

Міністерство освіти і науки України  
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка  
Факультет фізичної культури  
Кафедра фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного  
виховання

Дипломна робота (проект)

магістра

з теми «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З  
РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ»

Виконала: здобувачка вищої освіти 2  
року навчання групи FT1-M22  
спеціальності 227 Фізична терапія,  
ерготерапія  
Слободянюк Юлія Олександрівна

Керівник: Жигульова Е.О., кандидат  
біологічних наук, доцент кафедри  
фізичної реабілітації та медико-  
біологічних основ фізичного  
виховання

Рецензент: Заїкін А.В., кандидат  
педагогічних наук, доцент кафедри  
фізичної реабілітації та медико-  
біологічних основ фізичного  
виховання

Кам'янець-Подільський – 2024

ЗМІСТ	Стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	8
1.1 Особливості корекційно-реабілітаційного підходу в навчанні дітей з розладами аутичного спектру.....	8
1.2 Формування комунікативних навичок у дітей з аутизмом	13
1.3 Терапія, заснована на сенсорній інтеграції.....	22
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	29
2.1 Методи дослідження.....	29
2.1.1 Методи дослідження й діагностики комунікативної активності (мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій).....	30
2.1.2 Методи математичної статистики.....	32
2.1.3 Підходи до побудови програми корекційно- реабілітаційного супроводу для дітей з розладами аутичного спектру з елементами фізичної терапії.....	32
2.2 Організація дослідження.....	33
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	36
3.1 Проблеми підготовки фахівців до роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра.....	36
3.2 Ефективність застосування терапії, заснованої на сенсорній інтеграції в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру.....	41
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БАК – біоакустична корекція;
- ІРЦ – інклюзивно-ресурсний центр
- МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб;
- М-СНАТ – Модифікований скринінговий тест на аутизм (The Modified Checklist for Autism in Toddlers);
- РАС – розлади аутистичного спектру;
- РДА – ранній дитячий аутизм;
- РСА – розлади спектру аутизму;
- ЦНС – центральна нервова система;
- у.о. – умовні одиниці.

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** Проблема дитячого аутизму сьогодні є надзвичайно актуальною, збільшення кількості дітей з аутистичними розладами спостерігається в усьому світі.

За даними ВООЗ поширеність розладів зі спектру аутизму в дитячому віці становить понад 1% ввід дитячої популяції у світів і навіть перевищує 1% в країнах Європи. За даними Міжнародної асоціації «Аутизм-Європа» кожна 88 дитина в Європі має ознаки розладів загального розвитку та потребує медико-психологічної допомоги [16, 32].

Діти з розладами спектру аутизму є найменш захищеною категорією населення в Україні й потребують особливої уваги з боку держави, вчених, медиків, психологів, педагогів, фізичних терапевтів. На сьогодні можна констатувати брак надійного діагностичного інструментарію, який би уможливллював дослідження розладів аутичного спектру дитини в контексті її цілісного розвитку та забезпечував своєчасну реабілітацію дітей. Українське суспільство в цілому, громада батьків та фахівців – дуже мало обізнані з проблемою аутизму; наразі бракує доступної, сучасної інформації щодо ефективних реабілітаційних заходів для дітей з розладами аутичного спектру [14, 15].

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

півстоліття, проблеми цієї аномалії розвитку й надалі є предметом вивчення, дослідження, аналізу [15].

Розвиток соціальності дітей з розладами аутичного спектру є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки цій категорії дітей необхідні специфічні умови для включення в суспільство, набуття здатності до соціальної взаємодії у зв'язку зі специфічним перебігом захворювання [34].

На сьогодні науковці розглядають розлади аутичного спектру переважно як афективний розлад з порушенням міжособистісних відносин. Стверджується, що для аутизму типова вроджена відсутність здатності сприймати і відповідати на афективну експресію інших [37, 59].

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

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

Наразі вочевидь, що систематичне застосування програм корекційно-реабілітаційної спрямованості із застосуванням сенсорно-інтегрованої терапії, буде сприяти підвищенню комунікативних функцій та функціональних можливостей дитини, а після проведеної корекції попереджати розвиток ускладнень і прискорювати відновлення порушених функцій і працездатності. Однак, незважаючи на загально визнане значення

спеціальних програм у реабілітації таких хворих, їхнє застосування на практиці недостатньо. Все це обумовлює актуальність, наукову й практичну значимість зазначеної проблеми.

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

**Завдання дослідження:**

1. За даними літературних джерел систематизувати та узагальнити сучасні наукові, науково-методичні відомості про особливості комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру.

2. Вивчити особливості комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру.

3. Схарактеризувати окремі напрями підготовки фахівців до роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра.

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

5. Оцінити ефективність комплексної програми корекційно-реабілітаційного супроводу дітей з розладами аутичного спектру після застосування сенсорно-інтегративної терапії в умовах Інклюзивно-ресурсного центру.

**Об'єкт дослідження** – процес фізичної терапії дітей з розладами аутистичного спектру.

**Предмет дослідження** – структура та зміст терапії, заснованої на сенсорній інтеграції в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру

Методи дослідження – теоретичний аналіз даних науково-методичної літератури; педагогічні методи дослідження; функціональні методи дослідження; методи діагностики комунікативної активності – мотиваційний критерій, емоційний критерій, діяльнісний критерій; методи математичної статистики.

**Практичне значення одержаних результатів.** Застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційній програмі серед дітей з розладами аутичного спектру в умовах ІРЦ забезпечило поліпшення показників комунікативної активності, що є ознакою оптимізації та збільшення адаптивної поведінкової реакції в спілкуванні, і дозволяє рекомендувати дану програму для практичного використання при роботі з даним контингентом дітей (Акт впровадження результатів наукових досліджень в практику корекційно-розвиткової роботи Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Китайгородської сільської ради від 01.05.2024 р.).

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що доповнено та розширено дані щодо позитивного впливу сенсорно-інтегративної терапії на комунікативну активність дітей з розладами аутичного спектру; дістали подальшого розвитку окремі напрями підготовки фахівців до роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати дипломної роботи магістра обговорювались на науковій конференції студентів і магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка за підсумками НДР у 2023-2024 н.р. (м. Кам'янець-Подільський 09-10 квітня 2024 року) та на засіданнях випускової кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного виховання.

**Структура та обсяг дипломної роботи магістра.** Роботу викладено на 58 сторінці, з яких 61 основного тексту. Дипломна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку 64 використаних літературних джерел, містить рисунки та таблиці.

## РОЗДІЛ 1

### ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ З ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

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

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

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

Поведінка аутичної дитини характеризується вираженою стереотипністю, одноманітністю. Насамперед, це прагнення до збереження звичної сталості навколо себе: та сама їжа; той самий одяг; предмети побуту, що постійно знаходяться на «своїх» місцях; маршрут прогулянок; повторення рухів, слів, фраз; зосереджене занурення в одну цікаву справу; тенденція вступати до контакту з середовищем і взаємодії з людьми одним звичним



способом. Спроби зруйнувати ці стереотипні умови життя дитини викликають у неї тривогу, агресію або самоагресію [34, 36, 58].

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

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

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

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

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

Аутичний світ такої дитини нерідко наповнений і дивними фантазіями,

сюжети які відбивають прагнення до відображення, прагнення до втечі від того, що ранить і лякає в оточуючій дійсності (життя в космосі, перевтілення в тварину).

