їхні діти проявляють стійку потребу в порядку та демонструють негативну реакцію на переміщення предметів із звичних місць, відмінних від тих, де вони були спочатку розташовані. Казки люблять слухати 26% дітей, а 43% дітей надають перевагу перегляду телевізора. Інтерес до оточуючих більша частина дітей не проявляє, а контакти з ровесниками жодна дитина не ініціює (див. табл. 2.10 та на рис. 2.9).

Таблиця 2.10

Активність дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень за віковими періодами

Віковий період	Активність	Відсоток дітей
До 3-х років	Обіймають матусь, дивляться у вікно або телевізор	83%
Після 3-х років	Дивляться телевізор (переважно музичні канали)	83%
Молодший шкільний вік	Бавляться іграшками	43%
	Не граються	57%
	Грають на комп'ютері	74%
	Бавляться в тематичні ігри	14%
	Усвідомлюють правила гри та прибирають речі після гри	52%
	Люблять слухати казки	26%
	Надають перевагу перегляду телевізора	43%



Рис. 2.9. Активність дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень за віковими періодами

Домінуючим настроєм дитини у більшості (91%) є замкнутість, зосередженість на чомусь одному. Роздратованість буває лише у 9% дітей, та доволі рідко. Раптові напади злості інколи проявляють 4% дітей. Раптові напади плачу, згідно анкетування, бувають у 9% дітей. Адекватність емоцій спостерігається у 65% дітей. За словами батьків, у їх дітей зміна настрою протягом дня залежить від обставин. Почуття гумору, більшість дітей 91% не мають. Емпатія присутня у 61% дітей.

До 3-х років, деякі батьки зазначили, що у дітей були прояви агресивної поведінки. Діти могли кричати, битися, кусатися та дряпатися. На сьогодні, майже всі батьки вказали, що прояви агресивної поведінки значно зменшилися. Прояви стереотипної поведінки у дітей до трьох років відзначили 48% батьків, тоді як на сьогоднішній день, за їхніми словами, стереотипна поведінка спостерігається у 22% дітей (див. табл. 2.11 та на рис. 2.10).

Таблиця 2.11

Особливості поведінки дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Показник / Віковий період	Відсоток дітей
Домінуючий настрій (замкнутість, зосередженість)	91%
Роздратованість	9%
Раптові напади злості	4%
Раптові напади плачу	9%
Адекватність емоцій	65%
Зміна настрою (залежність від обставин)	91%
Почуття гумору	9%
Емпатія	61%
Стереотипна поведінка до 3-х років	48%
Стереотипна поведінка на сьогодні	22%

Поведінкові особливості дітей з РАС



Рис. 2.10. Особливості поведінки дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Таким чином, опитування батьків дозволило нам детально з'ясувати період розвитку дитини від народження до сьогодення. Визначити поведінку дитини, вподобання, реакції та сенсорний розвиток до 3-х років та після 3-х років.

Ознайомимося тепер з результатами спостереження за дитиною.

Велика моторика та зорово-рухова координація.

67 % дітей самостійно та впевнено долають перешкоди, такі як: повзання та рачкування тунелем, «ходіння по камінню». Кидати, ловити та цілити м'яч можуть лише 30% дітей, іншим складно зосередитися та виконати ці рухові дії. Стрибки на обох ногах, одній нозі вдалося виконати лише малій частині дітей (26%), адже більшість дітей 65% просто відмовились виконувати дане завдання. Стрибки в довжину також викликали негативну реакцію у дітей, і більшість (78%) з них відмовились виконувати інструкцію. Катання на велосипеді, роликах чи гра в бадмінтон зацікавила лише 22% дітей, які і впорались із цим на різному рівні (див. табл. 2.12 та рис. 2.11).

Таблиця 2.12

**Оцінка великої моторики та зорово-рухової координації дітей
молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень**

Тестові завдання	Результати виконання завдань дітьми
Подолання перешкод (повзання, рачкування тунелем, «ходіння по камінню»)	67%
Кидання, ловіння та прицілювання м'ячем	30%
Стрибки на обох ногах, одній нозі	26% (65% відмовилися)
Стрибки в довжину	Викликали негативну реакцію, більшість дітей відмовилися
Катання на велосипеді, роликах, гра в бадмінтон	Лише 22% дітей зацікавилися і впорались на різному рівні

Результати виконання тестових завдань дітьми з РАС

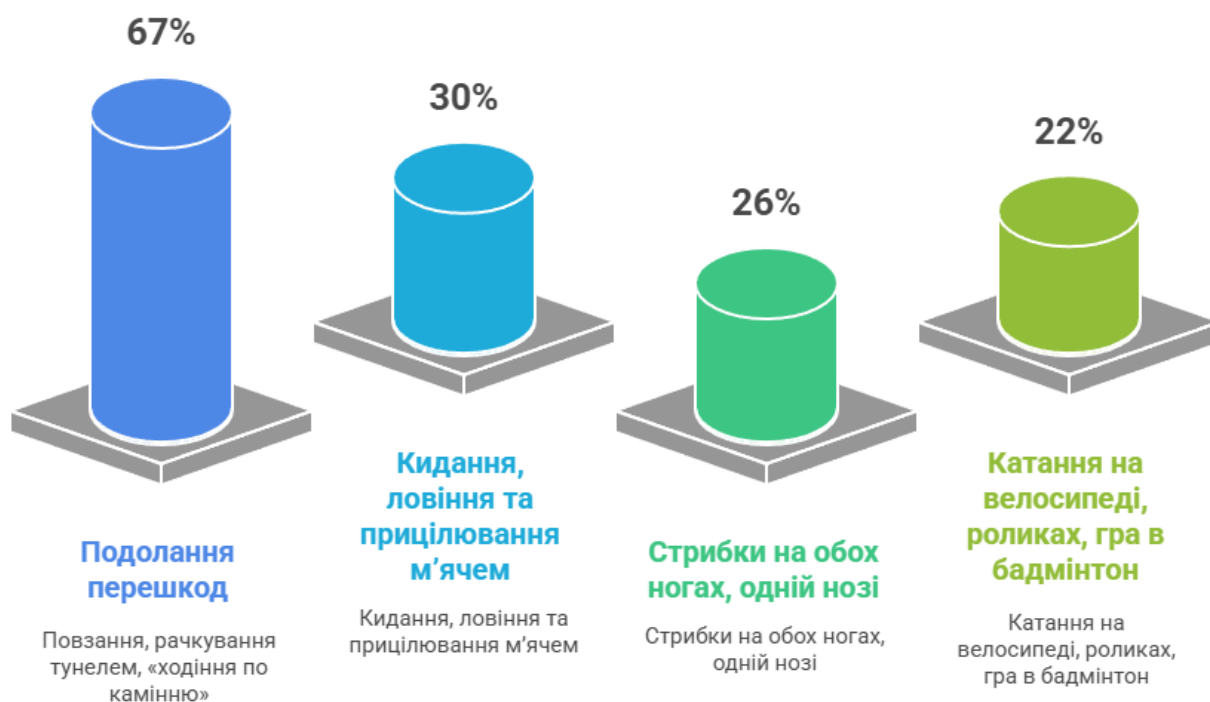


Рис. 2.11. Оцінка великої моторики та зорово-рухової координації дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Рівновага.

Гойдання за руки або ноги у ковдрі викликало негативну реакцію та відторгнення у дітей даної категорії: 87% дітей відмовилися навіть спробувати виконати цю дію, а ті, хто все ж її виконали, залишилися незадоволеними. Натомість гойдання в комп'ютерному кріслі всі діти без винятку сприйняли спокійно і з позитивними емоціями. Водночас у 52% дітей спостерігалися прояви незадоволення, пов'язані з тим, що крісло відрізнялося від домашнього – мало іншу форму, розташування та конструкцію спинки, до яких дитина була звикла. Проте слід зауважити, що діти почувалися комфортно в кріслі, знали його, самостійно сідали, вставали, рухалися та регулювали положення під себе.

Латералізація.

Щодо визначення провідної руки/ноги, та інших частин тіла, то тут результати розділилися. Так, ведуче око у молодших школярів зі спектром

аутистичних порушень, у 39% ліве, у решти 61% праве. Ведучим вухом у 26% дітей є ліве, у решти праве. Права рука є ведучою у 44% дітей, у решти ведучою є ліва рука. Ведуча нога у 52% дітей є права, у решти дітей ліва (див. табл. 2.13 та рис. 2.12).

Таблиця 2.13

Показники латералізації у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Показники латералізації	Ліве	Праве
Ведуче око	39%	61%
Ведуче вухо	26%	74%
Ведуча рука	56%	44%
Ведуча нога	48%	52%

Показники латералізації у дітей молодшого шкільного віку з РАС

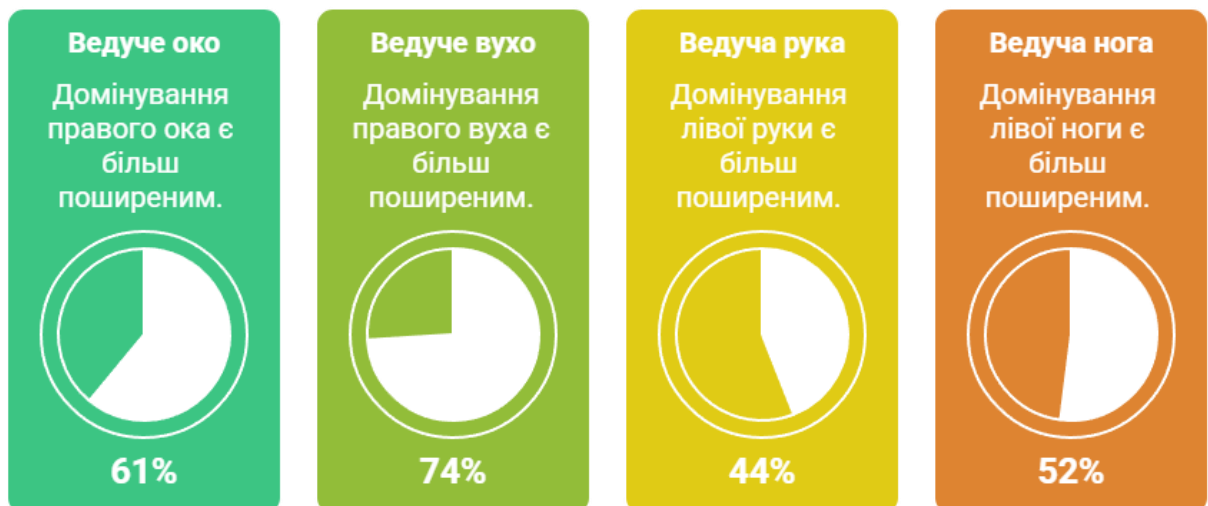


Рис. 2.12. Показники латералізації у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Реакція на слух.

Зазначимо, що під час дослідження лише 26% дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень прискіпливо та ретельно шукали джерела звуку в кабінеті, при чому як далеких, прихованих, так і близьких, відкритих. Більшість дітей 57% чудово розпізнають звук тварин (пес, корова, качка, коза), звуки погодних явищ (вітер, дощ, грім, шелест листя, хруст снігу), музичних інструментів, тощо. Реакція на стукання предметами у більшості дітей (65%) була не задовільна. Діти або відвертались, та намагались закрити вуха долонями, або починали шукати очима матусю, або кликати її, деякі взагалі вставали та йшли. Але для 35% дітей цей гамір взагалі не викликав ніякої реакції, окрім погляду, після якого діти починали робити звичні для них справи. 52% дітей розуміють та виконують завдання, які надає педагог. Звісно вони потребують додаткового пояснення, допомоги, мотивації, стимулювання та ін. Інша частина дітей (48%) не розуміють та не виконують самостійно завдання. Постійно потребують допомоги педагога, який більшість завдань робить за дитину (див. табл. 2.14 та рис. 2.13).

