

Міністерство освіти і науки України  
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка  
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи  
Кафедра логопедії та спеціальних методик

Кваліфікаційна робота  
магістра

з теми: **“ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ НАВИЧОК  
СПІЛКУВАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ  
СПЕКТРУ АУТИЗМУ”**

Виконала здобувачка 2 курсу групи SoL4-M22z  
ОП Спеціальна освіта (Логопедія)  
спеціальності 016 Спеціальна освіта  
спеціалізації 016.01 Логопедія  
**Тетяна ТЕТЕР**

Керівник:  
**Оксана КОНСТАНТИНІВ,**  
кандидат педагогічних наук, доцент

Рецензент:  
**Олена ВЕРЖИХОВСЬКА,**  
кандидат педагогічних наук, доцент  
кафедри психолого-медико-педагогічних  
основ корекційної роботи

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ БАЗОВИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ</b>	
1.1 Концепція розвитку базових навичок у дітей раннього віку .....	<b>6</b>
1.2 Денверська методика раннього розвитку дитини.....	<b>36</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ</b>	
2.1 Аналіз методик дослідження розвитку дітей раннього віку.....	<b>41</b>
2.2 Результати констатувального експерименту.....	<b>74</b>
<b>РОЗДІЛ 3 ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ</b>	
3.1 Особливості формування елементарних навичок мовлення у програмі «Послуги раннього втручання».....	<b>89</b>
3.2 Результати формувального експерименту.....	<b>94</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>104</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>107</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>113</b>

## ВСТУП

На сьогодні проблема ранньої діагностики та корекційної допомоги дітям з порушеннями розвитку входить до кола надзвичайно важливих, оскільки частка здорових новонароджених суттєво знижується з кожним роком. За статистичними даними поширеності розладів спектру аутизму (далі РСА) у 1996 р. кількість випадків становила близько 4 осіб на 10000 людей (Lotter), а у 2005 р. – 30-60 випадків на 10000 населення (Rutter). До діагностичних критеріїв розладів спектра аутизму (РСА) відносять тріаду симптомів, що з'являються до трирічного віку: порушення у сфері соціальної взаємодії; порушення вербальної і невербальної комунікації; обмежена, повторювана, стереотипна поведінка, інтереси та активність.

За дослідженнями V. Lotter, M. Rutter порушення розвитку мовленнєвих та комунікативних здібностей є чи не найбільшою проблемою для осіб з розладами спектра аутизму. Н. Базима, Н. Гаврилова, О. Константинов, К. Островська, В. Тарасун, О. Ткач, Д. Шульженко та ін. наголошують на важливості розуміння того, що діти з РАС не просто мають труднощі набуття мовленнєвих навичок, що спричинює порушення комунікації, а також труднощі розуміння та використання вербальної так і невербальної поведінки у комунікативній взаємодії. Саме тому стає очевидною необхідність дослідження й оцінки мовленнєвих навичок дитини з аутизмом, а саме, здатності до розподілу й привертання уваги, здатності розпочинати й відгукуватися на соціальну взаємодію, становлення й використання комунікативних навичок. Актуальність дослідження саме цих категорій комунікативних навичок викликана, перш за все, їх впливом на подальший комунікативно-мовленнєвий розвиток дитини з аутизмом.

**Мета дослідження** полягає у здійсненні наукового обґрунтування і виявлення особливостей розвитку мовлення дітей з розладами спектра

аутизму раннього віку та визначення ефективності програми раннього втручання з формування елементарних мовленнєвих навичок у дітей з РАС.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз та виділити особливості розвитку мовлення дітей раннього віку з розладами спектру аутизму;
2. Емпірично дослідити розвиток елементарного мовлення дітей раннього віку з розладами спектру аутизму;
3. Визначити ефективність програми раннього втручання з формування елементарних мовленнєвих навичок у дітей з РАС

**Об'єкт дослідження** – розвиток мовлення у дітей раннього віку з розладами спектру аутизму.

**Предмет дослідження** – особливості формування елементарних мовленнєвих навичок у дітей з РАС.

У процесі теоретичного вивчення проблеми та емпіричного дослідження застосовувалися як загальнонаукові, так і спеціальні **методи дослідження:**

Теоретичні – аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичних даних для уточнення сутності базових понять.

Емпіричні – спостереження, бесіда та скринінги ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition) та CASD (Childhood Autism Spectrum Disorders) для вивчення розвитку мовлення у дітей раннього віку з розладами спектру аутизму.

**Практичне значення одержаних результатів:** впровадження у логопедичну практику представленої у роботі результатів дослідження, підвищує ефективність формування мовлення у дітей раннього віку з розладами спектру аутизму.

**Апробація результатів дослідження:** матеріали дослідження було представлено на «Науковій конференції студентів і магістрантів за підсумками НДР у 2022-23 н.р.» (4-5 квітня 2023 року м. Кам'янець-Подільський)

**Публікації:** Характеристика скрінігових інструментів дослідження дітей раннього віку з розладами спектру аутизму // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред. О. Гаврилова. Вип. 14. Кам'янець-Подільський. Видавець Ковальчук О.В. 2023.С. 674-681

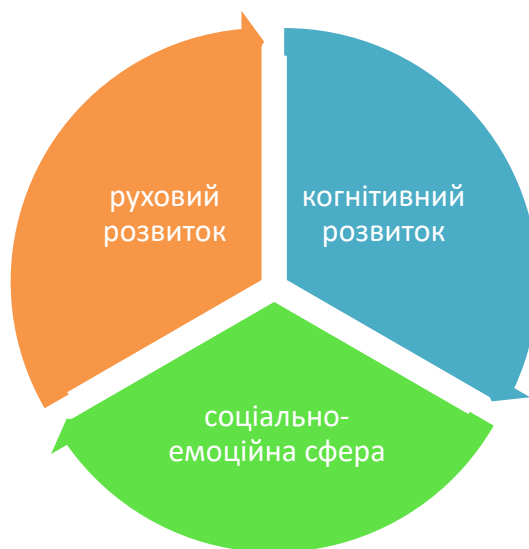
**Структура дослідження:** робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків.

## РОЗДІЛ 1

### НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ БАЗОВИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

#### 1.1 Концепція розвитку базових навичок у дітей раннього віку

Розвиток дитини поділяється на три сфери, які є важливими в ранньому розвитку дитини. І жодна сфера не може розвиватись окремо сама по собі, тільки разам у тісній взаємодії між собою. Умовно кажучи ранній розвиток дитини можна порівняти з рухом триколісного велосипеда; увесь його механізм має обертатися для того, щоб рух відбувався злагоджено. Так і ці три сфери раннього розвитку дитини (руховий розвиток, когнітивний розвиток, соціально-емоційна сфера) не можуть розвиватись і формуватись одна від одної.



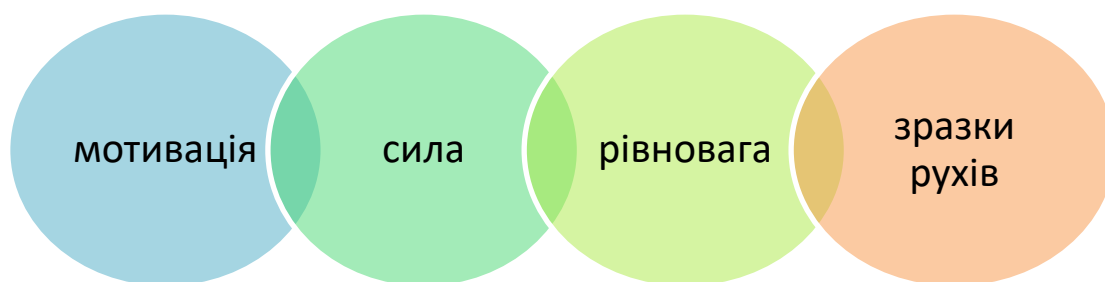
**Рис.1.1 Сфери розвитку дитини раннього віку**

Важливо розуміти, що дитина цілісна особистість, і її гармонійний розвиток залежить від розвитку усього її потенціалу, яким так щедро наділила дитину природа. Фізична активність розвиває творчість і мислення, а мотивація та емоції розвивають моторику, комунікація і соціальні зв'язки заохочують дитину до взаємодії, мовленню та грі. Головна задача дорослих

створити адекватне, різнобічне та доброзичливе середовище, для стабільного й вчасного розвитку малюка.

### **Основні чинники рухового розвитку дитини.**

В нормальному розвитку дитини, рухові функції виникають завдяки взаємодії деяких важливих чинників.



**Рис. 1.2 Чинники рухового розвитку дитини**

Мотивація – малюк починає рухатись щоб відчути цей світ і його цікавість безмежна, таким чином він вчиться рухатись і цікавість мотивує його встати і йти.

Сила – малюк ще не вмiє активно рухатись, так як сила тяжіння діє на тіло і в цей період розвиваються м'язи – розгиначі, немовля вчиться підіймати голівку, рухати ніжками та ручками в площені тіла, згодом малюк стає сильнішим і підіймає тулуб, починає повзати і згодом встає на ніжки. Відбувається повна вертикалізація (сприяє розвитку підкірки яка відповідає за утворення мовлення)

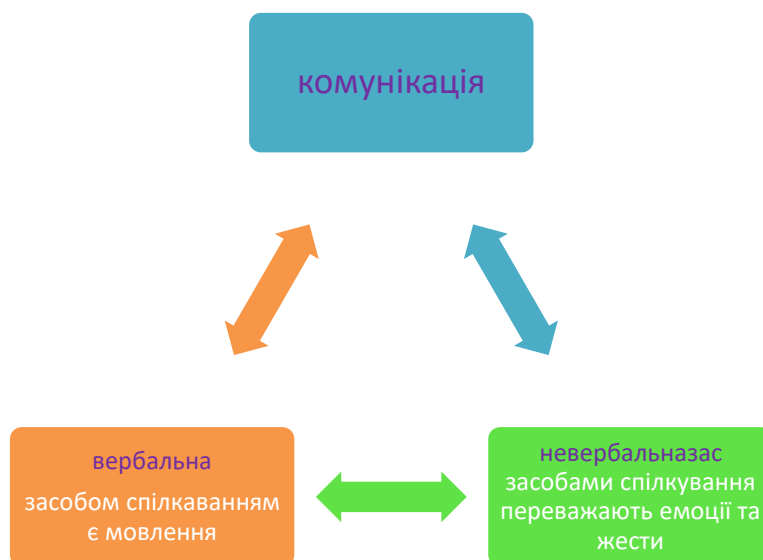
Рівновага – це вміння тримати центр ваги тіла для нових освоєнь положення тіла, дитина спочатку вчиться тримати рівновагу а потім переносити рівновагу тіла на різні частини тіла. Таким чином тренується зір, пропріорецепція та вестибулярний апарат.

Зразки руху – немовля народжується з стереотипним набором рухів (рефлексів)в процесі розвитку дитини вони зникають. Зразки руху змінюються від руху усім тілом до ізольованих рухів; у малька одночасно

рухається усе тіло, а згодом дитина починає рухати різними частинами тіла (руками та ногам) самостійно, не залежно одне від одного.

### Мовленнєвий розвиток та рання комунікація.

Комунікація є необхідною соціальною потребою і невід'ємною частиною повсякденного життя дітей та дорослих. Завдяки комунікації діти взаємодіяти з іншими людьми, розпочинають розуміти особливості стосунків, отримують нові знання та уміння.



**Рис.1.3 Комунікація**

Під терміном комунікація ми розуміємо, що це галузь соціальної взаємодії та спілкування людини з людиною. В даному випадку, це спілкування дитини з дорослим. Формою комунікації між людьми традиційно є мовлення. Побудова початкової взаємодії дитини з іншими людьми називається ранньою комунікацією. В основі ранньої комунікації лежить передача і сприйняття певних значних символів, знаків для розуміння та спілкування між собою. спілкування буває вербальне, звукове, моторне.

Розвиток мовлення дитини поділяється на три періоди:

1. Довербальний період (триває до одного року).
2. Активне мовлення (триває від одного року до трьох).
3. Вдосконалення мовлення (триває від трьох до семи років).



Розглянемо більш детально кожний період процесу мовлення.

Довербальний період – період становлення та формування мовлення у дитини першого року життя це є умовно-рефлекторним процесом. При нормальному мовному спілкуванні дітей з людьми, навколишнім світом, мовні зв'язки утворюються через наслідування та підсилюються шляхом рефлекторного повторення (фізіологічної ехолалії). Для того, щоб дитина почала повноцінно говорити, в неї повинні розвинути слуховий, органи артикуляції, мовнорушійні аналізатори. Ці всі процеси повинні досягти свого певного рівня розвитку. Цей період від народження до одного року має назву до мовленнєвому періоді і в ньому виділяють чотири етапи:

1-етап (0-3 місяці)- розвиток емоційно-виразних реакцій;

2-етап (3-6 місяців)- поява голосових реакцій гуління та лепетання;

3-етап (6-10 місяців)- формування розуміння мовлення, активного лепетання;

4-етап (10-12 місяців)- поява перших слів;

**1-й етап.** Крик також є повноцінним проявом голосової реакції. Цей період новонародженого також відносять до цього домовленевого періоду розвитку дитини, під час якого дитина вимовляє звуки, що мають назву «голосові реакції» або гуління; також до них належить кашляння, чхання, звуки при смоктанні, кректання, позіхання також перші тихі горлові звуки. Також дитина до кінця цього етапу реагує на звернення: вона припиняє плакати коли бачить рідних маму чи тата і дивиться на них, що з посмішкою схилиються над нею. У немовлят з'являється посмішка (поки ще базова) усі звуки. Що лунають від дитини звернені до мами, щоб привернути її увагу, для задоволення базових потреб малюка. Засоби вираження стану дитини в цей період є інтоновані крики і модульовані звуки у поєднанні з виразними мімічними рухами. Дитина прислухається до інтонації дорослих і починає розрізняти їх, відгукується на своє ім'я, розуміє мамені слова та зауваження. На 3-му місяці з'являється «комплекс поживлення»: дитина постійно шукає

очима маму, видає звуки, щоб привернути увагу до себе, коли малюк нарешті зустрівся поглядом з мамою, починає ритмічно рухати ніжками та ручками, видає звуки, тягнеться до мами. Ще малюк вимовляє звуки та звукосполучення [аи], [ау], [ии], [гии], [г], [к], [н].

**2-й етап.** На 4-му місяці у немовлят з'являється «перегукування»-своєрідна розмова, коли дорослі агукають разом з малюком, на посмішку батьків дитина відповідає посмішкою. Малюк починає співати голосні літери [а], [о], [е], [у] та видає вуркотливі склади з горловими приголосними [гии-гии-гии], [агууууу], [гууууу], [хаа], [хее], [ехе], іноді можна почути склад [ля]. Такі затяжні вуркотливі голосні і горлові приголосні звуки називають агуканням. На етапі агуканням дитина зацікавлюється спільною грою з дорослими. На 5-му місяці з'являється чітка реакція на напрямок звуку, у малюка починається розпізнавання немовних звуків. На 6-му місяці вигукує різноманітні звук: гарчить, цмокає; обертає голову на звук брязкальця; починає вимовляти перші склади з губними приголосними [ба] та [ма], ці признаки говорять про настання періоду лепетання. Дитина починає краще розуміє сигнал дорослого, з'являється вказівний жест. Малюк вже може сам показати, що хоче.

**3-й етап.** (6-10 місяців) дитина починає говорити та повторювати одні й ті самі склади, переважно з губними і передньоязиковими приголосними, такі як [ма-ма-ма], [бу-ба-бу], [да-да-да], і намагаються контролювати вимовляння звуків. Малюк грає зі звуками, і таким чином тренує мовний і слуховий апарат, використовуючи різні голосові вимови, щоб привернути увагу дорослих. У лепетанні з'являється інтонація задоволення і невдоволення. Лепетання це тренування для артикуляційного апарату, фізичного та фонематичного слуху. У 8-м місяців малюк починає розуміти значення слів у певній ситуації у поєднанні з жестом, «Дай руку!» малюк у відповідь простягає руки. Малюк у 10 місяців розуміє і відгукується на своє ім'я. на 10-му місяці дитина використовує короткі слова (мама, тато, дідо баба, ляля) розуміє назви окремих предметів, махає рукою «па-па», «до

побачення!», грається в «тосі», в «ку-ку», «хованки», використавши в цих іграх звуконаслідування. З'являється перші прості слова, виникає предметно-маніпулятивна дослідницька діяльність.

**4-й етап** (10-12 місяців) дитина цілком може розуміти слова не залежно від ситуації, і на прохання дорослих виконувати прості дії, попроситися «скажи пока-пока», «подаруй повітряний поцілунок», «дай ляльку», «ходи до мами», розуміє слово «ні», вимовляє двоскладові слова «мама», «тато», знає як їх звуть, любить наслідувати голоси тварин.

#### *Перехід до активного мовлення*

Активний словниковий запас однорічної дитини складається від 2-3-х слів до 15-20-ти слів («тато», «мама», «ді-ді», «бі-бі», «бах», «дай», тощо). Дитина активніше наслідує мову дорослих, одним і тим самим словом може позначати різні дії та предмети. Рівень розуміння малюка переважає над активним запасом. Дитина на першому році життя вже вимовляє голосні звуки [а], [у], [о], [і] і приголосні [м], [н], [п], [б], [т], [д], [к], [г]. На другому році життя дитина наслідує мову дорослих, завдяки наслідуванням швидко поповнює свій пасивний словник. Вже розуміє значення дієслів (принеси, ходи, візьми, встань, сядь). Приносить на прохання предмети, бере в одну руку предмет і перекладає в другу. Дитина впізнає зображення окремих предметів, дій з картинки, розуміє запитання: «де кішка?» «де піраміда». Емоційно виражає згоду або відмову у відповідь на прохання дорослого; словами, звуками супроводжує усі свої дії. Наприкінці першого триместру, другого року життя дитина може виконати доручення на усне прохання дорослого «дай кубик», «принеси ведмедика» знає назви предметів, які її оточують і виконує з ними дії, розуміє деякі якостей предметів «маленький», «великий», «хороший», «поганий». Після другого триместру другого року життя активний словниковий запас може збільшитися до 30–40 слів, інтенсивно розвиваються зв'язки між предметами, діями та словесними відповідниками; слова набувають узагальненого характеру, коли одне слово одночасно означає декілька понять. Наприклад: «пі» – хочу пити, печиво,

хочу в туалет. На цьому етапі дитина звертається до дорослого і називає предмет, а не тягнеться за предметом сама. Малюк часто змінює слова, користується деякими граматичними формами, поєднує слова в речення: «Дай пі» (дай пити). Багато приголосних звуків вимовляє пом'якшено. У третьому триместрі другого року життя для вираження своїх почуттів, бажань, потреб, вражень малюк використовує невелику кількість аморфних слів-коренів (що не мають певних граматичних форм), які супроводжує інтонаціями, жестами. Основна частина словникового запасу складається з іменників, звуконаслідування («бух», «бах», «ав-ав», «му-му», «няв»), простих слів. Дитина розуміє нескладний сюжет картинки, слухає прості казки (приміром, «Колобок», «Ріпка», «Курочка Ряба»), може показувати і озвучувати героїв. Поступово дитина замінює полегшені слова правильними («котик» замість «ко»). У трискладових словах часто-густо один зі складів пропускає. На етапі від 1 року 8 місяців до 1 року 10 місяців дитина інтонацією об'єднує в одному висловлюванні спочатку два, потім три слова, між якими немає граматичного зв'язку. Так формуються перші фрази малюка, в яких іменники вживаються в називному відмінку однини, мають усічену форму, дієслова – в інфінітиві або у формі 2-ї особи однини наказового способу («пити», «дай», «бери»). Малюк добре розуміє слова, що описують події з його особистого досвіду «Приїде бабуся, в якої ми були влітку, і ти у неї годував курчат». Запитує «що це?», відповідає на запитання, використовуючи фрази з двох і більше слів. Бавлячись іграшками, активно використовує мову. Розглядаючи ілюстрації, називає предмети, зображені на картинках. У період між 1 роком 10 місяцями і 2 роками 1 місяцем діти починають помічати взаємозв'язок між словами в реченні і використовувати в мовленні різні форми одного і того слова. Малюк в цей період добре знає і правильно вимовляє своє ім'я, імена близьких йому людей, показує і називає основні частини тіла; у мові може використати прислівники: «ось, там, де, ще, добре, не потрібно, потрібно». Вимовляє, хоча і не завжди чітко, майже всі голосні і низку приголосних звуків: [м], [п], [б], [к], [г], [т], [д], [н], [в],

[ф], [й]. Підмет і присудок в реченні малюка узгоджено, наприклад: «котик їсть», «тато спить», «мама пішла». В активному словнику налічується від 100 до 300 слів. Поступово мовлення витісняє міміку та жести.

#### *Вдосконалення мовлення*

На четвертому році життя мовлення дітей розвивається швидкими темпами в таких напрямках: розуміння мови дорослих, оволодіння словником, вдосконалення вимови звуків, освоєння граматичної будови мови, розвиток діалогічної мови. В цей час слово для дитини стає способом пізнання навколишнього життя, з'являється цікавість до діяльності дорослого, допитливість, розвиваються форми спілкування і розуміння мови. Слово допомагає керувати поведінкою дитини: «Мий ручки!», «Не йди туди!». Під впливом словесних інструкцій дорослих дитина починає сама себе заспокоювати, словами випереджаючи свої дії: «Не їстиму сир – він холодний». У деяких випадках дитина мовленнєво планує свої дії: «Дай печиво, я погодую собачку», «Дайте папір – малюватимемо».

Дитина починає розуміти минулий і майбутній час, минулі і майбутні події: «Хто приїжджав до тебе у гості?», «Куди ти поїдеш з мамою і татом на вихідних?». Дитина любить слухати казки, вірші, оповідання, розмови дорослих, розуміє не лише інструкції і прохання дорослих, але і мову-розповідь. Їй вже доступне розуміння художніх текстів, казок без супроводу наочних матеріалів. Діти запам'ятовують і повторюють за дорослими вірші, пісеньки, римування, цілісні фрази. Дитина легко впізнає знайомі предмети незалежно від ситуації, кольору, величини, форми і правильно їх називає.

Саме в цей час яскраво виявляються індивідуальні відмінності в темпах зростання словника. За даними досліджень, у словнику дитини вже є практично усі частини мови, вона активно використовує дієслова і займенники. Іменники складають 50 % усіх використовуваних слів. На другому місці за кількістю стоять дієслова (більше 30 %). Прикметники (до 12 %), які використовує в мові дитина, в основному характеризують розмір

(величину) предмета і його колір. Водночас дитина починає помічати і передавати в розмові приналежність предмета певній особі («мамин», «бабусин», «татів»), передавати свої естетичні переживання («чистий», «красивий»). Прикметники, як і прислівники (до 6%), тільки починають формуватися у дітей цього віку. Розширюється коло спілкування дитини: вона багато говорить не лише з близькими, але й з іншими – дорослими і дітьми. Значно підвищується мовленнєва активність у грі й самостійній діяльності дитини. Зростає інтерес до мовлення дорослих. Мовлення стає основним способом спілкування.

Правильна вимова фонем з'являється не відразу, вона проходить низку змін – від повної неможливості вимовити звук до правильної вимови через заміну одного звуку на інший. Звуки, які дитина змінила, часто густо зовсім не схожі на основні звуки. У віці трьох років такі «заступники» майже повністю зникають, а їх місце займають більш зрозумілі, ближчі по вимові. У три роки дитина вже засвоює загалом граматичну будову рідної мови: основні відмінкові закінчення множини: -ин, -ами, -ах; форми зворотних дієслів і більшість префіксів, замість одних префіксів іноді вживає інші. Правильно використовує прості прийменники й багато сполучників: «щоб», «якщо», «тому що». Структура складів порушується не часто, здебільшого в малознайомих словах.

Між третім і четвертим роками життя мовлення дитини й далі розвивається швидкими темпами. Кожного місяця активний словник поповнюється в середньому на 100 нових слів. Дитина починає ставити дорослим запитання, використовуючи слова «хто?», «чому?», ділитися своїми почуттями, побоюваннями, може помічати неправильну вимову звуків у оточуючих, розрізняти слова, що відрізняються однією фонемою («ніж» – «ніс»). Артикуляційний апарат зміцнюється: дитина правильно вимовляє звуки: [п], [б], [т], [д], [ф], [в], [к], [г], [х], [с], [з], [ц], [м], [н]. Ранній розвиток дитини

У цей період в активному словнику налічується від 1 500 до 2 000 слів. Діти починають активно грати в сюжетно-ролеві ігри з сюжетом («лікар», «город», «подорож на машині»), при цьому супроводжуючи свою діяльність коментарями, беручи участь у діалогах з однолітками і дорослими.

#### *Поняття про альтернативну комунікацію*

– У попередньому розділі описано динаміку типового розвитку мовлення дитини. Проте порушення та особливості здоров'я і розвитку дитини часто густо призводять до порушень або затримок розвитку мовлення. Комунікація з дитиною в такому разі стає важливим самостійним завданням. З метою розвитку навичок спілкування і підсилення мовленнєвої активності у дітей раннього віку в разі, коли розвиток вербальної комунікації з певних причин вельми ускладнений або неможливий, використовують альтернативні (аугментативні) та допоміжні (підтримуючі) засоби комунікації: жести, піктограми, фотографії, глобальне читання, комунікативні картинки (PECS). Вони розвивають символічну функцію мовлення.

Жест, піктограма – це символ якогось предмета, дії, за допомогою яких дитина може контактувати з оточенням і повідомляти про свої потреби.

Додаткові засоби комунікації допомагають дитині засвоювати основні мовні поняття і переконатися в можливостях свого впливу на навколишній світ. Використання жестів дає дитині можливість не лише чути мову, а й «бачити» та відчувати її. За допомогою жестів виділяється головний зміст мовлення – дитині легше зорієнтуватися в реальності, що швидко змінюється. Жест привертає увагу і забезпечує ефект участі, коли навіть немовна дитина є повноправним учасником розмови.

*Найважливішими комунікаційними функціями, які можна реалізувати за допомогою альтернативних і допоміжних засобів, є:*

*Прохання.* Ця функція може виражатися як вербальними, так і невербальними засобами. «Печиво, будь ласка», – в цьому випадку дитина дає картинку із зображенням печива.

*Вимоги уваги:* «Послухайте мене!» – поплескування по плечу, дзвін дзвіночка, постукування долонею по столу. Відмова, протест: «Ні», – картки зі словами «ні», «не хочу», «дуже важко», відкидання предмета.

*Коментування оточення* за допомогою картинок, фотографій, жестів.

*Повідомлення інформації* (про предмети, які наразі дитина не може бачити, про минуле і майбутнє – це абстрактніші поняття).

«Що ти плануєш завтра робити?» – Дитина показує картинку із зображенням бабусі: «Поїду до бабусі».

*Запит інформації* «Коли я поїду додому?» (при цьому дитина показує картинку із зображенням машини, що означає поїздки додому).

*Повідомлення про свої емоції:* «Ой!» (боляче). Дитина показує на рану, повідомляючи про свої емоції.

Тож для деяких дітей допоміжні засоби комунікації торують дорогу до мови, а для інших – залишаються головним засобом комунікації. Але що більше людей в оточенні дитини їх застосовують, то ефективнішими є комунікація та мовленнєвий розвиток дитини.

### *Сенсорний розвиток у ранньому віці*

Сенсорний розвиток дитини (від лат. «sensus» – почуття, відчуття) – це розвиток відчуттів і сприймання, уявлень про предмети: їх форму, колір, величину, розташування в просторі; об'єкти і явища навколишнього світу. Сприйняття формується на основі синтезу різних відчуттів: зорових, слухових, тактильних, кінестетичних, нюхових та ін. У сприйнятті відбиваються предметність, цілісність, структурність, свідомість предмета та ін

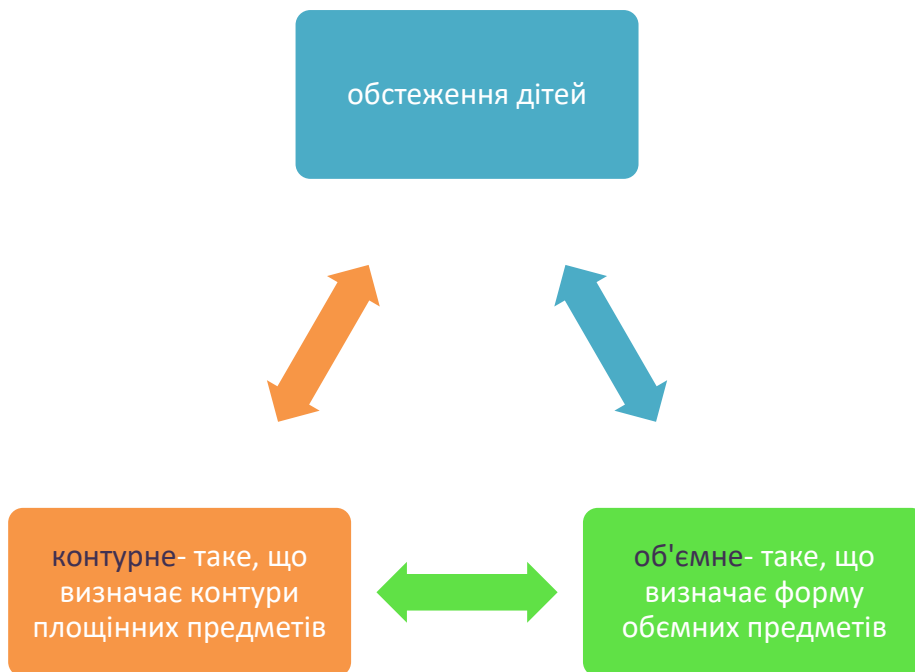
Предметність сприйняття формується у дитини поступово в процесі заглиблення її в суть предметного світу. Коли дитина бавиться з іграшками, вона через дотик, зір, рухи знайомиться з ними. В процесі сенсорного розвитку створюється цілісний образ предметів. Цілісність образу складається на основі знань про предметний світ, а також усю сукупність сприйраних відчуттів і дій. Цілісне сприйняття є рушійною силою деяких



сторін причинно-наслідкового мислення дитини. Якщо дитина детально уявляє собі предмет з його частинами, тоді вона може усвідомити причини порушення цілого. Але дитина усвідомлює причини порушення тільки тоді, коли опанує пошукові способи орієнтування: спостереженням, роздивлянням, обмацуванням, обстеженням і порівнянням. Виділяють два сенсомоторні методи, які використовує дитина для своєї пізнавальної діяльності, – обстеження і порівняння.

#### *Обстеження*

- сприйняття цілісного вигляду предмета (об'єкта);
- виділення його головних частин і визначення їх властивостей (величина, форма тощо);
- визначення просторових взаємовідносин частин предмета (вище чи нижче, ліворуч чи праворуч тощо);
- виділення дрібних частин і визначення їх величини, співвідношення, розташування тощо; повторне цілісне сприйняття предмета;



**Рис. 1.4 Види обстежень у дітей.**

#### *Порівняння*

- порівнювання предметів або частин одна з одною;

- накладення предметів один на один або прикладання одного до іншого; обмацування предметів;
- групування предметів за формою, кольором або іншими ознаками; послідовний огляд і опис виділених ознак предмета.

Порівняння допомагає дитині встановити наявність рис подібності та відмінності між предметами і явищами. Порівняння дає дитині не загальне, а більш конкретне і детальне сприйняття предметів. Також порівняння допомагає засвоїти систему сенсорних еталонів. До сенсорних еталонів входять системи геометричних форм, величини, просторові і часові орієнтування, колірний спектр і деякі інші системи. Оволодіння сенсомоторними еталонами як способами орієнтування у предметному світі дітям обов'язково слід підкріплювати словесно. Знання, отримані дитиною за допомогою обстеження і порівняння, але не підкріплені вербальним супроводом (не озвучені дії, терміни, плани діяльності), не можуть бути виразними і міцними.

Важливим чинником для розвитку дитини є емоційний фон діяльності: дитині має подобатися те, що вона досліджує; її повинні вабити предмети, які знаходяться в руках, а також те, що виходить в результаті власної діяльності.

Процес сприйняття дитиною безпосередньо пов'язаний з мисленням, пам'яттю, увагою і скеровується мотивацією. До кінця періоду дитинства у дитини формуються практично усі властивості сприйняття. Дитина вчиться відчувати своє тіло, пізнавати навколишній світ і переміщатися у цьому світі. Вона дізнається, що саме означають різні звуки, вчиться розмовляти, набуває навичок взаємодії з численними предметами, а також із людьми. Ранній вік є найсприятливіший для вдосконалення діяльності органів чуття, накопичення уявлень про навколишній світ. Пізнання навколишньої дійсності у дітей розпочинається з аналізу інформації, яку вони отримують під час візуального спостереження, в звуках, запахах, різних смаках тощо.

*Розвиток зору* розпочинається з міграції нейронів в ділянку мозку для зорової інтерпретації (як це закладено природою), але завершення процесу

формування визначається розвитком. Саме постнатальні дослідження формують зорові центри мозку. Зорова система дитини вже при народженні має деякі безумовні зорові рефлекси – пряма реакція зіниць на світло, короткочасний рефлекс повороту очей і голови до джерела світла, спроба стеження за об'єктом, що рухається. З найперших днів життя дитини світло чинить стимулюючу дію на розвиток зорової системи в цілому і служить основою формування усіх її функцій. Світлова чутливість з'являється відразу після народження. У перші дні життя дитина уважно вивчає обличчя людей, об'єкти і вибірково дивиться на предмети, що її оточують. Проте впродовж першого року життя відбуваються деякі зміни стосовно того, що саме привертає увагу дитини.