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

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

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

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

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

**Діти 1 групи** з аутичною відчуженістю від навколишнього світу характеризуються найбільш глибокою афективною патологією, найбільш важкими порушеннями психічного тону і довільної діяльності. Ці діти мутичні. Нерідко є прагнення до нечленороздільних, афективно акцентуєваних словосполучень. Найбільш важкі і прояви аутизму: діти не

мають не тільки форм, але і потреби в контактах, не мають навіть самого елементарного спілкування з навколишніми, не опановують навички соціальної поведінки [40].

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

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

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

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

Ці діти при активній медико-психолого-педагогічній корекції можуть

бути підготовлені до навчання в масовій школі.

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

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

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

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

Система допомоги особам з аутизмом почала формуватися в США і Західній Європі в середині 60-х рр. В Україні поки не створено державної системи комплексної допомоги дітям і підліткам з аутизмом. Більшість дітей і підлітків з аутизмом знаходяться або в різних видах спеціальних шкіл або в масових школах, або в ІРЦ, установах систем охорони здоров'я, соціального

захисту населення [57, 61].

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

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

## **1.2 Формування комунікативних навичок у дітей з аутизмом**

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

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

певний досвід, що дозволяє зробити висновок про те, що формування комунікативних навичок при аутизмі є проблемою педагогічного характеру [22].

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

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

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



**Рис. 1.1** Картки для упорядкування діяльності дітей

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

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

- розділити завдання на етапи;
- прописати на дошці або картці алгоритм діяльності;
- дати інструкцію до виконання етапу у спрощеному вигляді.

Для кращого розуміння прочитаного необхідно додаткове виділення

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

Послідовність операцій теж повинна бути представлена дитині наочно, у вигляді схеми або піктограми. Важливо, щоб фахівець допоміг дитині виконати нове завдання і створити у неї враження успіху, переконання, що це вона вже може робити. Лише після цього починається навчання умінню як вдосконаленню того, що дитина вже може робити [4].

Особливим спеціальним завданням педагога, фахівця з реабілітації є становлення здатності дитини з аутизмом адекватно оцінювати зміст того, що відбувається, й організовувати поведінку відповідно до цього змісту. Середовище, в якому живе і вчиться аутична дитина, повинна мати максимально опрацьовану смислову структуру тобто дитині необхідно дати зрозуміти, для чого треба робити різні речі. З нею ніщо не повинно відбуватися механічно. Розклад для неї складається насамперед осмислено, багато разів проговорюється та обговорюється [7].

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

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

Для того, щоб діти з аутизмом швидше звикли до нового режиму рекомендується вводити правила поведінки на уроці. Для початку, необхідно ввести загальні правила для всього класу. Для цього треба продумати, які



правила вводити. Правил не повинно бути багато. Це мають бути тільки актуальні на даний період часу правила. Важливо продумати формулювання кожного правила. Фраза повинна бути короткою, всі слова в ній повинні бути зрозумілі. Бажано не використовувати в формулюваннях частку НЕ. Правило повинне показувати «як потрібно себе поводити». І, звичайно ж, це правило має спиратися на візуальну підтримку.

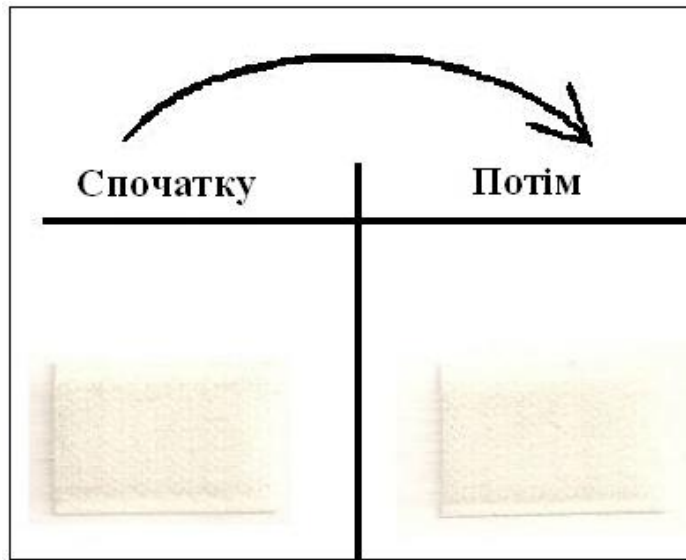
Візуальна підтримка – це будь-які наочні предмети, які сприяють комунікації або надають інформацію. Візуальну підтримку можна також назвати візуальними інструментами або стратегіями. Дуже важливо зрозуміти, що візуальні стратегії можуть бути використані для досягнення найрізноманітніших цілей. Вони дають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

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

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

також перешкоджає розвитку залежності від дорослого, позитивно впливаючи на становлення довільної самостійності дитини[8].

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



**Рис. 1.2** Картка для засвоєння правила «Спочатку – потім» для регулювання поведінки і дії дитини

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

Третій різновид середовищних ресурсів – соціально-психологічні ресурси – значущі інші люди, соціальні ролі, соціальні потреби, прихильності, звички. Ці ресурси забезпечують задоволення потреби суб'єктів освітнього середовища в сприятливому соціально-психологічному кліматі на основі позитивного настрою, а також довірливого, доброзичливого спілкування і розуміння один одного. Навчання дітей з аутизмом загальнонародським правилам і нормам здійснюється через дорослих, які їх знайомлять з

доступними моделями спілкування (вітатися, прощатися, дякувати), демонструють різноманітні вербальні та невербальні засоби спілкування (міміка, погляд, жест, пантоміміка), формують соціальні навички і соціальну поведінку; організують взаємодію дитини з мікросоціумом; формують соціальний досвід на занятті: моделюють різноманітні форми спілкування та засвоєння соціальних форм поведінки; сприяють появі довірливих, доброзичливих стосунків, позитивного настрою; забезпечують емоційну насиченість заняття та різноманітності діяльності; створюють ситуацію успіху тощо [27].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Для фахівця ІРЦ (вчителя (вихователя), який працює в центрі, де є діти з аутизмом, вкрай важливо пам'ятати про наступні правила:

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

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

3. Важливо слідувати за природними потребами дітей в пізнавальній

діяльності, а не нав'язувати її. Тому варто найчастіше пропонувати дітям завдання, які б вони виконували із задоволенням.

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

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

Процес навчання та розвитку дітей з аутизмом можливий лише за умови спеціальної підготовки спеціалістів реабілітаційного та корекційно-розвивальних напрямів.

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

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

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

планували програму розвитку дитини і брали участь в її реалізації.

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

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

### **1.3 Терапія, заснована на сенсорній інтеграції**

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

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

Основні принципи терапії:

1. Сенсорні аспекти активності важливі для розвитку і навчання.
2. Щоб справлятися з труднощами і освоювати нові навички, дитині потрібні хороша перцепція і інтеграція відчуттів.
3. Ефективна реакція на труднощі і засвоєння нових навичок вельми істотні для розвитку сенсорної інтеграції нервової системи.
4. Організація сенсорної перцепції і ефективних відповідей, як правило, покращує не тільки розвиток, але і поведінку дітей.
5. Освоєння складних навичок і типів поведінки залежить від сукупності відповідей на більш прості завдання.
6. Чим сильніше дитина мотивований до якого-небудь заняття і чим сильніше в ньому зацікавлений, тим більше шансів, що він вистоїть перед

труднощами і в результаті буде діяти ефективніше.