Таблиця 2.14

**Аналіз слухових реакцій і поведінкових характеристик у дітей
молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень за
основними показниками**

Показники реакції на слух	Результати (%)	Особливості поведінки
Пошук джерела звуку	26%	Знаходять джерела звуку (далекі, приховані та близькі)
Розпізнавання звуків тварин, природи, музичних інструментів	57%	Добре ідентифікують звуки
Реакція на звук (незадовільна)	65%	Закривають вуха, кличуть матір, відходять
Реакція на звук (байдужа)	35%	Лише короткий погляд, після чого займаються своїм
Виконують інструкцію педагога	52%	Виконують із додатковими

		поясненнями та підтримкою
Не виконують інструкцію педагога	48%	Не розуміють інструкцій, потребують постійної допомоги педагога



Рис. 2.13. Аналіз слухових реакцій і поведінкових характеристик у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень за основними показниками

Зорові реакції.

65% дітей реагують на ліхтарик. Поглядом вони рухаються за світлом від ліхтарика. Під час заняття в кабінеті, у дощову погоду, при ввімкненні світла, деякі діти починають жмуритися, закривати очі долоньками, опускати голову на стіл, закривати голову руками. Через декілька хвилин дитина приймає звичну позу, та починає реагувати на педагога. Більшість дітей 78% чудово розпізнають кольори. З них 35% не можуть вимовити назву кольорів, але коли педагог просить показати чи взяти й малювати конкретним кольором олівець, то дитина чи показує на необхідний колір, чи бере олівець та малює. Ми виявили, що у 78% дітей присутнє прискіпливе ставлення до охайності як власної, так і власних речей, в тому числі і олівців. Ці діти дістають спеціальний пенал з олівцями, розкладають їх за розміром або за кольоровою гамою. Стороннім чіпати, брати аби помалювати чи перекласти хоча б один олівець в інший бік не можна. Дитина досить емоційно починає реагувати (може кричати, плакати, проявляти агресію). Досить добре діти реагують на складанки картинок чи пазлів. Деякі діти потребують допомоги педагога, але загалом діють спокійно, зосереджено та зацікавлено. Книга ж не привертає уваги з дітей зі спектром аутистичних порушень. Лише 26% дітей проявляли цікавість до нової книги, ілюстрацій у книзі, гортали її сторінки, дивились та показували знайомі їм предмети педагогові. Решта навіть не проявила інтерес, та не відволіклась від заняття, яке вона робила, аби подивитися книгу (див. табл. 2.15).

Чуттєві реакції.

65% дітей спокійно реагують на дотик. Торкаючись їх руки, вони можуть у відповідь торкнутися вашої. Та спокійно продовжити працювати. Решта (35%) дітей на дотик реагують негативно. Можуть прибрати руку, крикнути, вдарити по руці. Реакція на легке потискування, наприклад рук при зустрічі, у 57% дітей добра. У відповідь діти тиснуть руку, посміхаються чи вітають. Міцний масаж у 43% дітей викликає позитивні емоції. Ми вважаємо, що це може бути пов'язано із тим, що ці діти давно ходять на такий масаж до фахівця, або з тим, що батьки систематично продовжують

проводити відповідні процедури вдома, що сприяє розумінню дитиною необхідності таких дій. Решта дітей негативно сприймають масаж, або бавляться, або вередують (див. табл. 2.15 та рис. 2.14).

Таблиця 2.15

Показники зорових реакцій та поведінкові особливості дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Показники зорових реакцій	Результати (%)	Особливості поведінки
Реакція на ліхтарик	65%	Слідкують поглядом за світлом
Розпізнавання кольорів	78%	Добре ідентифікують кольори; 35% не можуть назвати, але правильно показують/вибирають
Охайність та порядок (олівці, речі)	78%	Розкладають предмети за кольорами/розміром, не дозволяють іншим торкатись; можуть проявляти емоційну реакцію (крик, плач, агресія)
Реакція на книгу	26%	Виявляють цікавість, перегортають, розглядають ілюстрації
Відсутність інтересу до книги	74%	Не відволікаються від своєї діяльності, не реагують на книгу

Зорові реакції дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

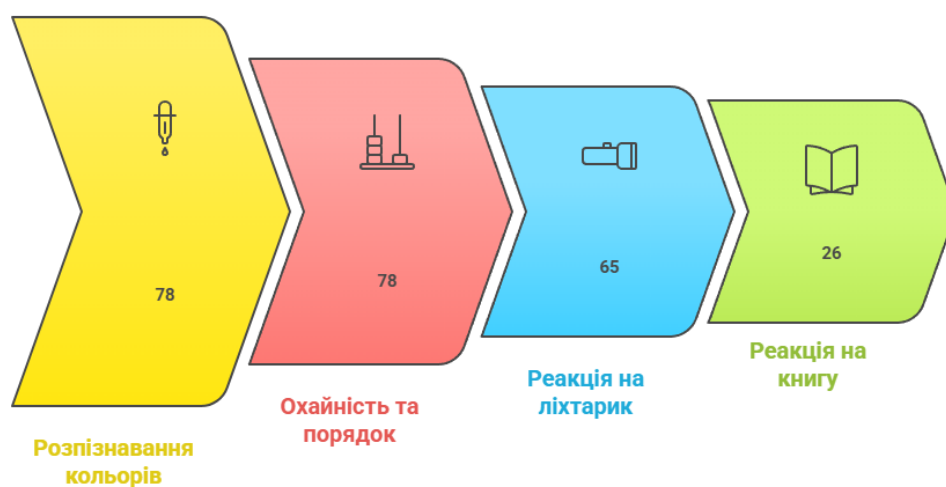


Рис. 2.14. Показники зорових реакцій та поведінкові особливості дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Або бавляться, або вередують. Заняття з пластиліном, фарбами та крупами викликають у дітей даної категорії двоякі почуття. 43% дітей із задоволенням займаються ліпленням, фарбують та виготовляють картини з круп. 26% дітей негативно сприймають такий вид діяльності. Ці діти не ліплять, не малюють, не виготовляють поробки. І 30% дітей, із задоволенням малюють, але не виготовляють поробки з круп та неохоче ліплять з пластиліну (див. табл. 2.16).

Таблиця 2.16

Аналіз позитивних і негативних тактильних реакцій за видами чуттєвого стимулювання у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Вид чуттєвої реакції	Позитивна реакція	Негативна реакція
Реакція на дотик	65% – спокійно реагують, можуть відповісти дотиком, продовжують працювати	35% – прибирають руку, кричать, вдаряють
Легке потискування рук	57% – тиснуть руку у відповідь, посміхаються,	43% – не реагують або уникають контакту

(привітання)	вітають	
Міцний масаж	43% – позитивні емоції (звикли до масажу у фахівця або вдома)	57% – негативне ставлення (вередують, бавляться)
Заняття з пластиліном, фарбами, крупами	43% – із задоволенням виконують усі види діяльності	26% – взагалі не беруть участь (не ліплять, не малюють, не виготовляють поробки)

Аналіз тактильних реакцій у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом

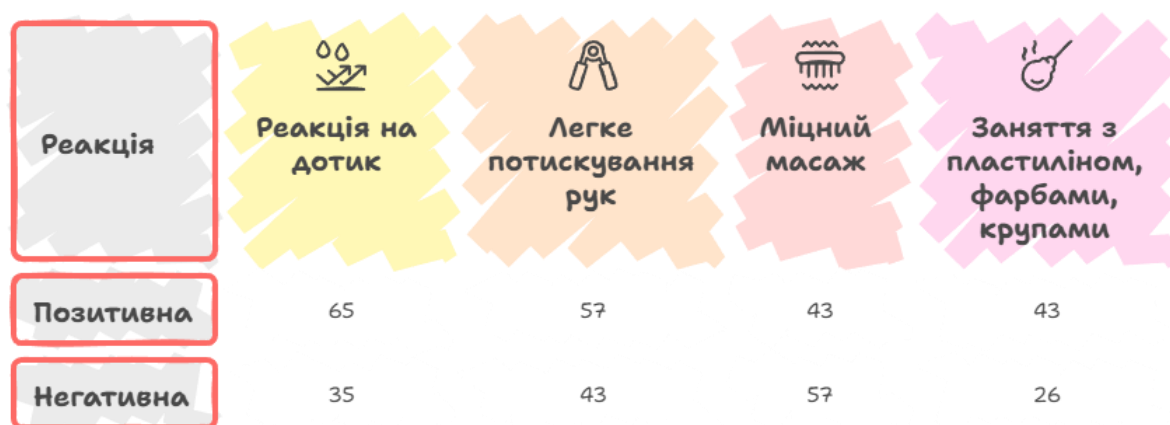


Рис. 2.15. Аналіз позитивних і негативних тактильних реакцій за видами чуттєвого стимулювання у дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень

Мануальні здібності.

Конструкція з кубиків, великого конструктора у 80% дітей викликає зацікавленість. По-перше, такі заняття це і розвиток моторики рук, це і емоційна сфера (вивчення чи повторення кольорів, розмірів), дотиків, сенсорне сприйняття. Діти залюбки конструюють різні поробки. Однак, варто зазначити, що це стосується лише великих конструкторів, ЛЕГО, на жаль, не викликає захоплення у дітей даної категорії. Також, більшість дітей (78%) вміють користуватися шкільним приладдям. Так, ці діти знають для чого потрібна ручка, олівці, точилка, ластик, пенал, зошит, підручник, дощечка для ліплення пластиліном, різні трафарети, та ін. Також вони знають для чого потрібен портфель, ретельно складають туди власні речі. Знають та

застосовують за призначенням вологі й сухі серветки. Самостійно одягаються й роздягаються, взуваються, перевзуваються. Знають як та користуються туалетом, раковиною, можуть включити й вимкнути світло в класі, полити квіти. Під час малювання майже всі діти тримають олівець правильно, однак це не впливає на графічний рівень малюнка. Малюнок має простий характер, а рівень виконання у всіх дітей різний. Абстрактні малюнки, природа й різні дитячі малюнки цього віку, даній категорії дітей не доступні.

Пізнавальні здібності.

32% дітей вміють класифікувати та знаходити відмінності. Наприклад, можуть класифікувати фрукти, овочі, ягоди, зелений колір та усі відтінки зеленого в одну групу. У решти дітей відчутні проблеми із цими завданнями. Зіставлення предмета і назви для всіх дітей не викликала труднощів, проте спостерігались певні особливості. Наприклад, якщо це предмет, назву якого діти добре знають, то зіставлення назви й самого предмета було легким для дітей, а якщо діти не часто зустрічаються з якимось предметом та й назву його чули рідко, то такі завдання викликали труднощі.

Для більшості дітей розуміння причинно-наслідкових зв'язків було досить складним, що пов'язано з недостатнім усвідомленням ними наслідків власних вчинків. Вони можуть вкусити чи вдарити і далі робити те, чим займалися до цього, не реагуючи на ознаки болі іншої людини.

