

Міністерство освіти і науки України

Львівський національний університет імені Івана
Франка

**К.О.Островська, І.П.Островський,
Х.Я.Сайко**

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ МАРШРУТ ДИТИНИ З
РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

Навчальний посібник

Львів

Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка

2017

3

ББК 88.5

УДК 159.973

Рецензенти:

К.О.Островська, І.П.Островський,
Х.Я.Сайко

**Індивідуальний маршрут дитини з розладами спектру
аутизму.**

Навчальний посібник, 2017. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана

Франка. –52 с.

Проведено експериментальні дослідження показників інтелектуального

та соціального розвитку понад 100 дітей дошкільного віку з розладами

спектра аутизму (РСА) в навчальних закладах м. Львова, м.Полтави та

м.Києва. На основі результатів дослідження створена індивідуальна програма розвитку кожної дитини, яка включає низку корекційних та реабілітаційних заходів, спрямованих на усунення порушень сенсорної

інтеграції аутичних дітей та активізацію пізнавальних психічних процесів. За підсумками проведених досліджень розроблена технологічна карта індивідуального маршруту дітей з РСА у дошкільних

закладах.

Результати навчального посібника можуть бути корисні для фахівців корекційної освіти та інклюзії, психологів та студентів ВНЗ спеціальності 016 «Спеціальна освіта».

ЗМІСТ ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ЗІ	
СПЕКТРОМ АУТИСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ДОШКІЛЬНОГО	
ВІКУ	6
1.1. Організація та особливості проведення обстеження дітей з аутизмом.....	6
1.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей дітей дошкільного віку з РСА	13
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. НАУКОВІ ОСНОВИ СТВОРЕННЯ ТЕХНОЛОГІЧНОЇ	
КАРТИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО МАРШРУТУ ДІТЕЙ З	
РСА.....	32
2.1. Організація психологічного супроводу дітей з РСА у дошкільних навчальних закладах.....	32
2.1.1. Модель психологічного супроводу дітей з аутизмом у дошкільній установі	32
2.2. Індивідуальна програма розвитку аутичної дитини. Модель психологічної корекції. Активізація пізнавальних процесів аутичної дитини.....	34
2.3. Розроблення технологічної карти індивідуального	

маршруту	
дітей з РСА у дошкільних закладах	37
Висновки до розділу 2.....	39
ВИСНОВКИ	41
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ	43

ВСТУП

Психологічна допомога дітям з розладами спектра аутизму (РСА)

є одним з ключових моментів у системі їх реабілітації. Дуже часто на практиці психологи і педагоги застосовують методи психологічної допомоги, не враховуючи форми порушення, рівня розвитку інтелектуальних процесів, особливостей емоційно-вольової і поведінкової сфери. Неадекватний підбір методів психологічної допомоги може негативно вплинути на психічний розвиток дитини, створити труднощі в роботі психологів, педагогів, батьків. І навпаки, досвід роботи засвідчує, що правильно підібрані методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей з проблемами розвитку позитивно впливають на динаміку їх психічного й особистісного розвитку.

Серед основних видів у системі психологічної допомоги дітям з

РСА можемо виокремити психологічне консультування, психологічну корекцію, психологічну діагностику, психологічну підтримку, психологічну профілактику, а також психологічний супровід. Серед зазначених видів психологічної допомоги поняття психологічного супроводу є новим напрямком роботи психолога в освітніх установах та потребує застосування індивідуального підходу до кожної дитини, що вимагає докладного вивчення.

Тому метою роботи є розроблення технологічної карти індивідуального маршруту дітей з розладами спектра аутизму у дошкільних закладах, її апробація на експериментальних майданчиках

м. Львова, м. Полтави та м. Києва.

6

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ

ЗІ СПЕКТРОМ АУТИСТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ДОШКІЛЬНОГО

ВІКУ

1.1. Організація та особливості проведення обстеження дітей з аутизмом

Проведено експериментальні дослідження показників інтелектуального та соціального розвитку 60 дітей з РСА дошкільного віку м. Львова, м. Полтави та м. Києва. Пілотні дослідження проводилися у таких навчальних закладах: ЛСШ «Надія» та ДНЗ No165 м. Львова, Полтавському навчально-реабілітаційному центрі Полтавської обласної ради та спецшколі-інтернаті No26 м. Києва.

Для обстеження дітей з розладами спектру аутизму був складений набір діагностичних методик, які мали на меті різносторонньо підійти до вивчення особливостей кожної дитини.

Обстеження проводилося у форматі індивідуальних занять тривалістю 30-60 хвилин кожне. Для повного обстеження за всіма шкалами необхідно 3-5 занять.

Процедура обстеження

Обстеження дітей з розладами аутистичного спектру вивчали такі зарубіжні й українські науковці як І. Марцинковський [1, 2], В. Синьов [7-10], К. Островська [3-6], Т. Хворова [13,14], Д. Шульженко [15], В.

Тарасун [11-12], Gutstein S. E. [16], Scott Myers [20], Susan Mayes [19],

Michele Noterdaeme [21], David S. Mandell [18], Lonnie Zwaigenbaum [22]

та ін. При створенні програми обстеження ставилися такі завдання:
встановити наявність розладу спектру аутизму, діагностувати якість

7

реципрокної соціальної взаємодії, комунікації та активного мовлення,

обмеженої та повторюваної стереотипної поведінки та інтересів,
визначення рівня важкості порушень, дослідження когнітивних функцій

обстежуваної групи: невербальний інтелект та візуалізація, пам'ять, увага, подолання когнітивних перешкод.

У комплексному обстеженні дітей використовувалися такі методики як CASD (опитувальник розладів аутистичного спектру), SCQ

(соціально-комунікативний опитувальник), ADI-R (інтерв'ю для діагностики аутизму) та Leuter-3 (міжнародна шкала продуктивності).

Нижче приведено структуру дослідження, переваги та особливості

використання методик, які складають дане

дослідження.

CASD - опитувальник розладів аутистичного спектру.

Ця методика пропонує швидкий та надійний спосіб діагностики розладів аутистичного спектру у дітей без урахування вікової категорії, рівня розумового розвитку або ступеня прояву хвороби. Цей опитувальник співпадає з даними ДСМ-5 і характеризує аутизм як односпектральний розлад. CASD надає швидку можливість діагностики розладу у ранньому віці, так як є швидким, незатратним, зрозумілим у проведенні та обробці та інформативним. Методика передбачає структуроване опитування батьків дитини. Дослідник зазначає описані у опитувальнику симптоми як наявні, так і відсутні у дитини. У ході роботи дослідник запитує батьків. Чи є наявними зараз або у минулому кожен з 30-ти описаних у опитувальнику симптомів у їхньої дитини. Більшість симптомів уточнюється підсимптомами. Основний симптом вважається наявним, якщо у дитини проявляється хоча б один з підсимптомів. Для діагностики аутизму використовують дані, отримані від батьків у поєднанні з інформацією з інших джерел (вихователі,

вчителі, лікарі тощо). Це проводиться для отримання точного встановлення наявності у дитини певного симптому. Батьки можуть не

8

знати про наявність деяких симптомів. Адже вони можуть проявлятися

в ситуаціях, коли батьків немає поряд.

Загальний бал за CASD, вищий за 15, свідчить про наявність у дитини аутистичних розладів. Між 11 та 14 - межовий стан або наявність

інших порушень розвитку. Діти, які отримали 8 -10 балів знаходяться в

зоні ризику і потребують подальшого обстеження. Діти, що набрали 7 балів і нижче відповідають нормі розвитку. Всі діти, які мають показники за CASD 8 балів і вище мають пройти комплексну діагностику аутизму.

Методика базується на комплексному переліку симптомів аутизму,

що дозволяє батькам і фахівцям зрозуміти, що усі пункти опитувальника

представляють різнобічні прояви розладу.

SCQ - соціально-комунікативний

опитувальник.

Цей опитувальник має дві форми: теперішній час, що відноситься

до періоду часу протягом 3-х останніх місяців та дає нам картину щоденного життєвого досвіду і результати цієї частини тесту використовуються для складання індивідуалізованих освітніх та корекційних планів та програм; форму, що описує соціальний досвід дитини протягом всього життя і використовуються для доповнення діагностичної картини.

Опитувальник може застосовуватися лише до дітей, рівень розвитку

яких 2 роки і вище.

Тест містить 40 запитань, відповідь на які мають давати батьки.

Результат понад 15 балів свідчить про порушення соціальної комунікації.

Також можна виділити додаткові підшкали: якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії; якісні порушення комунікації; стереотипні паттерни поведінки.

Першопочатково SCQ був створений як тест, що доповнює ADI-R.

Тому використання обох тестів паралельно дає нам можливість

отримати не просто результати двох окремих тестів, а розширені комплементарні дані.