- У віці 2–3 тижні з'являється конвергенція очей, але зупинити погляд на предметі дитині ще дуже важко.
- У 3–5 тижнів виникають дуже короткочасні затримки погляду на предметі.
- У 4–5 тижнів дитина вже може стежити за предметом на відстані приблизно 20–30 см.

*В період від шести до десяти тижнів* дитина може простежити за предметом, що рухається по колу (тому для розвитку корисні рухливі модулі з яскравими предметами або картинками).

*На другому і третьому місяці життя* у дитини з'являється центральний зір. Відбувається поступове вдосконалення – це здатність знаходити очима предмет, відрізнити і розпізнавати його. Сприйняття глибини, зміни кольорів, дрібних деталей і добре контрольовані рухи ока встановлюються до шести місяців. Можливість розрізнити прості предмети забезпечується відповідним рівнем розвитку зорової системи, а розпізнавання складних образів вже пов'язане з розвитком інтелекту.

*У два місяці дитина* починає стежити за предметом, що рухається на відстані 2–4 метри. Від двох до двох з половиною місяців дитина набагато швидше фокусує погляд на предметі, який їй показують, стежить очима за

рухами предмета і, можливо, поверне голову, щоб не втратити предмет з поля зору.

*У три місяці дитина* дивиться собі на ручки, коли дорослі грають з ними. Якщо показати їй предмет, вона не лише дивиться на нього і намагається втримати його в полі зору, а й прагне щось з ним зробити. Зазвичай намагається дістати предмет, змахнувши руками. Дитина може також переводити погляд з руки на предмет і назад. І вона вже стежить за предметом на відстані 4–7 метрів. Дочотирьох місяців зір є вже досить сформованим.

*Проте до четвертого місяця* життя зір дозволяє дитині лише стежити за рухомим предметом; у цьому віці рухи предмета спричиняють рух очей, а руху самих очей по предмету ще немає, тому малюк не може нічого розглядати і не здійснює зорового пошуку предметів. Ці функції тісніше пов'язані з моторикою і розвиваються пізніше, з одного боку, у зв'язку з рухами рук, з іншого – у зв'язку зі зростанням розуміння мови. Принциповий зміст цієї реакції полягає в тому, що рука рухається не за предметом, а по предмету

*На четвертому – шостому місяці* життя дитина вже в змозі сфокусувати погляд на предметах, розташованих майже на будь-якій відстані від неї; вона може стежити очима за їх пересуванням практично у будь-якому напрямі.

*До шести місяців* вона вже простягає руку відразу саме до того, що їй треба, і одночасно вчиться брати предмет. Одночасно з розвитком зорово-рухової координації формується хапання. Воно є першою спрямованою дією і свідчить, що в дитини почала формуватися здатність до різноманітних маніпуляцій з предметом.

*До семи місяців* координація між зоровим сприйняттям предмета і рухом до нього встановлюється швидко. Рухомі предмети, особливо яскраві, помітні, легко привертають до себе погляд дитини, який фіксується на них більш тривалий час, ніж на безбарвних і нерухомих.

Чутливість до кольору розвивається досить рано. Відчуття кольору відіграє важливу роль в житті дитини. Завдяки цій зоровій функції дитина здатна сприймати усе розмаїття кольорів в природі і мистецтві. Під час досліджень виявлено, що здатність розпізнавати колір уперше з'являється у дитини у віці 2–6 місяців. Колір фіксується візуально, і тривалий час залишається у свідомості. Він має велику емоційну виразність. Наприклад, червоні, помаранчеві, жовті кольори асоціюються з теплом. Зелені, блакитні, сині, фіолетові – з холодом. Окрім передачі відчуття тепла і холоду, колір активно впливає також на настрій .

Наприклад червоний колір збуджує і мобілізує, а зелений і блакитний - заспокоюють. розрізніння кольорів починається насамперед зі сприйняття червоного кольору. а здатність розпізнавати зелений і синій кольори зв'язані пізніше.

Якісь види зображень більше приваблюють дитину, якісь – менше. Дитина до року більше дивиться на зображення концентричної форми, приділяє більше уваги зображенням із зігнутих елементів, ніж з прямолінійних, більше зацікавиться переходом прямої лінії в зігнуту. Особливо дитину цікавлять зміни розмірів і просторової орієнтації окремих елементів зображення. На більших зображеннях і вертикальному розташуванні дитина зосереджує більше своєї уваги. Дитина також здатна відрізнити нове явище від первинного. Наприклад, коли дитині багато разів показують один і той самий стимул, він вже не цікавитиме дитину. Але варто тільки трохи змінити первинний стимул, як інтерес спалахує знову (приміром, якщо довго показувати червону кулю, а потім замість неї – червоний куб або кулю іншого кольору). Більшість дітей довше роздивляються новий стимул. Отже, дитина розрізняє різні кольори і форми, реагує на зміну кольору, відтінку, звуку, форми, траєкторії руху та ін. Це дає змогу вважати, що немовлята зорovo цілком орієнтуються в деяких параметрах зовнішнього середовища.

Органи смаку і нюху повністю функціонують з самого народження. Смакові рецептори розташовані на язиці, твердому і м'якому піднебінні, передніх відділах зіву та визначають чотири категорії смаку – солодке, солоне, гірке і кисле. Тільки язик має близько 4 500 смакових сосочків і кожен з них може мати до 40 смакових рецепторів. Стимуляція смаку в середньому мозку активує слиновиділення, ковтання і рух язика. Смакова інформація, контрольована декількома утвореннями лімбічної системи, визначає мотивацію дитини до їди і тамування спраги. Повне відчуття смаку координує з нюхом. Інші чинники, такі як текстура і температура, також впливають на суб'єктивні переживання дитиною смаку їжі, проте, коли нюх блокований, до 90% точних смакових відчуттів може бути втрачено. Слизовий шар носових ходів з ворсинчастим епітелієм визначає запахи і скеровує їх у нюховий нерв знизу лобової частки. До кінця першого місяця у дитини виробляється позитивний рефлекс на запах. До кінця третього місяця дитина розрізняє солодке, солоне, кисле і гірке, що видно по мімічних реакціях. Вона негативно реагує на сильні запахи, а деякі приємні аромати, такі як запах матері, приваблюють її. Повне розрізнення хороших і поганих запахів розвивається до 3 років життя. Розвинений нюх є дуже важливим як для потреб харчування, так і для розвитку прихильності і емоційної безпеки. Для дитини запах матері асоціюється з чимось безпечним і таким, що приносить задоволення. Шестиденна дитина вже здатна відрізнити запах своєї матері від запаху іншої жінки і віддає перевагу знайомим запахам (MacFarlane, 1978; Makin, Porter, 1989). Батькам і вихователям маленької дитини бажано робити все можливе для того, щоб нюхове середовище немовляти було стабільним, приємним і комфортним, не міняти дуже часто і без потреби мило, парфуми, пральні порошки тощо, що створюють оточення дитини. Перше знання про світ дитина отримує відразу ж після народження через дотики. Шкіра новонародженого – найголовніший орган чуття, за допомогою якого малюк сприймає все, що його оточує. Дотик є найбільшою сенсорною системою, що сильно впливає як на фізичну, так і ментальну

поведінку. Дотик формується раніше від усіх інших систем, ще в утробі матері, коли зір і слух ще тільки починають розвиватися. Фізичний контакт матері і дитини украй важливий для формування зв'язку між ними і для розвитку мозку малюка. Тому дотик є найважливішим для організації нервової системи в цілому. Здатність відчувати дотики – це одне з найрозвиненіших чуттів при народженні. Відчуття дотику починається від рецепторів, проходить спинним мозком, через стовбур у зорові бугри, потім у рухову частину кори – так дитина відчуває дотик (тиск, біль, гаряче, холодне). На обличчі набагато більше чутливих рецепторів, особливо навколо рота, далі – на руках і пальцях, потім на інших частинах тіла. Тактильна чутливість розвивається від голови до пальців нижніх кінцівок послідовно. Дотик за методикою масажу використовується при лікуванні як недоношених дітей, так і дітей різного віку від астми, діабету, раку, ювенільного артриту, проблем з харчуванням і психіатричних синдромів (Еліот). Торкаючись дітей з ніжністю і любов'ю, батьки забезпечують їм здоровий і нормальний розвиток. За допомогою дотиків дитина пізнає не лише маму, а й увесь світ, що оточує її, і робить вона це своєрідно – вона все тягне до рота. У новонароджених найбільшу тактильну чутливість мають кінчик язика і губи. Саме тому малюк будь-яку вкладену в його кулачок річ прагне затягнути до рота. Він допитливий і дуже хоче дослідити новий предмет, дізнатися про нього більше. Обсмоктування іграшки дає йому можливість оцінити її форму, розмір, щільність, смак і температуру. Пізніше дитина використовує кінчики пальців, вона торкається людей і предметів, щоб їх відчути і пізнати. Тактильні відчуття надають мозку таке знання про предмети, якого зір надати не в змозі. За відсутності тактильної стимуляції тіла нервова система, як правило, не може працювати збалансовано. Кожен дотик до шкіри посилає в мозок імпульс, стимулюючи розумові процеси.

Про слухову чутливість дітей відомо не дуже багато, проте є низка цікавих спостережень. До моменту народження дитина віддає чітку перевагу материнському голосу. Дуже маленькі діти виявляють цікавість до людей, що

говорять в їх оточенні. Маленькі діти вважають за краще слухати повільні, добре зрозумілі слова матусь, що вимовляються з чіткою і співочною інтонацією. Навіть зовсім маленькі діти лише за звуками можуть розрізнити предмети. М. Вертхаймер показав, що вже новонароджені дивляться у бік джерела звуку, пов'язавши його з наявністю чогось і сподіваючись щось побачити. Наприклад, дитина простягає ручку, щоб доторкнутися до джерела звуку, що знаходиться в темряві: вона сподівається схопити предмет, хоча має про нього тільки слухову інформацію. Уміння не просто чути, а прислухатися, зосереджуватися на звуці, виділяти його характерні особливості – дуже важлива здатність людини. Сприймаючи звуки, дитина орієнтується в довкіллі, спілкується з іншими людьми, обмінюється досвідом в ігровій, навчальній діяльності. Точний термін, коли у дитини з'являється слухова чутливість, встановити дуже важко. У перші два-три дні життя порожнини її середнього і внутрішнього вуха заповнені навколоплідним слизом, евстахієва труба не наповнена повітрям, а просвіт барабанної перетинки майже закритий набряклого слизовою оболонкою. Першими реакціями, що свідчать про те, що дитина відчуває звуки, є здригання повік, рук, мимовільні рухи лицьових м'язів і тулуба у відповідь на сильний удар біля самого вуха, грюкіт дверей, шум тощо. На десятий – дванадцятий день з'являється реакція на звуки людського голосу. На другому місяці звук голосу, музичні звуки (наприклад, скрипки) можуть спричинити в дитини навіть гальмування харчового і рухового рефлексів: дитина завмирає, почувши голос матері. На четвертому місяці вона не лише чує звуки, а й може локалізувати їх у просторі: повертає очі і голову у бік звуку. Після чотирьох – п'яти місяців у дитини виробляється реакція диференціювання звуків: дитина розрізняє голоси близьких людей. У другій половині першого року життя це диференціювання стає тоншим і точнішим: дитина розрізняє інтонації, з якими до неї звертається дорослий. У деяких місячних дітей можна спостерігати виразно різну реакцію на веселу і сумну музику, на різний темп і ритм. Істотним надбанням кінця першого року життя є



здатність до розрізнення звуків людської мови, передусім таких, як «па-па», «ба-ба», «да-да», «дати». Це – передумови майбутнього розвитку мовлення.

Вестибулярний апарат дозволяє підтримувати положення голови і тіла під час руху, а очам – утримувати поле зору при розгойдуванні і стрибках. Він розташовується у внутрішньому вусі і використовує напівкруглі канали для визначення повороту голови і отоліт для визначення лінійних рухів, положення тіла і нахилів голови. Вестибулярний апарат покладається на зрілість постуральних, пропреоцептивних, рухових здібностей і зору дитини. Відчуття балансу повністю дозріває до 7 років, а в деяких випадках, до статевого дозрівання.

### *Психоемоційний розвиток у ранньому віці*

Ранні емоційні стосунки з дорослими (і передусім – з батьками) сильно впливають на розвиток дитини. Порушення ранніх стосунків призводить до складнощів не лише в психоемоційному, але і когнітивному, мовленнєвому і навіть руховому розвитку дитини. Ця факт стає особливо важливим тоді, коли розвитку дитини загрожують хвороби або травми. Стосунки з близькими дорослими в цьому випадку можуть стати одним з визначальних чинників загального розвитку немовляти. Дорослі забезпечують своїх дітей безпечним, надійним і дбайливим ставленням. Вони захищають і оберігають своїх дітей, бавляться з ними, заохочують їх і самі отримують задоволення від спілкування з маленькою дитиною. Батьки можуть переживати широку гаму почуттів до своєї дитини:

- іноді вони гніваються на дітей, лають їх і водночас намагаються виправити ситуацію, щоб і дитина, і вони самі почувалися комфортно й упевнено.

Діти з самого раннього віку відгукуються на турботу і увагу батьків поглядами, посмішками, агуканням і лепетанням. Вони вступають в інтеракцію з батьками, досліджують своїх близьких і демонструють задоволення від спілкування. Між дорослими і маленькими дітьми виникає циклічна взаємодія взаємних «закликів» і «відгуків». Така безперервна

взаємодія дорослого і немовляти є важливою умовою для формування у дитини стійких уявлень про навколишній світ, про людей і про себе саму. Проте іноді для батьків виявляється складним підтримувати таку природну, циклічну взаємодію з немовлям у віці до одного року. Така ситуація може виникнути, з одного боку, якщо батьки не можуть виявляти адекватну турботу про дитину через власні психоемоційні, соціальні або інші причини і, з другого боку, якщо дитина не може адекватно (звичним для батьків способом) реагувати на сигнали та турботу батьків (наприклад, через хворобу або порушення розвитку). Порушення стосунків з дбайливими дорослими викликає тривогу в маленької дитини. Цю тривогу дитина переживає від народження до трьох років як важкий і нічим не пом'якшуваний дистрес. Природний процес розвитку дитини виявляється під загрозою, оскільки стан тривоги і відсутність адекватної підтримки з боку дорослих не дає дитині активно вивчати навколишній світ, експериментувати зі стосунками, мовленням, грою, що призводить до вторинної затримки розвитку експериментувати зі стосунками, мовленням, грою, що призводить до вторинної затримки розвитку.

#### *Ранні стадії психоемоційного розвитку дитини*

Швидкість і складність фізичних і психоемоційних змін у перші три роки життя дитини величезні. Різні автори пропонують різні способи періодизації раннього дитячого розвитку і опису змін, що відбуваються на кожній стадії цього розвитку. Ось одні із них.

Е. Ericson описує ранній розвиток дитини з погляду соціально-емоційних переживань і зв'язків: дитина в період від народження до одного року досліджує навколишній світ з погляду його стабільності, передбачуваності і безпеки для розвитку. Для гармонійного і максимально продуктивного розвитку дитини важливим є формування у неї почуття довіри до оточення на основі безпеки, яке Е. Еріксон назвав «базовою довірою до світу». Безпека і стабільність найближчого оточення надзвичайно важливі для дитини, оскільки її особистий розвиток потребує безлічі різних

експериментів як з об'єктами (іграшками, людьми), так і з почуттями. Стабільність дбайливого оточення допомагає дитині не згубити «орієнтири» в процесі експериментування, а відчуття безпеки надає їй впевненості у власних силах; у віці від одного до двох років дитина стає досить самостійною, щоб почати ходити, брати їжу і їсти, контролювати дефекацію. Цей час пов'язаний з «брудним» експериментуванням: дитина не лише бавиться в пісочниці і замурується – вона, замуруючись, освоює їжу і туалет. Прийняте в дорослому житті нашої культури засудження «брудного» і «брудного» налаштовує дитину цього віку до формування відчуття сорому. Автономія (самостійність) дитини обмежується її тривогою перед почуттям сорому. Діти з сильним відчуттям сорому можуть відмовитися від самостійності і вимагати присутності й уваги дорослих набагато більше, ніж потребують їх фізично; період від 2-х до 3-х років зазвичай характеризується великою рухливістю дитини, швидким розвитком її мовлення і гри. Дитина активно втручається в усі «дорослі» справи, отримуючи досвід «прийняття», коли дорослі приймають її у свої справи і розмови, і «виключення», коли їй відмовляють в спілкуванні. Велика активність дитини і розвиток її ініціативи сприяють формуванню відчуття провини. Це почуття формується через відсутність у маленької дитини розуміння того, яка саме її активність прийнятна і дозволена її оточенням, а яка – ні. Поступово досвід дозволяє дитині виробити свої уявлення про дозволене і недозволене. Дитина, оточення якої не має стабільних правил, дозволів і заборон, може почуватися розгубленою і через це відмовлятися від прояву ініціативи і відповідальності, з остраху перед провинною і покаранням.

Р. Шпіц запропонував розглядати деякі досягнення розвитку немовляти від народження до 18-ти місяців як індикатори здорового продуктивного розвитку. Цими індикаторами є: поява соціальної посмішки (посмішки людському обличчю) у віці 3-х місяців; поява страху (тривоги) через сторонню людину (незнайомця) у віці 8-ми місяців; поява жесту або слова «ні» у віці 18-ти місяців.

Багато дослідників дитячого розвитку (D.V. Winnikott, M. Male та ін.) вважають, що маленькі діти цілком залежні від своїх батьків (чи інших дорослих, які постійно опікуються немовлям) на початку життя (пре- і перинатальний період, а також в перші місяці після народження). Під такою абсолютною залежністю розуміють не лише потребу у фізичній турботі, без якої немовля може померти, а й також потребу в емоційній турботі і стосунках, які забезпечують (а пізніше – підтримують) розумовий і психічний розвиток. Важливою емоційною потребою немовляти є адекватна взаємодія з дорослим, що ним опікується, в період абсолютної залежності (від народження до одного року) тому, щоб з часом ці стосунки дозволяли дитині ставати дедалі більш незалежною. Під адекватною взаємодією в цей період треба розуміти здатність матері (чи іншого дорослого, який доглядає малюка) адекватно розпізнавати сигнали дитини, якими вона виражає ті чи інші свої потреби. Розуміння матір'ю сигналів дитини і своєчасне задоволення «заявлених» нею потреб дає дитині змогу краще усвідомлювати свої власні потреби і готує дитину до того, щоб самостійно піклуватися про себе. До 1,5–2 років дитина зазвичай уже сама може контролювати свою дефекацію, або узяти іграшку, що її зацікавила, або зняти мокрі штанці, що свідчить про настання періоду її відносної незалежності. Дослідження власної автономії дитини в її русі від абсолютної залежності до незалежності може набувати форм протесту. Сигнали дитини стають суперечливими, оскільки тепер вона одночасно хоче і задовольнити потребу в конкретній речі (чи їжі), і задовольнити потребу в самостійності. Дворічна дитина може справляти враження неслухняної, вередливої, протестуючої. Проте кінцевою метою такого розвитку є не руйнування зрозумілих і надійних стосунків з дорослими (які базувалися на абсолютній залежності), а переживання нових стосунків взаємозалежності – вміння вступати у відносини на основі довіри до себе і своєї самостійності в контексті надійних сімейних стосунків, коли прояви любові переважають над проявами невдоволення, злості, образи або

розгубленості (які є неодмінними супутниками самотійного досвіду дитини).

### *Ранні тривоги дитини (тривоги розвитку)*

Дитина на початку свого життя (а надто в перші місяці) вкрай беззахисна й вразлива у своєму стані абсолютної залежності. Піклування близьких дорослих для дитини є необхідним, щоб захистити її і від тієї шкоди, якої може завдати їй оточення (занадто холодне повітря або дуже сильний шум), і від тривог та незручностей, які з'являються усередині малюка (голод, страх, біль). Недостатня турбота або невдалі спроби проявити турботу (наприклад, коли піврічну дитину годують тоді, коли вона плаче не від голоду, а тому, що мокра) дають немовляті почуття непереборної незахищеності перед несвоєчасною або неприємною дією. Ще не знайома з тим фактом, що неприємності і страхи мають своє закінчення, дитина, сигнали і плач якої неадекватно зрозуміли дорослі, перебуває в тривожному стані, коли «немає ніякої надії». Цих ранніх тривог уникнути неможливо, оскільки навіть найтурботливіші дорослі, очевидно, не можуть досконало розуміти бажання немовляти і постійно перебувати поряд з ним. Водночас досвід переживання цих тривог (якщо вони не є постійним станом дитини), дає немовляті можливість випробувати і розвивати власні душевні та фізичні сили. Проте, для отримання саме позитивного досвіду переживання тривог, треба, щоби події, які спричиняють тривогу в дитини, були не занадто важкі для неї і досить передбачувані (наприклад, якщо дитина відчуває голод і може почекати декілька хвилин, то після цих кількох хвилин мати обов'язково повинна нагодувати її; чи, якщо немовля кличе матір і може почекати деякий час, вона обов'язково має підійти до нього впродовж цього часу). Час, протягом якого дитина може впоратися зі своєю тривогою очікування, поступово росте у міру розвитку дитини. Сильну тривогу дитини може спровокувати нестабільна поведінка та емоції батьків, коли дитина не може передбачити, в який момент і з яким настроєм з'явиться дорослий. Немовля може бути також налякане емоційним станом батьків, який не є адекватний

його власному стану, або почувати себе покинутим, коли батьки не вгадують чи ігнорують його бажання і потреби впродовж тривалого часу. Ця ситуація може виникнути, наприклад, у сім'ях, що виховують дітей з порушеннями розвитку, коли мати перебуває в стані дистресу чи депресії, а сама дитина, через особливості свого здоров'я або розвитку, подає надзвичайно слабкі або дуже незвичайні сигнали, що їх дорослі не можуть зрозуміти і сприйняти адекватно. В обставинах надзвичайної тривоги немовля використовує свій власний, досить примітивний захист, який в певному сенсі, проте, оберігає його. Цей захист можна помітити в поведінці тримісячної дитини, коли вона, наприклад, відвертається від матері і не дивиться в очі (можна припустити, що прямий зоровий контакт такій дитині здається непередбачуваним і небезпечним, тому що в очах матері вона бачить занадто велику тривогу, розгубленість або страх за її здоров'я і життя). Дитина може вчитися стримувати свою потребу в прив'язаності і намагатися якомога менше тривожити дорослих, розвиваючи передчасну здатність до самозаспокоєння (однорічна дитина, наприклад, у тривожній ситуації може вважати за краще смоктати палець або ритмічно розгойдуватися, а не просити розради у мами). Коли дитина довго плаче або тривалий час перебуває в дискомфорті та не знаходить розради й турботи, вона може відчувати розрив, роз'єднання, втрату зв'язку з оточенням. Про те, що сталася така дисоціація, відокремлення, дитина може демонструвати всім своїм тілом: воно стає млявим, покірним, байдужим до турботи (наприклад, мама бере піврічну дитину на руки і гойдає, а вона не тулиться і не дивиться на неї) або до незручностей (це можна помітити, коли мати сповиває дитину, завдаючи їй певних незручностей, а вона взагалі не реагує на них). У цьому стані млявості, байдужості до оточення дитина певною мірою позбавляється й тривоги: наслідком байдужості до навколишнього світу є й байдужість до тривог, що їх приносить навколишній світ.

*Емоційна регуляція немовлят.*

Дітям у віці до 3-х років властиво експериментувати зі своїми емоціями. Коли дбайливі дорослі перебувають поруч з дитиною, вони можуть точно помітити наростання збудження у немовляти і допомогти йому відрегулювати свій стан (наприклад, заспівати тиху колискову чотиримісячній дитині, яка є занадто збуджена після гри з водою у ванночці). Якщо ж батьків немає поруч, дитина може відчувати, що емоції переповнюють, поглинають її. Впродовж тривалого часу, допоки дитина не опанує функцію контролю за своїми емоціями (до 1,5–2 років, а у вкрай емоційних ситуаціях і довше – іноді до шкільного віку), стримувальну, пом'якшувальну функцію беруть на себе батьки. Їхня здатність контролювати і допомагати дитині регулювати емоції вельми залежить від того, до якої міри вони можуть розглядати свою дитину як окрему особу зі своїм власним розумом, емоціями і почуттями. Розвиток дитини змушує її стикатися з ситуаціями, які неодмінно спричинять у неї афективну реакцію, тому що є новими і незрозумілими їй. Батьки впродовж перших місяців життя дитини залишаються основним ресурсом для подолання складних емоційних ситуацій і опанування дитиною своїх емоцій. Досвід делікатної батьківської підтримки в приборкуванні почуттів малюка дозволяє дитині вчитися варіювати інтенсивність власних емоцій і переживати їх так, щоб вони не поглинали її цілком.

#### *Розвиток самостійності маленької дитини*

Маленька дитина на першому році свого життя проходить у своєму психоемоційному розвитку значний шлях від дуже близьких стосунків з людиною, яка за нею доглядає (з матір'ю), до набагато більш різноманітних і не таких замкнутих стосунків з багатьма людьми. Крок за кроком вона розширює своє уявлення про себе і матір як про окремих осіб, поступово відділяючи «себе» від «не себе». Віддаляючись від матері, малюк знаходить довкола себе простір, повний іграшок, звуків, речей і людей, який він хоче і може досліджувати та пізнавати. Деякі з цих іграшок або речей (м'які ведмедики і зайчики, подушечки і ковдрочки) стають на якийсь час його

супутниками, розрадниками і заспокоювачами. Їм дитина ніби передає деякі важливі функції (заспокоєння, розради), які раніше залежали лише від матері. Такі утішители-забавки стають для маленької дитини підтримкою під час переходу з її повної залежності від материнської регуляції її емоцій і переживань до саморегуляції, коли дитина сама стає в змозі забезпечувати свою душевну рівновагу. Забавки і предмети (улюблена ковдрочка, в яку можна завернутися, коли сумно, або ведмедик, вушко якого можна смоктати, коли втомився, тощо), які допомагають дитині від одного до двох–трьох років у такому емоційному дорослішанні, називаються перехідними об'єктами. Вони, разом з заспокійливими та спонтанними іграми, що відновлюють сили дитини, утворюють перехідний простір, в якому дитина може безпечно та поступово плекати свою самостійність. Простір, наповнений перехідними об'єктами, іграми, власними думками і фантазіями дитини, відповідає її потенційній здатності відчувати себе незалежною та креативною. Дитина в півтора–два роки все ще дуже потребує матері, і так само сильно вона потребує безпечного простору для власних самостійних експериментів. Переживаючи досвід незалежності та самотності у присутності матері (наприклад, самостійно бавлячись певний час або спілкуючись зі сторонньою людиною так, ніби матері поруч немає, але знаючи, однак, про її присутність), дитина використовує моцний простір, що звільнився від стосунків первинної близькості (майже злиття) з матір'ю, як перехідний для тренування своєї майбутньої незалежності. Розширення такого перехідного простору, а отже, і позитивний досвід самостійності (емоційної та фізичної) залежать від здатності матері до толерантного ставлення до самостійності дитини. Ця толерантність стосується здатності матері надавати дитині допомогу там, де вона дійсно її потребує, і не втручатися в її дослідження навколишнього світу у сферах, доступних і безпечних для її самостійних дій і ідей. Дослідження фізичного простору і дослідження власних почуттів (любові, ненависті, сорому, тривоги, агресії) відбуваються в емоційному просторі, що розширюється з розвитком дитини.



Такий емоційний простір відіграє роль переходу від злиття з матір'ю до міжособистісних стосунків з різними людьми у реальному світі, який не настільки передбачуваний та емоційно безпечний для дитини, як світ її дбайливого оточення. Тривога матері з приводу здоров'я дитини (чи надмірна власна особистісна тривожність) може суттєво вплинути на її здатність підтримувати самостійність дитини і знизити тенденцію перехідного простору до розширення у міру зростання і розвитку дитини. Матері маленьких дітей із затримками або порушеннями розвитку можуть хворобливо переживати розширення ігрового та комунікаційного простору дитини, оскільки вони стурбовані тим, що дитина страждатиме, якщо залишиться без їхньої постійної уваги і підтримки. Освоюючи навколишній світ і розширюючи простір своєї активності від дуже тісних відносин з матір'ю, яка завжди оберігає своє дитя, до більш відкритих стосунків з оточенням, дитина вступає в процес сепарації-індивідуалізації. Тодлери (діти у віці від початку ходіння до трьох років) переживають час, коли вирішується внутрішній конфлікт дитячої душі: є потреба і бажання самостійності, з одного боку, та бажання бути маленьким і залишатися поряд з матір'ю – з іншого. Цей вік вважають кризовим, а діти тоді дивують своєю активністю, капризами і неслухняністю. Зростаюча здатність дитини володіти своїм тілом і своїми емоціями стає для неї одночасно і задоволенням, і основою для конфлікту з батьками. Цей конфлікт стає очевидним, коли дитина починає експериментувати не лише з забавками, їжею і домашніми предметами, а й з почуттями любові і ненависті, примушуючи своєю поведінкою турботливих дорослих то захоплюватися і розчулюватися, то гніватися та обурюватися, то зневірятися і відчувати тривогу. Переживання самої дитини стають чимраз багатограннішими, і вона намагається будувати з людьми багаті на почуття різноманітні стосунки. Здатність батьків толерантно ставитися до дитини в тих непростих ситуаціях, які вона постійно створює через своє прагнення до самостійності, є

центральною ланкою в допомозі дитині освоїти вміння усвідомлювати і контролювати свої емоції.

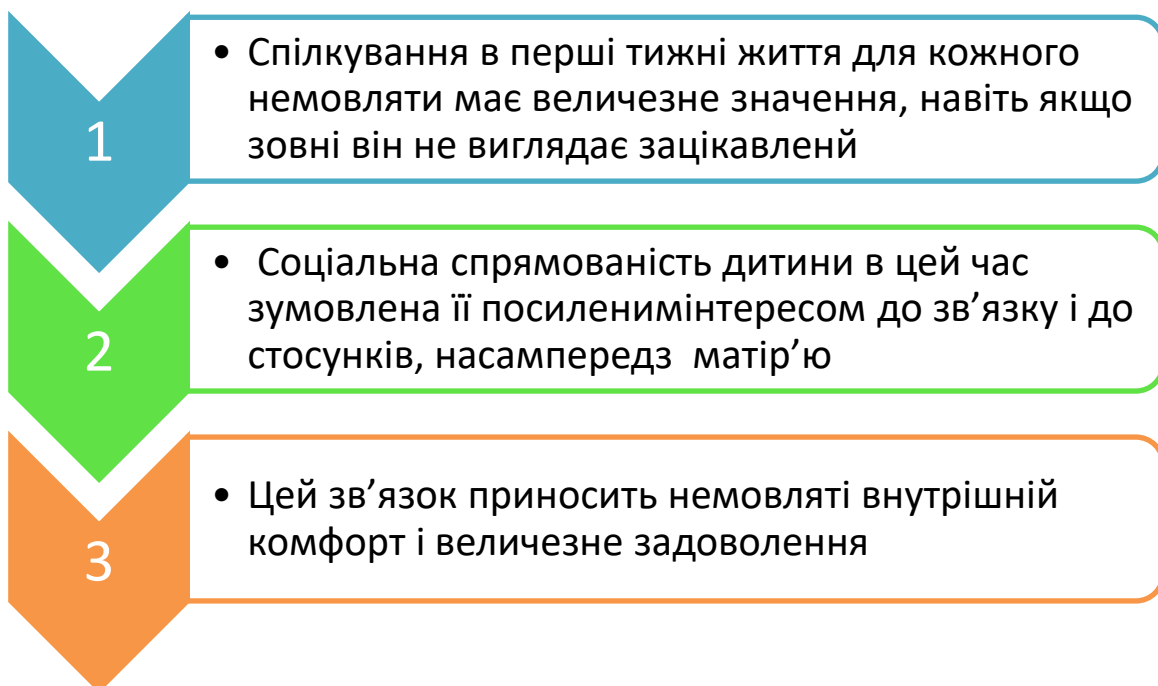
### *Здатність немовляти будувати стосунки з дорослими*

У новонародженої дитини існує специфічна сприйнятливність до почуттів людей, що оточують її, і до емоційного тону взаємодії з тими з них, хто безпосередньо доглядає за нею. Немовля входить у світ, базуючись на ефективній взаємодії з оточенням. Дитя має специфічну мотивацію до відповіді і до комунікації з почуттями і проявами інших людей. Після декількох перших тижнів, коли немовля і його батьки звикають одне до одного, дитина виявляє активне бажання спілкуватися з іншими людьми (зокрема й зі сторонніми), залучаючи їх до спілкування. У цей час емоції і почуття, виражені на обличчях батьків, є найбільш сильним стимулом для дитини. Вона стежить за обличчям і почуттями матері, простежуючи зв'язки між емоціями, їх вираженням, подіями, поведінкою.

