

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Котикова О. М.

« ____ » _____ 2020 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА
ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»
Тема: **«ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З**
ДІТЬМИ-АУТИСТАМИ»

Виконавець: **Стрельченко Олександр Олександрович**

Керівник: кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри
соціальних технологій **Петренко Тетяна Вячеславівна**

Нормоконтролер: _____ **Новікова Н.Є**

Київ – 2020

ЗМІСТ

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ АУТИЗМУ.....	
1.1. Історичний екскурс у проблему аутизму.....	6
1.2. Аналіз поняттєво-категорійного апарату дослідження.....	11
1.3. Причини виникнення аутизму та специфіка поведінки дітей з РДА.....	16
Висновки до першого розділу.....	19
РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ-АУТИСТАМИ	
2.1. Діагностика та напрями подолання хвороби.....	22
2.2. Специфіка корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами.....	24
2.3. Організація і результати дослідження.....	27
2.4. Програма корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами.....	30
Висновки до другого розділу.....	55
ВИСНОВКИ.....	68
Список використаної літератури.....	74
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Дитячий аутизм, який у 40-х роках ХХ століття був описаний як окрема нозологічна одиниця, досі постає як суперечливий діагноз, зокрема, стосовно його етіології. Цей загальний розлад розвитку простежується у чотирьох – п'яти випадках на 10000 дітей (0,04 – 0,05%). За частотою повторення дитячий аутизм перебуває на четвертому місці серед різноманітних видів хронічної нервово-психічної патології у дітей після розумової відсталості, епілепсії та дитячого церебрального паралічу.

Аутистичні діти багато років були позбавлені доступних для інших осіб форм медико-психолого-педагогічної допомоги. Лише у 70–80-х роках, а в Україні наприкінці ХХ століття були зроблені перші кроки у напрямі напрацювання адекватної моделі допомоги особам з аутизмом, оскільки аутизм є дуже складною проблемою як у теоретичному, так і в практичному аспектах.

До цієї моделі належать медикаментозна терапія і психолого-педагогічна корекція. Не зважаючи на певний позитивний ефект медикаментозної терапії, провідною формою роботи з дітьми з РДА є психолого-педагогічна корекція. Корекційна робота з аутистичними дітьми включає виявлення і розвиток творчих здібностей дітей, розвиток мовлення та комунікативних навичок, а також систематичну роботу з батьками.

Актуальність нашого дослідження зумовлена тим, що організація повної та своєчасної корекційної допомоги дітям із загальними розладами розвитку є дуже нагальною медичною, психолого-педагогічною та соціальною проблемою. Результати переважної більшості досліджень, присвячених методам терапії розладів розвитку аутистичного спектру, свідчать про те, що основною метою допомоги дітям, які страждають аутизмом, є їх абілітація. Створення нових можливостей, нарощування соціального потенціалу для можливостей дитині реалізуватись у суспільстві

– на протипагу традиційному розумінню принципу реабілітації як відновлювальної допомоги з подальшою адаптацією та інтеграцією у соціум. Вся соціальна, лікувальна та освітня робота повинна бути спрямована на підвищення особистісного, пізнавального та соціального статусу такої дитини.

Термін «аутизм» більшість розуміє як пожиттєвий вирок людині з таким діагнозом. Вважалось, що аутисти приречені на серйозний або постійний дефіцит спілкування, гри, взаємин з іншими та навчання. Дуже мала частина людей з аутизмом (менше 5%) здатні досягнути незалежності у діях в дорослому віці, але і в цій малій групі більшість з них зберігає ознаки аутизму.

Історія показує, що особи з аутизмом потребують тривалого лікування та підтримки протягом всього життя. Сьогодні основне положення полягає в тому, що аутизм – це «тяжка форма пожиттєвої недієздатності». Розповсюдженість аутистичних розладів розвитку становить, за різними даними від 6-17 до 57 на 10 000 дитячого населення. За даними закордонних досліджень, при своєчасній правильній корекційній роботі 60% аутистичних дітей отримують можливість навчатися за програмою масової школи, 30% - за допоміжною програмою, майже усі досягають рівня соціалізації, необхідного для життя в суспільстві. В тих випадках, коли корекція не проводиться, тільки 2-3 % аутистичних дітей можуть навчатися у системі освіти, решта так і не досягає необхідного рівня інтелекту та соціалізації. Оскільки в Україні досвід спеціальної освіти дітей з аутизмом практично відсутній, фахівці користуються досвідом таких країн, як США, Канада, Німеччина, Польща, Росія, Білорусія. Хоча цей досвід недостатньо вивчений і проаналізований, він вселяє впевненість у можливості досягнення позитивних результатів у роботі з аутистичними дітьми в Україні.

Система допомоги особам із загальними розладами розвитку в Україні лише почала формуватися, чим започатковується реалізація конституційного

права аутистичних громадян на освіту та розвиток згідно з їхніми можливостями.

Незважаючи на певний ефект медикаментозної, дієтичної та інших видів терапії, яку практикують спеціалісти різного профілю, провідною формою роботи з аутистичними людьми є корекційно-виховна робота. Тому ми вважаємо обрану нами тему актуальною і своєчасною.

Об'єкт дослідження – ранній дитячий аутизм.

Предмет дослідження – особливості корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами.

Мета полягає у вивченні проблеми дитячого аутизму та розробці технологій корекції раннього дитячого аутизму.

Відповідно до мети дипломної роботи перед нами поставлені наступні **завдання:**

1. Проаналізувати стан дослідженості проблеми дитячого аутизму.
2. Провести дослідження особливостей корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами.
3. Розробити технологію корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами.

Методи дослідження: узагальнення, класифікація, систематизація наукової літератури з проблеми аутизму, досвід науковців (аналіз публікацій), аналіз нормативно – правових документів, інтерв'ю, досвід і знання фахівців.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (40 найменувань) та додатків (3).

Загальний обсяг роботи – 98 сторінок.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ АУТИЗМУ

1.1 Історичний екскурс у проблему аутизму

У сучасній медичній та психологічній літературі аутизм розуміють як порушення, яке починає виявлятися в ранньому дитинстві й продовжується, здебільшого, все життя [2]. Люди, які мають аутизм, неадекватно реагують на оточуючих, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій [6].

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів.

I етап. Донозологічний період (кінець XIX — початок XX ст.), який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі.

Вважається, що першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на малих дітей з важкими психічними порушеннями з вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади як «психози».

II етап. Так званий доканнерівський період у розвитку проблеми аутизму охоплює 20 – 40-і роки XX століття, коли постало питання про можливість виявлення у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін «аутизм» (грец. «autos» – сам). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е. Бльойлер (1920). Аутизмом він назвав відрив від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій при шизофренії. Згодом він визнав можливість наявності аутизму в клінічній картині таких хворіб, як маніакально-депресивний психоз (МДП), а також шизоїдна психопатія, при істеричних і афективних розладах. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення.

У працях Е. Бльойлера, а потім і Л. Каннера, ішлося про замкнених дітей, хоча більш пізні дослідження, проведені з метою виявлення соціальних ознак аутизму, засвідчили, що назва не цілком адекватно відображає зміст проблеми, оскільки багатьох аутистичних дітей можна охарактеризувати як «активних», але «дивних», однак не замкнених. У більшості аутистичних дітей є прагнення до спілкування та здатність до формування стійкої емоційної прив'язаності до людей, однак, способи взаємодії аутистичних дітей з іншими людьми є дивними або відповідають способам, характерним для дітей більш молодшого віку.

Багато клініцистів внесли свої доповнення в поняття аутизму. На думку Е. Мінковські, аутизм є наслідком порушення «вітального» інстинкту; Дж. Глатзель проаналізував аутизм в аспекті інформаційного порушення між особистістю і середовищем. Власне трактування аутизму запропонував С. Салліван, який відніс його до наслідків регресу на ранньому рівні психічного онтогенезу. На взаємозв'язок особистісної дезадаптації та аутизму звертав увагу І. Т. Вікторов, а на зв'язок між порушенням свідомості «Я» і аутизмом – С. Ф. Семенов.

Найбільший інтерес викликає той факт, що такі неоднакові поняття, як «аутизм», «аутистичний розлад», «аутистичний синдром», «аутистичне мислення», «аутистична поведінка» часто вживаються як синоніми. Це зумовлює серйозні кваліфікаційні та діагностичні труднощі.

У дитячій психіатрії Г. Е. Сухарьова, М. О. Гуревич, Н. И. Озерецкий, Л. Бендер, Лутц Дж. почали використовувати поняття аутизму як синдрому з часу виділення ранньої дитячої шизофренії і шизоїдії (Т. П. Симеон, 1929; А. Хомбургер, 1926 та ін.).

Т. П. Симеон, вперше простеживши за формуванням шизоїдної психопатії у дітей трьох-п'яти років, дійшла висновку, що їм властиві аутизм і мала прив'язаність до об'єктів реального світу. На цьому етапі перед клініцистами стояла проблема доказу можливості формування аутизму в

незрілої особистості дитини. В.П.Осіпов визначав аутизм як «відокремлення хворих від зовнішнього світу», а В. А. Гіляровський писав про аутизм як про «своєрідний розлад свідомості свого «Я» та всієї особистості з порушенням нормальних настановлень до довкілля» [5].

Погляд на дитячий аутизм як на варіант шизофренії у дітей був панівним для радянської психіатрії до кінця 70-х років.

III етап у розвитку проблеми аутизму прийнято називати каннерівським. Цей період (40 – 80-ті роки ХХ ст.) характеризується виходом у світ кардинальних праць з дитячого аутизму, серед яких перша належала Л. Каннеру (1943). У ній автор описує особливі стани у дітей, що починаються з перших років життя й зумовлені крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати такі стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього дитячого аутизму (РДА) Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму, незважаючи на те, що у витоків цієї концепції лежали найвідоміші дослідження аутизму при шизофренії, шизоїдії, проведені в Європі, США (Е. Бльойлер, Крепелін Е., Кречмер Е.).

Л. Каннер припустив, що синдром раннього дитячого аутизму частіше трапляється у дітей, ніж це вважалось раніше, і що ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумову відсталість або дитячу шизофренію.

Каннер виділяв головних п'ять критеріїв дитячого аутизму, а саме:

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

Більшість ознак аутизму як синдрому, описаних Каннером, визнаються суттєвими і тепер.

На підставі більшої кількості спостережень, Л. Каннер дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення

контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності як основні, а від трьох інших критеріїв як основних відмовився.

Складні й різні психопатологічні симптоми в клініці дитячого аутизму були підставою для автора розглядати це захворювання як окремий розлад, але феноменологічне визначення Каннер зберіг за ним колишнє — аутизм. Це зумовило плутанину понять дитячого аутизму як розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому, коли йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптом аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака різних хворіб і насамперед шизофренії, а розлад (хвороба), названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом Каннера.

IV етап. У 50 – 90-х роках ХХ ст. (так звані каннерівський і постканнерівський етапи) аутистичні розлади у дітей вивчали різними шляхами. Зокрема, уточнювали клініко-психопатологічні особливості раннього дитячого аутизму.

У результаті досліджень багатьох авторів (В. М. Башина, Г. Н. Пивоварова, 1980; Е. Ентоні, 1958; Рімланд Б., 1964; Лутц Дж., 1968; Вінг Л., 1981; Руттер М., 1987) у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як відсутність адаптації до оточення, порушення апетиту, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву (до трьох – п'яти років) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності (В. М. Башина, 1975, 1978, 1980; Л. Ейзенберг, Л. Каннер, 1956 та ін.).

З'явилися праці, у яких автори доводили неспецифічність раннього дитячого аутизму. Послідовники психогенезу пов'язували формування раннього дитячого аутизму з порушенням симбіозу між матір'ю і дитиною, розладом адаптаційних механізмів у незрілої особистості, зі слабкістю інтеграційних процесів у нервовій системі дитини, із впливом таких зовнішніх чинників, як вікові кризові періоди, інфекції, пологи, травми,

відстоюючи багатфакторність раннього дитячого аутизму (М. Махлер, З. Руттенберг та ін.).

Психоаналітики 60-х років висунули ідею, що аутизм – це затримка розвитку дитини на ранній стадії, коли зв'язки між нею і світом ще не сформовані (М. Mahler). У 1971 році на підтвердження цієї ідеї Shopler&Reicher запропонували психоаналітичний підхід до корекції аутизму, який акцентує увагу на відносинах між аутистичними дітьми та їхніми батьками. [14, 283].

Великі досягнення в частині вивчення диференційованих форм розумової відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, фенілпіровиноградній олігофренії, Х-ламкій хромосомі, синдромі Дауна й інших розладах (Г. С. Маринчева, В. И. Гаврилов та ін.).

З дитячої шизофренії був виділений і ретельно описаний синдром Ретта, за наявності якого відзначалися аутистичні симптоми виявлялися на першій стадії його розвитку (В. М. Башина та ін., 1993, 1995; Ретт А., 1966; Хагберг Б., 1985).

На сьогоднішній день більшість дослідників визначає порушення діяльності ЦНС внаслідок органічних шкідливостей раннього онтогенезу як одну з ймовірних причин аутизму. Факти, що підтверджують цю гіпотезу: гіпо- або гіперсензитивність щодо стимулів різних аналізаторів; прояви моторної розгальмованості; швидка виснажливість та труднощі у формуванні довільної уваги; ехолалії та затримка психомовного розвитку; розумова відсталість, яка часто є супутнім розладом при аутизмі; тощо [14, 478].

Отже, питання про аутистичні розлади в дитинстві розглядається протягом півстоліття. Залежно від наукового напрямку, в аспекті якого розглядають аутистичні розлади, їхню природу і клініку, їх відповідно верифікують як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хворіб, у яких аутистичні

розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку або психозів дитячого віку.

Аутизм-психічний розлад, що характеризується вираженим дефіцитом особистісних, соціальних, мовних і інших сторін розвитку та навичок спілкування. Характерні: схильність до самоізоляції, відгороджена від реального світу і втрата зв'язків з ним, занурення у світ особистих переживань, відсутність або втрата соціальних навичок, повне або часткове відсутність мовних навичок, що повторюються і або стереотипні дії і інтереси, спрямовані в першу чергу на неживі об'єкти [14, 178]..

Термін аутизм увів у 1912 році Е. Блейлер для позначення особливого виду мислення, яке регулюється емоційними потребами людини і не залежить від реальної дійсності.

Синдром дитячого аутизму як самостійна клінічна одиниця був вперше виділений Л. Каннером у 1943 році. Описи подібних станів і спроб корекційної роботи з такими дітьми відомі з початку XIX ст. (J. Haslam, 1809, EM Itard 1801, 1807); їх кількість зростає до середини XX століття (L. Winner, 1922, М. О. Гуревич, 1922, Н. І. Озерецкий, 1924, Т. П. Сімсон, 1929, Г. Є. Сухарева, 1930, М. С. Певзнер, 1935, L. Despert, 1938, К. А. Новлянская, 1939 і ін.).

Майже одночасно з Л. Каннером до постановки подібних клінічних проблем прийшли Н. Asperger, (1944) і С.С. Мнухін (1947). Понад півстоліття клінічних досліджень підтвердили гіпотезу Л. Каннера про існування особливого синдрому або особливої групи синдромів, що пов'язані з дитячим аутизмом. Детальне ознайомлення спеціалістів з історією клінічного вивчення дитячого аутизму і його сучасними клінічними класифікаціями можливо завдяки роботам В.М. Башин (1999).

Походження аутизму може бути різним. У легкого ступеня він може зустрічатися при конституційних особливостях психіки (акцентуація

характеру, психопатія), а так само в умовах хронічної психічної травми (аутистичний розвиток особистості) [15, 78].

А може виступати як груба аномалія психічного розвитку (ранній дитячий аутизм).

Ранній дитячий аутизм – це розлад розвитку, що визначається наявністю аномального порушеного розвитку, яке проявляється у віці до трьох років, і відрізняється аномальним функціонуванням у всіх трьох сферах соціальної взаємодії, спілкування і обмеженого, повторюваного поведінки. У хлопчиків розлад виявляється в 3 - 4 рази частіше, ніж у дівчаток.

Постановка діагнозу РДА ґрунтується на наявності трьох основних якісних порушеннях, а саме: недолік соціальної взаємодії, недолік взаємної комунікації, наявність стереотипних форм поведінки. Це залежить від загальних рис індивідуального розвитку і виявляється у різних ситуаціях, хоча можуть відрізнятися за ступенем вираженості, але є обов'язковими при даному захворюванні [27].

Аутизм не можна вилікувати. Іншими словами - від аутизму немає таблеток. Допомогти дитині з аутизмом може лише рання діагностика і багаторічний кваліфікований педагогічний супровід [13,с. 388].

Аутизм - крайня форма психологічного відчуження, яка виявляється у відході дитини від контактів з навколишньою дійсністю і заглибленням у світ власних переживань. Причини аутизму можуть бути різними: спадкова схильність до шизофренії, її початкова стадія; органічна патологія мозку; вроджені розлади обміну речовин, порушення діяльності ендокринної системи, емоційна депривація - нестача теплих стосунків з людьми, нехтування дитини близькими людьми. Серед ознак раннього дитячого аутизму психологи виділяють:

- Мутизм - (відсутність мовлення). Аутичні діти виявляють свої бажання переважно жестом або криком. Голосові реакції рідкісні. Інколи діти можуть повторити за дорослим окремі склади, але для них вони позначають ціле слово: "Ди - йди", "Мо - молоко", "Ти - гуляти".

- Стереотипи поведінки: поведінка вичерпується аутостимуляціями. Дитина протягом тривалого часу зачиняє і відчиняє дверцята шафи або іграшкового автомобіля, возить машинку вперед-назад і дивиться, як крутяться колеса, хитає головою або трясє руками і спостерігає за їхнім відображенням у дзеркалі або на гладкій полірованій поверхні.

- Переважання поганого настрою з періодичними спалахами агресії.

- Симбіотичний характер зв'язку з матір'ю. Дитина може гостро реагувати на тривалу відсутність матері, але не прагне її ласки, тактильних контактів, не шукає захисту в матері у тривожній ситуації. [10].

- Уникнення візуального контакту з очима іншої людини. Дивиться неначе крізь об'єкт.

- Посилення тривоги при змінах у найближчому соціальному оточенні, обстановці, появі нової людини.

- Запізніле формування навичок самообслуговування [11].

Останнім часом про дитячий аутизм пишуть чимало. Але мамам і татам не дуже зрозумілі наукові терміни й пояснення. Аутизм - це, насамперед, порушення в розвитку дитини, що може виявиться у віці двох - двох з половиною років. [2, с. 13].

Є різні концепції, які пояснюють причини аутизму.

Соціокультурна концепція. Першим звернув увагу на специфічні риси батьків аутистичних дітей Лео Каннер. Він доводив, що певні властивості особистості батьків створюють несприятливий клімат для розвитку дитини, що й спричиняє виникнення хвороби. Згідно з його описом, такі батьки – це

високоінтелектуальні, проте холодні люди, “батьки-холодильники”. Ці твердження мали суттєвий вплив на загальну думку і на думку батьків про самих себе. Однак, пізніші дослідження не підтвердили того, що батьки таких дітей обов’язково є жорстокими, холодними, які нехтують своїми обов’язками чи мають порушення психіки (Роузен, 1992). Порушені комунікації в сім’ях, де ростуть діти з аутизмом, часто є вторинними та пов’язаними з труднощами контактів з власною дитиною [10].

Інші клінічні спеціалісти вважали, що високий рівень соціального і пов’язаного з навколишніми умовами стресу може бути однією з причин аутизму. Однак, дослідження не підтвердили і цю гіпотезу. Вчені, які порівнювали дітей з аутизмом з дітьми, які не мають цього розладу, не виявляли ніяких розбіжностей у частоті таких подій, як смерть батьків, їхнє розлучення чи фінансові проблеми в сім’ї (Кокс, 1975).

Отже, у цій концепції надто велике значення надавалось соціокультурним чинникам аутизму, що повело дослідників неправильним шляхом.

Психологічна концепція. На думку деяких учених, у людей, які мають аутизм, наявні вроджені перцептивні чи когнітивні порушення, що унеможливають їхнє нормальне спілкування та взаємодію з іншими. Одне із широко відомих пояснень цього є теорія «емоційно-когнітивного функціонування» (Леслі, 1997; Фрітц, 1989; Байрон-Кохен, 1997; Хейп, 1997).

Теорія «емоційно-когнітивного функціонування» (Theory of mind) – це розуміння людиною переконань, намірів, думок інших людей (а також власних) на підставі їх поведінки, вигляду, вербальних та невербальних аспектів комунікації. Таке розуміння дає можливість передбачати поведінку людей та змінювати власну [9].

До трьох чи п’яти років більшість дітей здатні брати до уваги думку іншої людини і розуміють, що, враховуючи цю думку, можна передбачити, що людина робитиме. У деякому розумінні вони вчаться читати думки інших

людей. Уявимо, наприклад, ми бачили, як дівчинка поклала м'ячик у скриньку для іграшок, а потім ми спостерігаємо, як хлопчик забирає цей м'ячик і відносить в іншу кімнату, поки дівча спить. Ми знаємо, що вона, коли прокинеться, шукатиме свій м'ячик у скриньці для іграшок, бо не знає, що хлопчик забрав його. Ми знаємо це, оскільки беремо до уваги думку дівчинки. Здорова дитина так само зможе передбачити поведінку дівчинки. Людина, яка має аутизм, цього зробити не зможе. Така людина буде очікувати, що дитина піде за своїм м'ячиком в іншу кімнату, тому що м'яч є там. Те, що відбувається в голові дівчинки, для такої людини значення не має.

Багаторазові дослідження доводять, що хворі на РДА справді страждають своєрідною «розумовою сліпотою». Тому їм важко брати участь у рольових іграх, ефективно взаємодіяти з іншими людьми і будувати взаємини з ними, використовувати засоби мовлення, які мають на увазі врахування іншої думки. Чому ж аутисти мають таке емоційно-когнітивне обмеження? Як вважають Гермелін, О'Коннор, це відбувається внаслідок порушень біологічного характеру в ранньому дитинстві, які роблять людину неспроможною у процесі сприйняття відрізнити важливе від другорядного.

Біологічна концепція. Протягом багатьох років дослідники намагаються визначити, які біологічні порушення можуть бути причиною нездатності виробити теорію емоційно-когнітивного функціонування чи всієї сукупності симптомів аутизму. Чіткого біологічного пояснення поки що не знайдено, але існує кілька гіпотез.

По-перше, дослідження батьків дітей, хворих на аутизм, дають змогу допустити певну роль генетичного чинника в розвитку цього розладу. Наприклад, у братів і сестер тих, хто має аутизм, хвороба розвивається в шести – семи випадках зі 100, тобто в 200 разів частіше, ніж у середньому в усіх людей. Також, виявилось, що однойцеві близнюки, хворі на аутизм, підлягають найбільшому ризику.

Крім цього, у 10 – 12% людей, які мають аутизм, простежуються хромосомні аномалії (Садхалтер та ін., 1990). Деякі дослідники пов'язують аутизм також з ускладненнями, які виникають під час вагітності чи народження дитини [9]. Ймовірність розвитку аутизму зростає, якщо жінка під час вагітності хворіла на краснуху, до чи після вагітності мала справу з токсичними хімічними речовинами чи були ускладнення при пологах. Але в деяких випадках, ті ж самі шкідливості можуть спричинити затримку розвитку чи розумову відсталість у дитини, або в інших випадках це спричиняє аутизм.

