

Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини
Факультет соціальної та психологічної освіти

Кафедра психології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітній ступінь магістр

на тему: «Психологічна модель раннього втручання
для дітей з аутизмом»

Виконав: студент 2 курсу 266 групи
спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
«Психологія»

Шейк-Сейкін О. А.

Керівник:
кандидат психологічних наук
Шулдик Г.О.

Рецензент:
доктор психологічних наук
Сафін О.Д.

Умань – 2023

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ:	
ЗАКОРДОННИЙ І ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД	8
1.1. Аналіз психолого-педагогічної літератури про становлення ранньої допомоги дітям з особливими потребами.....	8
1.2. Розвиток дитини з аутизмом раннього віку та шляхи допомоги.....	17
РОЗДІЛ 2. ВИДИ МОДЕЛЕЙ НАДАННЯ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З АУТИСТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	29
2.1. Характеристика різних видів моделей надання допомоги дітям з розладами аутистичного спекту.....	29
2.2. Використання психологічної моделі раннього втручання для дітей з проявом аутизму.....	34
2.3. Методичні рекомендації працівникам, які надають ранню допомогу дітям з аутистичними розладами	50
ВИСНОВКИ.....	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58
ДОДАТКИ.....	63

ВСТУП

Актуальність дослідження. Зараз в Україні відбувається докорінне переосмислення парадигми навчання і виховання дітей з особливими потребами. Гострим питанням сьогодення є надання ранньої кваліфікованої і ефективною допомогою дітям, які мають відхилення у розвитку, у тому числі з розладами аутистичного спектра. Раннє втручання покликано створити умови для розвитку і корекції дитини раннього віку з метою підготовки входження її в освітній простір і є фундаментом інклюзивної освіти дітей з аутизмом. **Розлади аутистичного спектра (РАС, скорочено – аутизм)** – це загальний розлад розвитку, що має неврологічну природу та характеризується такими проявами, як: стійкі дефіцити соціальної комунікації та соціальної взаємодії, зокрема дефіцити в соціально-комунікативній взаємності, невербальній комунікативній поведінці, установленні й підтриманні соціальних стосунків; обмеженість, повторюваність у структурі поведінки, інтересів чи діяльності (стереотипні моторні рухи, мовлення або маніпуляція предметами); занадто вузький спектр інтересів і надмірне захоплення ними; надмірна або недостатня реакція на отримувану сенсорну інформацію та /або незвичний інтерес до певного сенсорного аспекту навколишнього середовища [27]. Перші роки життя дитини є найсприятливішими для формування особистості дитини і розвитку її мозку, тому своєчасно виявлені порушення в розвитку дитини в цьому віці і вчасно надана допомога, значно покращує результати раннього втручання. **Раннє втручання** – це родинно-орієнтована комплексна (медична, психологічна, соціальна) допомога дітям раннього віку, у яких виявлено порушення (відхилення) в розвитку, ризику їх виникнення в старшому віці, а також – родинам, які виховують таких дітей. Раннє втручання дозволяє: 1) максимально широкого охопити дітей з проблемами в розвитку на ранніх етапах онтогенезу; 2) долати розрив між моментом визначення первинного порушення в розвитку дитини і початком надання

комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги, а також консультативної допомоги батькам; 3) попереджати виникнення вторинних за своєю природою порушень в розвитку дітей, забезпечує максимальну реалізацію реабілітаційного потенціалу і, тим самим, максимально можливе зниження рівня ризику соціальної недостатності дитини; 4) максимально розкрити реабілітаційний потенціал сім'ї в наданні допомоги і підтримки дитині;

Раннє втручання робить можливим включення дітей в загальний освітній потік (інтегроване навчання) на більш ранньому етапі вікового розвитку (в дошкільному віці), що виключає для них необхідність дорогої спеціальної шкільної освіти.

Основна форма надання послуг дитині та її родині у межах служб ранньої допомоги – психолого-педагогічний супровід. Він спрямовується на оцінку і підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківської взаємодії і подолання поведінкових проблем. Технологія раннього втручання створює реальні передумови вирішення важливої проблеми – своєчасної корекції порушень розвитку дітей раннього віку з РАС. На сьогодні існує ряд починань, пов'язаних з наданням ранньої допомоги дітям з особливостями психофізичного розвитку в Україні. Так, Міжнародна громадська організація HealthProm (Лондон), Національна Асамблея людей з інвалідністю України та Благодійний фонд «Інститут раннього втручання» (Харків) з осені 2016 започаткували та впроваджують Програму «Батьки за раннє втручання в Україні». Програма спрямована на підтримку недержавних організацій, якими керують батьки (або які створені батьками) дітей з інвалідністю та активних батьків дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю в їх участі в процесах розробки та впровадження системи раннього втручання в Україні. Досить тривалий час на території України локально існує послуга раннього втручання, яка надається окремими організаціями. З 2016 року в рамках проекту UNICEF «Підготовка команд раннього втручання і фахівців у

громаді» здійснюється навчання фахівців технології надання цієї послуги. Навчання команд проводиться Благодійним Фондом «Інститут раннього втручання» міста Харкова за підтримки таких організацій: УРЦ «Джерело» (Львів), ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1.

За даними Центру контролю та попередження захворювань в США, які були отримані в 2014 році на вибірці 8-ми річних дітей, одна дитина із 68 має діагноз аутизму. Тобто, у кожної 68-мої новонародженої дитини діагностується аутизм. Спостерігається збільшення випадків аутизму оскільки цей показник є приблизно більшим на 30% ніж у 2008 (1 із 88), на 60% ніж у 2006 (1 із 110), на 120% ніж у 2002 та 2000 (1 із 150) (Center for Disease Control). Позитивні зміни відбуваються в діагностиці розладів аутичного спектра та інтервенції (втручання). Завдяки дослідженням, вже починаючи з 6–12 місяців можна ідентифікувати дітей, які швидше всього отримають діагноз аутизму в майбутньому. Постановка діагнозу є вже можливою в 2–3,5 роки, тоді як раніше постановка діагнозу затягувалася до 4–5-го року життя. Фахівці, які надають допомогу таким дітям, наголошують на тому, що раннє втручання дає найбільш значущі результати. Незважаючи на очевидність перспективності раннього втручання, вважаємо необхідним з'ясувати чому раннє втручання є ефективним методом інтервенції та чи існують дослідження, які б підтверджували цю ефективність.

На жаль, психологічний компонент раннього втручання, на відміну від медичного та корекційно-педагогічного, є найменш розробленим. Тому обрана нами тема дослідження є надто актуальною.

Об'єктом дослідження є аутизм.

Предметом дослідження є вияв аутизму в ранньому дитинстві

Мета магістерської роботи: описати та експериментально перевірити модель раннього втручання для дітей з аутизмом.

Завдання випускної роботи:

1. Проаналізувати психолого-педагогічну літературу про аутизм та шляхи допомоги.
2. Перевірити психологічну модель раннього втручання для дітей з аутизмом.
3. Описати методичні рекомендації надання ранньої допомоги дітям раннього віку з аутизмом.

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз, класифікація, систематизація, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень; *емпіричні* – спостереження, анкета для батьків дітей з РАС, опитувальник взаємодії батьків з дитиною, шкали розвитку за ESDM, оцінка потреб дитини та її сім'ї (за програмою ЮНІСЕФ) методи розвитку імітації, фізичної реабілітації.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось на базі Комунального закладу “Уманський навчально-реабілітаційний центр Черкаської обласної ради”, а також дошкільні навчальні заклади ясла – садки комбінованого типу №7, №12 м. Умані.. У дослідженні взяли участь 10 дітей раннього віку.

Теоретичне значення. Проаналізовано та структуровано дослідження зарубіжних і вітчизняних науковців з проблеми аутизму у дітей.

1. **Практична значущість** отриманих результатів полягає в тому, що узагальнення теоретичного матеріалу з досліджуваної проблеми, підібраний психодіагностичний комплекс, описані стандарти надання ранньої допомоги дітям раннього віку з аутизмом можуть бути використані батьками, практичними психологами, педагогами при роботі з дітьми.

Апробація результатів дослідження. Основні положення, висновки та результати дослідження були обговорені на засіданнях кафедри психології факультету соціальної та психологічної освіти Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини, висвітлені в доповідях на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Теорія та практика психокорекції особистості» (м. Умань, 26 жовтня 2023 р.); Всеукраїнській

науковій інтернет-конференції «Актуальні питання психології: теорія, методика, практика» (м. Умань, 11–12 жовтня 2023 р.).

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст роботи викладено на 80 сторінках комп'ютерного тексту.

РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ: ЗАКОРДОННИЙ І ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

1.1. Аналіз психолого-педагогічної літератури про становлення ранньої допомоги дітям з особливими потребами

Розглянемо яким чином відбувалося становлення системи раннього втручання в США та країнах Європи. Вперше питання надання ранньої допомоги дітям з відхиленнями у розвитку було піднято у закордонній спеціальній педагогіці та психології. Актуальність цієї проблеми обумовлена унікальністю дитячого віку в плані становлення ряду психічних функцій дитини. Одними з перших до проблеми раннього віку звернулися Е. Фромм та Д.Боулбі, чії вчення вплинули на становлення теорії ранньої допомоги дітям. Вони розглядати соціальне оточення не просто як умову, а як найважливіший чинник розвитку особистості. Під середовищем Е. Фромм розумів також найближче оточення дитини, її родину та близьких. Значущість соціального оточення, у тому числі сім'ї дитини, розкривав англійський психолог і психіатр Д. Боулбі (1958) в теорії прихильності [5]. Сутність теорії олягає в тому, що основні проблеми, які відчувають діти в процесі соціалізації, пов'язані з порушенням спілкування з батьками, недостатністю тепла і турботи в ранньому віці. Ідея вченого полягала в тому, що в перші місяці між матір'ю і дитиною існує зв'язок, який не зводиться ні до сексуальності, ні до інстинктивної поведінки. Різкий розрив цього зв'язку призводить до серйозних порушень у психічному розвитку, перш за все, у структурі особистості. Такі порушення можуть виявитися не одразу, а значно пізніше. Дослідження Д.Боулбі показали, що діти, які мають тісний емоційний контакт з матір'ю, демонструють більш високі результати з точки зору рівня пізнавальної активності, ніж діти, які росли в «холодних» сім'ях [5, С. 360-374].

22 Формування типу прихильності матері і немовляти і особистості дитини багато в чому залежить від отриманого нею досвіду взаємодії з матір'ю на самих ранніх етапах розвитку. Це положення особливо

важливо при розгляді і аналізі дітей з розладами аутистичного спектра [5; 10; 30; 60]. Аналіз даних теорій дає нам цінний матеріал для розуміння суті організації психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями у розвитку і дозволяє виділити наступні концептуальні положення:

1) розуміння самотності дитини, її інтересів, допомога в становленні самооцінки буде стимулом позитивного розвитку дитини;

2) ранні періоди життя відіграють особливу роль у розвитку особистості;

3) людина – перш за все соціальна істота і тому не може розвиватися без контактів з навколишніми людьми, а найближчим оточенням дитини є, в першу чергу, її сім'я і близькі.

Наукове обґрунтування теорії розвитку людини в дитячому та ранньому віці (від народження до трьох років) істотно вплинуло на практичну зміну організаційних форм надання допомоги дітям перших місяців і років життя за кордоном, що сприяло створенню міждисциплінарних програм, орієнтованих на немовлят і їх родин [8; 26; 51]. У 60-80-х рр. ХХ ст. в країнах Європи увага дослідників фіксується на конкретних труднощах дітей, організовується робота з подолання порушень у дітей із залученням різних спеціалістів. Участь батьків і їх консультування з питань розвитку дітей є невід'ємним фактором успішної корекційної роботи з дітьми групи ризику. Розширюється віковий діапазон дітей, з якими ведеться корекційно-розвиткова робота, вперше створюються групи для дітей раннього та дошкільного віку. Однією з концептуальних в розробці програм раннього втручання стає концепція нормалізації дітей не залежно від їх медичної, генетичної або будь-якої іншої індивідуальної відмінності, розроблена шведським вченим Бенгтоном Нірье (Nirye, 1968). Другою концептуальною основою програм раннього втручання є принцип інтеграції. Всі вони затверджені на рівні державної політики західних країн [28]. За відправну точку до розробки програм ранньої допомоги, або «Раннього втручання» («early intervention»), в ході психофізичного розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я та життєдіяльності слугували програми випереджального навчання (Head Start).

Вони побудовані на принципах особливої значущості перших місяців і перших років життя для подальшого розвитку дитини і застосовуються для соціально-педагогічної підтримки сім'ї та дитини в період, коли способи взаємодії сім'ї з оточуючим світом тільки починають формуватися. У процесі реалізації програм немовлята розглядаються не пасивними об'єктами діяльності, поведінка яких односторонньо формується в прямій залежності від дій і поведінки дорослих, а активними суб'єктами спільної діяльності. Їх розвиток відбувається у процесі взаємодії з навколишнім соціальним середовищем, перш за все, з матір'ю. Паралельно зі створенням груп раннього втручання в країнах Європи створюються програми ранньої допомоги в США. В даному контексті «рання допомога» розглядається, як допомога для дітей перших років життя з виявленими відхиленнями у розвитку. Однією з перших програм розвитку дітей з складними порушеннями вважається програма раннього навчання дітей з синдромом Дауна, розроблена Л. Рходес з групою колег (Rhodes L. et al., 1969) в державному госпіталі Сонома (США), яка засвідчила ефективність ранньої допомоги. Природнім розширенням сфери використання програм «Раннього втручання» стало включення в освітній простір немовлят і дітей раннього віку з вродженими і набутими вадами, які значною мірою обмежували можливості їхньої життєдіяльності. Так, створені керівництва для дітей з відставанням в руховому розвитку, з синдромом Дауна, з сенсорними порушеннями. У них відображені два фундаментальних напрями філософії і практики освіти західних країн: принцип нормалізації і методики оперантного навчання [51]. При Вашингтонському університеті (США) з метою апробації програми ранньої педагогічної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку «Маленькі сходи» (Сідней, Австралія) була організована служба ранньої допомоги. Дана програма призначалась для педагогічної стимуляції розвитку дитини з розумовими та фізичними порушеннями і розраховувалась на дітей від народження до чотирьох років. Концептуальним положенням програми «Маленькі сходи» є інноваційний

підхід в галузі освіти дітей з порушеннями у розвитку. Головна ідея цієї програми говорить про те, що вчитися можуть всі діти. І хоча дитина з порушеннями розвитку вчиться повільніше, проте вона також може вчитися [27]. Надалі, з отриманням відчутних результатів від реалізації програми, намітилася тенденція створення програм ранньої допомоги, в яких було закладено механізм взаємодії між різними відомствами на рівні штату або між недержавними некомерційними організаціями і державними установами. На підставі результатів чисельних досліджень в різних галузях розвитку дітей конгрес США прийшов до висновку, що для зменшення вірогідності відставання в розвитку і підвищення здатності сімей задовольняти особливі потреби немовлят і дітей раннього віку необхідно розвивати всебічну, скоординовану, міждисциплінарну, міжвідомчу програму служб раннього втручання. Конгрес прийняв поправки до дії закону про освіту інвалідів, що регулюють діяльність всіх громадських інститутів, і доповнив його частиною, що стосується дітей від народження до трьох років, у яких відповідними діагностичними методами виявлені затримки в різних видах розвитку: пізнавальному, руховому, мовленнєвому, самообслуговуванні, соціальному і емоційному, а також тих дітей, які живуть в умовах продіагностованої високої ймовірності затримки в розвитку (Public Law, 1986). Таким чином, рання допомога на рівні окремих штатів стала знаходити статус соціальної системи, що включає комплекс структурних, функціональних і змістових характеристик. Усі ці процеси вносили суттєві коригування в поняття ранньої допомоги і стали розглядатися не тільки як окремі соціально-педагогічні або психотерапевтичні програми і проекти для дітей дитячого та раннього віку з груп соціального і біологічного ризику і їх сімей, а й як комплекс медикосоціальних та психолого-педагогічних служб (J. H. Cooper, 1981). Починаючи з 1990-х рр. пріоритетною є реалізація цілісного підходу до розвитку особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Усвідомлюється і приймається установка на те, що, незалежно від віку, дитині необхідне максимальне стимулювання активності, самостійності і