Важливим моментом для розвитку дитини в перші тижні життя стають взаємні «вдивляння» дорослого і немовляти в обличчя одне одному, а також лопотіння і агукання, що становлять «діалог». Дитина може як ініціювати певну послідовність інтеракцій, так і завершити її (наприклад, відвернутися або заспокоїтися, стишитися).

Батьки природно пристосовують інтонації і ритм своїх голосів до ритму дитини. Вони рухаються і говорять в тому темпі, який «задає» малюк, показуючи, що саме викликає у нього спокій і задоволення. Батьки інтуїтивно шукають можливості і ведуть первинну, примітивну «прото»-розмову з немовлям, особливу форму спілкування з дитиною («воркування», «агукання», бесіда, жестикуляція тощо), яка привертає увагу дитини, посилює її переживання від спілкування і, зрештою, фасилітує соціальну інтеракцію і мовне спілкування. Особливо важливою стає роль батьків у «прото»-розмові у тих випадках, коли власна здатність дитини індукувати комунікацію змінена через порушення міміки, зору чи інтелекту. Активність батьків та їхня здатність виявити і використати саме ті комунікаційні

сигнали, на які відгукнеться немовля, стає першочерговою умовою початку комунікації. Отримуючи від матері відгук на свої сигнали, дитина намагається зробити ці сигнали якомога яскравішими та зрозумілішими для матері, оскільки вона має позитивний досвід задоволення своїх потреб матір'ю, яка розуміє своє дитя. Діти з проблемами здоров'я і розвитку та їх матері можуть опинитися у важкій ситуації, пов'язаній з незрозумілістю сигналів дитини і, отже, з неадекватністю материнського відгуку. Наприклад, двомісячна дитина з порушеннями зору може плакати і повертатися до матері вушком (оскільки звукове сприйняття для неї є важливішим за зір), у такий спосіб демонструючи своє бажання опинитися в неї на руках, але мати може розцінити цей сигнал як небажання тісного контакту, оскільки бачить, що дитина відвертається від неї (відвертає своє обличчя, що традиційно розглядається в нашому суспільстві як ухилення від контакту).



**Рис 1.5 Соціальні зв'язки дитини**

Дитина намагається активно відповідати на таку взаємодію, що дозволяє їй розпізнавати і виділяти голос матері, її обличчя, її запах з самого народження. Згодом, в середині першого року, дитина вже демонструє свої емоційні переваги, спрямовуючи свої найбільш «сяючі» посмішки матері,

батьку, братам і сестрам, якщо вони позитивні, добрі і дбайливі в стосунках з нею.

У другій половині першого року життя дитина починає активно використовувати свої базові (ті, що склалися в перші місяці життя) стосунки з матір'ю та здатність бути з нею в діалозі. Вираз обличчя матері, її емоції та поведінка – це те, що дитина використовує, коли намагається робити висновки про інших людей довкола, безпечність спілкування з ними, приймаючи рішення про розширення власного кола знайомств. Немовля від шести місяців і до одного року та його мати мають ніби «спільну увагу» до оточення, яка допомагає дитині усвідомити, що інші люди теж мають емоції, почуття, думки як щодо неї самої, так і щодо інших, абсолютно від неї не залежних приводів. Поступово дитина чимраз менше звертається за емоційною «підказкою» до матері, вважаючи за краще більш самостійно вивчати оточення і думати про нього. «Спільна увага» до оточення, вкрай важлива для розвитку дитини, може бути ускладнена у разі, коли в малюка є порушення здоров'я. Ця складність може бути пов'язана з тим, що батьки, важко переживаючи проблему своєї дитини, відмовляють собі в широких соціальних контактах, тим більше в спільних контактах з дитиною. Це тісно пов'язано з питаннями переживання батьками горя з приводу народження дитини з порушеннями, соціальної стигматизації та проблемами інтеграції й нормалізації життя сім'ї.

## **1.2 Денверська модель раннього втручання (ESDM) дитини**

Модель Денвера раннього втручання (ESDM) широко використовується у світі та показує високу продуктивність методології допомоги дітям з аутизмом та РАС. Основою цієї методики є стратегії, які перетворюють майже будь-які повсякденні справи, процедури та моменти режиму на ефективні методи взаємодії ігор, спілкування та навчання. Стратегії не вимагають спеціальних знань від батьків та спеціального обладнання для занять з дітьми: у вас вже є все необхідне! Унікальність

методики полягає у її дієвості: вона реально допомагає долати труднощі дитини з аутизмом, оскільки включає стратегії, які трансформують практично будь-які повсякденні справи, процедури та режимні моменти в ефективні техніки ігрової взаємодії, спілкування та навчання дитини з РАС.

Ця методика, спрямована на використання стратегії Денверської моделі раннього втручання, адаптовані спеціально для батьків дітей з інвалідність та дітей з різними порушеннями та особливостями розвитку, допомогти своїй дитині справлятися з наявними труднощами та крок за кроком переходити на нові щаблі навчання, спілкування та оволодіння соціальними навичками. Адже за допомогою гри дорослі можуть допомагати дитині цілісно і повноцінно розвиватись, таким чином дорослі і діти беруть активну участь в навчальному процесі і дитина відчуває тепло та підтримку батьків, їхні стосунки виходять на новий, більш якісний рівень; підтримки та довіри.

Робота полягає в комплексному підході раннього втручання для дітей з аутизмом та РАС у віці від 12 до 48 місяців. Програма передбачає план розвитку, що визначає навички, якими дитина має оволодіти у будь-який зручний час, а також набір навчальних процедур, які використовуються для вивчення даного матеріалу. Цей навчальний-розвивальний план не прив'язаний до конкретного освітнього середовища: він може бути реалізований командою фахівців або батьками у форматі групових чи індивідуальних занять як в кабінетних умовах, так і вдома у дитини (природне середовище) так звані домашні візити. Але самі продуктивні і результативні заняття відбуваються на домашніх візитах в природному середовищі дитини (дома, на майданчику, в магазині, тощо)

Психологи Sally Rogers Geraldine Dawson розробили Денверську модель раннього втручання як розширену та доповнену версію Денверської моделі. Ця програма раннього втручання інтегрує модель розвитку, орієнтовану на побудову взаємовідносин із вже перевіченими методами навчання, описаними у прикладному аналізі поведінки терапії (АВА).

ESDM-програма побудована так, щоб максимально залучати дитину і викликати у неї позитивні емоції, і водночас систематично навчати навичкам у природній ігровій взаємодії. Деякі навички відпрацьовуються на підлозі під час інтерактивної гри, інші – за столом з акцентом на більш структуровану діяльність. По мірі того як дитина розвиває соціальні навички, до терапевтичної сесії залучаються однолітки або брати/сестри, щоб розвивати взаємні стосунки. Програма ESDM може проводитися в домашніх або амбулаторних умовах, а також у рамках програми «від нуля до 3-х» (birth-tothree) або програми дошкільного розвитку.

*Якою є інтенсивність більшості програм ESDM?*

Програми ESDM зазвичай потребують від 20 до 25 і більше годин на тиждень. Сім'ї також повинні користуватися стратегіями ESDM у повсякденному житті.

*До її основних характеристик належать:*

- Природне застосування поведінкової аналітичної стратегії.
- Орієнтацію на нормальну послідовність розвитку.
- Глибоку і всебічну участь батьків. 59 Перші 100 днів
- Фокус на міжособовому обміні й позитивних емоціях.
- Загальні заняття спільною діяльністю.
- Навчання мовленню і комунікації у рамках позитивних взаємин.

Денверська модель раннього втручання є єдиною всеосяжною моделлю раннього втручання, ефективність якої була підтверджена вибірковими клінічними випробуваннями для роботи дітьми з аутизмом у віці 18 місяців. Вона була визнана ефективною для дітей з РАС з різними стилями навчання і здібностями. На сьогодні день це єдиний науково-доказовий метод роботи з дітьми який працює в Україні понад 10 років і успішно розвивається та поширюється різними містами України.

*Принципи моделі (ESDM)*

– Дорослий здатний адекватно реагувати на збудження та емоційний стан дитини. Найкращий показник – коли за якийсь час взаємодії з дитиною дорослий може контролювати збудження, яке змінюється. Тобто коли дитина починає голосно говорити, підстрибувати тощо. Тоді, наприклад, можна запропонувати робити якісь моторні дії: щось намалювати чи написати, змінити вид діяльності. Не слід, наприклад, пропонувати працювати один з одним у такій ситуації.

– Якість спільної взаємодії. Це – про те, що дорослий разом з дитиною може брати участь в спільній взаємодії, що допомагає закріпити навички які формуємо, таким чином у дитини ростуть навички адаптації.

– Вплив дорослого на мотивацію, аби привернути увагу дитини до заняття. Наприклад, якщо ми вивчаємо та закріплюємо навички або щось формуємо в дитини дорослі разом з фахівцями вигадують творчий контекст, аби дитині було легше засвоїти інформацію і щоб їй було цікаво.

– Вміння підкріплювати ініціативу дитини. Якщо ми даємо дитині певне завдання, в якому дитина може проявити свої здібності, важливо помітити, що їй вдалося й похвалити і підкріпити кінцевий результат.

– Чутливість дорослого до комунікативних сигналів дитини. Йдеться про емоційний відгук. Такі як: “О, так, це цікаво, я тебе чую, підтримую тебе”. Але не треба говорити: “О, який ти молодець, на тобі цукерку” – тоді дитина орієнтується тільки на отримання задоволення, а не на основне. Орієнтація на основне – це коли я відчуваю задоволення від того, що щось відбулося.

– Розуміти завдання розвитку дитини. Для цього треба мати індивідуальну програму розвитку й, виходячи з цього, розуміти, як будувати та підтримувати комунікацію.

– Батьки та фахівці мають помічати динаміку, якщо змінюється атмосфера в родині. Якщо в родині з'явився негаразди, неприйняття,

соромлення, фахівці разом з батьками повинні розібратись, що відбувається і що потрібно змінити або вирішити ці питання.

– В роботі з дітьми треба багато разів повторювати щось, аби навичка закріпилася. Наприклад, є навичка, яку потрібно навчитись і закріпити тому ми в формі ігри розробляємо маршрут формування навички і таким чином декілька разів програємо схожі за принципом завдання.

– Давати підкріплення спроб. Підкріплення має бути напряду пов'язане з реакцією або поведінкою дитини. От дитина щось зробила, і ми не після уроку, а одразу намагаємося звернути увагу, похвалити, підкріпити.

– Не чекати від дитини постійного ідеального виконання всіх завдань.

– Чергувати нові знання й навички з тим, що вже здобуто, щоби дитина відчувала свою успішність.

– Давати інструкції і стимули чітко. Також можна давати візуальну підказку.

– Діяти по черзі – постійно ділити владу в процесі взаємодії. У кожного учня має бути можливість ввести щось у процес, щось запитати.

– Упевнитися, що завдання включені до завдань розвитку дитини, що вона це може і що вона це сприйняла.

Хто проводить заняття ESDM? Терапевт, що працює за даним методом, може бути психологом, поведінковим психологом, ерготерапевтом, логопедом, спеціалістом з раннього втручання. Важливо, щоб він пройшов навчання та здобув спеціалізацію з методу ESDM. Батьки також можуть навчитися стратегіям ESDM. Залученість батьків – важлива частина програми ESDM. Адже батьки є найкращими фахівцями для дитини. Якщо ваша дитина проходить ESDM-терапію, інструктор сформує стратегії для домашнього використання і пояснить їх.



## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

#### 2.1 Аналіз методик дослідження розвитку дітей раннього віку

Ранній дитячий вік охоплює період від 1 до 3 років і є одним із ключових у житті дитини. У ранньому віці продовжується інтенсивний фізичний розвиток дитини, але темпи його уповільнюються.

- подальше зростання молочних зубів, перші з яких з'явилися ще в немовлячому періоді, може викликати тимчасове пригнічення життєдіяльності малюка, дратівливість.
- оволодіння ходою значно розширює можливості дитини взаємодіяти з навколишнім середовищем.
- він характеризується новою соціальною ситуацією розвитку, оскільки на цьому етапі її життя провідною стає предметно-маніпуляційна діяльність, яка замінює емоційне спілкування з дорослими.



**Рис. 2.1. Вплив фізичного розвитку на психіку дитини.**

Особливе значення раннього дитячого віку полягає в тому, що він безпосередньо пов'язаний із ходьбою. Здатність до переміщення, будучи фізичним надбанням, має відчутні психічні наслідки. Завдяки їй дитина починає вільніше та самостійніше спілкуватися із зовнішнім світом. Ці зміни виявляються у прагненні дитини до емансипації – прагненні до відокремлення від дорослого. Так, оволодівши ходінням, дитина стає більш самостійною починає виконувати засвоєні дії вже без участі чи прямої допомоги дорослого. Відбувається переключення інтересів зі світу дорослих на світ предметів.



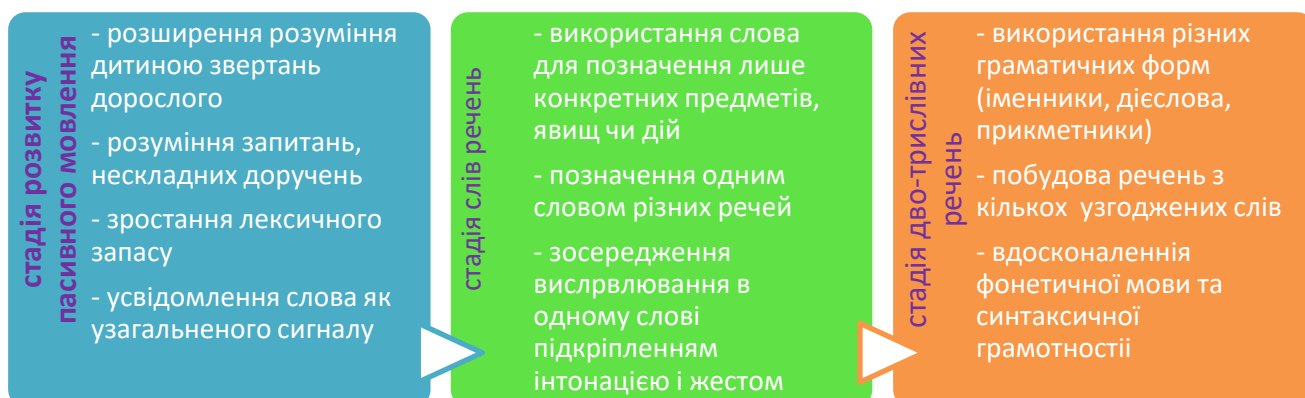
**Рис. 2.2. Динаміка спілкування дитини раннього віку з ровесниками.**

Дворічні діти ще не спроможні грати разом в ігри з правилами. Приблизно в трирічному віці виникає рольова гра дітей, яка спочатку має епізодичний нестійкий характер. Потім переростає в предметно-маніпулятивна діяльність: – система дослідницьких дій, маніпуляцій дитини з предметами, спрямована на вивчення їх функціонального призначення. Впродовж всього вікового періоду спостерігається певна динаміка предметно-маніпулятивної діяльності переддошкільника.



**Рис. 2.3. Стадії розвитку предметних дій дитини.**

Ранній дитячий вік є сенситивним періодом для розвитку мовлення, оскільки саме в цей час оволодіння мовою є найефективнішим. До трьох років дитина оволодіває мовленнєвим диханням, засвоює майже всі звуки рідної мови. У ранньому віці виникають ситуативна та описова форми мовлення. Особливо помітного розвитку досягають такі функції мовлення, як комунікативна, пізнавальна, узагальнююча, регулююча. Її словниковий запас становить 1200-1500 слів, вона використовує поширені речення, що свідчить про опанування основ синтаксису, виявляє активність в мовному спілкуванні з дорослими та дітьми, оволодіває експресивно-мімічними діями.



**Рис. 2.4 Стадії розвитку дітей**

У спілкуванні дитини переважає ситуативне мовлення, що приходить на зміну жестикуляторному. Хоча в ньому зберігається значний вміст жестів та міміки, проте зростає доля вербальних компонентів, міцно пов'язаних з оточуючою ситуацією.

Ситуативне мовлення водночас є діалогічним, утворюється з взаємопов'язаних реплік малюка й дорослого. Характерна структура мовленнєвої взаємодії - питання-відповідь; пропозиція-виконання; прохання-реалізація тощо.

Зміцнюється зв'язок мовлення із іншими пізнавальними процесами. У 2-3 роки дитина коментує свої дії з предметами у грі та поза нею (машинка їде, чашка впала), називає сприймане, повторює і запам'ятовує віршики, скоромовки; мовлення допомагає розрізняти ознаки предметів та предмети між собою: ця лялька велика, а ця маленька, тут багато іграшок, а тут - мало. Все це дає підстави для висновку, що зароджується описове мовлення.

Провідною функцією мовлення дитини виступає комунікативна, що змінюється за такими етапами.

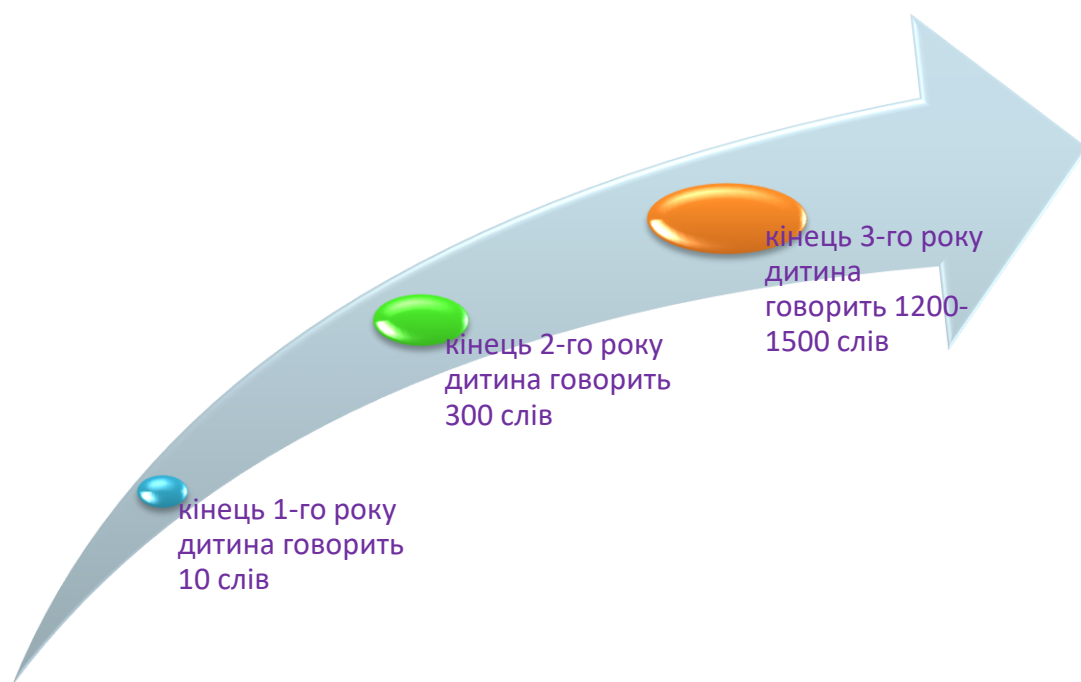
Звертання до дорослого заради оволодіння предметом; якщо спроби вплинути на дорослого невдалі, то вони можуть переростати у крик, плач.

Прагнення привернути увагу дорослого до своїх дій з предметами.

Центр ситуації переноситься на володіння словом як засобом звертання до дорослого. Дитина придивляється до артикуляції дорослого, вимовляє необхідне слово - назву предмету, яка одночасно пізнає і відповідну дію дорослого з цим предметом мається на увазі.

Наприкінці раннього віку удосконалюється морфологічна структура мовлення – з'являються відмінкові закінчення, дієслівні часи, множини тощо. Основною частиною активного словника дитини кінця раннього віку є іменники (до 60%), дієслова (25%), прикметники (близько 12%). У другій половині 2 р.ж. є поява перших дво- чи трислівних речень. В кінці періоду малюк стає спроможним формулювати речення різного типу – розповідні, запитальні, окличні. Егоцентричне мовлення – розмова дитини з собою –

засіб впливу на власну поведінку, організатором її власних дій. Кінець раннього віку також сприятливий для білінгвізму - одночасне оволодіння дитиною двома мовами. Вивчення впливу паралельного засвоєння дитиною двох мов на психіку переддошкільників показало, що діти спочатку можуть дещо відставати у розумовому розвитку від ровесників через подвійне навантаження на психіку в зв'язку з оволодінням двома мовами одночасно. Згодом, коли базові лексичні системи засвоюються дитиною, вона демонструє кращі розумові можливості, ніж ровесники. Однак це стосується лише вивчення дітьми цього віку двох, а не більшої кількості мов.



**Рис. 2.5. Зростання активного словника дитини впродовж раннього віку**

Ранні ознаки аутизму та інших РАС можуть виявлятися в перші роки життя дитини, але часто й у значно пізнішому віці через варіабельності проявів. Для РАС характерна тріада порушень: стереотипні дії, проблеми зі спілкуванням і нездатність взаємодіяти з соціумом. За даними статистики, одна дитина зі 160 страждає на розлади аутистичного спектру. Клінічні прояви та вираженість різних симптомів варіюються залежно від різновиду порушення та ступеня його тяжкості. РАС можуть виявлятися в перші роки життя дитини, але часто й у значно пізнішому віці через варіабельності проявів. Відповідно, рання діагностика дитячого аутизму або РАС нерідко

ускладнюється, і може виникнути необхідність повторного тестування через деякий проміжок часу.

- кладності під час спроб підтримувати діалог;
- монотонне повторення однакової дії;
- нездатність підтримувати зоровий контакт;
- надмірна прихильність до незвичайних предметів;
- ледь помітне або недоречне застосування жестикуляції під час спілкування;
- поганий розвиток мовних навичок (не говорить зовсім або дуже мало);
- підвищена чутливість до звуків, спалахів світла, запахів тощо;
- складності з координацією рухів;
- відсутність контакту з іншими дітьми чи дорослими;
- кладності під час спроб підтримувати діалог;
- монотонне повторення однакової дії;
- нездатність підтримувати зоровий контакт;
- надмірна прихильність до незвичайних предметів;
- ледь помітне або недоречне застосування жестикуляції під час спілкування;
- поганий розвиток мовних навичок (не говорить зовсім або дуже мало);
- підвищена чутливість до звуків, спалахів світла, запахів тощо;
- складності з координацією рухів;
- відсутність контакту з іншими дітьми чи дорослими;

Описати з точністю поведінку дитини з аутизмом або іншими РАС складно, оскільки в кожному конкретному випадку прояви будуть різними. Саме тому будь-які з вищеописаних ознак або їхнє поєднання повинні ставати приводом для звернення до фахівця, який здійснює ранню діагностику розладів аутистичного спектру у дітей. Своєчасне виявлення порушень розвитку та якнайшвидший початок корекції забезпечать хороші показники соціалізації та адаптації дитини. За допомогою сучасних методів тестування на початковому етапі можна виявляти такі порушення, пов'язані з

РАС, як синдром Аспергера, синдром Каннера, атиповий аутизм, високофункціональний аутизм, аутистична психопатія, дитячий дезінтегративний розлад і шизоїдні розлади дитячого віку.

Збір інформації про рівень розвитку комунікативних навичок дитини з аутизмом має відбуватися в кілька етапів:

- інтерв'ювання батьків
- спостереження за поведінкою дитини в комунікативному середовищі
- стандартизована процедура оцінювання комунікативно-мовленневих навичок.

Найперший скринінг який проводять у ранньому віці це шкала «Абгар». Скринінговий інструмент для оцінювання загального розвитку дитини «ASQ-3». Тест «CASD», опитувальник для батьків як що є підозри на аутизм. Тест «ADOS». «ADI-R»-тест. Опитувальник «PEP-3». І так звані «Червоні прапорці». Усі методики скринінгів проводять фахівці РВ та лікарі, але тест «ADOS», «ADI-R»-тест, тест «CASD», можна пройти он лайн, таким чином батьки можуть прийти до лікарів або фахівців РВ вже з готовим результатом за рекомендаціями. Ще батьки можуть перевірити розвиток своєї дитини за допомогою таблиці – скринінг «Червоні прапорці». Але як показує практика краще усі скринінги проводити з людьми які розуміються на цих тестах, щоб зроби правильну оцінку розвитку та можливостей дитини.

*Шкала «Апгар»* Шкала Апгар була винайдена в 1952 році акушеркою Virginia Apgar, щоб швидко оцінювати стан дитини після пологів і визначати необхідність та обсяг реанімаційних заходів. З того часу було багато спроб удосконалити або яось видозмінити цю систему оцінки новонародженого. Але всі методики визначення стану малюка, так чи інакше, зводилися до первісної системи.

Оцінка за шкалою Апгар включає в себе 5 показників:

- частота серцевих скорочень;
- дихання;

- колір шкірних покривів;
- м'язовий тонус;
- рефлекси.

Кожен з цих критеріїв можна оцінити в 0,1 або 2 бали. Таким чином, максимальна оцінка за всіма 5 ознаками становить 10 балів. Мінімальна оцінка, відповідно, 0 балів. Оцінка за шкалою Апгар проводиться лікарем-неонатологом, який оцінює життєдіяльність новонародженого у перші хвилини життя. Цей скринінг проводять два рази: до кінця першої хвилини життя дитини і повторно на п'ятій хвилині.

Багато фахівців світового рівня пропонують удосконалити цю систему і, в разі низьких оцінок після перших двох вимірів, продовжувати оцінювання кожні 5 хвилин аж до нормалізації стану дитини. Але в основному враховуються тільки перші дві оцінки протягом 5 хвилин життя новонародженого. Важливе значення має позитивна динаміка в оцінці стану, коли результати оцінювання змінюються від більш низьких до більш високих. Погану прогностичну ознаку має негативна динаміка. Також дуже важливою для прогнозів є друга оцінка за шкалою Апгар, тобто оцінка на п'ятій хвилині життя.

А - активність фізична, м'язовий тонус

2 б.- присвоюється малюкові якщо він енергійний, активно рухає ручками та ніжками; 1 б.- дають малюкові у якого мало активні рухи; 0 б.- рухи слабкі або повністю відсутні.

П - пульс, частота роботи серця

2 б.- при серцебитті понад 100 ударів в хвилину, 1 б.- при нестачі кисню внутрішньоутробно або під час пологів, 0 б.-серцебиття відсутнє.

Г - гримаси / рефлекси

Перші рефлекси, які виникають у новонародженого, це перший крик і зітхання. Рефлекси смоктальний і ковтальний дають можливість дитині сповна насолодитися материнським молоком. Ще одні рефлекси, це можливість ходити і повзати, якщо покласти малюка на живіт і м'яко



підштовхнути ніжки і п'ятки, він зможе проповзти, і в той же час взявши малюка попід пахви можна спробувати зробити перші кроки. Якщо ці рефлекси у малюка присутні, йому присвоять 2 б., якщо ж рефлекси слабкі, тоді буде поставлено - 1 б, і звичайно буде встановлено 0 б. - якщо вони будуть повністю відсутні.

### **A - колір шкіри**

Правильний відтінок шкіри, якому присвоюється 2 б. - це від блідо рожевого до яскраво рожевого. Якщо у малюка ручки і ніжки синюватого відтінку - 1 б, але якщо малюк має блідий або синюватий відтінок шкіри, йому поставлять 0 б.

### **R - респіраторні рухи дихання малюка**

Визначають по крику малюка. Якщо закричав відразу і голосно, оцінка - 2 б; якщо крик не голосний, а дихання нерегулярне, уповільнене - 1 б; крик і дихання відсутні - 0 б.

Можна діагностувати проблеми ще внутрішньоутробно та заздалегідь передбачити і запобігти виникненню можливих проблем у малюка. Тому мамам не варто нехтувати обстеженнями під час вагітності.

Діти, які отримали оцінки за Апгар менше 7-6 балів, потребують проведення реанімаційних заходів. Важливу роль відіграє своєчасне надання відповідної допомоги. Це може бути застосування кисню за допомогою маски або інтубація трахеї, введення препаратів для поліпшення серцевої діяльності та інші медичні заходи, спрямовані на покращення стану дитини.

Існують певні критерії виписки новонароджених. Якщо дитина має проблеми зі здоров'ям, вона залишається в межах стаціонару або переводиться в інші лікувальні заклади. Коли стан малюка дозволить забрати його додому, його виписують з наданням рекомендацій щодо подальшого медичного догляду.

Низька оцінка за шкалою Апгар - це вагомий привід для подальшого спостереження у педіатра, невролога, окуліста та інших фахівців.

**Розшифрувати суму балів у новонароджених допоможе така таблиця:**

– 0, 1 або 2 бали - це критичний показник. Дитина з такою оцінкою при пологах потребує термінової реанімації. Надалі його потрібно комплексно обстежити і спостерігати у фахівців.

– 3 або 4 бали - це задовільний показник із середніми відхиленнями від норми. Його досить часто визначають у недоношеного малюка. При такій оцінці немовля потребує пильної уваги лікарів.

– 5 або 6 балів - це задовільний показник, при якому є невеликі відхилення від норми. Дитина з такою оцінкою теж потребує підвищеної уваги з боку медиків.

– 7, 8 або 9 балів - це оптимальне значення для малюка при народженні. Воно радує і лікарів, і новоспечених батьків.

– 10 балів -це найкращий показник (максимальна оцінка), який часто отримує здоровий малюк за кордоном, але в наших лікарів він не в ходу. Медики побоюються ставити максимум, щоб не «наврочити» або вважають, що ідеального стану у більшості немовлят в наші дні не буває.

Оцінка за шкалою Апгар не відповідає за життєздатність дитини в подальшому. Вона актуальна перші дві години її життя і вказує лише на необхідність і обсяг реанімаційних заходів, які потрібні новонародженому в перші хвилини життя. Наприклад, малюк народжується з високими оцінками за шкалою Апгар. Він не потребував реанімаційних заходів. Надалі ж може бути діагностовано порок серця з подальшою декомпенсацією серцевої діяльності і погіршення стану дитини. Але це зовсім не суперечить тим високим оцінками, які дитина отримала при народженні. Так само і низькі оцінки зовсім не означають, що малюк буде схильний до захворювань.

Існують певні критерії виписки новонароджених. Якщо дитина має проблеми зі здоров'ям, вона залишається в межах стаціонару або переводиться в інші лікувальні заклади. Коли стан малюка дозволить забрати

його додому, його виписують з наданням рекомендацій щодо подальшого медичного догляду.

Низька оцінка за шкалою Апгар - це вагомий привід для подальшого спостереження у педіатра, невролога, окуліста та інших фахівців.

Найбільш низькі оцінки за шкалою Апгар викликані:

- Вагітність високого ризику;
- Передчасні пологи;
- Важкі пологи та/або пологи;
- Кесарів розтин;
- Рідина в дихальних шляхах вашої дитини.

Насправді оцінка за шкалою Апгар зовсім не призначена для прогнозування майбутнього здоров'я вашої дитини. Однак відразу після народження вашої дитини може знадобитися:

- Відсмоктування : вашій дитині може знадобитися допомога, щоб звільнити дихальні шляхи, щоб легше дихати.
- Кисень : Вашій дитині може знадобитися кисень. На обличчя вашої дитини можна надіти маску, щоб забезпечити їй кисень. Якщо ваша дитина не дихає самостійно протягом кількох хвилин, її медичний працівник може вставити трубку в трахею вашої дитини.
- Фізична стимуляція : медичний працівник вашої дитини може стимулювати та сушити вашу дитину, щоб її серцебиття було регулярним.
- Інші втручання : вони можуть давати вашій дитині рідини та ліки через кровоносну судину в пуповині, щоб також посилити серцебиття.
- Після народження її дитини медичні працівники захочуть оцінити стан її здоров'я. Оцінка за шкалою Апгар є простим і швидким методом, який допоможе визначити стан здоров'я вашої дитини. Але не надто зосереджуйтесь на шкалі Апгар вашої дитини. Багатьом новонародженим із низьким балом за шкалою Апгар просто потрібно трохи більше часу, щоб адаптуватися до життя поза утробою матері. Більшість немовлят прод
- Дихальне зусилля: 0 б- немовля не дихає (асфіксія)

– Важку асфіксію, що перенісли немовлята під час народження, докорінно змінює їхні життя, перетворюючи його на постійну боротьбу і страждання. Для того, щоб дитина зробила перший подих, лікарі проводили реанімаційні заходи. І малюк починає дихати... У дитинки можуть діагностувати ураження центральної нервової системи (ДЦП) та може бути набряк головного мозку, асфіксія при народженні також може спровокувати судоми, тому після пологів немовлята потрапляють до відділення інтенсивної терапії, пізніше їх переводять у відділенні патології новонароджених.

– Малюк не може смоктати і ковтати, його годують через зонд, дитина знаходиться під постійною подачею кисню, та наглядом лікарів до повної стабілізації. В подальшому такі важкі пологи та асфіксія дуже статево впливають на мовленевий розвиток дитини. Такі порушення впливають на мовлення у дитини в подальшому буде затримка мовлення,

– Недоцільно застосовувати саму лише оцінку за шкалою Апгар для встановлення діагнозу асфіксії. Термін асфіксія, який описує процес різного ступеня тяжкості й тривалості, а не кінцеву точку, не слід використовувати до пологових ускладнень, за винятком випадків, коли конкретні докази значного погіршення газообміну під час пологів або відразу після них можуть бути задокументовані на основі результатів лабораторних досліджень.