У 80-х роках ХХ сторіччя відкрито специфічні біологічні аномалії. Це має велике значення в дослідженні розвитку аутизму. В деяких роботах, наприклад, особлива увага звертається на мозочок (Корчісне, 1997).

Результати нейрофізіологічних досліджень показують, що у людей, хворих на аутизм, ще у ранньому дитинстві виникають аномалії у цій частині головного мозку. Можливо, що людям, у яких мозочок розвивається з порушеннями, дуже важко спрямовано фокусувати свою увагу, розуміти словесні натяки чи міміку інших людей і сприймати соціальну інформацію, що є суттєвими ознаками аутизму. Ці дослідження продовжуються.

Багато вчених вважають, що аутизм може мати декілька біологічних причин. Можливо, що дія усіх суттєвих у цьому випадку біологічних чинників (генетичних чинників, ускладнення під час вагітності, пологів і після народження) зрештою зливається в одне джерело – призводить до певних загальних порушень у роботі головного мозку, які спричиняють розвиток аутизму.

Хворим на аутизм характерні соціальні порушення. Порушення соціальних взаємодій відрізняють розлади аутистичного спектру від інших розладів розвитку. Людина з аутизмом нездатна до повноцінного соціального спілкування і найчастіше не може, подібно звичайним людям, інтуїтивно

відчути стан іншої людини. Темпл Грандін, відома жінка-аутист, описала стан аутиста як відчуття «антрополога на Марсі».

Соціальні порушення стають помітними у ранньому дитинстві. Немовлята з аутизмом приділяють менше уваги соціальним стимулам, рідше посміхаються і дивляться на інших людей, рідше відгукуються на власне ім'я. У період навчання ходьби дитина ще помітніше відхиляється від соціальних норм. Вона рідко дивиться в очі, не передбачає зміною пози спробу взяти її на руки, а свої бажання частіше висловлює, маніпулюючи рукою іншої людини. У віці від трьох до п'яти років такі діти рідше демонструють здатність до розуміння соціального оточення, не схильні спонтанно наближатися до інших людей, реагувати на прояв ними емоцій або імітувати поведінку інших, брати участь у невербальному спілкуванні, діяти по черзі з іншими людьми. У той же час вони прив'язуються до тих, хто безпосередньо про них піклується. Впевненість у прихильності у них помірно знижена, хоча при більш високому інтелектуальному розвитку або менш вираженому аутистичному розладі цей показник нормалізується. Більш дорослі діти з розладами аутистичного спектру гірше справляються із завданнями на розпізнавання осіб і емоцій. [14, с.436].

Від третини до половини аутистів виявляються нездатні досягти певного рівня мовного розвитку, достатнього для виконання повсякденних завдань, мають комунікативні порушення. Вже в перший рік життя можуть спостерігатися такі відхилення, як пізніше виникнення белькотіння, незвичайна жестикуляція, слабка реакція на спроби спілкування, різнобій при обміні звуками з дорослим. На другий і третій роки життя діти-аутисти рідше і менше белькочуть, в їхній мові менше приголосних звуків, менший словниковий запас. Вони рідше комбінують слова, їх жести не супроводжуються словами. Вони рідко звертаються з проханнями і діляться своїми переживаннями, схильні до повторення чужих слів і реверсії займенників (ехолалії).

Наприклад, у відповідь на запитання: «Як тебе звать?» дитина відповідає: «Тебе звать Діма», не замінюючи слово «тебе» на «мене»). Для оволодіння функціональної промовою, судячи з усього, необхідна «спільна увага». Недостатній розвиток цієї здатності, як вважається, є відмінною рисою немовлят з розладами. Так при спробі вказати їм рукою на який-небудь об'єкт вони дивляться на руку, а самі рідко вказують на об'єкти, щоб поділитися переживанням з іншими людьми. Дітям-аутистам може бути важко грати в ігри, що вимагають уяви, і переходити від окремих слів-позначень до зв'язного мовлення.

Ритуальна поведінка - виконання повсякденних занять в одному порядку і в той же час, наприклад, дотримання незмінною дієти або ритуалу одягання. Ця риса тісно пов'язана з попередньою потребою в одноманітності, і в ході одного незалежного дослідження з валідації опитувальника RBS-R було запропоновано об'єднати ці два фактори. [17, с. 224].

Зорова увага дітей з аутизмом украй вибіркова і дуже короткочасна, дитина дивиться наче повз людей, не зауважує їх і відноситься до них як до неживих предметів. Водночас їй характерна підвищена вразливість, її реакції на те, що оточує, часто непередбачувані і незрозумілі. Така дитина може не зауважувати відсутності близьких родичів, батьків і бути надмірно хворобливо, збуджено реагувати навіть на незначні переміщення і перестановки предметів у кімнаті.

При аутизмі своєрідний характер має ігрова діяльність. Її характерною ознакою є те, що зазвичай дитина грає сама, переважно використовуючи не ігровий матеріал, а предмети домашнього вжитку. Вона може довго і одноманітно грати зі взуттям, шнурками, папером, вимикачами, дротами тощо. Сюжетно-рольові ігри з однолітками у таких дітей не розвиваються. Спостерігаються своєрідні патологічні перевтілення в той чи інший образ у поєднанні з аутичним фантазуванням. При цьому дитина не зауважує оточуючих, не вступає з ними в мовний контакт.

На відміну від мовних порушень, наприклад, алалії, мова при аутизмі на початкових етапах може розвиватися нормально або навіть пришвидшено, і дитина за темпом її розвитку інколи обганяє здорових однолітків. Потім, зазвичай до 30 місяців (в середньому близько 18 місяців) мова починає поступово втрачатися. Дитина перестає говорити з оточуючими, хоча інколи може розмовляти сама з собою або уві сні, тобто не розвивається комунікативна функція мови. Втрата мови завжди поєднується з втратою виразної жестикуляції і імітаційної поведінки. При цьому така втрата мови частіше спостерігається у дівчат [12].

Отже, характеризуючи аутизм, як порушення розвитку ми можемо стверджувати, що аутизм - це психічний розлад, що характеризується вираженим дефіцитом особистісних, соціальних, мовних та інших сторін розвитку і навичок спілкування.

1.2. Аналіз поняттєво-категорійного апарату дослідження

З самих ранніх років життя діти з аутичними розладами вирізняються від дітей з нормальним типом розвитку. У них послаблена емоційна реакція на близьких, аж до повної відсутності зовнішнього реагування. Вони уникають та не шукають погляду в очі, не просяться на руки, їхня посмішка може бути мало адресована близькій людині і частіше виникає у зв'язку з іншими приємними для дитини враженнями [9, с. 62].

Відзначається, що такі діти нетерпимі до одних вражень (зорових, слухових, тактильних, вестибулярних) і захоплюються іншими. До першого півріччя стає зрозумілим, що дорослому вкрай важко привернути увагу такої дитини, захопити спільною приємною грою. Особливим чином затримується і викривляється мовленнєвий розвиток дитини: гуління і белькотіння розвиваються поза зв'язком з комунікацією. Малюк не починає наслідувати дорослого, повторювати за ним склади і слова.

У зовнішньому вигляді дитини з синдромом раннього дитячого аутизму (РДА), зазвичай приємному, звертає на себе увагу погляд, спрямований у пустоту, в середину себе; погляд з переважанням зорового сприймання на периферії поля зору. Моторика незграбна, рухи неритмічні, "закоснілі", чи неточні з тенденціями моторної стереотипії у пальцях, кистях рук, хода навшпиньки, одноманітний біг, стрибки з опорою не на усю ступню. При мовленні відсутні експресія, жестикуляція; мелодика порушена. Нема інтонаційного переносу, постійні ехолоалії, відсутність зв'язності, нездатність до діалогу. Тривалий час зберігається тенденція до „манерної” словотворчості [25].

Існує чимало гіпотез, що пояснюють природу аутизму. Одна з найрозповсюдженіших гіпотез полягає у тому, що це відхилення у розвитку викликано генетичними порушеннями. Так, висновками досліджень, що проводив Міжнародний консорціум по молекулярному і генетичному вивченню аутизму, стало твердження, що на людських хромосомах 2 і 17 є ділянки, які викликають схильність до аутизму.

Дослідникам також вдалося підтвердити припущення щодо того, що подібні зони містять 7 і 16 хромосоми. На думку канадського науковця Стефана Шерера, за аутизмом є «відповідальною» 7-а хромосома ДНК. Окрім цього встановлено, що в середньому мозок аутистів на 10% більше «нормальних» показників. Більшим є і розмір мозочкової мигдалини, яка бере участь в обробці емоційної інформації. Знайдені серйозні зміни в хімічному складі мозку. На думку О.С.Нікольської, РДА є чи не найзагадковішим типом порушення психічного розвитку. Він охоплює усі сфери психічного життя дитини, а однією з його найхарактерніших рис є суперечливість, неоднозначність проявів. Загальною же характеристикою для усіх аутичних дітей є неспроможність використовувати свої знання і вміння у реальному житті, гнучко переносити засвоєні навички в нові умови.

Нав'язливі стани аутистів пов'язані з низьким вмістом серотоніну у мозку, а боязкість суспільства залежить від вмісту окситоцину, якого називають «молекулою комунікативності». Біохіміки також наголошують на спадкоємних факторах, що спричинюють порушення у мозковій тканині. Їх рішучим опонентом є доктор Едвін Кук (Чикагський університет), котрий стверджує, що чинником розвитку аутизму є вірус; і цей вірус перешкоджає міграції нервових клітин у мозку, який зароджується. При цьому усі науковці виявляють обережність, коли говорять про генетичну схильність до аутизму і гормональний вплив. [5]

Кора головного мозку у дітей з аутичними розладами пасивно реєструє і закарбовує все, що потрапляє в їх поле зору, але втрачає здатність активного ставлення до явищ оточення; експериментально встановлено (С.С.Мнухін та інші), що у них домінують в корі головного мозку процеси гальмування. Відомо, що у аутичних дітей ознаки мозкової дисфункції спостерігається частіше звичайного; у них нерідко виявляються порушення біохімічного обміну. Таким чином, можна свідчити, що синдром раннього дитячого аутизму має різну нозологічну приналежність і різноманітну етіологію [18, с. 76-79].

Спочатку аутизм вважався тільки психіатричною або психологічною проблемою, його навіть досить довго плутали з шизофренією. Потім в усьому звинувачували батьків, які мало приділяли уваги дитині. Аутизм може виникати як своєрідна аномалія розвитку генетичного генезу, а також спостерігатися у вигляді ускладнюючого синдрому при різних неврологічних захворюваннях, у тому числі і при метаболічних дефектах. Клінічна диференціація РДА має важливе значення для визначення специфіки лікувально-педагогічної роботи, а також для шкільного і соціального прогнозу.

Аутизмом зараз називають все, чому не знайшлося пояснення. У дитини перевіряють все, але нічого не знаходять, а проблема є і довкола цієї

проблеми є цілком чітка симптоматика. Вважається, що ранній дитячий аутизм частіше виникає в певному сімейному середовищі, звичайно це інтелектуальне середовище. Відомо також, що аутизм спостерігається у первістків і єдиних дітей в сім'ї. Існує різний підхід до розуміння виникнення аутичної поведінки: одні автори вважають, що аутизм може виявлятися вже з народження, інші вважають за краще виділяти аутизм первинний і вторинний. Первинний розглядається як вроджена генетично зумовлена схильність, вторинний - як форма сформованих поведінкових реакцій. Практика показує, що зазвичай присутнє поєднання цих двох механізмів. 60 років тому це було вкрай рідкісне захворювання, зараз замість кількох дітей на 10000 на аутизм страждає в середньому 1 на 200 дітей, а в деяких країнах статистика ще гірша - в Англії це 1 на 80.

Зростання аутизму в світі вже зіставляють за масштабами з епідемією. Випадки захворювання збільшуються в середньому від 25% до 100% в рік в одному і тому ж регіоні. Останнім часом це захворювання все частіше відносять до розряду захворювань, пов'язаних з проблемами оточення. Під оточенням розуміється їжа, ліки, повітря, вода, брак необхідних поживних мікроелементів, вміст токсинів в довкіллі, тобто, все, що оточує нас може мати потенційну небезпеку для людини. Звичайно, така реакція як аутизм виникає не у всіх, хтось може протистояти шкідливому впливу ззовні, а хтось вже ні. Аутисти просто набагато вразливіші до цих подразників. Ще 10 років тому аутизм вважався невиліковним захворюванням, зараз почали з'являтися історії успіху. Але і досі кожна така перемога - сенсація і щоразу ця перемога давалася дуже і дуже нелегко. Існує думка, що зростання цього захворювання пов'язане зі збільшенням числа вакцин, що містять нейротоксин – етилртуть [18, с. 80].

Ученими визначені медичні проблеми дітей із загальними розладами розвитку, а саме:

- Розумова відсталість. Часто виникає необхідність співвідносити аутизм і розумову відсталість. Адже відомо, що дитячий аутизм може бути пов'язаний з різними, зокрема низькими показниками розумового розвитку: дві третини дітей з аутизмом при психологічному обстеженні оцінюються як розумово відсталі (половина з них – як глибоко розумово відсталі).

Необхідно, однак, розуміти, що порушення інтелектуального розвитку при аутизмі має якісну специфіку: при кількісно рівному коефіцієнті розумового розвитку дитина з аутизмом у порівнянні з дитиною з розумовою відсталістю може виявляти набагато більшу кмітливість в окремих сферах, з одного боку, і значно гіршу адаптацію до життя в цілому, з іншого.

Показники розумового розвитку дітей-аутистів за окремими тестами будуть відрізнятись один від одного, наприклад, діти із синдромом Аспергера, мають високий рівень IQ, висловлюються реченнями (навіть можуть бути надмірно говіркими) і дуже активні. Слід відмітити те, що чим нижчий коефіцієнт розумового розвитку, тим виразнішою буде різниця між результатами у вербальних і невербальних завданнях на користь останніх. Зрозуміло, що люди з такими різними рівнями здібностей мають потребу в диференційованому керівництві і навчанні, а також у спеціальних умовах. Наприклад, вважається неприйнятним поєднувати в одному навчальному класі дітей з аутизмом зі значним ступенем розумової відсталості з дітьми-аутистами, для яких характерний високий інтелектуальний розвиток.

- Епілепсія зустрічається у 30% аутистів і може ускладнювати перебіг захворювання. Існує достатня кількість даних, які вказують на те, що епілепсія може імітувати або провокувати аутизм.

Наприклад, зміни поведінки, аналогічні таким при аутизмі, можуть проявлятись при синдромі Ландау-Клеффнера (набута епілептична дисплазія), при якому встановлюють за результатами електро-енцефалографії (ЕЕГ). Складно робити висновок про значення пароксизмальної активності, яка

виявляється при ЕЕГ у 50% дітей з дисплазією розвитку при відсутності нападів (Пікард та ін., 1998).

Подібні дані були виявлені при аутизмі (Кавасакі та ін., 1997).

Пароксизми при ЕЕГ були статистично пов'язані з аутистичною регресією, проявом аутизму після періоду номального розвитку (Тучман та Рейпін, 1997). Одночасно пароксизмальна активність, за даними ЕЕГ, спостерігається в невеликій кількості хворих і частіше відмічається при пізньому виникненні аутизму (Чех та Бученон, 1997). Ці дані вказують на можливість існування епілептичної природи деяких випадків аутизму та необхідність застосування ЕЕГ в якості рутинного методу обстеження осіб з аутизмом. Це не просто, так як дослідження повинно враховувати і поверхневий, і повільно-хвильовий сон. Більше того, подібний підхід виправданий тільки в тому випадку якщо отримані результати впливають на поведінку хворих: пароксизмальні порушення складно ігнорувати навіть при відсутності клінічних нападів.

Будь-який аналіз результатів лікування вимагає наявності або контрольної групи хворих, в якій лікування не проводилось, або даних про клінічний перебіг захворювання: у яких дітей аутизм має місце з моменту народження, в кого з раннього дитинства; як швидко він розвивається, які функції порушуються. Особливо важливо встановити, як часто проявляється аутистична регресія. Ці дані слід співставити з результатами лікування, так як необхідно знати, у яких дітей може настати покращення (особливо відразу після початку захворювання). Рання ремісія може свідчити про те, що вони не потрапили до психіатра і їм не був встановлений діагноз «аутизм».

Епілептичний напад може бути "класичного" генералізованого типу (*grand mal*), з тонічними судомами, ритмічними конвульсіями у всіх групах м'язів, утратою свідомості, іноді з прикушуванням язика, відсутністю

дихання, посинінням і рідше з утратою сфінктерного тону з наступною втратою контролю над виділенням сечі і калу.

Напад може тривати декілька хвилин і зазвичай завершується глибоким сном. Людину необхідно покласти на ліжко або на підлогу (для запобігання ушкодженні від падіння, удушення і дисфункції дихання у випадку наявності перешкоди в дихальних шляхах).

Деякі варіанти епілептичних нападів супроводжуються попередніми "психіатричними" симптомами, включаючи дивне поведіння, застиглий погляд, автоматизми, відсутність або замкнутість. В окремих випадках такі симптоми іноді важко відрізнити від основних симптомів аутизму.

Вчитель і батько іноді можуть краще, ніж психіатр або невропатолог, спостерігати за симптомами, що підтверджують "епілепсію".

Систематичні записи батьками та вчителями таких симптомів у блокноті звичайно дуже допомагають у встановленні діагнозу.

Порушення зору характерне для значної частини людей з аутизмом, дуже рідко розглядаються належним чином. Діти з аутизмом часто відмовляються носити окуляри. На жаль, така поведінка перешкоджає подальшому обстеженню і її розглядають як ритуальну. Якщо в дитини з аутизмом простежуються рефракторні аномалії або інші причини порушення зору, то треба ставитись до цього продумано, щоб дитина отримала повноцінну допомогу (окуляри, вправи для виправлення косоокості або оперативне втручання при постійній косоокості). Важливість взаємодії з офтальмологом, якому добре знайомі діти з аутизмом, не може бути недооцінена. Необхідне забезпечення кваліфікованого обстеження дитини, що допоможе складанню збалансованих і обґрунтованих рекомендацій. Якщо дитині з аутизмом рекомендоване носіння окулярів, дуже важливо змусити її додержуватися цього правила. Це вимагає значної частки винахідливості від деяких лікарів, батьків і вчителів, але ці загальні зусилля звичайно коштують витраченого часу і сил. Зовсім не є таким рідкісним явищем, коли дитина, що

страждає аутизмом, опанувала академічними навичками після того, як вона почала носити окуляри.

Сліпі діти з аутизмом складають особливу групу з найважчими проблемами. Крім того, сліпота може викликати ризик розвитку аутизму: такого роду залежність у минулому практично не вивчалась.

Щонайменше один з 20 осіб з аутизмом глухий або майже глухий. Кожен п'ятий має значне обмеження слуху. Для осіб, що мають важкі порушення слуху, можуть бути корисні слухові апарати. Для осіб із середнім ступенем порушення слуху зазвичай слуховий апарат у більшій мірі перешкода, ніж допомога. Більшість з цих людей вже й так стурбовані незвичайними звуками і шумом, з якими вони постійно перебувають, а слуховий апарат, підсилюючи звукові ефекти, приносить їм ще більші проблеми. Так само як і окуляри при рефракторних аномаліях, слухові апарати повинні підбирати тільки фахівці.

Мова жестів та інші альтернативні невербальні моделі комунікації можуть бути дуже важливими інструментами для поліпшення якості життя деяких людей, що страждають аутизмом, особливо при наявності супутнього порушення слуху.

Більшості аутистам не притаманні специфічні розлади мовлення. Тільки приблизно в 1-го з 5 аутистів є такі специфічні проблеми, що не можуть розглядатися як просте порушення розуміння значення комунікації, що є відмітною ознакою аутизму.

Нерідко аутисти мають специфічні труднощі під час висловлювання (наприклад, через порушення іннервації мускулів, що беруть участь у рухах голосових зв'язок) використовують термін "афазія" Мову жестів та інші альтернативні моделі комунікації треба випробувати у таких випадках. Однак, необхідно усвідомлювати, що такого роду прийоми можуть іноді бути даремними при роботі з людьми, що мають захворювання аутистичного спектру без афазії.

Аутизм можуть супроводжувати різноманітні соматичні синдроми, зокрема, захворювання шкіри. Вузлові висипання, наприклад, від коричнево-червоних до пурпурних із твердими папулами (поширюються в області носа і щік) на ранніх стадіях нагадують звичайні прищі. Проте при аутизмі переважна більшість шкірних змін не вимагають медикаментозного лікування.

Деякі захворювання спектру аутизму (синдром Ретта, маркер синдрому 15-ої хромосоми), зумовлюють порушення функцій хребта (сколіоз або кіфоз). Це може вести до серйозних труднощів, що проявляються протягом довгого періоду часу. Починаючи з підліткового віку, порушення функцій хребта стають настільки серйозними, що потребують ортопедичного лікування. Більшість дівчаток з цим синдромом з підліткового віку прикуті до інвалідних візків.

Люди із синдромом "тендітної X-хромосоми" часто мають гіпотонію і виняткову розтяжність зв'язок. При цьому суглоби можуть бути надмірно гнучкими.

Хворі із синдромом Мебіуса (середнього і легкого ступеня) часто мають погано сформовані руки і ноги. Ця патологія може привести до значних порушень дрібної моторики і координації рухів, що перешкоджає оптимальному функціонуванню організму.

З ряду різних багато людей з аутизмом мають порушення в скроневій області кори головного мозку. Дисфункція скроневої області кори головного мозку може бути причиною труднощів оволодіння мовою і формування мислення при аутизмі. Це також часто викликає агресивні спалахи й інші види "примітивної" поведінки. Нарешті, у скроневих областях кори головного мозку можуть бути розташовані епілептичні вогнища, що ведуть до різних типів нападів, що заважають нормальному навчанню і поведінці.

Люди з дисфункцією стовбура головного мозку, за даними АBR-дослідження (реакції стовбура головного мозку на слух), звичайно мають

деякі структурні порушення стовбура мозку. Ці порушення ведуть до більш тривалої передачі імпульсів у цій області головного мозку. Слухові імпульси звичайно затримуються на 15–20%. Це зазвичай призводить до розладу кодування звичайної розмовної мови, що має потребу у швидкій трансмісії, передачі нервових імпульсів, через стовбур головного мозку для ефективного декодування (розуміння) мови з боку співрозмовника.

Так, люди, що страждають аутизмом, що мають невисокі результати по ABR-дослідженню (з більшою тривалістю трансмісії підкіркових структур), потребують більш повільного темпу мовлення людей, що звертаються до них, і використання тільки декількох слів у визначений відрізок часу для того, щоб вони могли краще розуміти розмовну мову.

Багаторічний досвід показує, що люди з аутизмом і з порушенням функцій стовбура головного мозку (за даними ABR-дослідження або за даними інших тестів, як-от тест постмеханічного "ністагму") не дуже добре переносять музику (або окремі види музики) у порівнянні з тими, у кого немає порушення функції стовбура головного мозку. Це дуже важливо, тому що існує міф про те, що всі люди з аутизмом люблять музику. Це не завжди вірно. Дослідження типу ABR можуть іноді служити з метою виявлення тих, хто страждає від надмірного впливу дії музики. (У даному випадку це, звичайно, не говорить про те, що музика не сприймається багатьма людьми з аутизмом і захворюваннями цього спектра).

У багатьох аутистичних людей дисфункція стовбура головного мозку можуть призводити до м'язової гіпотонії середнього ступеня, тому що їхній загальний мускульний тонус низький, і в результаті цього вони можуть показатися млявими і незграбними.