ADI-R (інтерв'ю для діагностики аутизму) - це детальний опитувальник, котрий розроблений для того, щоб зібрати всю основну інформацію, необхідну для верифікації чи спростування діагнозу розладів аутистичного спектру чи близьких психічних станів. Інтерв'ю проводиться з батьками дитини (або з особою найбільш проінформовано про стан дитини) і є сфокусованим на трьох основних областях функціонування: мовлення/спілкування, соціальна взаємодія, обмежені повторювані стереотипні форми поведінки та інтереси. ADI-R є швидше інтерв'ю, аніж тестом, в ньому увага приділяється формам поведінки, які не є властивими для осіб, що не мають відповідних розладів. Воно має на меті отримати досить детальний опис певних форм поведінки, який дозволяє визначити, чи відповідає ця поведінка критеріям, зазначеним у відповідному пункті, тому з самого початку дослідник має наголосити, що на кожне запитання необхідно дати повну деталізовану відповідь.

Коли дослідник отримав відповідь, дуже важливим є уточнити, чи така

поведінка завжди проявляється однаково чи ні, а якщо змінюється, то як

саме і від чого це залежить.

Так як інтерв'ю застосовується у широкому діапазоні вікових груп

(як біологічний вік, так і вік розвитку), необхідно визначити вікові періоди, до яких застосовується оцінка. Це досягається наступними способами, залежно від пункту інтерв'ю: 1) “тепер” або “будь-коли” - існує поведінка, яка є відхиленням від норми в будь-якому віці і поведінка, яка є відповідною для одного періоду розвитку, але невідповідною для іншого; 2) тривалість наявності певної форми поведінки.

10

Опитувальник містить 8 розділів:

- Біографічні дані;
- Вступні запитання;
- Ранній розвиток;
- Розвиток і втрата мовленнєвих та інших навичок;
- Якість мовлення та комунікації;
- Соціальний розвиток і гра;

- Інтереси та певні форми поведінки;
- Клінічно значущі особливості поведінки.

LEUTER-3 (тест невербального інтелекту та когнітивних здібностей)

Цей тест створений для дослідження когнітивних функцій у дітей

підлітків та дорослих (вік від 3 до 75 і більше років), тест включає завдання для вивчення невербального інтелекту та візуалізації, а також

невербальної пам'яті, уваги і подолання когнітивних перешкод.

Даний

тест було розроблено з урахуванням індивідуальних особливостей людей з різноманітними фізичними та розумовими порушеннями. Особи

з розладами аутистичного спектру відносяться до однієї з основних цільових аудиторій на які орієнтувалися розробники даного тесту.

Тест

складається з двох батарей субтестів:

I Когнітивна батарея:

- Мислення (гнучкий інтелект):
- Класифікація та аналогії
- Порядкові послідовність

- Візуальні здібності (візуалізація)
- Фігура-фон
- Доповнення форми

11

- Візуальні образи

II Батарея уваги/пам'яті

- Увага та подолання перешкод
- Стійкість уваги
- Розподіл уваги
- Невербальний тест Струпа
- Короткочасна пам'ять
- Прогресивна пам'ять
- Реверсивна пам'ять

Для проведення повної і якісної психолого-педагогічної діагностики дітей з РСА було складено наступну послідовність обстеження, що корелює з етапами діагностики у працях **Filipek P.A.**

[17]: *Первинний етап діагностики.* Сюди

відносимо:

- Біографічні дані;
- Вивчення документації (медичних записів, епікризи та виписки психоневрологічних установ, наявних психолого-педагогічних

- характеристик тощо);
- Збір інформації зі слів батьків дитини;
 - Спостереження за дитиною;
 - Завданнями етапу первинної діагностики є:
 - Аналіз первинних даних, отриманих на основі вивченої документації, бесіди з батьками і спостереження за дитиною;
 - Налагодження контакту з батьками для подальшої співпраці;
 - Налагодження контакту з дитиною для проведення повної та достовірної поглибленої діагностики.

2. Етап поглибленої діагностики передбачає використання вищеописаних методик і має такі завдання:

12

Визначення проявів розладів спектру аутизму (CASD);

Визначення рівня функціонування соціально-комунікативної сфери

(SCQ);

Встановлення наявності конкретних симптомів і особливостей перебігу PCA в даної дитини (ADI-R);

Визначення рівня функціонування когнітивних функцій у дитини

(Leiter-3).

Проведення обстеження дитини з РСА має відбуватися в кімнаті з мінімальною кількістю подразників, щоб не відволікати увагу дитини.

Необхідна наявність столу і стільців для дитини і дослідника.

Матеріали

для проведення обстеження мають бути захищені і пред'являтися по чергові, опрацьовані матеріали послідовно ховаються. Тривалість однієї сесії обстеження визначається залежно від можливостей дитини і

становить 30-60 хвилин.

3. Встановлюється необхідність поглибленої медичної діагностики,

за узгодженням з відповідними спеціалістами проводяться лабораторно-

інструментальні обстеження, визначається схема медичного супроводу,

відбувається гігієнічне нормування навантажень.

4. Етап аналізу та інтерпретація отриманих результатів, розробка

індивідуальної програми розвитку:

Аналіз отриманих результатів обстеження за кожною методикою.

Для аналізу кількісних результатів дослідження застосовано

математично-статистичні методи обробки з використанням програмного

пакету STATISTICA-8.0: порівняльний аналіз за t-критерієм Стьюдента,

факторний, кластерний та кореляційний аналізи.

Цілісна інтерпретація результатів;

Створення профілю розвитку дитини і складання психологічної характеристики;

Постановка психологічного діагнозу;

13

Визначення напрямку корекційно-педагогічної та виховної роботи;

Здійснення прогнозу розвитку дитини;

Розробка індивідуальної програми корекції розвитку;

Визначення напрямків роботи з батьками;

Спільне прийняття рішення батьками і фахівцями щодо подальшого

маршруту дитини.

На основі отриманих результатів обстеження дослідник складає профіль розвитку дитини, а також формує психолого-педагогічну характеристику дитини. Характеристика містить дані про поведінку

дитини під час обстеження, співпрацю з дослідником, рівня когнітивного розвитку дитини, роботу окремих психічних функцій, якість і ступінь вираженості порушень, визначається рівень прояву аутистичних порушень.

На наступних етапах результати комплексного обстеження дитини

обговорюються командою фахівців, створюється індивідуальна програма розвитку дитини, прогнозується ефективність використання обраних методик.

Заключним етапом є представлення результатів обстеження батькам дитини, надання рекомендацій щодо подальшої роботи з дитиною, обговорення і узгодження коротко- і довгострокових цілей і визначення подальшого освітньо-реабілітаційного маршруту дитини, а також порядок реалізації індивідуальної програми розвитку дитини.

1.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей дітей дошкільного віку з РСА

Досліджено 10 дітей ЛСШ «Надія» та 10 дітей ДНЗ №165 м. Львова за методиками SQR, CASD, ADI-R, LEITER-3, 20 дітей

Полтавського навчально-реабілітаційного центру Полтавської
обласної

ради за методиками SQR, CASD, ADI-R та 20 дітей
спецшколи-інтернату

№26 м. Києва за методиками SQR, CASD, ADI-R,
LEITER-3.

Згідно із результатами методики CASD встановлено, що 59,3%
дітей переважає високий рівень аутизму – діапазон аутизму, у 40,7%
переважає середній рівень аутизму – межовий стан або наявність
інших
порушень розвитку (див. рис. 1.1).

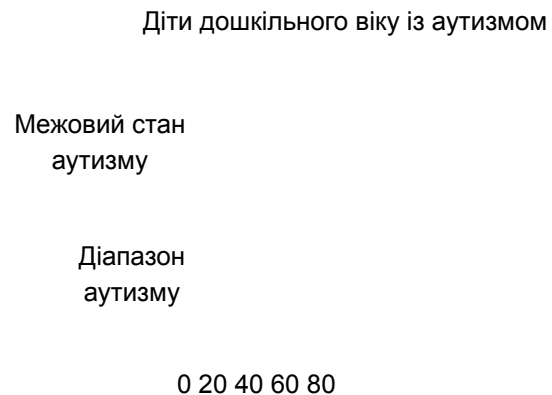


Рис. 1.1. Результати досліджень за методикою CASD серед
дітей

дошкільного віку з РСА

Це свідчить про те, що у більшості дітей переважає високий
рівень
аутизму – діапазон аутизму.

Згідно із результатами опитувальника ADI-R встановлено, що у 45,7% дітей дошкільного віку спостерігається високий рівень появи симптомів аутизму, у 41,2% середній, а в 13,1% низький. У більшості досліджуваних дітей дошкільного віку спостерігається високий рівень прояву симптомів аутизму. У 43,8% дітей з РСА дошкільного віку переважає високий рівень втрати мовленнєвих навичок спонтанного використання осмислених слів, у 40,2% середній, а в 16% низький. У

15

більшості досліджуваних дітей з РСА дошкільного віку спостерігається

високий рівень втрати мовленнєвих навичок спонтанного використання

осмислених слів. Також у 39,5% дітей з РСА виявлено високий рівень

втрати комунікативних навичок, у 38,4% середній, а в 22,1% низький. У

більшості досліджуваних дітей з РСА дошкільного віку виявлено

високий рівень втрати комунікативних навичок. У 42,4% дітей з РСА

виявлено високий рівень втрати навичок артикуляції, у 35,1% середній,

а в 22,5% низький. Також у 45,4% дітей з РСА спостерігається високий

рівень втрати навичок самообслуговування, у 38,2 % середній, а в 16,4%

низький. У 42,3% дітей з РСА виявлено високий рівень втрати статомоторних навичок, у 36,8% середній, а в 20,9% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень втрати навичок артикуляції, самообслуговування, статомоторних навичок (див. рис. 1.2).