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

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

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

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

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

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

13. Людина не може вправлятися в тому, чого не вміє; не функціонувати тими областями, які відчувають дефіцит, а підводити під них основу, спираючись на «вміння» дитини. Для поліпшення кінцевого результату необхідно працювати на стадіях, що передують бажаного рівня розвитку; починати роботу треба не там, де дитина потребує допомоги, а там, де він відчуває себе впевнено і врівноважено (наприклад, не працювати з шкірою, якщо нервова система чинить опір (при десенсibiliзації,

підвищеної чутливості шкіри), слід починати з тих сенсорних каналів, які досить розвинені для роботи з новими стимулами). Ґрунтуючись на тому, що дитина вже вміє робити, ми можемо впливати на проблемні області, не завдаючи шкоди його впевненості в собі.

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

- вестибулярні імпульси особливо сильно впливають на мозок, причому вони можуть як організувати, так і дезорганізувати роботу організму, наприклад, дихання і серцебиття; нездатність мозку обробляти вестибулярні імпульси може привести до дезорганізації, летаргії і, в крайніх випадках, до втрати свідомості або нападів (при наявності схильності до них), тому не рекомендується піддавати дитину цілеспрямованим вестибулярним навантаженням;

- обробка сигналів, що надходять від органів рівноваги, здійснюється нервовою системою по-різному. Найлегше сприймаються рухи вперед-назад і вгору-вниз. Потім - вправо і вліво. Найважче усвідомлюється обертання навколо різних осей. При штучній стимуляції (штучна стимуляція – це та стимуляція, яку здійснює терапевт, самостійна стимуляція відбувається, коли дитина стимулює себе сам) важливо враховувати цю закономірність (ієрархію сприйняття стимулів) особливо при роботі з немовлятами та дітьми з важкими порушеннями. Розгойдування на гойдалці має відбуватися в строго визначеному напрямку відповідно до ієрархією сприйняття стимулів і в повільному темпі, щоб нервова система встигала обробляти стимули, що надходять у мозок дитини від заданих рухів. Гойдалки зі змінним, невизначеним напрямком руху (наприклад, вперед-назад або вправо-вліво) годяться тільки для дітей зі зниженою чутливістю вестибулярної системи. Вони повідомляють мозку плутану, «дифузну»



інформацію. «Дифузний» вплив не сприяє подоланню порушень, не допомагає диференціювати сенсорні відчуття;

- при тактильній стимуляції дуже часто застосовується вібрація, але слід мати на увазі, що, як і інші види сенсорних імпульсів, вібрацію слід використовувати обережно, тому що її вплив дуже індивідуально;
- завжди дуже обережно потрібно працювати з підвищеною чутливістю будь-який з сенсорних систем; не можна, наприклад, проводити тактильну стимуляцію при підвищеній чутливості шкіри; тактильна стимуляція при підвищеній чутливості шкіри може призвести до таких хворобливих відчуттів, які можуть стати справжніми тортурами для дитини та її нервової системи.

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

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

- добре організований простір: приміщення повинно бути досить велике і безпечне (наявність покриття або бутوماتів на підлозі; «м'які» стіни);
- наявність обладнання, що забезпечує сенсорні відчуття (гойдалки, шведські стінки, сухий басейн, м'які пуфи, мати, м'яке обладнання, м'які гірки, тунелі);
- наявність обладнання та пристосувань для організації дитячих ігор.

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

- постаратися виключити можливість відволікатися;

- щоб допомогти дитині утримати увагу – не давати одночасно більше одного завдання;
- якщо дитина хвилюється, що його можуть вдарити, знайти для нього місце, де він зможе відчувати себе в безпеці, наприклад, не в центрі групи, а з краю;
- постарайтеся прибрати те, що може призводити до зорового перевантаження (різна інформація на стінах, килимові покриття з яскравими малюнками, іграшки і предмети, які відбивають світло, блискують);
- тверді, дзвінкі поверхні, шум акваріума, радіо, відкрите вікно, освітлювальні або обігрівальні прилади, які видають звук, заважають маленьким дітям зосередитися на завданні, тому, необхідно прибрати такі речі;
- запахи їжі, медикаментів, фарби можуть дратувати дітей, необхідно усунути відволікаючі нюхові подразники.
- в приміщенні, де знаходяться діти (ігрова кімната), має бути тихе місце, де дитина, який втомився або засмутився, може відпочити [16].

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

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

з однолітками і дорослими, і повноцінно розвиватися у всіх напрямках.

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

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

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

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

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

подальший спосіб життя, її, за висловом Л. С. Виготського, «соціальне буття» [41].

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

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

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Методи дослідження

В Інклюзивно-ресурсному центрі серед дітей дошкільного віку проводять діагностику на аутизм за Модифікованим скринінговим тестом (The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT); Robins, Fein, Barton, 1999). Отримані в процесі діагностики результати заносять в картки здоров'я дитини та в індивідуальні картки колекційної роботи дітей.

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

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

Запропонований M-CHAT містить 20 питань (приклад форми наведено в табл. 2.1), на які повинні відповісти батьки після ознайомлення з Інструкцією: «Тато та мама, будь ласка, оцініть, наскільки наведені нижче висловлювання характеризують вашу дитину. Постарайтеся відповісти на кожне питання. Якщо дана поведінка проявлялася рідко (ви бачили це всього один або два рази), відзначте, що дитині це не властиво» [60].

Враховуючи отримані від батьків відповіді, ми мали змогу виявити особливості функціонування дітей у природному для них середовищі – у власній родині

Аналіз та узагальнення інформації, отриманої від батьків під час першого звернення, дозволили виявити типові проблеми, які хвилюють батьків та потребують, на їх думку, фахового втручання.

**Приклад форми та запитань Модифікованого скринінгового тесту на аутизм**

Чи подобається дитині коли його колихають на руках, колінах і таке подібне? (Наприклад, гра «їхали з горіхами»)	
Так	
Ні	
« Back Next »	
Кінець форми	

Майже всі батьки зважали на низьку комунікативну активність своїх дітей.

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

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

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

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

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

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

Параметри оцінки критеріїв наведені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

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

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

### **2.1.2 Методи математичної статистики**

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

### **2.1.3 Підходи до побудови програми корекційно-реабілітаційного супроводу для дітей з розладами аутичного спектру з елементами фізичної терапії**

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

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

У дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) часто спостерігається затримка формування рухових навичок. Завдання фізичного терапевта полягає у тому, щоб допомогти дітям з РАС розвинути загальну моторику, основні рухові навички та покращити їхню якість життя. Програми втручання, зокрема фізичної терапії, мають переваги для дітей з РАС, але брак надійного діагностичного інструментарію ускладнює оцінювання дітей із РАС у контексті їх цілісного розвитку та забезпечення своєчасної терапії. Для того, щоб створити ефективну програму реабілітації, необхідно зрозуміти, якими інструментами оцінювання та індикаторами може користуватись фізичний терапевт та наскільки ці інструменти є ефективними та частими в застосуванні [50].