– Тонус м'язів: збільшений - означає, що у малюка є надмірний м'язовий тонус, тобто м'язи спастичні це говорить про ураження центральної нервової системи (ДЦП) малюка боляче його тіло скручується та зжимається від тонус, важко контролювати та відчувати своє таке маленьке тіло. Проводять реанімаційні заходи то зниженню тонусу, малюк під постійним наглядом лікарів.

– Ці дві групи різних пологових порушень об'єднує патологічні синдроми, які виникають унаслідок внутрішньоутробних, пологових, або післяпологових уражень ЦНС й виявляються у формі рухових, мовних та психічних порушень. простежуються всі мовленеві порушення: затримка

мовного розвитку, дизартрія, алалія, дислалія, дислексія, дисграфія, заїкуватість тощо. Затримка мовного розвитку відбувається ще у домовному періоді. Гуління та лепет з'являються пізно, вирізняються фрагментарністю, бідністю звукових комплектів, низькою голосовою активністю. Дитина пізно вимовляє свої перші слова, у неї повільно формується активний словник, порушується формування фразового мовлення.

- Порушення артикуляційної моторики у дитячих церебральних паралічах не тільки призводить до порушення артикуляційної моторики, а й нерідко вдруге спричиняють порушення фонематичного сприймання.

- Знання й уявлення про предмети та явища навколишнього світу в них неповні, фрагментарні, несистематизовані, а іноді помилкові. Це пов'язано з дефектним станом рухово-кінестетичного аналізатора.

- У дітей з церебральним паралічем спрощене зв'язне мовлення. Діти відчують труднощі у розуміння висловлювань. Важко зрозуміти прочитані тексти, умови задач.

- Через різку локалізацію уражень мозку та порушення його дозрівання можливі всі відомі форми дисграфії та дислексії.

- Отже, враховуючи всі особливості мовленнєвих порушень у дітей з ДЦП, для успішної організації корекційного навчання необхідне:

- розуміння клінічної та патогенетичної єдності мовленнєвих та рухових порушень;

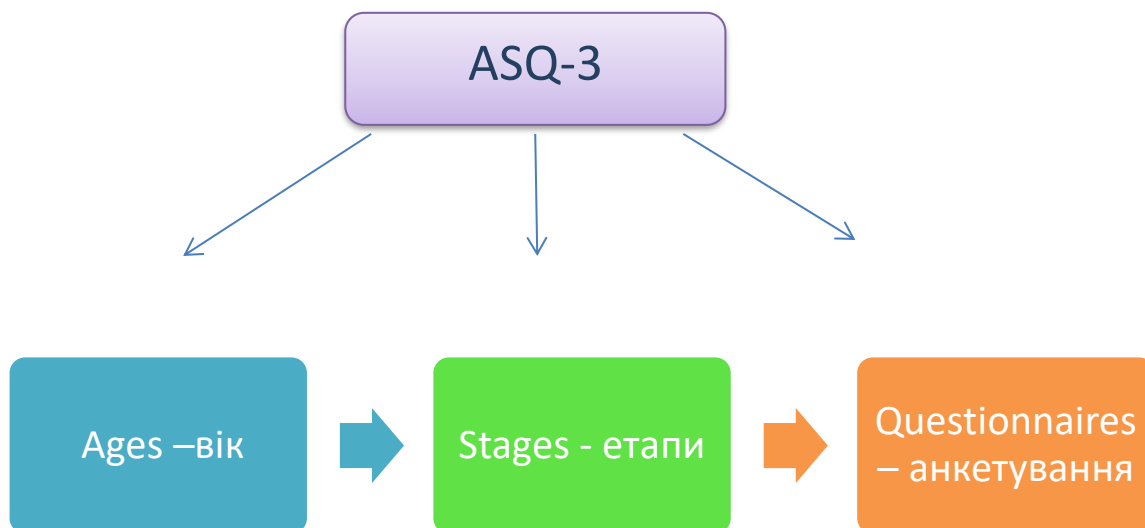
- врахування особливостей пізнавальної діяльності, стану здорового та слухового сприймання, зорової та моральної координації.

*Скринінговий інструмент для оцінювання*

*загального розвитку дитини «ASQ-3»*

*(J. Squires, D. Bricker)*

Дана діагностика проводиться в віці від 1 місяця до 38 місяців і 30 днів. ASQ-3 скринінговий інструмент для оцінювання загального розвитку дитини.



**Рис.2.6 ASQ-3 переклад**

**Анкетування вікових етапів розвитку дитини 3 видання**

Тест складається з набір анкет орієнтованих для опитування батьків щодо розвитку їх дітей. Скринінг містить питання які стосуються таких сфер та навичок:

- Спілкування
- Дрібна моторика
- Велика моторика
- Соціальні навички
- Навички вирішення проблем

ASQ-3 допомагає визначити сильні сторони дитини а також будь-які сфери, де дитина може потребувати підтримки. Батько є найкращим джерелом інформації про свого малюка. Для заповнення батьками, знадобиться всього 15-20 хвилин.

Процедура проведення ASQ-3:

- батьки відповідають на кожне запитання «так», «іноді» або «ще ні», залежно від реальної можливості дитини, відповіді допомагають показати сильні сторони вашої дитини та сфери, де вона може потрібна практика.

– щоб відповісти на кожне запитання, батьки можуть спробувати з дитиною виконати веселі та прості завдання, або мама вже знає, як дитина виконує таку вправу.

– після того як батьки заповните анкету та підрахують усі бали, фахівець пояснює їм результатами.

За результатами оцінювання відповідей батьків визначаються

**Біла зона** означає, що все добре і розвиток дитини в межах норми.

**Сіра зона** означає, є певні труднощі в розвитку і батькам потрібно звернути на ці труднощі увагу і підтримати дитину

**Чорна зона** - фахівці не говорять про це ( щось дуже погане) а натомість підтримуючі батьків, говорять «зони підвищеного моніторингу» щоб батьки звернули на них свою увагу і приклали максимальних зусиль і підтримали дитину, а фахівці РВ підтримають батьків, і допоможуть.

Якщо результати змішані то фахівці розповідають про кожну зону окремо, говорячи про сильні сторони дитини і про сторони підтримки та зони посиленого моніторингу, на що потрібно звернути та проявити підтримку.

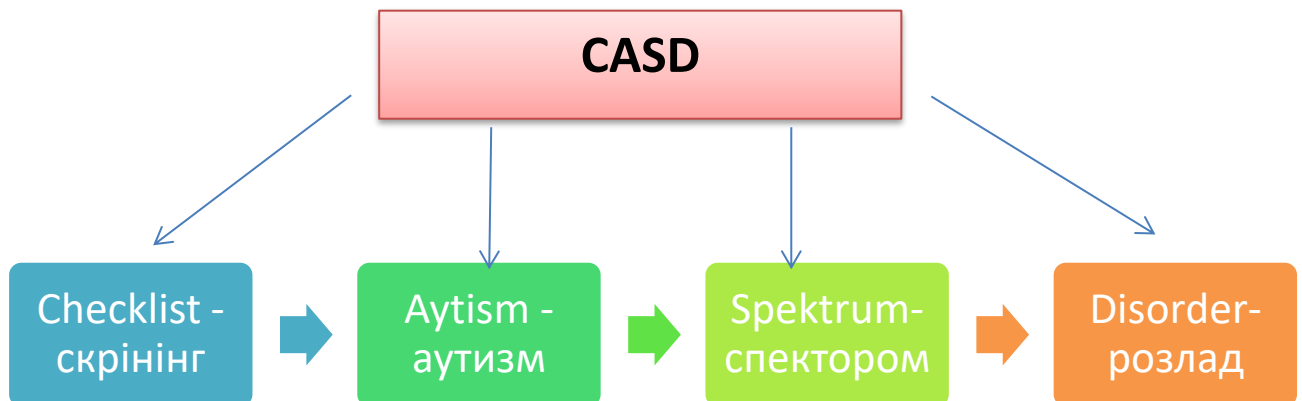
Опитувальник надає можливості для подальшого розвитку маленької людини, батьки та фахівці вже знають, які кроки потрібно робити для розвитку навичок дитини. Батьки та РВ є активними партнерами у навчанні та розвитку малюка. Заповнюючи анкети ASQ-3, періодичністю, раз в декілька місяців, батьки можуть спостерігати розвиток та покращення результатів дитини. Скрінінг «ASQ-3» роблять самі батьки в присутності фахівців. Батьки по-різному зправляються з поставленою задачею, дехто не знає можливості своєї дитини (тому що в малюка є інвалідність і батьки до певного моменту не проводили з ним розвиваючі заняття) а в більшості випадків все проходить добре. Батьки стараються, хвилюються але результат є і досить не поганий особливо через певний час на повторному скрінінги.

Сильною стороною скрінінга є те, що батьки можуть пройти його самі за декілька хвилин, не докладаючи великих зусиль. Натомість слабкою

стороною є те, що батьки свідомо завищують або знижують можливості дитини. Цей тест можна пройти онлайн.

ASQ-3 — це швидкий і точний перший крок у виявленні дітей з аутизмом і швидкий запуск служб втручання, щоб справді вплинути на результати в ці ранні, критичні перші роки.

### Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму



**Рис. 2.7 Тест «CASD» переклад**

#### *Скринінгова Шкала розладів аутистичного спектра*

Метою створення CASD була розробка комплексного списку усіх симптомів аутизму, для того, щоб батьки та спеціалісти усвідомлювали, що усі пункти опитувальника представляють різноманітні прояви розладу. Значній кількості дітей, що мають РАС, були поставлені такі діагнози, як СДУГ, мовленнєві розлади, розлади настрою та ін. CASD допомагає батькам зрозуміти, що всі ці проблеми – лише складові частини глобального розладу аутистичного спектра. Крім того, CASD може використовуватися при розробці та оптимізації корекційної програми, оскільки здатен виявити непомічені до того симптоми.

CASD – це швидкий та ефективний метод, який дозволяє виявити або спростувати розлади аутистичного спектра та аутизму з високою достовірністю, серед дітей різного віку, не враховуючи ступінь прояву ознак



захворювання та рівень розумового розвитку. Система охоплює шість груп ознак і складається з 30 основних симптомів аутизму.

CASD є однією з методик для швидкого і точного виявлення РАС. Його принцип базується на довготривалих спостереженнях і систематизації отриманих даних у пацієнтів з аутизмом. Також до нього включені відстежені та систематизовані лікарями спостереження батьків і педагогів.

У тесті CASD всі симптоми систематизуються. Він може проводитися неврологами, психологами або логопедами, які мають досвід роботи з такими дітьми. Тест відносять до скринінгових методик, що застосовуються для оцінки ризику аутизму серед дітей. CASD допомагає виявити ймовірність РАС, які нерідко ставляться під сумнів, а його результати стають приводом для подальшого проведення диференційної психолого-педагогічної діагностики.

До його системи включено 15 функціональних груп і дається 4 варіанти відповіді:

- ставлення дитини до людей;
- імітація;
- емоційна реакція;
- вміння володіти тілом;
- застосування предметів;
- вміння пристосовуватися до змін;
- застосування зору;
- ставлення дитини до людей;
- імітація;
- емоційна реакція;
- вміння володіти тілом;
- застосування предметів;
- вміння пристосовуватися до змін;
- застосування зору;
- вестибулярні, пропріоцептивні порушення.

Результати скринінгової шкали дають можливість з'ясувати присутність важкого, легкого або середнього аутизму, або ж його відсутність.

Тест на аутизм CASD охоплює 30 основних і супутніх симптомів РАС, які поділені на шість груп:

- Проблеми з соціальною взаємодією;
- Персеверації;
- Соматосенсорні порушення
- Атипове спілкування і розвиток
- Настрій і його порушення
- Проблеми з увагою і безпекою

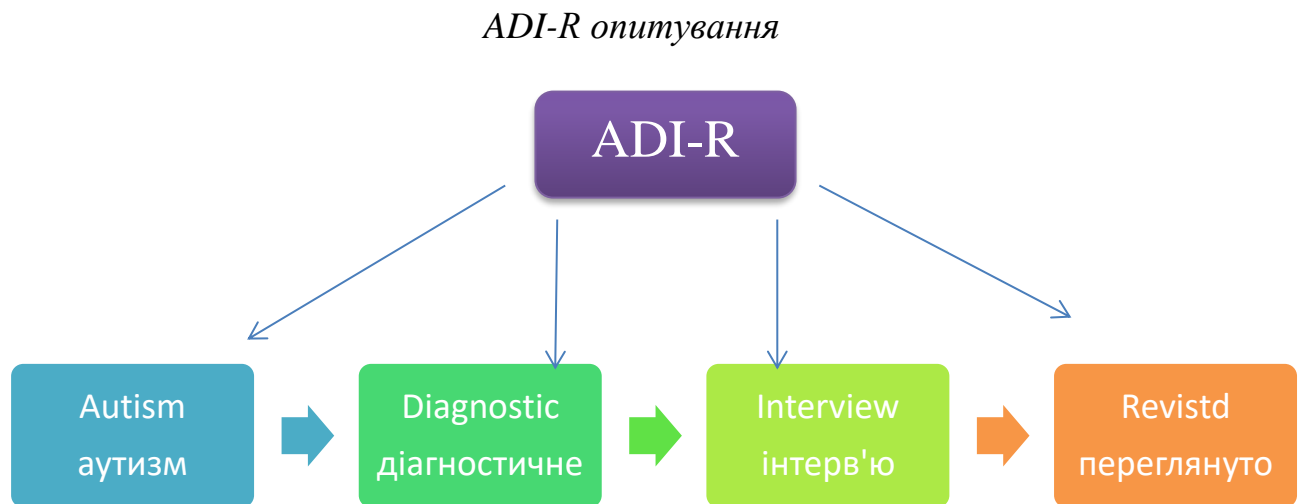
Для експрес-діагностики розладів аутистичного спектру CASD необхідно близько 30 хвилин. Батькам належить відповісти на 79 питань у форматі «так» або «ні». Після оцінки всіх результатів, програма сама обчислює висновки автоматично, про ймовірність присутності РАС і фахівці дають рекомендації та стратегію подальшого спостереження або обстеження дитини.

- важкого аутизму; 156-306
- легкого або середнього ступеня РАС 116-146
- діти в зоні ризику це більше 86
- відсутність аутизму.0-76

Точність скринінгової шкали розладів аутистичного спектру CASD становить 99,5 %.

Тест «CASD» - сам тест досить простий, питання відповіді «так», «ні» і система сама все опрацьовує, фахівець допомагає зрозуміти результати тесту та дає певні рекомендації батькам. Але є так, що одні батьки без проблем проходять тест а є такі що заперечують, бо розуміють які є симптоми РАС і просто не приймають своїх дітей. Це досить тяжко коли фахівець не може одразу допомогти, бо батьки заперечують не приймають усієї правди. В такому випадку даємо час на роздуми і підпримуємо родину (інформаційна та емоційна ).

Сильною стороною скринінга є те, що батьки можуть пройти його самі або за допомогою фахівців не витрачаючи занадто багато часу і програма сама обраховує результат дуже швидко, не потрібно чекати декілька годин чи днів. Натомість слабкою стороною є те, що батьки свідомо завищують або знижують можливості дитини. Цей тест можна пройти онлайн.



**Рис. 2.8 «ADI-R» переклад**

*Інтерв'ю*

Розроблений американськими психологічними службами «ADI-R» являє собою докладне опитування, призначене для отримання всього обсягу інформації, необхідної для встановлення діагнозу аутизму та оцінки близьких до нього психічних порушень, названих розладами аутистичного спектру.

Застосування ADI-R передбачає участь досвідченого клінічного інтерв'юера, а також інформатора (батьків/опікунів), добре знайомого з історією розвитку та з актуальною поведінкою дитини, учня або пацієнта. Оцінюваний індивід, присутній під час інтерв'ю, може належати до будь-якої соціальної та вікової групи, якщо за рівнем розумового розвитку він відповідає віку принаймні 2 років. Для проведення інтерв'ю та оцінки його

результатів зазвичай потрібно від 1,5 до 2,5 години. ADI-R (Інтерв'ю при Діагностиці Аутизму — Переглянуте) призначене для паралельного використання з таким інструментом як ADOS-2 (План діагностичного обстеження на аутизм).

### *Компоненти*

Для застосування ADI -R слід використовувати «Протокол інтерв'ю для діагностики аутизму» — буклет обсягом 85 сторінок, в якому представлені 93 пункти за темами цього діагностичного інструменту. Інтерв'юер також використовує протокол інтерв'ю для запису та шифрування відповідей інформатора. Потім проводиться підрахунок загальної кількості балів з використанням Бланка-алгоритму ADI-R.

Алгоритми ADI-R розміщені на одному бланку, в який вносять оцінки за 42 основними пунктами інтерв'ю. Ці оцінки систематично комбінують для отримання формальних, доступних інтерпретації результатів. Якщо метою є встановлення формального діагнозу з урахуванням всієї історії розвитку індивіда, то застосовують один з двох Діагностичних алгоритмів: «Діагностичний алгоритм для віку від 2 років 0 місяців до 3 років 11 місяців» або «Діагностичний алгоритм для віку від 4 років 0 місяців і старше». Якщо ж ціль дослідження полягає в призначенні лікування або плануванні програми навчання і в центрі уваги знаходиться поведінка обстежувана в даний час, то використовують один з трьох Алгоритмів поведінки в даний час : «Алгоритм поведінки в даний час для віку з 3 років 11 місяців і молодше», «Алгоритм поведінки в даний час для віку від 4 років 0 місяців до 9 років 11 місяців» або «Алгоритм поведінки в даний час для віку 10 років 0 місяців і старше» . У тих випадках, коли результати проведеного інтерв'ю будуть використовуватися як для діагностики, так і для актуального втручання, можна заповнити як Діагностичний алгоритм, так і Алгоритм поведінки в даний час.

### *Протокол інтерв'ю*

Інтерв'ю сфокусовано на трьох сферах функціонування: мові/спілкуванні, соціальній взаємодії, обмежених, повторюваних і стереотипних формах поведінки та інтересах, які зазначені як важливі для діагностики в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10, 1992) і в Діагностичному і статистичному (DSM-IV, 1994) Американської Психіатричної Асоціації. Процедури використання інтерв'ю є високо стандартизованими для отримання від інформатора систематизованих і детальних описів поведінки оцінюваного індивіда.

### *Алгоритми*

«Алгоритми» застосовують для основної інтерпретації результатів проведення ADI-R., причому їх можна використовувати двома способами. При першому варіанті застосування він використовується як Діагностичний і фокусується на розгляді повної історії розвитку особи з метою встановлення діагнозу за ADI – R .

Якщо ж в алгоритмі оцінки засновані на поведінці, що спостерігався у обстежуваного протягом найближчих місяців життя, то в цьому випадку він називається Алгоритм поведінки в даний час, і хоча даний підхід є менш формальним, його можна використовувати для оцінки різних областей функціонування обстежуваного та отримання порівняльного підстави для планування лікування та оцінки його результатів.

Важливо відзначити розходження між підсумковим результатом застосування Алгоритму ADI-R і остаточним клінічним діагнозом. Клінічний діагноз ставиться психіатром або клінічним психологом на підставі багатьох джерел інформації, що включають безпосереднє спостереження. Діагноз за ADI – R являє собою просто «механічний» результат комбінування зашифрованої інформації, отриманої при опитуванні. Разом з тим, ADI-R охоплює широкий спектр відомостей, і шифровка його результатів за всіма 93 пунктами часто служить основою для спеціаліста при встановленні клінічного діагнозу. Крім того, діагноз за ADI-R — це хороший спосіб

перевірки клінічного діагнозу, так як він являє собою набір важливою і надійної клінічної інформації.

ADI-R являє собою скоріше інтерв'ю, ніж тест, в ньому увага приділяється формам поведінки, рідкісним для осіб, які не страждають подібними розладами. З цієї причини інструмент не передбачає ні шкал (тобто вимірювань, які відображають континуум окремих навичок, рис або здібностей, що зустрічаються у багатьох людей), ні нормативів (середніх цифрових показників, заснованих на поведінку людей в цілому.) Результати швидше є в площині категорій, їх точність досліджують у клінічних популяціях і оцінюють з допомогою наукових і статистичних методів, що застосовуються в класифікаційному аналізі (наприклад, капаіндекси збіжності результатів, отриманих різними інтерв'юерами; оцінка результатів за їх чутливості, специфічності, коефіцієнтам влучень, позитивної і негативної точності передбачення тощо

#### *Цільові групи*

Інтерв'ю призначене для діагностичної оцінки будь кого у віковому діапазоні від раннього дитинства до зрілості, якщо його розумовий вік перевищує 2 роки 0 місяців. В клінічній ситуації інструмент застосовується у всіх випадках, коли на дослідження спрямований дитина, підліток або дорослий з попереднім діагнозом РАС

Тест відповідає діагностичним критеріям DSM-IV.

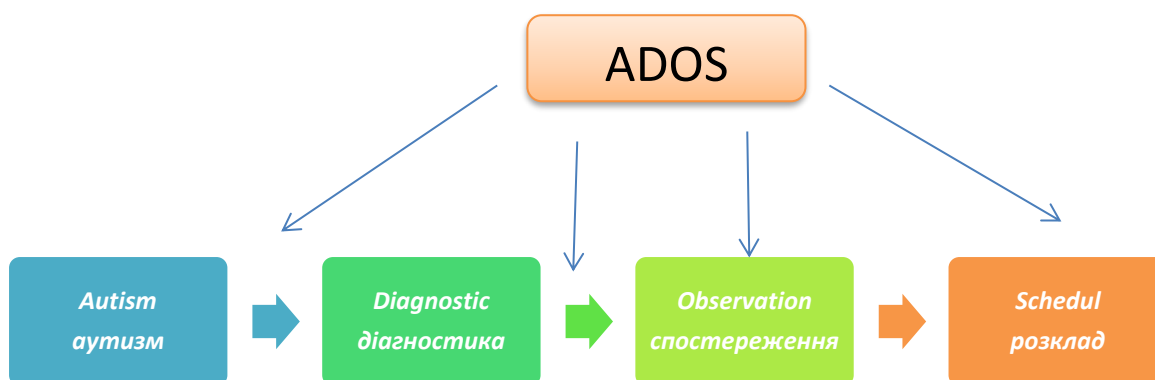
#### *Структура*

ADI-R фокусується на систематичному спостереженні і виявленні поведінки, яка рідко наявна при нормі, в трьох областях функціонування:

- Порушення мови і комунікації
- Реципрокна соціальна взаємодія
- Стереотипна поведінка та обмежені інтереси

Інтерв'ю включає 93 питання розділених на 8 секцій.

*Методика «ADOS»*



**Рис. 2.9** Методика «ADOS» переклад

*Графік діагностичного спостереження за аутизмом*

Методика «ADOS» - це структуроване обстеження, в процесі якого визначаються:

- навички комунікації та взаємодії;
- ігрові навички;
- особливості поведінки.

ADOS- це методика нового покоління, що дає можливість обстежити дітей від 12 місяців. ADOS-2 дозволяє діагностувати увесь спектр загальних розладів, а не тільки Розладів Аутистичного Спектру. Також, за допомогою ADOS-2 можлива діагностика, що ґрунтується на критеріях DSM-IV і МКХ-10.

ADOS - це сучасний діагностичний інструмент, за допомогою якого можна поставити або спростувати діагноз навіть при найменших підозрах на наявність аутистичних. Протокол спостереження ADOS відрізняється високою інформативністю і визнаний кращим в світі методом, використовуваним для діагностики наявності і ступеня вираженості аутизму. Діагностику аутизму ADOS проводять тим дітям, у яких підозрюється наявність будь-яких порушень психічного розвитку.

Перевага методики діагностики аутизму ADOS в тому, що її можна використовувати незалежно від віку дитини (дорослого) і ступеня володіння мовою. Існує 4 модуля ADOS, використовуваних в залежності від того, наскільки добре говорить дитина:

1. При відсутності мови.
2. Якщо в розмові присутні невеликі конструкції.
3. Побіжно розмовляючи діти.
4. Підлітки і дорослі з розвинутою мовою.

**Діагностика ADOS** наявності і ступеня вираженості аутизму проходить в кабінеті психолога і триває 1 академічну годину (45 хв). За цей час фахівець пропонує дитині емоційні ігри і ситуації, які не можуть залишити байдужим:

- реакція на посмішку і погляд дорослого;
- вільна гра - фахівець дає дитині можливість самостійно вибрати заняття і включається в нього;
- перевірка реакції на власне ім'я - то, як відреагує малюк на поклик;
- перевірка загальної реакції на те, що відбувається в кімнаті;
- психолог надуває мильні бульбашки - це гра, яку люблять всі діти, в якийсь момент він припиняє це робити, а дитина в нормі повинен попросити продовжити дію;
- передбачення стандартних дій - фахівець припиняє на «півкроку» не доробляючи будь-яку дію, дитина повинна її продовжити;
- стандартні дії з іграшками, використання їх за призначенням цілком, а не частинами (наприклад, розглядання коліщаток що крутяться);
- гра «день народження ляльки» - можливість перевірити наслідування і вміння «правильно» грати, розвивати сюжет, здійснювати звичайні дії;



– «обід» - коли дитині пропонується кілька улюблених ласощів на вибір.

Якщо дитина не розмовляє, то психолог ініціює взаємодію за допомогою гри і робить висновки виходячи з його залученості.

Протягом всього часу другий фахівець фіксує те, що відбувається або знімає на камеру. На підставі спостережень за поведінкою дитини, його реакціями, соціальною взаємодією відбувається оцінка, і робляться висновки.

Результати тестування враховують такі параметри:

- вміння підтримувати діалог;
- гра уявними предметами;
- спектр інтересів дитини;
- мовні навички, вміння складати речення, наявність ехолалій, інтонація досліджуваного;
- чи прагне дитина привернути увагу, розділити з дорослим свої відкриття і знахідки;
- вказівний жест, використання жестикуляції в спілкуванні, стереотипні дії і фрази;
- вміння брати участь у спільній діяльності, ініціювати її;
- реакція на власне ім'я, усвідомлений погляд в очі, міміка і емоційність;
- різноманітність інтересів, вміння розвивати ігровий сюжет, а не просто маніпулювати предметами;
- наявність нападів агресії або істерик в разі, якщо випробуваний не отримує бажаного;
- самостимулюючі дії: кружляння, мількання рук перед очима і т.д.
- Методика ADOS може застосовуватися у дітей, які досягли віку 1 рік і мають навички самостійного ходіння. ADOS-2 - на наявність розладів аутистичного спектра для дітей та дорослих

Методику рекомендовано використовувати для дітей та дорослих будь-якого віку з підозрою на наявність розладів аутистичного спектра

(РАС). ADOS-2 - це комплексна напівструктурована методика, яка складається з наборів матеріалів із завданнями, виконання яких дозволяє встановити наявність розладів аутистичного спектра.

### **Як проходить тестування за методикою ADOS-2**

Тестування за методикою ADOS-2 відбувається за певним сценарієм, який обирається в залежності від віку дитини та її рівня володіння мовленням. Виконання завдань за обраним сценарієм дозволяє спостерігати за реакціями, а також за соціальною та комунікативною поведінкою під час різної діяльності.

ADOS-2 - це 5 модулів, кожний з яких відповідає певному віку, а також рівню розвитку мовлення:

- Модуль 1 – використовують для дітей від 31 місяця та більше, які не володіють зв'язним мовленням або використовують у мовленні окремі слова, а також може використовуватись для підлітків із відповідним рівнем розвитку мовлення;
- Модуль 2 – підходить для дітей будь-якого віку, які опанували фразове мовлення, але не можуть вільно розмовляти;
- Модуль 3 – підходить для дітей від старшого дошкільного віку до 15 років, які володіють зв'язним мовленням;
- Модуль 4 – для підлітків та дорослих, які вільно розмовляють.
- Модуль Т – призначений для дітей від 12 до 30 місяців, які не володіють мовленням або використовують під час мовлення лише окремі слова.

Кожний пацієнт проходить діагностику за модулем, який відповідає його рівню розвитку мовлення. Для виконання завдань використовується інтерактивна гра, для підлітків та дорослих - бесіда та інтерв'ю.

Діагностика за кожним модулем триває від 40 до 60 хвилин.

Оцінка результатів тестування проходить у три етапи:

- спостереження - використовується під час обстеження;

- шифрування - після сеансу проставляються бали для кожного виду діяльності;
- алгоритм - визначення діагностичної групи, що відбувається після підрахунку балів та їх інтерпретації за алгоритмами.

Для більш точної діагностики рекомендовано використовувати декілька методик.

*PEP-3 психологічний профіль за методикою TEACCH*

*PEP-3: індивідуалізоване психоосвітнє оцінювання дітей із розладами аутистичного спектра за методикою TEACCH (PEP-3)*

(Eric Schopler, Margaret D. Lansing, Robert J. Reichler, Lee M. Marcus)

Психоосвітній профіль: індивідуалізоване психоосвітнє оцінювання дітей із розладами аутистичного спектра за методикою TEACCH» (PEP-3) методика, що дозволяє оцінити сукупність нерівномірно представлених сильних і слабких з погляду навчання сторін дитини, характерних для розладів аутистичного спектра та пов'язаних із ним порушень розвитку, був розроблений для оцінювання сукупності нерівномірно представлених сильних і слабких з погляду навчання сторін дитини, характерних для розладів аутистичного спектра та пов'язаних із ним порушень розвитку. PEP-3 дає можливість визначити рівень розвитку навичок і надає інформацію для постановки діагнозу та визначення ступеня тяжкості відхилення. Дані оцінювання надходять із двох важливих джерел, які доповнюють одне одного. З одного боку, це стандартизована, орієнтована на вікову норму шкала, розроблена для оцінювання розвитку моторних навичок і навичок комунікації, а також наявності дезадаптивних форм поведінки у дітей із РАС або іншими первазивними порушеннями розвитку (ППР), а також при підозрі на наявність цих станів. Другим джерелом даних є отримання інформації від батьків або законних представників неформальним способом.

PEP-3 розроблено на допомогу вчителям для визначення належності дитини до діагностичної групи (РАС або інше ППР), а також при складанні для неї освітньої програми.

### *Цілі PEP-3:*

- визначення сильних і слабких сторін кожної дитини, які можуть бути враховані при складанні індивідуального плану навчання,
- збір інформації для підтвердження діагнозу,
- встановлення рівня розвитку адаптації,
- використання в дослідницькій діяльності для вивчення ефективності навчання,
- оцінювання ефекту педагогічного та клінічного втручання,
- може застосовуватися дослідниками в лонгітюдних дослідженнях для відстеження зміни освітнього профілю дитини в часі, а також динаміки дезадаптивних форм поведінки.

TEACCH стала першою програмою, яка визнала провідну роль батьків у ефективній взаємодії з фахівцями, встановила, що РАС є не емоційними розладами, а порушеннями, які мають нейробіологічне походження; і, нарешті, показала, що найбільш успішне навчання дітей із РАС відбувається в загальноосвітніх школах із застосуванням структурованих програм, що спираються на сильні сторони кожної дитини в навичках навчання і процесах обробки візуальної інформації.

Було доведено, що навчання в таких школах є набагато ефективнішим, ніж поширена до цього практика утримування дітей у психіатричних закладах.

### *Переваги PEP-3:*

- містить велику кількість невербальних завдань,
- передбачає гнучкі процедури проведення оцінювання,
- включає завдання, виконання яких не обмежено у часі,
- містить конкретні матеріали, цікаві навіть для дітей із вираженими порушеннями,
- розбитий на кілька рівнів розвитку, що дозволяє всім обстежуваним отримувати успішні результати,

- включає розмовні завдання, відокремлені від інших функціональних областей, що дозволяє тестувати і навчати практично всіх дітей із РАС,

- об'єднує останні дані досліджень з РАС, що є необхідним для складання діагностичних рекомендацій і приписів для планування ефективної індивідуальної корекції поведінки і розробки освітніх програм,

- містить нормативні дані щодо групи дітей із розладами аутистичного спектра, які порівнюються з даними щодо групи дітей, розвиток яких відповідає нормі (єдиний наразі тест, що містить подібні дані),

- дозволяє з високим ступенем надійності клінічно оцінити здібності дитини.

Розлади аутистичного спектра пов'язані з генетично детермінованими порушеннями нейронального розвитку та характеризуються:

- стійким дефіцитом соціальної комунікації та соціальної взаємодії, не враховуючи наявності загальної затримки розвитку;

- обмеженістю, повторюваністю у поведінці, інтересах, активностях;

- формуванням розладів у ранньому дитинстві;

- розладами повсякденного функціонування.

Діагноз пов'язаний із загальними для всіх дітей характеристиками, що дозволяють професіоналам віднести дитину до діагностичної категорії, такої як розлади аутистичного спектра. Однак цієї інформації, як правило, виявляється недостатньо для розуміння унікальних сильних і слабких сторін дитини у контексті навчання – процесу, який ми називаємо оцінкою.