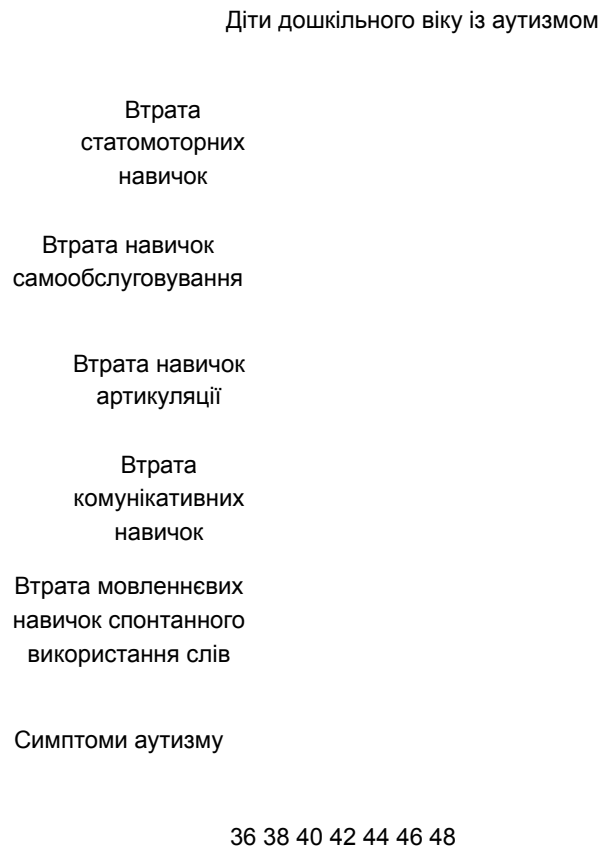


Рис. 1.2. Результати досліджень за методикою ADI-R серед дітей

дошкільного віку з РСА

Встановлено, що у 45,3% дітей дошкільного віку з РСА

переважає

високий рівень втрати навичок конструктивної гри з використанням уяви, у 38,4% середній, а в 16,3% низький. Це свідчить про те, що у дітей

дошкільного віку з РСА переважає високий рівень втрати навичок конструктивної гри з використанням уяви. Також у 44,2% дітей

дошкільного віку з РСА переважає високий рівень втрати навичок соціальної включеності і реагування, у 39,2% середній, а в 16,6% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий

рівень втрати навичок соціальної включеності і реагування (див. рис. 1.3).

Діти дошкільного віку із аутизмом

Втрата навичок соціальної
включеності

Втрата навичок конструктивної гри з
використанням уяви

43,5 44 44,5 45 45,5

Рис. 1.3. Результати досліджень за методикою ADI-R серед дітей

дошкільного віку з РСА

Виявлено, що у 44,1% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень прояву стереотипних висловлювань, у 42,3%

середній, а

в 13,6% низький. Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного

віку з РСА переважає високий рівень прояву стереотипних висловлювань. Також у 42,5% дітей дошкільного віку з РСА переважає

високий рівень використання тіла іншої людини для спілкування, у 40,6% середній, а в 16,9% низький. У більшості дітей дошкільного віку з

РСА переважає високий рівень використання тіла іншої людини для спілкування. У 20,9% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий

рівень спонтанної імітації дій, у 38,8% середній, а в 40,3% низький. Це

17

свідчить про те, що у дітей дошкільного віку з РСА переважає низький

рівень спонтанної імітації дій. Також у 18,6% дітей дошкільного віку з

РСА переважає високий рівень соціальної ініціативи, у 37,9% середній,

а в 43,5% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає

низький рівень соціальної ініціативи (див. рис. 1.4).

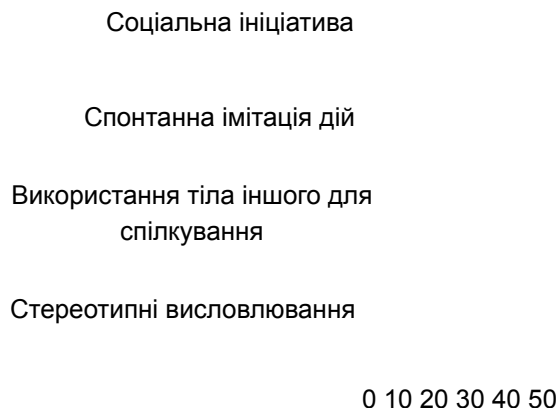


Рис. 1.4. Результати досліджень за методикою ADI-R серед дітей

дошкільного віку з PCA

Встановлено, що у 13,4% дітей дошкільного віку з PCA переважає

високий рівень адекватності соціальних реакцій, у 31,3% середній, а в

55,3% низький. Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного віку з PCA переважає низький рівень адекватності соціальних реакцій.

Також у 42,8% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень

обмеженості інтересів, у 35,9% середній, а в 21,3% низький. У більшості

дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень обмеженості інтересів.

У 40,8% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий

рівень

агресії, у 36,9% середній, а в 22,3% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень агресії. Також у 42,2%

дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень самоагресії, у

18

35,7% середній, а в 21,1% низький. У більшості дітей дошкільного віку з

РСА переважає високий рівень самоагресії (див. рис. 1.5).

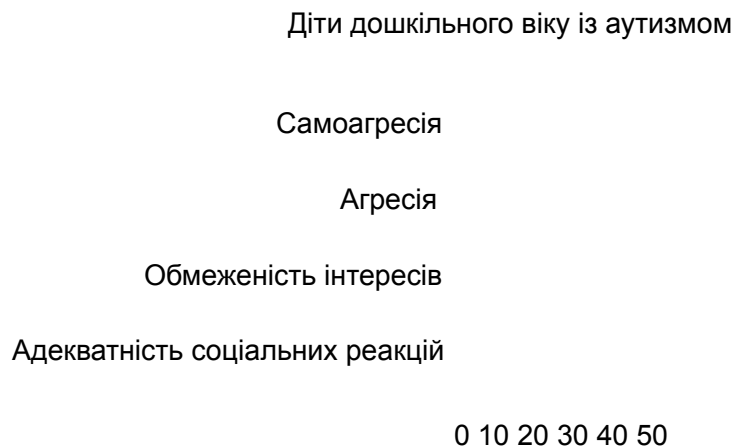


Рис. 1.5. Результати досліджень за методикою ADI-R серед дітей

дошкільного віку з РСА

Також у 11,8% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень зорово-просторових здібностей, у 24,3% середній, а в 63,9% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький

рівень зорово-просторових здібностей. У 13,7% дітей дошкільного віку

з РСА переважає високий рівень навичок запам'ятовування, у 26,7% середній, а в 59,6% низький. Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький рівень навичок

запам'ятовування. У 14,3% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень музичних здібностей, у 28,5% середній, а в 57,2% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький

рівень музичних здібностей. Також у 16,9% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень художніх здібностей, у 46,7% середній, а

в 36,4% низький. Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного

віку з РСА переважає середній рівень художніх здібностей (див. рис. 1.6).

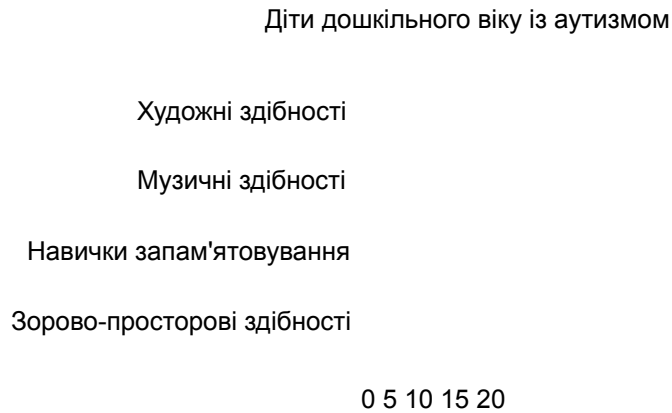


Рис. 1.6. Результати досліджень за методикою ADI-R серед дітей

дошкільного віку з РСА

Згідно із результатами методики Leuter встановлено, що у 14,4%

дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень здатності до представлення фігури-фону (F6), у 33,2% середній, а в 52,4% низький. У

більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький рівень здатності до представлення фігури-фону. У 16,2% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень доповнення форми (FC), у 35,3%

середній, а в 48,5% низький. Це свідчить про те, що у більшості дітей

дошкільного віку з РСА переважає низький рівень здатності до

доповнення форми. Також у 9,5% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень здатності до класифікації та аналогії (CA), у

40,4% середній, а в 50,1% низький. У більшості дітей дошкільного віку з

PCA переважає низький рівень здатності до класифікації та аналогії. у

20,1% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень здатності

до порядкової послідовності (SO), у 39,7% середній, а в 40,2% низький.

Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного віку з PCA переважає низький рівень здатності до порядкової послідовності. Також

20

у 8,3% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень прояву

візуальних паттернів (VP), у 54,8% середній, а в 36,9% низький. У більшості дітей дошкільного віку з PCA переважає середній рівень візуальних паттернів. У 10,3% дітей дошкільного віку з PCA переважає

високий рівень стійкості уваги (AS), у 32,2% середній, а в 57,7% низький.

Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного віку з PCA переважає низький рівень стійкості уваги. У 16,2% дітей дошкільного

віку з РСА переважає високий рівень прогресивної пам'яті (FM), у 48%

середній, а в 35,8% низький. У більшості дітей дошкільного віку з РСА

переважає середній рівень прогресивної пам'яті. Також у 12,4% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень розподілу уваги (АД),

у 47,1% середній, а в 40,5% низький. Це свідчить про те, що у більшості

дітей дошкільного віку з РСА переважає середній рівень розподілу уваги. У 17,5% дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень

реверсивної пам'яті (RM), у 37,7% а в 44,8% низький. У більшості дітей

дошкільного віку з РСА переважає низький рівень реверсивної пам'яті

(див. рис.1.7).

Діти із аутизмом дошкільного віку

Реверсивна
пам'ять (RM)

Розподіл уваги
(AD)

Прогресивна
пам'ять (FM)

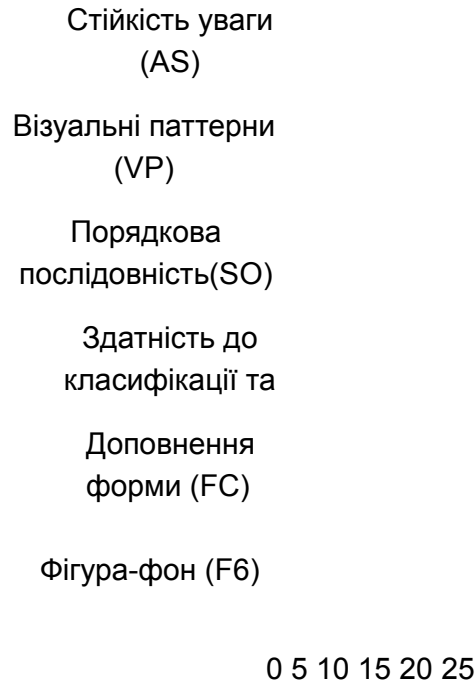


Рис. 1.7. Результати досліджень за методикою Leuter серед дітей

дошкільного віку з PCA

Згідно із результатами методики SQR встановлено, що у 48,7% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень якісних порушень реципрокної соціальної взаємодії, у 42,3% середній, а в 9% низький. Це свідчить про те, що у більшості дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень якісних порушень реципрокної соціальної взаємодії. Також у 49,1% дітей дошкільного віку з PCA переважає високий рівень якісних порушень комунікації, у 44,6% середній рівень, а в 6,3% низький. У більшості дітей дошкільного віку

РСА переважає високий рівень якісних порушень комунікації. У 54,2%

дітей дошкільного віку з RSA переважає високий рівень стереотипних

22

паттернів поведінки, у 39,3% середній, а в 6,5% низький. Це свідчить про

те, що у більшості дітей дошкільного віку з RSA переважає високий рівень стереотипних паттернів поведінки. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії, порушення комунікації; стереотипні

паттерни поведінки виражаються у порушеннях соціальної взаємодії (див. рис.1.8).

Діти дошкільного віку із аутизмом

Стереотипні паттерни поведінки

Якісні порушення комунікації

Якісні порушення реципрокної
соціальної взаємодії

44 46 48 50 52 54 56

Рис. 1.8. Результати досліджень за методикою SQR серед дітей

дошкільного віку з RSA

Можна зробити висновки про те, що у більшості дітей

дошкільного

віку з РСА переважає високий рівень аутизму – діапазон аутизму, спостерігається високий рівень втрати мовленнєвих навичок спонтанного використання осмислених слів, комунікативних навичок, втрати навичок артикуляції, самообслуговування, статомоторних навичок, навичок конструктивної гри з використанням уяви, соціальної

включеності і реагування. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень прояву стереотипних висловлювань, обмеженості інтересів та низький рівень спонтанної імітації дій та соціальної ініціативи, зорово-просторових здібностей, навичок запам'ятовування, адекватності соціальних реакцій. У більшості дітей

дошкільного віку з РСА переважає високий рівень агресії та самоагресії.

У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький рівень музичних здібностей та середній рівень художніх здібностей.

23

У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький рівень здатності до представлення фігури-фону, здатності до доповнення форми, здатності до класифікації та аналогії, здатності до порядкової

послідовності, низький рівень стійкості уваги, реверсивної пам'яті та середній рівень візуальних паттернів, прогресивної пам'яті, розподілу

уваги. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень якісних порушень реципрокної соціальної взаємодії, якісних порушень комунікації та стереотипних паттернів поведінки. Якісні порушення реципрокної соціальної взаємодії, порушення комунікації; стереотипні паттерни поведінки виражаються у порушеннях соціальної взаємодії.

Згідно із результатами **кореляційного аналізу** в групі дітей з РСА

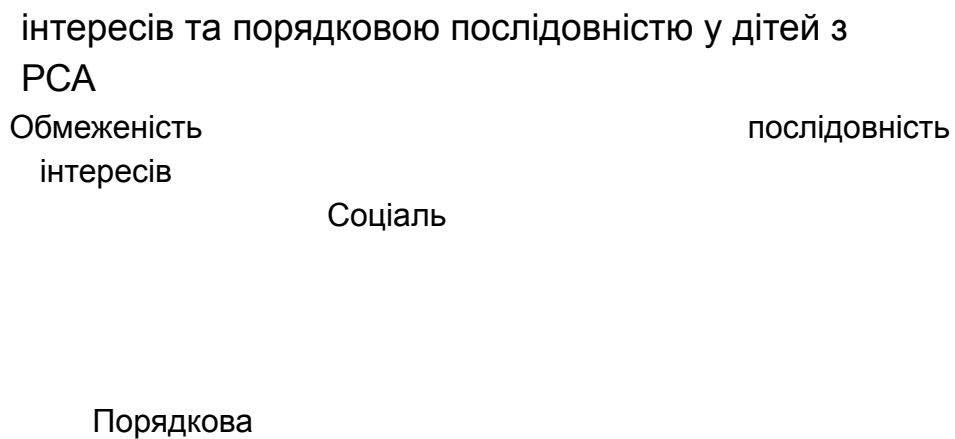
виявлений обернений кореляційний взаємозв'язок між показниками соціальна ініціатива та обмеженість інтересів ($r=-0,34$), порядкова послідовність ($r=-0,36$), зниження соціальної ініціативності дитини з РСА перебуває у взаємозв'язку із обмеженістю інтересів та зниженням

здатності до порядкової послідовності (див. рис. 1.9).

$r=- 0,34$

$r=- 0,36$

Рис. 1.9. Взаємозв'язок соціальної ініціативи із обмеженістю



24

Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками

діапазон аутизму та втрата навичок соціальної включеності ($r=0,48$), втрата навичок конструктивної гри з використанням уяви ($r=0,42$). Високий рівень аутизму призводить до втрати навичок соціальної включеності та втрати навичок конструктивної гри з використанням уяви, оскільки дитина не встановлює контактів з іншими (див. рис. 1.10).

Рис. 1.10. Взаємозв'язок високого рівня аутизму із втратою

навичок соціальної включеності та втратою навичок конструктивної

гри з використанням уяви у дітей з РСА

Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками симптоми аутизму та втрата комунікативних навичок ($r=0,38$), спонтанна імітація дій ($r=0,46$), високий рівень прояву симптомів аутизму призводить до втрати комунікативних навичок у дитини дошкільного віку та призводить до зниження прояву спонтанної

імітації дій (див. рис. 1.11).

$r= 0,42$

$r= 0,48$

му

рівень

му

Високий рівень

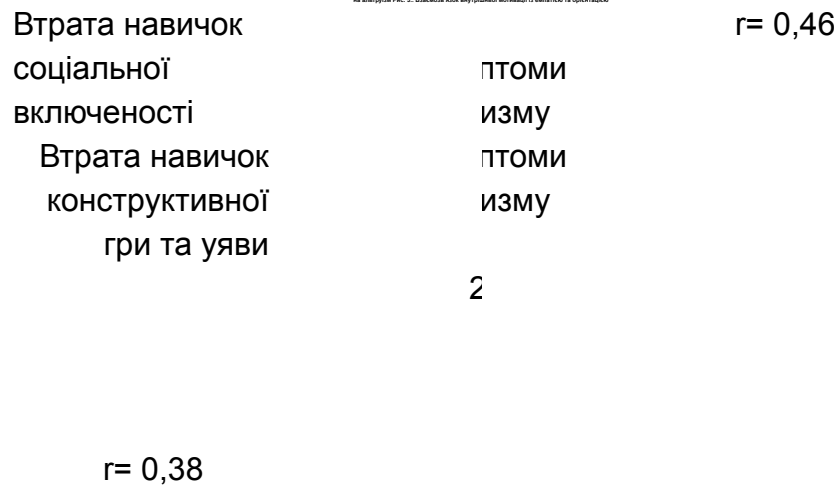


Рис. 1.11. Взаємозв'язок симптомів аутизму із спонтанною

імітацією дій та втратою комунікативних навичок у дітей з РСА

Встановлений прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками реверсивна пам'ять та вербальна комунікація ($r=0,54$), високий рівень розвитку вербальної комунікації впливає на рівень пам'яті, зокрема підвищує її. Отриманий прямий кореляційний взаємозв'язок між показниками пам'ять та імітація ($r=0,36$), вміння

дитини самостійно імітувати звуки, слова, вирази пов'язані із розвитком

пам'яті, зокрема підвищують її загальний обсяг (див. рис. 1.12).