Учні 1 та 2 класу слабо знають цифри та літери. Абетку знають не всі, а цифри більшість дітей знає лише до 5. Діти 3 та 4 класів краще обізнані в абетці та цифрах. Майже всі діти знають абетку та рахують до 10. Навички читання сформовано не в усіх дітей. Так, лише 48% дітей можуть повільно, із помилками читати, і це здебільшого учні 3 та 4 класів.

Мовлення.

Вимова, артикуляція та вокалізація у більшості учнів перебуває на середньому та низькому рівні. Діти або повільно розмовляють, знають дуже мало слів, артикуляцію не застосовують, або навпаки дуже активно

артикулюють (таких усього 5%). Однак всі діти дуже добре розуміють прості речення, звернення до них. Не всі розуміють складні речення.

Таким чином, спостереження за дітьми молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень продемонстрували нам реальний стан розвитку та особливостей розвитку і поведінки даної категорії дітей.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЯ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ЗАСОБАМИ ІГРОВОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Програма корекції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігрової терапії

Нами була розроблена програма з метою корекції поведінки за допомогою ігротерапії. Ця програма становить собою набір ігор, об'єднаних у два цикли і спрямованих на зменшення рівня тривожності, корекцію поведінки дітей з РАС[44].

Перший цикл включає ігри, головна мета яких – зниження тривожності, розвиток у дитини з РАС впевненості в собі та вдосконалення навичок самоконтролю.

Другий цикл включає ігри, ключова мета яких – допомогти дитині з РАС усвідомити власні почуття, переживання та оволодіти новими ефективними соціально прийнятними стратегіями поведінки.

Кожне заняття може включати як одну гру, як представлено в програмі, так і поєднання кількох ігор на розсуд корекційного педагога. Для проведення занять потрібне окреме облаштоване приміщення, бажано розташоване подалі від музично-спортивного залу та інших джерел підвищеного шуму.

Перший цикл.

Заняття 1. «Гра з малюнками».

Заняття 2. «Рвати папір».

Заняття 3. «Гра з секундоміром».

Урок 4. «Уявіть, що ви можете це зробити».

Заняття 5. «Гра з глиною (тістом, пластиліном)».

Заняття 6. «Чарівний килим».

Сесія 7. «Приховані проблеми».

Другий цикл.

Урок 8. «Емоції».

Урок 9. «Світ почуттів».

Урок 10. «Керована візуалізація».

Урок 11. «Складання розповідей з предметами».

Урок 12. «Будівництво».

Урок 13. «Фотоальбом».

ПЕРШИЙ ЦИКЛ.

«Гра в малюнок»

Перша зустріч із корекційним педагогом, як правило, викликає у дітей занепокоєння або підсилює наявне відчуття тривоги. «Гра в малюнок» дозволяє знизити рівень тривожності дитини та підвищити ефективність подальшої роботи.

На початку гри корекційний педагог дитини запитує, чи грав він коли-небудь в малювання, і одночасно починає малювати і коментувати. Зі словами: «Намалюємо будиночок», малює квадрат, а в ньому два менші квадрати (вікна) і посередині прямокутник (двері).

«У цьому будинку жив хлопчик (або дівчинка).» Після педагог звертається до дитини: «Як звали того хлопчика (або дівчинку)?» Якщо дитина не може відповісти, педагог сам називає ім'я і просить дитину підтвердити вибір. Наприклад, використаємо ім'я Сашко.

«Сашко жив разом із батьками у будинку. Одного разу вони подарували йому цуценя». Фахівець звертається до дитини: «Як Сашко назвав свого цуценя?». Дитина може запропонувати ім'я. Якщо ні, педагог може дати підказку. "Назвемо його Рекс. Одного разу Сашко прийшов із садка і не знайшов Рекса вдома. Він вийшов на вулицю шукати собаку". Педагог проводить на малюнку пряму лінію від дверей вниз і запитує: «Як ти думаєш, чи знайшов Сашко там свого пса?». Якщо дитина відповідає «ні» або мовчить, фахівець продовжує розповідь. Якщо ж дитина каже «так», фахівець відповідає: «Коли Сашко наблизився до собаки, він помітив, що вона лише нагадує Рекса, але насправді це не він». Потім педагог продовжує розповідь: «Сашко не припиняв шукати Рекса». Корекційний педагог малює кілька ліній, які в результаті утворюють зображення чотирьох лап, після чого каже: «Сашко пригадав, що Рекс любить гуляти в парку, і вирушив туди». У цьому випадку лінію малюють трохи вище, потім у бік, щоб вона нагадувала хвіст. "Сашко ходив парком, але так і не знайшов Рекса. Потім він пішов додому". Тут можна запитати дитину про настрій Сашка, як швидко він повертався додому і що робив по дорозі. Педагог проводить горизонтальну лінію зліва, яка з'єднує парк (хвіст) і будиночок (голову собаки), утворюючи малюнок, що нагадує собаку. Потім фахівець запитує: «Що сталося з нашим малюнком?» Якщо дитина дає відповідь, педагог розпочинає з нею діалог. Якщо вона мовчить, корекційний педагог сам пояснює, що малюнок перетворився на собаку. Після цього можна запропонувати дитині намалювати собаку самостійно. Така гра допомагає дитині знизити рівень тривожності у дитини та сприяє налагодженню позитивних взаємин між дитиною і фахівцем [13].

«Рвати папір»

Ця гра допомагає зняти напругу, дає можливість дитині виразити емоції та зменшити стан тривожності у дітей [14].

Для її проведення необхідно мати старі газети або будь-який інший непотрібний папір. Спочатку, без пояснення правил, корекційний педагог

може просто запропонувати дитині порвати папір. Потім сам бере газету, рве її на шматки та кидає до центру кімнати, зазначаючи, що розмір шматків не має значення. Якщо дитина одразу не бере участь у грі, її не слід примушувати. Педагог може стояти спиною до дитини, роблячи вигляд, що не звертає увагу на нього. Зазвичай, діти поступово доєднуються до гри. Коли у центрі кімнати накопичується велика кількість паперу, педагог пропонує дитині погратися зі шматочками, енергійно підкидаючи і розкидаючи їх по кімнаті.

«Гра в секундомір»

Ця гра проводиться для того, щоб дитина вчилася самоконтролю. Завдяки цьому дитина буде більш мотивована контролювати свої реакції та зможе відчувати задоволення від результату дії [30].

Для гри вам знадобляться секундоміри, жетони, приладдя для малювання, кубики. Дитині доведеться виконати одне з двох завдань: побудувати вежу з кубиків або розфарбувати картинку, створену за шаблоном.

Корекційний педагог запускає гру на секундомір і каже: «Зараз я дам тобі десять фішок. Ось кубики. Ти маєш побудувати вежу за 10 хвилин. Якщо відволіктися, то не встигнеш. У той же час, щоразу, коли ти відволікаєшся, починаєш говорити, ставити мені запитання або робити щось інше, ти даєш мені один жетон. Якщо ти виконаєш завдання за 10 хвилин, я дам тобі ще 10 жетонів, коли ти назбираєш 30 жетонів і отримаєш приз». Гра ускладнюється тим, що після кількох занять (коли дитина навчиться не відволікатися) педагог свідомо відволікає дитину під час виконання завдання. Йому наказано не звертати уваги на фахівця. Подальші можливі ускладнення гри пов'язані з подовженням часу виконання завдання на 5 хвилин.

«Уявіть, що ви можете це зробити»

Вправи служать розвитку впевненості дитини в собі. Дитину просять не просто щось зробити, а уявити, що вона може це зробити, і показати. Наприклад, якщо ви попросите дитину зав'язати шнурки, вона може

відмовитися. У цій справі корекційний педагог пропонує йому уявити, що він може зав'язати шнурки, і показує, як це зробити.

В уявній ігровій ситуації дитина почувається вільніше і не боїться невдач. Причому в цьому випадку для дитини цінніший сам процес самостійної дії, ніж її результат.

«Гра з глиною (тістом, пластиліном)»

Для організації гри слід підготувати пластичний матеріал (глина, тісто, пластилін), комплект форм, що дозволяє відобразити різні емоційно значущі теми, скалку, а також різноманітні малюнки та предмети для рукоділля (зубочистки, олівці, камінчики, пір'я, палі, молоток, пластиковий ніж тощо).

Спочатку дитині надається можливість ознайомитися з властивостями матеріалу та погратися з ним. При цьому корекційний педагог також може брати участь у грі з матеріалом. Як правило, на початковому етапі дитина деякий час досліджує матеріал і предмети, вивчаючи їх властивості, може спостерігати за реакцією педагога. Далі вона переходить до основного етапу роботи – створення певних образів. Оскільки кожна дитина працює з матеріалом індивідуально, педагог має бути чутливими і уважним, щоб своєчасно втрутитися в процес дитячої творчості.

Діти можуть працювати з матеріалом двома основними способами:

1. Створення індивідуальних символічних образів.
2. Виготовлення набору фігурок або малюнків, які використовуються для рольових ігор.

Ця діяльність допомагає дитині знизити тривожність, а також зменшити емоційне і фізичне напруження [44].

«Чарівний килим»

Гра спрямована на зняття напруги, скутості та зниження тривожності дитини.

Для гри потрібен невеликий легкий килимок, який дитина легко пересуває, але разом з тим може розміститися на ньому сидячи або лежачи.

Корекційний педагог пропонує дитині килим і каже, що це не звичайний килим, а чарівний, і на даний момент він перетворився на дім (лікарня, ясла, ліжечко та ін., в залежності від проблеми дитини)). Потім фахівець пропонує пограти на цьому килимі, а сам включається в гру, взявши на себе роль мами (вихователя або іншої особи, в залежності від проблеми дитини).

«Приховані проблеми»

Більшість тривожних дітей схильні тримати свої тривожні почуття при собі. Ця гра дозволить дитині висловити свої почуття, знизить тривожність і підготує до ігор другого циклу.

Для гри вам знадобиться порожня ємність з кришкою (ящик, ящик), маркери і папір. Корекційний педагог робить отвір у кришці, щоб вставити невеликий листок. Потім дитині пропонують зобразити те, що її хвилює або лякає, розповісти про це, а потім покласти цю проблему в «коробку» – тобто, умовно приховати її. Якщо дитина ще не вміє добре малювати або не хоче цього робити, можна запропонувати їй усно описати свої переживання, після чого подути на чистий аркуш паперу (таким чином дитина передає свою проблему) і «сховати» його в «поштову скриньку».

Після завершення вправи можна обговорити з дитиною, що вона бажає зробити з тим, що знаходиться в коробці. Якщо їй складно визначитися, корекційний педагог може запропонувати варіанти: наприклад, викинути, порвати, зім'яти тощо.

ДРУГИЙ ЦИКЛ.

«Емоції»

Основна ціль гри полягає в тому, щоб допомогти дитині висловити емоції і навчитися пов'язувати свої емоційні стани з візуальними образами [44].

Для цієї гри корекційному педагогу необхідно заздалегідь підготувати кубики з намальованими на гранях зображеннями різних почуттів (радість, сум, гнів, веселощі, образа тощо).

На початковому етапі фахівець разом з дитиною розглядає кубики і називає відповідні емоції. Потім він пропонує їй показати кубик і назвати зображене на ньому почуття. Важливо, що дитина може інтерпретувати малюнок по-своєму – не обов'язково точно вгадувати заплановану емоцію.

Далі фахівець пропонує дитині збудувати вежу або будинок із кубиків. Дитина має взяти будь-який кубик, назвати почуття, зображене на ньому, і використати його для конструкції.