Дані декількох досліджень про те, що порушення функції мозочка існує в багатьох випадках захворювань аутистичного спектру, можуть бути причиною часто присутньої незграбності. Раніше передбачалося, що аутизм якоюсь мірою асоціюється з добре розвинутими моторними навичками.

Систематичні дослідження спростували це припущення. Це найбільш проявляється при синдромі Аспергера. Нездатність координації рухів різних частин тіла, порушення середніх моторних навичок, легке тремтіння і нестабільна хода, що зустрічається в багатьох маленьких дітей з аутизмом і синдромом Аспергера – усі вони є відображенням порушення функції мозочка.

Багато людей з аутизмом наносять собі фізичні ушкодження. Вони б'ють себе або вдаряються головою об стіни, підлогу або вікна. Група людей, що страждають аутизмом та важкою розумовою відсталістю, мають найважчі проблеми в цій області. Це ті люди, у яких виявляються найбільші труднощі в комунікації (вербальними і невербальної) з іншими людьми. Завжди важливо розглядати можливість схованого фізичного порушення в таких випадках, особливо тоді, коли такі симптоми з'являються вперше у людей, у яких раніше не було помічено таких симптомів. Іноді попадання в шлунок голок, бритв, рослин можуть бути причинами важких порушень кишківника. Зламана щелепа або кіста кінцівки, інфекція середнього вуха, пневмонія або апендицит можуть викликати такий біль, що людина, яка страждає аутизмом, не може виражатися інакше, крім як шляхом нанесення собі ушкоджень.

Часто за аутизм можна прийняти деякі інші порушення, які трапляються у дітей. Майже у кожної аутистичної дитини спочатку підозрюють глухоту чи сліпоту. Ці підозри зумовлені тим, що вона, зазвичай, не озивається на своє ім'я, не виконує вказівки дорослих, оскільки дитина не реагує на соціальні стимули [63, 73].

Важливо пам'ятати про характерні відмінності реакцій на соціальні та фізичні стимули. Для здорової дитини соціальні стимули є надзвичайно важливими. Вона передусім реагує на те, що виходить від іншої людини. Аутистична дитина, навпаки, може ігнорувати близьку людину, з одного боку. З іншого – у поведінці дітей з порушеннями зору та слуху також простежуються одноманітні дії, як-от розхитування, перебирання пальцями

перед очима та ін. Як і у випадку дитячого аутизму, ці дії виконують функцію аутостимуляції, що компенсується недостатністю реального контакту зі світом. Ми не можемо говорити про дитячий аутизм, доки стереотипність не поєднується з труднощами у налагодженні емоційних контактів з іншими людьми за допомогою доступних їй засобів. Зауважимо, що справді можливе співвідношення аутизму чи, принаймні, аутистичних тенденцій з порушеннями зору чи слуху.

Потрібно звернути увагу і на розумову відсталість. Аутизм може бути пов'язаний з різними, зокрема і дуже низькими, кількісними показниками розумового розвитку. Необхідно також зважати на те, що порушення інтелектуального розвитку при дитячому аутизмі має якісну специфіку: у разі кількісно однакового коефіцієнта розумового розвитку дитина з аутизмом порівняно з дитиною-олігофреном може виявляти краще розуміння в окремих сферах і набагато гіршу адаптацію у житті в цілому. Його показники за окремими тестами відрізняються один від одного. Чим нижчий коефіцієнт розумової відсталості, тим помітнішою буде відмінність між результатами у вербальних і невербальних завданнях.

У випадках депривації у дітей з глибокою розумовою відсталістю можливий розвиток спеціальних стереотипів аутостимуляції, наприклад розхитування, яке буває у випадку депривації у дітей зі сенсорними порушеннями. Вирішення питання про те, чи маємо у цьому випадку, справу з аутизмом, потребує перевірки: чи співвідноситься цей прояв стереотипності у поведінці дитини з неможливістю налагодження з нею емоційного контакту на простому і, здавалося б, доступному рівні. У деяких випадках необхідно відрізняти мовленнєві труднощі при дитячому аутизмі від інших порушень мовленнєвого розвитку.

Часто перші тривоги виникають у батьків аутистичних дітей власне

щодо незвичності їхньої мови. Дивна інтонація, штампи, ехолалії - все це простежується так яскраво, що проблем диференціації з іншими мовленнєвими порушеннями, здебільшого, не виникає.

Однак, у деяких, особливо у важких і легких, випадках дитячого аутизму труднощі все ж можливі.

У найважчому випадку – мутичної дитини (не користується мовою і не реагує на мову інших) може постати питання про моторну та сенсорну алалію (відсутність мови при нормальному слуху і розумовому розвитку; моторна алалія – неможливість говорити, сенсорна – нерозуміння мови). Мутична дитина відрізняється від тої, яка має моторну алалію тим, що інколи може випадково вимовити не лише слова, але й складні фрази. Важче вирішити питання сенсорної алалії. Глибоко аутистична дитина не зосереджується на тому, що до неї звертаються, мова не є інструментом організації її поведінки. Чи розуміє вона те, що до неї говорять? Важко відповісти. Навіть якщо вона і намагається зосередитися на інструкції, то не втримує її у свідомості цілковито. У цьому вона подібна до дитини, що має труднощі з розумінням мови, з одного боку. З іншого – аутистична дитина може інколи адекватно сприймати і враховувати у поведінці порівняно складну інформацію, отриману з мовленнєвого повідомлення, зверненого до іншої людини.

Головною ознакою є характерне для глибоко аутистичної дитини глобальне порушення комунікації: на відміну від дитини зі суто мовленнєвими труднощами, вона не намагається виразити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами.

У легших випадках дитячого аутизму, коли замість цілковитої відсутності мови простежуються лише пов'язані з нею ускладнення, можливі прояви різних мовленнєвих порушень. У таких випадках виникають проблеми зі сприйманням мовленнєвої інструкції, простежується нечіткість вимови, аграматизми (порушення граматичної побудови мови), труднощі у

побудові фраз. Усі ці проблеми виникають тоді, коли дитина намагається встановити контакт, організувати цілеспрямовану мовленнєву взаємодію. Щоб диференціювати в таких випадках слід ґрунтуватися власне на порівнянні можливостей розуміння і використання мови в ситуаціях ауто-стимуляції та спрямованої взаємодії.

У процесі диференційного діагностування необхідно також брати до уваги більш загальні характеристики поведінки. У спробах комунікації дитина виявлятиме надмірну сором'язливість, загальмованість, підвищену чутливість до погляду іншої людини, тону її розмови [9]. Вона буде більш контактна у звичній і ритуалізованій обстановці і губитися в новій обстановці.

Водночас важливо розмежовувати дитячий аутизм та шизофренію. Виокремлений Каннером у 1943 році синдром раннього дитячого аутизму трактувався як дитяча форма шизофренії. Лише в 70-х роках ХХ століття з'явилися праці, в яких стверджувалося, що це різні й не пов'язані між собою розлади (наприклад, Руттер, 1972). Серед аргументів щодо розмежування аутизму та шизофренії зокрема наводяться такі:

- розумова відсталість часто наявна у дітей з аутизмом, проте, здебільшого відсутня у випадку шизофренії;
- наявність шизофренії в сім'ях хворих – серед родичів дітей з аутизмом майже не трапляються випадки захворювання на шизофренію; в родинях шизофреніків – такі випадки є частими (Кольвін, 1971);
- симптоми аутизму виявляються раніше, ніж симптоми шизофренії (Руттер, 1972).

Як у випадку аутизму, так і у випадку шизофренії етіологія є незрозумілою. Необхідно звернути увагу на розрізнення синдрому дитячого аутизму і порушень спілкування, що зумовлені особливими умовами життя, виховання дитини. Такі порушення можуть виникнути, якщо у ранньому віці

дитина була позбавлена можливості налагодити емоційний контакт із близькою людиною, тобто у випадку так званого дитячого госпіталізму.

Відомо, що недостатність емоційних контактів з людьми, нестача вражень часто зумовлюють значну затримку психічного розвитку в дітей, котрі виховуються в дитячих будинках. У них можливий також розвиток стереотипної активності, яка компенсує недостатність контакту зі світом. Стереотипні дії у разі госпіталізму не мають такого загостреного характеру, як у разі дитячого аутизму: це може бути просто сильне розхитування чи смоктання пальця.

Дитина з госпіталізмом, потрапивши в нормальні умови, може компенсуватися порівняно з аутистичною дитиною, набагато швидше, оскільки в неї немає внутрішніх перешкод для емоційного розвитку.

Іншою причиною психогенного порушення спілкування може бути негативний невротичний досвід дитини, перенесена травма, неспроможність до взаємодії з іншою людиною. Звичайно, такий досвід може набути будь-яка дитина з високою вразливістю. Однак ці порушення спілкування, здебільшого, вибіркові та стосуються окремих, важких для дитини ситуацій. У випадку аутизму можливість комунікації порушена в цілому.

1.3. Причини виникнення аутизму та специфіка поведінки дітей з РДА

Пошуки причин цього розладу психічного розвитку йшли по декількох напрямках. Перші обстеження аутичних дітей не дали свідчень про патологію їх нервової системи. У зв'язку з цим на початку 50-х років найбільш поширеною була гіпотеза про психогенне походження захворювання. Говорячи інакше, порушення розвитку емоційних зв'язків з людьми, активності в освоєнні навколишнього світу пов'язувалося з ранніми психічними травмами, з неправильним, холодним ставленням батьків до дитини, з невідповідними способами виховання. Тут можна відзначити таку

характерну особливість - було прийнято вважати, що у дитини, що страждає на аутизм, типовий сімейний фон. РДА часто виникає в інтелектуальному середовищі й у так званих вищих верствах суспільства, хоча відомо, що це захворювання не обмежується тією чи іншою соціальною групою. [7, с. 364].

Таким чином, відповідальність за порушення психічного розвитку біологічно повноцінної дитини покладалася на батьків, що дуже часто було причиною важких психічних травм самих батьків.

Подальші порівняльні дослідження сімей розумово відсталих дітей та дітей, які страждають раннім дитячим аутизмом, показали, що аутичних діти перенесли не більше психотравмуючих ситуацій, ніж інші, а батьки аутичних дітей навіть більше дбайливі та віддані їм, ніж це зазвичай спостерігається в сім'ї дитини з розумовою відсталістю.

В даний час більшість дослідників вважають, що ранній дитячий аутизм є наслідком особливої патології, в основі якої лежить недостатність центральної нервової системи.

Ця недостатність може бути викликана широким колом причин: вродженої аномальної конституцією, вродженими обмінними порушеннями, органічним ураженням Ц.Н.С. внаслідок патології вагітності та пологів. Звичайно, дії різних патологічних агентів вносить індивідуальні риси в картини синдрому раннього дитячого аутизму. Він може бути ускладнений різним ступенем розумової відсталості, грубим недорозвиненням мовлення. Різні відтінки можуть мати емоційні розлади [5. с. 27-30].

Як і при будь-якій іншій аномалії розвитку, загальна картина важкого психічного дефекту не може бути прямо виведено тільки з його біологічних першопричин. Багато хто, навіть основні прояви раннього дитячого аутизму можуть бути розцінені в цьому сенсі як вторинні, що виникають в процесі психічного дизонтогенеза.

Можливою причиною аутизму в дитячому віці можуть бути ртутні консерванти, що знаходяться в деяких вакцинах.

Дійсно, аутизм часто розвивається у дітей саме в тому віці, коли малюки отримують безліч різних «щеплень». Передбачається, що консерванти можуть накопичуватися в дитячому організмі і вражати мозкову тканину. Серед інших передбачуваних джерел ртуті називають вживання матерями під час вагітності деяких сортів риби, багатих на ртуть. Британські вчені встановили, що можливою причиною виникнення аутизму є чоловічий гормон тестостерон. Проведене в рамках дослідження Кембриджського Університету обстеження дітей, які страждають даним захворюванням, показало, що вже в материнській утробі у них був підвищений рівень тестостерону в крові. Надлишок тестостерону буквально отруює організм дитини, що призводить до запуску механізму виникнення захворювання [20,с.35].

Ранній дитячий аутизм, комплекс зовнішніх проявів, може бути екзогенно обумовлений і мати органічну природу, бути вторинного психогенного походження.

Вторинний психогенний аутизм формується в ситуації депривації - сенсорної, когнітивної та емоційної. Може розвиватися в різних ситуаціях, при приміщенні дитину в притулок, концентраційні табори, при наявності сенсорних дефектів у дитини. Первинний аутизм має генетичну подібність із шизофренією, протікає як процесуальне психічне захворювання або органічна патологія Ц.Н.С.

Також аутизм розглядається як наслідок порушення певних психофізіологічних механізмів, порушення рівня неспання, первинна патологія вестибулярного апарату, порушення константності сприйняття. Згідно клінічного підходу, причинами аутизму є: слабкість, порушення свідомості і активності, вроджена інстинктивна недостатність, вроджена тривожність, недостатність інтуїції, не здатність розуміння переживань інших людей.

Нейропсихологічні гіпотези: аутизм пов'язують з порушенням кіркових функцій переважно лівої півкулі - мовних зон. Аутизм пов'язують з гіпоактивності правої півкулі, переробки образної і символічної інформації, відірваність від реальності, без опори на реальні враження, ізольованість символів. Не одна з концепцій не є загально визнаною і не може пояснити весь спектр порушень при аутизмі, акцент робиться на афективних розладах.

Виділено дві групи розладів при ранньому дитячому аутизмі:

- причина проявів аутизму лежить в емоційних порушеннях;
- афективні порушення похідні від специфічних когнітивних порушень.

В основі деяких форм аутизму може лежати порушення кровопостачання певних відділів головного мозку [6,с.57].

Таким чином, можна зробити висновок про те, що явні причини аутизму до цих пір не встановлені, ця область залишається до кінця не вивченою.

Слід зазначити, що для аутизму характерний аномальний розвиток усіх сфер психіки: інтелектуальної й емоційної, сприйняття, моторики, уваги, пам'яті, мовлення. [20, с.38].

Для точнішої діагностики синдрому Каннера слід чітко знати його ознаки.

Отже, до основних причин аутизму відносять такі як:

- спадкова схильність до шизофренії, її початкова стадія;
- органічна патологія мозку (вроджений токсоплазмоз, сифіліс, інтоксикація свинцем тощо), вроджені дефекти обміну речовин, порушення діяльності ендокринної системи;
- емоційна депривація – нестача теплих стосунків із людьми, нехтування близькими людьми;
- наявність хронічної психотравматичної ситуації, викликаній порушенням ефективного зв'язку дитини з матір'ю, її холодністю, деспотичним утисканням, яке паралізує емоційну сферу та активність дитини;

- порушення внутрішньоутробного розвитку й виснажливі хвороби раннього дитинства;
- мозкові дисфункції та порушення біохімічного обміну.

Висновки до першого розділу

Вивчення стану дослідженості проблеми засвідчило, що термін аутизм ввів в 1912 році Е. Блейлер для позначення особливого виду мислення, яке регулюється емоційними потребами людини і не залежить від реальної дійсності.

Синдром дитячого аутизму як самостійна клінічна одиниця був вперше виділений Л. Каннером в 1943 році. Описи подібних станів і спроб корекційної роботи з такими дітьми відомі з початку XIX ст., їх кількість зросла до середини XX століття.

На основі теоретичного аналізу наукових джерел встановлено, що аутизм - психічний розлад, що характеризується вираженим дефіцитом особистісних, соціальних, мовних і інших сторін розвитку та навичок спілкування.

Походження аутизму може бути різним. У легкого ступеня він може зустрічатися при конституційних особливостях психіки (акцентуація характеру, психопатія), а так само в умовах хронічної психічної травми (аутистичний розвиток особистості).

А може виступати як груба аномалія психічного розвитку (ранній дитячий аутизм).

Аутизм не можна вилікувати. Іншими словами - від аутизму немає ліків. Допомогти дитині з аутизмом може лише рання діагностика і багаторічний кваліфікований педагогічний супровід.

Аутизм - крайня форма психологічного відчуження, яка виявляється у відході дитини від контактів з навколишньою дійсністю і заглибленям у світ

власних переживань. Причини аутизму можуть бути різними: спадкова схильність до шизофренії, її початкова стадія; органічна патологія мозку; вроджені розлади обміну речовин, порушення діяльності ендокринної системи, емоційна депривація - нестача теплих стосунків з людьми, нехтування дитини близькими людьми. Серед ознак раннього дитячого аутизму психологи виділяють:

- Мутизм - (відсутність мовлення). Аутичні діти виявляють свої бажання переважно жестом або криком. Голосові реакції рідкісні. Інколи діти можуть повторити за дорослим окремі склади, але для них вони позначають ціле слово: "Ди - йди", "Мо - молоко", "Ти - гуляти".
- Стереотипи поведінки: поведінка вичерпується аутоstimуляціями. Дитина протягом тривалого часу зачинає і відчинає дверцята шафи або іграшкового автомобіля, возить машинку вперед-назад і дивиться, як крутяться колеса, хитає головою або трясє руками і спостерігає за їхнім відображенням у дзеркалі або на гладкій полірованій поверхні.
- Переважання поганого настрою з періодичними спалахами агресії.
- Симбіотичний характер зв'язку з матір'ю. Дитина може гостро реагувати на тривалу відсутність матері, але не прагне її ласки, тактильних контактів, не шукає захисту в матері у тривожній ситуації. [10].
- Уникнення візуального контакту з очима іншої людини. Дивиться неначе крізь об'єкт.
- Посилення тривоги при змінах у найближчому соціальному оточенні, обстановці, появі нової людини.
- Запізніле формування навичок самообслуговування.

В даний час більшість дослідників вважають, що ранній дитячий аутизм є наслідком особливої патології, в основі якої лежить недостатність центральної нервової системи.

Ця недостатність може бути викликана широким колом причин: вродженої аномальної конституцією, вродженими обмінними порушеннями, органічним ураженням Ц.Н.С. внаслідок патології вагітності та пологів, рано що почався шизофренічним процесом. Звичайно, дії різних патологічних агентів вносить індивідуальні риси в картини синдрому раннього дитячого аутизму. Він може бути ускладнений різним ступенем розумової відсталості, грубим недорозвиненням мовлення. Різні відтінки можуть мати емоційні розлади.

Проаналізувавши літературні джерела з досліджуваної проблеми, нами було встановлено, що основними причинами аутизму є:

- спадкова схильність до шизофренії, її початкова стадія;
- органічна патологія мозку (вроджений токсоплазмоз, сифіліс, інтоксикація свинцем тощо), вроджені дефекти обміну речовин, порушення діяльності ендокринної системи;
- емоційна депривація – нестача теплих стосунків із людьми, нехтування близькими людьми;
- наявність хронічної психотравматичної ситуації, викликаній порушенням ефективного зв'язку дитини з матір'ю, її холодністю, деспотичним утисканням, яке паралізує емоційну сферу та активність дитини;
- порушення внутрішньоутробного розвитку й виснажливі хвороби раннього дитинства;
- мозкові дисфункції та порушення біохімічного обміну.

Проблема аутизму, а також допомоги дітям та особам, які хворіють на аутизм, ще недостатньо вивчена.

На жаль, такі діти не можуть повністю реабілітуватися. Параметри індивідуального розвитку дітей-аутистів суттєво відрізняються в кожному конкретному випадку. Критичним періодом, коли можна робити достатньо надійні прогнози їх подальшого розвитку, деякі вчені вважають п'ять років, а

інші – вісім. Насамперед це пов'язано з розумовим та мовленнєвим розвитком дитини. Незважаючи на те, що реакція на корекцію чи лікування у кожної дитини є індивідуальною, за окремими виявами синдрому аутизму можна досягнути позитивних результатів.

Найбільший поступ простежується у поведінкових проявах, наприклад: усунення спалахів гніву, порушень сну, самоскалічення. Корекція є успішною у питаннях соціалізації, мовленнєвого розвитку і вербальної комунікації. Це має велике значення для розвитку соціальних навичок і формування відносної незалежності пацієнтів. Проте ці успіхи часто пов'язані з цілком визначеними ситуаціями, і перенесення сформованих навичок соціального спілкування на інші ситуації неможливе. У сфері розвитку інтелектуальної діяльності успіхи, зазвичай, незначні.

Однак спеціальне лікування та корекційне навчання, безумовно, можуть дати поштовх до розвитку дитини з РДА.

Система неперервної спеціальної допомоги, яка охоплює всі етапи життя, забезпечує найкращі результати. Актуальними є наукові дослідження, науково-методичне забезпечення та навчання спеціалістів, а також індивідуальний підхід до проблеми інтеграції таких дітей у суспільство.

РОЗДІЛ II. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ-АУТИСТАМИ

2.1. Діагностика та напрями подолання хвороби

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

1. Перша група: відрізняється відсутністю мови, польовою поведінкою, майже повним відчуженням від світу, не демонструє вибірковості у контактах з оточуючим. Частина дітей починає говорити у ранньому віці, але потім мовлення поступово або в результаті стресу зникає. Внутрішнє комунікативне мовлення може розвиватися, але виявити його можливо лише після тривалого знайомства з дитиною [2]. Спостерігається страх звуків, дотику.

2. Друга група: неприйняття жодних контактів і змін, які не подобаються дитині. Активне прагнення зберегти постійність навколишнього середовища, комунікативних і мовленєвих форм. Мовлення скандоване. Основна проблема - екстремальна вибірковість. Побутові навички засвоюються важко, але міцно. Велика кількість рухових стереотипів. Невербальний інтелект може бути в нормі. Пасивний мовленєвий запас набагато ширший за активний, це проявляється у ситуаціях, коли дитині важливо, щоб її зрозуміли. Дуже чітко проявляються страхи, характер яких залежить від біографії кожної дитини.

Частина дітей з РДА 1 і 2 груп так і не починає говорити, батьки таких дітей, як правило, чують найбільш невтішні прогнози спеціалістів; розвиток дітей повільний, вони часто повертаються на його попередні фази. Для таких дітей найчастіше рекомендують поведінковий підхід (створення безлічі

поведінкових стереотипних блоків), пи цьому звернення до особистості дитини, до її внутрішніх резервів залишається невиправдано рідкісним.

3. Третя група: виглядають дуже товариськими. Ці діти занурені в одну і ту ж справу, багато і добре говорять, але звертаються до абстрактного співрозмовника. Їм не потрібен зворотній контакт, вони різко прагнуть, щоб їх зрозуміли. Мовлення монологічне, словниковий запас багатий, мова являється для них ауто стимуляцією, а не джерелом інформації (при цьому стимулом часто виступає вербальна агресія - люблять говорити про те, що має для них негативне забарвлення). Для цих дітей важливі гострі відчуття, пов'язані із яскравою поведінкою дорослого, тому вони вдаються до провокацій. Такі діти вже можуть поставити собі ціль і добиватися її всіма можливими способами. Але пристосувати свої потреби до обставин, що змінюються, вони не вміють.

4. Четверта група: аутизм у найбільш легкій формі, діти схожі на заторможених, відсталих у психічному розвитку. Чутливі. Мовлення уповільнене. Легше встановлюють контакт очей. Здібності виражаються у менш стереотипній формі. Діти не створюють аутистичного захисту, автостимулюючих форм поведінки. Дуже залежні від емоційного контакту з близькими, від їх підтримки. Етапи розвитку максимально наближені до норми [15].

Психодіагностичні дослідження в клініці дитячої психіатрії останнім часом набули особливого практичного значення. Поряд із вивченням особливостей психічного розвитку дітей, яке виявляє різноманітні варіанти дизонтогенезу психіки, досліджуються психічні процеси та властивості особистості із урахуванням психологічних, патопсихологічних і психопатологічних симптомокомплексів. При цьому йдеться не стільки про взаємозалежність цих симптомокомплексів, тобто співвідношення психологічного та клініко-психопатологічного діагнозів, скільки про

можливості більш тонкої диференційної діагностики типів психічної патології засобами і методами, доступними психологу.