Рис. 1.12. Взаємозв'язок реверсивної пам'яті вербальної комунікації та імітації у дітей з РСА

Можна зробити висновок про те, що у дітей з РСА виявлені кореляційні взаємозв'язки між показниками соціальна ініціатива, обмеженість інтересів, порядкова послідовність, діапазон аутизму, втрата навичок соціальної включеності, втрата навичок конструктивної

гри з використанням уяви, симптоми аутизму, втрата комунікативних навичок, спонтанна імітація дій. Зниження соціальної ініціативності дитини з РСА перебуває у взаємозв'язку із обмеженістю інтересів та зниженням здатності до порядкової послідовності. Високий рівень аутизму призводить до втрати навичок соціальної включеності та втрати

Спонтанна
імітація дій
Втрата

комунікативних
навичок

навичок конструктивної гри з використанням уяви, оскільки дитина не

встановлює контактів з іншими. Високий рівень прояву симптомів

аутизму призводить до втрати комунікативних навичок у дитини дошкільного віку та призводить до зниження прояву спонтанної імітації

дій. Вміння дитини самотійно імітувати звуки, слова, вирази пов'язані

із розвитком пам'яті, зокрема підвищують її загальний обсяг.

З допомогою **багатофакторного аналізу** емпіричних даних, отриманих у **групі** дітей з РСА виділено чотири фактори, які в сумі описують 66,2% дисперсії вибірки:

Фактор 1 можна назвати «Стереотипні паттерни поведінки». Він пояснює 29,3% дисперсії вибірки. До цього фактору входять такі шкали:

- ✓ Втрата комунікативних навичок (0,6907);
- ✓ реверсивна пам'ять (-0,9407);
- ✓ стереотипні паттерни поведінки (0,9596);
- ✓ порядкова послідовність (0,5024);

Найбільше факторне навантаження має шкала «стереотипні паттерни поведінки», а найменше – «порядкова послідовність». Цей фактор вказує на те, що зниження реверсивної пам'яті у дитини призводить до втрати комунікативних навичок, прояву стереотипних

паттернів поведінки та порядкової послідовності.

Фактор 2 можна назвати «Навички запам'ятовування». Він пояснює 18,4% дисперсії вибірки. До цього фактору входять такі шкали:

- ✓ зорово-просторові здібності (0,9562);
- ✓ фігура-фон (0,7151);
- ✓ соціальна ініціативність (0,5022);
- ✓ навички запам'ятовування (0,9608);
- ✓ доповнення форми (0,9348);

27

✓ Найбільше факторне навантаження має шкала «навички запам'ятовування», а найменше – «соціальна ініціативність». Цей фактор вказує на те, що високий рівень розвитку зорово-просторових здібностей пов'язаний із вмінням дитини виділяти фігури фону, здатністю до доповнення форми, соціальною ініціативністю та

навичками запам'ятовування.

Фактор 3 можна назвати «Діапазон аутизму». Він пояснює 10,3%

дисперсії вибірки. До цього фактору входять такі шкали:

- ✓ спонтанна імітація дій (0,7866);
- ✓ використання тіла іншого (0,6141);
- ✓ обмеженість інтересів (0,5050);
- ✓ стереотипні висловлювання (0,9501);
- ✓ діапазон аутизму (0,9535)

✓ Найбільше факторне навантаження має шкала «діапазон аутизму», а найменше – «обмеженість інтересів». Цей фактор вказує на

те, що спонтанна імітація дій, використання тіла іншого, обмеженість інтересів дитини, стереотипні висловлювання свідчать про високий рівень аутизму – діапазон аутизму.

Фактор 4 можна назвати «Розподіл уваги». Він пояснює 8,2%

дисперсії вибірки. До цього фактору входять такі шкали:

- ✓ візуальні паттерни (0,7296);
 - ✓ розподіл уваги (0,8545);
- $r = 0,36$

$r = 0,54$

рсивна
м'ять
рсивна
м'ять

на імміграцію

Рис. 1. Високий рівень внутрішньої мотивації та імміграції та орієнтації

Вербальна
комунікація

Імітація

28

✓ класифікація та аналогії (0,7305);

✓ стереотипні паттерни поведінки (-0,5850);

Найбільше факторне навантаження має шкала «розподіл уваги», а найменше – «стереотипні паттерни поведінки». Цей фактор вказує на те,

що візуальні паттерни, розподіл уваги, класифікація та аналогії знижує прояв стереотипного паттерну поведінки. Результати факторного аналізу

приведені у Таблиці 1.1.

Можна зробити висновок про те, що у дітей з РСА зниження реверсивної пам'яті у дитини призводить до втрати комунікативних навичок, прояву стереотипних паттернів поведінки та порядкової послідовності. Високий рівень розвитку зорово-просторових здібностей пов'язаний із вмінням дитини виділяти фігури фону, здатністю до доповнення форми, соціальною ініціативністю та навичками запам'ятовування. Спонтанна імітація дій, використання тіла іншого, обмеженість інтересів дитини, стереотипні висловлювання свідчать про високий рівень аутизму. Візуальні паттерни, розподіл уваги,

класифікація та аналогії знижує прояв стереотипного паттерну поведінки.

Таблиця 1.1. Стереотипні паттерни поведінки дітей з РСА

Назва фактора	Назва показника	Факторне навантаження
Загальна дисперсія вибірки Стереотипні паттерни поведінки втрата комунікативних навичок; реверсивна пам'ять; стереотипні паттерни поведінки;		0,6907
		-0,9407
		0,9596
		0,5024
		29,3

29

порядкова

послідовність

Навички

о-просторові

0,9562

0,9562	
запам'ятовування	
0,7151	фігура-фон;
	18,4
	18,4
0,5022	соціальна
	ініціативність
0,9608	навички
0,9348	запам'ятовування;
	доповнення форми

«Діапазон аутизму»	
кеність інтересів;	
отипні	
-0,5050	
-0,5050	
	10,3
	10,3
	10,3
	10,3
	спонтанна імітація дій;
	використання тіла
	іншого;

висловлювання;
діапазон аутизму

-0,7866

-0,6141

-0,9501

0,9535

«Розподіл уваги»

огії;

стереотипні паттерни

0,7305

0,7305

8,2

8,2

8,2

візуальні паттерни;

розподіл уваги;

класифікація та

поведінки

0,7296

0,8545

-0,5850

Результати **кластерного аналізу** досліджуваної групи дітей з РСА

дозволили виділити три кластери за рівнем аутизму.

30

До групи з високими результатами за показниками рівня аутизму

(1-й кластер) увійшло 32% та 68% дітей дошкільного віку. До групи з середніми результатами за показниками рівня аутизму (2-й кластер) було

віднесено 66% та 34% дітей дошкільного віку. До групи з низькими результатами за показниками рівня аутизму (3-й кластер) було віднесено

62% та 38% дітей дошкільного віку.

Підгрупа дітей 1-го кластера має високі показники за такими шкалами: спонтанна імітація на рівні (0,6), обмеженість інтересів на рівні

(0,4), втрата комунікативних навичок на рівні (0,5), якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії на рівні (0,6), порядкова

послідовність

на рівні (0,5). Тобто, для таких дітей характерними є високий рівень спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

Підгрупа дітей 2-го кластера має середні показники за такими шкалами: спонтанна імітація на рівні (0,4), обмеженість інтересів на рівні

(0,4), втрата комунікативних навичок на рівні (0,4), якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії на рівні (0,3), порядкова послідовність

на рівні (0,4). Тобто, для таких дітей характерними є середній рівень спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

Підгрупа дітей 3-го кластера має низькі показники спонтанної імітації на рівні (0,25), обмеженість інтересів на рівні (0,3), втрата комунікативних навичок на рівні (0,3), якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії на рівні (0,3), порядкова послідовність на рівні (0,2). Тобто, для таких дітей характерними є низький рівень спонтанної

імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні

порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

Згідно із результатів дослідження слід зазначити, що для дітей із високим рівнем аутизму слід використовувати навчальні та виховні методики у такому співвідношенні: ТЕЕАСН – у 50% дітей, сенсомоторну інтеграцію – у 30% дітей та арттерапевтичні техніки – у 20% дітей (див. рис. 1.13).