відповідальності за результати її діяльності, будь-якої: соціальної чи пізнавальної. Ретроспективний аналіз історії становлення ранньої допомоги в США дозволив простежити вимірювання ціннісних орієнтирів суспільства і держави у вирішенні даного питання. Пріоритетним напрямком стає забезпечення якості життя дитини раннього віку і визначення шляхів формування ефективного стилю спілкування. Нові цінності, цілі і результати лягають в основу концептуальної моделі ранньої допомоги, у фокусі уваги якої знаходиться навчання, інформаційнопросвітницька робота з батьками і з найближчим оточенням дитини. Для цього розробляються спеціальні керівництва, орієнтовані як на професіоналів, так і на батьків, що залучаються у процес надання допомоги своїй дитині, які містять інформацію про основні етапи розвитку дитини і її вмінь; визначаються цілі і завдання роботи фахівця в галузі ранньої допомоги, планується послідовність корекційних дій, що сприяють розвитку дитини [8; 45; 48]. У процесі становлення і розвитку системи ранньої допомоги виділилися два основних напрямки конструювання програм «Раннього втручання»: психотерапевтичні і психолого-педагогічні. Концептуальна ідея першого напрямку полягає в тому, що порушення міжособистісних стосунків в діаді «мати – дитина» значно краще піддаються корекції в ході психотерапевтичних сеансів, що проводяться одночасно з батьками та дитиною. 26 Другий напрямок ґрунтується на родинно-центрованому підході, який передбачає необхідність розробки програм, спрямованих не тільки на дітей, а й на сім'ї, в яких відбувається їхній розвиток (Beckwith, 1990; Krauss, Jacobs, 1990). Реалізація цих програм на всіх етапах здійснюється командою, що складається з фахівців і батьків. В результаті цієї роботи виокремились три моделі організації командної роботи: мультидисциплінарна, міждисциплінарна і трансдисциплінарна (multy-,inter- and transdisciplinary team). Мультидисциплінарна модель має на увазі, що члени команди фахівців представляють різні дисципліни і працюють безпосередньо з дитиною або родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль і обов'язки

практично без взаємодії і перетинання професійних кордонів. Слабкою стороною мультидисциплінарного підходу вважається відсутність спільних спостережень, недостатність взаємодії і, як наслідок, неповне використання можливостей професійної допомоги. Особливо це очевидно за необхідності більш повної оцінки і представлення профілю розвитку дитини. Міждисциплінарна модель роботи здійснюється в умовах взаємодії і характеризується більшим ступенем координації та інтеграції обслуговування. На етапі оцінки рівня розвитку дитини фахівцями можливе проведення як окремих, так і спільних обстежень. Відмінною рисою трансдисциплінарної моделі є перетин професійних кордонів, що полягає у взаємозамінності професіоналів у виконанні ролей і обов'язків, можливості навчання один одного, передача членами команди інформації, знань і навичок роботи одному зі своїх колег. Трансдисциплінарна модель командної роботи дозволяє більш гнучко вбудувати терапевтичне втручання в життя сім'ї і дитини, вона не виключає індивідуального обслуговування з боку інших фахівців, проте в даному підході це використовується менш часто. Таким чином, терміни «Раннє втручання» або «рання допомога» використовуються в розвинених країнах і визначають процес:

- ідентифікації труднощів, які виникають у дітей раннього віку та їх сімей;

- надання допомоги і підтримки дітям раннього віку та їх сім'ям в разі наявних труднощів; - передбачення і попередження можливих вторинних порушень з метою зменшення потенційного негативного ефекту, який може виникнути під впливом несприятливих фактів і труднощів, і поліпшити здоров'я і розвиток дітей раннього віку [28]. У створеній в США психологічній службі, спочатку орієнтованій на діагностику і відбір дітей, все чіткіше проявляються нові тенденції у формуванні індивідуальних програм розку дитини з обов'язковим залученням психологопедагогічного персоналу і батьків. Наукові дослідження показали вражаючі результати в області раннього навчання дітей з складною структурою порушень розвитку.

Ще однією важливою причиною організації груп ранньої допомоги стала їх економічна доцільність. Реалізація таких програм призводить до значного скорочення числа дітей дошкільного і шкільного віку, що потребують спеціальної освіти. Дослідження свідчать про те, що рання допомога в межах родинноцентрованих програм, активна стимуляція розвитку дитини дозволяють в середньому на 50% знизити число дітей, що мають різноманітні дефекти і знаходяться в групі ризику з інвалідності. Сучасна модель ранньої допомоги в Швеції орієнтована на концептуальну модель, яка має назву «Модель системного розвитку». Проте, не всі базові принципи цієї моделі в однаковій мірі виконані і представлені в системі ранньої допомоги Швеції. У реальній практиці є лише тенденція до багатоаспектності, наголос ставиться на дитину, особливо – на зіставленні її з віковими нормами розвитку. Значна частина діагностичних і корекційних заходів сконцентровані на дитині, мінімум уваги приділяється взаємодії з дорослими і однолітками, оцінці середовища і сім'ї [3; 29]. Крім того слід виділити відмінності в побудові системи ранньої допомоги в США і Швеції. У Сполучених Штатах Америки робота служб базується на праві людини мати до них доступ, в разі якщо у нього виявлені які-небудь специфічні проблеми, що представляють собою «критерій доступу» в ці служби. У даній 28 країні немає практики навчання всіх дітей раннього віку або догляду за ними – організація цієї діяльності цілком припадає на сім'ю дитини. Діти набувають можливість доступу до належних служб тільки після того, як у них будуть виявлені певні проблеми або їх віднесуть до групи ризику. Звідси випливає, що чимала частина служб ранньої допомоги в США є спеціалізовані, і зосереджуються на специфічних групах дітей. У Швеції є система раннього відходу для всіх дітей, в тому числі і дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Ресурси поділяються серед дітей відповідно до їхніх потреб і на підставі тих рішень, які були прийняті муніципальною спільнотою [8; 40; 51]. Ретроспективний аналіз становлення системи допомоги дітям раннього віку за кордоном дозволяє підсумувати, що проблематика раннього втручання як системи надання

допомоги дітям раннього віку з психофізичними порушеннями розвивалася в країнах Західної Європи і США з 60-х років двадцятого століття. З часом підхід, орієнтований виключно на дитину, трансформувався у родинноорієнтований. Ці зміни відбувалися поступово, оскільки вимагали переорієнтації професійного погляду на взаємодію з батьками, можливість побудови партнерських стосунків з ними, визнання в них експертів у питаннях оцінки та психолого-педагогічного супроводу розвитку власної дитини. Найбільш перспективною є міждисциплінарна модель взаємодії фахівців. У 1989 році під час міжнародної конференції в Роттердамі була заснована Eurlyaid – Європейська асоціація раннього втручання (ЕАЕСІ). Діяльність асоціації спрямована на:

- підвищення якості життя батьків і дітей з особливими потребами (в контексті інтеграції і гендерного підходу);

- стимулювання зростання та розвитку раннього втручання на європейському рівні;

- підвищення рівня знань і досвіду в області раннього втручання [8].

Раннє втручання як система надання допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку розвивається в світі з 60-х років 20 століття. Однак потрібен був досить тривалий час, щоб підхід, орієнтований на дитину, трансформувався в родинно-орієнтований, оскільки це вимагало зміни професійно погляду на взаємодію з батьками, можливість побудови партнерських відносин з ними, визнання в них експертів в питаннях оцінки та супроводу розвитку власної дитини.

В Україні система ранньої допомоги знаходиться в стадії становлення. Починаючи з середини 90-х років, в Україні раннє втручання, як система міждисциплінарної сімейноцентрованої допомоги, почало набувати сучасних уявлень, коли було узагальнено і осмислено велику кількість нових наукових знань про ранній розвиток дитини, багато експериментальних підтверджень отримала ідея про важливість ранніх дитячо-батьківських взаємостосунків, в раннє втручання були внесені постулати системної сімейної терапії,

екологічного підходу, транзактної моделі [32]. У контексті розвитку дитини з порушеннями у родинно-орієнтованому підході знайшли відображення ідеї про те, що проблеми здоров'я і розвитку у дитини впливають на всю сім'ю, змінюючи її функціонування. Оскільки для дитини раннього віку саме сім'я є вирішальним ресурсом в її розвитку, завдання раннього втручання є – підвищити можливості батьків розвивати і виховувати свою дитину, допомогти родині вбудовувати розвиваючі та допомагають стратегії в режим життя сім'ї, допомагати родині і кожному з батьків знаходити і вибудовувати власні ресурси, щоб справлятися з мінливими проблемами, потребами дитини і вирішувати власні особистісні завдання. Одним з найперших було створено Центр раннього втручання в Харкові у 2000 році, під керівництвом Г.В. Кукурузи. За цей час було зібрано значну кількість емпіричних даних, отримано великий клінічний досвід роботи з сім'ями, які виховують дітей раннього віку [32]. На сьогодні Міжнародна громадська організація HealthProm (Лондон), Національна Асамблея людей з інвалідністю України та Благодійний фонд «Інститут раннього втручання» (Харків) з осені 2016 започаткували та впроваджують Програму «Батьки за раннє втручання в Україні». Програма спрямована на підтримку недержавних організацій, якими керують батьки (або які створені батьками) дітей з інвалідністю та активних батьків дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю в їх участі в процесах розробки та впровадження системи раннього втручання в Україні. Тривалий час на території України локально існує послуга раннього втручання, яка надається окремими організаціями. З 2016 року в рамках проекту UNICEF «Підготовка команд раннього втручання і фахівців у громаді» здійснюється навчання фахівців технології надання цієї послуги. Навчання команд проводиться Благодійним Фондом «Інститут раннього втручання» міста Харкова за підтримки таких організацій: УРЦ «Джерело» (Львів), ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1.

1.2. Розвиток дитини з аутизмом раннього віку та шляхи допомоги

Високий рівень нервової пластичності на ранніх етапах онтогенезу. Виокремлюють такі стадії розвитку нервових клітин: гістогенез (народження нервових клітин), міграція клітин, диференціація клітин, дозрівання клітин (ріст дендритів та аксонів), формування синапсів, відмирання клітин та синапсів, мієлінізація (Kolb B., 2011). Зміни, пов'язані з цими стадіями, припадають переважно на перші етапи розвитку дитини. Мозок який розвивається є більш реактивним до впливів (середовища та активності людини), ніж мозок дорослої людини чи людини похилого віку. Ранні етапи онтогенезу насичені синхронними періодами, коли нормальний розвиток залежить від тієї чи іншої стимуляції [55]. Аутизм – це порушення, пов'язане з аномальним розвитком головного мозку, яке обумовлене вродженими факторами (генетичні, епігенетичні) та факторами середовища. Незважаючи на це, дисфункції ділянок головного мозку та нервових сполучень між ними можуть нівелюватися завдяки компенсаторній активності мозку. Однак, компенсація не завжди відбувається в напрямку, який відповідає критеріям нормального розвитку. Наприклад, при відсутності соціальної мотивації, у дитини спостерігається надмірна увага та інтерес до предметів навколишнього середовища, внаслідок чого страждає соціальний розвиток. В нормі, починаючи з перших годин та тижнів, соціальний розвиток дитини відбувається стихійно: дитина посміхається у відповідь на посмішку дорослого, дивиться на обличчя, проявляє вибіркочу увагу до знайомого голосу, впізнає людину яка часто перебуває біля неї та ін. Якщо дитина не проявляє соціальної поведінки необхідно шукати шляхи стимуляції такої поведінки. Лонгitudне дослідження зорової активності дитини показало, що вже з 2-го до 6-го місяця діти у яких в подальшому було діагностовано аутизм відстають від своїх нейротипічних однолітків по частоті зорового контакту з іншими. Однак, до 2-х місячного віку нейротипічні діти та діти, які отримали діагноз, не відрізнялися по частоті цієї зорової поведінки.

Натомість, частота фіксації погляду на предметах повільніше зменшується у аутичних дітей ніж у нейротипічних, а до кінця 24 місяця є в двічі більшою [60]. Дослідження демонструють, що аутистичні риси з'являються ще на етапі немовлячого періоду, коли функціональні взаємозв'язки головного мозку відповідальні за соціальні навички тільки формуються. За таких обставин, середовище, в якому дитина розвивається, має інший вплив на неї ніж на дитину із типовою нервовою системою. Для позначення цього феномену також використовують термін процесів ризику (risk processes). Процеси ризику – це деструктивні особливості взаємодії між дитиною та середовищем, обумовлені факторами ризику. Одним із найважливіших аспектів цих деструктивних особливостей є відсутність або дефіцит активної участі дитини в соціальних взаємодіях з оточуючими на ранніх етапах розвитку. Таким чином, перші прояви аутизму перешкоджають нормальному соціальному розвитку дитини, що призводить до набуття нею повної симптоматичної картини РАС.

Можна припустити, що аномальна траєкторія соціального розвитку також негативно відображається на інших сферах психіки. Наприклад, порушення соціального пізнання перешкоджає інтеріоризації соціальних норм поведінки, які є необхідними для розвитку самоконтролю та саморегуляції. Як результат, дитина із РАС, якій властива соціальна некомпетентність може мати труднощі в самоконтролі та саморегуляції. Порушення імітації послаблює фізичний розвиток, оскільки через спонтанну імітацію інших відбувається набуття дитиною рухових навичок. Тому, чим більший період часу дитину супроводжують аутичні риси тим більше у неї шансів набути додаткових різноманітних порушень, в тому числі непов'язаних безпосередньо з синдромом аутизму. Слід також відзначити процес можливого впливу деструктивних особливостей взаємодії між дитиною та середовищем безпосередньо на експресію генів. Феномен відомий для генетиків як епігенетичні зміни. Суть якого полягає в тому, що та чи інша ділянка ДНК може залишатися заблокованою або доступною

(через механізм метилювання та структури хроматину) під впливом середовища. Наприклад, дослідження на щурах показало, що особливості раннього материнського догляду за потомством продукує зміни в поведінковій реакції на Процеси ризику: деструктивні особливості взаємодії між дитиною та середовищем Фактори ризику: генетична схильність, фактори середовища Результат: відхилення розвитку нервових шляхів мозку та формування повної картини РАС 10 стрес та відповідні зміни в нервовій системі, які залишаються присутніми навіть у дорослих щурів. Рис. 2.