Гра ускладняється тим, що дитина не просто називає емоцію на кубіку, а й розповідає про випадок із свого життя, коли вона переживала (або могла б пережити) такі самі почуття.

«Світ почуттів»

Ця гра допомагає дитині встановити безпечну дистанцію, необхідну для вербального вираження своїх емоцій. Участь у грі сприяє ослабленню педагогічних захисних механізмів і в умовах ігрової взаємодії дає можливість дитині словесно описати свої переживання. Окрім того, гра допомагає дитині реагувати на почуття, які вона усвідомлює, але поки не може висловити словами.

Під час гри корекційний педагог має знаходитися на одному рівні з дитиною – або за столом, або сидячи на підлозі. Для гри потрібен набір з 8 аркушів паперу розміром 10x15 см, маркер і стаканчик для фішок. Фішками можуть слугувати кришки від пляшок, саморобні кружечки, вирізані з картону або гральні фішки.

На початку гри дитина називає всі відомі їй почуття. У цей час педагог образно відображає ці емоції за допомогою малюнків на аркуші паперу (наприклад, радість – у вигляді посмішки, сум – у вигляді сліз тощо). Фахівець в першу чергу намагається з'ясувати ті відчуття, які пов'язані з наявним у дитини розладом. Якщо важко висловити почуття вербально,

корекційний педагог може запропонувати дитині варіанти. Після того, як усі 8 аркушів будуть заповнені, корекційний педагог розміщує їх перед дитиною. Потім корекційний педагог розповідає історію, розставляючи жетони на тих картинках, які відображають його власні почуття. Завдання можна ускладнити, якщо для вираження інтенсивності та сили почуття використати лексеми: чим сильніше почуття, тим більше слів розміщено в одній картинці.

Дитина сама розповідає наступні історії, а фахівець розміщує жетони на відповідних малюнках. Якщо зображень для вираження почуттів замало, їх можна доповнити новими. Ця гра є особливо корисною в роботі з тривожними дітьми, адже допомагає виявити причини, що викликають тривогу у дитини.

«Керована візуалізація».

Ця гра заснована на методі релаксації. Застосовуючи цю гру в роботі з дітьми, спочатку потрібно використовувати вправи, які сприяють концентрації уваги в стані розслаблення, а потім викликати у дитини зорові образи.

Використовуючи цей підхід, дитина навчається контролювати свої тілесні відчуття, за умови, її здатності виконувати послідовні прості інструкції та не чинить опору процесу розслаблення [54].

Дитині пропонується сісти в спеціальне зручне крісло або в ліжечко. Потім дитині пропонується по черзі зосередитися на кожній групі м'язів – ногах, руках, тілі та обличчі, по черзі їх напружуючи і розслабляючи. Наприкінці досягається загальне розслаблення всіх м'язів. Хоча глибоке м'язове розслаблення сприяє ефективній керованій візуалізації, на початкових етапах або при роботі з маленькими дітьми, яким складно довго залишатися нерухомими, достатньо просто виконати вправи для концентрації уваги на різних м'язових групах. Дитина має навчитися досягати розслаблення з відкритими очима, що допоможе їй активізувати уяву навіть у середовищі, де важко зануритися в глибоку релаксацію.

«Створення історій за допомогою предметів»

Ця гра допомагає дитині зрозуміти свої власні почуття та побачити, як її вчинки впливають на різні ситуації.

Для гри підготуйте п'ять-шість різних предметів. Розкладіть їх перед дитиною і попросіть придумати повчальну та цікаву історію про один із них. Потім дитина вибирає предмет і придумує про нього історію. Під час розповіді корекційний педагог аналізує, з яким персонажем асоціює себе дитина, які емоції та вчинки вона йому надає. Після цього фахівець переповідає дитячу історію власними словами.

Основна мета дитячого твору та його переказу педагогом – дати дитині можливість зрозуміти свої почуття та усвідомити наслідки своїх дій.

«Будівництво»

Завдяки цій грі допоможе дитина зможе опанувати навички вираження своїх емоцій як за допомогою мовлення, так і через невербальні засоби.

Для гри вам потрібні кубики, які використовуються як будівельний матеріал. Корекційний педагог пояснює дитині, що вони разом будуватимуть будинок (паркан, вежу тощо). Але перед тим, як покласти кубик, потрібно сказати дитині, що його найбільше дратує. Тільки після цього він може поставити свій куб. Потім те саме робить педагог. Наступного разу дитина може сказати, що їй найбільше подобається, потім що її тішить, що засмучує, чого боїться і т. п.

«Фотоальбом»

Ця гра дозволяє дитині без стресу усвідомити свої почуття щодо певних подій і важливих для неї осіб, а також сприяє вираженню цих почуттів.

Для проведення гри потрібно попросити батьків підготувати і принести сімейні фотографії, на яких добре видно близьких родичів дитини, а також, за можливості, зображення життєвих ситуацій, що показують різні аспекти життя дитини. Крім того, вам знадобляться ножиці, клей, фломастери, папір та скотч.

Фотографії розкладають на підлозі так, щоб їх можна було добре роздивитися. Потім фахівець ставить дитині запитання про людей, зображених на цих світлинах. Потім визначаються фотографії, які дитина з якихось причин не сприймає або вони їй не подобаються. Корекційний педагог запитує у неї, що йому в них не подобається, і заохочує дитину діяти на свій розсуд: розфарбовувати картинки, вирізати з них зображення людей, які не подобаються, або приклеювати тих, хто йому подобається і т. п. Якщо дитина не має достатніх навичок для таких дій, педагог надає їй допомогу у редагуванні фотографій. Відредаговані знімки зберігають в спеціальному «фотоальбомі».

Подібну гру можна провести кілька разів під час корекції, щоб простежити, чи зміниться ставлення дитини до близьких родичів. Достатнім інформаційним матеріалом можуть служити і конвертовані фотографії. З дозволу дитини цей «фотоальбом» можна показати батькам.

Досить простою та ефективною є застосування ігор – де застосовується простий, щоденний матеріал. Наприклад,

Ігри з крупами. Дош, гра.

Ця гра визначається властивостями матеріалу – дрібними розмірами, характерними звуками, що виникають під час падіння, а також особливими тактильними відчуттями при перебиранні в руках. Існує велика ймовірність того, що дитина розсипе крупу. Розуміння цієї особливості допомагає заздалегідь підготуватися: оберіть підходяще місце для гри з крупою, а коли сенсорна гра переходить в корекційну, одразу супроводжуйте дії дитини словами, наприклад: «Ой, пішов дощик!» (гречка, рис), «Ой! Почався град!» (Горох, квасоля). Під час проведення такої гри існує ризик, що дитина буде наполягати на використанні крупи тільки в тій якості, що сподобалася їй. У кожному випадку слід приймати рішення щодо найбільш доцільної тактики дій:

- дозволити кидати крупу, влаштувавши знайому гру;
- деякий час не використовувати крупи в іграх;

– надавати різноманітні способи використання. Наприклад, пропонувати крупу в дуже невеликих кількостях, щоб "погодувати пташок". Можна взяти пакетик з невеликою кількістю круп з собою на прогулянку, щоб погодувати справжніх птахів.

Ігри з ватою

Вата – дуже ніжний і приємний на дотик матеріал. Ви використовуєте вату для гри в лікарню або сенсорні ігри. Вата може чинити на дитину корекційний вплив. Пам'ятаючи про те, що дитина може захотіти чіпати її, рвати, кидати, тому шматком непресованої вати, і коли дитина затіє гру, зариватися в неї, підготуйтеся заздалегідь – запасіться великим запропонуйте їй весь обсяг матеріалу.

– Сніг іде.

Відривайте разом з дитиною невеликі шматочки вати, підкидайте їх угору, промовляючи: «Сніг іде». Спостерігайте за тим, як сніг падає, і подуйте на нього, щоб він повільніше падав.

– Сніжки.

З маленьких шматків вати формуйте руками «сніжки», і, говорячи: «Давай грати в сніжки», кидаєте їх один в одного.

– Зміни.

Дитина занурюється у великі грудки вати, а дорослий допомагає їй «сховатися в кучугурі». Також можна разом з дитиною заховати в «кучугурі» улюблену іграшку.

– Снігова фортеця.

Потім, коли гострота відчуттів, що переживаються дитиною в ході гри, стане спадати, запропонуйте подальший розвиток сюжету гри. Для цього можна задіяти у грі різноманітні іграшки. Зробіть ведмедику «сніговий барліг», а лялькам побудуйте «снігову фортецю».

Ігри з кубиками, деталями конструктора та коробками

Під час гри дитина може раптом підбігти до коробки з кубиками і перекинути її або підкинути ємність з дрібними деталями конструктора,

насолоджуючись звуками, що лунають при падінні. Саме в цей момент варто організувати гру.

– Салют.

Разом із дитиною підкидайте дрібні деталі конструктора, кульки або намистинки. Потім збирайте їх у коробку і, якщо дитина забажає, відновіть гру – «салют триває».

– Землетрус.

Якщо дитина починає підкидати більші предмети, такі як кубики чи коробочки, можна назвати це «землетрусом». При цьому важливо забезпечити безпеку, щоб підкидалися лише легкі і безпечні предмети. Якщо дитина сильно збуджується і починає кидати предмети з надмірною силою, варто перейти до стереотипної гри на заспокоєння.

– Сміття

Візьміть велику картонну коробку і разом «скидайте» до неї різні непотрібні речі – коробочки, пластикові пляшечки, ганчірочки – промовляючи: «Викидаємо сміття!»

При цьому потрібно використовувати тільки безпечні предмети, які не мають гострих кутів і не розбиваються.

Ігри з невеликими подушками, рушниками, мотузками, коробками (перетягування, підкидання, легкі удари).

Діти з РАС мають таку особливість: вони можуть завдавати собі ударів, найчастіше по голові. Причина такої поведінки можуть бути пов'язані з самоагресією або самостимуляцією [30]. У таких випадках варто запропонувати гру. Зазвичай діти швидко включаються до неї, особливо якщо гра вже знайома їм з попередніх занять. Це дає змогу контролювати силу ударів і спрямувати дитину з агресивної поведінки на активність у грі.

– Хто сильніше.

У цій грі дорослий пропонує дитині схопитися за один кінець мотузки, а сам починає тягнути за інший, промовляючи: «Віддай! Віддай!». Дитина

вступає в гру і тягне мотузку у відповідь. Аналогічно можна грати з подушкою або рушником.

– Бій подушками.

Для гри будуть потрібні маленькі м'які подушки. Обмінюйтеся подушечками, вигукуючи переможні кличі. Можна «битися» подушками, намагаючись влучати в різні частини тіла один одного.

– Вибиваємо пил.

Показуйте дитині приклад, ритмічно б'ючи руками по подушці (будь-якого зручного розміру) та промовляючи: «Давай вибивати пил із подушки – ось так, ось так!»

– Дитячий футбол.

Діти люблять кидати речі на підлогу та штовхати їх ногами. Намагайтеся дати дитині уявлення про те, що не можна чинити так з усіма речами поспіль. Наприклад, неприпустимо штовхати по підлозі мамину сумочку або фен. Поясніть це і словами, і на практиці. Сказавши: «Це не можна!», Якщо дитина схопила невідповідну річ, тут же запропонуйте йому адекватніший замінник. Проведіть гру у «футбол», використовуючи замість м'яча подушку, порожню коробку від соку або пластикову пляшку. Грати можна руками та ногами, подушку (коробку, пляшку) можна штовхати, кидати, забирати.