PEP -3 є допоміжним інструментом при діагностиці розладів аутистичного спектра, а також використовується для планування індивідуальних освітніх програм для дітей віком від 2 до 7,5 років.

- визначення сильних і слабких сторін кожної дитини, які можуть бути враховані при складанні індивідуального плану навчання;

- збір інформації для підтвердження діагнозу та визначення ступеня тяжкості розладу ;
- встановлення вікового рівня розвитку дитини в різних сферах;
- використання для вивчення ефективності педагогічної та клінічної корекції в динаміці.

Методика РЕР-3 буде доцільним доповненням психодіагностичних інструментів:

- Тест CASD (Скринінгова Шкала розладів аутистичного спектру)
- ADOS-2 (Шкала Спостереження для Діагностики Аутизму)
- ADI-R (Інтерв'ю при Діагностиці Аутизму — Переглянуте)

РЕР-3 було розроблено на основі програми TEACCH, яка була заснована на психопедагогічній роботі професора Еріка Шоплера та його колег в 1966 році.

#### *TEACCH*

- стала першою програмою, яка визнала провідну роль батьків у ефективній взаємодії з фахівцями;
- встановила, що аутизм є не емоційним розладом, а порушенням, яке має нейробіологічне походження;
- і нарешті, показала, що найбільш успішне навчання дітей із аутизмом відбувається в загальноосвітніх школах із застосуванням структурованих програм, що спираються на сильні сторони кожної дитини в навичках навчання і процесах обробки візуальної інформації.

РЕР-3 видання 2004 року істотно допрацьовано за такими напрямками:

- функціональні області;
- набір стимульних матеріалів;
- завдання і субтести;
- нормативні дані для порівняння результатів;
- коефіцієнти надійності;
- дані валідності;

- використання балів для оцінки;
- «Опитувальник для батьків/опікунів»

Використовуючи РЕР-3, отримуємо інформацію про дитину з двох основних джерел:

- результати виконання завдань, які базуються на типових для дітей формах активності.
- опитувальник для батьків (або законних представників дитини).

Частина «Завдання» передбачає тестування в легкій ігровій формі за допомогою набору стимульних матеріалів.

Час проведення 45-90 хв

- 172 завдання описуються у «Керівництві з проведення завдань»
- Наприклад, скласти пазл, надути мильні бульбашки, скатати ковбас ку з пластиліну, щось намалювати чи розфарбувати, нагодувати іграшкового песика та ін.
- три варіанти відповіді, які оцінюються балами «0», «1» або «2»

Результати частини «Завдання» дозволяють оцінити рівень розвитку різних функцій, а також вивчити форми поведінки, пов'язані з РАС

Шість субтестів спрямовані на оцінку знань і навичок, якими має оволодіти дитина певного віку:

1. Когнітивний – вербальний/довербальний субтест
2. Експресивне мовлення
3. Рецептивне мовлення
4. Дрібна моторика
5. Велика моторика
6. Візуально-моторне наслідування

Чотири субтести спрямовані на оцінку дезадаптивних форм поведінки:

1. Вираження емоцій
2. Соціальна взаємодія

3. Характерна рухова поведінка
4. Характерна вербальна поведінка

«Опитувальник для батьків опікунів»

Два клінічні розділи:

1. Поточні рівні розвитку
2. Діагностичні категорії і ступінь вираженості проблеми

Три субтести:

1. Проблемна поведінка
2. Навички самообслуговування
3. Адаптивна поведінка

«Опитувальник для батьків/опікунів»

- має зручну форму заповнення
- заповнити опитувальник можна з будь-якого мобільного присторою або ПК

Вік розвитку -визначивши вік розвитку у семи областях, спеціаліст може виділити коректні напрямки для розробки індивідуалізованих освітніх програм.

Аналіз результатів тестування РЕР-3 для планування освітніх програм

- Визначення сильних та слабких сторін по субтестам вікового розвитку
- Аналіз інформації в «Опитувальнику для батьків опікунів» - передбачає визначення загальних і конкретних сфер адаптивної та проблемної поведінки, в яких може знадобитися корекція
- Оцінки «задовільно» та «у розвитку», представлені у Профілі віку розвитку, відображають рівень освоєння навички або готовність до освоєння таких навичок
- При аналізі закономірностей дезадаптивних форм поведінки особливу увагу звертають на рівні розвитку адаптації поведінкових потреб дитини, типів необхідної їй структури, її сильних і слабких сторін з погляду поведінки, стилів навчання та перешкод у навчанні.



На основі протоколу тестування складаються рекомендації, які можуть використовуватися в якості основи для розробки ІОП:

- Організація самостійності
- Спілкування
- Соціальна сфера
- Навчальні предмети
- Моторні навички
- Навички самообслуговування
- Адаптивна поведінка

PER-3 для широкого використання:

- спеціалістами, що мають базову освіту в сфері психології (психологи, логопеди, дефектологи, педагоги)
- мають досвід роботи з дітьми з РАС; знайомі зі стандартами освітнього й психологічного тестування.

**«Червоні прапорці»** створено (UNICEF та інститут раннього втручання ) UNICEF є світовим лідером, який просуває та захищає права дітей у 190 країнах, зокрема в Україні і охоплює найуразливіших дітей та молодь, які найбільше потребують допомоги. UNICEF працює над тим, щоб зберегти життя дітей та молоді та захищати їхні права. Працює над реалізацією ключових зобов'язань із задоволення гуманітарних потреб дітей, зокрема доступу до освіти, психосоціальної допомоги навчання з питань мінної небезпеки, охорони здоров'я матері та дитини, а також послуг для людей з інвалідністю. UNICEF- це провідний голос світу для дітей та молоді, а також голос самих дітей. UNICEF захищає та підтримує молодь, щоб вони впливали на прийняття рішень, які визначають їхнє життя.

**«Червоні прапорці»** це таблиця для оцінки розвитку дітей до 3 років. Ця таблиця допоможе батькам визначити, чи є у дитини затримка розвитку. Це дає змогу допомагати дитині в розвитку раніше, ніж її труднощі

стануть для неї значними. Цей метод скринінгу дуже простий і потребує лише уваги та спостереження батьків чи лікарів.

Рекомендації до використання методики «Червоні прапорці»:

- знайдіть вік дитини у верхній частині таблиці
- прочитайте список і визначте, чи актуальні для дитини зауваження, помічені «червоним прапорцем» у колонці віку
- якщо дитина у віці між цифрами, позначеними у колонках (наприклад, 2 роки 5 місяців), потрібно перевірити колонку меншого віку (тобто 2 роки)

Коли є один або кілька «червоних прапорців» (у будь-якій сфері) – це є ознакою можливої затримки в розвитку дитини. Якщо у батьків є сумніви з приводу розвитку дитини, або вже встановлена інвалідність, необхідно звернутись до сімейного лікаря, лікаря-педіатра, невролога і отримати скерування на послуга Раннє втручання. Скринінг «Червоні прапорці» досить простий у використанні, можуть провести самі батьки для цього не потрібне додаткове обладнання. Якщо батьки хвилюються і не можуть самостійно провести спостереження (бояться не правильних показників), це може зроби хтось із рідних, сімейний лікар або фахівці РВ.

Кожен з етапів має свої сильні й слабкі сторони. Проте, тільки використання різних методів збору інформації надасть можливість отримати повну картину особливостей розвитку комунікативних навичок у дітей з РАС.

## **2.2 Результати констатувального експерименту**

Для дослідження елементарних навичок спілкування у дітей раннього віку, було вибрано скринінговий інструмент для оцінювання загального розвитку дитини «ASQ-3», тест «CASD», опитувальник для батьків, скринінгова шкала розладів спектру аутизму. У дослідженні брали участь 5 родин з дітьми віком від 1.3- 3.9 роки. Серед них було 3 хлопчика та 2 дівчинки, та їх батьки (мами) віком від 21- 43 років. Родини відвідують

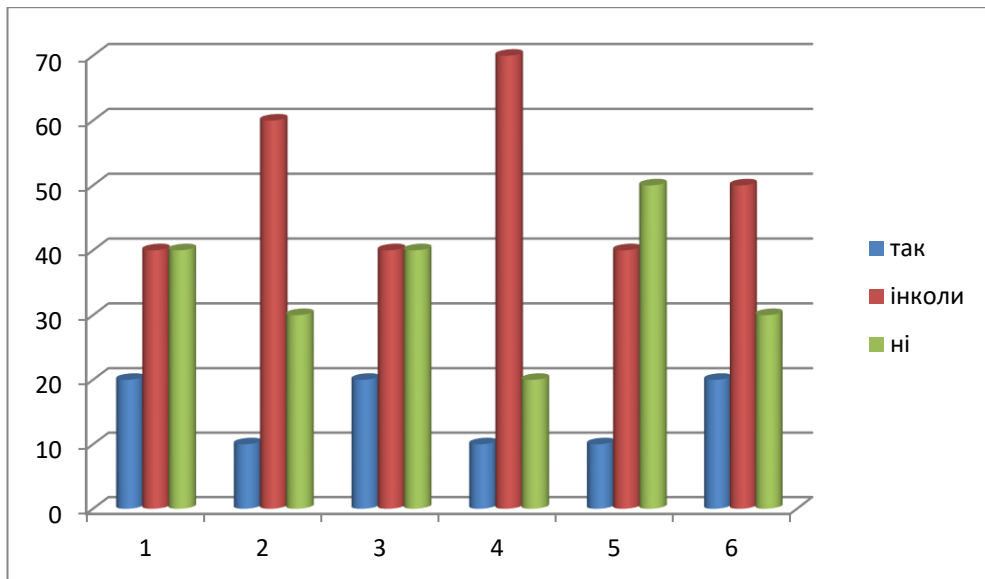
послугу раннього втручання на базі центру реабілітації «Гармонія» ім. Р. Панасюк м. Вінниця.

Зі слів батьків та результатами скринінгів та тестів, серед досліджених було 2 невербальних дітей та 3 дитини з слабким мовленням (які вигукують окремі фрази з кількох слів та не активним мовленням). Серед вище зазначених проведених скринінгів було обрано для аналізу результати питань які стосуються комунікації, мовлення, наслідування (копіювання особиста-соціальна сфера) та спілкування. Отримані результати статистичним методам.

Далі був здійснений порівняльний аналіз для інтерпретації результатів та отримання точних висновків. Провівши скринінги для оцінювання загального розвитку дитини «ASQ-3», було отримано такі результати:

- *сфера розвитку (дрібна моторика)* у (3-х дітей) в межах норми від 35-45 б, та у (2-х дітей) в сірій зоні діапазоном від 20-30 б;
- *сфера розвитку (загальна моторика)* чорна зона (1 дитина) 35 б і в сірій зоні (3-и дитини) з діапазоном від 40-45 б;
- *сфера розвитку (спілкування)* переважно (2-є дітей) знаходиться в чорній зоні від 5 до 15б, та сірій зоні і їх показник є 25 б;
- *сфера розвитку (особисто-соціальна)* в чорній зоні (2-є дітей) в діапазоні від 5-30б;
- *сфера розвитку (вирішення проблем)* на межі між чорною та сірою зоною в діапазоні опинились (2-є дітей) від 15-40б та (3-х дітей) результати в діапазоні сірої зони 30-35б і соціальна сфера у (5-ти дітей) в чорна зона від 5-30б.

На основі цих даних можна зробити висновки, що досліджувані діти знаходяться в сірій зоні та в зоні підвищеного моніторингу, кажучи іншими словами батьки дітей мають приділити більшу увагу корекційним заняттям спрямовані на розвиток мовлення, комунікацією, наслідуванням та спілкування.

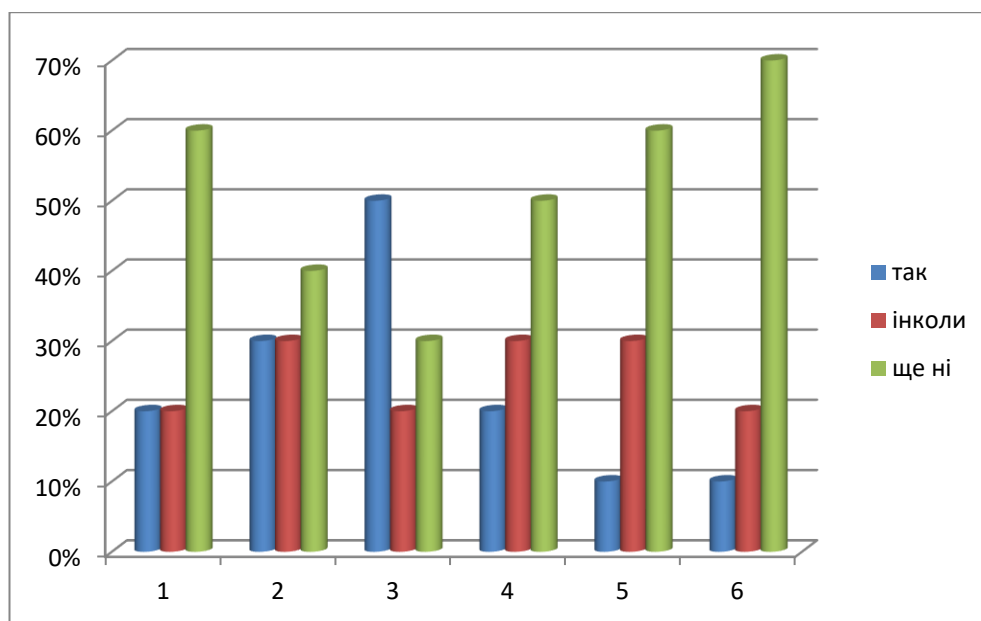


**Рис. 2.1** Результати опитування ASQ-3 шкала «Спілкування»

За результатами проведеного опитування батьків дітей з РСА за шкалою «спілкування» було з'ясовано, що 20 % дітей вказує на предмет, або говорить коли щось хоче. 40% інколи застосовують жест або вигук коли потребують предмет або щось. 40% не проявляють такої ініціативи. 10% дітей приносять з іншої кімнати іграшку чи предмет, 60% інколи реагують на прохання та приносять, 30% дітей з РСА не проявляють такого інтересу.

Результати опитування щодо використання мовлення становлять: 20% говорять вісім і більше слів, крім «мама» і «тато», 40% дітей інколи говорять вісім слів, 40 % поки, що не можуть говорити вісім та більше слів. 10% імітують та повторюють за батьками прості речення з двох слів, 70 % інколи не розбірливою повторюють речення з двох слів, 20% дітей можуть виконувати ці дії. 10% дітей з РСА говорять фразу з двох або трьох слів, 40% - можуть скласти зі слів речення, у 50% - не сформоване фразове мовлення.

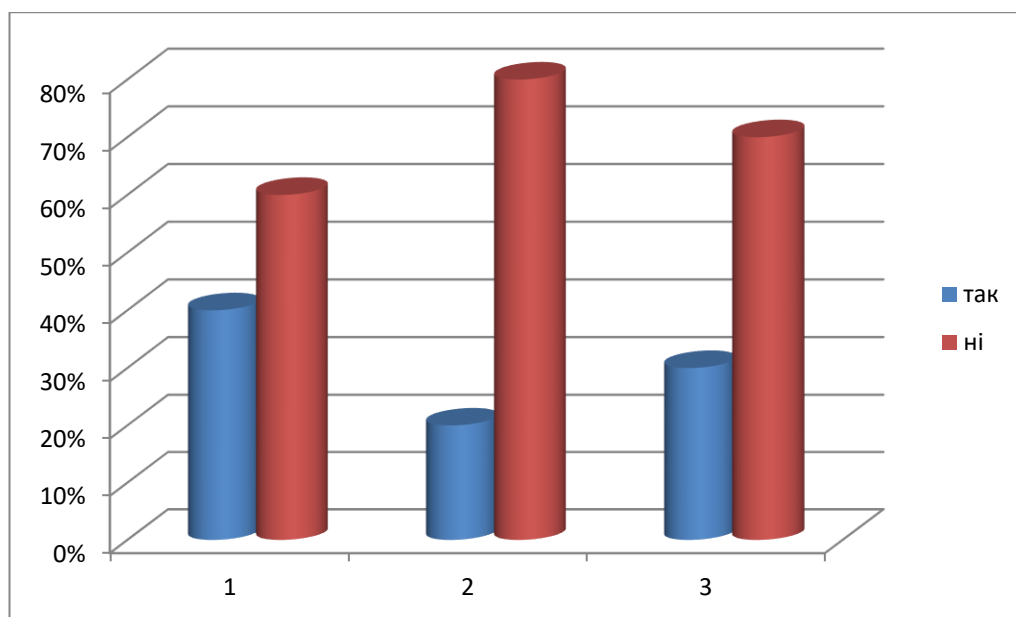
Щодо розуміння зверненого мовлення було з'ясовано, що 20% дітей з РСА правильно ідентифікує лише одне зображення і правильно показує лише один предмет, 50% дитина вибірково розрізняє предмети, 30% - сформований вказівний жест і проте не може ідентифікувати предмет.



**Рис. 2.2 Результати опитування ASQ-3  
шкала «Особисто соціальне»**

Результати опитування батьків дітей з РСА за шкалою «особисто соціальне» було з'ясовано, що 20% дітей спостерігають за собою в дзеркалі та пропонують іграшку своєму зображенню, 20% - інколи дивляться на себе в дзеркало, та 60% - ще не зацікавлені в такій дії. 30% дітей бавляться та обіймають іграшку, 30% - інколи виконують таку дію, та 40% - ще не відчують потреби в обіймах. 50% дітей з РСА привертають увагу своїх батьків показують їм на певний предмет і тягнуть за одяг аби батьки взяти для них цей предмет, 20% - інколи демонструють такі дії, у 30% дітей ще не сформований вказівний жест. 20% дітей звертаються до батьків за допомогою, 30%- не завжди потребують допомоги батьків, а у 50% дітей, ще несформована ця потреба. 10% дітей з РСА п'ють з чашки чи з стакану і ставлять на її стіл, розливши мінімум води, 30% - інколи виконує такі дії (чутливість до деяких поверхонь), та 60% дітей ще не вміють пити з чашки. 10% дітей копіюють діяльність, своїх батьків, 20%- іноді можуть наслідувати своїх батьків, у 70% - ще не сформована наслідувальна діяльність.

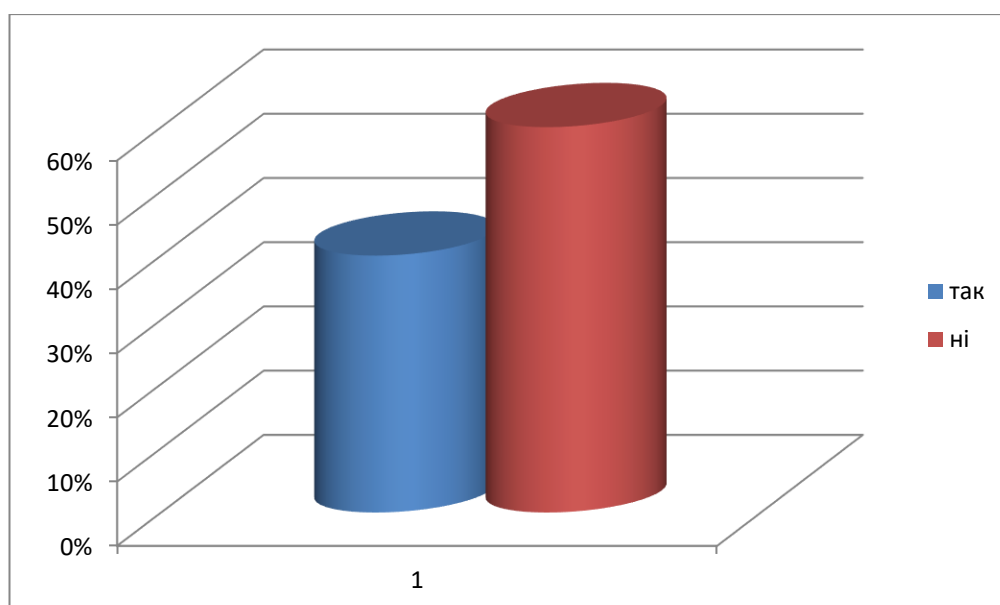
*Результати дослідження елементарного розвитку мовлення  
за тестом «CASD»*



**Рис. 2.3 Результати тесту «CASD»**

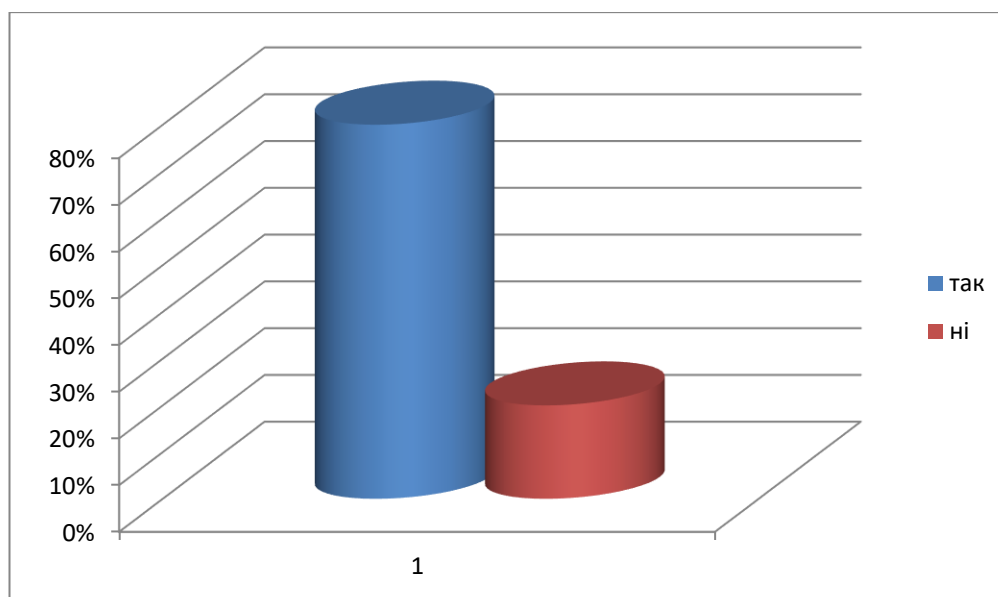
**шкала «Проблеми з соціальними навичками»**

За результатами дослідження тесту «CASD» за шкалою «Проблеми з соціальними навичками» було з'ясовано, що 60% дітей з РСА спостерігається відсутність не комунікативної взаємодії з однолітками, проте у 40% - проявляються соціальні зв'язки та комунікація з іншими дітьми, 80% - не розуміють соціальну взаємодію з іншими дітьми, 20% добре розуміють соціальні взаємодії, 30% дітей прагне мати друзів, 70% - не відчуває такої потреби.



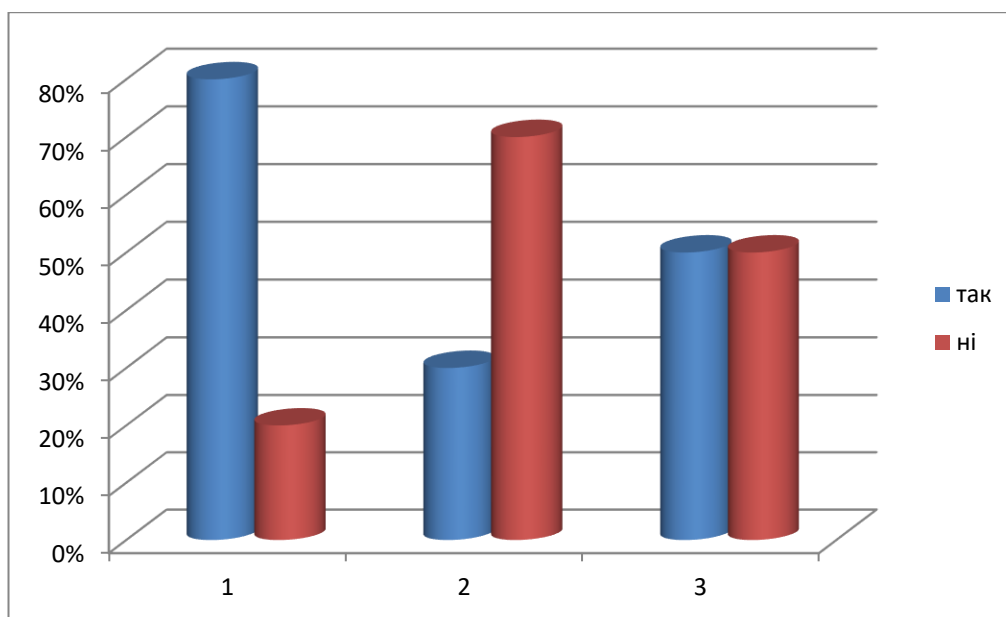
**Рис. 2.4 Результати тесту «CASD» шкала «Мовна регресія або уповільнення розвитку віці від 1 до 2 років»**

За результатами дослідження тесту «CASD» за шкалою «Мовна регресія або уповільнення розвитку віці від 1 до 2 років» було з'ясовано, що 60% дітей з РСА є уповільнений розвиток мовлення, а 40% - не мають таких порушень.



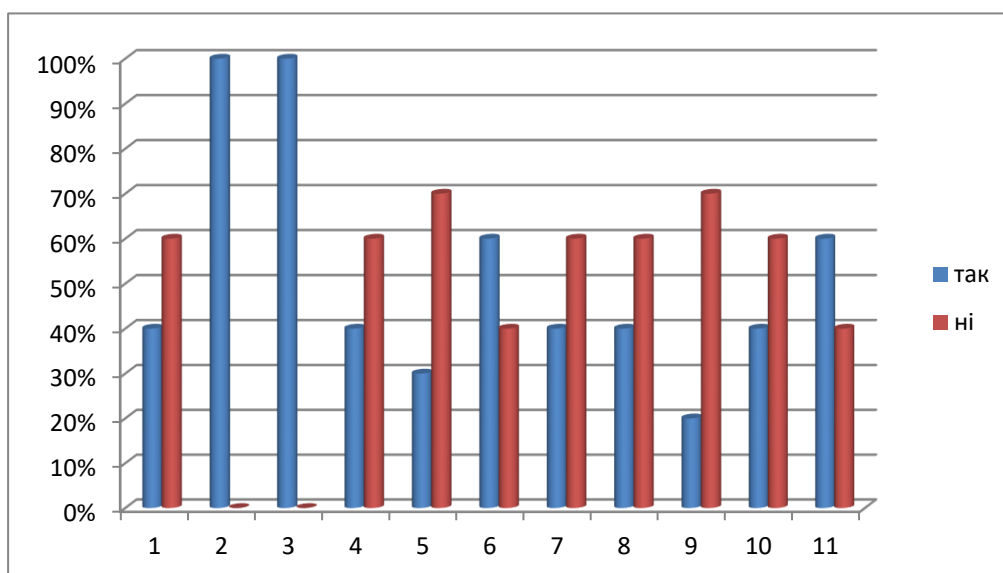
**Рис. 2.5 Результати тесту «CASD» шкала «Візуально - моторні навички значно вищі ніж мовленнєві»**

За результатами дослідження тесту «CASD» за шкалою «Візуально - моторні навички значно вищі ніж мовленнєві» було з'ясовано, що у 80% дітей з РСА моторні навички розвинуті краще за мовлення, 20% дітей не мають таких здібностей.



**Рис. 2.6** Результати тесту «CASD» шкала «Порушення комунікації»

За шкалою «Порушення комунікації» було з'ясовано, що 80% дітей з РАС мають суттєве обмеження мовлення, (тільки показують жестами на предмет), 20% - не використовують ці прийоми. 30% спілкується тільки при незадоволенні власних потреб, 70% - не спілкуються. 50% дітей мають складнощі з діалогічним мовленням (говорять лиш на ті теми, що цікавлять дитину), 50% - не мають таких складнощів



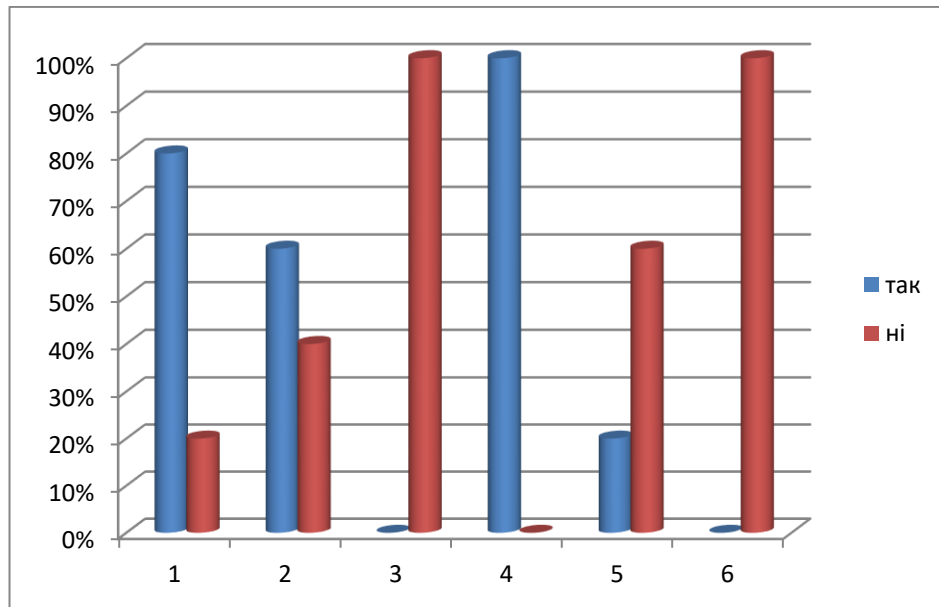
**Рис. 2.7** Результати тесту «CASD» шкала «Атипова вокалізація або мовлення»



За результатами дослідження тесту «CASD» за шкалою «Атипова вокалізація або мовлення» було з'ясовано, що 40% дітей з РСА мають голосові особливості, такі як моно тони голос та темп мовлення, 60% - таких особливостей не мають. 100% дітей мають специфічну вокальну поведінку, 0% - відсутнє таке порушення. 100% дітей використовують в мовленні структуровані звуки, що робить їх мову «дивною» 0% - відсутнє таке використання звуків. 40% дітей з РСА мають специфічні інтереси, глибокі занурення у конкретні теми і використовують власну лексику пов'язано з цією темою, 60% - не використовують специфічну лексику. У 30% дітей є ехолалію та повторення деяких слів та фраз не об'єднані спільною темою. 70% дітей з РСА не використовують ехолалію в спілкуванні 60% присутнє спорадичне мовлення тобто затримка мовлення, обмеження соціальної комунікації та мають специфічні мовні патерни, у 40% дітей є затримка мовлення, але відсутнє спорадичне мовлення. 40% нав'язливо повторюють фрази (з мультиків, реклам) та 60% - не користуються таким мовленням. 40% дітей з РСА використовують завчені фрази поза контекстом, та 60% дітей з РАС не говорять такі фрази. 20% плутають займенники («він» замість «я» ), 80% - вірно використовують ці займенники. 40% дітей нав'язливо повторюють запитання та вислови, 60% - не застосовують таке мовлення. 60% дітей мають особливо вираженні ідіосинкратичні думки та мовлення 40% - не мають такої особливості.

За результатами дослідження тесту «CASD» за шкалою «Спеціальні здібності розвинуті значно кращі за інші» було з'ясовано, що 80% дітей з РСА мають виняткове запам'ятовування, та в 20% - ще не мають виняткового запам'ятовування. 60% дітей є феноменальне запам'ятовування, та 40% - феномен відсутній. 0% - уміння імітувати улюблених персонажів (героїв мультфільмів, тварин, рекламу) та 100% - не вміє точно імітувати улюблених персонажів. 100% мають високорозвинені візуально-механічні навички (ідеально складають пазли навіть з порушенням дрібної моторики. Головоломки, тощо), 0% не мають таких навичок. 20% дітей мають

художній талант, 60% - не мають таких здібностей. 0% дуже добре розвинути велика моторика та 100% - незначні порушення великої моторики.



**Рис. 2.8** Результати тесту «CASD»

**шкала «Спеціальні здібності розвинути значно кращі за інші»**

Аналіз сучасних методик дослідження розвитку дітей раннього віку з РСА дозволив виділити такі шкали скринінгових тестів щодо розвитку мовлення. 20% дітей вказують на предмет або говорять, коли щось хочуть. 40% інколи використовують жести або вигуки для вираження потреб, 40% не проявляють ініціативи у спілкуванні.

*Використання мовлення:* 20% говорять вісім і більше слів (крім "мама" і "тато"). 40% інколи вживають вісім слів. 40% поки не можуть говорити вісім і більше слів. Спостерігається значна гетерогенність в розвитку мовлення, що підкреслює необхідність індивідуального підходу до кожної дитини в корекції мовлення та підтримки.

*Розуміння зверненого мовлення:* 20% дітей правильно ідентифікують лише одне зображення і показують один предмет, 50% вибірково розрізняють предмети, 30% використовують вказівний жест, але не можуть ідентифікувати предмет.

Скринінговий інструмент для оцінювання загального розвитку дитини «ASQ-3» шкала «Особисто соціальне», можна зробити наступні висновки: *Самопізнання та сприйняття відображення:* 20% дітей активно спостерігають за собою в дзеркалі та взаємодіють із своїм відображенням. 20% роблять це інколи. 60% поки ще не виявляють зацікавленості в таких діях. Спостерігається не зацікавленість дітей в спостереженні за собою, що може впливати на їхню самоідентифікацію та взаємодію з довкіллям.