Ускладнення симптоматики при РАС через епігенетичні зміни Батьки дітей із РАС складають основну частину середовища для своєї дитини особливо на ранніх етапах онтогенезу. В свою чергу, як засвідчують дослідження близнюків, аутизм є спадковим/генетичним захворюванням (частота співпадіння у наявності/відсутності діагнозу серед однайцевих близнюків становить 60–96%, тоді як серед двояйцевих близнюків – лише 0–23%). Батьки аутичних дітей як правило не мають відповідного діагнозу. Проте, дослідження батьків дітей з РАС (а також сиблінгів) показують, що вони схильні мати аутичні риси. Ці аутично-подібні риси мають нормальний розподіл серед загальної популяції людей. У сучасній науці для позначення сукупності аутично-подібних рис використовується термін – ширший фенотип аутизму (Broader Autism Phenotype). Ці аутистичні риси є по-суті, м'якшою, субклінічною формою аутичних симптомів (порушення соціальної взаємодії та комунікації, обмежений репертуар поведінки та інтересів) та інших аномальних характеристик дітей із розладами аутичного спектра. Батьки аутичних дітей схильні мати наступні аутично-подібні риси: Процеси ризику: деструктивні особливості взаємодії між дитиною та середовищем Фактори ризику: генетична схильність, фактори середовища Результат: відхилення розвитку нервових шляхів мозку та формування повної картини РАС.

Батьки аутичних дітей схильні мати наступні аутично-подібні риси: деструктивні особливості взаємодії між дитиною та середовищем; генетична

схильність; відхилення розвитку нервових шляхів мозку та формування повної картини РАС; знижений інтерес до соціальної взаємодії; надмірне фокусування на окремих інтересах (наприклад, у процесі розмови); знижений рівень гнучкості та пристосування до змін (ригідність); нетактовність у взаємодії з іншими; труднощі в розумінні емоцій, мотивів та намірів інших людей; деякі порушення виконавчих функцій (гнучкість уваги, планування, просторова робоча пам'ять тощо).

Звичайно не всі батьки дітей з РАС мають вище зазначені характеристики. Наявність цих рис у батьків дітей з РАС швидше за все впливає на траєкторію розвитку дитини. Як результат, аутичні риси дитини можуть ставати ще більш вираженими. Для підтвердження того, що аутично-подібні риси є результатом генетичних особливостей, а не наявності у сім'ї дитини із складним порушенням, батьки аутичних дітей порівнювалися за цими рисами не тільки із батьками нервово-типічних дітей, а й з батьками дітей інших порушень (синдром дауна, порушення розвитку мови). Більше того, ці аутично-подібні риси притаманні як батькам дітей з розладами аутичного спектра, так і сиблінгам (братам і сестрам) аутичних дітей [57].

На генетичне походження аутично-подібних рис вказують також наступні виявлені закономірності :

- батьки із кількома аутичними дітьми мають більш виражений рівень аутично-подібних рис, ніж батьки із одиничними випадками аутизму;
- батьки, діти яких з тяжким рівнем аутичного порушення характеризуються більш вираженим рівнем аутично-подібних рис, ніж батьки діти яких є з м'якшою формою аутизму;
- якщо мати і батько характеризуються аутично-подібними рисами, то ймовірність наявності у них аутичної дитини є вищою, ніж у сім'ї, де хтось один, батько чи мати, характеризуються аутично-подібними рисами;
- ймовірність наявності аутичної дитини зростає, якщо один із батьків характеризується аутично-подібними рисами у порівнянні із батьками без аутично-подібних рис;

- вираженість аутично-подібних рис у батьків відповідає наявності аутично-подібних рис у їхніх дітей. Навіть якщо у батьків не має аутично-подібних рис, вони можуть мати труднощі в налагодженні чутливої взаємодії із немовлям, яке має проблеми у функціонуванні, має менш інтерактивний стиль взаємодії. Немовлята вже до 12 місяців, у яких було пізніше діагностовано РАС, менше посміхаються, не орієнтуються на ім'я, мають труднощі у встановленні зорового контакту, мають недостатньої комунікативних вокалізацій, некомфортно почувають себе в обіймах, надзвичайно метушливі чи пасивні, демонструють проблеми зі сном та годуванням, є синсетивними до дотику/шуму (Zwaigenbaum, 2015). Ці ранні прояви аутизму ніяк не надихають батьків цих дітей на чутливу взаємодію, якої вони потребують для нормалізації соціального розвитку [60].

Сиблінги аутичних дітей теж складають значну частину їх соціального середовища. В загальному, ризик мати розлад аутичного спектру становить 1,5% (1 із 68). Однак, ризик РАС серед сиблінгів дітей, які вже мають розлад є 18,7% (1 із 5). Іншими словами, якщо у батьків є хоча б одна дитина із розладом, приблизно одна дитина із п'яти наступних швидше матиме такий діагноз. Більше того, ризик зростає якщо в сім'ї є більше дітей із розладом. Приблизно 11-20% дітей (які не мають діагнозу) в сім'ях із двома випадками РАС мають історію відставання в розвитку мовлення, аутично-подібні риси мовлення та соціальні порушення (Constantino J.). З іншого боку, часто методи інтервенції для аутичних дітей, які пропонуються сьогодні, передбачають залучення сиблінгів в корекційно-розвивальний процес. Наявність у сиблінгів аутично-подібних рис може ускладнювати процес розвитку дитини з аутизмом. Таким чином, раннє втручання є необхідним запобіжним засобом від негативного впливу основного соціального середовища, яке складають батьки та сиблінги, на розвиток дитини із РАС.

Дослідники, Роджерс та Вісмара (Rogers, Vismara), в 2008 році переглянули всі наявні на той час дослідження ефективності раннього втручання для дітей з РАС, раннього та дошкільного віку [58-60]. В

результаті вони виокремили чотири підходи раннього втручання. Один підхід був охарактеризований як достатньо обґрунтований, а три інші – як можливо ефективні. Підходом з достатньо обґрунтованою ефективністю є модель раннього інтенсивного поведінкового втручання І. Ловаса (EIBI – early intensive behavioral intervention). Модель EIBI базується на прикладному аналізі поведінки (АВА – applied behavior analysis). Вона є дуже інтенсивною, оскільки передбачає 40 годин на тиждень індивідуальної роботи протягом 2-3 років. Суть підходу полягає у використанні принципів навчання для оволодіння соціально значущими поведінковими навичками в реальних життєвих обставинах. Готовність до навчання, комунікація, академічні та соціальні навички розбиваються на більш простіші кроки, які систематично практикуються. З часом, стратегії втручання стають менш структурованими, що дає можливість їх використання в інших умовах. В категорію можливо ефективних підходів потрапили такі моделі як терапія стрижневими реакціями (Pivotal Response Treatment – PRT), два інші підходи спрямовані на тренування батьків з метою розвитку соціальної комунікації дитини (Aldred, Green, Adams 2004; Drew et al, 2002). PRT модель є такою ж основою на АВА. Метою моделі є навчання стрижневим поведінковим реакціям, які після оволодіння ними, мають потенціал покращити навички у інших сферах розвитку. Головна ідея моделі полягає у використанні для навчання моментів, які природньо трапляються протягом дня. В цьому вона відрізняється від більш штучного та структурованого формату занять на ранніх етапах EIBI. Інші дослідники (Tristram Smith, Suzannah Iadarola) проаналізували опубліковані з 2008 по 2015 роки результати досліджень ефективності методів раннього втручання (віком до 5 років) для дітей із РАС та дали оцінку цим методам. Оскільки існує багато методів раннього втручання, дослідники розподілили їх по групам за критеріями перед тим як давати їм оцінку. Розглянемо цю класифікацію.

Критерій 1. Теоретичний принцип. За цим критерієм виокремлюють АВА моделі та розвитково-соціально-прагматичні моделі (DSP –

developmental socialprognatic). На відміну від АВА, DSP базується на погляді, що основною рисою РАС є порушення здібності долучатися до спільної активності з іншою людиною, і це порушення тягне за собою низку інших проблем із соціальною комунікацією та взаємодією. Стратегії втручання DSP моделей мають своє походження із результатів досліджень психології розвитку, які демонструють наявність сильного позитивного взаємозв'язку між чутливістю батьків до своїх дітей та наступним оволодінням дітьми навичок комунікації та взаємодії з іншими. DSP фахівець опираючись на стратегії подібні до тих, що використовуються у роботі спрямованій на покращення синзетивності батьків до своїх нейротипічних дітей, намагається розвивати здібності соціальної комунікації та взаємодії, через імітацію дитини, долучення до гри дитини, продовження та розширення ігрових дій та інше. Слід зауважити, що АВА та DSP мають спільні риси та відмінності. АВА моделі втручання, як і DSP моделі, намагаються враховувати рівень розвитку дитини та працювати над дефіцитом соціальної взаємодії та комунікації. DSP моделі втручання, як і АВА моделі, акцентують увагу на сприянні оволодінню дитиною із РАС новими навичками. Відмінності полягають в тому що АВА спрямований на роботу з основними та другорядними рисами РАС, тоді як для DSP моделей пріоритетом є ключові симптоми РАС – соціальна взаємодія та комунікація. Також, АВА передбачає окремі навчальні періоди, які мають чіткий початок та закінчення, а для DSP метою є тривалий потік соціальних інтеракцій між дитиною та фахівцем. DSP моделі втручання також використовують підкріплення у вигляді імітації дій дитини, вербалізацій, розширення та моделювання способів взаємодії, тоді як АВА моделі втручання вибирають підкріплення для дитини на основі її вподобань. Деякі моделі раннього втручання для дітей із РАС поєднують у собі АВА та DSP стратегії. Наприклад, коли заняття починається із структурованих АВА стратегій, а потім повільно перетікає в ігрову форму. Також, ігрові заняття DSP моделей

можуть включати стратегії АВА. Таким чином, за теоретичною орієнтацією виокремлюють: АВА, DSP та АВА+DSP.

Критерій 2. Спрямованість втручання. За спрямованістю виокремлюють всеохоплюючі підходи раннього втручання, коли адресуються всі потреби дитини та сфокусовані – коли кількість психолого поведінкових цілей є обмеженою. Зазвичай сфокусовані підходи втручання передбачають меншу кількість годин роботи з дитиною із РАС. *Критерій 3.* Суб'єкт втручання. В деяких моделях суб'єктом втручання є фахівець, який займається індивідуально з дитиною. В інших втручання реалізується через вчителя та однолітків в умовах групи. І нарешті, деякі моделі передбачають навчання та інструктування батьків, які в подальшому застосовують стратегії втручання відносно своїх дітей. *Критерій 4.* Використання засобів комунікації. На сьогодні існує практика використання кілька альтернативних засобів комунікації у роботі з дітьми із РАС: картинки та піктограми, жести, прилади для комунікації. 18 На основі цих критеріїв дослідники виокремили 14 груп підходів раннього втручання та оцінили ефективність кожної групи підходів за відповідною шкалою. Результати наведені в таблиці нижче. Рівні ефективності Групи підходів/моделей раннього втручання Підтверджені результати раннього втручання Рівень достатньо обґрунтованої ефективності Індивідуальні, всеохоплюючі, АВА Покращення інтелекту, коефіцієнту розвитку та адаптивної поведінки Реалізація через вчителя, сфокусовані, АВА+DSP. Покращення здібності долучатися до спільної активності з вчителями та батьками Рівень ймовірної ефективності Індивідуальні, сфокусовані, АВА, з використанням допоміжних засобів комунікації Покращення здібності використовувати картинкисимволи для повідомлення про свої потреби Індивідуальні, сфокусовані АВА+DSP Покращення ініціації спільної уваги, долучення до взаємної ігрової активності з батьками та іншими дорослими, імітації, мови та когнітивних навичок.

Важливо звертати увагу на розвиток *імітаційних здібностей* у аутичних дітей, яке полягає в наслідуванні. Наслідування – це форма поведінки

людини, яка полягає в копіюванні, відтворенні дій, поглядів чи рис характеру інших людей. Онтогенетичний розвиток імітаційних здібностей проливає світло на специфіку порушень імітації при аутизмі та допомагає зрозуміти як вибудувати систему психолого-педагогічного впливу. Ось деякі із фактів з онтогенезу імітації: починаючи з 9-14 місяців діти впізнають коли їх імітують інші; розвиток імітації відбувається від простих та знайомих імітаційних рухів до складних та нових; старші немовлята більше схильні імітувати нові, складні рухи, послідовну сукупність рухів, в загальному проявляють більше імітаційної поведінки ніж молодші немовлята; діти до 16-17 місяців більше схильні імітувати рухи із сенсом, ніж рухи, які не мають сенсу; Діти з РАС характеризуються збідненою імітаційною поведінкою, у них ослаблена мотивація до імітації інших, а також погано розвинені імітаційні здібності. Дослідження показують, що аутичні діти проявляють більш виражений рівень відставання у імітації рухів, ніж діти із затримкою психічного розвитку [53]. Імітація є однією із найбільш базових форм соціальної взаємодії дитини з оточуючими. В зв'язку з тим, що аутичні діти характеризуються труднощами в соціальному розвитку стає очевидною необхідність орієнтації в процесі психолого-педагогічної роботи на найбільш базові форми соціальної поведінки. Зміни імітаційних здібностей аутичної дитини пов'язані з покращенням соціально-комунікативних навичок, мовлення, гри, спільної уваги. Тобто, через розвиток імітації можна покращити інші проблемні аспекти розвитку аутичної дитини.

Результати іншого дослідження продемонстрували наявність взаємозв'язку між імітацією та моторним розвитком. В дослідженні порівнювали чотири групи дітей: високо-функціональні аутичні діти, низько-функціональні аутичні діти, діти з нормальним розвитком, діти з розумовою відсталістю. Для дітей із інтелектуальною недостатністю (низько-функціональні аутисти та розумово відсталі) виявлено взаємозв'язок між рівнем моторного розвитку та виконанням завдань на імітацію жестів як зі смислом так і без. Окремо в групі низькофункціональних аутичних дітей

було виявлено зв'язок між рівнем моторного розвитку та імітацією жестів із сенсом. В групі дітей із розумовою відсталістю зв'язку між рівнем імітації та рівнем моторного розвитку не було. В групі високо-функціональних аутичних дітей моторний розвиток був взаємопов'язаний з імітацією послідовної сукупності жестів без смислу. В групі дітей з нормальним розвитком такого взаємозв'язку виявлено не було. Таким чином, розвиток імітаційних здібностей у аутичної дитини повинен тягнути за собою розвиток її соціальної та моторної сфери.