– Падаюча вежа.

З великих і маленьких подушок будується вежа, на яку дитина з криками застрибує. Башта будується такої висоти, щоб стрибок був безпечним для дитини.

– Штурм фортеці.

З подушок, ковдр, порожніх коробок будуємо «фортецю», збираючи всі предмети в одну купу. Потім із криками: «Бабах! Стріляємо по фортеці!» кидаємо у «фортецю» м'ячі. Гра продовжується, поки купа не розлетиться на шматки.

Ігри зі старими газетами чи журналами

– Птахи летять

Журнал чи газета, підкинуті в повітря, видають характерний шелесткий звук, а спостерігати за їхнім «польотом» дуже захопливо. Запропонуйте дитині разом пограти в «птахів, що летять»: підкидайте в повітря газети або журнали. Можна взяти в кожную руку по аркуші газети і гасати по кімнаті, змахуючи руками, зображуючи птаха, що летить.

При цьому дайте дитині зрозуміти, що такі дії неприпустимі щодо книг, а також нових журналів та газет. Як завжди, пояснюйте це на практиці: не забороняйте йому цю гру, а виділіть непотрібні журнали та газети і покладіть їх у визначене місце і поясніть дитині, що з ними вона може чинити як їй заманеться.

– Паперова битва.

Приготуйте «снаряди» – зімніть сторінки непотрібних газет або журналів. Битва починається: з криками: «Ось тобі!» кидайте один в одного грудки паперу. Наприкінці такої гри зберіть «снаряди» у коробку чи пакет.

– Паперовий листопад.

У цій грі можна порвати сторінки газет і журналів на шматки, а потім підкидати оберемки паперу вгору зі словами: «Листя кружляють і падають!» Наприкінці гри обов'язково організуйте «прибирання листя».

Ігри з водою

Такі ігри зазвичай починаються як спокійні сенсорні дослідження, але можуть швидко перерости в бурхливу активність – дитина з захопленням розбризкує воду, грається з мильними бульбашками або з цікавістю досліджує, що станеться, якщо вилити всю рідину з ємності. Такі експерименти – природний етап розвитку та пізнання. Необхідно створити безпечний простір для таких ігор та постійно контролювати процес[30].

Вже з опису ігор стає зрозумілим, що їх проведення виявиться для корекційного педагога (або педагога) непростю справою, яка вимагатиме терпіння, витримки, постійного контролю за ходом гри та страховки дитини.

І, мабуть, головною складністю стане контроль за емоціями дитини, адекватністю їхнього прояву.

Не завжди вдається вигадати соціально прийнятне пояснення діям аутистичної дитини. Наприклад, малюк одержимий бажанням викидати у вікно іграшку та предмети або кидає на кахельну підлогу скляні банки та лампочки, підкидає вгору важкий молоток, який зачіпає люстру. Такі дії дитини небезпечні як для оточуючих, так і для неї самої. Як же чинити в подібних випадках? Порадимо діяти за обстановкою, шукати вихід, виходячи з особливостей цієї конкретної ситуації. Але для початку постарайтеся виключити провокуючі моменти, наприклад, сховайте потенційно небезпечні предмети (молотки, голки, скляні лампочки та ін.) у недоступне для дитини місце. Звичайно, все передбачити неможливо, тим більше що діти часто мають різочу інтуїцію і знаходять заховані речі в будь-якому місці. Якщо поведінка дитини під час гри вийшла за межі допустимої, переключіть її на стереотипну гру.

Проведення такої корекційної роботи дає такі результати:

- Під час корекційно-педагогічних ігор дитина, використовуючи допомогу дорослого, може позбутися негативних емоцій, поступово її емоційне тло нормалізується і в цілому стає більш позитивним. У такій роботі ми виходимо з припущення, що у міру нейтралізації накопичених дитиною негативних емоцій проведення корекційних ігор стане менш напруженим, а потреба в їх проведенні буде рідшою.

- У ході таких ігор виходять на поверхню, тим самим виявляються глибинні емоції, у тому числі страхи. Це дозволяє розпочати роботу з їхнього подолання.

- Підтвердження правильності ваших дій – реакція дитини: вона потребує вашої допомоги та вдячна за підтримку. Це проявляється в тому, що на наступних заняттях дитина сама пропонує пограти в одну з таких ігор – наприклад, простягає подушку зі словами: «Віддай!» А якщо ви раптово

припините брати участь у грі, швидше за все дитина зупиниться та почне шукати вас очима.

Проведення формувального експерименту, що передбачав реалізацію розробленої Програми корекції поведінки дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігротерапії, дозволило оцінити її ефективність та зафіксувати позитивну динаміку у розвитку досліджуваних. Застосування ігрових методів, зокрема сюжетно-рольових, сенсорних ігор, а також елементів арт-терапії (робота з піском, водою, глиною та пластиліном), забезпечило комплексний вплив на ключові сфери порушень у дітей з РАС, підтверджуючи досягнення поставлених корекційних цілей.

Отримані результати формувального експерименту свідчать про те, що реалізація Програми корекції засобами ігротерапії забезпечила значну позитивну динаміку у розвитку дітей з РАС, що відображено у таблицях 3.1 та 3.2, а також на рисунках 3.1 та 3.2.

Таблиця 3.1.

Узагальнений порівняльний аналіз показників поведінки до та після корекції (за частотою прояву)

№	Категорія змін / Показник	Рівень прояву до корекції (%)	Рівень прояву після корекції (%)	Ефективність / Динаміка змін (%)
I. Зниження негативних та деструктивних проявів				
1	Негативна реакція на фізичну стимуляцію	83	25	Покращення на 58%
2	Агресивна або емоційно	70	20	Покращення на 50%

	пригнічена поведінка під час контакту			
3	Прояви стереотипної поведінки	22	8	Покращення на 14%
4	Домінуючий настрій (замкнутість, зосередженість на одному)	91	45	Покращення на 46%
II. Формування внутрішніх регулятивних навичок				
5	Не виконують самостійно інструкцію педагога	48	18	Покращення на 30%
6	Відсутність самостійного долаття перешкод	78	35	Покращення на 43%
III. Розвиток соціально-емоційних та комунікативних навичок				
7	Не проявляють ініціативи у спілкуванні з однолітками / Уникають контактів	83	35	Покращення на 48%

Продовження табл. 3.1

8	Не грають у сюжетно-рольову гру	70	35	Покращення на 35%
9	Відсутність усвідомлення почуттів / почуття гумору	91	55	Покращення на 36%
10	Не реагують на звернення / Не ініціюють контакт з фахівцем	83	35	Покращення на 48%



Рис. 3.1. Узагальнений порівняльний аналіз показників поведінки до та після корекції (за частотою прояву)

Таблиця 3.2.

**Якісна оцінка ефективності корекційної роботи методом
спостереження до та після корекції**

№	Критерій спостереження	Рівень прояву до корекції	Рівень прояву після корекції	Ефективність
I. Зменшення деструктивних проявів				
1	Рівень тривожності та	Високий	Середній	Зниження.

	напруги			Зменшення реакції на сенсорні подразники.
2	Прояви агресії та аутоагресії (частота/інтенсивність)	Середній	Низький	Зниження. Використання альтернативних способів вираження емоцій (арт-терапія).
3	Стереотипні/монотонні дії (частота/інтенсивність)	Середній	Низький	Зниження. Збільшення варіативності ігрової діяльності.
4	Негативна реакція на зміни середовища/рутини	Часто	Іноді	Зниження. Покращення адаптації до нових умов.
5	Активний негативізм / Відмова від співпраці	Високий	Середній	Зниження. Формування позитивної взаємодії з фахівцем.
II. Формування внутрішніх регулятивних навичок				

Продовження табл. 3.2

6	Здатність до самоконтролю / Не відволікається під час завдання	Слабкий	Середній	Покращення. Здатність утримувати увагу та завершувати прості завдання.
7	Впевненість та ініціатива у грі / самостійна дія	Відсутня	Слабкий	Покращення. Поява елементів самостійної ініціативи у знайомій

				ігровій ситуації.
III. Розвиток соціально-емоційних та комунікативних навичок				
8	Здатність усвідомлювати та виражати власні емоції	Слабкий	Середній	Покращення. Дитина починає ідентифікувати базові емоції (радість, злість).
9	Адекватність емоційної реакції на оточення	Слабкий	Середній	Покращення. Зменшення неадекватних реакцій на звернення чи прохання.
10	Ініціатива соціальної взаємодії (з фахівцем/однолітками)	Відсутня	Слабкий	Покращення. З'являються поодинокі спроби ініціювати контакт з фахівцем.
11	Розуміння причинно- наслідкових зв'язків своїх вчинків	Слабке	Середнє	Покращення. Здатність передбачати прості наслідки своїх дій у грі.

Ефективність корекції поведінки: від незначного до значного покращення

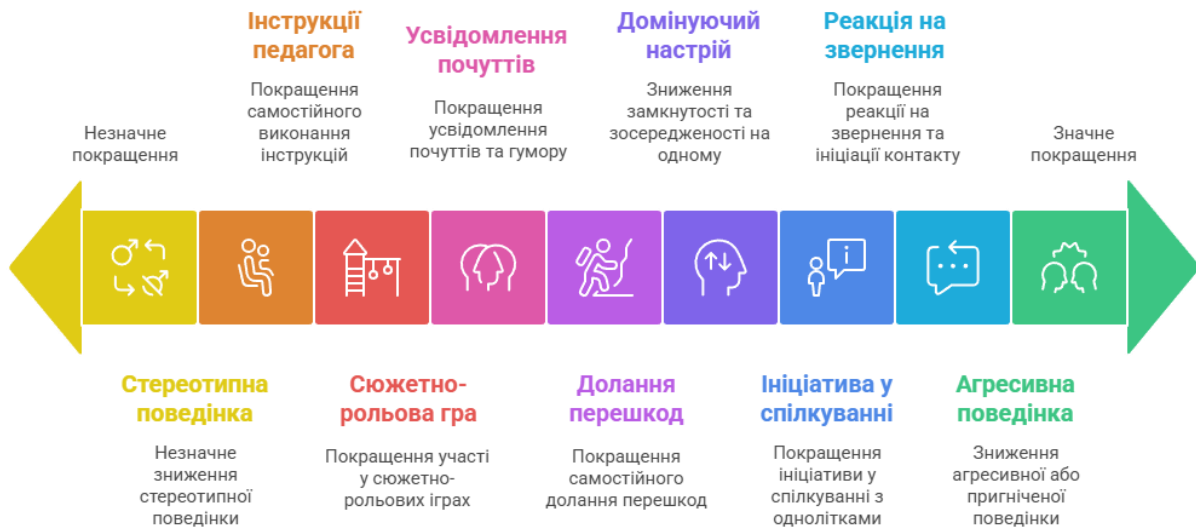


Рис.3.2. Оцінка ефективності корекційної роботи методом спостереження до та після корекції

Отримані результати свідчать про те, що реалізація програми ігротерапії забезпечила значний прогрес, особливо у сфері зниження негативних та деструктивних проявів. Зокрема, відсоток дітей, які демонструють негативну реакцію на фізичну стимуляцію (Показник 1), суттєво зменшився. Також зафіксовано зменшення проявів агресивної або емоційно пригніченої поведінки під час тілесного контакту (Показник 2), що безпосередньо корелює з досягненням цілі щодо зниження рівня тривожності та зняття напруги.