Патопсихологічні дослідження покликані встановлювати тип психічного порушення, тобто виявляти особливості дизонтогенетичного розвитку, обумовлені протіканням захворювання. Одночасно психологічне обстеження може констатувати також наявність норми, відсутність яскраво виражених або виражених розладів психічної діяльності. І тоді постає питання, чому клінічно поставлений дитині той чи інший діагноз не підтверджується параклінічним методом дослідження. Виявляється, що лікар-психіатр і психолог, які описують особливості поведінки "хворого", говорять ніби на різних мовах.

Лікар, який володіє клінічним мисленням, розглядає особистість хворого з позицій етіопатогенетичного підходу і найменше відхилення від "встановлених норм", яке приводить до соціальної дезадаптації у суспільстві, кваліфікується ним як стан передхвороби або хвороби психіки. На думку І. Коробейнікова, під час діагностики рівня психічного розвитку дітей з різними формами психічного дизонтогенезу "принцип нозологічної кваліфікації виконує швидше номінативну, ніж змістову функцію" [57, 134].

Діагнози, які ставлять цій групі дітей: "затримка психічного розвитку", "погранична інтелектуальна недостатність", "загальний розлад розвитку", – відмічає І. Коробейніков, – не є діагнозами у строго клінічному розумінні, оскільки вони надзвичайно різнорідні не лише за етіологією та патогенезом, але й за своїми клінічними проявами. В. Ковальов пропонує розглядати ці випадки як функціональну діагностику, ефективність якої може бути успішною за умови участі різних спеціалістів: психіатрів, психологів, педагогів, логопедів та ін. [53].

При цьому йдеться про діагностику і прогноз у контексті компенсаторного психічного розвитку.

Психологічний діагноз у цій схемі займає ніби відокремлене

місце, якому відводиться соціально-психологічний аспект проблеми здоров'я – хвороби та її наслідків. У процесі вивчення особистості хворого психолог зіштовхується з особливостями протікання хвороби та її впливу на психічну сферу хворого, а також – з типом порушення, змінами особистості, які формуються під впливом хвороби.

Під час експериментально-психологічного вивчення особистості дитини із загальними розладами розвитку психолог використовує психологічні методи дослідження та аналізу отриманих результатів, що дає йому змогу встановлювати психологічні механізми формування тих чи інших особливостей поведінки, інтелектуальних або особистісних якостей досліджуваної дитини.

Зауважимо, що тільки системний аналіз порушень, виявлених протягом індивідуального психологічного дослідження, дає змогу правильно оцінити якісні та кількісні сторони вищих психічних процесів. Відправним пунктом, який дозволяє порівнювати норму з відхиленнями, необхідно використовувати вікову норму розвитку дитини (відповідно до біологічного віку досліджуваної дитини із загальними розладами розвитку). При цьому одним із важливих діагностичних критеріїв у дітей із загальними розладами розвитку протягом психологічного дослідження є мотиваційний компонент діяльності на основі співробітництва з дослідником.

За різними джерелами можна виділити основні критерії, які стосуються основних умов встановлення психологічного діагнозу:

- 1) психологічний діагноз повинен розкривати специфічні особливості, явища, які притаманні конкретній людині, впорядковані у відповідності з їх питомою вагою у психосоматичному стані досліджуваного;
- 2) діагноз повинен не обмежуватись констатацією наявного, але й враховувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення тих чи інших симптомів і подальший прогноз;

3) психологічний діагноз повинен бути представлений за допомогою понять, які спираються на описовий матеріал, що характеризує поведінку людини в умовах дослідження [134].

Якісний аналіз клінічних симптомів загальних розладів розвитку, які простежуються, здійснюється завдяки цілеспрямованому використанні у практиці методу спостереження. У патопсихологічному дослідженні метод спостереження є найважливіший при аналізі структури діяльності хворої дитини, діагностиці притаманних їй психологічних симптомів поведінки.

Психологічний діагноз встановлюється на підставі отриманих шляхом експериментального дослідження даних про психічну діяльність і особистісну сферу дитини із загальними розладами розвитку, аналізу різноманітних соціальних відомостей про неї, які становлять так званий об'єктивний аналіз її фізичного і психічного розвитку.

Вивчення і діагностика рівня психічного розвитку тривалий час обмежувалось "зрізовими" методами, які лише констатували досягнутий рівень розвитку. Зараз розроблено ряд методів, які дають змогу не лише оцінити рівень розумового розвитку дітей, а й з'ясувати причини тих чи інших недоліків. Ці методи, побудовані за принципом формуючого експерименту, відкривають шлях для здійснення психопрофілактичної та індивідуально-психокорекційної роботи з дітьми із загальними розладами розвитку.

Результати психологічного дослідження дітей із загальними розладами розвитку мають велике значення для терапевтичної тактики, яка передбачає особливості нівелювання ознак психічної дезадаптації і порушень розвитку особистості корекційно-педагогічними засобами.

Важливими для практики психологічних досліджень дітей із загальними розладами розвитку залишаються питання диференціальної діагностики. У зв'язку з цим виникає необхідність виділення психологічних і патопсихологічних симптомокомплексів загальних розладів розвитку, а

також пошук ефективних методів їх корекції психолого-педагогічними засобами, які повинні враховувати специфіку умов виховання і навчання хворої дитини на різних етапах її розвитку.

Діагностика аутизму дітей пов'язана у батьків з дуже великим стресом. Поряд зі стресом виникають труднощі суспільного і поведінкового походження, а також почуття провини, що виникає через оточення, яке приписує батькам погане виховання дитини.

Правильна діагностика аутизму пов'язана з великими труднощами. В основному, це стосується проблеми розрізнення аутистичних розладів від інших розладів розвитку. Для діагностики аутизму використовуються діагностичні критерії МКХ-10. У цій класифікації порушення функціонування дитини досліджують в трьох основних сферах: соціальна взаємодія, комунікація, активність та зацікавлення дитини.

2.2. Специфіка корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами.

Ознаки раннього дитячого аутизму проявляються вибірково і не постійно і не визначають основну специфіку аномального розвитку.

Одним з основних ознак РДА є порушення мовного розвитку. Мовні розлади значно варіюють за ступенем тяжкості і за своїми проявами. Виділяють такі мовні порушення:

- порушення комунікативної функції мови. Дитина з аутизмом уникає спілкування, погіршуючи можливості мовного розвитку. Його мова автономна, егоцентрична, не пов'язана із ситуацією і оточенням;

- відірваність такої дитини від світу, позначається на його самосвідомості;

- стереотипність мови, схильність до словотворчості, майже у всіх дітей становлення промови проходить через період ехолалія.

Іншою ознакою аутизму є труднощі формування поведінки.

В основному це розгальмування, незібраність, відволікання. Така поведінка називається «польовою». Предмет притягує аутичну дитину до себе, дорослий же повинен сам направляти дії цих сил, у противному випадку його вимогу і бажання дитини будуть йти врозріз.

Контакт з дорослими вимагає від аутичної дитини величезної напруги, їй дійсно важко зосередитися, внаслідок чого настає перенапруження. У результаті порушується психічний розвиток і соціалізація. Клінічна картина синдрому Каннера остаточно формується між 2-3 роками життя і протягом кількох років (до 5-6 річного віку) найбільш виражена. Потім її своєрідні патологічні риси нерідко згладжуються. Аутизм з аутичними проявами - це вихідна труднощі встановлення контакту зовнішнім світом і тому вдруге вироблені реакції - уникнення контактів. [8, с. 364].

Аутизм може проявлятися як пасивний догляд, байдужість, при цьому може бути вибірковість у контактах: спілкування тільки з однією людиною, і повна залежність від нього - «симбіотичний зв'язок». Контакт зі світом здійснюється через цю людину. Спостерігається так само тенденція до збереження сталості, стереотипів. Це свого роду пристосування дитини до своїх труднощів. Дитина з аутизмом схильна до аутоstimуляції, такої як: біг по колу, розгойдування і т.д. Ці рухи посилюються коли дитина боїться чого - або. Дитина з аутизмом не виконує інструкцій, ігноруючи їх, тікаючи від дорослого і роблячи все навпаки. Але все - таки при правильній корекції у таких дітей вдається досягти видимих результатів [4, с.7-9].

Отже, якщо звертатися до Класифікації дітей з РДА К.С. Лебединська та О.С. Нікольський виділяють чотири групи аутичних дітей з різними типами поведінки:

- для дітей 1-ї групи характерні прояви стану вираженого дискомфорту і відсутність соціальної активності вже в ранньому віці. Головне для такої дитини – не мати з світом жодних точок дотику.

- діти 2-ї групи початково більш активні і трохи менш вразливі у контактах із середовищем, і сам аутизм їх більш «активний». Він виявляється як вибірковість у стосунках зі світом.

Батьки, насамперед, вказують на затримку психічного розвитку дитини, перш за все - мовлення; вибірковість в їжі, невиконання їх вимог тягне бурхливі афективні реакції. У порівнянні з дітьми інших груп вони найбільшою мірою обтяжені страхами і стереотипністю рухів. Але вони набагато пристосовані до життя, ніж діти першої групи.

- дітей 3-ї групи відрізняє дещо інший спосіб аутичного захисту від світу - це захоплення своїми інтересами, які проявляються в стереотипній формі. Роками дитина може говорити на одну і ту ж тему, розігрувати один і той самий сюжет. Основна проблема такої дитини в тому що створена ним програма поведінки не може бути пристосована їм до гнучко мінливих обставин.

- у дітей 4-ї групи аутизм в найбільш легкому варіанті.

На першому плані підвищена ранимість, гальмування в контактах. Ця дитина сильно залежить від емоційної підтримки дорослих. Важливо забезпечити атмосферу безпеки, чіткий спокійний ритм занять, періодично включаючи емоційні враження. Патогенетичні механізми РДА залишаються недостатньо зрозумілими. У різний час розробки цього питання увагу приділяли різним причинам і механізмам виникнення цього порушення.

Тривалий час панувала гіпотеза про його психогенну природу. Вона полягала в тому, що такі умови розвитку дитини, як придушення його психічної активності та афективної сфери «авторитарної» матері, призводять до патологічного формування особистості.

Статистично найчастіше РДА описується при патології шизофренічного кола, рідше при – органічній патології мозку (вродженому токсоплазмозі, сифілісі та іншій недостатності нервової системи, інтоксикації свинцем і т.д. (С. С. Мнухін, Д. М. Ісаєв, 1969).

При аналізі ранньої симптоматики РДА виникає припущення етологічних механізмів розвитку, що проявляється в полярному ставленні до матері, великі труднощі формування найелементарніших комунікативних сигналів, слабкості інстинкту самозбереження і афективних механізмів захисту. При цьому у дітей спостерігається неадекватні, форми навколишнього світу, такі, як облизування, обнюхування предмета. У зв'язку з останнім висловлюються припущення про поломку біологічних механізмів афективності, первинної слабкості інстинктів, інформаційній блокаді, пов'язаної з розладом сприйняття, про недорозвинення внутрішнього мовлення, центральному порушенні слухових вражень, яке веде до блокади потреби в контактах і т.д.

2.3. Організація і результати дослідження

Важливим компонентом готовності до навчання дітей є мовленнєва готовність. Система навчання та виховання дітей з мовленнєвими порушеннями в дошкільних закладах включає корекцію мовленнєвого дефекту і підготовку до навчання в школі. Для дітей з мовленнєвими порушеннями характерний понижений рівень загального усвідомлення про навколишній світ. Також у дітей з порушенням мовлення спостерігається недостатня гнучкість і динамічність мисленнєвих процесів, підвищена втомлюваність, недостатня оперативність мислення. Дослідження таких вчених, як М. Хватцев, Р. Левіна, Р. Лалаєва, Г. Чіркїна, А. Ястребова і ін., дозволяють зробити висновок про те, що несформованість мовленнєвої діяльності в дошкільному віці закономірно призводить до порушення читання та письма.

Мовленнєва готовність дітей до школи – це наявність у них певної суми знань і уявлень про довкілля; достатній лексичний запас, обізнаність з формулами мовленнєвого етикету, образними виразами, прислів'ями,

приказками, загадками; оволодіння чистою і правильною звуковимовою, граматичною правильністю мовлення; вміння послідовно, логічно і зв'язно висловлюватись, переказувати тексти, будувати розповідь; оволодіння фонетичним сприйманням і звуковим аналізом слів; уміння уважно слухати відповіді інших, педагога, цілеспрямовано й точно відповідати на запитання; помічати, виправляти мовні помилки (сформованість оцінно-контрольних дій), доповнювати відповіді однолітків [34].

У нашому дослідженні особливостей мовленнєвої готовності дітей з порушенням мовлення до школи брали участь 12 дітей віком 6 років, які мають загальний недорозвиток мовлення, відвідують логопедичну групу у садочку, а також відвідують заняття логопеда. Серед дітей 4 дівчинки та 8 хлопчиків. Тестування проводилось у кабінеті логопеда. Дослідження проводилось в місті Києві. З дітьми були проведені тестування для дослідження їх мовленнєвої готовності до школи.

Для досягнення поставленої мети та завдань нашого дослідження ми використовували наступні методи дослідження: теоретичні: вивчення і аналіз педагогічної, методичної та психологічної літератури по даній темі; емпіричні: спостереження, тестування, метод якісної та кількісної обробки даних.

Для нашого дослідження ми використовували фрагменти як традиційних методик виявлення мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку, так і дослідження Л.Бартеневої, О.Гопіченко, Е.Данілавічюте, Р. Лаласвої, В.Орфінської, Є.Соботович, В.Тищенката ін.

Для отримання об'єктивних даних про рівень розвитку та стан сформованості мовлення дітей доречно використовувати різні методи, у тому числі: педагогічне та логопедичне обстеження дітей з урахуванням психологічних та вікових особливостей їхнього розвитку; спостереження за дітьми у процесі ігрової та навчальної діяльності; бесіди з педагогами (логопедами, вихователями, психологами), батьками.

У нашому дослідженні мовленнєвої готовності дітей з вадами мовлення до школи ми провели тестування на визначення:

- стану сформованості фонематичних процесів;
- наявність необхідного словникового запасу;
- зв'язне мовлення.

У структурі загального недорозвитку мовлення однією із складових є недостатня сформованість звукової сторони мовлення у дітей, а саме звуковимови, фонематичних процесів, які перешкоджають своєчасному формуванню передумов до оволодіння практичними навичками аналізу та синтезу фонематичного складу слова. Дослідження стану фонетико-фонематичної системи мовлення включає в себе обстеження звуковимови та звукової структури слова, стану сформованості фонематичних процесів.

У нашому дослідженні для обстеження рівня розвитку фонематичного аналізу ми запропонували дитині виконати ряд завдань (з використанням звуків, які вона вимовляє правильно) на основі слухового сприймання еталонного мовлення педагога з акцентованою вимовою необхідного звука.

Обладнання: опитувальник для дитини, бланк фіксації результату.

1. Впізнавання ізольованого звука з-поміж інших:

- голосний серед приголосних (натисни на дзвоник, коли почуєш а (м, а, д, к, а, в, а, с));
- приголосний серед голосних (натисни на дзвоник, коли почуєш м (о, у, м, и, е, м, а, і, м));
- приголосний серед звуків, далеких за акустико-артикуляційними ознаками (натисни на дзвоник, коли почуєш в (р, к, в, п, с, ш, в, д));
- приголосний серед звуків, близьких за акустико-артикуляційними ознаками (натисни на дзвоник, коли почуєш с (ш, с, ж, ть, ц, ч, с));

2. Впізнавання звука на фоні складу.

- голосний на початку складу (підніми кубик, коли почуєш о (ом, ан, ор, ус, ок));

- приголосний на початку складу (підніми руку, коли почувеш ш (ша, со, фу, шо,зи, шу, ми, ши).

3. Визначення наявності звука у слові. Спочатку ми виконали на матеріалі звуків, які дитина вимовляє правильно, потім на матеріалі корелюючих звуків (ті, які дитина змішує у власному мовленні) в різних позиціях: на початку слова (щілинні), в середині слова, в кінці слова (зімкнені):

– приголосний у кінці слова (підніми руку, коли почувеш М (приголосний

зімкнений – у кінці слова (шум, сом, сіль, дим, вікно, дім).

– приголосний на початку слова (підніми руку, коли почувеш С (сумка, кішка, сумка, телефон, сом).

Словниковий запас – це сукупність слів, значення яких дитина розуміє і може пояснити. Це дає можливість ясно висловлювати свої думки і підтримувати розмову. Дуже важливо, стежили за розвитком цієї здатності у дитини і всіляко сприяти збільшенню словникового запасу. Словниковий запас дитини буває активним і пасивним. Активний словник – це той, який дитина використовує щодня у повсякденному житті. Пасивний словник – це слова, значення яких дитина розуміє, але часто їх не вживає. У мовленні дитини повинні бути представлені всі частини мови: іменники, дієслова, прикметники, прислівники, займенники, числівники, прийменники та сполучники. Звісно, дитині не обов'язково знати, що вона зараз, наприклад, вимовила займенник чи прислівник. Цими поняттями вона оволодіє пізніше. Однак дитина повинна вживати в повсякденному мовленні всі ці частини мови. Також повинні бути присутні й узагальнюючі слова (фрукти, овочі, посуд, меблі, одяг тощо).

Для з'ясування наявного в дитини необхідного словникового запасу, що дає змогу успішно розпочати навчання, ми розробили опитувальник, що дає уявлення про наявність у словнику дитини дієслів.

Обладнання: опитувальник для дитини, бланк фіксації результату.

Інструкція: «Зараз я ставитиму тобі різні запитання, ти уважно слухай і спробуй дати відповіді».

Що може робити ця тварина?

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

- Кішка - ...

- Вовк - ...

- Ведмідь - ...

- Заєць - ...

- Змія - ...

- Жаба - ...

В цьому тесті ми звертали увагу на підібрані дитиною дієслова: чи будуть це тільки звичні слова(типу їсть, спить, ходить, лежить, стоїть) чи вона зуміє дати більш точні визначення діям тварин: крадеться, ховається, рятується, вистежує, доганяє, тікає, причаївся, кинувся, шарудить, спостерігає, шкребеться, тощо.

Результати виконання цих завдань дають можливість скласти загальне уявлення про багатство чи бідність словникового запасу дитини: одні діти можуть назвати, наприклад, безліч різних тварин та дієслів, які підходять до цієї тварини, а інші обмежаться лише кішкою й собакою. Те саме стосується всіх інших значенневих груп предметів і частин мови.

Рівні розвитку:

Низький: називає 1–2 дієслово, не розуміє змісту завдання за наявності узагальнюючих слів, допускає багато помилок, підбираючи дії предметів. (У подібних випадках потрібно негайно приступати до збагачення словникового запасу дитини. Крім реальних предметів, тут дуже широко можна використовувати відповідні картинки.)

Середній: називає 3–4 дієслова, розуміє зміст завдання, використовує лише стандартні дієслова.

Достатній: називає 5–6 дієслів, розуміє зміст завдання за наявності узагальнюючих слів, використовує не тільки звичні дієслова, а 1-2 конкретні, які підходять саме до цієї тварини.

Високий: називає всі можливі дієслова, які підходять до конкретної тварини, не припускається помилок.

Також в нашому дослідженні ми продіагностували зв'язне мовлення дітей. Вивчення особливостей формування граматичної системи мовлення є інформативним для встановлення рівня розвитку самостійних зв'язних висловлювань та мовленнєвого розвитку взагалі, у тому числі інтелектуального.

Зв'язне мовлення – це вміння дитини висловлювати свої думки жваво, послідовно, без відволікання на зайві деталі. Основні види зв'язного мовлення – монологічне і діалогічне. У діалозі речення є односкладовими, вони наповнені інтонаціями і вигуками. У діалозі важливо вміння швидко і точно формулювати свої питання і давати відповіді на поставлені запитання співрозмовника. У промові монологічного типу дитині необхідно говорити образно, емоційно. Дитині потрібно допомагати встановлювати логічні зв'язки у власному мовленні.

З метою обстеження зв'язного мовлення ми використовували такі завдання:

– відповісти на питання до ситуації, зображеної на малюнку. Дітям показували картинку на якій зображено дівчинку і хлопчика, які садять дерево. Хлопчик тримає лопату, а дівчинка дерево. (Поставлені запитання: Що робить хлопчик? Що робить дівчинка? Навіщо хлопчику лопата?);

– скласти речення за малюнком (дітям показували картинку: білий кіт п'є молоко);

– скласти розповідь за сюжетною картинкою (Інструкція: «Розглянь цю картинку і розкажи про те, що ти бачиш». Картинка «Зимові розваги»).

Дослідники зазначають, що у мовленні дітей 4-6 років з тяжкими

мовленнєвими порушеннями існують характерні помилки у побудові речення та в оформленні власного висловлювання, а саме:

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

Аналіз отриманих даних щодо сформованості зв'язного мовлення буде свідчити про труднощі в оволодінні основними його видами.

Слабкий рівень розвитку: дитина у змозі озвучити картинку лише двома чи кількома не зв'язаними один з одним реченнями, неправильно граматично оформленими пропозиціями, в яких перераховані назви намальованих предметів.

Середній рівень розвитку: розповідь складена з 5-6 коротких описових пропозицій, що відображають реальні події на картинці.

Достатній рівень розвитку: розповідь складена з 7-8 розгорнутих речень, з'явилися додаткові деталі, не зображені на рисунку, але які стосуються сюжету.

Високий рівень розвитку: за картинкою складена велика і досить зв'язна розповідь, присвячена темі «Зима», у яку привнесені події з власного досвіду дитини.

Після проведення дослідження з мовленнєвої готовності дітей з порушенням мовлення до школи ми провели аналіз та інтерпретацію отриманих даних.

При проведенні тестування для виявлення рівня стану сформованості фонематичних процесів, було виявлено, що із завданням впізнавання

ізолюваного звука з-поміж інших та із завданням на впізнавання звука на фоні складу впорались всі діти, тобто 100% (рис. 2.1).

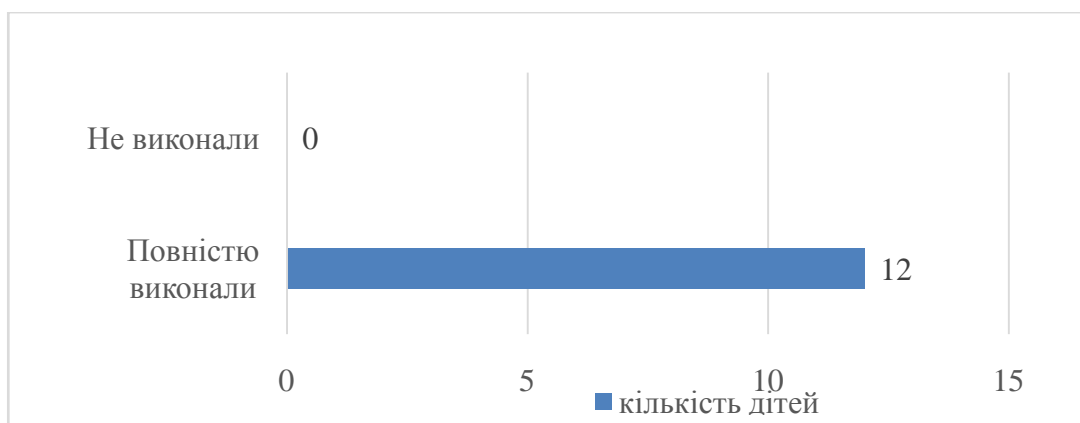


Рис.2.1. Результати дослідження за методикою «Впізнавання ізолюваного звуку»

Із завданням на визначення наявності звука у слові впорались було важче. Четверо дітей справились повністю із завданням. Серед 8 дітей п'ятеро справились на матеріалі звуків, які дитина вимовляє правильно, але не визначили корелюючі звуки. А троє дітей не змогли визначити звук у слові ні той, який вимовляє правильно ні корелюючий.