Отже, доцільно зазначити, що діти з аутизмом мають особливу, надзвичайно вразливу систему сприймання, тож більшість сигналів із довкілля спричиняють дискомфорт (інколи біль) і дезорієнтують їх. Захищаючись від надмірних і лякливих вражень, з якими вони не можуть упоратися, ці діти несвідомо формують «аутичний» варіант мохаїлзму саморегуляції, що своєрідно адаптує їх до зовнішнього світу та виявляється в таких проявах:

- гіперфокус уваги (концентрація на певному фрагменті дійсності й нехтування іншими, при цьому невбачання цього фрагмента у взаємозв'язку з іншими);

- аутоstimуляції (стереотипне повторення певних рухів, звуків, дій, що часто виникає в моменти збудження або перевтоми дитини);

- тілесні блоки (локальна м'язова напруженість, яку людина несвідомо підтримує внаслідок дисгармонійного, часто стресового стану) [43-48]. Названі захисні реакції дають змогу особам з аутизмом керувати враженнями від довкілля, знижуючи інтенсивність випадкових сигналів і зберігаючи відносну стабільність свого стану. Насправді ж дитина перекриває себе від повноцінної інформації, розвивається вкрай обмежено, за своїм «сценарієм», зосереджуючись лише на тому, що її приваблює і викликає задоволення. Отже, дитина з аутизмом своєрідно бореться за власне виживання, зменшуючи інтенсивність зовнішніх стимулів і підтримуючи внутрішній комфорт. Це позначається на всіх рівнях розвитку. Найбільш вираженим це

видається щодо соціальної сфери, яка охоплює як процеси взаємодії, так й емоційний і комунікативно-мовленнєвий розвиток. Особи з аутизмом у зрілому віці зізнаються, що найбільше їх лякали інші люди (навіть рідні для них), прояви яких ніколи не можна передбачити, бо все, що вони роблять, має змінний (тому дестабілізувальний) характер. Можна передбачити, що саме через це діти з аутизмом прагнуть уникати контактів із людьми, неначе нейтралізуючи джерело власного дискомфорту. Дітям з аутизмом властиві складнощі в усвідомленні власних емоційних станів, труднощі у створенні образу себе та партнера, невміння регулювати тривалість й інтенсивність контакту та вибирати посильні для неї засоби спілкування (доторкання, контакт очей, співвідношення поз користування конкретними невербальними діями, регуляція інтонацій та інших просодичних елементів). Унаслідок відсутності безпечного емоційно-комунікативного простору та відповідної взаємодії, дуже повільного розширення простору, дитина з аутизмом увесь час набуває негативний досвід під час спроб налагоджувати контакт з оточенням. Серед особливостей, властивих дітям із розладами аутистичного спектра, найчастіше і батьки, і фахівці звертають увагу на складнощі в мовленнєвих проявах. Виявлено, що дітям з аутизмом властиві особливості розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок та їх становлення в ранньому віці. Так, із перших днів життя важко зрозуміти, чому така дитина плаче (плач може бути тривалим у часі й інтенсивним). Часто взагалі відсутні етапи лепету і гуління, а якщо і є гуління, то воно здебільшого механічного характеру, позбавлене інтонаційного компонента, обмежене, може нагадувати крик або пицання. А це свідчить про затримку формування основних складових мовленнєвої сфери, недорозвиток слухової уваги, фонематичного слуху, функції наслідування (наприклад, дитина не фіксує погляд на органах артикуляції матері, не намагається повторювати звуки) [36]. Спостерігається слабкість або відсутність реакції на мовлення дорослого, відсутність фіксації поглядом на тому, хто говорить. Дитина може не реагувати на словесні подразники і водночас бути дуже чутливою до

немовних звуків, може не «розуміти» простих побутових інструкцій і зверненого до неї мовлення. Комунікативні проблеми в дітей із розладами аутистичного спектра є більш складними порівняно з їхнім мовленнєвим розвитком. Порушення експресивного мовлення в них має широкий діапазон – від аутизму до лексично багатого мовлення, проте з численними семантичними (пов'язаними зі значенням слів) і вербальними прагматичними помилками (використання мовлення для комунікації). Порушення саме прагматичної сторони мовлення є відмінною рисою особи з аутизмом. Діти з аутизмом мають значні труднощі в розумінні мовлення, особливо це стосується складної побудови запитань.

В зв'язку з тим, що раннє втручання може розпочинатися ще до трьох річного віку, стали популярними дослідження ефективності для дітей немовлячого та раннього віку.

1. Раннє втручання для дітей віком до 3 років, які мають підтверджений або підозрюваний діагноз РАС, повинно включати комбінацію з біхевіорального та розвивального підходів.

2. Раннє втручання для дітей віком до 3 років, які мають підтверджений або підозрюваний діагноз РАС, повинно передбачати активне залучення членів сім'ї.

3. Раннє втручання повинно сприяти прогресу в розвитку дитини та покращувати функціонування як в сфері основних симптомів РАС так і в інших сферах (соціальна комунікація, адаптація, регуляція емоцій та поведінки та інше).

4. Програма раннього втручання повинна враховувати соціокультурні цінності сім'ї, її динаміку та систему підтримки, а також економічні можливості.

РОЗДІЛ 2. ВИДИ МОДЕЛЕЙ НАДАННЯ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З АУТИСТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Характеристика різних видів моделей надання допомоги дітям з розладами аутистичного спектру

Види моделей надання ранньої допомоги дітям раннього віку з аутистичними розладами чітко описані Т.Скрипник [27]. Комплексні моделі організації психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами, передбачають взаємопов'язані напрямки: освітню роботу з батьками, корекційні та розвивальні заходи з дитиною, медико-психологічний та психолого-педагогічний супровід сім'ї. Це дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості сім'ї. Наразі переважно визнають *дві такі моделі: медичну й соціальну*. *Медична* модель визначає інвалідність через наявність і вираженість порушень здоров'я у дитини. Отже, основним напрямком втручання в межах медичної моделі є корекція дефекту або лікування хвороби. Щодо *соціальної* моделі, то вона наголошує на тому, що до категорії осіб з інвалідністю ті чи інші люди належать лише через наявні в суспільстві стереотипам і організаційні бар'єри.

В останні роки, зважаючи на поступову трансформацію уявлень про інвалідність, реабілітація і абілітація дітей з інвалідністю стала важливим, добре усвідомлюваним компонентом соціальної політики багатьох держав. Під абілітацією розуміють формування нормативних, але з самого початку нерозвинутих, нових для неї можливостей, на відміну від реабілітації, що означає повернення здібностей та можливостей, первісно наявних, але втрачених унаслідок хвороби. І саме *психологічна допомога* відіграє одну з головних ролей у системі відновлювальних заходів, тому що зміна соціальної ситуації, зумовлена хронічним захворюванням та інвалідністю в дитинстві, призводить до специфічних змін особистості, що формується, і може

негативно вплинути на усі сфери психічної діяльності людини. Саме психологічний реабілітаційний потенціал людини з інвалідністю значною, якщо не найбільшою мірою детермінує реабілітаційну стратегію і тактику зовнішнього втручання, потрібна зважена, багатомірна оцінка цього потенціалу.

Реабілітаційні методи та заходи не повинні перевищувати психологічного ресурсу людини на момент початку втручання, але й не повинні залишати приховані резерви у «сплячому», інактивному стані. **Реабілітаційний потенціал** визначає ступінь здатності дитини до взаємодії з соціальним середовищем і містить низку її біологічних та психологічних характеристик. За рівнем реабілітаційний потенціал умовно поділяють на високий, задовільний та низький; оцінка рівня у конкретному випадку ґрунтується на показниках обмежень життєдіяльності дітей та вираженості порушень. Установлено, що 69,2 % дітей мають задовільний реабілітаційний потенціал, близько третини (27,9 %) – низький і лише 3 % дітей – високий. Саме вік і реабілітаційний потенціал дитини з особливими потребами визначають її потребу у тривалому догляді та допомозі. На думку Ж.В. Порохіної, саме такий диференціальний критерій, як важкість обмеження життєдіяльності дітей з інвалідністю, може бути використаний під час здійснення соціальної та психологічної допомоги сім'ям у процесі адаптації. Далі, вважає авторка, трактування реабілітаційного потенціалу та використання цього показника повинні бути більш широкими, якщо враховувати його роль у процесах соціально-психологічної та соціально-економічної адаптації сімей. Цікавим видається підхід, який полягає у визначенні реабілітаційного потенціалу сім'ї, який визначається як інтегральна характеристика, що враховує особливості особистісного, міжособистісного та батьківсько-дитячого рівнів функціонування родини неповносправної дитини. Реабілітаційний потенціал сім'ї складається з трьох складових: соціально-економічної, психолого-педагогічної та психотерапевтичної активності сім'ї, які оцінюються за певними критеріями

та надає можливість визначати обсяг та зміст заходів медико-психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями психофізичного розвитку. Умови життєдіяльності, що постійно ускладнюються, зростання емоційних та інформаційних навантажень, вимоги до психологічного адаптаційного потенціалу особистості (особливо з порушеннями розвитку), спричиняють гостру проблему адаптації до умов особистісно-середовищної взаємодії, профілактики стресогенних впливів та їх наслідків для особистості, а також підтримки рівня психічного та фізичного здоров'я, необхідного для успішної діяльності. Крім того, довготривалий стрес може призвести до поступового виснаження адаптаційних можливостей та ресурсів особистості і, внаслідок цього, до порушення психічної адаптації, до зриву функціональних систем життєдіяльності та різноманітних розладів у психічній і соматичній сфері. Досить складні і за нормою гнучкі механізми внутрішньої організації життєдіяльності людини надають широкі можливості для пристосування до умов, що змінюються. Загалом висока здатність до пристосування є невід'ємною характеристикою людини, бо вона забезпечує сталість її біопсихосоціальної системи. Серед інших моделей раннього втручання є такі, як: **комплексна; натуралістичне (екологічне) втручання; навчальна; розвивальна**. Так, наприклад, фокус розвивальної моделі спрямовано на підвищення якості взаємодії батьків та дитини, розвиток батьківської чуйності як засібу заохочення участі дітей в розвивальних заходах і накопиченні нею власного досвіду.

На наш розсуд, найбільш дієвою є модель раннього втручання, яка має назву **міждисциплінарна**, адже у ній найбільш повно реалізується сімейно-центрований підхід. На відміну від **мультидисциплінарної** моделі (яка найбільш є типовою в Україні), де професіонали працюють незалежно один від одного щодо оцінки, змісту та процесу надання послуг; кожен застосовує досвід і методи або самотужки приймає рішення, міждисциплінарна модель реалізує інший формат роботи. Так, фахівці з *різних дисциплін* працюють разом *колегіально* щодо обстеження, планування і надання послуг для дитини

та її родини. Акцент робиться на активну співпрацю та взаємодію між членами команди, які допомагають один одному, підтримують і співпрацюють, щоб забезпечити гарно скоординовані, комплексні послуги родині. Налагоджено продуктивний зворотний зв'язок для того, щоб зробити зв'язок між фахівцями між собою, а також фахівцями і батьками.

Одна з кращих моделей взаємодії фахівців та батьків, є так званий **«терапевтичний альянс»** (Л.Ф. Шестопалова), що можна розкрити як складно організовану динамічну систему міжособистісних взаємостосунків і взаємодії між фахівцями та батьками, яка формується, розвивається і функціонує в процесі лікування та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Комплексна модель психологічної допомоги (Г.В.Кукуруза) дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості родини (П.Л.Жиянова, Т.Д.Зинкевич-Євстигнєєва), практична реалізація комплексної моделі сприяє формуванню нового, альтруїстичного погляду на цю проблему в свідомості соціуму, тобто повертає суспільство обличчям до такої дитини та її родичів [12-15, 23; 27; 29].

Основна форма надання послуг дитині та її родині у межах служб ранньої допомоги – це **психолого-педагогічний супровід** як діяльність, спрямована на оцінку (в т. ч. оцінку в динаміці) і підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківської взаємодії і подолання поведінкових проблем. Основний зміст психологопедагогічного супроводу родини – реалізація індивідуальної програми розвитку дитини, яка складається групою фахівців (групою супроводу, що об'єднує фахівців різного профілю) спільно з батьками за результатами всебічного обстеження, і затверджуються на методичному об'єднанні певного структурного підрозділу Служби ранньої допомоги [25]. Розроблено стандартні вимоги стосовно діяльності в галузі раннього втручання, що реалізують програми допомоги дітям і сім'ям, регламентують діяльність служби раннього

втручання з надання допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення та їхнім родинам. Ці стандартні вимоги встановлюють структуру служби раннього втручання, процес побудови і реалізації програм раннього втручання та очікувані результати. Система ранньої допомоги дітям з особливими потребами та їхнім сім'ям охоплює такі організаційні етапи:

1. Виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги (скринінг) та спрямування їх до служби ранньої допомоги.

2. Розроблення та реалізація програм ранньої допомоги: міждисциплінарна оцінка розвитку дитини, диференційна діагностика, робота з родиною і дитиною за індивідуальною програмою.

3. Перехід дитини до дошкільного навчального закладу, супровід дитини і родини: підбір установи; підготовка команди фахівців обраної установи (передача технологій роботи з сім'єю і дитиною, а також передача і коментування необхідної документації з історії роботи з сім'єю), забезпечення переходу дитини з програм служби ранньої допомоги в освітні програми інших установ, взаємодія фахівців служби ранньої допомоги та фахівців обраної установи в період адаптації в ній дитини. Така система може бути організована тільки на основі продуктивного співробітництва установ охорони здоров'я, освіти, соціальної політики та соціального захисту. Моніторинг та оцінка ефективності індивідуальних програм розвитку здійснюється міждисциплінарною групою спільно з батьками і з урахуванням їх думки. За підсумками моніторингу та оцінки цих програм відбувається їх перегляд та коригування. Таким чином, системна рання допомога уможливорює організацію узгодженої цілеспрямованої і послідовної роботи компетентних фахівців у напрямі всебічного розвитку дитини з аутизмом, з опорою на її ресурси та домашнє середовище як основу оптимального розвитку та навчання. Така робота стає надійним підґрунтям соціального розвитку дитини з аутизмом і її подальшого навчання в загальноосвітньому просторі [27].

2.2. Використання психологічної моделі раннього втручання для дітей з проявом аутизму

Розглянемо детальніше *психологічну модель* раннього втручання для дітей з аутизмом [27], яку ми впроваджували в ході роботи з дітьми, у яких виявлено аутизм. Однією з найбільш сучасних та ефективних систем допомоги дітям раннього віку з особливими потребами та їхнім родинам, яка широко використовується в світі, є система раннього втручання, що спрямована на ефективне подолання, корекцію і компенсацію відхилень в розвитку дітей з перших днів життя та супроводу сімей. **Раннє втручання** – це система ранньої діагностики і своєчасної, багато в чому превентивної спеціалізованої медичної і психолого-педагогічної допомоги як дітям з порушеннями психофізичного розвитку (або ризиком їх появи), так і батькам цих дітей (Н.Н. Авдєєва, Н.Н. Акімова, Г.В. Кукуруза, С.І. Пихтін; А.В. Старшинова, М. Guralnik). Зараз не достатньо використовується потенціал психологічної допомоги, спрямованої на пошук та активізацію латентних ресурсів сімейної системи, власних можливостей батьків для розвитку дитини в ранньому віці. При цьому, створення психологічних моделей раннього втручання відкриває нові можливості для надання допомоги сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями психічного розвитку. **Раннє втручання для дітей з РАС** – це родинно-орієнтована комплексна психолого-педагогічна допомога дітям з аутизмом раннього віку, у яких виявлено порушення у розвитку, а також родинам, які виховують цих дітей [27]. Рання допомога як система заходів передбачає розроблення і впровадження індивідуалізованого навчання дитини з психолого-медико-педагогічним супроводом в умовах родини, закладів освіти, охорони здоров'я та соціального захисту. Система раннього втручання базується на міжвідомчому підході, що включає методи та технології медико-соціальної та психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку (від 2-х місяців до 3-

х років) з виявленими порушеннями розвитку (ризиком порушення) та їхнім родинам, підбір адекватних способів взаємодії з дитиною, її виховання і навчання, корекції відхилень у розвитку.

Зазначимо основні організаційні етапи ранньої допомоги для дітей з РАС: *1) скринінг дітей; 2) реалізація програм ранньої допомоги; 3) перехід дитини до дошкільної установи.*

Отже, на першому етапі проводилось виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги та спрямування їх до служби ранньої допомоги, тобто проводився скринінг.