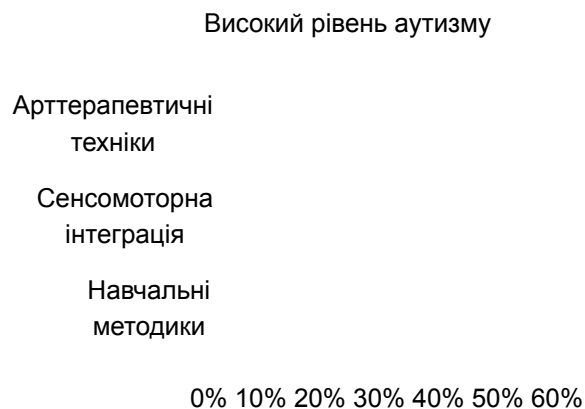


Рис. 1.13. Методи корекції високого рівня аутизму

Для дітей із середнім рівнем аутизму слід використовувати навчальні методики: ТЕЕАСН – у 40% дітей, сенсомоторну інтеграцію – у 20% дітей та арттерапевтичні техніки – у 40% дітей. У випадку емоційно-вольових порушень також ефективним є використання терапевтичних

методів (піскова терапія, казкотерапія, музикотерапія) (див. рис. 1.14).

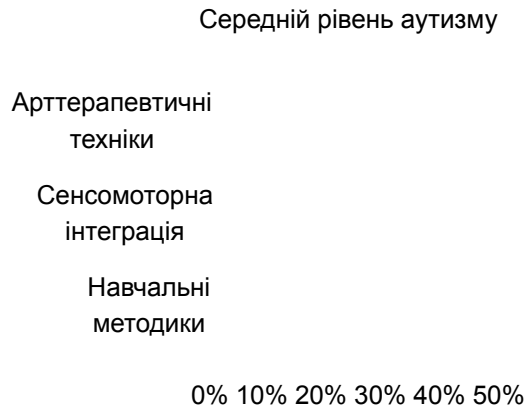


Рис. 1.14. Методи корекції середнього рівня аутизму

32

В роботі з дітьми з РСА важливо дотримуватись правил системного

підходу, індивідуально підбирати методи до особливостей дитини, відвідувати тренінги особистісного розвитку, вдосконалювати та поглиблювати фахові знання із навчально-виховних методик, арттерапевтичних технік.

Висновки до розділу

1

1. Представлено й обґрунтовано діагностичний інструментарій

для

дітей з аутизмом дошкільного віку, який охоплює використання таких методик: шкалу оцінювання аутизму (CASD), методику вивчення невербального інтелекту LEUTER-3, скринінгову діагностичну методику SQR, методику визначення основних характеристик дітей з аутизмом ADI-R. Запропонований інструментарій відповідає нозології захворювання дитини, її віковим характеристикам, специфіці її провідної діяльності, характерної для кожного вікового періоду.

2. Досліджено і визначено психологічні особливості дітей з різним рівнем аутизму:

- для дітей з високим рівнем аутизму характерними є високий рівень спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

- для дітей з середнім рівнем аутизму характерними є середній рівень спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

- для дітей з низьким рівнем аутизму характерними є низький рівень

спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

Встановлено, що у більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень прояву стереотипних висловлювань, обмеженості інтересів та низький рівень спонтанної імітації дій та соціальної ініціативи, зорово-просторових здібностей, навичок запам'ятовування, адекватності соціальних реакцій, переважає високий рівень агресії та самоагресії.

Стосовно індивідуальних здібностей дітей слід зазначити, що у більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький рівень музичних здібностей та середній рівень художніх здібностей.

Для більшості дітей дошкільного віку з РСА характерними є переважання низький рівня здатності до представлення фігури-фону, доповнення форми, здатності до класифікації та аналогії, порядкової послідовності, низький рівень стійкості уваги, реверсивної пам'яті та середній рівень візуальних паттернів, прогресивної пам'яті, розподілу

уваги. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень якісних порушень реципрокної соціальної взаємодії, якісних порушень комунікації та стереотипних паттернів поведінки.

2. За допомогою кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язки між

показниками рівня аутизму та психологічними властивостями дітей.

Встановлено, що у дітей з РСА виявлені кореляційні взаємозв'язки між

показниками соціальна ініціатива, обмеженість інтересів, порядкова послідовність, діапазон аутизму, втрата навичок соціальної включеності,

втрата навичок конструктивної гри з використанням уяви, симптоми аутизму, втрата комунікативних навичок, спонтанна імітація дій.

34

Зниження соціальної ініціативності дитини з РСА перебуває у взаємозв'язку із обмеженістю інтересів та зниженням здатності до порядкової послідовності. Високий рівень аутизму призводить до втрати

навичок соціальної включеності та втрати навичок конструктивної гри з

використанням уяви, оскільки дитина не встановлює контактів з іншими.

Високий рівень прояву симптомів аутизму призводить до втрати комунікативних навичок у дитини дошкільного віку та призводить до зниження прояву спонтанної імітації дій. Вміння дитини самостійно імітувати звуки, слова, вирази пов'язані із розвитком пам'яті, зокрема підвищують її загальний обсяг.

3. За допомогою факторного аналізу встановлено, що у дітей з РСА зниження реверсивної пам'яті у дитини призводить до втрати комунікативних навичок, прояву стереотипних паттернів поведінки та порядкової послідовності. Високий рівень розвитку зорово-просторових здібностей пов'язаний із вмінням дитини виділяти фігури фону, здатністю до доповнення форми, соціальною ініціативністю та навичками запам'ятовування.

4. На основі результатів дослідження розроблено корекційні та навчальні програми для дітей з РСА, які використовуються в умовах дошкільного навчального закладу.

35

РОЗДІЛ 2

НАУКОВІ ОСНОВИ СТВОРЕННЯ ТЕХНОЛОГІЧНОЇ КАРТИ

ІНДИВІДУАЛЬНОГО МАРШРУТУ ДІТЕЙ З РСА

2.1. Організація психологічного супроводу дітей з РСА у

дошкільних навчальних закладах

Мета психолого-педагогічного супроводу учасників навчально-виховного процесу – збереження психічного здоров'я дітей, розвиток комунікативних здібностей, інтеграція дітей зі спектром аутистичних порушень у суспільство.

Завдання:

- сприяти розвитку особистості кожного вихованця ДНЗ;
- сприяти розвитку пізнавальних процесів вихованців і з нормою в

розвитку, і з порушеннями спектру аутизму;

- сприяти розвитку емоційної сфери кожного вихованця ДНЗ;
- профілактика дезадаптаційної поведінки.

Напрямки роботи психолога:

- діагностика;
- консультаційна діяльність;
- корекційно-відновлювальна та розвивальна робота;
- психологічна підтримка: психологічна допомога усім

учасникам навчально-виховного процесу, батькам, педагогам;

- моніторинг ефективності психологічного супроводу дитини.

2.1.1. Модель психологічного супроводу дітей з РСА у дошкільній установі

Згідно з метою і завданнями роботи в процесі реалізації напрямків

роботи психолога було створено й експериментально перевірено модель

психологічного супроводу дітей з РСА у дошкільній установі (див.

рис. 2.1.).

36

1. Психологічна діагностика

Блоки Етап первинної

Етап діагностики поглибленої діагностики

Функції

Сенсорно- інтегративна

Діагностичний

Етап аналізу отриманих результатів та розробка індивідуальної програми розвитку **2.**

Психологічне консультування

Організаційно-

корекційна

змістовний

моніторингу

Батьки Пед

агоги

оціночно-

рефлексивн

Рис. 2.1. Модель психологічного супроводу аутичних дітей

4. Психологічна підтримка

5. Моніторинг ефективності психологічного супроводу дитини

Етап первинної діагностики

3. Психологічна корекція

Психотерапевтична взаємодія

Педагоги

2. 2. Індивідуальна програма розвитку аутичної дитини.

Модель психологічної корекції. Активізація пізнавальних процесів

аутичної дитини. На основі даних, отриманих за результатами психологічної діагностики, було здійснено розвідувальний факторний аналіз, а також кореляційний та дискримінантний аналіз, за допомогою яких створено й описано модель психологічної корекції як одного з компонентів психологічного супроводу аутичної дитини в дошкільній установі (див. рис. 2.2.).

*Рис. 2.2. Зміст індивідуального
маршруту психологічного супроводу
аутичної дитини*

Як видно з наведеної схеми, психологічний супровід дитини передбачає і послідовну, і комплексну реалізацію.

Для проведення індивідуальних занять потрібно забезпечити емоційний та психологічний комфорт дитини. Для цього важливо

встановити емоційний контакт з дитиною, результатом якого є її

адекватна поведінка під час заняття, що передбачає початкові вміння

концентрувати увагу на людській моделі поведінки, а також спільній діяльності.