*Взаємодія з предметами:* 30% дітей бавляться та обіймають іграшку. 30% роблять це інколи. 40% не виявляють потреби в обіймах. Наявність або відсутність потреби в тактильній взаємодії з предметами свідчить про індивідуальні особливості та чутливість дитини.

*Спрямована увага до батьків:* 50% дітей привертають увагу батьків показуючи на предмет. 20% роблять це інколи. 30% діти не привертають увагу батькам, тому що не сформований вказівний жест. Різноманітна здатність дітей виявляти інтерес та спрямовувати увагу своїх батьків, може впливати на комунікативні навички між ними.

*Потреба в допомозі та навички самообслуговування:* 20% дітей звертаються до батьків за допомогою. 30% не завжди потребують допомоги. 50% ще не сформована потреба в допомозі. Різний ступінь самостійності та потреба в допомозі може вказувати на рівень розвитку навичок самообслуговування.

*Наслідувальна діяльність:* 10% дітей копіюють дії своїх батьків. 20% інколи наслідують батьків. 70% дітей ще не сформована наслідувальна діяльність. Різний рівень наслідувальної діяльності може вказувати на ступінь формування соціальних навичок та взаємодії.

Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму шкала «Проблеми з соціальними навичками», можна сформулювати наступні висновки: *Взаємодія з однолітками:* 60% дітей з РСА спостерігається відсутність комунікативних взаємодій з однолітками. 40% спостерігаються соціальні зв'язки та комунікація з іншими дітьми.

Більшість дітей мають труднощі у встановленні соціальних контактів з однолітками, що може вказувати на важкість у сфері соціальної адаптації.

*Розуміння соціальної взаємодії:* 80% дітей не розуміють соціальної взаємодії з іншими дітьми. 20% дітей добре розуміють соціальні зв'язки. Більшість дітей з РСА мають труднощі у розумінні та інтерпретації соціальних сигналів, що може ускладнювати їхню соціальну адаптацію.

*Потреба в дружбі:* 30% дітей з РСА прагнуть мати друзів. 70% не відчують такої потреби. Велика частина дітей з РСА не відчуває потреби в соціальних відносинах та дружбі, що може свідчити про особливості їхнього соціального сприйняття та інтересів. Узагальнюючи, діти з РСА, які брали участь у дослідженні, виявили виражені труднощі у встановленні соціальних зв'язків та розумінні соціальної взаємодії з однолітками. Важливо враховувати ці особливості у плануванні та реалізації програм та підходів до розвитку соціальних навичок у цієї групи дітей, забезпечуючи їм необхідну підтримку та індивідуальний підхід.

**Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму шкала «Мовна регресія або уповільнення розвитку віці від 1 до 2 років», можна зробити наступні висновки:**

*Розвиток мовлення:* 60% дітей з РСА виявили уповільнений розвиток мовлення. Частина дітей виявила труднощі у мовленні, що може вказувати на порушення у розвитку цього важливого аспекту комунікативних навичок. 40% дітей не мають виявлених порушень у розвитку мовлення. Більшість дітей з РСА, які брали участь у дослідженні, має уповільнений розвиток мовлення, що може свідчити про індивідуальні варіації у розвитку цього аспекту. Для розвитку мовлення в контексті специфічних потреб кожної дитини. Такий підхід дозволяє ефективно враховувати особливості та потреби дитини для покращення її комунікативних вмінь.

*Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму шкала «Візуально - моторні навички значно вищі ніж мовленнєві», можна зформуванати певні висновки:*

*Розвиток візуально-моторних навичок: 80% дітей з розладом спектра аутизму виявлено, що їхні візуально-моторні навички розвинуті краще, ніж мовленнєві. Більшість частина дітей має схильність до розвинутих візуально-моторних навичок, що може включати такі вміння, як рухи, пов'язані з сприйняттям та використанням образів. 20% не виявлено переваги у розвитку візуально-моторних навичок порівняно з мовленнєвими. Деякі діти не виявили схильності до вищого розвитку візуально-моторних навичок, що може вказувати на індивідуальні особливості у розвитку.*

*Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму шкала «Порушення комунікації», можна зробити певні висновки:*

*Обмеження мовлення: 80% дітей з РАС виявили суттєве обмеження мовлення, обмежуючись лише жестами і вказуючи на предмет. 20% не використовують жести чи інші прийоми комунікації. Більшість дітей з РАС мають обмежене мовлення, що може впливати на їхню здатність ефективно спілкуватися*

*Спілкування при незадоволенні потреб: 30% дітей спілкуються тільки при незадоволенні власних потреб. 70% не виявили бажання або потреби у спілкуванні. Значна частина дітей не виявляє ініціативи у спілкуванні і обмежує його лише ситуаціями невдоволення.*

*Складнощі з діалогічним мовленням: 50% дітей мають складнощі з діалогічним мовленням, обмежуючи свій розмовний репертуар до обраних тем. 50% не виявили таких складнощів. Розмовний репертуар половини дітей з РАС обмежується обраними темами, що може впливати на різноманітність та гнучкість спілкування. Узагальнюючи, результати вказують на велику різноманітність виявлених порушень комунікації у дітей з РАС.*

Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму шкала «Атипова вокалізація або мовлення», можна сформулювати наступні висновки:

*Голосові особливості:* 40% дітей з РСА мають голосові особливості, такі як монотони голос та темп мовлення. 60% не виявили таких особливостей. Частина дітей виявила атипові голосові особливості, що може впливати на сприйняття їхнього мовлення оточуючими.

*Специфічна вокальна поведінка:* 100% дітей мають специфічну вокальну поведінку, таку як використання структурованих звуків. У 0% відсутнє таке порушення. Всі діти виявили специфічну вокальну поведінку, що може бути характерною для РСА.

*Ехолалія та повторення:* 30% дітей виявили ехолалію та повторення слів та фраз, не об'єднаних спільною темою. 70% не використовують ехолалію в спілкуванні. Деякі діти виявили ехолалію, що може вказувати на особливості в сприйнятті та використанні мовлення.

*Спорадичне мовлення та мовні патерни:* 60% дітей присутнє спорадичне мовлення та специфічні мовні патерни. 40% є затримка мовлення, але відсутнє спорадичне мовлення. Частина дітей має особливості у розвитку мовлення, які можуть включати затримку та специфічні патерни (ряд характерних особливостей, які відрізняються від типового розвитку мовлення).

*Нав'язливе повторення фраз:* 40% дітей нав'язливо повторюють запитання та вислови. 60% - не застосовують таке мовлення. Частина дітей виявила нав'язливе повторення та використання фраз, що може бути пов'язано з особливостями комунікації.

*Ідіосинкратичні думки та мовлення:* 60% дітей мають особливо вираженні ідіосинкратичні думки та мовлення. 40% не мають такої особливості. Узагальнюючи, результати вказують на різноманітність атипових вокалізаційних та мовленнєвих характеристик у дітей з розладом аутистичного спектру. Це підкреслює необхідність індивідуального підходу

до розвитку комунікативних навичок та сприяння адаптації дітей у суспільстві.

Тест «CASD» Скринінгова шкала розладів спектру аутизму шкала «Спеціальні здібності розвинуті значно кращі за інші», можна зробити певні висновки:

*Виняткове запам'ятовування:* 80% дітей з РСА мають виняткове запам'ятовування. 20% ще не розвинуті здібності запам'ятовування. Більшість дітей має виняткове запам'ятовування, що може вказувати на особливості їхньої когнітивної функції.

*Феноменальне запам'ятовування:* 60% дітей мають феноменальне запам'ятовування. У 40% цей феномен відсутній. Значна частина дітей виявила феноменальне запам'ятовування, що може відзначатися надзвичайними когнітивними здібностями.

*Імітація улюблених персонажів:* 0% дітей уміє точно імітувати улюблених персонажів. У 100% не виявлено навичок точної імітації. Досліджувані діти з РСА не виявили здатності точно імітувати улюблені персонажі.

*Візуально-механічні навички:* 100% мають високорозвинені візуально-механічні навички, які виявляються в успішному складанні пазлів і вирішенні головоломок. 0% дітей не мають таких здібностей. Усі діти виявили високий рівень візуально-механічних навичок, що свідчить про їхню здатність до успішного виконання завдань такого характеру.

*Художній талант:* 20% дітей виявили художній талант. У 60% відсутні такі здібності. Частина дітей виявила художні таланти, що вказує на різноманітність їхніх індивідуальних здібностей.

*Велика моторика:* 0% виявлено дуже добре розвинуту велику моторику. У 100% є незначні порушення великої моторики. Усі діти виявили певні порушення великої моторики. Узагальнюючи, результати вказують на різноманітність розвитку спеціальних здібностей у дітей з РСА. Важливо

враховувати ці здібності при розробці індивідуальних підходів до корекції та підтримки цих дітей.



## РОЗДІЛ 3

### ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТАРНИХ НАВИЧОК СПІЛКУВАННЯ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

#### 3.1 Особливості формування елементарних навичок мовлення у програмі «Послуги раннього втручання»

Центр реабілітації «Гармонія» ім. Р. Панасюк надає послугу з «Раннього втручання» дітям у яких є труднощі розвитку. Це пілотний проект в м. Вінниці, ініційований та впроваджений працівниками центру реабілітації та підтриманий Департаментом соціальної політики. У центрі реабілітації надається трансдисциплінарна допомога сім'ям з дітьми раннього віку (від народження до 3-х повних років), у яких є порушення розвитку.

У програму раннього втручання було зараховано 18 родин, у тому числі 5 родин в яких виховуються діти з РСА.

Процедура надання послуги раннього втручання родинам, які виховують дітей з розладом аутистичного спектра, яка включає в себе певні етапи та стратегії для підтримки не лише самої дитини, але й її сім'ї. Дана послуга здійснюється командою послуги раннього втручання (лікар невролог, логопед, ерготерапевт, психолог та соціальний працівник).

Етапи послуги раннього втручання:

1. Перший дзвінок –консультативна допомога (визначається координатор послуги і створюється команда фахівців).

2. «Перша зустріч» – відбувається за певним протоколом, команда РВ (в складі 2-х фахівців) спілкується з родиною та обговорюють причини звернення на послугу.

3. Діагностичний – медична діагностика (генетика, сурдолога, психіатра та ін.), скринінги (ASQ-3, CASD).

4. Рутино – базоване інтерв'ю (включає в себе розповідь батьків, про звичний день родини, щоб дізнатись в якій частині дня чи рутині є труднощі,

щоб в подальшому можна було допомогти дитині в її природньому середовищі справитись з труднощами); обговорення та визначення цілей для дитини та родини, з метою розробки реабілітаційного маршруту для родини.

5. Складання «**есо map**» - карта підтримки родини (зображаємо схематично родину та її підтримку), щоб сім'я візуально побачила, що вона не сама в своїх труднощах.

6. Складання ППР – команда фахівців складають реабілітаційний та розвиваючий маршрут родини.

7. План переходу – родина з часом переходить на іншу послугу, заклади дошкільної освіти або інші соціальні програми.

Варто зазначити, що зустрічі з дитиною та родиною відбуваються раз в тиждень, так як втручання та розвиток дитини відбувається між візитами фахівців РВ.

Індивідуальна програма комплексної реабілітації або (абілітації) для дитини з РСА, яка отримує послуги раннього втручання, має на меті створення індивідуалізованого плану дій для максимального розвитку та підтримки дитини. Ця програма базується на комплексному підході, враховуючи особливості розвитку конкретної дитини та її потреби.

Етапи розробки індивідуальної програми:

*Експертна Оцінка:*

- Проведення комплексної експертної оцінки, яка включає медичні, психологічні, педагогічні та інші аспекти.
- Визначення рівня розвитку, потреб та викликів, які стоять перед дитиною.

*Визначення цілей та потреб:*

- Узгодження цілей реабілітації чи абілітації з батьками та іншими фахівцями.
- Врахування особливих потреб та інтересів дитини.

*Розробка індивідуального плану:*

- Створення детального індивідуалізованого плану, який визначає конкретні стратегії та методи втручання для реалізації цілей.

- Узгодження плану з батьками та іншими учасниками.

*Визначення реабілітаційні заходів:*

- Вибір та реалізація реабілітаційних заходів, таких як логопедичні заняття, фізіотерапія, та інші види підтримки.

- Залучення фахівців, таких як логопеди, фізіотерапевти, психологи тощо.

*Соціальна та комунікативна реабілітація:*

- Врахування важливості соціальної та комунікативної реабілітації.

- Розробка стратегій для розвитку соціальних навичок та спілкування.

*Використання технологій та інновацій:*

- Врахування можливостей використання технологій та інновацій в реабілітації, наприклад, використання спеціальних додатків або ігрових технологій.

*Підтримка батьків та півпраця:*

- Забезпечення навчання та підтримки батьків для підвищення їхньої компетенції (адже батьки є найкращими фахівцями для своїх дітей) та для виконання домашніх завдань.

Індивідуальний план комплексної реабілітації складається командою раннього втручання. Він містить такі складові: відомості про дитину (родину), термін комплексної реабілітації та реабілітаційні заходи.

1. Відомості про дитину (родину):

- Ім'я та Прізвище: (м'я итини)

- Дата народження: (дата)

- Контактні Відомості Родини: (телефон, електронна пошта)

- Медична історія: (вказати основні медичні аспекти та діагнози)

– Соціальний та родинний контекст: (опис особливостей сімейного середовища)

2. Термін комплексної реабілітації:

- Початок реабілітації: (дата початку)
- Орієнтований термін завершення: (дата завершення)

3. Реабілітаційні заходи:

3.1. Розвиток комунікативних навичок:

- Мовлення та Комунікація:
- Індивідуальні заняття з логопедом (ім'я логопеда)

3.2. Фізична реабілітація:

- Сесії фізіотерапії (ім'я реабілітолога)
- Вправи для розвитку координації та м'язової сили.

3.3. Соціальна та емоційна реабілітація:

- Групові сесії з соціальної реабілітації:
- Участь у групових заняттях з іншими дітьми.
- Підтримка психолога (ім'я психолога).

3.4. Ігрова терапія та стимуляція креативності:

- Творчі сесії:
- Ігрові та творчі заняття для розвитку фантазії.
- Використання різноманітних іграшок та інтерактивних методів.

3.5. Підтримка батьків та співпраця:

- Навчання батьків:
- Індивідуальні сесії навчання для батьків (ім'я соціального працівника).

- Регулярна зворотна зв'язок та консультативна підтримка.

4. Моніторинг та оцінка прогресу:

- Регулярні оціночні сесії:
- Проведення оціночних сесій щокварталу.
- Визначення нових цілей та стратегій відповідно до прогресу.

Логопед відіграє ключову роль у розробці та реалізації програм раннього втручання для дітей з РСА. Його завдання включає в себе розробку індивідуальних планів для розвитку комунікативних навичок дитини та сприяння її адаптації у соціумі і проведення індивідуальних корекційних занять. Також логопед активно взаємодіє з батьками, надаючи поради та інструкції для включення методів розвитку мовлення в домашнє середовище. Обговорює індивідуальні потреби та прогрес дитини мультидисциплінарною командою

*Методики розвитку мовлення та спілкування у дітей з РСА.*

Сучасні методики розвитку мови та спілкування у дітей з РСА тісно пов'язані з тими, що спрямовані на розвиток соціальних навичок, покращення соціальної взаємодії, які проводять логопеди і психологи у тісній співпраці з батьками дітей з РСА.

Перші втручання, скеровані на розвиток мовлення, проводяться з батьками і сфокусовані на тому, як допомогти дорослим ефективніше спілкуватися з дитиною. Першим етапом втручань є допомога батькам ввійти у взаємодію з дитиною через спільну гру, «приєднання» до улюблених занять дитини, побудова приємної, радісної взаємодії, яка мотивуватиме дитину до спілкування. Розвиток спілкування та мовлення не має бути «дресурою», а відбуватись природньо в практичних життєвих ситуація. При цьому батькам важливо допомогти у інтерпрітації власних емоційних реакцій на не типову поведінку власної дитини.

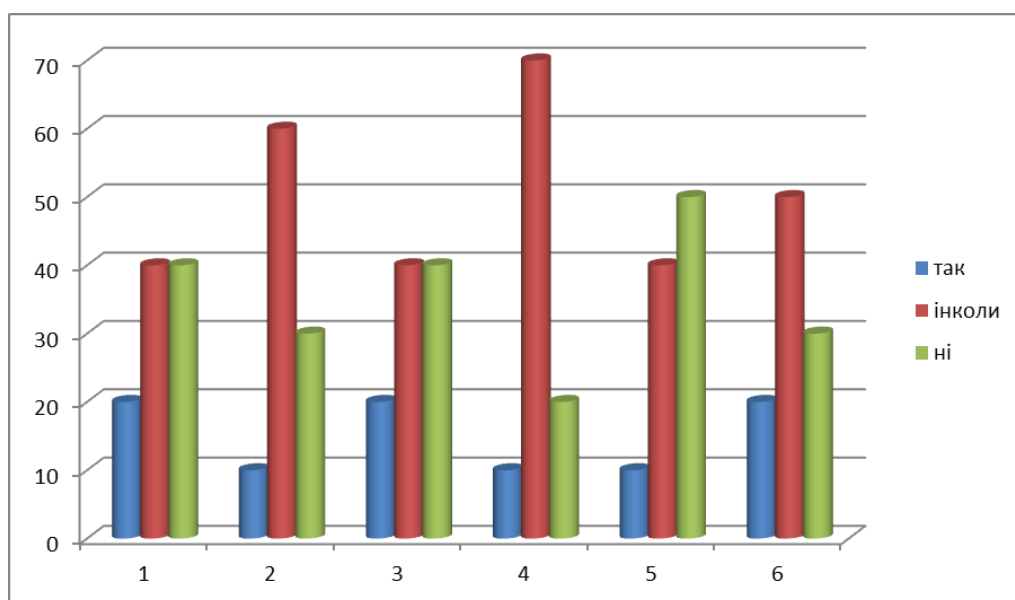
Методи логопедичної роботи з дітьми РАС раннього віку: PECS, система альтернативної комунікації, метод візуальних підтримо, логоритміка, стимуляція.

Сучасні методики розвитку мовлення та спілкування у дітей з РСА враховують комплексний характер цих порушень та спрямовані на покращення соціальної взаємодії та комунікаційних навичок. Важливо відзначити, що втручання розпочинаються з роботи з батьками, щоб підтримати їх у спільній грі та ефективному спілкуванні з дитиною. Ці

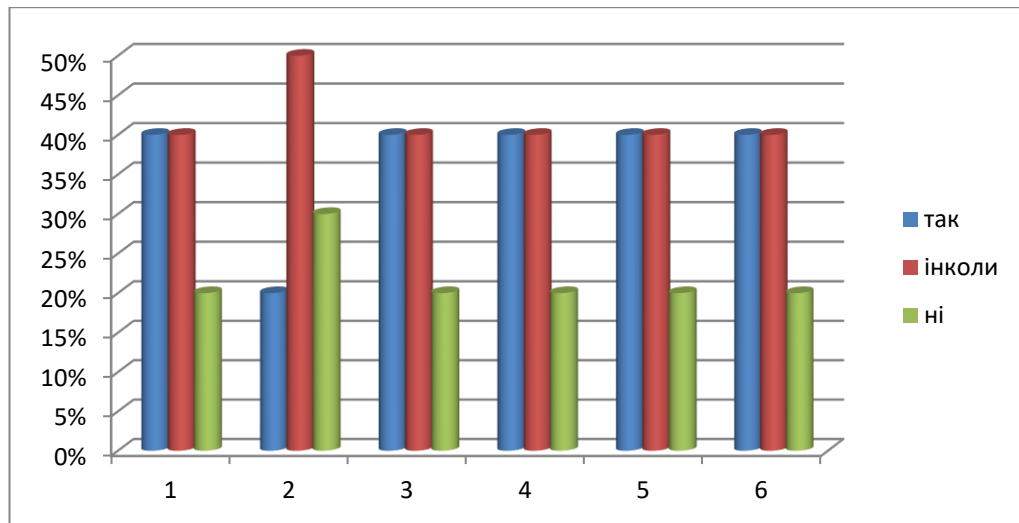
методи спрямовані не лише на розвиток мовлення, але і на покращення загальної соціальної взаємодії та адаптації дітей з РСА в повсякденному житті.

### 3.2 Результати формувального експерименту

З метою визначення результативності надання послуги раннього втручання щодо розвитку елементарних навичок мовлення було проведено формувальний експеримент.

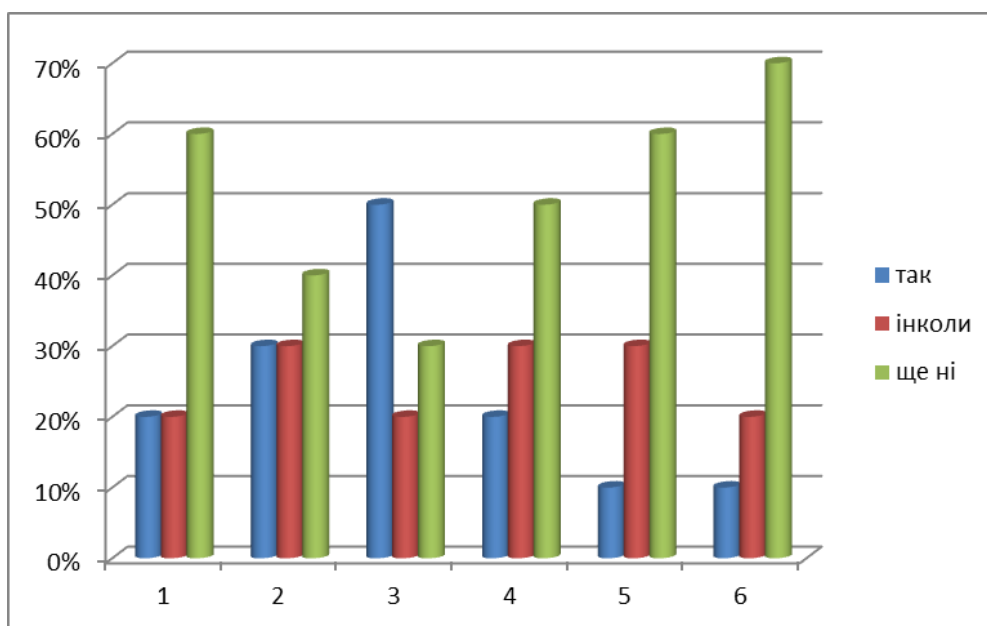


**Рис 3.1** Результати констатувального експерименту опитування ASQ-3 шкала «Спілкування»

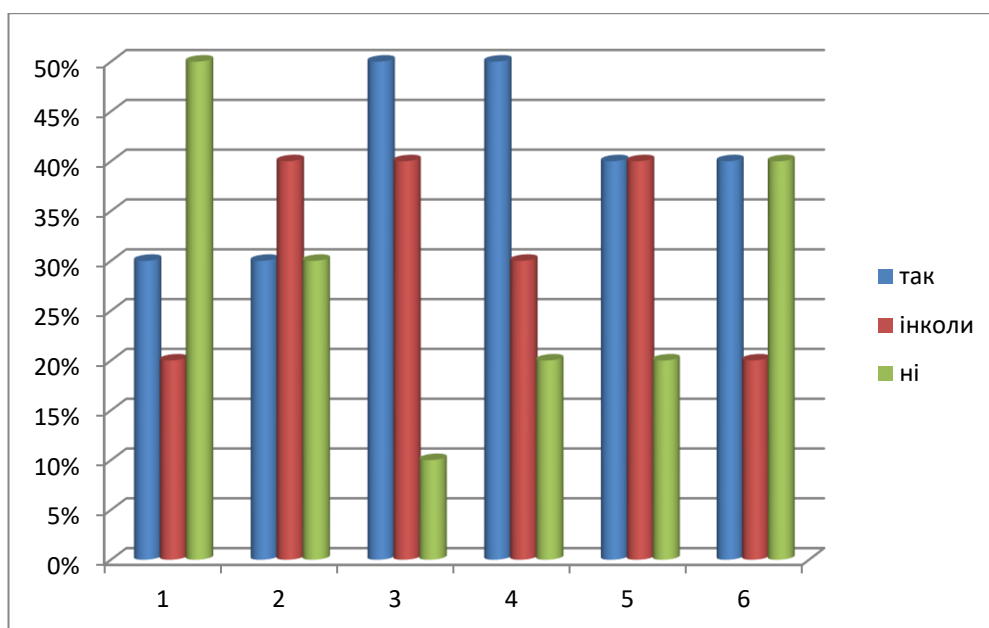


**Рис. 3.2 Результати формувального експерименту опитування ASQ-3  
шкала «Спілкування»**

За результатами формувального експерименту за шкалою «спілкування» було з'ясовано, що збільшився, 40% дітей вказує на предмет, або говорить коли щось хоче. 40%- інколи застосування жесту або вигуку при потребі предмету або щось. 20% не проявляють такої ініціативи. 20% дітей не приносять з іншої кімнати іграшку чи предмет, 50% інколи реагують на прохання та приносять, 30% дітей з РСА не проявляють такого інтересу. 40% імітують та повторюють за батьками прості речення з двох слів, 40% інколи не розбірливою повторюють речення з двох слів, 20% дітей не можуть виконувати ці дії. 40% дітей з РСА говорять фразу з двох або трьох слів, 40% - можуть складати зі слів речення, у 20% - не сформоване фразове мовлення. Щодо розуміння зверненого мовлення було з'ясовано, що 40% дітей з РСА правильно ідентифікує лише одне зображення і правильно показує лише один предмет, 40% дитина вибірково розрізняє предмети, 20% - сформований вказівний жест і проте не може ідентифікувати предмет.



**Рис. 3.3** Результати констатувального експерименту опитування ASQ-3  
шкала «Особисто соціальне»



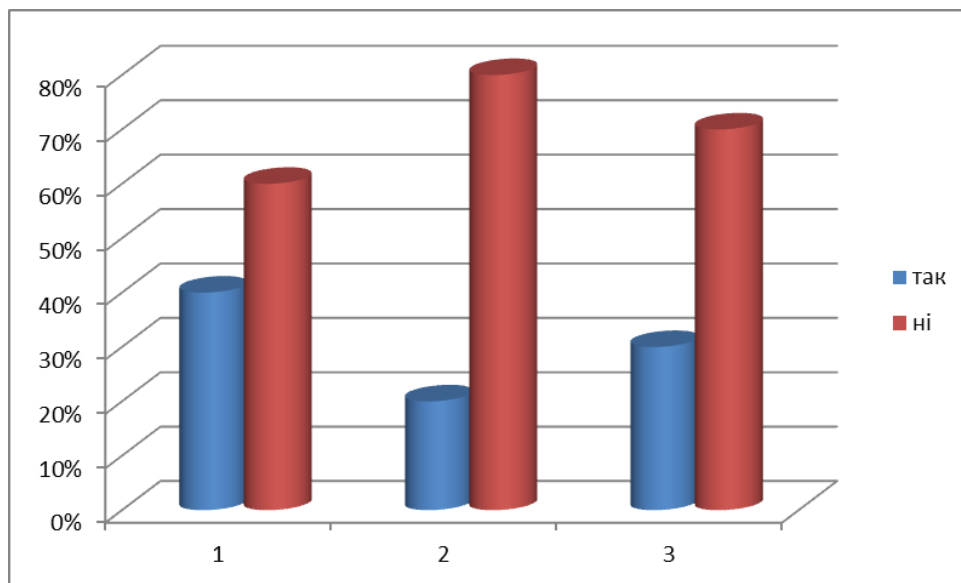
**Рис. 3.4** Результати формувального експерименту опитування ASQ-3  
шкала «Особисто соціальне»

За результатами формувального експерименту за шкалою «особисто соціальне» було з'ясовано, що 30% дітей спостерігають за собою в дзеркалі та пропонують іграшку своєму зображенню, 20% - інколи дивляться на себе в дзеркало, та 50% - ще не зацікавлені в такій дії. 30% дітей бавляться та

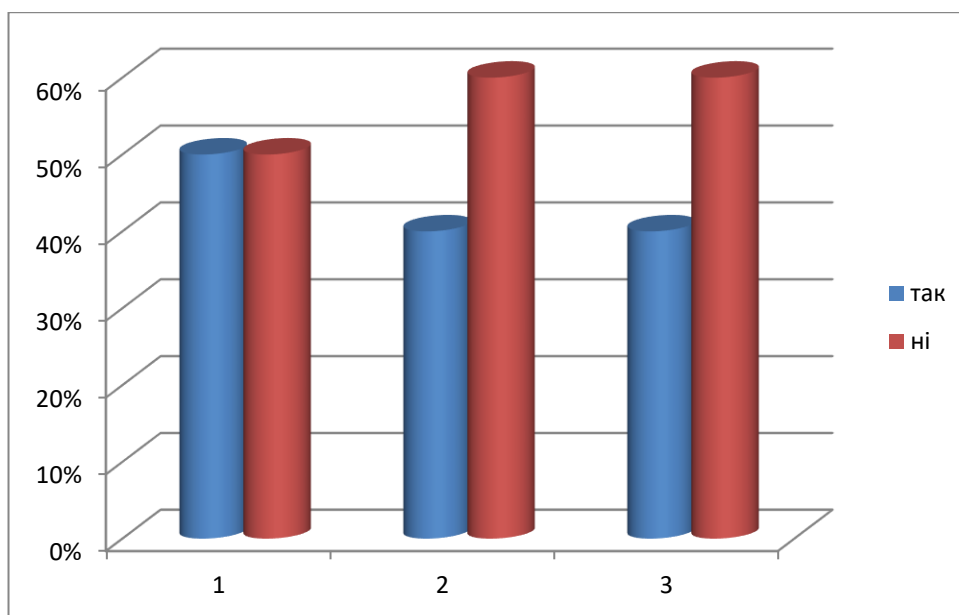


обіймають іграшку, 40% - інколи виконують таку дію, та 30% - ще не відчують потреби в обіймах. 50% дітей з РАС привертають увагу своїх батьків показують їм на певний предмет і тягнуть за одяг аби батьки взяли для них цей предмет, 40% - інколи демонструють такі дії, у 10% дітей ще не сформований вказівний жест. 50% дітей звертаються до батьків за допомогою, 30%- не завжди потребують допомоги батьків, а у 20% дітей, ще несформована ця потреба. 40% дітей з РАС п'ють з чашки чи з стакану і ставлять на її стіл, розливши мінімум води, 40% - інколи виконують такі дії (чутливість до деяких поверхонь), та 20% дітей ще не вміють пити з чашки. 40% дітей копіюють діяльність, своїх батьків, 20%- іноді можуть наслідувати своїх батьків, у 40% - ще не сформована наслідувальна діяльність.

*Результати дослідження елементарного розвитку мовлення  
за тестом «CASD»*

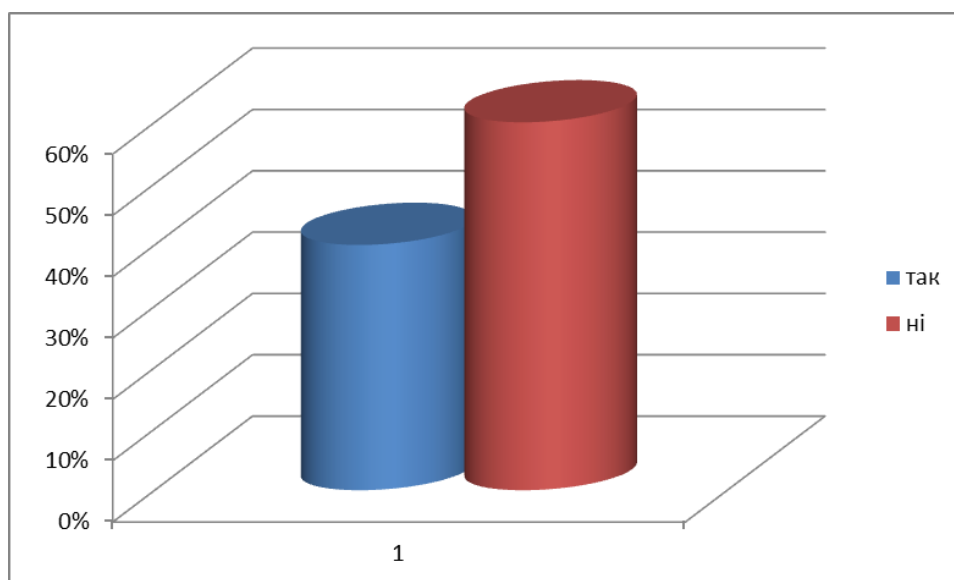


**Рис. 3.5** Результати констатувального експерименту тесту «CASD»  
шкала «Проблеми з соціальними навичками»

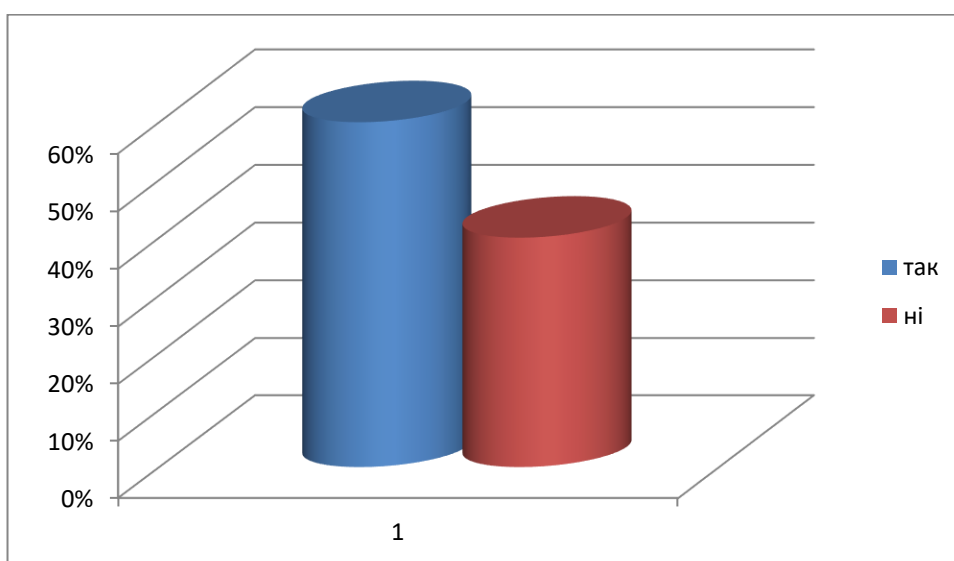


**Рис. 3.6 Результати формувального експерименту тесту «CASD» шкала «Проблеми з соціальними навичками»**

За результатами формувального експерименту за шкалою «Проблеми з соціальними навичками» тесте «CASD», було з'ясовано, що 50% дітей з РСА спостерігається відсутність комунікативної взаємодії з однолітками, проте у 50% - проявляються соціальні зв'язки та комунікація з іншими дітьми, 60% - не розуміють соціальну взаємодію з іншими дітьми, 40% добре розуміють соціальні взаємодії, 40% дітей прагне мати друзів, 60% - не відчуває такої потреби.