Крім того, відзначено позитивні зміни у розвитку самоконтролю та навчальних навичок. Зменшення кількості дітей, які не виконують самостійно інструкції педагога (Показник 5), та підвищення їхньої здатності до самостійного долаття перешкод (Показник 6) підтверджує ефективність ігрових вправ, спрямованих на формування цілеспрямованої поведінки та розвиток впевненості у собі.

Найбільш значущі зміни, що стосуються соціально-емоційних та комунікативних навичок, проявилися у встановленні контакту дитини з фахівцем та налагодженні позитивних взаємин (Показник 10). Зменшення

кількості дітей, які уникають контактів та не проявляють ініціативи у спілкуванні (Показник 7), а також тих, хто не здатний до сюжетно-рольової гри (Показник 8), вказує на те, що ігротерапія дозволила опанувати нові, ефективні соціально прийнятні стратегії поведінки та сприяла соціалізації дітей у суспільстві. Таким чином, результати формувального експерименту підтвердили, що ігротерапія є дієвим та адекватним засобом корекції поведінки та розвитку комунікативної сфери дітей з розладами аутистичного спектра.

3.2. Методичні рекомендації для корекційних педагогів щодо застосування ігрової терапії в корекційній роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра

Застосування арт-терапії та ігрової терапії з метою корекції поведінки дітей з РАС є найбільш популярними методами у роботі корекційних педагогів [54].

З метою корекції поведінки у дітей з РАС застосовують наступні методи ігротерапії [36, с. 33-34]:

1. Рольові ігри – у яких учасники імітують ситуації або ролі.
2. Сюжетні ігри – засновані на повторенні сюжету.
3. Карткові – допомагають дітям навчитися приймати рішення.
4. Ігри на дошці – дозволяють отримати навички вирішення конфліктів.
5. Ігри з м'ячем застосовуються для розвитку соціального спілкування.

Ігрова терапія зазвичай здійснюється за кілька сеансів, щоб повністю закріпити результат. Кожен вид терапії має свої особливості проведення.

На попередньому сеансі батьки мають обговорити з фахівцем проблему своєї дитини. Корекційний педагог визначає, який вид ігрової терапії варто

обрати у цьому випадку. Він підбирає ігровий сценарій та необхідні матеріали. Далі проводиться первинний сеанс за участю дитини, на якому:

1. Дитина знайомиться із середовищем ігрової кімнати. Корекційний педагог встановлює контакт з клієнтом.
2. Фахівець у ігровій формі опрацьовує з дитиною її переживання з реального життя. Корекційний педагог демонструє правильний алгоритм дій для вирішення проблемної ситуації.
3. Дитина навчається необхідній моделі поведінки. Вона набуває навичок регулювання своїх емоцій та дій.
4. Корекційний педагог закріплює результат з дитиною через повторення.

Що має знати педагог у ставленні до дитини:

- Будувати довірливі стосунки;
- Надавати великий ступінь свободи дій;
- Вміти розпізнавати почуття та бажання;
- Приймати та підтримувати рішення;
- Не знімати відповідальність за вчинки;
- Уникати критики та осудження.

Ігрова терапія зазвичай проводиться у спеціальній кімнаті. Приміщення має виглядати безпечно, тепло та затишно. У комфортній обстановці корекційний педагог у буде легше встановити зв'язок з дитиною.

Корекційний педагог підбирає особливі іграшки та матеріали відповідно до віку клієнта. Предмети, з якими буде грати дитина, мають надавати широкий простір для самовиразу та емоційних реакцій. Наприклад, лялькова родина дозволить розіграти сцену за участю родичів. Іграшки мають одразу привернути увагу та зацікавленість.

Іграшки для терапії розподіляють на три великі групи:

1. Іграшки з реального життя: ляльки, будинки, маріонетки, машини. За їх допомогою дитина демонструє кризи та конфлікти у своїй родині.

Наприклад, висловлює страх чи тривогу через розлучення батьків чи гнів через суперництво з братами та сестрами.

2. Іграшки для корекції агресії: солдати, гумова зброя та ножі, дикі тварини. Ще для цього підійде глина. Її можна інтенсивно м'яти, кидати, бити, рвати на шматки. За допомогою таких іграшок у дитини вдається виразити сильні негативні емоції.

3. Матеріали для творчого самовиразу та ослаблення емоцій: фарби, папір, кубики. Дитина точно відчуває задоволення від гри, тому що ці речі не обмежують її фантазію. Пісок та вода чудово підійдуть для замкнених чи сором'язливих дітей.

Ще однією методикою ігротерапії, яку можна застосовувати є ігри з використанням конструкційних іграшок, таких як Лего. Під час таких ігор діти можуть розвивати творче мислення, просторове уявлення та логічні навички. Крім того, з використанням конструкційних іграшок можуть допомогти дітям справлятися зі стресом та тривогою, так як такі ігри сприяють розслабленню та концентрації уваги.

Першим кроком у ігротерапії є повне прийняття особистості дитини. Що ж варто пам'ятати щодо цього поняття? Це:

- Поважне ставлення до бажань дошкільників;
- Недопущення насильницького примусу до гри;
- Дозування емоційного навантаження на дошкільника;
- Створення радісної ігрової атмосфери;
- Спостереження за самопочуттям дитини.

Ігротерапія має на меті виконання конкретних вимог в роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра:

1. Поступове залучення дитини в незнайому для неї гру, бажано спочатку дозволити поспостерігати з боку, як грають інші діти.
2. Рекомендується підбирати ігри без змагальних моментів.
3. Використовувати плавний перехід від одного виду гри до іншого, враховуючи ігровий досвід дитини.

4. Обговорювати з дитиною правила гри, для подолання тривожності.

5. Перед початком терапії необхідно встановити емоційний контакт між корекційним педагогом та дитиною.

6. Ігротерапію доцільно починати з виконання релаксаційних та дихальних вправ.

До прийомів розвивального впливу у грі з дітьми з РАС належать:

- Пауза допомагає уникнути виснаження, стимулює активність дитини;
- Повторювані дії. Допомагають зосередитись на грі;
- Включення мови у гру. Коментуємо простими словами. Зв'язуємо дію та слово. Режим діалогу – чекаємо на відповідь від дитини. Якщо у дитини є мовні проблеми, повторюємо її мовні реакції, стимулюємо мовну активність;
- Даємо вибір, це сприяє розвитку комунікативних навичок, ігрової ініціативи;
- Очікування. Вчимо в грі чекати. (Рахунок, чекаємо закінчення віршика тощо);
- Ігноруємо небажану поведінку та закріплюємо бажану (за допомогою заохочення, уваги, емоцій, описуємо дії дитини);
- Імітуємо дії дитини, приєднуємося до її заняття.

Нами було виділено декілька загальних рекомендацій із навчання ігровим навичкам дітей з розладами аутистичного спектра:

1. Як правило, найпростіше навчати навичок гри з дорослим і лише потім залучати ровесників. Дорослі більш передбачувані та менш вимогливі, ніж діти, саме з цієї причини дітям з аутизмом простіше грати та спілкуватися з дорослими, але вони уникають, б'ють чи відмовляються грати з іншими дітьми.

2. Найпростіше починати навчання ігровим навичкам із простими іграшками з причиною та наслідком, наприклад, з електронним піаніно або з

чортиком у коробці. Уникайте надто складних іграшок, а також іграшок, які вимагають уяви або роботи, наприклад, пазлів, фігурок, ляльок або пластиліну. Якщо у дитини немає ігрових навичок, а ви вручите їй пластилін, то, швидше за все, вона спробує її з'їсти.

3. Багато людей не розуміють цього, але обов'язковою умовою розвитку ігрових навичок є добрі навички імітації. Дитина, яка готує уявний обід або втішає «ляльку, що плаче» – це дитина, яка, швидше за все, спостерігала схожі дії в інших людей і тепер імітує їх.

4. Під час навчання ігровим навичкам вам треба моделювати прояви щастя та радості. Дитина спостерігає не лише за навичками гри, а й за вашим обличчям, тоном голосу та манерами. Додайте звукові ефекти, плескайте в долоні, смійтеся, посміхайтеся, говоріть смішним голосом, кричіть і скандуйте, коли граєте з дитиною.

5. Дуже важливо мінімізувати проблемну поведінку під час гри. Проведіть функціональний аналіз поведінки, щоб визначити функцію проблемної поведінки та розробити поведінковий план. Зведіть таку поведінку до мінімуму, перш ніж пробувати гру з однолітками.

6. Говоріть з дитиною під час гри. Типові діти зазвичай говорять, коли вони грають (навіть коли вони грають одні), тоді як діти з аутизмом зазвичай цього не роблять.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати теоретичного обґрунтування та дослідження корекції поведінки дітей з розладами аутистичного спектра засобами ігротерапії, можна зробити такі висновки:

1. Аналіз наукових поглядів на проблему вказує на те, що синдром аутистичних порушень пов'язаний із особливими порушеннями психічного розвитку дітей, які викликають стурбованість у їхніх близьких. Ця проблема досліджена не достатньо повно, та багато питань залишаються не розв'язаними, що ускладнює навчання, виховання та корекцію таких дітей. Існують різноманітні точки зору щодо походження та структуру аутизму.

2. Систематизація та узагальнення наукових досягнень дали підстави для з'ясування того, що поведінка дітей з розладами аутистичного спектра має низку характерних особливостей. Вони вирізняються своєрідністю реакцій, тривожністю, стереотипними діями, страхами та зосередженістю на собі.

Однією з важливих поведінкових рис є активний негативізм дитини, що проявляється у відмові співпрацювати з дорослими, уникати навчальних ситуацій та самостійної організації діяльності.

Отримані результати дослідження виявили, що серед дітей молодшого шкільного віку зі спектром аутистичних порушень поведінка має свої, характерні особливості. Нами було встановлено, що у дітей присутні особливості всіх компонентів розвитку пізнавальної діяльності, труднощі в моториці, мовленні, невербальній комунікації, сенсорному розвитку, соціальній взаємодії, є впадіння в харчуванні, смаку, нюху та їм притаманні прояви агресії, різні емоції, стереотипи, але варто зазначити, що

залежить це від ситуації, настрою дитини та ще багатьох факторів. Спостереження за дітьми підтвердило наявність труднощів у великій моториці, рівновазі, зорових реакціях, мануальних та пізнавальних здібностях, мовленні.

3. Відповідно до отриманих результатів дослідження, ми розробили програму корекції поведінки дітей з РАС за допомогою методів ігротерапії. Ця програма становить собою набір ігор, об'єднаних у два цикли і спрямована на зменшення рівня тривожності та корекцію поведінки дітей з РАС. Перший цикл ігор націлений на зниження тривожності, розвиток впевненості в собі та вдосконалення навичок самоконтролю, тоді як мета другого циклу допомагати дитині усвідомити власні почуття, переживання та оволодіти новими соціально прийнятними стратегіями поведінки.