Разом з тим, встановлення емоційного контакту з дитиною не є самоціллю, окремим видом роботи, а необхідне для виконання спільної

діяльності з психологом, яка сприятиме розвитку дитини. Тому встановлення емоційного контакту відбувається в процесі реалізації інших компонентів та етапів психологічної корекції: роботи над порушенням сенсорної інтеграції аутичної дитини та активізації пізнавальних психічних процесів.

На першому етапі роботи з дитиною необхідно подолати бар'єри

спілкування. Найвагомішим бар'єром може бути надвразливість чи надчуттєвість аутичної дитини, яка є наслідком порушення сенсорної

інтеграції, що відповідає встановленому нами фактора «порушення сенсорної інтеграції аутичних дітей». Порушення сенсорної інтеграції є

наслідком нездатності нервової системи одночасно інтегрувати інформацію, що надходить від органів чуття. У такому випадку інформація, що надходить до мозку, неправильно опрацьована, в

результаті виникають розлади сприймання, рухових навичок, гри, навичок самообслуговування, поведінки і навчання, а також є перешкодою для побудови з дитиною конструктивної взаємодії. Ефективним засобом подолання цього бар'єру є метод сенсорної інтеграції. Метод сенсорної інтеграції передбачає стимуляцію роботи органів відчуттів в умовах координації різних сенсорних систем. Тому на першому етапі психологічного супроводу психолог працює над сенсорною інтеграцією дитини.

Під час виконання НТР були придбані матеріали, зокрема модульний конструктор «Гірка», гойдалка «Платформа», обіймально-

39

стискальна машина «Сквізер» тощо, які використовувалися для сенсорної інтеграції дітей, яка включена до виконання індивідуальної програми розвитку дітей з РСА.

Подолання сенсорної надчуттєвості сприяє частковому налагодженню контакту з дитиною, що є передумовою для реалізації другого етапу – «активізації пізнавальних психічних процесів» аутичної дитини. На цьому етапі психологічної корекції потрібно створити внутрішні умови для ефективного сприйняття дитиною зовнішньої інформації. Коли дитина готова сприймати інформацію, важливо

продумати, у якій формі її подавати. Оскільки аутичні діти, як показали

наші дослідження, мають досить високі показники наслідування, то можна використати театральні прийоми (пантоміма, інсценізації), які допоможуть дитині сприймати і краще засвоювати поданий матеріал.

Уміння наслідувати інших лежить в основі усіх когнітивних навиків і в основі всього розвитку дитини. Як уже було згадано, здатність до наслідування передбачає прості безпосередні повторення, а саме, здатність до простих і безпосередніх повторень: рухів губ і язика, а також

наслідування голосу, звуків, складів, слів, речень, що сприяє розвитку

мови і мовлення. Завдяки здатності до повторення рухів і дій можемо

покращити велику і дрібну моторику (загальну моторику), зорово-рухову координацію. Наслідування мови, а також рухів і дій сприятиме

збільшенню здатності концентрації уваги на моделі людської поведінки,

що є важливою передумовою для закріплення добре налагодженої взаємодії з психологом, а також на спільній діяльності, що сприятиме

засвоєнню складніших навичок і форм поведінки, розвитку пізнавальних

здібностей.

За допомогою кореляційного аналізу вдалося виокремити механізми впливу, що сприятимуть подоланню порушення сенсорної інтеграції аутичної дитини, активізації її пізнавальних процесів і

40

встановленню емоційного контакту з аутичною дитиною. Такими механізмами є: розвиток рухів і дій дитини; розвиток здатності до копіювання геометричних фігур; розвиток гностичних функцій, а саме,

здатності до впізнавання реальних зображень, перекреслених і накладених зображень, здатності правильної оцінки ритмічних структур,

сприйнятих на слух, розвиток акустичної уваги, здатності до впізнання

просторово орієнтованих фігур, впізнання та якісної ідентифікації емоцій; розвиток мовленнєвих функцій, а саме, розгорнутого мовлення,

формування розуміння логіко-граматичних конструкцій; розвиток пам'яті, а саме, здатності до заучування не пов'язаних за змістом слів;

розвиток рухової пам'яті, а саме, здатності до запам'ятовування і відтворення рухів; розвиток зорової пам'яті, що проявляється у здатності

до запам'ятовування і впізнання зображень; розвиток інтелекту, а

саме,

таких розумових операцій, як розуміння сенсу розповіді і сюжетних картин, виведення аналогій та відкидання понять.

Отже, з наведеної схеми з'ясувалося, що за допомогою механізмів

впливу можемо впливати на подолання порушення сенсорної інтеграції

аутичних дітей, активізацію пізнавальних психічних процесів, що, своєю

чергою, сприяє налагодженню емоційного контакту з аутичною дитиною. Подолання порушень у цих трьох сферах сприятиме підвищенню рівня розумового розвитку та зниженню ступеня аутизму.

2.3. Технологічна карта індивідуального маршруту розвитку дитини з РСА в дошкільному закладі

Етапи	Послідовність дій	Тривалість
-------	-------------------	------------

розвитку

1. Загальні відомості про дитину, причина розробки ІМР.		1.5 год. 1.5 год.
---	--	----------------------

Систематизація даних

відомості розвитку дитини з аутизмом на підставі дослідження, та особливості найближчого оточення дитини та його ролі стосовно цілісного

2. Діагностичні дані на дитину.

ого рівня знань та розвитку 1-2 міс.

(залежно від	чення, тижневу кількість годин,
ступеня	жну послугу, місце проведення.
важкості	Протягом
порушенн я	Протягом
у дитини з	року
РСА)	року

3.Оздоровчий маршрут дитини (необхідне медичне втручання, заходи щодо загартування, підтримки фізичного тону су дитини).

медичних втручань, послідовність їх ня, кількість препаратів/процедур, тижнева дин, що відводяться на процедури;

Протягом року
Протягом року

5. Сітка зайнятості дитини

овності введення дитини в дошкільної групи. Визначення но програми для дошкільників з ва дитина»/ «Розквіт» або ограми дошкільного закладу, оведення, кількість годин, що дення занять за рік навчання, та годин; у сітці враховуються індивідуальні та групові заняття, секції тощо.

4.Абілітаційний, корекційний, реабілітаційний, психотерапевтичний маршрут дитини

Протягом
Протягом року
року

(заняття, необхідні для покращення та підтримки психічного розвитку дитини).

переліку абілітаційних, корекційних, іних, психотерапевтичних послуг,

сфера
розвитку/формування
компетенції, результат
заняття).
звитку/формування
іт заняття.

Протягом
Протягом

6.Реалізація
індивідуального
маршруту (вказується

року
року

42

7. Динамічна карта

Невід'ємною складовою процесу реалізації

Протягом спостереження

індивідуального маршруту розвитку є оцінка динаміки розвитку дитини з РСА,

збирання відомостей про її

року

успіхи (творчі роботи, результати спостережень вихователів, контрольні аркуші, результати тестів тощо). Способи оцінки успіхів дитини (фіксація змін за сферами розвитку/формування компетенцій для оптимальної корекції компонентів соціалізації та навчально-розвивального процесу)

8. Рекомендації щодо
Залучення батьків до розробки та подальшої реалізації

Протягом роботи з батьками.

ІМР

року

- **Команда з ІМР.** Індивідуальна програма розвитку розробляється командою фахівців (заступник директора з навчально-виховної роботи, вихователі, асистент дитини, психолог, корекційний педагог та інші) з обов'язковим залученням батьків або осіб, які їх замінюють, з метою визначення конкретних стратегій і підходів до соціалізації, виховання та навчання дитини з РСА та затверджується керівником дошкільного закладу.

- Індивідуальний маршрут розвитку розробляється на один рік.

- Двічі на рік (за потреби частіше) маршрут переглядається з метою його коригування.

Висновки до розділу 2.

1. Розроблена модель психологічного супроводу дітей з РСА у дошкільній установі, яка охоплює такі напрямки роботи:

1) психологічну діагностику, що складається з таких етапів:

- етап первинної діагностики;
- етап поглибленої діагностики;
- етап аналізу отриманих результатів та розробка індивідуальної програми розвитку;

2) психологічне консультування;

3) психологічна корекція, яка передбачає реалізацію таких етапів:

- активізація пізнавальних психічних процесів аутичної дитини;

43

– подолання порушення сенсорної інтеграції аутичних дітей.

Внаслідок реалізації цих компонентів здійснюється встановлення

емоційного контакту з аутичною дитиною;

1) психологічна підтримка;

2) моніторинг ефективності психологічного супроводу аутичної

дитини. Виокремлено також механізми впливу, що сприяють реалізації цих

трьох етапів, а саме: розвиток рухів і дій, розвиток здатності до копіювання геометричних фігур, гностичних функцій, мовленнєвих функцій, пам'яті та інтелекту.

2. Зміст індивідуального маршруту психологічного супроводу

аутичної дитини, складається з таких компонентів та етапів:

активізація пізнавальних психічних процесів; подолання

порушення сенсорної інтеграції аутичних дітей та
встановлення

емоційного контакту спеціалістів з аутичною дитиною. За

допомогою кореляційного аналізу вдалося виокремити

механізми впливу, що сприятимуть подоланню порушення

сенсорної інтеграції аутичної дитини, активізації її
пізнавальних

процесів і встановленню емоційного контакту з аутичною

дитиною. Такими механізмами є: розвиток рухів і дій дитини;

розвиток здатності до копіювання геометричних фігур;
розвиток

гностичних функцій, розвиток мовленнєвих функцій; розвиток

пам'яті; розвиток інтелекту.