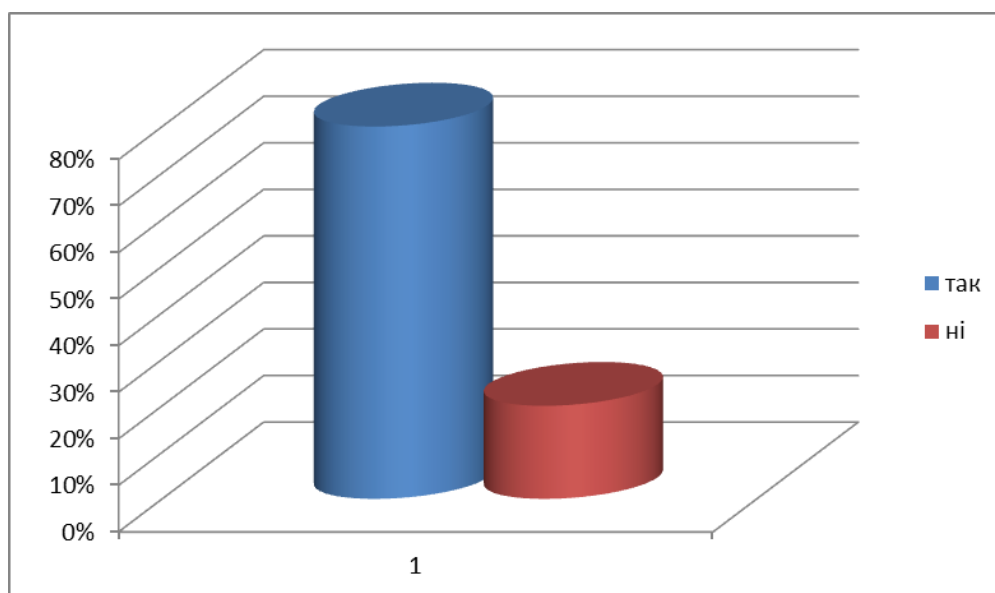


**Рис. 3.7** Результати констатувального експерименту тесту «CASD» шкала «Мовна регресія або уповільнення розвитку віці від 1 до 2 років»

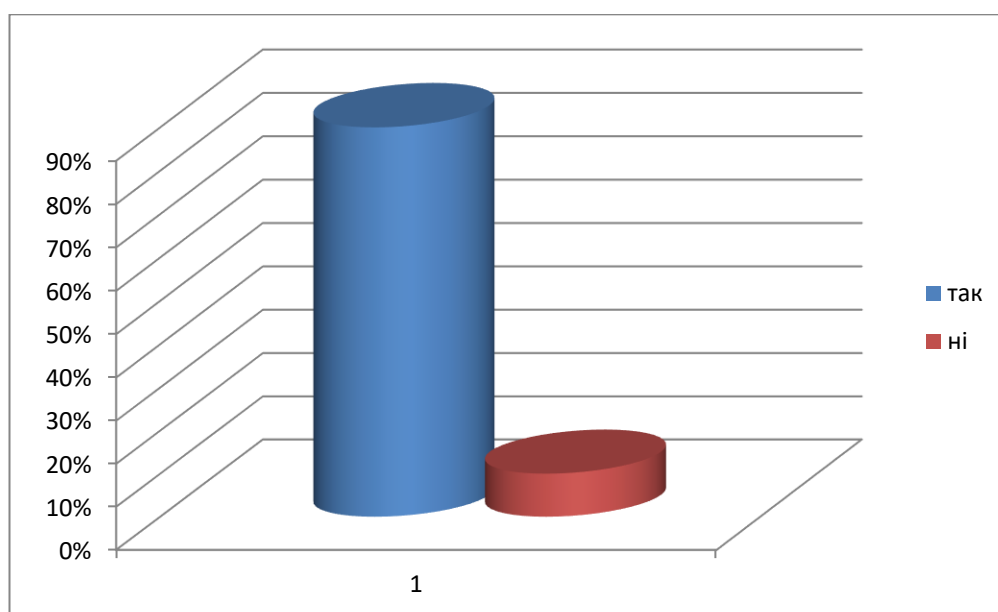


**Рис. 3.8** Результати формувального експерименту тесту «CASD» шкала «Мовна регресія або уповільнення розвитку віці від 1 до 2 років»

За результатами формувального експерименту тесту «CASD» за шкалою «Мовна регресія або уповільнення розвитку віці від 1 до 2 років» було з'ясовано, що 60% дітей з РАС є уповільнений розвиток мовлення, а 40% - не мають таких порушень.



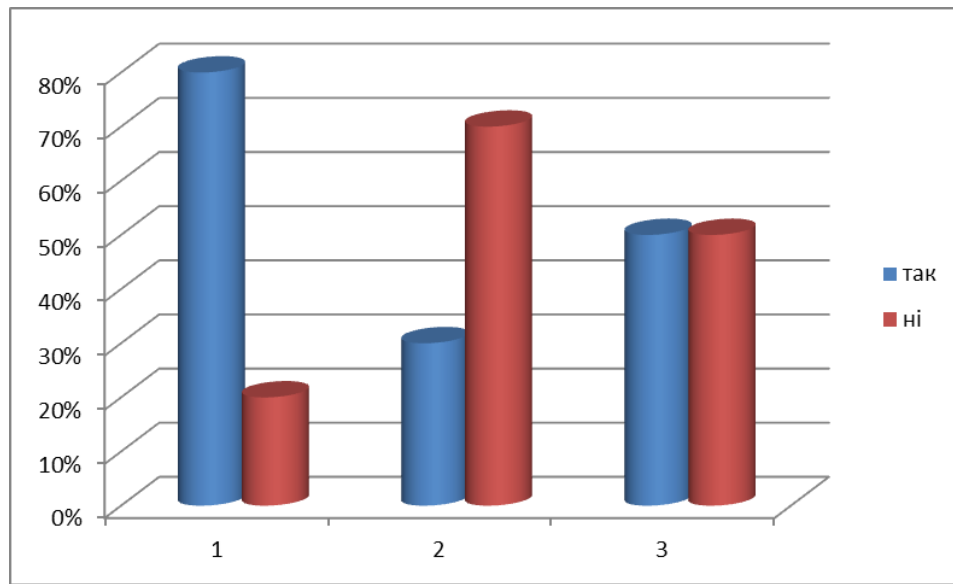
**Рис. 3.9** Результати констатувального експерименту тесту «CASD» шкала «Візуально - моторні навички значно вищі ніж мовленнєві»



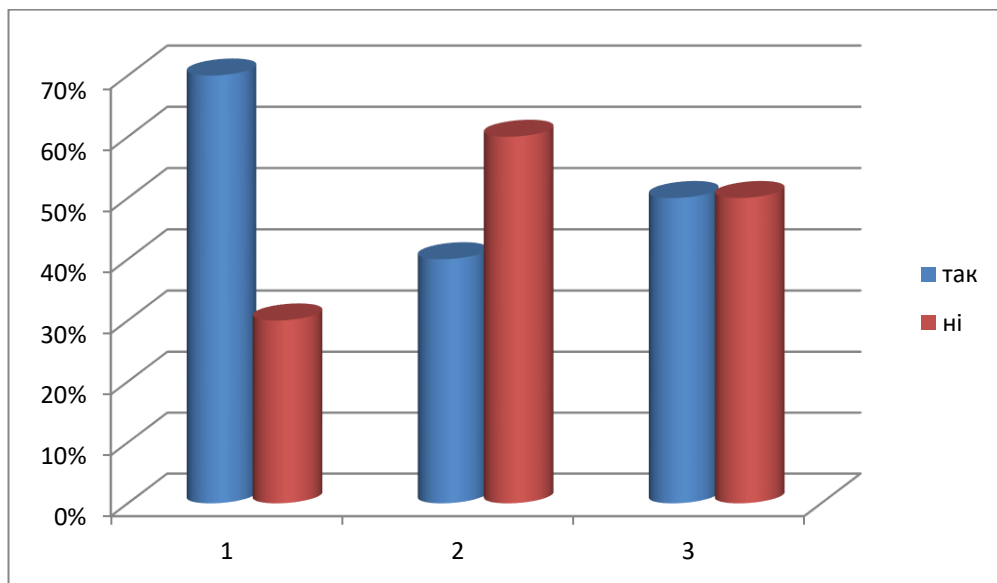
**Рис. 3.10** Результати формувального експерименту тесту «CASD» шкала «Візуально - моторні навички значно вищі ніж мовленнєві»

За результатами формувального експерименту тесту «CASD» за шкалою «Візуально - моторні навички значно вищі ніж мовленнєві» було

з'ясовано, що у 90% дітей з РАС моторні навички розвинуті краще за мовлення, 10% дітей не мають таких здібностей.



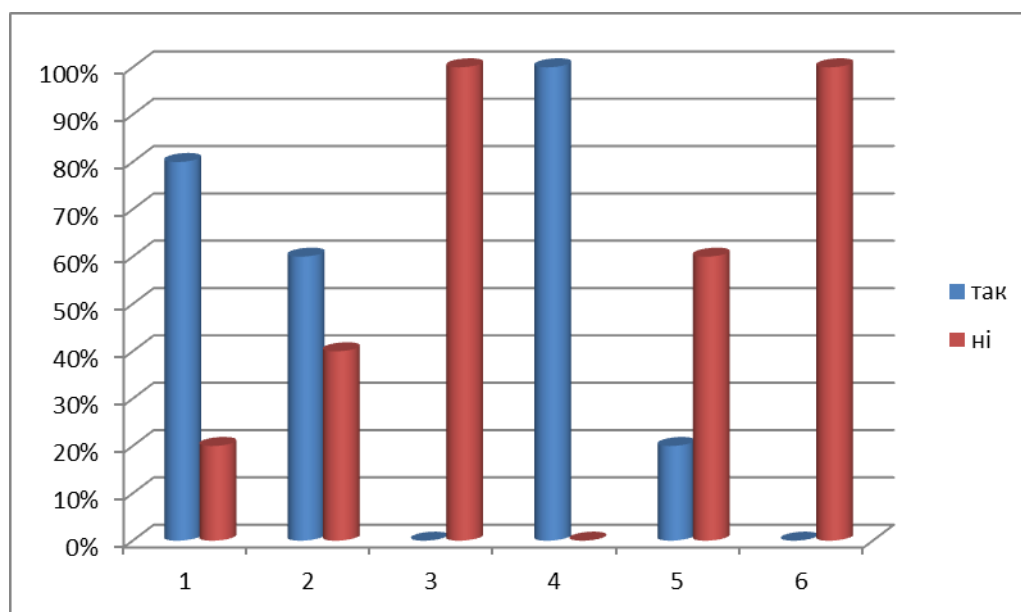
**Рис. 3.11** Результати констатувального експерименту тесту «CASD» шкала «Порушення комунікації»



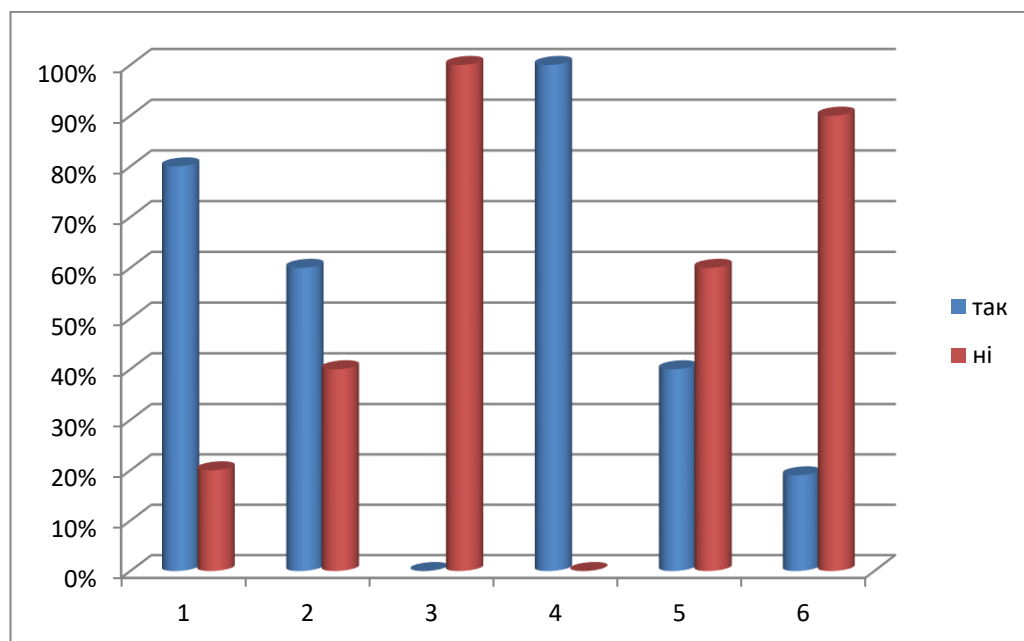
**Рис. 3.12** Результати формувального експерименту тесту «CASD» шкала «Порушення комунікації»

За результатами формувального експерименту тесту «CASD» за шкалою «Порушення комунікації» було з'ясовано, що 70% дітей з РАС мають суттєве обмеження мовлення, (тільки показують жестами на предмет), 30% - не використовують ці прийоми. 40% спілкується тільки при незадоволенні власних потреб, 60% - не спілкуються. 50% дітей мають

складнощі з діалогічним мовленням (говорять лиш на ті теми, що цікавлять дитину), 50% - не мають таких складнощів.



**Рис. 3.13** Результати констатувального експерименту тесту «CASD» шкала «Спеціальні здібності розвинуті значно кращі за інші»



**Рис. 3.14** Результати формувального експерименту тесту «CASD» шкала «Спеціальні здібності розвинуті значно кращі за інші»

За результатами формувального експерименту тесту «CASD» за шкалою «Спеціальні здібності розвинуті значно кращі за інші» було з'ясовано, що 80% дітей з РАС мають виняткове запам'ятовування, та в 20% - ще не мають виняткового запам'ятовування. 60% дітей є феноменальне запам'ятовування, та 40% - феномен відсутній. 0% - уміння імітувати улюблених персонажів (героїв мультфільмів, тварин, рекламу) та 100% - не вміє точно імітувати улюблених персонажів. 100% мають високорозвинені візуально-механічні навички (ідеально складають пазли навіть з порушенням дрібної моторики, головоломки, тощо), 0% не мають таких навичок. 40% дітей мають художній талант, 60% - не мають таких здібностей. 10% дуже добре розвинути велика моторика та 90% - незначні порушення великої моторики.

На основі результатів вдалого формувального експерименту тестування дітей раннього віку з РСА, можна зробити наступні висновки:

*1. Покращення в комунікативних навичках:*

- Загальна тенденція покращення в області спілкування на 20% свідчить про ефективність застосування методів та стратегій у формуванні комунікативних навичок дітей з РСА.

*2. Зростання використання мовлення:*

- Зниження відсотка дітей, які не використовують вісім і більше слів, вказує на успішність методів стимулювання мовлення, зокрема на покращення результатів у зоні "Використання мовлення" на 10%.

*3. Покращення розуміння зверненого мовлення:*

- Зменшення відсотка дітей, які не можуть ідентифікувати предмети, і покращення результатів у зоні «Розуміння зверненого мовлення» на 10% свідчать про прогрес у розвитку розуміння мовлення.

*4. Успішний особисто-соціальний розвиток:*

- Збільшення кількості дітей, які активно бавляться та обіймають іграшки, свідчить про успішний особисто-соціальний розвиток та адаптацію до взаємодії з оточуючим середовищем.

5. *Зміни у виняткових здібностях та специфічних навичках:*

- Виявлені виняткові запам'ятовування, художні таланти, а також високорозвинені візуально-механічні навички свідчать про важливість врахування та розвитку індивідуальних сильних сторін кожної дитини з РСА.

6. *Результати шкал соціалізація*

- Успішне виявлення соціальної взаємодії та зв'язків у 50% дітей та феноменального запам'ятовування в 60% свідчать про варіабельність спектру аутизму та важливість індивідуального підходу.

Ці результати вказують на позитивний вплив застосування формувальних методів та стратегій на розвиток мовлення у дітей з раннім віком РСА. Проте важливо продовжувати реабілітаційні заходи.



## ВИСНОВКИ

Дослідження дозволило виокремити ключові аспекти, які визначають формування елементарних навичок спілкування у дітей раннього віку з розладами спектру аутизму, а саме:

1. З'ясовано, що розлад аутистичного спектру — це нейророзвиткове порушення, яке як правило, проявляється у ранньому дитинстві і впливає на соціальну взаємодію, комунікацію, інтереси та поведінку особи. Ранній дитячий аутизм входить до загальної категорії розладів аутистичного спектру (РАС). Діти з аутизмом можуть проявляти різні симптоми, і ступінь тяжкості порушення може значно варіювати. Ранній дитячий аутизм є одним з найважливіших аспектів розгляду, оскільки раннє виявлення та інтервенція можуть значно поліпшити прогноз та якість життя дитини. Виокремлено ключові ознаки аутизму у малюків, а саме: брак контакту з очима; відсутність мовлення або його затримка; стійкий інтерес або пристрасть до певних об'єктів; обмежена соціальна взаємодія;

2. Визначено, що розвиток комунікативних навичок на ранньому етапі життя дітей з РАС є ключовим фактором у подальшій їхній інтеграції в суспільство та навчання. Послуга раннього втручання - це комплексний підхід до підтримки та розвитку дітей з ризиком або наявністю розвивальних або поведінкових проблем на ранніх етапах їхнього життя, зазвичай від народження до 3-х років. Ця послуга передбачає ранню діагностику та інтервенцію, спрямовану на поліпшення розвитку мовлення, соціальних навичок, фізичних вмінь та інших аспектів розвитку дитини. Раннє втручання може включати різні форми роботи, такі як мовленнєва стимуляція, фізіотерапія, заняття з логопедією та інші спеціалізовані послуги.

3. Проаналізовані методи дослідження елементарних навичок мовлення у дітей з РАС: скринінги ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires, Third Edition) та CASD (Childhood Autism Spectrum Disorders) та діагностовано за цими тестами 5 дітей які мають вже встановлений діагноз РАС, а бо підозри на РАС. Було виокремлено шкали які відповідають за

елементарні навички спілкування, мовленнєву та соціальну діяльність дитини з РСА.

4. Результати констатувального експерименту свідчать: 20% дітей з РАС вказують на предмет або говорять, коли щось хочуть. 40% інколи використовують жести або вигуки для вираження своїх потреб, 40% не проявляють комунікативної ініціативи у спілкуванні. Активний словник у дітей з РАС значно менший за нормативні показники типового розвитку, 20% – вимовляють вісім і більше слів, 40% інколи використовують до восьми слів і 40% для вираження власних потреб використовують крик і плач. Результати дослідження розуміння зверненого мовлення свідчать, що 20% дітей правильно ідентифікують лише одне зображення і показують один предмет, 50% вибірково розрізняють предмети, 30% не використовують вказівний жест, але не можуть ідентифікувати предмет.

5. Усі 5 дітей перебували на послuzі раннього втручання в Центрі реабілітації «Гармонія» ім. Р. Панасюк в м. Вінниця, де отримують комплексну реабілітацію та корекційні заняття з психологом, логопедом, ерготерапевтом, лікарем неврологом та соціальним працівником, згідно індивідуального плану реабілітації. Для формування елементарних навичок спілкування дітей з РСА були залучені такі фахівці: ерготерапевт (розвиток моторики і сенсорна терапія) та логопед (система альтернативної комунікації PECS, метод візуальних підтримок, логоритміка, стимуляція мовлення).

6. Результати формувального експерименту свідчать про позитивну динаміку розвитку мовлення дітей раннього віку з РАС. Зона «Спілкування» покращилась на 20%, зона «Використання мовлення» також покращилась на 10%, що вказує на збільшення словарного запасу та використання слів. Спостерігається покращення на 10% у зоні «Розуміння зверненого мовлення», що може свідчити про зростання спроможності дітей розрізняти та розуміти предмети. Спостерігається покращення на 10% у зоні «Самопізнання та сприйняття відображення». Відбулись зміни за шкалою «Взаємодії з предметами» – покращення на 30%.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщук А. М. Основи дефектології та логопедії : навч.-метод. посіб. для студентів факультету психології та соціальної роботи, спеціальність "Дошкільна освіта; практична психологія" / А. М. Аніщук. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 175 с
2. Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2016. 84 с.
3. Гаврилов О. В. Прикладна корекційна психопедагогіка: олігофренопедагогіка, 1-4 класи : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Друк-Сервіс, 2017. 599 с. URL: <https://ua.b-ok2.org/book/3296538/ab2846>
4. Гаврилова Н.С., Гаврилов О.В., Константинов О.В. Діагностика рівня розвитку навички спілкування у дітей з розладами спектру аутизму (початковий етап). Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 16 том 2 / за ред. М.К. Шеремет. – Кам'янець-Подільський: Видавець Ковальчук О.В., 2021. 330 с. С.123-131.
5. Логопедія: методичні традиції і новаторство: науково-допоміжний бібліографічний покажчик / Наукова бібліотека МНУ ім. В.О. Сухомлинського; упоряд. Л.І. Грубій, О.І. Ковиліна – Миколаїв, 2016. – 109с.
6. Древняк Л. П. Логопедична розминка, як сучасна форма мовленнєвого розвитку дошкільника/ Древняк Л.П. – Кривий Ріг. – 2020. – 48с.
7. Іншаков А. Є., Іншакова І. Є. Спеціальна методика розвитку мовлення дітей з ТПМ. Навчально-методичний посібник до курсу (для студентів бакалаврату спеціальності 016 Спеціальна освіта. Логопедія). Кривий Ріг: КДПУ. 285 с.
8. Качинська Т. В. К–30 Неврологічні основи логопедії : робочий зошит для практичних робіт / Т. В. Качинська. – Луцьк, 2019. – 62 с.
9. Коломоєць Т.Г. Тексти лекцій з навчальної дисципліни "Логопедія" для спеціальності 016 Спеціальна освіта. КДПУ. 2021. 115 с.

10. Ковшар О.В. Формування комунікативної компетентності дітей старшого дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями засобом дидактичних ігор : навчально-методичний посібник / О.В.Ковшар, – Кривий Ріг :КДПУ, 2022. – 62 с.
11. Курєнкова А. В. Сюжетно-рольові ігри соціального спрямування для дітей з інтелектуальними порушеннями старшого дошкільного віку: методичний посібник. Суми, 2020. 112с.
12. Літвінова О. В. Щодо питання діагностики усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру / О. В. Літвінова // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. - 2014. - Вип. 27. - С. 106-110. –с.
13. Логвінова І.П. Особливості формування невербальних засобів комунікативної діяльності у дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08. Київ, 2013. 17 с.
14. Лопатинська Н. А. Неврологічні основи логопедії. Курс лекцій / Н.А. Лопатинська Київ. Видавничий Дім «СЛОВО», 2017. – 147с.
15. Мартинчук О.В. Основи корекційної педагогіки: навч.-метод. посіб. Київ : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. 288 с.
16. К.О.Островська, Х.В. Качмарик, Л.Р.Дробіт Основи діагностики дітей з розладами аутистичного спектра. Навчальний посібник, 2017. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. – 124 с
17. Островська К.О., Островський І.П., Сайко Х.Я. Індивідуальний маршрут дитини з розладами спектра аутизму. Навчальний посібник, 2017. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. –52 с.
18. Породько М. І. Методи оцінювання психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з аутистичним спектром порушень. Актуальні питання корекційної освіти. Збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський: Медобори 2006, 2017. Вип. 9. С. 181–192

19. Рібцун Ю. В. Дошкільнятко: корекційно-розвивальна та навчально-виховна робота з дітьми з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення : навч.-метод. посіб. / Ю. В. Рібцун. – К., 2014. – 238 с.
20. Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. С 91 Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. – Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. – 192 с.
21. Скрипник Т. Аутизм як форма девіантної поведінки // Т. В. Скрипник. – Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка, – Т. XI, Ч. 7, – Київ – 1995. – С. 457–464
22. Скрипник Т.В. Діти з аутизмом в інклюзії: сценарії успіху : монографія / Тетяна Вікторівна Скрипник. — Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2019. — 208 с.
23. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: навч. посібник. Київ : Ін-т спец. педагогіки НАПН України; Фенікс, 2010. 365 с.
24. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму: Монографія. – К.: Видавництво “Фенікс”, 2010. – 320 с.
25. Скрипник Т. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі : навч.-наоч. посіб. / Ін-т спец. педагогіки НАПН України, Всеукр. фонд ”Крок за кроком”, Проект ”Інклюзивна освіта: крок за кроком” ; уклад.: Київ : Плянди, 2015. 55 с.
26. Тарасун В. В. Основи теорії і практики логодидактики: підручник для вищих навчальних закладів. – К.: «Каравела», 2017. – 316 с.
27. В. Тарасун. Аутологія: теорія і практика. Підручник. В Тарасун – К.: «Вадекс», 2018. – с.590.
28. Трофименко Л.І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ: Програмно-методичний комплекс / За ред. Є.Ф.Соботович. – К.: „Актуальна освіта”, 2007. – 120 с.

29. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі : навч.-наоч. посіб. / Ін-т спец. педагогіки НАПН України, Всеукр. фонд "Крок за кроком", Проект "Інклюзивна освіта: крок за кроком" ; уклад.: Скрипник Т. Київ : Пляди, 2015. 55 с.
30. Холковська І.Л. Корекційна педагогіка : підручник Вінниця: ВДПУ ім. М. Коцюбинського, 2007. 328 с.
31. Шеремет М. К. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. / М. К. Шеремет, О. В. Боряк. – Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. – 252 с.
32. 6. Шеремет М. К. Хрестоматія з логопедії. Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія. / М. К. Шеремет, С. Ю. Конопляста, І. В. Мартиненко – К.: КНТ, 2008. – 380 с
33. Шеремет М.К . Кандукова С.В. особливості мовленнєвого розвитку дітей з РАС // Збірник наукових праць Кам'янець – Подільського університету ім. І. Огієнко / за ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співака, - Випуск 15. Серія спеціальн – педагогічну – Кам'янець – Подільський: Аксіома 2010. – 462 с.
34. Шульженко Д. І. наук.праця;. Національний педагогічний університет М.П. Драгоманова; УДК: 37.015.3:376.4(043.3); «ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЙНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З АУТИСТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ» 46. – с.
35. Шульженко Д.І. Аутизм – не вирок – Львів : Кальварія, 2010. – 224с.
36. Шульженко Д. І.; Товкес, Юлія (М-во освіти і науки України, Нац пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, 2020) стаття «Особливості лексико-семантичної сторони мовлення у дітей із розладами аутистичного спектра» 350. с.
37. Шульженко Д.І. // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. 19 : Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ, 2007. – Вип. 7. – С. 85 – 88.

38. Шульженко Д.І. Основи педагогічної корекції аутентичних порушень у дітей: Монографія - К., 2009. – 385 с.
39. Шульженко Д.І., Ліснічук О.В. Робота гувернера – корекційного-психопедагога з дітьми, які мають інтелектуальні та аутистичні порушення. – Київ.; К., 2006. 180.с.
40. Сучасна логопедія: інноваційні технології. Збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції (за ред. Савінової Н. В.) Миколаїв: Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського, 2021. – 214 с.
41. Неврологічні основи логопедії: опорний конспект лекцій для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 016 «Спеціальна освіта» / укладач І.І.Штих. Мукачево: МДУ, 2022. 47 с.
42. Роджерс С.Дж., Доусон Дж., Висмара Л.А. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом, 2016.
43. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ : 2018. – 252 с.
44. С91 Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали ІХ Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції (15 грудня 2020 року, м. Суми). – Суми : ФОП Цьома С. П., 2020. – 210 с.
45. Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 115-128.
46. Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.
47. Koegel, R. L., Koegel, L. K., & McNeerney, E. K. (2001). Pivotal areas in intervention for autism. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 19-32.

48. Dawson, G., & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism: Effectiveness and common elements of current approaches. In M. J. Guralnick (Ed.), *The effectiveness of early intervention* (pp. 307-326).
49. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Western Psychological Services.
50. Schertz, H. H., & Odom, S. L. (2007). Promoting joint attention in toddlers with autism: A parent-mediated developmental model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(8), 1562-1575.
51. Kasari, C., Gulsrud, A. C., Wong, C., Kwon, S., & Locke, J. (2010). Randomized controlled caregiver mediated joint engagement intervention for toddlers with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,
52. Rogers, S. J. (1998). Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 168-179.
53. Boccuto L, Chen CF, Pittman AR, Skinner CD, McCartney HJ et al. Decreased tryptophan metabolism in patients with autism spectrum disorders. *Mol Autism*. 2013 Jun 3;4(1):16. doi: 10.1186/2040-2392-4-16
54. . NICE Clinical Guideline 128 – Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum, 2011
55. Manzi B, Loizzo AL, Giana G, et al.: Autism and metabolic diseases. *J Child Neurol* 2008, 23:307–314
56. Frye RE, Rossignol DA. (2011) Mitochondrial Dysfunction Can Connect the Diverse Medical Symptoms Associated with Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Research*. February 1. doi: 10.1203/PDR.0b013e318212f16b  
13. Frye R.E., Rossignol D. Metabolic disorders and abnormalities associated with autism spectrum disorder. *J Pediatr Biochem*, 2 (2012), pp. 181–191
57. Spilioti M. et al. Evidence for Treatable Inborn Errors of Metabolism in a Cohort of 187 Greek Patients with Autism Spectrum Disorder (ASD). *Front. Hum. Neurosci*. 2013; 7:858. doi: 10.3389/fnhum.2013.00858



58. Kaluzna-Czaplinska J, Zurawicz E, Struck W, Markuszewski M. Identification of organic acids as potential biomarkers in the urine of autistic children using gas chromatography/mass spectrometry. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci.* 2014 Sep 1;966:70-76

59. Ages Stages questionnaires ASQ - 3 Авторське право 2009 | Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. Усі права захищено. J. Squires, Ph.D., and D. Bricker, Ph.D/190

60. CASD;. Susan Dickerson Mayes, PhD./ Stoelting Co, USA/guidance on use 2014 ,авторські права перекладу та адаптація Giunti Psychometrics 230

## ДОДАТКИ

### Додаток А

Рекомендовані основні заходи, що становлять зміст послуги раннього втручання:

- визначення відповідності потреб дитини та її сім'ї критеріям отримання послуги раннього втручання, в тому числі проведення скринінгу оцінки розвитку дитини;
- проведення оцінки потреб та пріоритетів, розроблення індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- сприяння розвитку функціонування дитини та її сім'ї в природних ситуаціях;
- регулярні зустрічі при реалізації індивідуального сімейного плану раннього втручання в природному середовищі та в приміщенні надавача послуги раннього втручання;
- передання сім'ї дитини знань та вмінь, навчання розвивальним стратегіям, їх застосування в активностях дитини;
- підбір та адаптація спеціального обладнання та засобів альтернативної та додаткової комунікації для дитини, навчання користування ними дитини та її сім'ї в природному середовищі;
- консультування сім'ї дитини з питань розвитку дитини, оптимізації стосунків між батьками та дітьми та організації розвивального середовища для дитини;
- психологічне консультування жінок у стані післяпологової депресії;
- підтримка соціалізації жінок у стані післяпологової депресії;
- короткотривале консультування жінок у стані післяпологової депресії, що не потребують розроблення індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- створення психотерапевтичних груп для жінок у стані післяпологової депресії;

- сприяння розвитку мобільності дитини;
- сприяння розвитку у дитини навичок самообслуговування і побутових навичок;
- сприяння розвитку пізнавальної активності дитини;
- підтримка соціалізації дитини;
- короткотривале консультування сім'ї дитини, що не потребує розроблення індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- оцінка ефективності реалізації індивідуального сімейного плану раннього втручання та регулярний його перегляд (за потреби) спільно із сім'єю дитини;
- організація регулярних зустрічей із сім'єю дитини (за потреби) для обговорення реалізації індивідуального сімейного плану раннього втручання;
- консультування сім'ї дитини та фахівців закладів дошкільної освіти у процесі переходу дитини до цього закладу (програми);
- організація переходу дитини до закладу дошкільної освіти (програми) та забезпечення наступності у цьому процесі;
- створення батьківських груп „Батьки для батьків”;
- створення фонду розвивальних іграшок та реабілітаційного обладнання для дітей;
- створення психотерапевтичних груп для сімей;
- розроблення програми для братів та сестер;
- додаткові заходи, які можуть здійснюватися за наявності ресурсів у надавача послуги раннього втручання.