Повністю виконали завдання 33% дітей, частково виконали 42% дітей, а взагалі не виконали 25% дітей. Результати занесені до рисунку 2.2.

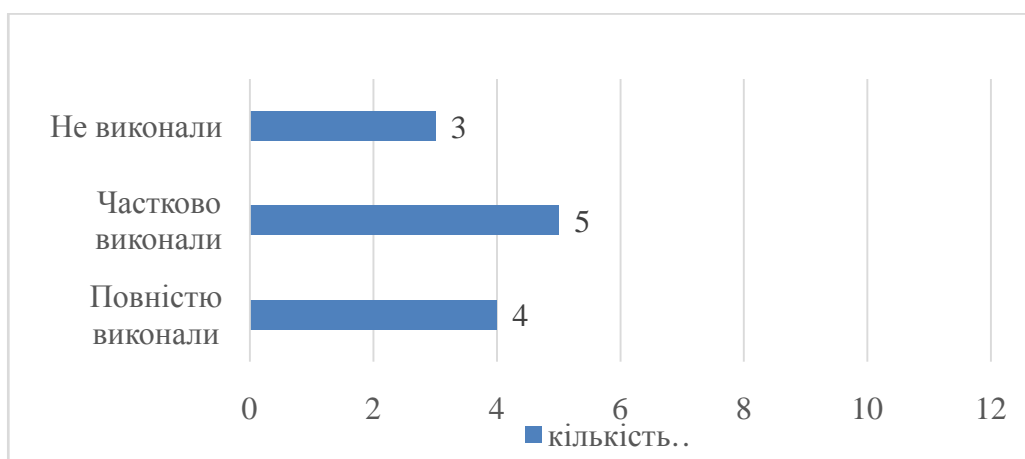


Рис 2.2. Результати дослідження на визначення наявності звука у слові згідно з тестом «Визначення звуків у слові»

Провівши дослідження за допомогою тесту «Словниковий запас», ми отримали результати, які занесли до рисунку 2.3.

Низький рівень не отримав жоден з учасників опитування. Середній рівень отримали 6 дітей, вони зрозуміли завдання і змогли назвати по 3-4 стандартних дієслова (спить, біжить, їсть, стрибає). Це свідчить про бідний словниковий запас дитини і що потрібно більше приділяти уваги цьому питанню. Шестеро дітей, із них дві дівчинки та чотири хлопчики, отримали достатній рівень, що свідчить про хороший словниковий запас. Вони змогли зрозуміти завдання і назвати по три стандартних дієслова, та по три конкретних, які притаманні конкретній тварині. Високий рівень не отримав ніхто з дітей. Отримані результати говорять про те, що у половини дітей, які приймали участь в нашому дослідженні недостатній словниковий запас, на той час як у іншій половини достатній.

50% дітей отримали середній рівень та 50% отримали достатній рівень. Високий та низький рівень отримали 0% дітей.

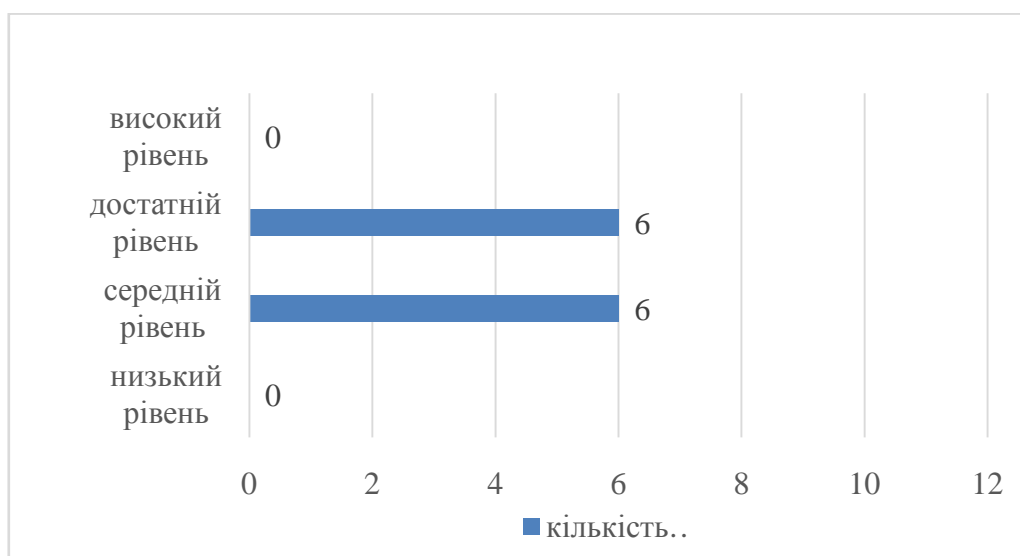


Рис 2.3 Результати дослідження за тестом «Словниковий запас»

При обстеженні зв'язного мовлення ми з'ясували:

Завдання 1. Відповісти на питання до ситуації, зображеної на малюнку. Із 12 дітей восьмеро відповіли односкладно (копає, садить, тримає) і лише четверо відповіли розгорнутим реченням.

Завдання 2. Скласти речення за малюнком. 10 дітей склали речення: кіт п'є молоко, а двоє з уточненням (білий кіт п'є молоко).

Завдання 3. Скласти розповідь за сюжетною картинкою. Двоє дітей отримали низький рівень, тому що змогли описати намальовані предмети і скласти по одному реченню. 10 дітей склали невеличку розповідь і описали реальні події, які відбуваються на малюнку у них середній рівень. Ніхто з опитуваних дітей не отримав достатнього або високого рівня, тому що ніхто не зміг скласти розгорнуту розповідь в якій би були присутні додаткові деталі або події з власного досвіду. Результати занесені до рисунку 2.4

В першому завданні 33% дітей отримали високий рівень і 67% достатній.

В другому завданні 17% дітей отримали високий рівень і 83% достатній.

В третьому завданні 17% дітей отримали низький рівень і 83% середній.

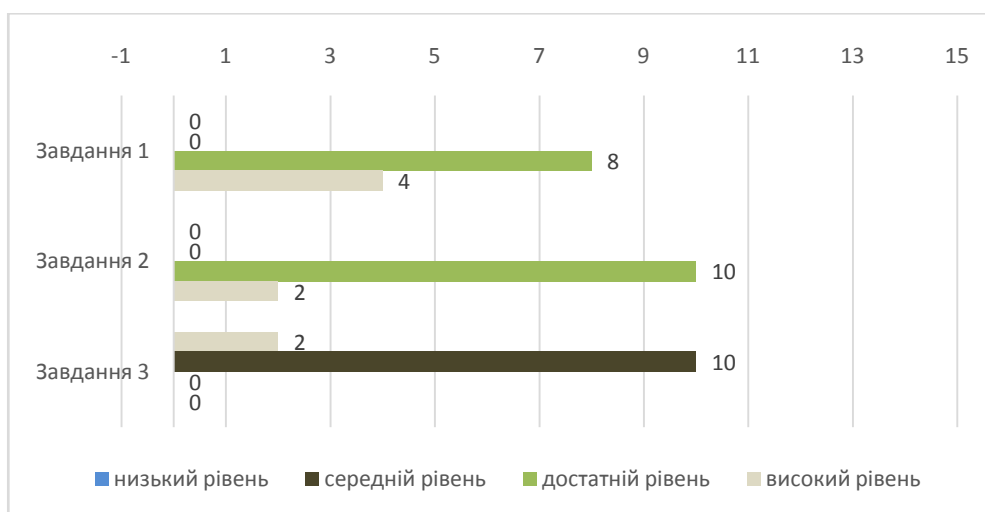


Рис 2.4. Результати дослідження «Обстеження зв'язного мовлення»

Отже, провівши дослідження з мовленнєвої готовності дітей з порушенням мовлення до школи ми можемо зробити висновки, що діти, з якими ми проводили тестування не готові до школи. Їх зв'язне мовлення недостатньо сформоване вони погано володіють монологічним мовленням. Неповноцінна мовленнєва діяльність негативно впливає на формування у дітей із вадами мовлення інтелектуальної, сенсорної та аферентно-вольової сфери, що пояснюється взаємозв'язком мовленнєвих порушень з іншими сторонами їх психічного розвитку. Велику роль у розвитку зв'язного мовлення відіграє розповідання дітей. Розповідання сприяє розвитку мислення і виразності мови. Через розповідь дитина вчиться мислити і висловлювати думки логічно, послідовно.

Під зв'язною монологічною мовою розуміється розгорнуте викладення певного змісту, що здійснюється послідовно, граматично правильно. Як ми бачимо з результатів нашого дослідження дітям з вадами мовлення важко дається розповідь за картинкою. Немає уточнень чи додаткових деталей, речення короткі. Ніхто не зміг скласти розгорнуту розповідь. Діалогічне мовлення також порушене. На запитання майже всі відповідають односкладово, що утруднює діалог. У віці 6 років дитина вільно вступає в діалог з дорослими та підтримує його, відповідає на запитання. Опитаних нами дітей потрібно навчати відповідати на запитання та задавати запитання.

В структурі загального недорозвитку мовлення однією із складових є недостатня сформованість звукової сторони мовлення у дітей, а саме звуковимови, фонематичних процесів, які перешкоджають своєчасному формуванню передумов до оволодіння практичними навичками аналізу та синтезу фонематичного складу слова. У проведеному нами дослідженні ми з'ясували, що опитані нами діти справились тільки з завданнями першого рівня, а з завданнями наступних рівнів не справились, що свідчить про недостатню сформованість звукової сторони мовлення. Це достатньо

серйозно утруднює навчання дітей грамоти, засвоєнню принципів письма, а у подальшому – мови як шкільного предмета.

До дієвих форм роботи з аутичними дітьми можна віднести: індивідуальні заняття; заняття в малих групах; заняття в змішаних групах.

Методи роботи:

- 1) соціально-психологічні: арттерапія, психотерапія, іпотерапія, музикотерапія, музично-комунікативна терапія, холдинг-терапія тощо;
- 2) медико-соціальні;
- 3) медикаментозні;
- 4) дієтичні;
- 5) педагогічні (система спеціального навчання графічним навичкам);
- 6) ергономічні (як організувати простір, в якому навчаються діти-аутисти);
- 7) психофізичні методи (корекція загальної моторики та ін.).

Психологічна корекція направлена, перш за все, на подолання негативізму і встановлення контакту з аутичними дітьми, подолання у них сенсорного і емоційного дискомфорту, тривоги, занепокоєння, страхів, а також негативних афективних форм поведінки: потягів, агресії. При цьому, одним з головних завдань психологічної корекції є переважна орієнтація на підлягаючі зберіганню резерви афектної сфери з метою досягнення спільного розслаблення, зняття патологічної напруги, зменшення тривоги і страхів з одночасним збільшенням довільної активності дитини. З цією метою використовуються різні прийоми аутотренінга і оперантної регуляції поведінки [2].

Важливим завданням психокорекційної роботи є розвиток у дитини доступних їй способів афектної адаптації до свого оточення, використовуючи комплексний підхід до організації її афектного життя і нормалізуючи її взаємодію перш за все, з близькими для неї людьми.

Коректувальна робота проводиться поетапно, при цьому першочерговим завданням є встановлення емоційного контакту з дитиною,

розвиток її емоційної взаємодії із зовнішнім світом. При встановленні контакту особливо важливо уникати навіть мінімального тиску на неї, а в деяких випадках навіть прямого звернення до неї. Контакт, перш за все, встановлюється і підтримується в рамках інтересу і активності самої дитини. Цей контакт повинен викликати у неї позитивні емоції, важливо, щоб дитина відчула, що з партнером йому краще і цікавіше, ніж одній.

Специфіка роботи зі встановлення контакту диференціюється залежно від стану дитини. Важливо дуже поступово збільшувати тривалість афектних контактів. Розроблені методи диференційованої психологічної і педагогічної роботи з аутичними дітьми (К.С. Лебединська, О.С. Нікольська, Е.Р. Баєнська, М. Мліблінг, Т.І. Морозова, Р.К. Ульянова). Особливо важливе значення у вихованні аутичної дитини має організація її цілеспрямованої поведінки шляхом чіткого розпорядку дня, формування стереотипної поведінки в певних ситуаціях.

Важливе значення має психологічна корекція, основи якої розроблені К.С. Лебединською, О.Н. Нікольською, та ін. Психологічна корекція спрямована на подолання негативізму і встановлення контакту з дітьми, подолання сенсорного і емоційного дискомфорту, тривоги, занепокоєння, страхів, а також негативних афектних форм поведінки: потягів, агресії [3, с. 23-24].

Психологічна корекція починається з діагностики проявів психічного дизонтогенеза дитини в умовах його загальної та ігрової діяльності.

Основним завданням є залучення аутистів в різні види індивідуальної та спільної діяльності, формування довільної, вольової регуляції поведінки. Адекватними є ігри з жорсткою послідовністю подій і дій, та їх багаторазове програвання. Освоєння системи ігрових штампів аутистами, сприяє формуванню у них пам'яті, уваги, сприйняття. У процесі занять створюється в подальшому у аутистів можливість перенесення засвоєного, тобто творча

регуляція поведінки та підвищення предметно-практичної орієнтування в навколишньому.

Діти з аутизмом відрізняються вкрай низькою довільної психічної активністю, що утрудняє проведення з ними педагогічних корекційних занять. Тому необхідно застосування ряду психолого-педагогічних корекційних прийомів, спрямованих на стимуляцію довільної психічної активності дитини (К. С. Лебединська, О. Н. Нікольська та ін.) Для посилення психічної активності в ситуацію ігрових занять корисно вводити додаткові яскраві враження у вигляді музики, ритміки, співу (К. С. Лебединська, О. Н. Нікольська, Р. К. Ульянова та ін.)

Особливо важливе значення у вихованні аутичного дитини має організація його цілеспрямованої поведінки. Цій меті служить чіткий розпорядок дня, формування стереотипної поведінки в певних ситуаціях [4, с.8-10].

Підхід до навчання аутичного дитини ґрунтується на принципі стимуляції і підтримки розвитку збережених сторін психіки і переважаючих інтересів.

Динаміка синдрому раннього дитячого аутизму залежить від віку. До кінця дошкільного віку порушення інстинктів і прояви соматовегетативної недостатності згладжуються, поступово зникають стереотипні рухи, ехोलалії. У частини дітей поліпшується комунікативна функція мови спочатку у формі відповідей на питання, а потім і у вигляді спонтанної мови, хоча ще довго зберігаються часткова «автономність» промови, химерність, вживання недитячих оборотів, штампів, запозичених з висловлювань дорослих. У деяких дітей з'являється прагнення задавати незвичайні, абстрактні, «заумні» питання, нерідко мають надцінний характер («Що таке життя?», «Де кінець все?» І т. п.).

Видозмінюється ігрова діяльність, яка набуває форми односторонніх надцінних інтересів, частіше відстороненого характеру. Діти захоплені

складанням маршрутів транспорту, переліку вулиць і провулків, колекціонуванням і складанням каталогу географічних карт, виписуванням газетних заголовків і т. п. Подібна діяльність відрізняється особливим прагненням до схематизму, формальному реєструванню об'єктів, явищ, стереотипному перерахуванню цифр, найменувань [4, с.10-12].

2.4. Програма корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами

Мовленнєва підготовка до школи розглядається як система навчання дітей дошкільного віку з ЗНМі включає в себе корекцію звуковимови, формування фонематичного сприймання, підготовку до навчання грамоті.

Підготовка до навчання у школі повинна бути спрямована на формування мовлення в умовах його недорозвинення, що вимагає активізації різних видів мовленнєвої діяльності у дітей з вадами мовлення. Ефективність мовленнєвої підготовки забезпечується врахуванням двох обов'язкових аспектів акту комунікації: розуміння зверненого мовлення та його відтворення. Саме достатній мовленнєвий розвиток становить фундамент компенсаторним процесам і є підґрунтям для подальшого особистісного розвитку та здобуття освіти. Розвиток мовлення у дошкільнят містить роботу над словом, удосконалення розмовного та описово-розповідного мовлення, формування граматичної будови мови та зв'язного мовлення.

До програми формування мовленнєвої готовності дітей з порушенням мовлення до школи потрібно внести ряд завдань, які покращать готовність дітей до школи.

До цих завдань можна віднести:

- завдання для розвитку фонетико-фонематичної сторони мовлення;
- завдання для розвитку лексичної сторони мовлення;
- завдання для розвитку граматичної сторони мовлення;
- завдання для розвитку зв'язного мовлення.

До завдань для розвитку фонетико-фонематичних процесів ми відносимо такі завдання як: уточнення артикуляції і закріплення правильної вимови звуків, які були поставлені на індивідуальних заняттях, або від початку вимовлялись правильно. Засвоєння слів доступної звуко-складової структури на матеріалі звуків, що вимовляються правильно. Розвиток фонематичного сприймання на основі чіткого розрізнення звуків за ознаками: голосний – приголосний, глухий – дзвінкий, твердий – м'який тощо.

Формування навичок звукового аналізу та синтезу слів доступної звуко-складової структури. Розвиток слухової уваги в процесі сприйняття мовлення і мимовільного оперування морфологічним складом слова.

Наприклад, до вправ на розвиток слухової уваги ми можемо віднести завдання на зіставлення за значенням слів-паронімів (слова, що містять звуки, незмішувані у вимові гора-нора, котик-ротик, кашка - кішка; слова, що містять корелюючі фонемі коса-коза, мишка-миска, лак-рак) або дитина повинна визначити за закінченням дієслова і показати відповідний малюнок, про кого говорять (летить – летять, іде – ідуть тощо).

Утворення за аналогією похідних слів (з різними префіксами і зоднотипними суфіксами та їх виділення). Завдання: у словах, що позначають протилежні дії, визначити загальне звучання: закрив – відкрив, зайшов – вийшов, наливає – виливає. [29]

Уміння чітко і швидко визначити звукову структуру слова є необхідним для правильного перебігу етапу автоматизації. Поряд із розвитком фонетико-фонематичної сторони мовлення здійснюється і збагачення словника, його систематизація, формування граматичної сторони мовлення.

До завдань для розвитку лексичної сторони мовлення ми відносимо заняття для навчання уточнення значень слів, узагальнення слів, засвоєння різних лексико-семантичних явищ: синоніми; антоніми; багатозначності слів, а також формування умінь використовувати слова, які позначають особистісні

характеристики. Діти навчаються розуміти образні вислови у загадках, казках, смисл прислів'їв, приказок.

До завдань для узагальнень ми відносимо такі ігри як:

- знайди четверте зайве (дитина має знайти четверте зайве і пояснити чому);

- погрупувати картинки за категоріями (розкласти перед дитиною картки на різні лексичні теми, дитина повинна узагальнити подані картки і наступні викладати у ті ж стовбчики);

- ігри на послідовність (викладаємо на столі яблуко, сливу, черешні, а дитина має продовжити ряд).

- завдання для формування різного типу узагальнень: показуємо дитині картинку і просимо відповісти на запитання:

– Що росте на дереві?

– Хто живе в лісі?

– Що тут можна їсти?

– Що можна одягати,

– З чим можна гратись,

– На чому можна їздити?

Засвоєння антонімів вимагає сформованості в дитини уміння виділяти подібне і різне в предметах та явищах, у різних видах практичної діяльності. Виходячи з цього, найбільш легко засвоюються дітьми антоніми, що позначають протиставні сенсорні ознаки. Наприклад, антоніми, виражені якісними прикметниками або прислівниками (м'який – твердий, високий – низький, широко – вузько). Найбільші складності викликає в дітей процес засвоєння антонімів, що виражені іменниками (друг – ворог, радість – сум). Для засвоєння можна пограти в таку гру: «Додай слівце». Дібрати необхідне слово з протилежним значенням і відповісти на запитання:

– яблуко велике, а вишня яка?.. (маленька)

– вдень світло, а вночі як?.. (темно)

- взимку холодно, а влітку як?.. (тепло)
- суп гарячий, а сік який?.. (холодний)
- дерево високе, а кущ який?.. (низький)
- камінь важкий, а подушка яка?.. (легка)
- мед солодкий, а гірчиця яка?.. (гірка)
- ввечері лягають в ліжку, а вранці з ліжка що роблять?.. (встають).

[29]

Також підходять ігри, де на малюнках потрібно знайти високого хлопчика- низького, товсте дерево-тонке дерево).Показати на малюнках: хто швидкий, а хто повільний; хто колючий, а хто м'який.

Для засвоєння синонімії можна віднести також ряд завдань. Наприклад, дати дитині роздивись картинки, покажи і скажи: про що можна сказати рум'яні, м'яка, рожева, пухнаста, худий, тече.

Малюнки розташовані довільно: рум'яні щічки у дитини; м'яка подушка; тече річка; худий хлопець; рожева квітка; пухнаста кішка.

Ще одне завдання: добираємо слова. Як ми скажемо про щічки та про квітку, яківони (щічки рум'яні, а квітка рожева), про подушку та про кішку (подушка м'яка, а кішка пухнаста).

Оволодіння граматичною стороною мовлення передбачає засвоєння дітьми саме тих мовних граматичних знань, які необхідні дитині для розуміння і конструювання різних за своєю структурою висловлювань у формі речень. Подолання вад граматичної сторони мовлення відбувається на основі попередньо засвоєного матеріалу з лексики і фонетики. Дітей навчають вслуховуватися в закінчення іменників, дієслів однини та множини, у відмінкові зміни одного і того ж слова, використовуються вправи на розрізнення та співставлення форм слів. При формуванні категорії часу дієслова відпрацьовуються формитеперішнього, минулого та майбутнього часів на практичному рівні (ловить – ловив – буде ловити). Граматичне оформлення прикметників відбувається з урахуванням форм жіночого,

чоловічого та середнього роду в узгодженому словосполученні зіменником (червона квітка – червоне яблуко – червоний м'яч).

Завдання для розвитку зв'язного мовлення відбувається за двома напрямками: формування і розвиток імпресивного мовлення; формування і розвиток експресивного мовлення. Спочатку ми відпрацьовуємо ці напрямки на рівні речень, а потім вже невеличких текстів. Логопед або педагог разом із дітьми розглядаєсюжетні картинки або їхню серію і ставить запитання для визначеннярозуміння зв'язків між елементами ситуації. На цьому етапі педагог можевимовляти початок речення, а дитина закінчує його, додаючи одне-два словасамостійно. Наприклад: Взимку діти ліплять... (снігову бабу). Вони радіютьзимі, катаються... (на санках). Далі діти самостійно складають невеликурузповідь, спираючись на запитання логопеда/педагога. Таке відпрацювання дає можливість перейти пізніше до більш складнихзавдань: самостійному складанні речень за малюнком, за опорними словами. А потім і на основі зв'язного тексту. Педагог складає невелику розповідь, діти додають необхідні речення, спираючись на запитання педагога.Потім з опороюна питання педагога самостійно складають розповідь, за тим складаютьрозповідь без опори на питання.

Особливо важливе значення має встановлення контакту з аутичним дітьми, активація їх психічної діяльності і доволіно регульованих форм поведінки. Для вирішення цих завдань особливо важливе значення мають спеціальні ігри. Взаємозв'язок різних видів ігор.

Крім сюжетно-рольової гри в дошкільному віці для дітей з аутичними симптомами так само важливі і інші види ігор.