Другий етап передбачав розроблення та реалізацію програм ранньої допомоги: міждисциплінарну оцінку розвитку дитини, диференційну діагностику, роботу з родиною і дитиною за індивідуальною програмою.

Третій етап мав на меті перехід дитини до навчального закладу, супровід дитини і родини: підбір установи, підготовку команди фахівців обраної установи (передача технологій роботи з сім'єю і дитиною, а також передача і коментування необхідної документації з історії роботи з сім'єю), забезпечення переходу дитини з програм служби ранньої допомоги в освітні програми інших установ, взаємодію фахівців служби ранньої допомоги та фахівців обраної установи в період адаптації в ній дитини з РАС.

Таким чином, системна рання допомога уможливорює організацію цілеспрямованої і послідовної роботи компетентних фахівців у напрямі всебічного розвитку дитини з аутизмом, з опорою на її ресурси та домашнє середовище як основу оптимального розвитку та навчання. Така робота стає основою соціального розвитку дитини з аутизмом і її подальшого навчання. *Теоретична основа побудови моделі раннього втручання.* Програми раннього втручання спрямовані на допомогу дітям перших трьох-чотирьох років життя з відхиленням або загрозою відставання у психомоторному та соціально-емоційному розвитку [М.М.Малофєєв] [4]. Отже, кожна така програма – це система ранньої діагностики і своєчасної, багато в чому превентивної спеціалізованої медичної і психолого-педагогічної допомоги як дітям з

відхиленнями у розвитку, так і їхнім батькам. Головною *метою* раннього втручання є ефективне подолання, корекція та компенсація відхилень у дитини з перших років життя. Сучасні уявлення щодо теоретичних підстав раннього втручання ґрунтуються на екологічній теорії, відповідно до якої розвиток є процесом формування систем різного рівня, що забезпечують усе розмаїття макро- та мікросоціальних зв'язків дитини. Оскільки повнота, темп та умовна нормативність розвитку перебувають у тісній залежності від сімейного та соціального контексту, таке розуміння є підґрунтям для екологічного аналізу та своєчасної санації чинників ризику раннього розвитку. На думку Jr. D.V. Bailey, J. Mickael Guralnick такий підхід передбачає, що втручання може охоплювати будь-який рівень системи, а втручання на одному рівні може впливати на інші рівні [42, 44, 56].

Створення служби раннього втручання спрямовано на одночасне розв'язання кількох принципових завдань. Діяльність фахівців, зосереджена на віковій групі дітей з вадами розвитку від народження до трьох років, дозволяє забезпечити своєчасний і максимально можливий їхній загально-психічний, емоційний, інтелектуальний та фізичний розвиток, і, що є не менш важливим для цієї групи дітей, запобігти формуванню у них вторинних патологій. Як відзначено в багатьох роботах, концепція раннього втручання, на відміну від реабілітаційної концепції, потребує суттєвого перерозподілу пріоритетів в організації професійної ієрархії, де лікар залишається значущою фігурою у команді раннього втручання, але не менше значення мають психолог, педагог, логопед (мовленнєвий терапевт), соціальний співробітник, внесок та відповідальність яких є однаково важливими для розвитку дитини і функціонування родини. Своєчасне виявлення потенціалу малюка з порушенням розвитку, максимально повне врахування конкретних нюансів дає змогу замість «програми взагалі» сформувати індивідуальну, що принципово, сфокусовану на потреби дитини програму її розвитку та навчання, що кардинально збільшує шанси на подальші успіхи в соціалізації (Ю.П.Азаров, Джоан Дж. Зільбах) [4]. Методологічною основою раннього

втручання є системний підхід, який забезпечує цілісний погляд на розвиток дитини з порушенням та розглядає можливості й потенціал розвитку дитини в контексті сімейних і більш широких соціальних відносин. Використання системного підходу в ранньому втручанні дозволяє подолати вузький погляд, орієнтований на реабілітацію та навчання дитини, який існував протягом досить тривалого часу, та передбачає перенесення уваги на її розвиток з урахуванням зовнішніх та внутрішніх аспектів функціонування родини з дитиною раннього віку з порушеннями психомоторного розвитку. Виходячи з системних позицій, виокремлено характеристики, які змістовно описують раннє втручання як системне явище, а саме: раннє втручання є соціальною, комплексною, ціннісно-орієнтованою та цілісною організаційною системою, що здатна до саморозвитку та саморегуляції й передбачає систему паритетних стосунків. Функціонування системи раннього втручання як системи, пов'язане зі збалансованим поєднанням вузько професійної та міждисциплінарної діяльності в контексті цілісного розвитку дитини. У системі раннього втручання представлено певні структурні компоненти, взаємодія та взаємозв'язок яких дає змогу їй функціонувати як цілісна організаційна система. Ця система є відкритою та стимулювальною (не замкненою на внутрішніх процесах); її функціонування стимулює розвиток зв'язків дитини та родини, а також – із соціальним та психологічним оточенням, в цілому. Так як основна спрямованість раннього втручання – це системний пошук, то відбувається побудова та використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів родини та дитини. У цьому контексті раннє втручання можна тлумачити як систему, здатну до саморозвитку та саморегуляції. Таким чином, принципами раннього втручання як системи психологічного супроводу є орієнтованість на особистість дитини, сімейно-центрованість, орієнтованість на потреби родини та побудову партнерських стосунків з батьками, міждисциплінарність та командність, які покладено в основу розробленої технології раннього втручання для надання допомоги дітям та родинам. Терміни «раннє втручання», «рання допомога» і «ранній розвиток»

є чітко визначеними, змістовними і тому загальноприйнятими в багатьох країнах світу (США, Германія, Велика Британія, Швеція та ін.). Сутність цих понять полягає в такому:

- діагностика (розпізнавання, ідентифікація, кваліфікація, оцінка ступеня вираженості аномалії розвитку у дітей раннього віку та відповідних проблем у сім'ях, аналіз патогенних чинників, реабілітаційного потенціалу дитини, сильних та слабких компонентів родинного середовища);

- перманентний міждисциплінарний супровід, допомога, підтримка, корекція та інші заходи заради максимально можливої адаптації дітей раннього віку з порушеннями здоров'я та розвитку;

- санація, оптимізація та гармонізація психологічної атмосфери у родинах, де такі діти виховуються, у т. ч. обов'язковий психологічний коучінг (тренінг) для їх батьків;

- передбачення, профілактика і, за необхідності, усунення вторинної психологічної та психосоматичної патології. Раннє втручання, як система міждисциплінарної допомоги і підтримки дитини і його сім'ї, передбачає надання комплексу спеціальних послуг, а саме:

- інформування дорослих членів сім'ї про характер та вираженість наявної аномалії розвитку дитини, прогноз та найбільш ефективні ad hoc реабілітаційні заходи; – розроблення рекомендацій щодо розв'язання питань, найбільш гострих та актуальних для певної родини;

- пошук і залучення дитини до навчальних, корекційних та реабілітаційних програм згідно з її індивідуальними особливими потребами, темпами та специфікою розвитку, реабілітаційним потенціалом;

- психокорекція внутрішньосімейних стосунків та батьківського ставлення до дитини, навколишнього світу, самих себе;

- допомога батькам у вигляді організації взаємодії з батьківськими групами самопомоги, суспільними об'єднаннями; посередництво між сім'ями дітей із проблемами розвитку й іншими закладами, які здатні та повинні надати їм підтримку.

Отже, сутність системи раннього втручання полягає у здійсненні своєчасної кваліфікованої багатофахової допомоги дітям із тими чи іншими проблемами розвитку (а також їхніх родин) з метою максимально можливої соціальної, психологічної, педагогічної реабілітації й адаптації. У цій роботі великого значення набуває активізація діяльності батьків, формулювання їхньої свідомої потреби та впевненості в можливості постійно надавати реальну, результативну допомогу власній дитині, що є основним психокорекційним механізмом, який сприяє гармонізації батьківської психіки (Н.С.Кожанова). У процесі проведення психолого-педагогічних заходів постійно розширювались горизонти уявлень та обізнаність батьків щодо психофізичних особливостей дитини, засвоювались методично правильні практичні навички спілкування з нею, підвищувалась батьківська педагогічна компетентність і внаслідок цього – загальний виховний потенціал родини (Т.Е.Туленикова, Н.О.Єфремова).

Важливим теоретичним підґрунтям організації роботи з раннього втручання є такий орієнтир, як: медико-соціальний та психолого-педагогічний супровід родини, яка виховує дитину з порушеннями розвитку, повинен здійснюватися не дискретно, наприклад, у вигляді позасистемних, спорадичних візитів групи незнайомих маюкові дорослих, а послідовно, з реалізацією принципу наступності, із дотриманням принципів всебічного вивчення і задоволення потреб сім'ї, конфіденційності, психологічної довіри, гуманного й чутливого ставлення до кожного з членів родини.

Структурно-організаційні складники моделі раннього втручання Розроблення моделі раннього втручання базується на визначених нами (за міжнародним досвідом та наявними стандартними вимогами) положеннях:

1. Початок процесу раннього втручання розпочинається з своєчасних первинних діагностичних процедур, які називаються «скринінгом». Завдяки цій процедурі відбувається розмежування норми та порушення, а саме – поява припущення щодо тих чи інших відхилень від норми.

2. Наступним кроком є багатовимірна оцінка так званого реабілітаційного потенціалу дитини та родини, при цьому важливим є врахування функційних потреб, які формулюють члени родини («родинноцентровані потреби»). Це дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості сім'ї. Так здійснюється первинна й поглиблена оцінка розвитку дитини та дитячо-батьківських стосунків.

3. За результатами зазначених оцінок стану розвитку дитини та особливостей внутрішньородинної ситуації відбувається колегіальне розроблення стратегії і тактики індивідуальної програми раннього втручання для кожної конкретної дитини.

4. Індивідуальна програма раннього втручання охоплює такі складники, як: просвітницька робота з батьками, медико-психолого-педагогічний супровід, корекційно-розвивальні заходи з дитиною.

5. Цілеспрямована узгоджена між всіма членами команди супроводу (до якої входять й батьки) реалізація Індивідуальної програми раннього втручання уможлиблює підвищення реабілітаційного потенціалу як родини, так і дитини.

6. Протягом усього процесу здійснюється моніторинг динаміки розвитку дитини, що дає змогу за необхідності вносити коригуючі процедури.

7. Відповідальність роботи фахівців раннього втручання полягає у здійсненні останньої ланки – переходу на наступний щабель освітнього процесу (так званий «транзит»). У контексті раннього втручання таким щаблем є система дошкілля. Зважаючи на взаємопов'язаність структурних компонентів та орієнтир на внутрішній потенціал кожної підсистеми, ми назвали цю модель системно ресурсною.

Як бачимо, оцінка реабілітаційного потенціалу дитини і родини, що стає підґрунтям розроблення, а в подальшому – й реалізації індивідуальної програми раннього втручання, здійснюється міждисциплінарною командою. Ця оцінка є необхідним етапом формування програми супроводу кожної

родини. У системі раннього втручання до оцінки суто медичних показників та нормативної оцінки навичок і вмінь дитини додається оцінки соціального оточення, розвиткового простору, батьківської компетентності, індивідуальних особливостей батьків та стресорів, які впливають на розвиток дитини. Основні принципи оцінки базуються на фундаментальних положеннях про єдність соціальних, психологічних і біологічних механізмів розвитку дитини та інтегративній цілісній моделі розвитку. Процедура оцінки ґрунтується на моделі міждисциплінарної взаємодії фахівців (психолога, лікаря, логопеда, фізичного реабілітолога та ін.) і робочого альянсу, в якому спеціалісти та батьки виступають партнерами. Оцінку спрямовано на пошук потенційних можливостей дитини та родини, незважаючи на важкість порушення у дитини. Визначення особливостей дитячо-батьківських стосунків становить її основу. Побудована на таких засадах, вона сприяє залученню батьків до співробітництва з фахівцями, допомагає провести професійний діалог між різними спеціалістами, спираючись на командне розуміння проблеми, дозволяє описати потенціал розвитку дитини й сім'ї та починається з такого співробітництва між спеціалістами, де професійна оцінка залежить від проблеми дитини, а не від ієрархічної структури професійної команди. Первинна та поглиблена оцінка розвитку дитини та дитячо-батьківських стосунків має безперервний, поточний та динамічний характер, оскільки супровід передбачає постійний моніторинг цих складових та їхнє періодичне оцінювання. Виходячи з принципу сімейно-центрованості, особлива увага приділяється інформації, яку надають батьки, оскільки її аналіз дозволяє визначити «батьківський погляд» на дитину та стосунки між дитиною та батьками. Це є відправною точкою для подальшої роботи. Важливим є як зміст цієї інформації, так і форма, у якій вона надавалась та висловлювалась батьками. Результати спостереження за поведінкою дитини, аналіз її вмінь та навичок, особливостей дитячо-батьківської взаємодії, спілкування й комунікації з фахівцями, особливостей емоційного стану та поведінки батьків під час

первинного оцінювання формують «погляд спеціалістів». У процесі міждисциплінарного оцінювання визначаються потреби родини, пов'язані з проблемами, що виникають у батьків під час виховання дитини раннього віку з порушеннями психомоторного розвитку, та первинний запит. Ці характеристики, разом з особливостями психомоторного й соціально-емоційного розвитку дитини та якості дитячо-батьківських стосунків, становлять відправну точку для поглибленої оцінки і створення програм раннього втручання. Реалізація індивідуальної програми раннього втручання дає змогу надавати супровід відповідно до потреб дитини та родини, що змінюються, створювати спрямовано та послідовно розвивальне середовище, яке максимально відповідає завданням розвитку дитини та потребам родини.

Приклад складання плану індивідуальної програми раннього втручання.

1. Індивідуальна програма розробляється на основі результатів проведеної *оцінки*. Компонентами оцінювання є різні види оцінки, які одночасно виступають як його інструмент, тобто як сукупність методів, за допомогою яких визначаються нагальні потреби індивіда, групи, громади, суспільства, так і частина циклу оцінювання. Розрізняють: *оцінку потреб, оцінку процесу, оцінку результатів (впливу), економічну оцінку*. Зазначені оцінки взаємообумовлюють одна одну, ігнорування або відсутність хоча б однієї з них порушує процес оцінювання. Оцінка потреб – проводиться для того, щоб мати вичерпну інформацію щодо рівня задоволення потреб отримувача послуг, картини його життєвих обставин та у правильному руслі скерувати процес визначення необхідного типу втручання. Оцінка процесу – передбачає дослідження відповідності заходів, що проводяться з отримувачем послуг, індивідуальному плану дій, відстеження послідовності їх виконання. Оцінка результатів роботи (впливу) – у ході її здійснення визначаються наслідки втручання, вплив заходів, що проводились, на якість життя клієнта, його безпосередні здобутки, чи відбулись позитивні зміни в

поведінці отримувача послуг, чи вдалося подолати складні життєві обставини; наскільки успішним було втручання тощо.