Програма корекційно-реабілітаційного супроводу для дітей



з розладами аутичного спектру включає 9 напрямків сенсорно-інтегративної терапії для взаємодії з дитиною. Кожен із напрямків побудовано на елементах догляду й безпосереднього контакту з дитиною. Використання кожного елемента дозволяє поряд із прямим призначенням, впливати на комунікативно адаптаційні можливості дитини з розладами аутичного спектру:

1. Корекційна та реабілітаційна педагогіка.
2. Психологічна реабілітація:
  - Техніка віртуального сенсорно-образного моделювання в «Родинних розстановках»;
  - Керування сприйняттям;
  - Сімейна психотерапія;
  - Індивідуальні сеанси тілесно-орієнтованої терапії.
3. Терапія А. Томатіса
4. Терапевтичні вправи
5. Евретмія.
6. АВА-терапія.
7. Сенсорна стимуляція.
8. «Казкова фізкультура» за методикою Н.Н. Єфименко.
9. Корекція харчування.

Стимулюючий ефект на когнітивні властивості дитини з аутичним типом розвитку, має кожен з елементів програми. Але комплексний підхід із застосуванням сенсорно-інтегративної терапії при реалізації програми реабілітації забезпечить підвищення комунікативних властивостей дитини. Запропонована програма реабілітації розроблена разом з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини, фахівцями ІРЦ – логопедом, психологом та реабілітологом.

## **2.2 Організація дослідження**

Дослідження проводилось на базі Інклюзивно-ресурсного центру

Китайгородської сільської ради Хмельницької області з жовтня 2022р. по травень 2024 р.

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

Всі діти з розладами аутичного спектру перебували під корекційно-реабілітаційним супроводом та проходили курс сенсорно-інтегративної терапії різної спрямованості та часових інтервалів.

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

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

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

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

показників:

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

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

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 3.1 Проблеми підготовки фахівців до роботи з дітьми з розладами аутистичного спектра

Щороку 2 квітня людство відзначає Всесвітній день поширення інформації про аутизм. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у світі кожна сота дитина народжується з аутизмом [2, 10]. Статистичні дані свідчать про те, що щороку кількість дітей із діагнозом раннього дитячого аутизму постійно зростає. Так, за період 1997-2017 рр. удесятеро збільшилася кількість людей із цим діагнозом. За прогнозами вчених, 2025 р. від цієї недуги страждатиме кожен другий мешканець Землі. Найбільша кількість людей із розладами аутистичного спектра (РАС) була зареєстрована в Південній Кореї (кожен 38-й житель) та США (кожен 50-й), при цьому діагноз раннього дитячого аутизму хлопчикам ставиться вп'ятеро частіше, аніж дівчаткам [7, 10]. Отже, кількість аутистів має стійку динаміку до збільшення в усьому світі. Учені з-поміж можливих пояснень цього явища називають і такі, як розвиток інформаційних технологій, розширення діагностичних критеріїв тощо [1, 4, 6, 8].

В Україні тільки віднедавна зроблено спроби вести статистику захворюваності на РАС. Як засвідчують офіційні джерела (Міністерство охорони здоров'я України), в Україні станом на 2017 р. зареєстровано понад 7000 таких дітей (7491 особа у 2017 р.) [3].

Утім, насправді складно визначити, скільки людей з аутизмом є в нашій державі. Моніторинг темпів поширення захворюваності на РАС не тільки проблема в Україні, а й загалом у всьому світі, позаяк у багатьох країнах узагалі не відстежують рівня аутизму і не інформують про це [6, 8, 10].

Ситуація ускладнюється й тим, що наразі відсутні єдині критерії оцінки аутизму, класифікація захворюваності на РАС, ресурси для проведення

оцінок та ін. [1, 4, 6, 8, 9]. В Україні теж простежується поширення аутизму з-поміж дітей. Так, до прикладу, лише впродовж 2009-2013 рр. захворюваність на РАС зросла на 194 %: з 0,55 до 1,61 на 100 тис. дитячого населення. Так само збільшувався показник первинної захворюваності в Україні з 2006 р.: поширеність РАС у дитячій популяції за ці роки зросла у 2,84 рази – з 17,0 до 48,2 на 100 000 населення. Водночас варто зазначити, що, незважаючи на таке значне зростання, абсолютні показники поширеності аутизму в Україні є істотно нижчими, аніж у США чи європейських державах. Утім, науковці прогнозують швидке зростання поширеності РАС з-поміж дітей на тлі поліпшення діагностики, упровадження в клінічну практику сучасних діагностичних процедур [7, 8].

З огляду на це є потреба в розвитку сфери надання реабілітаційно-корекційних послуг дітям із РАС, доступу до якісної освіти, згодом працевлаштування осіб із розладами аутистичного спектра. Постає проблема професійної підготовки в закладах вищої освіти (ЗВО) фахівців, зокрема й фізичних терапевтів, учителів, вихователів, логопедів, соціальних педагогів, психологів тощо до роботи з дітьми, які мають розлади аутистичного спектра.

Тому вважаємо важливим надати характеристику окремих напрямів підготовки фахівців до навчання дітей із розладами аутистичного спектра.

З огляду на збільшення в Україні кількості дітей із РАС виникла потреба у кваліфікованих спеціалістах для роботи з такими дітьми. Особливе значення має і підготовка батьків та сім'ї до сприйняття, навчання та виховання дітей з аутизмом. Цей комплекс проблем частково може бути розв'язаний через якісну підготовку майбутніх спеціалістів – фізичних терапевтів, їхніх асистентів, педагогів, учителів до роботи з дітьми з РАС, допомогу в їхній адаптації до соціуму. На це орієнтують і новітні документи, до прикладу, Концепція Нової української школи. Ключове завдання інклюзивної освіти – це залучити дитину-аутиста до освітніх, соціальних, культурних процесів, життя закладу освіти [1, 4].

Для дітей з аутизмом дуже важливим (і проблемним водночас) є

засвоєння правил і суспільних норм у процесі соціалізації, які діти з особливими освітніми потребами (у нашому випадку з РАС) засвоюють не «автоматично», а завдяки допомозі та зусиллям батьків, вихователів, учителів, тьюторів, асистентів. Тому необхідно допомогти такій дитині включитися в життя закладу, школи, в освітній процес, що допоможе опанувати правила спілкування та взаємодії через наслідування інших дітей, дій дорослих тощо [4, 6].

Звідси одне із завдань майбутнього фахівця, в тому числі і фізичного терапевта – сформувати в дитини комунікативні вміння. Фахівець/вихователь/учитель/педагог має приділяти особливу увагу дитині з РАС, не демонструючи це перед іншими, позаяк підкреслена увага може нашкодити. Ключове завдання професійної підготовки майбутніх фахівців до роботи з дітьми, які мають розлади аутистичного спектра, – набути необхідних компетентностей, які передбачають насамперед глибокі знання про ці розлади, особливості їх прояву, навички корекційної роботи, здійснювати особистісно орієнтований підхід до навчання, виховання дитини з РАС, уміти створювати в закладі освіти комунікативно насичене середовище, розвивати комунікативну діяльність дитини-аутиста, організувати просвітництво батьків тощо.