1. Кожен вид гри має своє основне завдання:

- стереотипна гра дитини - основа взаємодії з ним; також вона дає можливість перемикавання, якщо поведінка дитини виходить з-під контролю;
- сенсорні ігри дають нову чуттєву інформацію, переживання приємних емоцій і створюють можливість встановлення контакту з дитиною;

- терапевтичні ігри дозволяють зняти внутрішнє напруження, виплеснути негативні емоції, виявити приховані страхи і в цілому є першим кроком дитини до контролю над власною поведінкою;

- психодрама - спосіб боротьби зі страхами та позбавлення від них;

- спільне малювання дає чудові можливості для прояву аутизмом дитиною активності, для розвитку його уявлень про навколишній світ.

2. Ігри на заняттях вводяться у певній послідовності.

Побудова взаємодії з аутичною дитиною ґрунтується на його стереотипній грі. Далі вводяться сенсорні ігри. У процесі сенсорних ігор виникають терапевтичні ігри, які можуть вилитися в програвання психодрами. На етапі, коли з дитиною вже налагоджений тісний емоційний контакт, можна використовувати спільне малювання [5,с.197].

Надалі на різних заняттях використовуються ви види ігор поперемінно. При цьому вибір гри часто залежить не тільки від цілей, які поставив педагог, але і від того, як протікає заняття, від реакцій дитини. Це вимагає гнучкості у використанні різних ігор.

3. Всі ігри взаємопов'язані між собою і вільно «перетікають» одна в іншу. Ігри розвиваються в тісному взаємозв'язку. Так, в ході сенсорної гри може виникнути гра терапевтична. У цьому випадку спокійна гра переростає в бурхливий вихлюпування емоцій. Точно так само вона може повернутися в колишнє спокійне русло.

У терапевтичній грі виявляються старі, приховані страхи дитини, що тут же може вилитися в розігрування психодрами. З іншого боку, щоб не допустити перезбудження дитини під час терапевтичної гри або психодрами, в потрібний момент у нас є можливість переключити його на відтворення дій його стереотипної гри або запропонувати улюблену сенсорну гру. Крім цього, можливий розвиток одного і того ж ігрового сюжету в різних видах ігор.

4. Для всіх видів ігор характерні загальні закономірності:

-повторюваність;

- шлях «від дитини»: неприпустимо нав'язувати дитині гру, це марно і навіть шкідливо; гра досягне своєї мети лише в разі, якщо дитина сама захотіла в неї пограти;

- кожна гра вимагає розвитку всередині себе - введення нових елементів сюжету і діючих осіб, використання різних прийомів і методів.

Таким чином, вивчення гри у дітей з аутичними синдромом представляє інтерес не тільки в контексті викладених вище підходів до пояснення патологічного аутизму, але і як додатковий аргумент проти теорії початковості аутизму і аутична природи дитячої гри, терапевтичні заняття [4, с.14-17].

Діти з аутизмом мають вкрай низьку довільну психічну активність, що ускладнює проведення з ними педагогічних корекційних занять. Тому необхідне вживання низки психолого-педагогічних коректувальних прийомів, направлених на стимуляцію довільної психічної активності дитини (К.С. Лебедінська, О.Н. Нікольська та ін.). Для посилення психічної активності в ситуацію ігрових занять корисно вводити додаткові яскраві враження у вигляді музики, ритміки, співу (К.С. Лебедінська, О.Н. Нікольська, Р.К. Ульянова та ін.).

Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби й комбіноване проведення кількох реабілітаційних тренінгів:

- сенсорної стимуляції та інтеграції;
- спеціалізованих когнітивних (загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок);
- біхевіоральних, спрямованих на елімінацію небажаних форм поведінки;
- соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої

гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінка в класі та ін.);

- за відсутності експресивної мови використовують елементи методик альтернативної комунікації (полегшена комунікація , ярлики, піктограми).

Робота з дітьми аутистами передбачає декілька етапів:

- на першому етапі терапії дитини з розладами спектра аутизму основним завданням є усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини . Цієї мети можна досягти за допомогою таких форм втручання:
- нав'язування контакту з дитиною;
- подолання нейрофізіологічних порушень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції;
- вироблення вміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання;
- елімінація патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії
- робота з експресивною мовою;
- напрацювання вміння наслідувати інших;
- навчання грі іграшками відповідно до їх призначення;
- формування комунікативних навичок.

На другому етапі терапії дитини з розладами спектра аутизму метою терапії має бути досягнення максимального рівня когнітивного й соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування. На цьому етапі психосоціальне втручання передбачає:

- діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій із окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм;

- вироблення комунікативних навичок;
- трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність;
- вироблення альтернативних форм взаєморозуміння за відсутності експресивної мови;
- формування окремих навичок соціальної взаємодії [4,с.10-12].

Медико-соціальна реабілітаційна робота з дітьми з розладами спектру аутизму повинна проводитися батьками, медичними сестрами, психологами та корекційними педагогами під наглядом та за допомогою фахівців, що мають спеціальну підготовку з питань дитячої психіатричної реабілітації. Усі діти один раз на півроку повинні оглядатися дитячим неврологом, корекційним педагогом і дитячим психіатром незалежно від змісту, форми й обсягу реабілітаційних послуг.

Реабілітаційна робота має проводитися в установах Міністерства охорони здоров'я (IQ вище 70), Міністерства освіти (IQ 35-70), Міністерства праці та соціальної політики (IQ нижче 35) відповідно до рівня когнітивного функціонування дитини та наявності стійких поведінкових порушень. Діти з IQ вище 70 повинні навчатися в загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педагогічної корекції з додатковим обсягом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах відповідно до індивідуальної реабілітаційної програми, з IQ 70-35 - за програмою допоміжної школи, нижче 35 - за індивідуальною програмою, спрямованою на формування навичок самообслуговування та доступних форм соціального функціонування в родині. У разі наявності стійких порушень поведінки діти повинні навчатися в установах Міністерства охорони здоров'я, а за відсутності стійких порушень поведінки - в установах Міністерства освіти.

До медикаментозних методів ми можемо віднести:

- медикаментозну терапію. Безумовно, вона не є визначальною ланкою лікувального процесу, проте дає змогу суттєво поліпшити результати

комплексної реабілітаційної роботи. Такі прояви захворювання, як поведінкові розлади, гіперактивність, агресія тощо, можуть бути ефективно кориговані за допомогою фармакологічних засобів [9,с.288].

Нівелювання цих симптомів підвищує здатність дитини до навчання та комунікації.

Дієта. При лікуванні раннього дитячого аутизму основним і найважливішим складовим є без глютенно-казеїнова дієта. Основна її ідея – повністю виключити із раціону дитини продукти, що містять казеїн і глютеїн.

Казеїн - молочний білок. Не існує тестів, які точно покажуть необхідність цієї дієти. У цьому випадку кращий тест - перевірка. Протягом 3-ох тижнів просто не вживати продукти, що містять казеїн (молоко тварин (можна рослинне - рисове, наприклад), маргарин, якщо він містить молоко, або його компоненти, сир, молочні десерти, йогурти, морозиво , та інші продукти, що містять молоко, (тістечка і пироги, булочки, шоколадні батончики, цукерки, шоколад , навіть чорний, і т.д.). Заміняйте молоко рисовим, кокосовим, каштановим або мигдальним) [13,с.10-12]. Якщо протягом цього часу помітні хоч якісь зміни - треба продовжувати дотримуватись дієти.

Дієтичний метод - до нього ми можемо віднести просте дотримання дієти.

Глютеїн - пшеничний білок. Багато продуктів містять саме його (усі злакові – наприклад пшениця,овес, ячмінь).

Пшениця, ячмінь, ячна крупа, перлова крупа, жито, овес, хлібобулочні вироби, солодка випічка – шоколадки (як плитки, так і батончики – спробуйте самі робити трюфелі з какао), цукерки злаки до сніданку і мюслі ,піца, пироги і все на основі сиру і масла все, що продається в магазині без етикетки про склад продуктів, до складу яких входить солод (ячмінь) і амідон.

Проба безглютенової дієти дуже складна. Вона вимагає корінних змін у житті. Пробувати дієту треба на 4 місяці. Якщо допомогло - притримуватися і далі, якщо ні - дитина все одно хоч на якийсь час повинна знову отримувати цю дієту.

Продукти, які можна вживати:

1. Більше овочів: кольорова капуста, броколі, стручкова квасоля, кабачки, баклажани, морква, цибуля, огірки, буряк, гриби (небагато), гарбуз, салат, і ін.
2. М'ясо: будь-яке (якщо немає алергії - перевірте, може бути алергія на яловичину, оскільки її протеїни "нагадують" молочні. Обережно з ковбасними виробами, які можуть містити компоненти молока); перевіряйте етикетки шинки, ковбас, сосисок і так далі
3. Риба: надавайте перевагу маленькій: сардини, скумбрія, кільки, оселедець
4. Десерт: по-перше, фрукти; банани, виноград (добре для дезінтоксикації), груші, сливи, ананас, абрикоса, і інші свіжі або в компотах. Домашня випічка з рису, гороху, гречки, крохмалю, масла (оливки, волоський горіх, соняшникове, виноградних кісточок, якщо знайдете - пальмовий маргарин або рослинний маргарин), яєць (не можна лише якщо є алергія, а так у випічці вони легко засвоюються), мало цукру, але можна мед, стевію, родзинки і так далі
5. Вода: якомога більше для виведення шлаків, поперемінно м'яку і мінералізовану (див. етикетки по мінералізації), сік: ананасний, абрикосовий, морквяний, апельсиновий і соки червоних ягід можна включати, якщо немає на них реакції
6. Додатки до салату: рослинна олія і трави (кинза і мелений коріандр для детоксикації, цибуля і часник, кріп, петрушка, базилік і т.д.)
7. Сніданок: сухофрукти (родзинки, чорнослив і ін), горіхи, злаки без глютену, яйця, домашня випічка, мед, варення і фруктове пюре без

цукру (можна з фруктозою), рисове, кокосове і мигдалеве молоко, хліб без глютену і галети, млинці, оладки і домашні вафлі

8. Полудень: Фрукти, фруктові пюре і компоти, домашня випічка.

До соціально-психологічних методів належать наступні: артерапія, психотерапія, іпотерапія, музико терапія, музично-комунікативна терапія, холдинг-терапія тощо.

З дітьми, які страждають на аутизм, проводять артерапію, тобто лікування малюнками, малюванням. Психолог спочатку просить у дитини що-небудь намалювати, потім, якщо він це робить, не настирно просить дитину розповісти про його малюнок. Тим самим аутична дитина залучається у діяльність, розвивається її рухова і мовна активність, і захворювання по - трохи відступає.

Багато фахівців відзначають важливість використання музичних засобів у корекційній роботі з аутичними дітьми. Цей напрямок виділяється як «Підкріплена музикою комунікативна терапія» [21,с.15-17].

Цей метод бере початок у підході, який передбачає, що нормально розвиваються немовлята надзвичайно заповзятливі у своїх соціальних взаєминах. Немовля від народження має здатність використовувати невербальні навички спілкування, такі, контакт очей, хапання, положення голови і тіла, посмішка. Таким чином, дитина здатна не тільки сам реагувати на дорослого, а й пропонує дорослому відгукнутися на його заклики.

Метою програми є надання аутичного дитині певних рамок, в яких він міг би відчути свої можливості, які для нормального немовляти є природним видом комунікації, і таким чином створити патерн діалогічного спілкування для подальшого мовного розвитку. Ця терапія намагається створити щось на зразок діалогу з дитиною будь-яким способом, в якому пропозиції до контакту можуть надходити з обох сторін. Більша частина цього обміну інформацією в основному здійснюється в поняттях мови рухів тіла, включаючи біг, стрибки, а також вокал, вдихи, візуальний контакт і зорове

зосередження на одних і тих же об'єктах, таких, як шовковий шарф, розміщений між дорослим і дитиною, повітряна кулька, іванна подушка і т. д. З часом дорослі починають позначати співом дії дитини, надаючи словами схвальний відтінок, значимість і силу.

Даний вид терапії відрізняється від традиційної музикотерапії тим, що тут основна мета музичного впливу полягає у формуванні відносин не між музикою і дитиною, а між дитиною і тим значимим для нього людиною, з якою він проводить весь свій час.

Спільні заняття дитини з вчителем і музикотерапевтом дозволяють: по-перше, формувати навички музичної допомоги в спілкуванні, яке більш всього на даний момент необхідно дитині. Вчитель у подальшому може використовувати у своїй роботі ритми і діалоги, опрацьовані в музичній кімнаті. Причина, по якій музика стає помічником, пояснюється тим, що вона більш гнучка, ніж розмовна мова, особливо, якщо використовується в поєднанні з рухами [21, с.17-20].

За допомогою музичної комунікативної терапії до дитини намагаються довести практичне розуміння того, що і діалог, і взаємодія можливі, і ввести його в стан підтримування цього типу спілкування через досвід, який сам по собі є аналогом активної мови.

Лінгвістичні навички усного або жестової мови накладаються на ті рамки, які створені цієї попередньої роботою і, як виявилось, навчання мови йде з більшою гнучкістю і соціальним відгомном, ніж коли працюють тільки по лінії корекції поведінки.

Музична комунікативна терапія придатна для будь-якої дитини з аутизмом, поза залежності від тяжкості порушення або від рівня розвитку інтелекту [11].

Специфічним методом, що зарекомендував себе як ефективну методику щодо подолання основних емоційних проблем при аутизмі, є так званий метод холдинг - терапії (від англ. Hold - тримати), розроблений

американським лікарем М. Велш. Цей метод допомагає налагодити контакт дитини з матір'ю. Суть методу в тому, що мати повертає до себе дитину, обіймає його міцно і утримує його в своїх руках, перебуваючи з ним лицем до лица, до тих пір, поки дитина не припинить опір, розслабиться і подивиться їй в очі. Дана процедура може займати до 1 години часу. Цей метод свого роду певний поштовх до початку взаємодії з навколишнім світом, зниження тривоги, зміцненню емоційного зв'язку з матір'ю, саме тому психолог не повинен здійснювати процедуру холдингу [6,с.56-58].

Розвиваючі ігри дуже велике значення в житті кожної дитини відіграють ігри. Під час гри із дитиною, яка хвора на аутизм, слід пам'ятати, що їй весь матеріал дається складніше, ніж звичайній дитині. Тому треба давати їй час, щоб подумати [3,с.23-24].

Іпотерапія в усьому світі вважається одним із кращих способів соціалізації дітей, що страждають аутизмом. Кінь стає сполучною ланкою між внутрішнім світом дитини аутиста і навколишньою реальністю. При заняттях іпотерапією дитина аутист залишається всередині свого, безпечного і звичного світу, але в теж час змушений взаємодіяти з оточенням. Чому іпотерапія показана при дитячому аутизмі? Кінь, хоч за об'єктивними показниками розвитку інтелекту і не відноситься до «геніям» тваринного світу, але більшість людей вважає її одним з найбільш розумних тварин. Причина – у високій сприйнятливості коней і здатності цієї тварини конструктивно взаємодіяти з людиною. Тому спілкування з конем було обрано психотерапевтами, як один із засобів корекції психіки. Заняття іпотерапією вимагають концентрації уваги, що підвищує здатність дитини аутиста адекватно реагувати на зовнішні подразники.

Природно, що управління конем під час занять іпотерапією вимагає інтенсивного обміну інформацією з навколишнім світом. Вершник повинен віддавати коні команди, аналізувати її відповідні реакції на команди, коригувати свою поведінку в залежності від реакції коні. Одним словом

спілкування дитини аутиста з конем повноцінна комунікативна ланцюжок із зворотним зв'язком між дитиною аутистом і навколишнім світом, яка дозволяє цілісно сприйняти реальність. А це дуже суттєво для соціальної адаптації дітей аутистів. Іпотерапія і особливості психіки дітей аутистів.

Зрозуміло, що іпотерапія не є єдиним засобом психотерапії, здатним допомогти в соціальній адаптації дітей аутистів. Тим не менш, іпотерапії властивий ряд переваг, яких позбавлені інші методики.

Приміром, одна з основних проблем дітей аутистів – це так зване «ритуальна поведінка» – нав'язлива потреба регулярно здійснювати чіткі, повторювані дії (наприклад, складати іграшки в певному порядку) і «стереотипія» – необхідність здійснювати регулярні безцільні рухи, на зразок помахів руками, і розгойдування тулуба. При іпотерапії подібний образ поведінки зберігається, але нав'язливі рухи стають логічними – вони набувають явну мета, рухатися в такт з рухом коні. Це дозволяє розвинути контроль над моторикою.

Важливо й те, що діти аутисти погано володіють зв'язковою промовою і воліють спілкуватися жестами. Для спілкування з конем мову жестів просто ідеальний – тому, при регулярних заняттях іпотерапією у дитини аутиста зменшується почуття соціальної ізоляції. Іпотерапія і емоційний статус дітей аутистів Спілкування з потужним і граціозним тваринам викликає у дитини аутиста бурю позитивних емоцій. Багато психотерапевти, які практикують заняття іпотерапією для своїх пацієнтів з числа дітей аутистів відзначали, що основний сюжет малюнків дітей аутистів, з якими займаються іпотерапією – це кінь.

Тварина стає надійним другом для дитини – а саме дружби і прихильності найбільше не вистачає в житті дітям аутистам! Іпотерапія і неврологічні захворювання, що супроводжують дитячий аутизм Деякі дослідники відзначають зв'язок між аутизмом дітей і проблемами з ослабленим тонусом м'язів і координацією рухів.

Зрозуміло, що іпотерапія – це один з кращих способів навчитися керувати своїм тілом і розвинути м'язи.

Як відбуваються заняття іпотерапією з дітьми, що страждають аутизмом? Багато батьків дітей аутистів бояться практикувати іпотерапію, вважаючи, що травми, часті при заняттях верховою їздою, можуть призвести до травмування психіки дитини. Перш за все, варто зрозуміти, що хоча рухи дитини аутиста при іпотерапії формально можна віднести до вольтажіровки (гімнастичним вправам верхи на коні), але, по суті, між спортивною їздою верхи і іпотерапією спільного не більше, ніж між їздою на триколісному велосипеді і велогонкою.

Для іпотерапії відбирають самих сумарних тварин, які ні за яких обставин не встануть на диби і не «понесуть». Найчастіше для занять іпотерапією з дітьми аутистами використовують «списаних на м'ясо» коней – тварин похилого віку або хворих, які фізично нездатні на різкі рухи. Зазвичай таких коней містять захисники тварин і використовують їх для занять іпотерапією, щоб хоч в деякій мірі компенсувати витрати на годування і лікування тварин.

Крім того, конем, по суті, керує не дитина, а досвідчений конюх, який тримає тварину за вуздечку. Фахівець здатний відчувати і присікти найменшу непокору з боку тварини.

Так що, з точки зору травм заняття іпотерапією абсолютно безпечні. Крім того, при заняттях іпотерапією, поблизу від дитини аутиста завжди знаходиться психотерапевт, який допоможе впоратися з можливим переляком дитини.

Втім, не варто забувати, що хоч іпотерапія вважається одним з кращих способів психотерапії при дитячому аутизмі, заняття іпотерапією будуть корисні і цілком здоровим малюкам. Так іпотерапія – це один з прекрасних варіантів гімнастичних вправ для дітей 4-5 років. Особливо корисні заняття іпотерапією в якості вправ для постави.

Наступним методом який послугує нам у якості корекції – це буде метод психотерапії, який буде проводитись за допомогою спеціальних ігор. Приклад однієї гри, в яку з дітьми, хворими на аутизм, грається психолог:

Гра «Ручки».

Хід гри: група із 3-4 дітей сідає перед психологом. Психолог бере дитину за руку і ритмічно плескає своєю рукою по руці дитини, повторюючи "Рука моя, рука твоя". Якщо дитина опирається, забирає свою руку, тоді психолог продовжує плескати себе чи грати з іншою дитиною. При згоді дитини на контакт з допомогою рук продовжується плескання руки психолога по руці дитини по типу гри Долоньки.

Як відомо, 90 відсотків всієї інформації сприймається зором. Саме тому існує дуже велика кількість розвиваючих мультфільмів.

Серед них:

- Baby Einstein
- "Right Brain baby"
- "Left Brain baby" та інші
- "Classical baby"
- "Сім'я Чомучок"
- "Природоведення для найменших"
- "Я можу все!"
- "Фізика для найменших "таінші

В більшості цих мультфільмів головні герої - звірі.

У таких фільмах все описується "по - простому про складне".

Крім того, дитина намагається повторювати дії, що виконують герої мультфільмів, намагається повторювати їхні слова.

Дуже допомагає класична музика. Достатньо лише 30 хвилин на день, щоб покращити мислення дитини [2].

Для дітей існують спеціальні дитячі розвиваючі комп'ютери.

На них діти можуть вивчити Абетку, назви звірів, слова і багато іншого. Біля картинки з'являється назва об'єкту та комп'ютер читає слово.

При проведенні лікувально-корекційної роботи з дітьми з порушеннями спілкування важливе значення має розвиток їх загальної та особливо тонкої моторики і підготовки руки до писання. У спеціальному дослідженні було показано, що дітям з аутизмом характерні своєрідні порушення тонкої моторики рук (Р.К. Ульянова, 1992). Дитина не може правильно узяти до рук пензель, олівець, розламати в руках пластилін, але особливі труднощі дитина має при опануванні графічних навиків (Р.К. Ульянова).

До педагогічних методів ми можемо віднести (систему спеціального навчання графічним навичкам)

В даний час розроблені методи підготовки дітей з аутизмом до засвоєння графічних навичок. Ця робота проводиться впродовж двох років. На першому (підготовчому) етапі вирішують наступні основні завдання:

- встановлення і підтримка контакту з дітьми;
- організація цілеспрямованої поведінки в наочно-практичній і ігровій діяльності;
- корекція наявних рухових порушень;
- розвиток плавності і ритмічності рухів;
- виховання навиків самообслуговування;
- розвиток зорово-моторної координації і підготовка руки до писання (Р.К. Ульянова).

Система спеціального навчання графічним навикам аутичної дитини включає:

- словесну регуляцію її поведінки;
- організацію орієнтувально-дослідницької діяльності;
- проведення спеціальних пропедевтичних вправ (Р.К. Ульянова).

Підхід до навчання аутичної дитини ґрунтується на принципі стимуляції і підтримки розвитку підлягаючих зберіганню сторін психіки і переважаючих інтересів. При цьому у жодному випадку не можна пригнічувати або залякувати дитину, необхідно одночасно стимулювати і організовувати її активність, формувати довільну регуляцію поведінки.

Як відомо, у дітей з важкими психічними захворюваннями, раннім дитячим аутизмом особливо яскраво проявляються проблеми з функціонування в соціумі. Груба дефіцитарність спілкування, як первинно, біологічно, так і повторно, соціально зумовлена, веде до недорозвинення соціальної адаптації і особи в цілому. На думку авторів теорії лікування дітей з РДА за участю дітей-співтерапевтів, забезпечення спілкуванням (заповнення "комунікативного резервуару", і насамперед його емоційною складовою) є важливим для таких дітей. Причому комунікативні навички, як база для гармонійного розвитку особи найуспішніше формуються в разі надання дитині можливості навчання взаємодії на власному досвіді за підтримки найближчого оточення і фахівців.

Сформоване психотерапевтом середовище за своїми параметрами має бути максимально наближене до природного.

Відповідно до цих положень, автори розробили методологічну схему поетапної корекції і активізації соціального функціонування дітей з раннім дитячим аутизмом та іншими психічними захворюваннями.