2. Індивідуальна програма створюється на підставі кращих інтересів і потреб дитини, при конфлікті інтересів батьків і дитини фахівці приймають рішення, виходячи з інтересів дитини. Індивідуальна програма містить опис потреб і ресурсів сім'ї щодо розвитку і поліпшення функціонування дитини. Індивідуальна програма містить опис цілей і основних очікуваних результатів, які будуть досягнуті щодо дитини та членів родини. Індивідуальна програма містить перелік заходів, які допоможуть досягти основних очікуваних результатів (проведення додаткових оцінок, консультації інших фахівців, домашні візити, розвиваючі заняття тощо). Індивідуальна програма містить опис стратегії її реалізації. Індивідуальна програма складається в період не більше 1 місяця з моменту прийняття рішення про включення сім'ї і дитини в програму. Вона розробляється спільно спеціалістами служби та сім'єю.

3. Індивідуальна програма підписується провідним фахівцем, що відповідає за ведення даної програми і є основною контактною особою для сім'ї. В індивідуальній програмі вказана дата її складання і дата наступного перегляду (виділені для зручності відстеження). Мінімальний період, на який складається індивідуальна програма – 6 місяців. Фахівці служби раннього втручання шанобливо ставляться до дитини. Навчання дитини проводиться на основі її власної активності і участі.

4. Співробітники служби раннього втручання поважають особистість батьків або осіб, які їх замінюють, приймаючи їх думку про дитину, їх особистий досвід, очікування і рішення.

5. Індивідуальна програма завершується в наступних випадках:

- дитина / сім'я більше не мають потреби в послугах, так як цілі розвитку дитини досягнуті, а фактори ризику усунені;
- дитина досягла віку виходу з програми;
- сім'я сама припиняє свою участь в програмі

Отже, цілі і завдання програм раннього втручання наступні.

Ціль – надання допомоги сім'ям, що виховують дітей раннього віку, які мають порушення розвитку або ризик їх появи, для сприяння їх оптимальному розвитку і адаптації в суспільстві. Програми раннього втручання забезпечують:

- найбільш раннє виявлення відставання і порушень в розвитку;
- інформаційну та емоційну підтримку сім'ям;
- допомогу і підтримку сім'ям з метою мобілізації їх ресурсів і забезпечення зв'язків з іншими ресурсами в співтоваристві і їх найближчому оточенні;
- систематичну оцінку рівня розвитку дитини;
- розробку та реалізацію спільно з сім'єю індивідуальної програми втручання;
- розвиток у батьків компетентності в питаннях забезпечення догляду за дитиною та її оптимального розвитку;
- координацію та взаємодію з іншими службами, що забезпечують послуги для дитини і сім'ї;
- організацію груп підтримки для сімей.

Оскільки стратегії проведення програм можуть відрізнятися в залежності від особливостей організації служби раннього втручання, необхідно позначити основні принципи, на яких повинні будуватися всі програми раннього втручання [27].

Наведемо приклад проведення тренінгу з дітьми, у яких виявлено РАС.

Тренінг взаємної імітації (Reciprocal Imitation Training)

Тренінг взаємної імітації, розроблений Брук Інгерсол (Brooke Ingersoll), є натуралістичним методом поведінкової інтервенції, який має на меті навчити імітації дітей з розладами аутичного спектра в соціально-комунікативному контексті. Цей метод покликаний розвивати як ініційовану так і спонтанну імітацію. Тренінг взаємної імітації включає такі компоненти як:

1. Імітація поведінки дитини. Партнер імітує дії дитини з іграшками, жести, рухи тіла та вокалізації. Це повинно збільшити зоровий контакт з дитиною та спільну увагу, підготувати дитину до імітації партнера та актуалізувати взаємну поведінку.

2. Словесний супровід. Партнер коментує те чому дитина приділяє увагу (дивиться чи робить) використовуючи спрощену мову (наприклад, м'ячик котиться, жабка стрибає) чи звукові ефекти (бум, чух-чух-чух). Це повинно підвищити імітацію дитини та актуалізувати спонтанне мовлення.

3. Моделювання поведінки. Партнер починає моделювати (виконувати) знайомі для дитини дії з об'єктами, якими дитина зайнята. Для цього потрібно щоб кожен із предметів був в двох екземплярах. Після того як дитина навчилася імітувати знайомі для неї рухи партнер поступово вводить нові незнайомі для дитини рухи з об'єктами. Моделювання партнером дій дитини супроводжується коментуванням дій, які моделюються. Коментування дають дитині натяк, що потрібно імітувати дії, які виконує партнер. Коментування відрізняється від словесних інструкцій, таких як: повтори за мною, зроби так, підними м'яч, брязкальцем. Коментування не є прямою вказівкою, коментарі можуть варіюватися і відповідно дають більше свободи для спонтанності та самостійності дитині в імітації. Після дій з об'єктами, дитину вчать імітувати описові жести: конвенційні (знизування плечима – «я не знаю»), афективні (потирання рук – означає очікування чогось бажаного), жести опису об'єктів, властивостей та рухів (тримання рук в сторони для опису величини). Моделювання жестів потребують відповідного контексту, який спонукає до спонтанного використання жестів дитиною.

4. Фізична допомога. Партнер фізично допомагає дитині імітувати змодельовану дію якщо вона не імітує спонтанно. Фізична допомога: дає дитині зрозуміти, що від неї хочуть щоб вона зробила; забезпечує формування моторного плану руху, який треба виконати; спонукає до імітації

в майбутньому через негативне підкріплення (коли фізична допомога для дитини є неприємною).

5. Підкріплення. Партнер хвалить дитину після успішної імітації і дозволяє їй продовжувати гратися з іграшками. Тобто, через позитивне соціальне підкріплення (похвала) та позитивне матеріальне підкріплення (доступ до цікавих для неї матеріалів) повинні закріпити імітаційну поведінку дитини.

6. Почерговість використання технік. Партнер втілює почергово техніки тренінгу імітації в середньому кожної хвилини протягом гри з нею. Як тільки дитина успішно зімітувала партнера, він повинен повернутися до імітації дитини та використання словесного супроводу. Це вчить дитину взаємній ігровій діяльності: вести за собою партнера по грі, а потім слідувати за його ініціативою. Це повинно розвивати соціальні компоненти імітації. Тренінг включає наступні техніки та принципи:

- якщо після кількох представлень руху дитині вона не імітує, слід вербально та фізично спонукати її до імітації;
- при навчанні імітації рухам з об'єктами використовується два подібних об'єкта, один з яких знаходиться у дитини;
- використовувати опис руху, який дитина повинна імітувати, в якості помічного фактора;
- демонструвати дитині рухи слід в такий спосіб щоб дитина чітко могла їх помітити;
- використання часу очікування (слід дати дитині можливість імітувати рухи спонтанно);
- для того щоб навчити дитину імітувати слід дуже часто імітувати її поведінку. Дослідження присвячене перевірці ефективності тренінгу взаємної імітації проведено на групі аутичних 10 дітей віком від 27 до 47 місяців дало позитивні результати. Половина із досліджуваних піддавалися тренінгу взаємної імітації по 3 години кожного тижня протягом 10-ти тижнів. Діти контрольної групи відвідували звичайні заняття. Після повторного

вимірювання імітаційних здібностей виявилось, що діти які пройшли тренінг взаємної імітації набули значно більшого розвитку здібностей спонтанної та ініційованої імітації, імітації рухів з об'єктами та імітації жестів.

Навчання аутичних дітей імітації за допомогою тренінгу взаємної імітації може реалізовуватися трьома різними шляхами: 1) Реалізація тренінгу взаємної імітації терапевтом; 2) Розвиток імітаційних здібностей аутичних дітей через батьків; 3) Розвиток імітаційних здібностей аутичних дітей через сиблінгів. Кожен із вказаних способів втілення тренінгу взаємної імітації проходив процедуру емпіричного дослідження перевірки ефективності. Розглянемо процедуру та результати детальніше. Реалізація батьками. Трьох аутичних дітей (31-42 місяці) діагностували на рівень використання спонтанної імітації до та в кінці навчання їхніх матерів технікам (імітація дій дитини та рухів, словесний та звуковий супровід поведінки дитини, моделювання рухів, спонукання до імітації, винагородження імітаційної поведінки) тренінгу взаємної імітації, і через один місяць після завершення тренінгу. Результати дослідження показали, що аутичні діти покращили частоту спонтанної імітації дій з об'єктами після навчання матерів технікам тренінгу навіть через один місяць. Матері дітей після проходження тренінгу частіше стали застосовувати техніки імітації та частково продовжували застосовувати їх через один місяць. Імітація поведінки аутичних дітей як метод корекції розвитку. Батьки та педагоги, які працюють з аутичними дітьми, часто забувають наскільки важливо імітувати поведінку дітей. Неодноразові результати досліджень показують, що як дорослі так і діти різного віку поведуться більш соціально у відповідь на імітацію їхньої поведінки іншими. Так, в одному із досліджень, люди дорослого віку після того як їх імпліцитно імітували проявляли більше про-соціальної поведінки (піднімали з землі речі які були впущені з рук інших, давали більше грошей на благодійність) ніж ті учасники яких не імітували. Про-соціальна поведінка спостерігалася не тільки відносно безпосередньо тих людей, які їх імітували але й до інших сторонніх людей. В іншому

дослідженні учасники поведінка яких імітувалася співрозмовником оцінювали якість соціальної взаємодії та партнера по спілкуванню більш позитивно ніж учасники контрольної групи поведінка яких не імітувалася. 14-ти місячні діти дивляться більше на того дорослого та посміхаються йому, який імітує їхню поведінку ніж дорослий який не імітує але виконує ситуативно-доречну поведінку. В дослідженні 24-х місячні діти були більш схильні повторювати свої дії і дивитися на обличчя дослідника коли він імітує їхні дії з об'єктом порівняно з тим коли він виконує іншу дії з тим самим об'єктом. Дослідження 18-ти місячних дітей виявило, що діти демонструють більше про-соціальну поведінку коли їх імітують. В цьому дослідженні використовувалася експліцитна імітація, тобто переважно всі діти були свідомими того що їх поведінка імітується. Так, діти яких імітували більше допомагали збирати впущені на підлогу палиці, відчиняти двері дорослому у якого були зайняті руки ніж діти контрольної групи поведінка яких хоча і не імітувалася але були залучені в не менш дружню взаємодію з дорослими перед ситуацією 46 «допомоги». Досліджувані яких імітували проявляли про-соціальну поведінку в рівній мірі як відносно дослідника який їх імітував так і відносно іншого дослідника. В дослідженні більш старших дітей (5-6 років) було виявлено, що діти відповідного віку з більшою довірою ставляться до дорослого, який імітує їхню поведінку. Кожна досліджувана дитина із 10 по-крокову процедуру взаємодії з двома дорослими та асистентом. Спочатку асистент запитував дитину і дорослих яка із набору картинок їм подобається. Потім асистент задавав їм ряд запитань, які не мали правильної чи не правильної відповіді. Один із дорослих весь час імітував відповіді та вподобання дитини тоді як інший давав незалежні відповіді. Після цього спочатку дорослим пропонували подивитися та вибрати одну із ідентичних коробок але з різними іграшками в середині, а потім давали шанс дитині вибирати. Вибір дитини повинен був стати індикатором того чи буде дитина більше довіряти оцінці вмісту коробки дорослим який її імітував чи ні. Також, рівень довіри оцінювався в завданні коли спочатку дорослих

просили дати відповідь на запитання яке не мало правильної відповіді, а потім дитину. Так, 8 дітей із 10 проявили довіру в обох завданнях до людини яка імітувала їх, 10 дітей проявили довіру в одному із завдань і лише 2 дитини не повторили відповідей імітатора в жодному із завдань. Дослідження взаємозв'язку імітації та соціальної взаємодії показало, що досліджувані які були налаштовані на соціальну взаємодію за допомогою методу семантичної підказки (словами: друг, разом, партнер, приєднуватися) частіше вдавалися до імітації інших людей. В іншому дослідженні діти п'ятирічного віку, які були налаштовані до взаємодії через ситуацію в якій їм було вигідно кооперувати імітували дії інших більш деталізовано. З досвіду роботи із аутичними дітьми можна сказати, що діти часто з подивом реагують на ситуацію коли їх рухи (чи вокалізації) імітуються. Коли дорослий імітує рухи дитини він наче пропонує дитині пограти в гру, хоча для неї незрозумілу але цікаву (подив свідчить про зацікавленість дитини). Виконання руху породжує потік інформації від органів чуття так коли дитина, наприклад, здійснює рух вона візуально спостерігає за його виконанням, а коли вокалізує – одночасно слухає. Відповідно коли дитина бачить чи чує, що її імітують нова інформації проникає в її свідомість – вона отримує практично ті ж самі відчуття від органів зору та слуху, при цьому вона помічає що її власні рухи не мають до них відношення. З'являються перші дослідження ефективності імітації дітей з аутизмом в якості методу корекційного втручання. Експерименти показують, що діти з розладами аутичного спектра демонструють більше соціальної поведінки тоді, коли їх імітує дорослий, ніж тоді, коли дорослий взаємодіє з ними в інший спосіб. Також, аутичні діти більше проявляють соціальний інтерес відразу після того як їх імітують, ніж після інших реакцій на їхню поведінку.

2.3. Методичні рекомендації працівникам, які надають ранню допомогу дітям з аутистичними розладами

Працівники служб допомоги дітям з РАС повинні чітко дотримуватися принципів та стандартів надання ранньої допомоги дітям з аутизмом

Розглянемо детальніше *принципи* раннього втручання.

Системність: робота з родиною як системою. Послуги, що охоплюють всі сторони життя і розвитку дитини, програми скоординовані і побудовані на принципах командної роботи: з родиною узгоджено і цілеспрямовано працює група фахівців різного профілю, до якої включені і батьки. Тоді є можливими скоординовані послуги, спрямовані на розвиток всіх сторін розвитку і життя дитини, що проводяться командою професійної служби раннього втручання, допомагають уникнути фрагментації і невідповідностей в системі послуг, спрямованих на підтримку сім'ї та дитини. В останні роки багато говорять про командної моделі роботи, яка потрібна в тих випадках, коли різні фахівці працюють з дитиною відповідно до її потреб. Моделі командної роботи розрізняються за своєю природою комунікації, вкладу і співробітництва, залучених у взаємодію фахівців – учасників команди. Міждисциплінарна командна робота є найбільш ефективною моделлю, що дозволяє задовольняти специфічні потреби дітей і сімей. В системі раннього втручання робота міждисциплінарної команди спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби і можливості кожної конкретної дитини і її сім'ї;

Індивідуальний підхід: розробка індивідуальної програми розвитку, що враховують запит батьків, а також їх стан, потреби в тому чи іншому вигляді допомоги; Послуги служби раннього втручання сімейноцентровані й орієнтовані на особливості кожної родини. Термін «сімейноцентровані програми» означає, що вся діяльність і рекомендації фахівців спрямовані на підтримку сім'ї і посилення можливостей сім'ї в забезпеченні кращого розвитку та навчання їх дитини. Мета програм раннього втручання –

відповідати на запити сімей щодо їх дітей, їх сильних і слабких сторін, потреб і стилів розвитку та навчання. Важливою вимогою до надання послуг раннього втручання є здатність команди фахівців вибудувати програму для кожної конкретної сім'ї з урахуванням її культури, унікальності її ситуації, переваг, ресурсів і пріоритетів. Це передбачає розвиток і підтримку активності, почуття компетентності у батьків, становлення активної позиції в процесі абілітації дитини, у подоланні соціальної ізоляції, розвиток відчуття власної значущості в цьому процесі, а також спільність своїх цілей з цілями спеціалістів, які здійснюють корекційно-розвивальну роботу. Батьки виступають активними учасниками у реалізації програми: починаючи від формулювання запиту і участі в первісній оцінці, далі реалізуючи програму в повсякденному житті вдома, а також беручи участь в оцінці ефективності програми і в рішенні про її зміну. Сім'я забезпечує щоденний контекст, в якому дитина росте і розвивається. Тому саме сім'я, в більшій мірі, ніж окрема дитина, є первинним одержувачем послуг служби раннього втручання, в тій мірі, як вона сама цього бажає.