Фахівець повинен досконало володіти методами, засобами, формами як фізичної терапії так і навчальної роботи. Пам'ятати, що важливими в цій ситуації будуть групові форми роботи, де успіх команди залежить від її згуртованості: спільні дидактичні ігри, проєкти, різного роду комунікативні завдання сприятимуть зближенню дітей, їхній соціалізації. До прикладу, фахівець може запропонувати як предмет для обговорення/змагання/гри/проєкту таку тему, яку дитина з РАС знає дуже добре. За таких умов команда, членом якої буде цей учасник, зрозуміє його цінність, оцінить його компетентність. Окрім цього, така командна робота створює умови для активної мовленнєвої діяльності, що дуже важливо для навчання дітей із РАС. Добрий педагогічний ефект матиме і практика призначення помічників вихователя/учителя: дитина, яка добре розуміє

навчальну тему, допомагає дитині, якій ця тема дається важче, за таких умов дитина з РАС може бути і помічником учителя, і учнем, важливо, що в цій ситуації діти працюють над спільним проєктом, комунікують, тісно взаємодіють.

Дослідження фахівців, спрямовані на вивчення теоретико-методологічного аспекту професійної підготовки фахівців до роботи з дітьми з РАС [1, 4, 6, 8-10], а також результати інших наукових пошуків (використовували методи анкетування, опитування, спостереження, розв'язання проблемних ситуацій тощо), спрямовані на визначення рівня готовності фахівців до роботи з дітьми з РАС, засвідчують, що 75 % респондентів мають труднощі у формулюванні понять «аутизм», «дитячий аутизм»; 78 % осіб не змогли назвати характерних ознак дітей із діагнозом аутизму; 82 % педагогів важко назвати технології, які сприяють корекції порушень у розвитку соціальної та комунікативної сфер дитини з РАС за умов інклюзивної освіти; 78 % учителів не замислювалися над проблемою створення індивідуальної освітньої траєкторії, шкільного освітнього простору для дітей з ООП; 59 % вихователів та учителів початкової школи не змогли назвати ефективні форми роботи з батьками, які виховують дитину-аутиста. Попри відсутність необхідних компетенцій щодо роботи з дітьми з РАС, майже всі респонденти висловили бажання підвищити свої знання, набути відповідних умінь і здатностей щодо навчання та виховання дітей із РАС.

Корисним тут може стати продуктивний досвід закордоння, з яким варто познайомитися майбутнім фахівцям, які працюватимуть із дітьми-аутистами. Так, до прикладу, у США діє програма TEACCH (“Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children” – «Терапія і навчання дітей з аутизмом та іншими комунікативними порушеннями»), яка уможливує організувати навчання дітей із РАС успішним, підвищити освітню мотивацію дітей, знизити ймовірність проблемної поведінки. Ця програма пропонує цікаві ідеї, які можуть стати «філософією» навчання та життя людини з РАС:

– структурування простору (у приміщенні для занять може бути кілька зон: для індивідуального навчання, роботи в групі (що є вкрай важливим для дітей із РАС), гри/вільного часу, роботи на комп'ютері та ін.). Доречно відмежувати ці зони (до прикладу, поличками). За таких умов дитина з РАС звикне до того, що є різні зони, контексти, правила: іграшкам місце в ігровій зоні, у навчальній зоні всі навчаються;

– структурування часу (оскільки ключова особливість дітей із РАС – нерозуміння соціального контексту, то чітке структурування, порядок життя та навчання дитини з РАС істотно знижують рівень її тривоги від невизначеності); за таких умов доречно візуалізувати розклад занять на день, застосовувати таймери чи пісочні годинники під час виконання певних завдань; розклад допоможе зробити навчальний день дитини з РАС передбачуваним і зрозумілим, якщо він у приміщенні розташований на видному місці, це дасть змогу дитині-аутистові бути більш самостійною; використовуючи таймери зворотного відліку, фахівець формує в дитини уявлення про плин часу, тривалість заняття, а це допомагає подолати протестну негативну поведінку;

– візуальні підказки (дитині з РАС простіше виконувати завдання, якщо його умови, етапи, кінцевий результат зображено візуально; варіант такої візуальної підказки – знак «стоп» у потрібних місцях, зображення ігрових матеріалів на «вході» в ігрову зону тощо) [5].

У процесі професійної підготовки майбутніх фахівців до роботи з дітьми з РАС необхідно враховувати низку педагогічних умов, з-поміж яких:

- дотримання особистісно орієнтованого підходу до розвитку особистості дитини з РАС, спрямованого на підтримку в неї процесів самопізнання та самореалізації;

- гуманістичного підходу до розвитку, навчання та виховання дітей із РАС, що вимагає пильного вивчення соціально-психолого-педагогічних особливостей дітей цієї категорії;

- інтегрованого підходу до навчання дітей із РАС, що забезпечує створення в закладі системи реабілітаційно-психолого-педагогічної допомоги



дитині;

- діяльнісного підходу до розвитку професійних компетенцій фахівців з проблеми організації реабілітаційно-освітньої роботи з дітьми з РАС, просвітницької роботи з батьками та ін.

### **3.2 Ефективність застосування терапії, заснованої на сенсорній інтеграції в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру**

З метою вивчення ефективності застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру, під нашим спостереженням знаходилось 15 дітей віком 4-6 років.

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

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

За емоційним критерієм також більша кількість представників контрольної групи (42,84 %, 3 дитини) мали дуже низький рівень, який проявлявся в тому, що будь-яке спілкування з людьми було дитині неприємне; у двох дітей (28,56 %) при спілкуванні знайомі люди в передбачуваний ситуації сприймалися індіферентно або деколи викликали позитивні емоції,

для двох інших дітей (28,56 %) характерним був достатній емоційний рівень, який вказує на те, що приємним може бути спілкування з різними людьми.

Таблиця 3.1

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

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

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

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

Для визначення вихідного стану дітей з розладами аутичного спектру основної групи нами було проведено оцінку комунікативної активності за такою ж схемою. Було встановлено, що більша кількість представників основної групи також мають низький рівень або дуже низький рівень комунікативної активності. Як видно з даних, наведених в табл. 3.2, для дітей основної групи було характерно наступне кількісне розподілення за критеріями комунікативної активності: потребу у спілкуванні на низькому та дуже низькому рівні відчували чотири особи (50, 00 %), емоційне самопочуття

дитини при спілкуванні на низькому та дуже низькому рівні відчувала більшість представників основної групи – п'ятеро діточок (62,50 %); за діяльнісним критерієм комунікативних навичок та вмінь семеро дітей з восьми також мали низький та дуже низький рівень.

Таблиця 3.2

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

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

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

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

Як видно з даних, наведених в табл. 3.3, оцінюючи за мотиваційним критерієм комунікативну активність дітей з аутизмом, ми дійшли висновку, що вихідний стан мотиваційної сфери однаковий у представників обох груп і про те, що реальна, справжня потреба у спілкуванні в досліджуваних дітей (незалежно від віку, інтелекту, мовленнєвих можливостей, життєвого досвіду, соціально-економічного статусу родини) набагато більша, ніж

можливо оцінити під час первинної діагностики. Тому одне з важливих завдань посилення комунікативної активності особи з аутизмом – це виявлення та актуалізація прихованої, латентної потреби у спілкуванні та використання цього комунікативного потенціалу з метою розвитку усіх психічних сфер та збільшення життєвої компетенції за рахунок корекційно-реабілітаційного супроводу.

Таблиця 3.3

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

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

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

Переважає більшість батьків теж демонстрували явну емоційну дефіцитарність як в цілому, так і по відношенню до дитини. Отже, значний ресурс збільшення комунікативної активності дітей нами вбачається саме у

розвитку та корекції емоційної та комунікативної сфери батьків, навчання батьків адекватним моделям спілкування з власною дитиною за рахунок підбору та застосування засобів сенсорно-інтегративної терапії.