4. Нами були розроблені методичні рекомендації з використання методів ігротерапії в корекційній роботі дітей з РАС. Рекомендовані методи ігротерапії включають рольові, сюжетні, карткові ігри, ігри на дошці та ігри з м'ячем. Процес корекції передбачає попередній сеанс з батьками для визначення виду терапії та підбору матеріалів, а також первинний сеанс з дитиною, що включає знайомство з ігровим середовищем, опрацювання переживань, навчання новій моделі поведінки та закріплення результату. Важливою є позиція педагога, що передбачає налагодження довірливих стосунків, надання свободи дій, розпізнавання почуттів, підтримку рішень та уникнення критики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршацька О.С. Психологічна допомога дитині раннього віку з аутизмом. *Дефектологія*. 2005. N2. С. 46-67
2. Аутичні діти. Корекція комунікативних навичок. URL: <http://osvita.ua/vnz/reports/psychology/9698/>
3. Багрій Ю. Т. Дитячий аутизм: монографія. К., 2009. 200 с.
4. Базима Н. В., Мороз О. В. Значення музикотерапії для розвитку мовлення дітей з аутичними розладами. *Розмовна терапія*. 2013. № 3. С. 3-8. <https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/9e436698-e5c2-4f78-a216-e793673ff8a3/content>
5. Вікарі Ст. У нас дитина з аутизмом. Допомога сім'ям із дітьми з аутизмом. Практичні рекомендації для батьків і педагогів. Х.: Ранок, ВГ Кенгуру, 2019. 112с.
6. Вісковатова Т. П. Ігровий метод у корекції пізнавальної діяльності в дітей із ДЦП в умовах санаторно-курортного лікування. -. 2007. Т. 2, вип. 11. С. 71–78. <https://repository.ldufk.edu.ua/server/api/core/bitstreams/fd08f076-68e2-4f97-aa1f-6673ca4d3056/content>
7. Галах Т. В. «Діагностика та корекція дітей з раннім дитячим аутизмом». Нетішин, 2016. 49 с.
8. Грабовська С.Л., Островська К.О. Узагальнення соціальних навичок у осіб з розладами аутистичного спектру. Соціальна адаптація дорослих з вадами розвитку: Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю (31 серпня – 1 вересня 2012 р.). Львів, 2012. С. 36–40.
9. Грабовська С. Л., Островська К.О. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям. Матеріали науково-

практичної конференції «Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення». Львів, 2009. с. 54–58.

10. Данілавічюте Є.А., Литовченко С.В. Стратегія навчання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник. за ред. А.А. Колупаєва. К.: Видавнича група «А.С.К.», 2012. 360 с. <https://share.google/t0b5P3OxiMUKr1Mfj>

11. Дефектологічний словник : навчальний посібник. За ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова. К.: М. П. Леся, 2011. 528 с.

12. Душка А. Л. Діагностика та корекція аутизму : метод. рекомендація Одеса: Астропринт, 2013. 45 с.

13. Зеленюк І. Реалізація методу ігротерапії, як засобу психокорекції та соціальної реабілітації для дітей з вагами психофізичного розвитку. *Науковий блог*. Національний університет «Острозька академія». № 18. 2014. С. 3-5. <https://naub.ua.edu.ua/realizatsiya-metodu-ihroterapiji-yak-zasobu-psyhokorektsiji-ta-sotsialnoji-reabilitatsiji-dlya-ditej-z-vadamy-psyhofizychnoho-rozvytku/>

14. Золотоверх В. Ігротерапія як засіб подолання порушень у дітей з особливостями психофізичного розвитку. *Дефектологія*. 2004. № 4. С. 18- 22.

15. Ігнат'єва О. Формування комунікативних навичок у дітей з розладами спектра аутизму в умовах інклюзивного навчання. Соціальне партнерство в інклюзивній освіті: акмеологічні принципи, сучасні реалії : зб.наук. працювати за матеріал. міжнар.наук.-практ.конф. (Ізмаїл: 15 квітня 2019 р.). Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2019. С. 47-51. <http://idgu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/1maket.pdf>

16. Кисельова Н. В. Особливості корекційно-педагогічного супроводу дітей з аутизмом раннього дитинства. *Таврійський вісник осередків*. № 4 (44), 2013. С.149-153.

17. Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям з гіперкінетичними розладами. І. А. Марценковський, В. С. Підкоритов, С. Є.

Казакова та ін. К.: МОЗ України, 2010. 33 с.
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0108282-10#Text>

18. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реальність і перспективи : моногр. К.: Саміт-Книга, 2009. 272 с. <https://j.twirpx.link/file/448149/>

19. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади. К.: Педагогічна думка, 2007. – 458 с.

20. Куценко Т. О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра. *Освіта осіб з особливими потребами*. 2013. № 4. С. 33–36. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=ooop_2013_4%282%29_26

21. Литвиненко С. А. Ігрова терапія як засіб психологічної допомоги. Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : зб. наук. пр. 2008. Вип. 41. С. 21–24. <http://repository.rshu.edu.ua/id/eprint/5369/1/%D0%9B%D0%B8%D1%82%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%A1.%D0%90.%2C%20%D0%AF%D0%BC%D0%BD%D0%B8%D1%86%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D0%92.%D0%9C..pdf>

22. Логінова І. П. До проблем формування невербальних засобів комунікативної діяльності дітей з розладами спектру аутизму. *Логопедія*. 2012. № 2. С. 163–168. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=logoped_2012_2_12

23. Лопатіна Г. О. Методичні основи системи спілкування за допомогою обміну картками. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац.

пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. Вип. 27. С. 110–113. http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Nchnpu_019_2014_27_24

24. Мамайчук І.І. Психологічна допомога дітям з проблемами в розвитку. К.: Мова, 2001. 220с.

25. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до послуг цільової програми для дітей з розладами аутичного спектру: методичні рекомендації. К., 2009. 46 с. <https://cwf.com.ua/images/stories/504/requirements-of-services-for-children-with-autism-spectrum-disorders-guidelines.pdf>

26. Навчання та виховання дітей з розладами спектру аутизму : методичний посібник / укл. : Л. О. Прядко. Суми: НВВ СОІППО, 2016. 60 с. <https://share.google/NT08JK61CKzMz5iHk>

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

28. Островська К. О., Дума Л. Б. Застосування музикотерапії в роботі з дітьми-аутистами. Актуальні проблеми навчання і виховання людини в інтегрованому освітньому середовищі: доп. міжнародної конф. Київ, 2008. С. 182–183.

29. Островська К. О., Качмарик Г. В. Особливості інтелекту дітей зі спектром аутичних розладів. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАНУ. 2012. Том XIV. Ч. 6. С. 350-357. https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/09/pzpp_2012_24_6_46.pdf

30. Островська К. О. Основи комплексної психопедагогічної допомоги дітям з аутизмом: Монографія. Львів: Тріада плюс, 2012. 520 с.

31. Психолого-педагогічна характеристика дітей з аутизмом. URL: https://stud.com.ua/46687/pedagogika/psihologo_pedagogichna_harakteristika_dit

32. Ранній дитячий аутизм: Навчально-методичний посібник. 2-ге вид., перероб. і доп. А. П. Чуприков, М. І. Вінник, Ю. Т. Багрій. Івано-Франківськ: Видавництво Івано-Франківської державної медичної академії, 2005. 48 с.
33. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. Львів: Колесо, 2009. 168 с.
34. Савчук Л. Нові підходи до надання освітніх та корекційних послуг дітям з особливими освітніми потребами. *Дефектолог.* № 5 (41). 2010. С. 6-9.
35. Сак Т.В. Психолого-педагогічні основи управління учбовою діяльністю учнів із затримкою психічного розвитку у школі інтенсивної педагогічної корекції. К.: Актуальна освіта, 2005. 246 с.
<https://j.twirpx.link/file/685216/>
36. Сєднєва В. О. Основи корекційної роботи з учнями з особливостями психофізичного розвитку : методичні рекомендації. Миколаїв: ОППО, 2011. 36 с. <https://share.google/3PHm5Hcb095OBjyIA>
37. Семеніна Ж.О., Голяченко А.О. Ігротерапія як засіб реабілітації дітей із затримкою рухового розвитку. *Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського. МОЗ України.* № 10. 2022. С. 28-30. <https://share.google/Z5FxBmVKNfZh5fkZD>
38. Синьов В. М., Шульженко Д. І. Особливості умов соціалізації дітей з аутичними розладами. *Науковий журнал НПУ М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб.наук. праць* К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. No 21. С. 251-256.
39. Скрипник Т.В. Підготовка дитини з розладами спектру аутизму до навчання в навчальному закладі. Київ: Альянт, 2019. 84 с.
40. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму. К.: Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.
41. Скрипник Т. В. Методика дослідження психічних процесів у дошкільників з аутизмом: методичні рекомендації. К.: Педагогічне мислення, 2008. 72 с.

42. Скрипник Т. В. Як підготувати дітей з аутизмом до інклюзивної освіти. Дошкільне виховання. 2018. № 10. С. 6–9.
<https://share.google/flLrBTHY2J9vpSfef>

43. Соколова Г. Б. Психокорекція емоційних порушень у дітей з особливими потребами засобами ігротерапії. Науковий часопис. Спеціальна психологія. 2015. № 19. С. 313-318.
<https://enpuirb.udu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/b4ffcdcb-742e-4c0f-a888-fd9da8dceb17/content>

44. Софій Н. З., Кузьменко В. І. Про сто один метод активного навчання. К.: Крок за кроком, 2003. 116 с.
<https://osvita.ua/school/method/1360/>

45. Тарасун В. В. Концепція розвитку, навчання та соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посібник для ВНЗ. В. В. Тарасун, Г. М. Хворова ; для наук, вид-во В. В. К. Тарасун: Наук. світ, 2004. 100 с.
<https://share.google/X8v9VZq0hNN3esgw4>

46. Тарасун В.В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації). Дефектологія, 2005, № 1.

47. Технологія психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі: навчально-наочний посібник. Видавництво К. ТОВ Плеяда, 2015. 56 с <https://share.google/9yULO527LEQMrlCaq>

48. Технологія психічної інтеграції дітей з аутизмом : у 2 т. / За ред.В.Бондаря, В.Засенка, В.Тарасун. Том II. Київ, 2006. 249 с.

49. Ткачова Л.М. Класифікація категорій дітей з порушеннями в розвитку. URL: <https://vseosvita.ua/library/klasifikacia-kategorij-ditej-z-porusennami-v-rozvitku-171487.html>

50. Хворова Г. М. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку дитини-аутиста. Дефектологія. 2008. № 3. С. 20-27.

51. Чаренцева О. О., Пономарьова Т. В. Особливості формування мовленнєвої сфери у дітей з розладами аутичного спектру. URL:

<https://naurok.com.ua/osoblivosti-stanovlennya-movlennevo-sferi-u-ditey-zrozladami-autichnogo-spektru-63553.html>

52. Чуприков А. П., Хворова Г. М. Розлади аутистичного спектру: медико-психолого-педагогічна допомога. Львів: М., 2012. 184 с.

53. Шеремет М. К Проблеми та перспективи спеціальної освіти: Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету: серія соціально-педагогічна. Вип. 7. Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В. С., 2007. С. 101–103.

54. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутичних розладів у дітей : моногр. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2009. 385 с.
<https://studfile.net/preview/7246703/>

55. Шульженко Д. І. Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутичними розладами : автореф. дисертації ... доктора психологічних наук: 19.00.08 - спеціальна психологія. К., 2010. 46 с.
<https://uacademic.info/download/file/0510U000772/aref.doc>

56. Шульженко Д. І. Співвідношення первинного і вторинного в структурі аутистичного розладу при полісенсорних дефектах Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки. Збірник наукових праць: Матеріали Міжнародного науково-практичного семінару зі сліпоглухоніми (17 березня 2006 р., м. Київ). К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2006. Вип.5. С. 19-25.