Послуги спрямовані на розвиток дитини в *природному середовищі*. Практика раннього втручання, метою якого є оптимальний розвиток дитини, передбачає активне дослідження дитиною навколишнього світу, отримання різноманітного досвіду, взаємодію з оточуючими дорослими і участь в різних заходах, які відповідають віку дитини, її когнітивному рівню, інтересам, а також побажанням і пріоритетам її сім'ї. Раннє втручання повинно проводитися в природному середовищі, яка забезпечує надходження щоденного досвіду, а також успішну комунікацію з близькими людьми. Навчання в природному середовищі максимально гарантує отримання дитиною функціональних навичок і забезпечує генералізацію новопридбаних навичок в природний, щоденний контекст. Сім'я є найбільш оптимальним (повноцінним) середовищем для дитини. Без постійних близьких відносин, які можуть бути забезпечені тільки в сім'ї, повноцінний розвиток дитини неможливий.

Науковість і доказовість. Практика раннього втручання базується на інтеграції сучасних досліджень, науково обґрунтованих методів, з урахуванням експертної думки фахівців і сімей, які можна розділити на «внутрішні» і «зовнішні». «Внутрішні» докази ґрунтуються на обґрунтованих думках клініцистів, результати проведеної оцінки та моніторингу результатів програм, а також систематичної оцінки думки одержувачів послуг, тобто сім'ї та дитини. «Зовнішні» докази ґрунтуються на емпіричних дослідженнях, опублікованих в наукових журналах, рецензованих фахівцями в даній області.

Динамічна оцінка. Завдання оцінки в ранньому втручанні – визначити, які фактичні ресурси дитини і можливості її розвитку. Оцінка є гіпотезою про можливість розвитку дитини, яка постійно доповнюється і коригується в процесі роботи; Опора на сильні сторони дитини і родини. Основний акцент при оцінці та проведенні програм робиться не на обмеження дитини і сім'ї, а на виявлення їх ресурсів і можливостей. «Точкою відліку» слугує не стільки порівняння з «нормою», скільки потреби і можливості окремої дитини та родини. Опора на сильні сторони підкреслює значущість власних досягнень в розвитку; Акцент на комунікацію. Дитина, як і будь-яка людина, потребує того, щоб мати можливість висловлювати свої потреби, почуття і бажання, бути почутою та зрозумілою. Ранні мовні і мовленнєві навички отримують і використовують, в першу чергу, для комунікації в соціальній взаємодії. Підтримка і розвиток комунікації є метою і засобом програм раннього втручання.

Нормалізація життя. Максимальне наближення життя сім'ї з дитиною з порушеннями до життя інших сімей, які проживають поряд з ними. Можливість життя в сім'ї, доступність середовища, освіта та виховання разом із звичайними дітьми, можливість майбутнього незалежного життя; Доступність служби раннього втручання: чи може родина дістатися до центру раннього втручання. Найкраще, щоб служба була поруч з будинком,

де живе родина. Так зручно як батькам особливої дитини, так і фахівцям, які мають здійснювати домашні візити.

Працівники служби раннього втручання повинні дотримуватися *стандартів*. Назвемо найголовніші стандарти.

1. Служба працює з сім'ями, що мають дітей з порушеннями психофізичного розвитку, відставанням або високим ризиком відставання в розвитку від 0 до 3 років

2. При наявності ресурсів служби вік дітей цільової групи може бути розширений до 6 років.

3. Служба є окремою структурою або виділеним структурним підрозділом і має чітко визначену організаційну структуру. Є затверджене Положення про службу раннього втручання. Управління службою здійснює назначений керівник, який має клінічний досвід і є членом команди. Діяльність служби здійснюється відповідно до затвердженого плану і розкладу роботи спеціалістів служби.

4. Управління службою будується на принципах довіри, відкритості, партнерства. Рішення приймаються керівником на підставі командного обговорення. Керівник регулярно і своєчасно проводить інформування членів команди з важливих для них питань.

5. Керівник забезпечує якість програм, що проводяться службою втручання для дітей і сімей. Він несе відповідальність за навчання персоналу, його професійний розвиток, відповідає за взаємодію з зовнішніми організаціями та фахівцями.

6. Члени команди мають скоординований час роботи. Для забезпечення міждисциплінарності час прийомів всіх фахівців служби максимально поєднано. Команда має визначений час для щотижневих спільних обговорень, проведених первинних оглядів і оперативного планування. Всі члени команди регулярно беруть участь в міждисциплінарних обговореннях з розбором випадків.

7. У службі працює міждисциплінарна команда, що відповідає потребам дитини і сім'ї. Команда складається як мінімум з трьох спеціалістів, що представляють різні дисципліни. За необхідності для задоволення потреб дитини та сім'ї до складу команди можуть бути залучені зовнішні фахівці.

8. Фахівці служби мають відповідну кваліфікацію в сфері роботи з дітьми з порушеннями раннього віку. Фахівці мають вищу профільну освіту і пройшли постдипломне навчання в області раннього втручання. Фахівці мають знання і вміння для проведення оцінки, планування, здійснення і моніторингу програми допомоги; ведення бесіди; індивідуального і групового консультивання (у межах своєї дисципліни).

9. Фахівці служби мають навички командної взаємодії. Вони мають навички спільного ведення прийомів з сім'ями і дітьми, навички вироблення єдиної думки при обговореннях та побудові програм допомоги. Фахівці регулярно беруть участь в проведенні інформаційних, навчальних заходів в галузі раннього втручання і / або суміжних галузях.

10. Послуги надаються в середовищі, що найбільш повним чином відповідає потребам сімей, дітей раннього віку та дітей з порушеннями розвитку.

11. Вся робота з сім'ями документується в письмовому вигляді. На кожному дитину, включену до програми втручання, заводиться індивідуальна папка / карта дитини. Команда має чіткі правила стосовно ведення записів і змісту індивідуальних папок / карт дитини.

12. Всі матеріали, що мають інформацію про клієнтів служби, включаючи відеозаписи та індивідуальні папки, доступні тільки фахівцям служби.

13. Інформація про дитину і сім'ю, доступна співробітникам служби, не підлягає розголошенню без згоди сім'ї, крім випадків, визначених законодавством.

14. Оцінка спрямована на дослідження особливостей розвитку дитини, її сильних сторін, потреб, і допомагає спланувати програму втручання. Оцінка

визначає рівень функціонування дитини в кожній з наступних областей: (А) Когнітивний розвиток (В) Руховий розвиток (С) Комунікативний розвиток (D) Соціально-емоційний розвиток (Е) Навички самообслуговування

15. Кожна дитина, яка користується послугами служби, має індивідуальну програму, побудовану з урахуванням її потреб і потреб її сім'ї

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано психолого-педагогічну літературу про аутизм та шляхи допомоги.

2. Перевірено психологічну модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Виокремлено структурно-організаційні складники моделі раннього втручання. Розроблення моделі раннього втручання базується на визначених нами (за міжнародним досвідом та наявними стандартними вимогами) положеннях:

а) Початок процесу раннього втручання розпочинається з своєчасних первинних діагностичних процедур, які називаються «скринінгом». Завдяки цій процедурі відбувається розмежування норми та порушення, а саме – поява припущення щодо тих чи інших відхилень від норми;

б) наступним кроком є багатовимірна оцінка так званого реабілітаційного потенціалу дитини та родини, при цьому важливим є врахування функційних потреб, які формулюють члени родини («родинно центровані потреби»). Це дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості сім'ї. Так здійснюється первинна й поглиблена оцінка розвитку дитини та дитячо-батьківських стосунків.

в) За результатами зазначених оцінок стану розвитку дитини та особливостей внутрішньородинної ситуації відбувається колегіальне розроблення стратегії і тактики індивідуальної програми раннього втручання для кожної конкретної дитини.

г) Індивідуальна програма раннього втручання охоплює такі складники, як: просвітницька робота з батьками, медико-психолого-педагогічний супровід, корекційно-розвивальні заходи з дитиною.

д) Цілеспрямована узгоджена між всіма членами команди супроводу (до якої входять й батьки) реалізація Індивідуальної програми раннього

втручання уможлиблює підвищення реабілітаційного потенціалу як родини, так і дитини.

е) Протягом усього процесу здійснюється моніторинг динаміки розвитку дитини, що дає змогу за необхідності вносити коригуючі процедури.

є) Відповідальність роботи фахівців раннього втручання полягає у здійсненні останньої ланки – переходу на наступний щабель освітнього процесу. У контексті раннього втручання таким щаблем є система дошкілля. Зважаючи на взаємопов'язаність структурних компонентів та орієнтир на внутрішній потенціал кожної підсистеми, ми назвали цю модель системно ресурсною.

3. Описано методичні рекомендації для працівників щодо надання допомоги дітям раннього віку з аутизмом.

Отже, сутність системи раннього втручання полягає у здійсненні своєчасної кваліфікованої багатофахової допомоги дітям із РАС (а також їхніх родин) з метою максимально можливої соціальної, психологічної, педагогічної реабілітації й адаптації. У цій роботі великого значення набуває активізація діяльності батьків, формулювання їхньої свідомої потреби та впевненості в можливості постійно надавати реальну, результативну допомогу власній дитині, що є основним психокорекційним механізмом, який сприяє гармонізації батьківської психіки.

У процесі проведення психолого-педагогічних заходів перспективним стає постійне розширення уявлень та обізнаності батьків щодо психофізичних особливостей дитини, засвоєння ними методично правильних практичних навичок спілкування з нею, підвищення батьківської педагогічної компетентності і в цілому – загальний виховний потенціал родини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авдеєва Н.М. Раннє втручання і емоційно-особистісні відхилення в ранньому віці. *Психологічна наука і освіта*. 2010. № 5. С. 108-112.
2. Алексеєва О.Є. Психологічні особливості сімейного виховання. Дитини з проблемами в розвитку. *Дошкільна педагогіка*. 2010. № 3. С. 56-57.
3. Арсенова Л.А. Залежність психічного розвитку дітей с особливими потребами від сімейних стосунків. *Корекційна педагогіка*. 2006. № 5. С. 71-73.
4. Барбера М. Л. Дитячий аутизм та вербально-поведінковий підхід. К. : Сварог. 2023. 264 с.
5. Боулбі Д. Прив'язаність. К.:Світ, 2003. С. 10-20.
6. Грінспен С., Відер С. На Ти з аутизмом. Використання методики Floortime для розвитку стосунків, спілкування та мислення. К.: Центр навчальної літератури. 2023. 597 с.
7. Дитина з розладами аутистичного спектра. К.: Кенгуру. 2018. 32 с.
8. Доусон Д., Вісмар Л, Роджерс С. Денверська модель раннього втручання для дітей з аутизмом. К., 2023. 554 с.
9. Дудкевич Т.В. Дитяча розвивально-корекційна психологія. Модульний навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури. 2022. 302 с.
10. Душка А.Л. Батьки особливої дитини : шляхи допомоги. *Вісник Одеського нац. ун-ту. Психологія*. 2010. 15, вип. 4. С. 67-73.
11. Зверєва І.Д., Кияниця З.П., Кузьмінський В.О., Петрочко Ж. В. Оцінка потреб дитини та її сім'ї : від теорії до практики : навч. посіб.: У 2-х част. К. : "Кожній дитині", 2010. Част. I. 224 с.
12. Кукуруза Г. В. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку. Автореф. дис.д-ра психол. наук : 19.00.04, Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2013. 35 с.
13. Кукуруза Г.В. Психологічна модель раннього втручання : допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку : монографія [Текст]. Х.:, Планета-принт, 2013. 244 с.

14. Кукуруза Г.В. Ефективність програм раннього втручання для дітей з порушеннями психічного розвитку [Текст]. *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна* : зб. наук. праць. Х., 2013. Вип. 1046. С.184-187. (Серія психологія).
15. Левченко І.Ю., Ткачова В.В. Психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з відхиленням у розвитку : метод. посібник. 2008. 239 с.
16. Марценковський І.А. Можливості профілактики, особливості діагностики і лікування розладів із спектра аутизму. *Здоров'я України*. 2012. С. 66-68.
17. Нотбом Е. 10 речей, про які хотіла б розповісти вам дитина з аутизмом. К., 2012. 146 с.
18. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи : навчально-методичний посібник / за ред. В. Ю.Мартинюка, С. М. Зинченко. К.: Інтермед, 2005.
19. Оцінка потреб дитини та її сім'ї / заг. ред. І.Д.Зверєвої. Авт.: І.Д.Зверєва, З.П.Киянця, В.О.Кузьмінський, Ж.В.Петрочко, І.Самон. К. : Держсоцслужба, 2007. 144 с.
20. Пескова Г. І. Процес раннього втручання в дитячий розвиток : історія Чикагського лонгітюдного дослідження [Текст]. *Молодой вчений*. 2012. №5. С. 480-482.
21. Пітерс Т. Аутизм : від теоретичного розуміння до педагогічного впливу. Владос, 2003. 240 с.
22. Разенкова Ю. А. Початковий етап становлення системи ранньої допомоги в США : історичний екскурс. *Дефектологія*. 2012. № 2. С. 3-5.
23. Риндер І.Д. Модель психомоторного розвитку дітей з розладами аутичного спектра. Освіта осіб з особливими потребами : шляхи розбудови. 2012. Вип 3(1). С.134-139.
24. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. Львів, 2008. 165 с.

25. Сільберман С. Що приховує аутизм. Майбутнє нейрорізноманіття. К. : Наш Формат. 2021. 512 с.
26. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму. К. : Фенікс, 2010. 388 с.
27. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра : навч.-метод. посіб. К. : Педагогічна думка, 2013. 56 с.
28. Скрипник Т.В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам : навч.-метод. посіб. К. : Шкільний світ, 2016. 160 с.
29. Сухіна І.В. Родинно-орієнтований підхід у контексті комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. *Особлива дитина : навчання і виховання*. 2014. № 4. С. 28-32. С.182-191.
30. Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. С Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом : посібник. / за ред. Сухіної І.В. Київ-Чернівці : Букрек, 2017. 192 с.
31. Ткач Х. Обстеження мовленнєвого розвитку дітей з аутизмом і тяжкими порушеннями мовлення. К.: Мандрівець, 2020. 136 с.
32. Управління статистики України / Населення України 1998-2015, дата останньої модифікації: 13/08/115 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html (дата звернення: 28.09.2015).
33. Шестопалова Л.Ф., Кукуруза Г.В. Типи захисно-копінгової поведінки батьків, які виховують дітей раннього віку із порушеннями психомоторного розвитку. *Медична психологія*. 2011. № 1. С.14-17.
34. Шрам Р. Дитячий аутизм і АВА: терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки. К. : Центр учбової літератури. 2021. 140 с.
35. Ярмола Н.А. Поради батькам і педагогам. Діти дощу. Діти з розладами аутистичного спектра. К.: Кенгуру. 2019. 32 с.
36. Beckwith L. Adaptive and maladaptive parenting: Implications for intervention //Meisels S. J., Shonkoff J. P. (eds). Handbook of early childhood intervention. Cambridge; -N. Y.: Cambr. Univ. Press, 1990. P. 53-77.