Таблиця 3.4

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

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

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

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

Нами показано, якщо порівнювати усі три значення по кожній дитині основної групи (табл. 3.6) та по кожній дитині контрольної групи (табл. 3.7), то діти, як правило, мають близькі значення за кожним з трьох показників.

Таблиця 3.5

**Порівняльна характеристика діяльнійснї сфери дїтей з розладами аутичного спектру на початку дослідження (% , кїлькїсть дїтей)**

Рївнї	Дїяльнїсна сфера	
	Контрольна група	Основна група
Достатнїй	0 (0)	0 (0)
Низький	42,84 (3)	37,50 (3)
Дуже низький	57,16 (4)	62,50 (5)

Але найгїршї результати були отриманї за дїяльнїсним критерїєм, який характеризує оволодїння комунїкативними вмїннями та навичками.

Таблиця 3.6

**Кїлькїсна характеристика за критерїями комунїкативнїї активностї дїтей з розладами аутичного спектру контрольної групи в кїнцї дослідження (% , кїлькїсть дїтей)**

Рївнї	Критерїї		
	Мотивацїйний	Емоцїйний	Дїяльнїсний
Достатнїй	14,28 (1)	28,52 (2)	14,32 (1)
Низький	28,57 (2)	28,52 (2)	42,84 (3)
Дуже низький	57,15 (4)	42,96 (3)	42,84 (3)

Тому оволодїння ними є головним прїоритетом корекцїйної та реабїлітацїйної роботи.

Таблиця 3.7

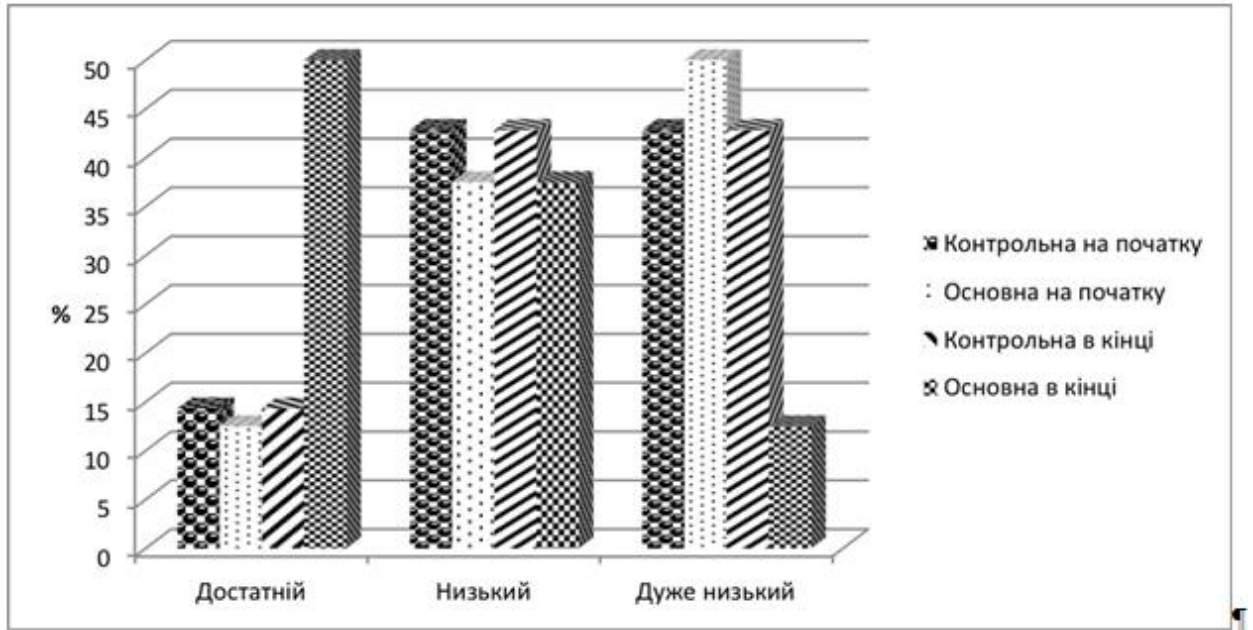
**Кількісна характеристика за критеріями комунікативної активності дітей з розладами аутичного спектру основної групи в кінці дослідження (% , кількість дітей)**

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

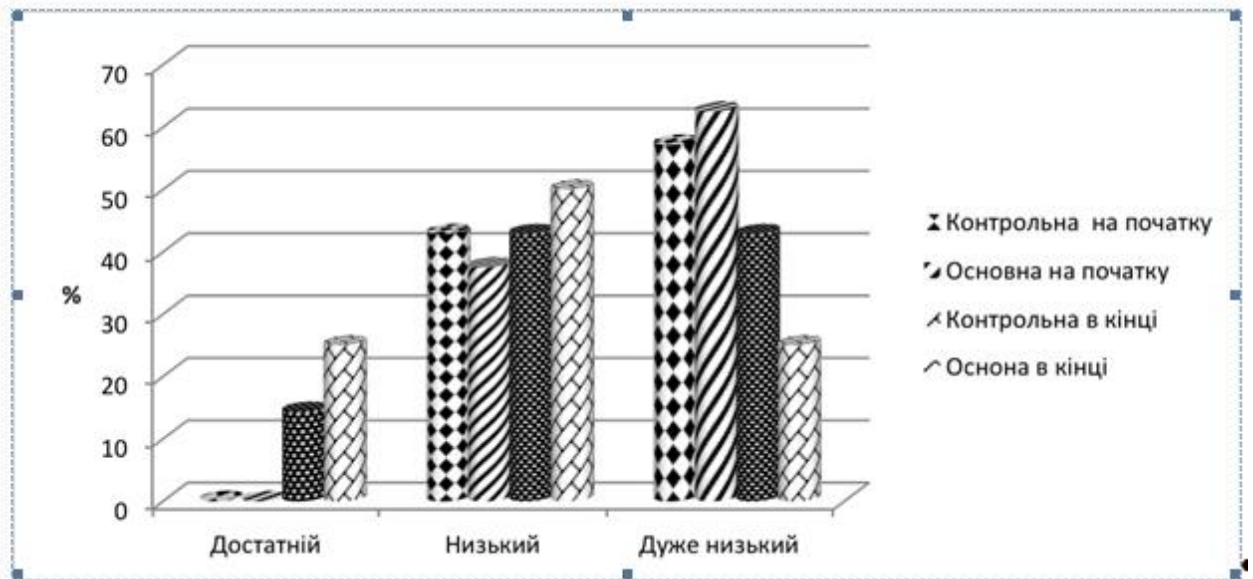
Наприкінці дослідження нами було отримано дані, які доводять ефективність застосування сенсорно-інтегративної терапії в корекційно-реабілітаційному супроводі дітей з розладами аутичного спектру (рис. 3.1, 3.2 та 3.3).