1-й етап - індивідуальні заняття.

Цей етап необхідний дітям, що знаходяться в найбільш важкому стані зважаючи на відсутність комунікативних навичок і відмови від спілкування в будь-якій формі. Основне завдання психотерапевта - викликати у дитини відчуття "комунікативного задоволення". Воно може бути досягнуте за рахунок зняття акцентів з регламентуючої та інформаційної функції комунікації і згодом приєднання до підлягаючих зберіганню, здорових

частин особистості. На цьому етапі дитині дозволяються будь-які прояви поведінки, окрім життєвонебезпечних.

2-й етап - заняття в малій (2-3 людини) коректувальній групі.

Усі без винятку діти з синдромом раннього дитячого аутизму проходять через цей етап в бережному з погляду вимог режимі. Починаючи з цього етапу в терапевтичний процес на правах співтерапевтів включаються однолітки пацієнта, здатні продемонструвати більш зрілі форми ігрової діяльності, які мають гарні комунікативні навички і виражені емпатійні здібності. Тут головне завдання - досягнення безконфліктного співіснування з однолітками і зацікавленого (хоча б у формі спостереження) ставлення.

3-й етап - заняття в змішаній коректувальній групі (від 6 до 15 чоловік).

Основний і найдовший в психотерапевтичному процесі. Відкриті та гетерогенні за віковими і нозологічними параметрами групи об'єднують дітей з різними межовими станами і соціальними поведінковими девіаціями. Причому біля ядра колективу вікові відмінності зведені до мінімуму. Виняток становлять діти з важкими психічними захворюваннями (раннім дитячим аутизмом, зокрема), які свідомо прямують в групи більш старших і більш молодших за віком, виходячи з так званого "принципу зустрічного руху".

Реалізація на практиці даного принципу полягає в тому, що на початку занять діти, які знаходяться в найбільш важкому стані з погляду розвитку комунікативних навичок, стоять найдалше від основного вікового ядра групи. Це зумовлене тим, що діти, які максимально відрізняються за віком, пред'являють один одному мінімальні вимоги, що знижує відчуття небезпеки і тривоги при організації комунікації. У міру розвитку навичок спілкування у дітей з раннім дитячим аутизмом і покращення їх стану в цілому їх переводять в групи, де вік учасників наближений до віку пацієнта. Передбачається, що на завершальних стадіях психокорекційної роботи дитина з синдромом раннього дитячого аутизму зможе формувати адекватні

взаємини зі своїми ровесниками і і відповідати потрібним вимогам, не маючи при цьому почуття тривоги і дискомфорту. [18]

Основне завдання на цьому етапі – здійснення переходу від одиночної наочної гри у присутності інших дітей до гри разом з ними. Відсутність мови або мінімальна мовна активність дітей з важкими розладами, як показує практика, не є перешкодою, яку не можна здолати.

4-й етап - заняття у відкритому соціальному середовищі.

Вони частенько проводяться паралельно із заняттями 3-го етапу і включають відвідини театрів, музеїв, екскурсії по місту туристичні походи і мешкання в літньому таборі. Основна мета даного етапу - закріплення навиків самостійної взаємодії з навколишнім світом.

Кожна дитина відвідує заняття 1 - 2 рази в тиждень впродовж навчального року, інколи впродовж кількох років. Тривалість одного заняття близько півтора години. Поведінка психотерапевта на всіх етапах психотерапевтичного процесу не директивна, дія здійснюється на основі емпатійної комунікацій. Особливу увагу впродовж всієї роботи фахівці приділяють підбору учасників терапевтичних занять. Тут важливі не біологічний вік і нозологічні параметри, а швидше особисті особливості і рівень соціальної зрілості пацієнта.

Учасники психокорекційного процесу підбираються з врахуванням їх приналежності до чотирьох основних груп:

- діти з важкими хронічними психічними захворюваннями (переважно раннім дитячим аутизмом) є основною групою для спрямованих терапевтичних дій;
- діти з межовими розладами і незначними поведінковими порушеннями складають групу, яка під час психокорекційного процесу не лише є "ігровим середовищем" для дітей з важкими психічними захворюваннями, але і насамперед вирішує власні проблеми в рамках традиційної ігрової терапії;

- діти з розладами соціальної поведінки беруть участь в психокорекційній роботі як з метою нормалізації власних поведінкових проявів, так і, на пізніших етапах, як помічники [21,с.13-15].

Здорові діти-співтерапевти є ядром психотерапевтичної групи. Вони беруть участь в роботі на добровільних засадах, свідомо, як помічники, мають досвід тренінгу спілкування і володіють такими необхідними якостями, як емпатія, спостережливість, активність і креативність.

На думку практиків, одночасна присутність в групі дітей чотирьох вказаних категорій власне і дозволяє моделювати середовище, максимально наближене до природного (мікромодель соціуму), з великим ступенем вірогідності прогнозувати поведінку дітей у відкритому соціумі. Оцінка результативності проводиться за трьома напрямками:

- спостереження лікуючого лікаря
- відгуки батьків
- незалежна експертна оцінка психологів.

Досвід роботи показує досить високу ефективність запропонованої методологічної схеми. Позитивним результатом для дітей з важкими хронічними психічними захворюваннями, як правило, є активізація і нормалізація взаємодії зі своїм оточенням за рахунок зниження відчуття тривоги і страху при побудові комунікації і, як наслідок, підвищення особового потенціалу загалом. Для решти учасників психокорекційного процесу наслідком занять в групі стає формування позитивного ставлення до себе і оточення, посилення активності і креативності за рахунок розширення меж схвалення своїх власних проявів і проявів оточуючих.

Розглядаючи людину як цілісне біосоціальне утворення, автори визнають, що на всіх етапах найбільш продуктивною є комплексна робота з біологічної, психологічної та соціальної корекції. Запропонована методика - лише один з можливих варіантів використання психотерапії в системі лікування дітей з раннім дитячим аутизмом [5].

Найважливіше в роботі з такими дітьми - це спілкування з батьками, що може виявити всі особливості розвитку в ранньому дитинстві, в першу чергу це навички та вміння, уподобання та звички дитини. Важливим є спостереження, яке в різних ситуаціях і при знайомстві з різними вподобаннями дитини, його комунікативними і моторними особливостями, ігровими можливостями, рівнем розвитку навичок самообслуговування і соціальних побудов програм дає найбільш позитивні результати.

Соціальне виховання аутичних дітей будується в залежності від типу їх поведінки. Російські вчені і психологи розрізняють чотири поведінкові групи. За класифікацією О.С. Микільської вони визначаються наступними факторами: тяжкістю та глибиною психофізичних розладів, максимально ранньою діагностикою, активної розвиваючим середовищем, включенням в активну роботу батьків як співтерапевтів.

З методичного забезпечення, розробленого вітчизняними авторами, має досвід застосування методика комплексної медико-психолого-педагогічної корекції, в якій представлені практичні поради з надання допомоги аутизмом дітям та їх родинам. У рамках даного підходу корекційна робота спрямована на розвиток емоційного контакту і взаємодія дитини з дорослим і середовищем, формування внутрішніх адаптивних механізмів, що підвищує загальну соціальну адаптацію аутичного дитини.

Одним з найважливіших напрямків в корекційній роботі з аутичними дітьми є на думку Р. К. Ульянової розвиток загальної та дрібної моторики. Обґрунтовано це тим, що практично у всіх аутичних дітей відзначаються ті чи інші моторні порушення: загальна ніяковість, недостатньо координована хода, діти не вміють стрибати, стояти на одній нозі, не в змозі переступити через перешкоду, кинути м'яч в ціль, зловити його. Тонкі цілеспрямовані руху (нанизування намиста, кульок, кілець пірамідки, складання мозаїки, спроба поставити квіти у вазу, затягання нитки навіть у велике вушко голки, застібання гудзиків) викликають великі труднощі. У дітей порушено почуття

ритму, їм важко ходити під музику, виконувати під неї руху. В більшості з них відсутні навички самообслуговування.

Особливі труднощі аутичних діти відчувають при оволодінні графічними навичками. Спостерігається некоординованість рухів руки, що веде до спотворення накреслення літери, до нерівності натиску, нерівномірності розташування літер у слові.

Для корекції загальної моторики рекомендується використовувати найрізноманітніші вправи - біг, стрибки, перекиди і т. д. Вправи можуть проводитися як у спортивному комплексі, так і на природі. Також гарні різноманітні рухливі ігри - біг по схилу, ходьба по колоді, гра в хованки (ховатися за деревом), кидання шишок в ціль, гри «Хто кине вище?», «Хто кине точніше?» (Треба потрапити в дерево). Корисно аутизмом дітям перебувати і рухатися у воді.

Заняття фізичними вправами повинні бути включені в корекційно-виховну роботу з дітьми-аутистами. Вправи вводиться поступово.

Наприклад, щоб навчити грі в м'яч, спочатку треба пограти з повітряною кулькою. Освоївши ігри з м'ячем, дитина опановує умінням кидати м'яч, котити його, ловити, кидати в кошик, крізь обруч, розташований на рівні рук, збивати їм зі стіни предмети - картонне яблуко, коло, перекидати м'яч через мотузку, збивати кеглі. Граючи з дитиною в будь-яку спортивну гру, дорослий повинен враховувати моторну незручність дитини і непомітно для нього допомагати йому [16].

Заняття мають проходити в атмосфері доброзичливості, діти повинні відчувати тільки позитивні емоції. Цьому може сприяти використання віршів, лічилок, пісеньок.

Перше взаємодія з аутичною дитиною будується при опорі тільки на його інтереси та бажання. У дітей часто виявляється інтерес до дрібних сипучих предметів. Пересипаючи горох, можна імітувати падіння крапель, супроводжуючи дію нескладним вербальним супроводом.

Дуже корисні дії з глиною або пластиліном, при цьому слід звертати увагу, щоб у результаті нескладної для дитини діяльності вийшла б поробка.

Неважко виготовляти і красиві вироби, комбінуючи пластилін з природним матеріалом (мох, жолуді, ягоди, кавунове насіння, крилатки клена, листя, шишки, каштани і т. д.), що викликають зазвичай інтерес у дитини.

Також широко використовуються різні пальчикові ігри, гра в «чарівний мішечок», нанизування намиста, маніпуляції з дрібними предметами.

Ігри з водою. Метушня з водою, переливання її особливо подобатися дітям, ці ігри мають і терапевтичний ефект.

Ігри з мильними бульбашками. Таким діткам подобалося спостерігати за кружляння в повітрі мильних бульбашок, з криками захоплення вони носяться по кімнаті, тут же вимагають повторення, але самі видути бульбашки часто відмовлявся. Для цього попередньо потрібно навчити його дути, будьте обережні, слідкуйте за тим щоб дитина не вдувала воду в себе.

Ігри з льодом. Заздалегідь приготуйте лід, видавіть разом дитиною лід з форми в мисочку: «Дивися, як вода замерзла: стала холодна і тверда». Потім погрійте його в долоньках, вона холодна, і тане. Взимку на прогулянці можна звертати увагу дитини на бурульки, калюжі і т.д. Вони будуть у захваті від таких змін у природі. [16,с.54-56].

Не менш цікаві й ігри з крупами. Висипати гречку в глибоку миску, опустити в неї руки і поворушити пальцями. Висловлюючи задоволення посмішкою та словами, запропонуйте йому приєднатися. На наступних заняттях можна використовувати інші крупи. Дітям з більш важкими порушеннями тонкої моторики можна давати пересипати ложкою або совочком горох, крупу з однієї миски в іншу: дитину можуть зайняти гри з піском на майданчику.

При виборі ігор з пластичним матеріалом (пластиліном, глиною, тістом) може бути ускладнене його підвищеної гидливості. І все ж, досвід

показує, що якщо пробувати, пропонуючи дитині різні матеріали і різні види одного і того ж матеріалу, вдається знайти такий, який йому має сподобатися. У висновку про ігри хочеться сказати наступне:

- якщо дитина не включається в гру, не наполягайте, але обов'язково спробуйте наступного разу;
- пам'ятайте, що дитину можуть налякати нові яскраві враження, і при ознаках страху негайно припиніть гру;
- вподобана гра потребує цілковитого кількісного повторення;
- не затягуйте сюжетну лінію, так як довільна увага дитини короткочасна;
- під час гри дитина може почати говорити, заглядаючи вам в обличчя, і ваша реакція дасть йому підтвердження того, що ви його розумієте.

Враховуючи всі ці правила можна домогтися гарних результатів, і розташування дитини.

Встановивши емоційний контакт з дитиною з РДА, вже можна працювати над її поведінкою. Якщо ж вона все робить правильно, то обов'язково потрібно хвалити її. Дуже позитивним здавалося наочне надання заохочення. Наприклад, різнокольорові кружечки, ваблять дітей та заохочують до позитивно-конструктивних відтворень їхньої поведінки.

Дітям з більш важкими порушеннями тонкої моторики можна давати пересипати ложкою або совочком горох, крупу з однієї миски в іншу: дитину можуть зайняти гри з піском на майданчику. Величезне значення для розвитку тонких рухів має робота з папером. Спочатку спільно вивчаються властивості паперу: папір мнеться, рветься, складається, ріжеться, її можна склеювати. Далі проводяться різні ігри з папером, виготовляються вироби. Відзначено, що багато аутичних діти, долаючи серйозні труднощі в моториці, можуть досягнути досить високого рівня організації діяльності, завдяки чому створюється база для більш успішного навчання в школі [16,с.65-68].

За цей час, допомогу хворим з раннім дитячим аутизмом здійснюється переважно в лікарнях, перебування в яких тривалі терміни веде до соціальної

депривації, явищам госпіталізму.Тоді як організація спеціалізованої лікувально-корекційної реабілітації веде до соціального пристосуванню більше третини дітей з раннім дитячим аутизмом. Ці види допомоги створюють умови і для можливості приймати участь в суспільно корисній праці і батькам дітей аутистів. Пропоновані форми допомоги є і більш економічними, гуманними і лежать в основі профілактики (вторинного характеру) форм психічного недорозвинення у дітей аутистів.

На жаль, на сьогоднішній день в спеціальній літературі пропонуються в основному окремі напрямки роботи з аутичними дітьми. Однак, з іншого боку це дає практикуючому спеціалістові свободу вибору, можливість поєднання різних рекомендацій для роботи з кожною конкретною дитиною. Отже, важливим завданням психокорекційної роботи є розвиток у дитини доступних їй способів афектної адаптації до свого оточення, використовуючи комплексний підхід до організації її афектного життя і нормалізуючи її взаємодію перш за все, з близькими для неї людьми. Вся коректувальна робота проводиться поетапно, при цьому першочерговим завданням є встановлення емоційного контакту з дитиною, розвиток її емоційної взаємодії із зовнішнім світом. Психологічна корекція направлена, перш за все, на подолання негативізму і встановлення контакту з аутичними дітьми, подолання у них сенсорного і емоційного дискомфорту, тривоги, занепокоєння, страхів, а також негативних афективних форм поведінки: потягів, агресії.

Висновки до другого розділу

До форм корекційно-виховної роботи з аутичними дітьми ми віднесли: індивідуальні заняття; заняття в малих групах; заняття в змішаних групах.

Методи роботи розділили на сім підгруп:

- 1) Соціально-психологічні. До них віднесли арттерапію, психотерапію, іпотерапію, музико терапію, музично-комунікативну терапію, холдинг-терапію тощо.
- 2) Медико-соціальні.
- 3) Медикаментозні.
- 4) Дієтичні.
- 5) Педагогічні.
- 6) Ергономічні (організація простору, де навчаються діти-аутисти).
- 7) Психофізичні (корекція загальної моторики та ін).

Провівши дослідження мовленнєвої готовності дітей з порушенням мовлення, ми дійшли висновку, що опитувані нами діти мають низький рівень мовленнєвої готовності до навчання в школі. Результати нашого експериментального матеріалу виявили низку проблем щодо готовності дітей з РДА до школи.

При дослідженні сформованості фонемтичних процесів лише на початковому етапі всі 100% дітей справились із завданням. При ускладненні завдання у більшості дітей виникали труднощі і тільки 33% дітей повністю справились із поставленою задачею. Натомість 42% дітей справились частково, а 33% не справились взагалі.

При тестуванні словникового запасу високого результату не показала жодна дитина. По 50% дітей отримали середній та достатній рівень, що свідчить про недостатню сформованість словникового запасу у дошкільнят.

При обстеженні зв'язного мовленні на першому рівні високий рівень показали 33% дітей, на другому 17%, а на третьому жодна дитина не показала високий чи достатній рівень знань. Хоча на другому рівні достатній рівень показали 83% дітей, тоді як на третьому цей же відсоток отримали вже середній рівень.

Саме тому, рекомендується продовжити навчання таких діток в садочку ще рік, організувати заняття з логопедом та дефектологом. Дітям

рекомендована робота над розширенням словникового запасу, формування граматичної сторони мовлення та навичок зв'язного мовлення. За допомогою ігор та ігрових вправ, використання творчих завдань не тільки на заняттях, але і в ситуаціях буденного життя. Слід розвивати увагу, мовленнєву увагу, мислення, зв'язне мовлення, творчі здібності, адже розвиток цих умінь допомагає у розвитку лексико-граматичної сторони мовлення.

А також заняття з формування лексико-граматичної сторони мовлення, які можна поділити на заняття з формування словникового запасу, зв'язного мовлення та заняття з формування граматичного ладу. На цих заняттях основними завданнями є розвиток розуміння мовлення; уточнення і розширення словникового запасу; формування узагальнюючих понять; формування практичних навичок словотворення і словозміни; уміння вживати прості розповсюджені речення та види складних синтаксичних структур.

Доцільно проводити індивідуальні та фронтальні логопедичні заняття. Важливим також є перспективне та щоденне планування логопедичної роботи за лексичними темами; конкретний зміст за лексичним та граматичним напрямком. Як засоби підвищення рівня розвитку лексичної та граматичної складових мовлення у зміст слід включати дидактичні ігри, ігрові вправи, завдання доступні та динамічні за структурою, образні і емоційні за змістом.

На етапі налагодження контакту з дитиною не рекомендується наполягати на проведенні конкретних ігор, виконання певних завдань. Необхідно бути більш чуйними до реакцій дитини, діяти залежно від ситуації, її бажань і настрою.

ВИСНОВКИ

У сучасній медико-психологічній літературі аутизм розуміють як порушення, яке починає виявлятися в ранньому дитинстві й продовжується, здебільшого, все життя. Люди, які мають аутизм, неадекватно реагують на оточуючих, погано засвоюють навички, які необхідні для спілкування, схильні до ригідної поведінки та стереотипних дій.

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів:

- Донозологічний, який характеризується окремими згадками про дітей із прагненням до самотності та втечі.
- Доканнерівський, який охоплює 20 – 40-ті роки ХХ сторіччя, коли постало питання про можливість виявлення у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін «аутизм».
- Каннерівський, що характеризується виходом у світ кардинальних праць з дитячого аутизму, серед яких перша належала Л. Каннеру (1943). У ній автор описує особливі стани у дітей, що починаються з перших років життя й зумовлені крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом».
- Постканнерівський. Аутистичні розлади у дітей почали вивчати різними шляхами. Зокрема, уточнювали клініко-психопатологічні особливості раннього дитячого аутизму.

Організація повної та своєчасної корекційно-виховної роботи з дітьми-аутистами є дуже нагальною медичною, психолого-педагогічною та соціальною проблемою. Результати переважної більшості досліджень, присвячених методам терапії розладів розвитку аутистичного спектру, свідчать про те, що основною метою допомоги дітям, які страждають аутизмом, є їх абілітація. Створення нових можливостей, нарощування соціального потенціалу для можливостей дитині реалізуватись у суспільстві.

Соціальна, лікувальна та освітня робота повинна бути спрямована на підвищення особистісного, пізнавального та соціального статусу такої дитини.

Термін «аутизм» більшість розуміє як 93о життєвий вирок людині з таким діагнозом. Вважалось, що аутисти приречені на серйозний або постійний дефіцит спілкування, гри, взаємин з іншими та навчання. Дуже мала частина людей з аутизмом (менше 5%) здатні досягнути незалежності у діях в дорослому віці, але і в цій малій групі більшість з них зберігає ознаки аутизму.

Проаналізувавши літературу з теми дослідження, ми визначили ряд основних причин хвороби:

- спадкова схильність до шизофренії, її початкова стадія;
- органічна патологія мозку (вроджений токсоплазмоз, сифіліс, інтоксикація свинцем тощо), вроджені дефекти обміну речовин, порушення діяльності ендокринної системи;
- емоційна депривація – нестача теплих стосунків із людьми, нехтування близькими людьми;
- наявність хронічної психотравматичної ситуації, викликані порушенням ефективного зв'язку дитини з матір'ю, її холодністю, деспотичним утисканням, яке паралізує емоційну сферу та активність дитини;
- порушення внутрішньоутробного розвитку й виснажливі хвороби раннього дитинства;
- мозкові дисфункції та порушення біохімічного обміну.

Розглядаючи клініко-психологічну характеристику аутичних розладів, нами було визначено, що дитячий аутизм - глибинний розлад, який зачіпає всю психічну структуру людини: чуттєву, емоційну і пізнавальну сфери, моторику, увагу, пам'ять, мовлення, мислення.

З раннього періоду життя діти з аутичними розладами вирізняються від дітей з нормальним типом розвитком. У них послаблена емоційна реакція на близьких, аж до повної відсутності зовнішнього реагування. Вони уникають чи не шукають погляду в очі, не просяться на руки, їхня посмішка може бути мало адресована близькій людині і частіше виникає у зв'язку з іншими приємними для дитини враженнями.

Відзначається, що діти з РДА нетерпимі до одних вражень (зорових, слухових, тактильних, вестибулярних) і захоплюються іншими.

До першого півріччя стає зрозумілим, що дорослому вкрай важко привернути увагу дитини, захопити спільною приємною грою. Особливим чином затримується і викривляється мовленнєвий розвиток дитини: гуління і белькотіння розвиваються поза зв'язку з комунікацією, і малюк не починає наслідувати дорослому, повторювати за ним склади і слова.

У зовнішньому вигляді дитини з синдромом раннього дитячого аутизму (РДА), зазвичай приємному, звертає на себе увагу погляд, спрямований у пустоту, в середину себе; погляд з переважанням зорового сприймання на периферії поля зору.

Моторика незграбна, рухи неритмічні, "закоснілі", чи неточні з тенденціями моторної стереотипії у пальцях, кистях рук, хода навшпиньки, одноманітний біг, стрибки з опорою не на усю ступню.

При мовленні відсутні експресія, жестикуляція; мелодика порушена. Нема інтонаційного переносу, постійні ехолалії, відсутність зв'язності, нездатність до діалогу. Тривалий час зберігається тенденція до „манерної” словотворчості.

На думку О.С. Нікольської, РДА є чи не найзагадковішим типом порушення психічного розвитку. Він охоплює усі сфери психічного життя дитини, а однією з його найхарактерніших рис є суперечливість, неоднозначність проявів. Загальною же характеристикою для усіх аутичних дітей є проблеми у соціальній та комунікативній сферах, неспроможність

використовувати свої знання і вміння у реальному житті, гнучко переносити засвоєні навички в нові умови, стереотипізація.

За інтегральними оцінками поширеність розладів спектру аутизму коливається в межах 4-8 випадків на 10 тис. дітей, тобто приблизно 0,04-0,08% дитячої популяції. Показник поширеності цієї патології в Україні, за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис. осіб (0,2%), що може свідчити про недосконалу організацію роботи системи надання медичної допомоги дітям із психічними захворюваннями.