3. На основі результатів дослідження розроблена технологічна

карта індивідуального маршруту дітей із спектром
аутистичних

порушень у дошкільних закладах.

ВИСНОВКИ

1. Представлено й обґрунтовано діагностичний інструментарій

для дітей з аутизмом дошкільного віку, який охоплює

використання таких методик: шкалу оцінювання аутизму (CASD), методику вивчення невербального інтелекту LEUTER-

3, скринінгову діагностичну методику SQR, методику визначення основних характеристик дітей з аутизмом ADI-R.

Запропонований інструментарій відповідає нозології захворювання дитини, її віковим характеристикам, специфіці її провідної діяльності, характерної для кожного вікового періоду.

2. Досліджено і визначено психологічні особливості дітей з різним рівнем аутизму:

- для дітей з високим рівнем аутизму характерними є високий рівень спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

- для дітей з середнім рівнем аутизму характерними є середній рівень спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

- для дітей з низьким рівнем аутизму характерними є низький

рівень

спонтанної імітації, обмеженість інтересів, втрата комунікативних навичок, якісні порушення соціальної реципрокної взаємодії та порядкової послідовності.

Встановлено, що у більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень прояву стереотипних висловлювань, обмеженості інтересів та низький рівень спонтанної імітації дій та соціальної ініціативи, зорово-просторових здібностей, навичок

45

запам'ятовування, адекватності соціальних реакцій, переважає високий

рівень агресії та самоагресії.

Стосовно індивідуальних здібностей дітей слід зазначити, що у більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає низький рівень музичних здібностей та середній рівень художніх здібностей.

Для більшості дітей дошкільного віку з РСА характерними є переважання низький рівня здатності до представлення фігури-фону, доповнення форми, здатності до класифікації та аналогії, порядкової послідовності, низький рівень стійкості уваги, реверсивної пам'яті та середній рівень візуальних паттернів, прогресивної пам'яті, розподілу

уваги. У більшості дітей дошкільного віку з РСА переважає високий рівень якісних порушень реципрокної соціальної взаємодії, якісних порушень комунікації та стереотипних паттернів поведінки.

3. За допомогою кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язки між

показниками рівня аутизму та психологічними властивостями дітей.

Встановлено, що у дітей з РСА виявлені кореляційні взаємозв'язки між

показниками соціальна ініціатива, обмеженість інтересів, порядкова послідовність, діапазон аутизму, втрата навичок соціальної включеності,

втрата навичок конструктивної гри з використанням уяви, симптоми аутизму, втрата комунікативних навичок, спонтанна імітація дій.

Зниження соціальної ініціативності дитини з РСА перебуває у взаємозв'язку із обмеженістю інтересів та зниженням здатності до порядкової послідовності. Високий рівень аутизму призводить до втрати

навичок соціальної включеності та втрати навичок конструктивної гри з

використанням уяви, оскільки дитина не встановлює контактів з іншими.

Високий рівень прояву симптомів аутизму призводить до втрати комунікативних навичок у дитини дошкільного віку та призводить до

зниження прояву спонтанної імітації дій. Вміння дитини самостійно

46

імітувати звуки, слова, вирази пов'язані із розвитком пам'яті, зокрема підвищують її загальний обсяг.

4. За допомогою факторного аналізу встановлено, що у дітей з РСА зниження реверсивної пам'яті у дитини призводить до втрати комунікативних навичок, прояву стереотипних паттернів поведінки та порядкової послідовності. Високий рівень розвитку зорово-просторових здібностей пов'язаний із вмінням дитини виділяти фігури фону, здатністю до доповнення форми, соціальною ініціативністю та навичками запам'ятовування.

5. Побудована модель психологічного супроводу дітей з РСА у

дошкільній установі, яка охоплює такі напрямки роботи:

1) психологічну діагностику, що складається з таких етапів:

- етап первинної діагностики;
- етап поглибленої діагностики;
- етап аналізу отриманих результатів та розробка індивідуальної

програми розвитку;

2) психологічне консультування;

3) психологічна корекція, яка передбачає реалізацію таких етапів:

– активізація пізнавальних психічних процесів аутичної дитини;

– подолання порушення сенсорної інтеграції аутичних дітей.

3) психологічна підтримка;

4) моніторинг ефективності психологічного супроводу аутичної

дитини.

6. На основі результатів дослідження розроблена технологічна карта індивідуального маршруту дітей із спектром аутистичних порушень у дошкільних закладах.

47

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Марценковський І. А. Дитячий аутизм: особливі діти з особливими потребами / І. А. Марценковський // Здоров'я України. Педіатрія. Психіатрія. – 2007. – No 18/1.

2. Марценковський І. А., Бікшаєва Я. Б., Дружинська О. В.

Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектра аутизму /

І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, О. В. Дружинська //
Нейро-News:

психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2007. – Вип.
2.

3. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги :
навч. посіб. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка,
2006.

– 110 с. 4. Островська К. О. Засади комплексної

психолого-педагогічної

допомоги дітям з аутизмом : моногр. / К. О. Островська. – Львів :
Тріада

плюс, 2012. – 520 с.

5. Островська К.О. Основи психолого-педагогічної та медичної
діагностики дітей із спектром аутистичних порушень. Навчальний
посібник / К. О. Островська, І. П. Островський. – Львів: Тріада плюс,
2015. – 228 с.

6. Островська К. О., Качмарик Х. В. Комплекс
психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та
рівня
розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ
No2640157 від

14.01.201.

7. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка.

Олігофренопедагогіка: підручник. – Частина І. Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). – К.: Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – 238с.

48

8. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка.

Олігофренопедагогіка. Ч. 1 : Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки) : підруч. / В. М. Синьов. – К. : Вид-во НПУ ім. М. Драгоманова, 2007. –

238 с. 9. Синьов В. М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху до інтеграції у світовий простір / В. М. Синьов // Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття : матер. міжнар. наук. конф. – К.,

2005. –

С. 175–180.

10. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології : навч.

посіб. для студ. Тарасун В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації

аутичних дітей : навч. посіб. для вищих навч. закл. / В. Тарасун,

Г. Хворова ; за наук. ред. В. Тарасун. – К., 2004. – 104 с.

11. Тарасун В. В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації) / В. В. Тарасун // Дефектологія. – 2005. – No 1. – С. 25–30.

12. Тарасун В. В., Куценко Т. О., Скрипник Т. В. та ін. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт» / В. В. Тарасун, Т. О. Куценко, Т. В. Скрипник та ін. – К., 2013.

– 234 с. 13. Хворова Г. М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Г. М. Хворова ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2010. – 22 с.

14. Хворова Г. М. Особливості корекційно-розвивального навчання дітей з аутизмом / Г. М. Хворова // Науковий часопис НПУ ім.

М. П. Драгоманова. Сер. 19 : Корекційна педагогіка та психологія : зб.

наук. праць. – К. :НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2004. – No 1. – С.

247–258.

15. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутичних порушень у дітей / Д. І. Шульженко. – К., 2009. – 386 с.

16. Gutstein S. E. Evaluation of the relationship development intervention program / S. E. Gutstein, A. F. Burgess, K. Montfort. // Autism.

– 2007. – No11. – Pp. 397 - 411.

17. Filipek P. A. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders / P. A. Filipek, P. J. Accardo, G. T. Baranek. // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2000. – No30. – Pp. 439-484.

18. Mandell D. S. The Role of Culture in Families' Treatment Decisions for Children with Autism Spectrum Disorders / D. S. Mandell, M.

Novak. // Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. – 2005. – No11. – Pp. 110–115.

19. Mayes S. D. Comparison of Scores on the Checklist for Autism Spectrum Disorder, Childhood Autism Rating Scale, and Gilliam Asperger's

Disorder Scale for Children with Low Functioning Autism, High Functioning

Autism, Asperger's Disorder, ADHD, and Typical Development / S. D.

Mayes, S. L. Calhoun, M. G. Murray. // Journal of Autism and Developmental

Disorders. – 2009. – No39. –
Pp.1682–1693.

20. Myers S. M. Management of Children With Autism Spectrum Disorders /

S. M. Myers, C. P. Johnson. // Pediatrics. – 2007. – No120. – Pp.
1162 –
1182.

21. Noterdaeme M. Evaluation of neuromotor deficits in children
with

autism and children with a specific speech and language disorder. / M.

Noterdaeme, K. Mildenberger, F. Minov. // European Child & Adolescent
Psychiatry. – 2002. – No11. – Pp. 158 –
163.

50

22. Zwaigenbaum L. Early Identification of Autism Spectrum
Disorder: Recommendations for Practice and Research / L.
Zwaigenbaum, M.

L. Baumann, W. L. Stone. // Pediatrics. – 2015. – No136. – Pp. 81 –
89.