Зміст та обсяг послуги раннього втручання, що включає вищезазначені заходи, для кожної дитини та її сім'ї може визначатися індивідуально залежно від ступеня їхніх індивідуальних потреб, пріоритетів та ресурсів надавача послуги раннього втручання.

## Орієнтовний перелік знань та вмінь фахівців команди раннього втручання

### Рекомендовано знати:

технології професійної діяльності з надання послуги раннього втручання;

механізми роботи за транс-, міждисциплінарною моделлю командної роботи;

науково доведені методи раннього втручання, засновані на власній активності дитини, її взаємодії та спілкуванні з оточуючими, розвитку соціальних та індивідуальних компетенцій дитини та її сім'ї, а також підвищення якості життя сім'ї дитини;

інноваційні методи у вузькоспеціальних областях знань і можливості застосування цих методів в практичній роботі у наданні послуги раннього втручання;

основи спілкування із сім'єю дитини для вирішення завдань адаптації та нормалізації життя сім'ї, а також допомоги у розвитку дитини;

критерії оцінювання ефективності надання послуги раннього втручання для дитини та її сім'ї;

етичні принципи взаємодії у професійному спілкуванні та відносинах із фахівцями команди раннього втручання, у міждисциплінарній професійній дискусії.

### Рекомендовано вміти:

застосовувати технології професійної діяльності з надання послуги раннього втручання;

реалізовувати етичні принципи у стосунках з дитиною та її сім'єю;

організовувати і проводити інтерв'ю із сім'єю дитини;

досліджувати етапи розвитку дитини, середовища за місцем проживання / перебування дитини з метою складання індивідуального сімейного плану раннього втручання;

інтерпретувати, аналізувати і критично осмислювати результати оцінювання можливостей і труднощів дитини та її сім'ї;

застосовувати науково доведені методи раннього втручання, засновані на власній активності дитини, її взаємодії та спілкуванні з оточуючими, розвитку

соціальних і індивідуальних компетенцій дитини та її сім'ї, а також підвищення якості життя сім'ї дитини;

застосовувати вузькоспеціальні знання в роботі команди раннього втручання;

будувати діалог і партнерство із сім'єю дитини;

взаємодіяти із сім'єю дитини щодо питань оптимізації середовища, засобів, методів і технологій з урахуванням індивідуальних особливостей дитини та її сім'ї;

оцінювати сімейне оточення дитини, потреби і ресурси її сім'ї, культурні особливості сім'ї дитини;

оцінювати ефективність раннього втручання для сім'ї дитини;

здійснювати самоаналіз і аналіз практичної діяльності фахівців команди раннього втручання в межах супервізійної роботи і командних обговорень;

реалізовувати етичні принципи командної взаємодії у професійному спілкуванні та відносинах з колегами, у міждисциплінарній професійній дискусії.

**Генеральний директор  
Директорату  
розвитку соціальних послуг та захисту  
прав дітей**

**Руслан КОЛБАСА**

**Орієнтовні норми  
забезпечення обладнанням та інвентарем  
надавача послуги раннього втручання**

<b>ТЕХНІЧНЕ ОСНАЩЕННЯ</b>	
<b>Найменування</b>	<b>Кількість</b>
Персональний комп'ютер (системний блок, монітор, клавіатура, маніпулятор „миша”, операційна система)	4*
Багатофункціональний пристрій (комбінація принтера, копіра, сканера)	1*
<b>Меблі для обладнання робочих місць фахівців команди раннього втручання:</b>	
стіл письмовий	4*
крісло офісне	4*
стілець	4*
шафа для одягу	1*
шафа для паперів	1*
сейф	1
стіл для комп'ютера	4*
Відеокамера	1
Пеленальний столик	1
Меблі для оснащення кімнати для сім'ї дитини (дитячі меблі, килим, закриті шафи)	Залежить від розміру приміщення та потреби

\* Розраховується відповідно до штатної чисельності надавача послуги раннього втручання та кількості фахівців команди раннього втручання (не менше ніж чотири особи).

**Орієнтовний перелік дидактичного та спеціального обладнання для  
надання послуги раннього втручання**

**Вертикалізатор:** спеціальний пристрій, який допомагає дитині підтримувати положення стоячи. Вертикалізатор необхідно використовувати у роботі з дітьми, які

не можуть утримувати самостійно положення стоячи або ж це положення є несиметричним. Надалі це не тільки сприяє розвитку кісткової, м'язової систем, а й покращує функції вегетативної нервової системи (серцево-судинна, травна, дихальна функції). Не менш важливим чинником є покращення можливості дитини повноцінно спілкуватися з друзями та сім'єю. Згідно з доказовою базою методів втручання для дітей із церебральним паралічем вертикалізація є одним із найефективніших методів підвищення щільності кісток.

**Рекомендовані моделі:**

1. EasyStand Bantam Extra Small (для дітей з максимальною вагою тіла до 23 кг і зростом від 71 до 102 см).
2. Пристрій ортопедичний CAT II INVENTO (розмір 1).
3. DALMATIAN INVENTO (розмір 1), Вертикалізатор Smart (розмір 1).

**Адаптаційне крісло:** допомагає дитині підтримувати правильне фізіологічне положення сидячи. Це дасть дитині змогу виконувати дії в комфортному для неї положенні.

**Рекомендовані моделі:**

1. X panda (розмір 1).
2. Lecky (розмір 1).

**Вкладка (ортопедичне сидіння Sitter (розмір 1):** комфортне рельєфне сидіння для фіксації правильного положення сидячи (розмір 1).

**Ходунки:** допоміжний засіб пересування, що може забезпечити стійку опору для дитини під час ходіння та стояння. Ходунки можуть бути передньоопорними та задньоопорними.

**Рекомендовані моделі:**

1. R82 poni.
2. АНТ 240, R82 crocodile.

**Палиці:** допоміжний засіб пересування. Палиці можуть бути триточковими та чотирьохточковими.

**Рекомендовані моделі:**

1. 15/MR.L.
2. 16/MR.L.

**Орієнтовний перелік обладнання для забезпечення спілкування та розвитку навичок комунікації у дитини з проблемами мовленнєвого розвитку:**

- комунікативні книги для розміщення комунікативних карток;
- комунікативні кнопки „Big Mac”, „Talk Block”, „Go Talk One” тощо для запису комунікативних повідомлень;
- комунікативні пристрої „Go Talk” для запису комунікативних повідомлень та розміщення комунікативних карток;
- програмне забезпечення „Let Me Talk”, „Boardmaker”;
- приставки для управління поглядом (наприклад, „Tobii Dynavox”) для дітей, які не мають можливості натискати на кнопки руками (з метою обрання необхідних комунікативних символів за допомогою погляду);
- дидактичні матеріали та розвивальні іграшки для дітей відповідного віку.

## Додаток Г

**Орієнтовна штатна чисельність працівників  
надавача послуги раннього втручання**

Посади	Кількість штатних одиниць <sup>1</sup>
1	2
<i>Адміністративно-господарський персонал</i>	
Директор	1
<i>Персонал, який надає послугу раннього втручання<sup>2</sup></i>	
Лікар	1
Логопед / спеціальний педагог	1
Практичний психолог / психолог	1
Соціальний працівник / фахівець із соціальної роботи	1
Ерготерапевт	1
Фізичний терапевт та / або сестра медична з лікувальної фізкультури, та / або сестра медична з масажу	1
Адміністратор <sup>3</sup>	1

Примітки:

<sup>1</sup> Штатний розпис рекомендується скласти із розрахунку на 5 000 дитячого населення.

<sup>2</sup> Інші посади може бути введено залежно від конкретних умов надання послуги за рішенням засновника. Назви посад доцільно визначити відповідно до Національного класифікатора України ДК 003 „Класифікатор професій”.

<sup>3</sup> Функції адміністратора може виконувати один із співробітників надавача послуги раннього втручання.



## **Рекомендований перелік соціальних та біологічних факторів ризику**

### **Соціальні фактори ризику:**

післяпологова депресія у матері дитини;

вік матері дитини менше 18 років;

зловживання сім'єю дитини (або одним із членів сім'ї дитини) алкоголем або іншими шкідливими речовинами;

наявність у сім'ї дитини (або в одного із членів сім'ї дитини) ВІЛ-інфекції;

наявність у сім'ї дитини (або в одного з членів сім'ї дитини) психічних розладів або важких фізичних захворювань;

порушення стосунків між батьками та дітьми;

домашнє насильство;

бідність;

нехтування сім'єю дитини (або одним з членів сім'ї дитини) потребами дитини;

невиконання сім'єю дитини (або одним з членів сім'ї дитини) батьківських обов'язків щодо забезпечення догляду та виховання дитини (лікування, харчування, розвитку, створення безпечних умов проживання тощо).

### **Біологічні фактори ризику:**

високий ризик порушення розвитку дитини, який виявляється у вагітної жінки під час пренатального скринінгу;

сімейна історія генетичних аномалій, пов'язаних з порушенням розвитку дитини;

внутрішньоматкові токсичні впливи (наприклад, вживання алкоголю, наркотичних речовин тощо);

важкі пренатальні ускладнення (наприклад, гіпертонія, токсикоз, інфекції, кровотеча тощо);

передчасні пологи (33 тижні вагітності);

низька вага дитини при народженні (1,5 кг);

уповільнення внутрішньоутробного зростання (маса тіла дитини при народженні <10-го перцентилля для гестаційного віку);

сильна перинатальна асфіксія (Апгар через 5 хвилин після народження дитини <4, або рН пуповинної крові <7,2);

серйозні неонатальні ускладнення (наприклад, сепсис, менінгіт, метаболічні порушення, судоми тощо);

розриви внутрішньочерепних тканин та крововилив внаслідок пологової травми;

перинатальні інфекції (наприклад, інфекції TORCH групи тощо);

ВІЛ-інфікована дитина;

важкі інфекції центральної нервової системи (наприклад, бактеріальний менінгіт, менінгоенцефаліт тощо);

важкі травми голови у дитини;

хронічний отит з високим ризиком виникнення дефіциту слуху у дитини.

**Орієнтовна форма заяви  
про зарахування до надавача послуги раннього втручання**

Прошу зарахувати для отримання послуги раннього втручання \_\_\_\_\_

*(вказати повністю прізвище, ім'я, по батькові, повну дату народження дитини та місце її проживання)*

Я, \_\_\_\_\_, даю згоду на використання моїх і моєї дитини персональних даних для ведення статистичної звітності.

До заяви додаю:

направлення медичного закладу до надавача послуги раннього втручання (за наявності);

карту першої зустрічі із сім'єю дитини;

результати скринінгу дитини (за наявності);

копії документа, що посвідчує особу законного представника дитини (за наявності);

копії свідоцтва про народження дитини (за потреби);

копії рішення органу опіки та піклування про встановлення опіки (піклування) над дитиною (за наявності);

копії медичного висновку про встановлення інвалідності дитині (для дітей з інвалідністю);

копії індивідуальної програми реабілітації дитини (для дітей з інвалідністю);

копії виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого

форми № 027/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.02.2012 № 110 „Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування”, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974 (зі змінами) (за наявності).

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
*(підпис заявника / законного  
представника дитини)*

Заява про зарахування до надавача послуги раннього втручання отримана

---

*(вказати прізвище, ім'я, по батькові заявника)*

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

---

*(посада уповноваженої особи)*

*(підпис уповноваженої особи)*

## Орієнтовна форма направлення медичного закладу до надавача послуги раннього втручання

Керівнику надавача послуги раннього

втручання \_\_\_\_\_

(вказати найменування)

направляє

(вказати найменування медичного закладу)

—

(вказати повністю прізвище, ім'я, по батькові члена сім'ї дитини та ступінь родинних відносин з дитиною / потенційного отримувача послуги раннього втручання, адреси фактичного місця проживання / перебування)

—

(вказати район та назву населеного пункту, вулицю, номер будинку та квартири)

Тип документа, що посвідчує особу

—

(паспорт громадянина України (за наявності),

—,

документ, що підтверджує право на постійне проживання в Україні (для іноземця та особи без громадянства)

серія (за наявності) \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_  
20\_\_ р.

—

(ким виданий документ)

—,

строк дії паспорта (паспорт громадянина України з безконтактним електронним носієм (ID)) \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.,

Унікальний номер запису в Єдиному державному демографічному реєстрі (за наявності) \_\_\_\_\_

—

Реєстраційний номер облікової картки платника податків

\_\_\_\_\_

або відмітка про відмову від прийняття номера: (так / ні) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

—

(ч / ж)

Інше громадянство (відсутність  
громадянства) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (іноземний громадянин, особа без  
громадянства) \_\_\_\_\_

Контактний номер  
телефону \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (вказати медичний заклад, який видав направлення)

\_\_\_\_\_ (вказати посаду особи, яка  
направила)  
\_\_\_\_\_ (підпис посадової особи)

### Орієнтовна форма скринінгу

**Виявлення проблем розвитку дитини у віці від трьох місяців одного дня до шести місяців**

**батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передує знак оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)

мати народила дитину після 35 років

**Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося**

(відповідь)

**Стать дитини**

жіноча

чоловіча

**Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини**

- (!) значна втрата навичок
- слабка взаємодія з дорослими або дітьми
- (!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)

**Вік дитини**


(відповідь)

**Загальна моторика**

- не повертається
- (!) не тримає голову
- (!) понижений тонус (дитина обм'якла, низький тонус м'язів)
- (!) підвищений тонус (м'язи в напруженому стані, дитина вигинається при дотику)

**Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика**

- не грає зі своїми руками / ногами / не бере предмет, який дають
- нічого не тягне до рота

**Мовленнєві функції**

- не белькоче / немає реакції на людський голос поблизу

**Взаємодія та поведінка**

- не фіксує погляд / не посміхається у відповідь

**Вади органів чуття**

- (!) постійна косоокість
- відсутній чи обмежений зоровий контакт (слабка фіксація погляду або немає фіксації)
- (!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима



- (!) не реагує на звуки
- не реагує на голос
- труднощі з харчуванням
- дитині не подобається, коли її торкаються, обіймають
- дитині не подобається, коли її роздягають

**Виявлення проблем розвитку дитини у віці від шести місяців одного дня до дев'яти місяців батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передує знак оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

- Виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)
- Мати народила дитину після 35 років

**Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося:**

(відповідь)

**Стать дитини** жіноча чоловіча**Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини** (!) значна втрата навичок слабка взаємодія з дорослими або дітьми (!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)**Вік дитини**

(відповідь)

**Загальна моторика** не повертається (!) не тримає голову (!) понижений тонус (дитина обм'якла, низький тонус м'язів) (!) підвищений тонус (м'язи дуже жорсткі, дитина вигинається при дотику)**Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика** не грає зі своїми руками / ногами / не бере предмет, який дають нічого не тягне до рота**Мовленнєві функції** не белькоче / немає реакції на людський голос поблизу**Взаємодія та поведінка** не фіксує погляд не посміхається у відповідь**Вади органів чуття**

- (!) постійна косоокість
- відсутній чи обмежений зоровий контакт (слабка фіксація погляду або немає фіксації)
- (!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима
- (!) не реагує на звуки
- (!) не реагує на голос
- відмовляється від ложки
- дитині не подобається, коли її торкаються, обіймають
- дитині не подобається, коли її роздягають

**Виявлення проблем розвитку дитини у віці від дев'яти місяців одного дня до дванадцяти місяців батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передують знаки оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

- Виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)
- Мати народила дитину після 35 років

Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося

(відповідь)

#### Стать дитини

жіноча

чоловіча

#### Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини

(!) значна втрата навичок

слабка взаємодія з дорослими або дітьми

(!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)

#### Вік дитини

(відповідь)

#### Загальна моторика

не повертається

(!) не тримає голову

(!) понижений тонус (дитина обм'якла, низький тонус м'язів)

(!) підвищений тонус (м'язи дуже жорсткі, дитина вигинається при дотику)

#### Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика

не грає зі своїми руками / ногами / не бере предмет, який дають

не може утримати невеликі об'єкти (наприклад, олівець) між великим і вказівним пальцем

нічого не тягне до рота

#### Мовленнєві функції

не белькоче / немає реакції на людський голос поблизу

(!) немає реакції на людський голос поблизу

не використовує белькотіння з двох складів (га-га, ма-ма)

### **Взаємодія та поведінка**

(!) не фіксує погляд

(!) не посміхається у відповідь

не може голосно сміятися

### **Вади органів чуття**

(!) постійна косоокість

відсутній чи обмежений зоровий контакт (слабка фіксація погляду або немає фіксації)

(!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима

(!) не реагує на звуки

не реагує на голос

відмовляється від ложки

дитині не подобається, коли її торкаються, обіймають

дитині не подобається, коли її роздягають

**Виявлення проблем розвитку дитини у віці від дванадцяти місяців одного дня до вісімнадцяти місяців батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передує знак оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

- Виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)
- Мати народила дитину після 35 років

**Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося**

(відповідь)

**Стать дитини**

- жіноча
- чоловіча

**Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини**

- (!) значна втрата навичок
- слабка взаємодія з дорослими або дітьми
- (!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)

**Вік дитини**


(відповідь)

**Загальна моторика**

- не повзає, не рухається на сідницях
-

не сидить самотійно

(!) не встає з підтримкою

### **Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика**

(!) не стежить очима за об'єктом

(!) не бере об'єкт, який їй протягують

(!) не може утримати невеликі невеликі об'єкти (наприклад, олівець) між великим і вказівним

(!) не передає іграшки з однієї руки в іншу

продовжує все тягнути до рота

### **Мовленнєві функції**

не використовує белькотіння з двох складів (га-га, ма-ма)

не розмовляє простими словами

не грається зі своїм голосом

### **Взаємодія та поведінка**

(!) „бігаючий” погляд (відвертає очі, уникає візуального контакту)

(!) не хоче дивитись в очі

не хоче встановлювати стосунки з іншими людьми

не робить жест „до побачення”

### **Вади органів чуття**

(!) постійна косоокість

(!) відсутній чи обмежений контакт очима: слабка фіксація погляду або немає фіксації

(!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима

(!) не реагує на звуки

(!) не реагує на голос

відмовляється від ложки

(!) довго тримає їжу в роті, перш ніж проковтнути або виплюнути

дитині не подобається, коли її торкаються, не подобаються обійми

дитині не подобається, коли її роздягають

**Виявлення проблем розвитку дитини у віці від вісімнадцяти місяців одного дня до двох років батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передує знак оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

Виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)

Мати народила дитину після 35 років



**Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося**

(відповідь)

**Стать дитини**

жіноча

чоловіча

**Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини**

(!) значна втрата навичок

слабка взаємодія з дорослими або дітьми

(!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)

**Вік дитини**

(відповідь)

**Загальна моторика**

не намагається ходити з підтримкою

(!) не стоїть самостійно

(!) не сидить самостійно

**Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика**

(!) все ще намагається тягнути все до р

**Мовленнєві функції**

не вокалізує

не реагує на своє ім'я

не вимовляє слова, що мають сенс (навіть „перекручені”)

**Взаємодія та поведінка**

не тримає ложку

не допомагає при одяганні

не шукає об'єкт, який був схований (немає „постійності об'єкта”)

### **Вади органів чуття**

(!) постійна косоокість

(!) відсутній чи обмежений контакт очима: слабка фіксація погляду або немає фіксації

(!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима

(!) не реагує на звуки

(!) не реагує на голос

відмовляється від ложки

(!) довго тримає їжу в роті, перш ніж проковтнути або виплюнути

дитині не подобається, коли її торкаються, обіймають

дитині не подобається, коли її роздягають

дитині не подобається, коли до неї торкаються під час інших дій / дитина уникає тісного сусідства, тримається осторонь

### **Виявлення проблем розвитку дитини у віці від двох років одного дня до трьох років батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передує знак оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

Виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)

Мати народила дитину після 35 років

**Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося**

(відповідь)

**Стать дитини**

жіноча

чоловіча

**Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини**

(!) значна втрата навичок

слабка взаємодія з дорослими або дітьми

(!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)

**Вік дитини**


(відповідь)

**Загальна моторика**

не біжить

- (!) не піднімається на одну-дві сходинки
- (!) не може кинути м'яча
- (!) ніколи не встає без підтримки з положення на спині
- (!) завжди піднімається, спираючись на одне коліно
- м'язи литок надто добре сформовані

### **Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика**

- (!) не використовує ложку або виделку (не зважаючи на прохання )
- (!) не використовує олівець, не може малювати (не зважаючи на прохання )

### **Мовленнєві функції**

- не поєднує слова у речення
- (!) не називає зображення
- не вокалізує
- не вимовляє слова, що мають сенс (навіть „перекручені”)

### **Взаємодія та поведінка**

- (!) ніколи не вказує пальцем
- (!) не робить жест до „побачення” та „ку-ку”
- не грає в ігри по типу „ніби” (імітаційні ігри)
- не виконує прості інструкції

### **Вади органів чуття**

- (!) постійна косоокість
- (!) відсутній чи обмежений контакт очима: слабка фіксація погляду або немає фіксації
- (!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима
-

(!) не реагує на звуки

(!) не реагує на голос

(!) відмовляється від ложки

(!) довго тримає їжу в роті, перш ніж проковтнути або виплюнути

дитині не подобається, коли її торкаються, не подобаються обійми

дитині не подобається, коли її роздягають

дитині не подобається, коли до неї торкаються під час інших дій / дитина уникає тісного сусідства,

тримається осторонь

**Виявлення проблем розвитку дитини у віці від трьох років одного дня до трьох років одинадцяти місяців двадцяти дев'яти днів батьками або фахівцями команди раннього втручання**

**Розлад розвитку може бути глобальним (за всіма чотирма видами розвитку) або лише за одним видом розвитку:**

- загальна моторика;
- зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика;
- мовленнєві функції;
- взаємодія та поведінка.

Розлад розвитку також може бути пов'язано з розладами сенсорного розвитку.

**Попереджувальні знаки:**

- мають враховувати стан дитини (втома, голод, сон, хвороба в стадії розвитку);
- розглядаються як тривожні, якщо:
  - позначено хоча б один рядок, якому передує знак оклику(!);
  - позначено принаймні чотири рядки.

**Загальна інформація**

Виникли ускладнення під час пологів (було використано щипці, невідкладно зроблено кесарів розтин, мало місце погане розташування плода у внутрішньоутробний період розвитку тощо)

Мати народила дитину після 35 років

**Якщо дитина народилася передчасно, вкажіть, на якому тижні вагітності це сталося**

(відповідь)

**Стать дитини**

жіноча

чоловіча

**Деякі ознаки, які мають насторожити незалежно від віку дитини**

(!) значна втрата навичок

слабка взаємодія з дорослими або дітьми

(!) асиметрія між правою та лівою частинами тіла (у силі, русі та / або тонусі)

**Вік дитини**

(відповідь)

**Загальна моторика**

не бігає

(!) не може ходити вгору і вниз сходами

(!) не може штовхнути ногою м'яча або його кинути

Не може переступати з однієї ноги на іншу

**Зорово-моторна координація (координація рухів очей і рук) і дрібна моторика**

(!) не може утримати ложку або виделку (незважаючи на прохання)

(!) не може утримати олівець, не малює (незважаючи на прохання)

(!) не може утримати інші невеликі предмети

**Мовленнєві функції**

(!) не складає слова разом

(!) дитину не розуміють поза її сім'єю

(!) мову важко зрозуміти

### **Взаємодія та поведінка**

(!) не може виконати прості інструкції

(!) не може показати пальцем

(!) не грає в ігри по типу „ніби” (імітаційні ігри)

(!) не робить жести до „побачення” та „ку-ку”

не може робити щось більше ніж одну хвилину / не може залишатись на одному місці (мало уваги чи увага відсутня)

багато плаче

занадто слухняна

важко переживає розлуку

(!) занадто легко переживає розлуку (незацікавлена)

агресивна (кусається, б'ється, дряпається)

(!) невідповідні об'єкти інтересу

(!) обмежені, нав'язливі інтереси (об'єкти, що обертаються: дзига, вентилятор, розміщення іграшок в одну лінію, одержимість дверима тощо)

(!) не виявляє інтересу до відносин з іншими людьми (дитина замкнута, перебуває у своєму світі)

значні порушення сну (проблеми із засинанням, часті пробудження)

### **Вади органів чуття**

(!) постійна або тимчасова косоокість

(!) відсутній чи обмежений контакт очима (слабка фіксація погляду або немає фіксації)

(!) не стежить очима за об'єктом, нестабільні або ненормальні рухи очима

(!) не реагує на звуки

(!) не реагує на голос

(!) реагує тільки тоді, коли на дитину подивитись

(!) відмовляється від ложки

(!) довго тримає їжу в роті, перш ніж проковтнути або виплюнути

дитині не подобається, коли її торкаються, не подобаються обійми

дитині не подобається, коли її роздягають

дитині не подобається, коли до неї торкаються під час інших дій / дитина уникає тісного сусідства,

тримається осторонь



**Орієнтовна форма карти  
першої зустрічі із дитиною та її сім'єю фахівців команди раннього  
втручання**

Назва надавача послуги раннього  
втручання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата складання  
карти: \_\_\_\_\_

Фахівці команди раннього  
втручання: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові  
дитини \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата народження дитини \_\_\_\_\_ вік  
дитини \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові  
матері \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові  
батька \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Присутні на  
зустрічі \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(мати, батько, брат, сестра), баба, дід, інші законні представники, визначені законом)*

Основні тривоги сім'ї дитини, з якими вона звернулася:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



<b>Активність / участь</b> (заповнюється за результатами спостереження разом із сім'єю дитини під час першої зустрічі)	<b>Заходи, які дитина може робити самостійно або за підтримки дорослих</b>
<b>Отримання та застосування знань</b> Інтерес, прагнення отримати досвід, цілеспрямоване використання органів чуття, спосіб отримання знань (спостереження, копіювання, спілкування, ігри, спрямовані на соціальну взаємодію, рухові, маніпулятивні та дослідницькі ігри, дії з предметами), використання знань (концентрація уваги, вирішення проблем, удавання), вміння приймати рішення (робити вибір)	
<b>Загальні завдання та вимоги</b> Виконання одного простого завдання / декількох простих завдань за порядком, виконання простого завдання в групі (хованки тощо), виконання складного завдання (одягання), дотримання розкладу дня, керування стресом, керування своєю поведінкою: (врівноваженість, активність, сміливість, витривалість, адаптація до змін та тимчасових вимог (наприклад, в розпорядкові дня), загальний настрій)	
<b>Комунікація</b> Комунікативні уміння (дивиться в обличчя, уважний, слухає, наслідує, дотримується черговості), отримання та розуміння повідомлень, створення повідомлень з використанням невербальних засобів, слів, фраз, діалог (комунікативні цикли), використання технічних засобів для спілкування	
<b>Мобільність</b> <b>Моторика органів</b> <b>Велика моторика:</b> підтримання положення тіла (симетричність пози), перехід з одного положення тіла в інше (пересування, хода, повзання, інший спосіб) <b>Дрібна моторика:</b> потягування, хватання, утримання, відпускання, переніс, підтягування й відштовхування, маніпулювання	
<b>Догляд за тілом та турбота про здоров'я</b> (вміння митися, чистити зуби, зачісуватися, чистити ніс, навички одягання, роздягання, вживання їжі та пиття)	
<b>Допомога батькам у повсякденних справах</b>	
<b>Міжособистісна взаємодія</b> Додержання соціальних правил і підтримка соціальної дистанції під час взаємодії (цікавість до людини, ініціація та підтримка взаємодії, участь в спільних іграх, розподіл інтересів та емоцій, спільна увага, фізичний контакт, розрізнення людей), сімейні відносини (з батьками, братами, сестрами, іншими членами сім'ї)	
<b>Основні життєві сфери</b> Дошкільне навчання (заклад дошкільної освіти, зокрема, дитячий садок чи центр розвитку, гуртки), участь у грі (грає одна, виявляє цікавість до ігор інших, паралельних, спільних сумісних ігор)	

**Стан здоров'я дитини** (заповнюється після зустрічі за результатами вивчення медичної документації (за наявності):

---

---

---

---

**Підсумки зустрічі:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Додаток И****Орієнтовна форма індивідуального сімейного плану раннього втручання****Інформація про отримувача послуги раннього втручання (дитина та її сім'я):**

Прізвище, ім'я, по батькові

дитини \_\_\_\_\_

Дата народження

дитини \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові законних представників

дитини \_\_\_\_\_

Брати та сестри

дитини \_\_\_\_\_

Домашня

адреса \_\_\_\_\_

Номер

телефону \_\_\_\_\_

Статус дитини або її

сім'ї \_\_\_\_\_

**Перша зустріч**

Дата першої

зустрічі \_\_\_\_\_

Фахівці, які проводили

зустріч \_\_\_\_\_

**Висновки за результатами першої**

зустрічі \_\_\_\_\_

Період реалізації плану з

по

Склад команди раннього втручання

Прізвище, ім'я, по батькові фахівця	Фах	Роль в команді (первинний провайдер або член команди)

Локація(ї) реалізації плану (підкреслити)

- звичне або нове для дитини середовище (вдома, заклади дошкільної освіти, заклади охорони здоров'я тощо, прогулянка, магазин тощо)
- надавач послуги раннього втручання
- онлайн-зустрічі (Skype, Viber, WhatsApp, Telegram)
- інше

Основна локація (підкреслити)

- звичне або нове для дитини середовище (вдома, заклади дошкільної освіти, заклади охорони здоров'я тощо, прогулянка, магазин тощо)
- надавач послуги раннього втручання:
- онлайн-зустрічі (Skype, Viber, WhatsApp, Telegram)
- інше

Частота зустрічей

Оцінювання дитини та її сім'ї

1. Сильні сторони та ресурси сім'ї дитини

2. Тривоги та пріоритети сім'ї дитини

Тривоги

Пріоритети

### 3. Актуальний рівень розвитку дитини, її здоров'я та сприйняття

Когнітивні навички

Навички спілкування

Навички самообслуговування / адаптаційні навички

Велика і дрібна моторика

Стан здоров'я / рівень фізичного розвитку

Особливості сенсорного розвитку (зір, слух, тактильна чутливість)

#### Цілі для дитини та її сім'ї

№ з/п	Ціль	Критерій	Оцінка досягнення цілі / примітки
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

#### Підтвердження сім'ї дитини

Я  
(ми), \_\_\_\_\_  
\_, законний(і) представник(и) дитини, цим підтверджую(ємо), що ми (я) мали можливість взяти участь у розробці індивідуального сімейного плану раннього втручання. Цей документ точно відображає проблеми та пріоритети дитини та її сім'ї.

Тому ми (я) надаємо дозвіл на реалізацію цього плану так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_

Підпис законних представників

дитини \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

—

### План переходу дитини в інший заклад (програму)

Період реалізації плану переходу з \_\_\_\_\_  
по \_\_\_\_\_

Назва закладу, куди переходить  
дитина \_\_\_\_\_

Рекомендація Інклюзивно-ресурсного  
центру \_\_\_\_\_

Склад команди раннього втручання (фахівці команди раннього втручання та фахівці  
закладу, куди планується перехід  
дитини) \_\_\_\_\_

Прізвище, ім'я, по батькові фахівця	Фах	Надавач послуги раннього втручання	Дата початку та закінчення участі в програмі переходу

#### Основні заходи програми переходу

Назва заходу	Дата / період	Хто був задіяний	Примітки
Зустріч у надавача послуги раннього втручання			
Надання висновку Інклюзивно-ресурсного центру			
Зустріч в закладі дошкільної освіти			
Супровід в заклад дошкільної освіти			

#### Підтвердження сім'ї дитини переходу в інший заклад (програму)

Я  
(ми), \_\_\_\_\_  
\_, законний(і) представник(и) дитини, цим підтверджую(ємо), що ми (я) мали можливість взяти  
участь у розробці плану переходу в інший заклад (програму). Цей документ точно відображає  
проблеми та пріоритети дитини та її сім'ї.

Тому ми (я) надаємо дозвіл на реалізацію цього плану так \_\_\_\_\_ ні \_\_\_\_\_

Підпис законних представників  
дитини \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

—