Визначаючи специфіку форм та методів роботи з аутичними дітьми, ми стикнулися з тим, що форм та методів є багато, але найбільш актуальними для роботи з такими дітьми є на наш погляд такі, як: індивідуальні заняття, заняття в малих групах, заняття в змішаних групах.

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

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

Не кожен аутичну дитину можна вивести на рівень масової або допоміжної школи. Головним і першочерговим завданням є розвиток мови і мовлення дитини. Це показало наше дослідження.

Доцільно проводити індивідуальні та фронтальні логопедичні заняття. Важливим також є перспективне та щоденне планування логопедичної роботи за лексичними темами; конкретний зміст за лексичним та граматичним напрямком. Як засоби підвищення рівня розвитку лексичної та граматичної складових мовлення у зміст слід включати дидактичні ігри,

ігрові вправи, завдання доступні та динамічні за структурою, образні і емоційні за змістом.

Програма корекційно-виховної роботи з дітьми з РДА у першу чергу повинна передбачати формування у дітей-аутистів навичок соціально-побутової адаптації. Можна виділити наступні рекомендації, які можуть знадобитися батькам і педагогам аутичних дітей:

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

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

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

- як підкріплення бажаної поведінки дитини можна використовувати самі різноманітні розваги, ласощі, улюблені дитиною форми контакту, звичайну похвалу. Важливо, щоб дитина відразу отримувала нагороду;

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

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

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

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

Якщо ми застосуємо правильну корекційну програму і правильно виховуємо дітей з синдромом раннього дитячого аутизму, то суспільство отримає відповідальну за свою роботу людину, якою б ця робота не була.

Поведінка дитини під час заняття може бути дуже різною. Слід зберігати спокій, не лаяти, а зрозуміти, чого дитина хоче в даний момент і постаратися допомогти вийти зі стану дискомфорту.

Реакція на одну і ту ж гру, ситуацію в різних дітей з діагнозом аутизм може бути різною: на що один відреагував цілком дружельно, в іншого може викликати різко негативну реакцію. Мало того, та ж дитина може вести себе зовсім по-різному в схожих положеннях. У разі, якщо дитина прийняла запропоноване, постаратися розвинути ситуацію, якщо ж виникла реакція відторгнення, слід залишити гру. Безумовно це потребуватиме від педагога і психолога гнучкості, що дозволяє діяти в залежності від розвитку подій.

Ігри вводяться в заняття у певній послідовності. Побудова взаємодії з аутичною дитиною ґрунтується на його стереотипній грі. Далі вводяться сенсорні ігри. У процесі сенсорних ігор виникають терапевтичні ігри, які можуть вилитися в програвання психодрами. На етапі, коли з дитиною вже налагоджений тісний емоційний контакт, можна використовувати спільне малювання.

Надалі на різних заняттях використовуються види ігор поперемінно. При цьому вибір гри часто залежить не тільки від цілей, які поставив педагог, але і від того, як протікає заняття, від реакцій дитини. Це вимагає гнучкості у використанні різних ігор.

Також в процесі роботи з дітьми-аутистами найбільшу ефективність продемонстрували наступні методи: арттерапія, підкріплена музикою комунікативна терапія.

Специфічним методом, що зарекомендував себе як ефективну методику щодо подолання основних емоційних проблем при аутизмі, є так

званий метод холдинг-терапії, розроблений американським лікарем М. Велш. Цей метод допомагає налагодити контакт дитини з матір'ю.

На закінчення необхідно підкреслити, що на долю батьків випадає найбільш важка роль щодо розвитку та підготовки аутичної дитини до життя. Ефективність описаних методів корекції можлива тільки при систематичному використанні в умовах домашньої обстановки, при терплячому і уважному ставленні до хворого на аутизм дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні проблеми сучасної логопедії: матеріали конференції. - К. РВЦ КПДЮ, 2007. - 95 с.
2. Базима Н.В., Семенова В.Д.«Особливості розвитку вербальної пам'яті у дітей з мовленнєвими порушеннями» Науковий часопис. Корекційна педагогіка. Статтю прийнято до друку 26.09. 2015 р. – 10 с.
3. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні / А. М. Богуш, Г. В. Беленька, О. Л. Богінч та ін. ; наук. кер. проф. А. М. Богуш. – Київ : Світоч, 2012. – 26 с.
4. Барташнікова І., Барташніков О. Розвиток уяви та творчих здібностей дошкільників. Тернопіль: Богдан, 1998. — 88 с.
5. Богдашина О.Б. Аутизм. Часть 1. Определение и диагностика. – Донецк: ООО "Лебедь", 1999. - 112с
6. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. Книга для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т.Питерс. – М.: Владос, 2015. – 144 с.
7. Додзіна, О. Б.//Психологічні характеристики мовного розвитку дітей з аутизмом // О. Б. Додзіна // Дефектологія.//2008//№6//С. 44-52.
8. Иванов Е. С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С.Иванов, Л.Н., Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – Санкт-Петербург, 2004.
9. Лаврентьева, Н. Б. //Педагогічна діагностика дітей з аутизмом // Н. Б. Лаврентьева // Дефектологія//2013//N2//С. 88-93.
- 10.Лебединская К. С. Аутизм. Методы лечения тяжелого психического отклонения / К.С. Лебединская // Азбука здоров'я.– 2002.- № 5.– С. 23-24.
- 11.Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей /
12. В.В.Лебединский // Детский аутизм: Хрестоматия.– СПб., 2001.– С. 7-17.
13. Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их

коррекция / Лебединский В. В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.

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

15.Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М.М. Либлинг // Дефектология. 2006. - № 3. - С. 56-66.

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

17.Логопедія: підручник/За ред.М.К. Шеремет.-К.: Видавничий дім «Слово», 2010.- 376с.

18.Мушкевич М. Експериментальний аналіз практичної роботи з аутичними дітьми в процесі сімейного консультування й терапії. / М. Мушкевич // Інтернет. PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com.

19.Никольская О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О. С. Никольская. – М. : Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.

20. Никольская О.С Аутичный ребенок. Пути помощи // О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, И.А. Костин. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.

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

22. Павалакі, І. Ф. //Проблеми навчання дітей з РДА // І. Ф. Павалакі // Психотерапія//2017//N7// С. 42-45

23.Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 240с.

24. Синьов В. М. Мультидисциплінарний (медико-психолого-

педагогічний) характер діагностики і корекції розвитку особистості при порушеннях процесу соціалізації // Психолого-педагогічні засади розвитку особистості в освітньому просторі: матеріали методологічного семінару АПН України 19 березня 2008 р. – К., 2008. – С. 527-532.

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

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

27. Специальная педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений /Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др.; Под ред. Н.М.Назаровой. — 2-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 2011. — 400 с.

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

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

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

31. Українське дошкілля. Програма / О. Білан, Л. Возна, О. Максименко. – Тернопіль : Мандрівець, 2017. – 86 с.

32. Фіцула М.М. Педагогіка: Посібник. Київ: Видавничий центр «Академія», 2012. – 520 с.

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

34. Шиліна Н. Є. «Формування мовленнєвої готовності дітей старшого

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

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

36. Asperger H. (1944). Die <Autistischen Psychopathen> im Kindesalter. Archw fir Psychiatrie und Neruenkrankheiten 117, 76-136.

37. Schopler E. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a Treatment system. – “American Psychologist”. – 1987. – V.42, No.4. – P.376-389.

38. Yvette Dijkxhoorn. Czym jest autyzm? // Dziecko autystyczne. – Krajowe Towarzystwo Autyzmu. – Warszawa, 2001. – Т.9, № 1. – S. 33-38.

39. Walker A. Czym jest autyzm? // Dziecko autystyczne. – Krajowe Towarzystwo Autyzmu. – Warszawa, 2001. – Т.9, № 1. – S. 13 – 22.

40.. Поради психолога вчителям. [Електронне джерело]. Режим доступу - http://chergym.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=149:2012-10-08-12-59-07&catid=38:2012-10-23-22-08-44&Itemid=128

ДОДАТКИ

Додаток А

Поради матері дитини с розладами РДА

- Постійно стимулюйте інтерес дитини до зовнішнього світу. Зацікавлене виконання вами режимних моментів і не байдуже, лагідне ставлення до дитини, позначення емоційних станів різними звукосполученнями сприятиме емоційному «зараженню» малюка. Це, своєю чергою, поступово викликатиме в неї потребу в контакті і започаткуватиме поступову зміну свого власного емоційного (часто агресивного) стану.
- Постійно привертайте увагу дитини до своїх дій. Купаючи, одягаючи, оглядаючи тощо дитину, не мовчіть і не ігноруйте дитину, а, навпаки, постійно лагідно стимулюйте її до наслідування. При цьому пам'ятайте, що дитина здатна наслідувати лише те, що в загальній формі вона вже сама може зробити.
- Сприяйте більш легкому проходженню дитиною моменту фізичного відриву від себе з тим, щоб запобігти прояву важких форм «почуття краю», коли дитина стає абсолютно нестриманою, некерованою, неслухняною. Постійно формуйте в малюка «відчуття краю» з тим, щоб він поступово переставав лякатися нового в навколишньому середовищі. Враховуйте, що поруч з байдужістю, афективною блокадою (ізоляцією)• стосовно вас, можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється хоча б на деякий час залишатися без вас при тому, що ніколи не буває з вами лагідною.
- На всіх етапах встановлення контакту підбирайте безпечну дистанцію для спілкування і ненав'язливо демонструйте власну готовність до контакту, кожного разу обов'язково починаючи з того психічного рівня, на якому знаходиться дитина.

- Під час тактильного контакту з дитиною говоріть їй про свої почуття, включаючи навіть прояви гніву на її опір. При цьому враховуйте, що аутична дитина здатна розуміти ваші почуття і мовлення. Однак емоційні особливості малюка є перепорою процесу сприйняття материнської ласки. Важливо продовжувати усувати дитячий опір такими стимулами, які для неї є емоційно надчутливими, дискомфортними (довгий поцілунок, шепіт у вухо тощо). Разом з тим, застосовуйте певну трансформацію стосунків з дитиною, яку (ситуацію) умовно називають «відпусти», коли дитина намагається уникати тривалих емоційних контактів, обіймів, поцілунків. Проте, враховуючи природну автономію дитини з аутизмом, цю можливість треба використовувати обережно.

- Застосовуйте (як можливий) метод мобілізації дитини до гри без усіляких вимог і інструкцій з метою налагодження емоційно сприятливого, довірливого контакту, навіть не зважаючи на те, що дитина може не звертати на вас увагу.

- Постійно стимулюйте емоційні реакції дитини на тепло, прохолоду, вітер, барвисте листя на деревах, яскраве сонце, талий сніг, струмки води, спів пташок, зелену траву, квіти; на забруднені місця в природному довкіллі (засмічені, з неприємним запахом, брудною водою) та чисті й затишні галявини тощо. При цьому багаторазово навчайте і заохочуйте дитину використовувати відповідні жести і рухи тіла, вокалізації, недосконалі слова; схвалюйте таку її поведінку.

- Постійно пом'якшуйте недостатню або повну відсутність потреби в контактах, а також активне, часто з агресивним проявом прагнення самотності і відгородженості від зовнішнього світу. При цьому враховуйте, що діти відчувають себе помітно краще, коли їх залишають наодинці. Проте приєднуйтеся до дій дитини, а потім тактовно наполягайте на спільних діях, наприклад, з предметом, яким грається дитина, з книжкою, яку «разом»

читають, з мотрійкою, яку почергово складають, з м'ячем, який по черзі катають тощо.

- Навчайтеся зчитувати її елементарні спроби вступати з вами в контакт і посмішкою (лагідним голосом, ніжним поглядом, обіймами, багаторазовим повторенням її імені тощо) заохочуйте дитину до продовження цього контакту.

- Враховуйте важливість використання різноманітного й яскравого одягу і прикрас (окуляри, капелюхи, намисто тощо), що викликатиме на себе орієнтовні реакції дитини, стимулюючи її дослідницькі дії і привертаючи її увагу до вас.

Поради педагогам і дорослим з оточення дитини

Надалі, коли діагноз встановлено і підтверджено, аутолог має запропонувати пакет рекомендацій для дорослих з близького і далекого оточення дитини і педагогів. Цей пакет також повинен містити загальні поради щодо організації корекції розвитку дитини з аутизмом. У ході спостереження за дитиною звертайте увагу на:

а) зовнішній вигляд – невиразне, амімічне обличчя; наявність асиметрії або диспластичності; відсутність фіксації погляду; слинотеча, висунутий язик; розмір голови;

б) моторику – патологічні рухи, сидіння, стояння, хода;

в) емоційно-вольову сферу – пасивність, інертність, в'ялість, збудливість, рухова розгальмованість, агресивність;

г) гру – наявність/відсутність, стійкість інтересу до іграшок; наявність/відсутність маніпуляцій з іграшками; адекватне/неадекватне вживання іграшок.

Намагайтеся відповідати очікуванням дитини. При цьому враховуйте, що діти з аутизмом зрідка чутливі до визнання своїх досягнень дорослим, а негативне чи байдуже ставлення в малюка не викликає (як в дитини з типовим розвитком) бажання з подвоєною енергією вимагати уваги та позитивної оцінки.

Застосовуйте планомірну співпрацю дитини з дорослим для того, щоб в неї перед очима завжди був еталонний варіант, з яким вона хоча б зрідка пробувала порівняти свій виріб та інші результати своєї діяльності, а також споглядати дії, рухи дорослого, чути його роздуми. Партнерство з дитиною в різних спільних з нею справах допомагатиме заспокоїти і дати відчуття захищеності.

Дотримуйтеся з переважною більшістю аутичних дітей постійного їх страхування: будьте готові їх спіймати, підхопити, підкласти руку тощо, будьте готові запобігти виникненню ситуації, що провокує фізичну самоагресію дитини.

Дієвим способом звести до мінімуму небезпечні дії дитини є їх не підкріплення дорослим своїми бурхливими реакціями (не лякайтеся, не засмучуйтеся, не гнівайтеся). Пам'ятайте, що деякі діти можуть провокувати такі реакції дорослого і при цьому відчувати задоволення і радість.

Цілеспрямовано опікайте предметну діяльність та гру дитини. У цьому зв'язку забезпечуйте виважене ставлення дорослого до добору іграшок та предметів, продумуйте цілі з позиції міри їхньої складності (мають відповідати віку, можливостям та інтересам дитини), прискіпливо ставтеся до організації і керівництва дитячою діяльністю.

Враховуйте характерну підвищену зацікавленість дитини до окремих предметів як прояв їхнього страху (наприклад, зацікавленість до електророзетки, сірників); неадекватні марення, страхи під час зміни оточуючого середовища, наприклад, коли дитина не вдома, афективні порушення підсилюються; страхи, обумовлені підвищеною гіперчутливістю (страх сторонніх, малопомітних, зайвих шумів, запахів, яскравих блискучих предметів).

Враховуйте широкий діапазон особливостей соціально-емоційного розвитку дитини: від практичної відсутності соціальної поведінки (дитина негативує, відвертає погляд від співрозмовника), або обмеженого спілкування, особливо в незвичних умовах (випадково зустрівши погляд когось, різко відвертається, викрикує, закриває обличчя руками) і до вираженого вибіркового спілкування переважно з дорослими (погляд малюка при цьому спрямований «крізь людину»). Разом з тим, враховуйте, що для деяких дітей характерною є здатність дивитися в обличчя співрозмовнику,

хоча емоційний контакт при цьому має уривчастий характер, погляд часто спрямований в бік.

Використовуйте більшу прихильність дитини з аутизмом в ставленні до предметів, аніж до людей. На цій основі опосередковано налагоджуйте діалог з ними, наприклад, через музичні інструменти, танці, спортивні ігри.

Водночас налагоджуйте слухо-вокальну, слухо-рухову та зорово-рухову координацію загальної і дрібної моторики, формуйте доступний для дитини рівень здатності синтезувати їх в одній діяльності (спонукайте дитину до 83 пошуку зліва-справа, зверху-знизу мелодійної іграшки або дорослого, який їй наспівує чи щось говорить тощо).

Спостерігайте і виявляйте особливості чутливості дитини досенсорних стимулів підвищеної інтенсивності особливо до звукових. Усувайте з оточення дитини все те, що може налякати її: різкі звуки (ляскання дверима, гуркотіння посудом, сварка, голосна музика); різкі зорові враження (потужні, не захищені джерела світла, раптовий рух в полі зору дитини); різкі запахи, грубі звертання тощо.

Пам'ятайте, що погляд дорослого, звуки його голосу, наближення і торкання можуть викликати в дитини лише оборонну реакцію у вигляді різних варіантів відсторонення й уникнення (відвертання і відведення очей, небажання слухати, торкатися, вступати в будь-який контакт).

Підтримуйте елементи спілкування, спроби вступити в контакт, реакції на звертання дорослого. При цьому всіляко враховуйте особливості їхнього здійснення дитиною, оскільки, не зважаючи на те, що дитина «ходить повз людей», вона ніколи не наштовхується на них, може заплакати, коли на неї чи при ній кричать.

Систематично використовуйте можливості арт-терапевтичних засобів як соціально прийняттого виходу агресивності та негативних емоцій дитини з аутизмом, безпечного способу зняття напруження, зменшення страхів, агресії і жорстокості. Спільна участь в малюванні, в музичних заняттях, в

елементарних спортивних іграх сприятиме формуванню відносин емпатії та взаємної підтримки.

Враховуйте, що чим старша дитина, тим більш песимістичними можуть стати перспективи корекційно-розвивальної і корекційно-виховної роботи, спрямованої на її соціально-емоційний розвиток. Поради для людей, особисто не знайомих з проблемою аутизму

Будьте терплячі. Діти з аутизмом можуть шуміти в бібліотеці, можуть постійно соватися поруч з вами в літаку, можуть розридатися в черзі до каси в супермаркеті, бо вони, побачивши щось улюблене, а не вміють висловлювати своє бажання соціально прийнятним способом. Тому поруч з ними будьте терплячі і розуміючі.

Запитуйте і слухайте. Дитина з аутизмом може говорити повільно, вкрай повільно, часто по кілька разів повторюючи сказане. Тому говорити треба тихим монотонним голосом, практично без міміки, без жестів, не дивлячись в очі. Зупиніться, присядьте, щоб опинитися на рівні дитини, слухайте її, дайте їй час підібрати слова, дайте їй можливість говорити – їй дійсно є що сказати. Обговорюйте з ними їхні інтереси.

Не спонукайте дитину з аутизмом занадто багато думати про свої відмінності від інших людей. Важливішим є не момент «інформування його про проблему», а момент «його прийняття 84 іншими людьми». Справжнє прийняття означає, що, як людина особисто не пов'язана з аутизмом, ви погоджуєтесь, що така дитина є частиною вашого світу і вашого життя. У багатьох дітей зі спектра аутизму є дуже дивовижні інтереси, або інтереси, в яких лише вони здатні побачити щось дивовижне. Ці інтереси дозволяють їм зберегти душевну рівновагу і спокій і часом, при правильній підтримці і заохоченні, вони можуть стати фахівцями в галузі свого інтересу і зробити його своєю кар'єрою. Приєднайтесь до такої дитини, коли вона збирає маленькі камінчики в парку і ви встановите з нею стосунки, яких не домогтися одними лише словами.

Спілкуйтеся з ними і приймайте їхній спосіб комунікації з вами. Більшість дітей у спектрі аутизму мають ті чи інші проблеми з комунікацією, які можуть бути як сильно вираженими, так і майже непомітними. Якщо дитина не говорить і не має інших засобів комунікації, то ви можете спостерігати за її поведінкою, за тим, що вона робить, що приносить їй задоволення. Спілкуйтеся на цьому рівні або просто будьте поруч без звичної комунікації, для багатьох це вже дуже великий крок. Якщо ви ставитеся до дитини з прийняттям, і вам комфортно в її присутності, то це теж форма комунікації, яка може виявитися дуже корисною для вас обох.

Діти, які можуть говорити, також мають відмінності в комунікації, так що необхідно усвідомити, що при спілкуванні з ними певні стереотипні аспекти комунікації можуть бути відсутніми (наприклад, дуже часто це контакт очей). Крім того, вони можуть інакше інтерпретувати ваше мовлення. Часто виникає питання: «Що робити, якщо ви стали випадковим свідком істерики, пов'язаної з аутизмом?». Люди з аутизмом зрідка можуть розраховувати на співчуття оточуючих – їхні проблеми не очевидні з боку.

Тому, якщо, наприклад, дитина відчуває нервовий зрив через перевантаження, це може сприйматися за розбещеність.

**Поради для тих, хто вперше зіткнувся з аутичною дитиною
в громадському місці**

Істерики у дітей трапляються нерідко, і це стосується не тільки дітей з аутизмом. Однак членам сім'ї може бути набагато важче заспокоїти дитину, якщо у неї аутизм. І така «істерика» може бути набагато інтенсивнішою, ніж звичайні дитячі капризи. Важливо зрозуміти, що дитина в стані істерики вже пройшла той етап, коли вона може прислухатися до чужих умовлянь. Вона втратила контроль над собою.

1. При наявності аутизму істерика пов'язана з більш високим ризиком спричинення собі шкоди, наприклад, биттям головою об поверхні або кусанням руки. Це може виглядати дуже страшно. Це також означає, що в цей момент пріоритет батьків – це безпека дитини, а не зручності оточуючих.

2. Публічні істерики можуть справити вкрай негативний вплив на сім'ю, яку зачепив аутизм. Часто ми чуємо, що батьки починають жити в ізоляції, тому що бояться осуду з боку людей, які не розуміють, що відбувається. Поради для людей, особисто не знайомих з проблемою аутизму в першу чергу, необхідно пам'ятати.

3. У разі аутизму немає ніяких «рецептів на всі випадки». Так що ніяка реакція не може підходити для будь-якої ситуації; найголовніше - довіряйте батькам і їхнім знанням своєї дитини. Швидше за все, вони в курсі, що конкретно спровокувало істерику, і вони знають, як найкраще заспокоїти дитину; не бійтеся підійти до батьків і запитати, чи можна їм чимось допомогти. Будьте готові прийняти відповідь «ні». Цілком можливо, вони побоюються, що підвищена увага оточуючих до дитини тільки посилить його істерику; якщо це так, то ви можете спокійно, але твердо попросити інших людей відійти подалі від дитини. Якщо хтось буде негативно коментувати ситуацію або обурюватися - відповідайте замість батьків. Ви зробите дуже

велику справу, якщо допоможете інформувати інших людей, що істерика була викликана труднощами дитини, і що ситуація не має відношення до батьківського виховання. Швидше за все, батьки зроблять все, що потрібно, щоб забезпечити безпеку дитини і заспокоїти його. подумайте, чи оточена дитина гучними звуками і яскравим освітленням, які можуть посилювати істерику.

4. Сенсорні стимули можуть дуже швидко викликати перевантаження у багатьох людей з аутизмом. Можливо, звучить якась сигналізація, яку можна відключити? Або працює яскравий рекламний щит, який можна тимчасово вимкнути; якщо ви помітили, яка саме поведінка заподіює шкоду, наприклад, биття головою об підлогу, то запропонуйте сім'ї будь-який м'який матеріал, щоб запобігти можливим травмам; утримайтеся від будь-яких порад батькам. Швидше за все, це не перша істерика, з якої їм доводиться справлятися; тривалість істерики може бути різною. Вона не залежить ні від вас, ні від батьків.

5. Краща допомога з вашого боку - це ваш спокій і спроби заспокоїти сторонніх; навіть якщо ви просто запропонуєте допомогу і при цьому проявите терпіння і розуміння, то вже одним цим кроком ви надасте батькам неоціненну підтримку