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

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



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

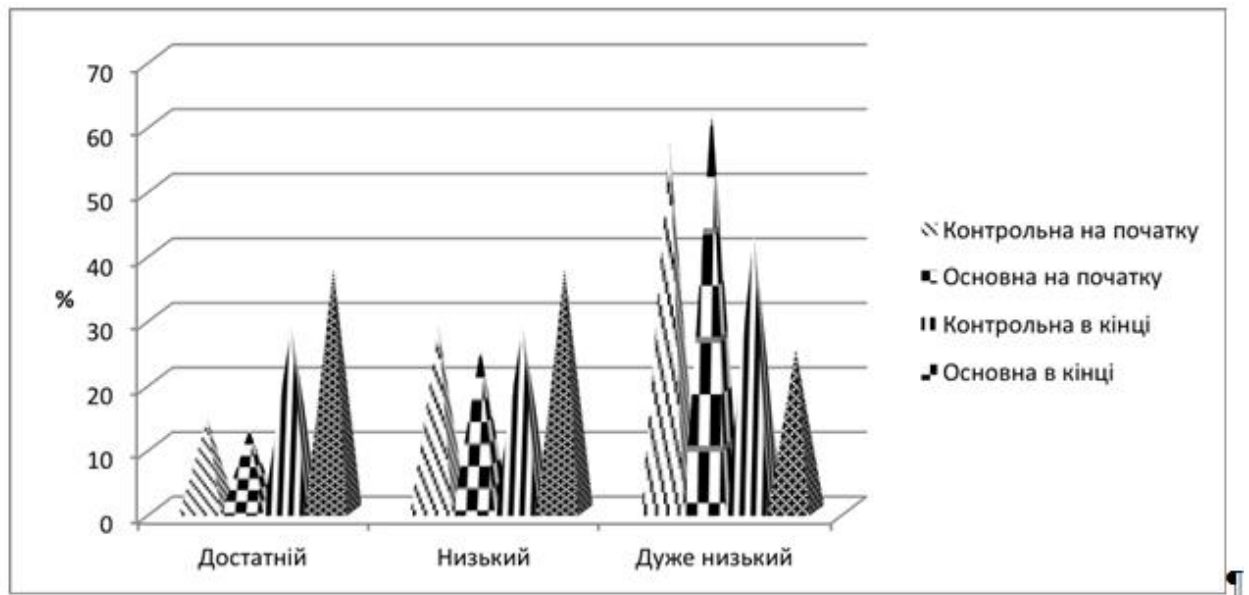


**Рис. 3.2** Порівняльна характеристика емоційної сфери дітей з розладами аутичного спектру основної групи та контрольної групи (%)

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



спілкування з різними людьми.



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

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

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

бути рекомендована для практичного використання при роботі з даним контингентом дітей.

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

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

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

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

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

## ВИСНОВКИ

Проблема дитячого аутизму сьогодні є надзвичайно актуальною, збільшення кількості дітей з аутистичними розладами спостерігається в усьому світі.

Діти з розладами спектру аутизму є найменш захищеною категорією населення в Україні й потребують особливої уваги з боку держави, вчених, лікарів, психологів, педагогів, фізичних терапевтів. На сьогодні можна констатувати брак надійного діагностичного інструментарію, який би уможлиблював дослідження розладів аутичного спектру дитини в контексті її цілісного розвитку та забезпечував своєчасну реабілітацію дітей. Українське суспільство в цілому, громада батьків та фахівців – дуже мало обізнані з проблемою аутизму; наразі бракує доступної, сучасної інформації щодо ефективних реабілітаційних заходів для дітей з розладами аутичного спектру.

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

Актуальним питанням на сьогодні є акценти у підготовці фахівців до навчання дітей з розладами аутистичного спектра на формування вмінь застосовувати корекційно-розвивальні технології в роботі з дітьми-аутистами, планувати та коригувати освітні завдання спільно з фахівцями з урахуванням результату моніторингу, індивідуальних особливостей розвитку дітей із РАС за умов інклюзивної освіти, формувати навички проектувати корекційно-розвивальне освітнє середовище задля розвитку комунікативних умінь дитини із РАС, здійснювати просвітницьку роботу з батьками та ін.

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

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

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

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

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аппе Фр. Вступ в психологічну теорію аутизму. К.: Теревінф, 2006. 216 с.
2. Аршатська О.С. Психологічна допомога дитині раннього віку, в якій формується дитячий аутизм. Психологія, 2005. № 2. С. 46-56.
3. Базима Н. В. Розвиток мовлення дітей з аутизмом. Х. : Ранок, ВГ Кенгуру, 2018. 114 с.
4. Білавич Г. В., Багрій М. А., Борис У. З. Підготовка фахівців до навчання дітей з особливими освітніми потребами. Медична освіта. 2023. № 2. С. 5-10.
5. Вакуленко Ю.В. Коморбідні порушення у дітей з розладами аутистичного спектра : дис. д-ра філо- софії. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Київ, 2020. 289 с.
6. Гальчин К. Раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму у дітей. Дитяча та підліткова психіатрія. 2015. № 2(47) С. 51-56.
7. Гілберт К. Аутизм. Медичний та педагогічний вплив. Книга для педагогів-дефектологів. К.: Владос, 2005. 144 с.
8. Діти з розладами аутистичного спектра: план корекційно-розвиткової роботи / авт. кол.: Л.О. Юрченко, Л.В. Олтажевська, Т.А. Малюченко та ін.; упор. В.В. Семизорова. Вид. 3-тє, без змін. Тернопіль : Мандрівець, 2019. 104 с.
9. Деркач Л. Г. Особливості психомоторного розвитку дітей з аутизмом. Вісник психоневрології. 2019. Т. 27. № 1. С. 108-114.
10. Дитина і сенсорна інтеграція. Розуміння прихованих проблем розвитку з практичними рекомендаціями для батьків і спеціалістів. 3-тє видання / Е. Джин Айрес за участю Джеффа Роббінса. Київ: Вид. «Центр учбової літератури», 2022. 327 с.
11. Дитячий аутизм: хрестоматія: навч. Посібник для студ. вищ. та середовищ. навч. Закладів. 2-ге вид., перероб. та дод. Харків: Дидактика плюс, 2011. 367 с.

12. Дмитрієва О. О., Єфіменко Л. А. Роль фізичної терапії в ранньому втручання у дітей з аутизмом. Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні методи діагностики та лікування аутизму у дітей». Київ, 25-26 лютого 2021 року. С. 23-26.
13. Дмитрук О. В. Ефективність раннього втручання у дітей з аутизмом. Збірник наукових праць «Педагогічні науки», 2020. №1 (94). С. 124-130.
14. Друге квітня – Всесвітній день поширення інформації про аутизм. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/2-kvitnia-vsесvitnii-den-poshyrennia-informatsii-pro-autyzm> (дата звернення 23.10.2023).
15. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. : Вип. 8. К.: Наук. світ, 2010. С. 85–88.
16. Засенко В.В. Діти з особливим потребами: пріоритетні напрями державної політики України в галузі освіти, соціального захисту й охорони здоров'я. Особлива дитина: навчання і виховання. 2014. № 3. С. 20-29.
17. Зіннхубер Х. Як розвивається ваша дитина? Таблиці сенсомоторного розвитку, ігри та вправи: Від 4 до 7, 5 років. К.: Теревінф, 2009. 160 с.
18. Іванов Є.С. Дитячий аутизм: діагностика та корекція. Харків, 2004. С. 9-12.
19. Карвасарська І.Б. Остеронь. З досвіду роботи з аутичними дітьми. К.: Теревінф, 2003. 70 с.
20. Кравченко І. М. Особливості соціальної взаємодії дітей з аутизмом. Педагогіка і психологія. 2022. № 2(89) С. 80-86.
21. Ковалець І.В. Абетка емоцій: Практичний посібник для роботи з дітьми, що мають відхилення у психофізичному розвитку та емоційній сфері: метод. посібник. Харків. ВЛАДОС, 2013. 133 с.
22. Косарева О.І. Психологічні особливості навчання та виховання дітей з різними освітніми потребами (на прикладі дітей з раннім дитячим