57. Autism: the facts/Simon Baron-Cohen and Patrick Bolton/ (Oxford medical publications) (The facts).Oxford University Press, 1993
https://books.google.com.ua/books?id=Q86EUAZM0b4C&pg=PA57&hl=uk&source=gb_s_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false

58. Tolak K, Sybilski A. Zespył Aspergera – autyzm łagodny czy odrębna jednostka chorobowa. Ped Pol 2007; 82(3): 233-8.
<https://share.google/Bf6O598t7M60VBQUx>

59. Ostrovska K. O. Peculiarities of social competence in children with different autistic levels. Journal of Education, Culture and Society. Wroclaw, 2013. №1. P.133 – 147. <https://share.google/A9aS48NzNp3j0KL0D>

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник СНАТ

Частина А: (опитування батьків)

№	Питання	Так	Ні
1.	Чи Ваша дитина любить, коли її гойдають, підкидують на колінах і т.д.?		
2.	Чи Ваша дитина цікавиться іншими дітьми?		
3.	Чи Ваша дитина любить лазити, наприклад, по сходах?		
4.	Чи Ваша дитина любить бавитися в хованки?		
5.	Чи Ваша дитина вдає коли-небудь, що робить Вам чай, використовуючи іграшковий посуд?		
6.	Чи Ваша дитина коли-небудь використовує свій вказівний палець, щоб показати, що вона про щось просить?		
7.	Чи Ваша дитина коли-небудь використовує свій вказівний палець, щоб показати Вам, що вона чимось зацікавлена?		
8.	Чи Ваша дитина може бавитися малими іграшками (машинками, кубиками), а не лише брати їх до рота, беззмістовно маніпулювати ними чи кидати ними об землю?		
9.	Чи Ваша дитина коли-небудь приносить Вам предмети, щоб Вам щось показати?		

Частина Б (спостереження особи, що досліджує):

№	Завдання / Питання	Так	Ні
1.	Чи нав'язувала дитина під час зустрічі з терапевтом контакт?		
2.	Приверніть увагу дитини, показуючи цікавий предмет і скажіть: "О, подивись! Це є (назва іграшки)". Зверніть увагу на вираз обличчя дитини.		
3.	Приверніть увагу дитини, а потім дайте їй маленьке горнятко та чайничок і скажіть: "Чи ти зумієш налити чай?" Чи імітує дитина, що наливає чай, п'є його і т.д.?		
4.	Скажіть дитині: "Де світло?" чи "Покажи мені світло". Чи покаже дитина вказівним пальцем на джерело світла?		
5.	Чи зуміє дитина побудувати вежу з кубиків (якщо так, то зі скількох)? Вкажіть число кубиків.		

Додаток Б

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ БАТЬКІВ

Ім'я та прізвище дитини _____

Дата народження _____

Вік дитини _____

Адреса _____

Контактний телефон _____

Причина звернення

_____Очікування

_____**Інформація про сім'ю**

Сім'я	Ім'я та прізвище	Рік народження	Місце праці
Мама			
Тато			
Брати/сестри			
Інші особи, що проживають зі			

сім'єю			
--------	--	--	--

СТРУКТУРА СІМ'Ї:

- повна сім'я
- розведені
- неформальний зв'язок
- діти з попередніх шлюбів
- Інше.....

Стан здоров'я членів родини:

Мама.....

.....

Тато.....

.....

Інші члени родини.....

.....

ВАГІТНІСТЬ:

Яка вагітність за порядком?.....

Яка дитина за порядком?.....

Стан здоров'я матері під час вагітності (отруєння, травми, інфекції, наркоз, застосування ліків, знеболювальні препарати).....

Резус-конфлікт:.....

Термін народження: а) передчасні роди; б) вчасні роди; в) відтерміновані роди.

Роди: а) природні; б) з допомогою; в) кесарів розтин.

Положення дитини при народженні:

Коли вперше Вас занепокоїв стан дитини?.....

Примітки:

ВЕЛИКА МОТОРИКА

Коли дитина почала:

- сидіти

- повзати
- рачкувати.....
- стояти.....
- ходити.....

Питання	До 3 років	Після 3 років
Чи дитина може самостійно долати перешкоди?	так ні	так ні
Чи катає м'яч?	так ні	так ні
Чи скаче на двох ногах?	так ні	так ні
Чи скаче на одній нозі?	так ні	так ні
Чи любить лазити, наприклад, по сходах?	так ні	так ні
Чи є прояви надрухливості (гіперактивності)?	так ні	так ні
Коли тримають дитину на руках вона слабка, безсила, негнучка, (так, ніби важка)	так ні	так ні

Примітки:

ДРІБНА МОТОРИКА

Питання	До 3 років	Після 3 років
Чи дитина маніпулює малими, дрібним предметами?	так ні	так ні
Ліпить із пластиліну?	так ні	так ні
Малює?	так ні	так ні

Примітки:

РОЗВИТОК МОВИ

Питання	Варіант
Плач важко інтерпретувати	так ні

Обмежене або незвичне гуління (вереск, крики)	так ні
Не використовує слова згідно з їх призначенням	так ні
Відсутня імітація звуків	так ні
Вживає займенник «я»	так ні
Ехолалія (автоматичне повторювання слів чи фраз співбесідника)	так ні
Плач важко інтерпретувати	так ні

ПАСИВНА МОВА

Питання	Варіант
Чи розуміє прості вказівки (принеси ручку)	так ні
Чи розуміє складні вказівки (піді в кімнату, візьми ручку і поклади її в сумку)	так ні
Чи реагує на розмови довколишніх	так ні

НЕВЕРБАЛЬНА КОМУНІКАЦІЯ

Питання	Варіант
Чи використовує дитина Вашу руку, коли хоче щось отримати, дістати, зробити, показати	так ні
Чи киває головою на «так» і «ні»	так ні
Чи використовує в розмові жести, міміку	так ні

Коли дитина почала говорити?

Примітки:

СОН

Питання	Варіант
Чи були колись проблеми зі сном?	так ні
Чи засинає самостійно?	так ні
Чи є якісь ритуали, пов'язані зі сном?	так ні
Чи прокидається дитина вночі (для чого)?	так ні

Чи буває дитина сонною впродовж дня?	так ні
--------------------------------------	--------

Тривалість сну протягом дня:.....

Чи вживає дитина заспокійливі, снодійні?

Примітки:

ХАРЧУВАННЯ

Чи мала дитина колись розлади харчування?.....

Питання	До 3 років	Після 3 років
Проблеми з апетитом	так ні	так ні
Чи є проблеми із жуванням їжі?	так ні	так ні
Чи домагається дитина солодощів?	так ні	так ні
Чи домагається дитина картоплі?	так ні	так ні
Чи домагається дитина хліба?	так ні	так ні
Чи домагається дитина молока (в будь-якому вигляді)?	так ні	так ні
Чи були проблеми із введенням нових страв у раціон харчування дитини?	так ні	так ні

Переваги в їжі (до 3 років): любить.....

не любить.....

Переваги в їжі (на даний момент): любить.....

не любить.....

Примітки:

САМООБСЛУГОВУВАННЯ

Питання	Варіант
Самостійно їсть	так ні
Самостійно вбирається	так ні
Самостійно розбирається	так ні

Самостійно обслуговує себе в туалеті	так ні
Самостійно купається, чистить зуби	так ні

Примітки:.....

СЕНСОРНІ ПОРУШЕННЯ

ЗІР

Питання	до 3 років	після 3 років
Затуляє очі руками	так ні	так ні
Часто мружиться	так ні	так ні
Махає руками перед очима	так ні	так ні
Крутить предметами перед очима	так ні	так ні

СЛУХ

Питання	до 3 років	після 3 років
Реагує на звукові подразники	так ні	так ні
Повертається в напрямку джерела звуку	так ні	так ні
Затуляє вуха (притискає вуха), коли чує голосні звуки	так ні	так ні
Прислухається до різних звуків (машина за вікном, трамвай...)	так ні	так ні
Любить специфічні звуки	так ні	так ні

НЮХ

Чи ваша дитина уникає певних запахів (яких?), чи, навпаки, любить прийнюватися до якихось запахів?

СМАК

Чи проявляє відразу або надмірну прив'язаність до конкретної їжі?

.....

Зоровий контакт (утримує контакт чи дивиться «наскрізь»?).....

Фізичний контакт (обійми, притуляння).....

Чи орієнтується в схемі власного тіла (показує частини свого тіла).....

.....

ДОЛОНІ

Питання	до 3 років	після 3 років
Дає вдягати рукавички	так ні	так ні
Подобається масаж рук, потискування	так ні	так ні

СТОПИ

Питання	до 3 років	після 3 років
Ходить боса по підлозі	так ні	так ні
Чи дає вдягнути шкарпетки?	так ні	так ні
Ходить на пальчиках	так ні	так ні

ПОВЕРХНЯ ЦІЛОГО ТІЛА

Питання	до 3 років	після 3 років
Подобається притулятися, притискатися (йдеться не лише про обійми, але й предмети, наприклад, міцно втискається в крісло...)	так ні	так ні
Уникає обіймів	так ні	так ні
Подобаються масажі, поглажування	так ні	так ні

ГОЛОВА/ОБЛИЧЧЯ

Питання	до 3 років	після 3 років
Чи дає обстригати волосся?	так ні	так ні

Чи носить шапку (тобто, чи дає собі вдягнути її на голову)	так ні	так ні
Кричить (утікає), коли гладять чи торкаються голови, обличчя	так ні	так ні

ГУБИ/РОТОВА ПОРОЖНИНА

Питання	Варіант
Кусає губи	так ні
Притискає губи руками	так ні
Бере предмети до рота	так ні

Примітки:

ГРА/СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ

Якою була гра дитини (до 3 років).....

Як забавляється дитина (на даний момент).....

Питання	Варіант
Бавиться іграшками згідно з їх призначенням	так ні
Гра проста та однотипна	так ні
Бавиться кубиками, конструкторами	так ні
Бавиться «на ніби» (ніби п'є з дитячого горнятка, в якому насправді нема нічого, гра «Дочки-Матері»)	так ні
Бавиться в тематичні ігри	так ні
Чи розуміє правила гри?	так ні
Чи складає свої речі після гри?	так ні
Чи любить слухати казки?	так ні
Чи дивиться телевізор?	так ні
Чи є проблеми з концентрацією уваги?	так ні
У перші місяці життя повертає голову і очі на звук, «проситься» на	так ні

руки	
Проявляє інтерес до оточення	так ні
Нав'язує контакти з ровесниками	так ні

Улюблена гра дитини.....

ЕМОЦІЇ Домінуючий настрій дитини.....

Чи часто дитина роздратована?.....

Чи має дитина раптові напади злості?.....

Чи трапляються в дитини раптові напади крику?.....

Чи має дитина раптові напади плачу?.....

Адекватність емоцій.....

Чи часто в дитини змінюється настрій протягом дня?так / ні

Чи має дитина почуття гумору?.....так / ні

Чи виявляє емпатію?.....так / ні

АГРЕСІЯ / АВТОАГРЕСІЯ

Чи помічали Ви прояви дитячої агресивної поведінки? У чому це виявлялося? (до 3 років).....

Чи простежується в дитини агресивна поведінка? У чому це виявляється? (на даний момент).....

Чи простежується в дитини автоагресія? (до 3 років).....

Чи простежується в дитини автоагресія? (зараз).....

СТЕРЕОТИПИ

Чи помічали Ви прояви стереотипної поведінки? Яка це поведінка? (до 3 років).....

Чи простежуються в дитини прояви стереотипної поведінки? Яка це поведінка? (зараз).....