- аутизмом) Випуск 13 (56); Частина I, 2016. Наукові Записки РДГУ. С. 36-48.
23. Коен Ш. Життя з аутизмом. К.: Інститут загальногуманітарних досліджень, 2008. 240 с.
  24. Мамайчук І.І. Психокорекційні технології для дітей з проблемами розвитку. К.: Мова, 2010. 400 с.
  25. Марценковський І.А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації. К., 2009. 46 с.
  26. Микиртурмов Б.Є. Аутизм: історія питання та сучасний погляд: монографія. К., 2012. 93 с.
  27. Микільська О.С. Аутична дитина. Шляхи допомоги. Харків. Теревінф, 2007. 288 с.
  28. Освіта дітей з аутизмом: від міфу до реальності : навч.-наоч. посіб. / [уклад. Т. Скрипник]. К. : Гнозис, 2014. 26 с.
  29. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
  30. Офіційні цифри: кількість аутистів у світі постійно зростає. URL: <https://cwf.com.ua/oficzijni-czifri-kilkist-autistiv-u-sviti-postijno-zrosta%D1%94/> (дата звернення 15.02.2023).
  31. Пітерс Т. Аутизм: Від теоретичного розуміння до педагогічного впливу. Харків: Гуманіт. вид. центр ВЛАДОС, 2003. 240 с.
  32. Плокінгер Е., Стеблюк С. Діагностичні методики комплексного вивчення дітей з розладами аутистичного спектра. Професійні компетентності фахівців фізичної терапії та ерготерапії: інноваційні підходи: збірник тез доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 19-20 жовтня 2023 р., Ужгород / Упорядник: д.пед.н. С.В. Стеблюк. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2023. С. 131-133.

33. Поваляєва М.А. Корекційна педагогіка. Взаємодія фахівців. Одеса: Фенікс, 2012. 352 с.
34. П'ять міфів про аутизм. URL: <https://moz.gov.ua/uk/5-mifiv-pro-autizm> (дата звернення 11.09.2023).
35. Розлади спектра аутизму у дорослих: сучасний стан проблеми / І. Я. Пінчук, В. Я. Пішель [та ін.]. *НейроNews*. 2014. № 2 (57). С. 9-11.
36. Сансон П. Психопедагогіка та аутизм. Досвід роботи з дітьми та дорослими: практик. посіб. К.: Педагогіка, 2008. 116 с.
37. Сатмарі П. Діти з Аутизмом. Луцьк, 2005. 224 с.
38. Сильченко В. В. Дитячий аутизм – проблема сучасності. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія»*. 2020. № 39. С. 90-97.
39. Синьов В.М. Мультидисциплінарний (медико-психолого-педагогічний) характер діагностики і корекції розвитку особистості при порушеннях процесу соціалізації. Психолого-педагогічні засади розвитку особистості в освітньому просторі: матеріали методологічного семінару АПН України. К., 2008. С. 527–532.
40. Скрипник Т.В. Системно-феноменологічний підхід до діагностики та корекції розвитку дітей з аутизмом: дис. д-ра психол.наук : 19.00.08; Ін-т спец. педагогіки НАПН України. К., 2010. 385 с.
41. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. К.: Гнозіс, 2013. 60 с.
42. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму. К.: Видавництво «Фенікс», 2010. 388 с.
43. Скрипник Т.В. Зміст корекційно-розвиткових занять для дітей з аутизмом в спеціальних загальноосвітніх закладах. Реалізація оновленого змісту освіти дітей з особливими потребами: початкова ланка: навчально-методичний посібник. Київ, 2014. С. 278-304.
44. Скрипник Т. Шляхи підвищення компетентності педагогів в організації освітнього процесу для дітей з аутизмом. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2015. № 3. С. 49-57.



45. Смолянінов А. Рука – мозок. Братислава: EPSYNEL, 2011. 109 с.
46. Спеціальна педагогіка: Навчальний посібник для студ. вищ. пед. навч. Закладів. 2-ге вид., Стереотип. К.: Видавничий центр «Академія», 2001. 400 с.
47. Тарасун В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів. К.: 2004. 103 с.
48. Темерівська Т. Г., Ворнічеса Т. В. Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. Молодий вчений. 2018. №3. С. 167-170.
49. Технології інклюзивної (спільної) освіти у дошкільних закладах (рекомендації для керівників, вчителів-дефектологів та вихователів дошкільних закладів на прикладі інклюзивної освіти дітей з порушеннями слуху). К.: РЕМДОМ, 2011. 200 с.
50. Ткачова В.В. Технології психологічної допомоги сім'ям дітей з відхиленнями у розвитку. К.: АСТ, Астрель, 2007. 318 с.
51. Чернецька О. Особливості розвитку рухової сфери аутичних дітей. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. Київ, 2008. Т. 3. С. 166-168.
52. Чуприков А.П. Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога: навч. посіб. Львів: Колесо, 2012. 184 с.
53. Шаповалова І. Програма фізичної терапії дітей з розладами спектру аутизму. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2018. №6. С. 238-244.
54. Шаповалова І., Псарьова А. Вплив засобів фізичної реабілітації на дітей з раннім дитячим аутизмом та з розладами спектру аутизму. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. Житомир. 2017. Вип. 4 (23). С. 288-292.
55. Шпіцберг І. Коридор із прозорими стінами: корекція порушень розвитку сенсорних систем у дітей з діагнозом «ранній дитячий аутизм». Шкільний психолог, 2010. № 20. С. 39-43.
56. Шульженко Д. Аутизм – не вирок. Львів: Кальварія, 2010. 224 с.
57. DeJesus VM, Oliveira RC, de Carvalho FO, de Jesus Mari J, Arida RM,

- Teixeira-Machado L. Dance promotes positive benefits for negative symptoms in autism spectrum disorder (ASD): A systematic review. *Complement Ther Med* [serial online]. 2020. Vol. 49. P. 102-114.
58. Cameron KL, Albeshar RA, McGinley JL, Allison K, Cheong JLY, Spittle AJ. Movement-based interventions for preschool-age children with, or at risk of, motor impairment: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* [serial online]. 2020. Vol. 62(3). P. 290-296.
59. Hobson R. P. *Autism and the Development of Mind*. Erlbaum, Hove, Sussex, 2005. 245 p.
60. Lim YH, Licari M, Spittle AJ, Watkins RE, Zwicker JG, Downs J, Finlay-Jones A. Early Motor Function of Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Pediatrics* [serial online]. 2021. Vol. 147(2). P. 202-211.
61. Millman LSM, Terhune DB, Hunter ECM, Orgs G. Towards a neurocognitive approach to dance movement therapy for mental health: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* [serial online]. 2021. Vol. 28. P.24- 38.
62. Valagussa G, Trentin L, Signori A, Grossi E. Toe Walking Assessment in Autism Spectrum Disorder Subjects: A Systematic Review. *Autism Res* [serial online]. 2018. Vol. 11(10). P. 1404-1415.