37. Chasson G. S. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and special education for children with autism. / Chasson G. S., G. E. Harris, W. J.
38. Neely. *J Child Fam Stud*. 2007. V. 16. P. 401–413.
39. Data and statistics of Autism spectrum disorder [Электронный ресурс] / Center for Disease Control. Режим доступа : <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата звернения: 04.06.2015).
40. Data and statistics of Autism spectrum disorder [Электронный ресурс] / Center for Disease Control. Режим доступа : <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата звернения: 04.06.2015).
- Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement / S. J. Rogers, G. Dawson. New York: 2010, Guilford. – 297 p.
41. Estes A. Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder / A. Estes, J. Munson, S. J. Rogers, J. Greenon, J.
42. Winter, G. Dawson. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015.
43. Field T.M. *Infancy*. Cambridge, 1990. P. 260.
44. Gerdts J. The broader autism phenotype and its implications on the etiology and treatment of autism spectrum disorders / J. Gerdts, R. Bernier. *Autism Research and Treatment*. doi: 10.1155/2011/545901.
45. Guralnick M. *The Effectiveness of Early Intervention* / M.Guralnick - Paul H. Brookes Publishing Co., 1997 661p.
46. Jones W. Attention to eyes is present but in decline in 2–6 month old infants
47. later diagnosed with autism / W. Jones, A. Klin. *Nature*. – doi: 10.1038/nature12715.
48. Jones W. Attention to eyes is present but in decline in 2–6 month old infants
49. later diagnosed with autism / W. Jones, A. Klin. *Nature*. doi: 10.1038/nature12715.

50. Kolb B. Brain plasticity and behavior in the developing brain / B. Kolb, R. Gibb. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011. V. 20. – №4. – P. 265–276.
51. Lyall K. Parental social responsive and risk of autism spectrum disorder in offspring / K. Lyall, J. N. Constantino, M. G. Weisskopf, A. L. Roberts, A. Ascherio, S. L. Santagelo. *JAMA Psychiatry*. 2014. V. 71. №8. P. 936 – 985.
52. Peters-Scheffer N. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in Nrthelands / N. Peters-Scheffer, R. Didden, H. Korzilius, J. Matson. *Res Dev Disabil*. 2012. V. 33. P. 1763 – 1772.
53. Rogers S. J. Evidence-based comprehensive treatments for early autism / Rogers, S. J. & Vismara, L. A. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008. V. 37. P. 8–38. doi:10.1080/15374410701817808
54. Rogers S. J. Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants / S. J. Rogers, L. Vismara, A. L. Vagner, C. McCormick, G. Young, S. Ozonoff. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-014-2202-y.
55. Rogers S. J. Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement / S. J. Rogers, G. Dawson. New York: 2010, Guilford. 297 p.
56. Smith T. Evidence base update for autism spectrum disorder / T. Smith, S. Iadarola. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015. 44(6). P. 897-922.
57. What Is Autism? What is Autism Spectrum Disorder? / Autism Speaks – Режим доступа: <https://www.autismspeaks.org/what-autism> (дата звернення: 04.06.2015).
58. Zwaigenbaum L. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research / L. Zwaigenbaum et al. *Pediatrics* 2015; 136;S60. doi: 10.1542/peds.2014-3667E.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для батьків дітей з РАС

1. ПІБ дитини _____ вік _____
 _____ Стать _____ Обстежувалася дитина раніше?
 _____ Якщо так, то який діагноз?
 _____ Ким поставлений діагноз?
 _____ Коли? _____ Число,
 місяць, рік заповнення анкети _____ Відомості про
 дитину

1. Риси гіперрухливості (так-ні)
2. Утруднення з концентрацією уваги - Утримує увагу не більше, ніж на
 () хвилин - Не утримує увагу
3. Напади: -злості _____ -крику _____ -агресії _____ -аутоагресії _____ -
 безутішного плачу _____ -ступор _____
4. Чи були під час плачу незвичайні звуки? (так-ні)
5. Слабкість вираження емоцій (так-ні)
6. Надмірність емоцій (так-ні)
7. Афективна сфера: -відстороненість -стурбованість (тривожність) -
 напруженість
8. Частий сміх без причини (так-ні)
9. Схильність до ейфорії (так-ні)
10. Чи наполягає до крику на тому, що хоче зробити? (та ні)
11. Сильні, вимогливі жести (так-ні)
12. Не використовує мова в процесі комунікації (так-ні)
13. Відсутність мови про себе в першій особі (так-ні)
14. Приймає дивні пози, постави (так-ні)
15. Вигинається, коли дитину беруть на руки (так-ні)
16. Чинить спротив тілесному контакту (так-ні)

17. Часто скиглить? (та ні)
18. Тримає плечі високо, долоні вперед (так-ні)
19. Часто ходить навшпиньки? (та ні)
20. Надає перевагу людям / іграшкам (так-ні)
21. Уникає людей (так-ні)
22. Наполягає на предметах, які занадто цікавлять? (так-ні)
23. «Тероризує» нешкідливі предмети (так-ні)
24. Чи ставить предмети в постійній послідовності? (так-ні)
25. Зауважує зміни в навколишньому оточенні? (так-ні)
26. Надзвичайна деритуальність і акуратність (так-ні)
27. Повторює завчені слова та речення (так-ні)
28. Зациклення на одній темі (так-ні)
29. Ігри «неігровими» предметами (так-ні)
30. Споживання їжі: - що дитина вимагає найбільш часто / їжу, напої / - який їжі віддає перевагу? _____ - нетерпимість до якого виду продуктів? _____
31. Жує або ковтає неістівні предмети? (так-ні)
32. Слухове сприйняття: - закрива' вуха на гучні звуки? (так-ні) - подобаються галасливі іграшки? (так-ні) - реагує на ваші прохання? (так-ні) - хворобливе сприйняття певних звуків \ яких? \ _____
33. Зорове сприйняття: - уникає дивитися людині в обличчя \ «бічний зір» \ (так-ні) - іноді \ на прохання \ дивиться в очі (так-ні)
34. Тактильне сприйняття: - обмацування і вивчення поверхні за допомогою пальців (так-ні) - близько підносить до очей їжу, предмети - обнюхує (так-ні) - пильно розглядає власні руки (так-ні) - дуже чутлива до деяких запахів (так-ні) - залазить на дуже високі місця? (так-ні)
35. Колекціонує певні предмети (так-ні)
36. Чи може проводити години за заняттям, які не мають сенсу (так-ні)
37. Підбирає дрібні предмети \ крихти, висмикує траву і т.д. \ (так-ні)
38. Ехолалія (так-ні)

39. Не допускає до себе інших дітей (так-ні)
40. Чи здатна дитина зрозуміти правила гри (так-ні)
41. Не може підтримати розмову (так-ні)
42. Порухені тон і ритм мови (так-ні)
43. Не володіє символічною грою (так-ні)
44. Не розмовляє (так-ні)
45. Розмовляє придуманому мовою (так-ні)
46. Чим захоплюється дитина? \ її улюблене заняття \:

47. Чи потребує дитина постійного нагляду, навички самостійності ?:
48. Орієнтація в соціумі: - повністю - частково - за допомогою родичів
49. Відомості про щеплення:

50. Вагітність і пологи: - вагітність і пологи пройшли нормально _____ - проблеми під час вагітності і пологів _____ - проблеми під час вагітності, пологи нормальні _____ - проблеми під час пологів, вагітність нормальна _____ - інше _____

51. Чи страждав хтось із найближчих родичів психічними захворюваннями (найближчими родичами вважаються батьки, брати, сестри, дідусі та бабусі, дядьки й тітки.) _____

52. Додаткові відомості про дитину \ не ввійшли в опитувальник, які, як ви вважаєте, можуть допомогти в діагностиці порушення розвитку дитини \:

Додаток Б

Опитувальник взаємодії батьків з дитиною.

Інструкція. Відзначте вашу згоду з наступними твердженнями за 5-бальною шкалою. Оцініть твердження окремо для кожного з батьків в бланку

відповідей: літера М – для матері, Б – для батька. 5 – безумовно, так (абсолютна згода); 4 – загалом, так; 3 – і так, і ні; 2 – швидше ні; 1 – ні (абсолютна незгода).

1. Якщо вже я щось вимагаю від нього (неї), то обов'язково доб'юся цього.
2. Я завжди караю його (її) за погані вчинки.
3. Він (вона) сам (а) зазвичай вирішує, який одяг надягти.
4. Мою дитину сміливо можна залишити без нагляду.
5. Син (дочка) може розповісти мені про все, що з ним (з нею) відбувається.
6. Думаю, що він (вона) нічого не доб'ється в житті.
7. Я частіше кажу йому (їй) про те, що мені в ньому (в ній) не подобається, ніж подобається.
8. Часто ми спільно виконуємо хатню роботу.
9. Я постійно турбуюся про здоров'я дитини.
10. Я відчуваю, що непослідовний (на) у своїх вимогах.
11. У нашій сім'ї часто бувають конфлікти.
12. Я б хотів (ла), щоб він (вона) виховував (ла) своїх дітей так само, як я його (її).
13. Він (вона) рідко робить з першого разу те, про що я прошу.
14. Я його (її) дуже рідко лаю.
15. Я намагаюся контролювати всі його (її) дії і вчинки.
16. Вважаю, що для нього (неї) головне – це слухатися мене.
17. Якщо у нього (неї) трапляється неприємності, в першу чергу він (вона) ділиться зі мною.
18. Я не поділяю його (її) захоплень.
19. Я не вважаю його (її) таким розумним і здібним, як мені хотілося б.
20. Можу визнати свою неправоту та вибачитися перед ним (нею).
21. Я часто думаю, що з моєю дитиною може трапитися щось жахливе.
22. Мені важко буває передбачити свою поведінку стосовно нього (неї).
23. Виховання моєї дитини було б набагато кращим, якби інші члени сім'ї не заважали.

24. Мені подобаються наші з нею (з ним) стосунки.
25. Вдома у нього (у неї) більше обов'язків, ніж у більшості його друзів.
26. Доводиться застосовувати до нього (до неї) фізичні покарання.
27. Йому (їй) доводиться чинити так, як я кажу, навіть якщо він (вона) не хоче.
28. Думаю, я краще нього (неї) знаю, що йому (їй) потрібно.
29. Я завжди співчуваю своїй дитині.
30. Мені здається, я його (її) розумію.
31. Я б хотів (ла) в ньому (ній) багато чого змінити.
32. У прийнятті сімейних рішень завжди враховую його (її) думку.
33. Думаю, що я тривожна мама (тато).
34. Моя поведінка часто буває для нього (неї) несподіваною.
35. Буває, що коли я караю дитину, мій чоловік (дружина, бабуся і т.п.) починають дорікати мене в надмірної суворості.
36. Вважаю, що в цілому, правильно виховую свого сина (дочку).
37. Я висуваю до нього багато вимог.
38. За характером я м'яка людина.
39. Я дозволяю йому (їй) гуляти одному (одній) у дворі будинку.
40. Я прагну захистити його (її) від труднощів і неприємностей життя.
41. Я не допускаю, щоб він (вона) помічав (ла) мої слабкості й недоліки.
42. Мені подобається його (її) характер.
43. Я часто критикую його (її) за дрібниці.
44. Завжди охоче його (її) вислуховую.
45. Вважаю, що мій обов'язок захистити його (її) від будь-яких небезпек.
46. Я караю його (її) за такі вчинки, які здійснюю сама.
47. Буває, я мимоволі налаштовую дитину проти інших членів сім'ї.
48. Я втомлююся від повсякденного спілкування з ним (з нею).
49. Мені доводиться змушувати його (її) робити те, що він (вона) не хоче.
50. Я прощаю йому (їй) те, за що інші покарали б.

51. Мені б хотілося знати про нього (про неї) все: про що він (вона) думає, як ставиться до своїх друзів і т.д.
52. Він (вона) сам (а) обирає, чим займатися вдома у вільний час.
53. Думаю, що для нього (неї) я найближча людина.
54. Я схвалюю його (її) поведінку.
55. Я часто висловлюю своє невдоволення ним (нею).
56. Беру участь у справах, які придумує він (вона).
57. Я часто думаю, що хтось може образити його (її).
58. Буває, що докоряю і хвалю його (її) за одне і те ж.
59. Трапляється, що якщо я кажу йому (їй) одне, то чоловік (дружина, бабуся, і т.п.) спеціально говорить навпаки.
60. Мені здається, мої стосунки з дитиною кращі, ніж у сім'ях більшості моїх знайомих.

Додаток В

Шкали розвитку за ESDM (Денверською моделлю раннього втручання)

Інструкція: Використовуйте шкали розвитку для дітей віком від 12 до 42 місяців. Шкали потрібні щоб визначити найбільш сформовані навички дитини в кожній сфері розвитку, а також навички, які тільки починають з'являтися та навички, які є недоступні на даний момент для дитини. Використовуйте: знак «+» якщо дитина володіє навичкою, проявляє навичку; знак «+/-» для нестабільного володіння навичкою; знак «-» коли дитина не демонструє навички. Результат визначається наступним чином: А – дитина чітко демонструє навичку та батьки повідомляють, що дитина використовує навичку як слід; Р – дитина лише частково демонструє навичку чи потребує допомоги, та батьки/інші підтверджують це, чи дитина демонструє декілька або не всі компоненти навички; Н – дитина не може чи не хоче демонструвати навичку та батьки/інші повідомляють про труднощі в цій сфері. Визначте на якому із чотирьох рівнів знаходиться дитина у кожній із

сфер розвитку: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички, імітація, пізнання, гра, дрібна моторика, велика моторика та самостійність. На основі результатів визначте, який рівень розвитку притаманний дитині та які навички є пріоритетними для неї у кожній із сфер розвитку. (Повний текст див. за посиланням на с.151-170 : Зверева І. Д., Кияниця З. П., Кузьмінський В. О., Петрочко Ж. В. Оцінка потреб дитини та її сім'ї : від теорії до практики : навч. посіб.: У 2-х част. К. : «Кожній дитині», 2010. Част. I. 224 с.).

Додаток Г.

Розвиток психомоторної сфери у дітей з аутизмом в онтогенезі.

В загальному, фізичні вправи є важливими для покращення фізичного та психічного здоров'я. Для людей із розладами аутистичного спектра одним із найбільш ефективних методів є фізичні вправи. Інтенсивні заняття фізичною культурою асоціюються із зменшенням стереотипної поведінки (само-стимуляції), гіперактивності, агресії, само-ушкодження, деструктивності. Інтенсивна програма фізичних навантажень передбачає не менше ніж хвилинні заняття, 3-4 рази на тиждень. Багато аутичних дітей, які ведуть не активний спосіб життя швидко набирають вагу, що тягне за собою інші проблеми. Навіть при відсутності очевидних психомоторних порушень аутичній дитині необхідним є певне фізичне навантаження для підтримки психофізичного тону, нормального розвитку м'язової та опорно-рухової системи та зняття психоемоційної напруги [26]. Досвід роботи та неодноразові випадки підтверджують, що психолого-педагогічна корекція психомоторної затримки при аутизмі є можливою, аж до відповідності абсолютній нормі.

Психолого-педагогічна корекція психомоторного розвитку при аутизмі:

1. Корекція порушень пов'язаних з етапом психомоторного розвитку – «рухова активність на рівні відчуттів» Перші хаотичні рухи дитини це боротьба за виживання, спроба пристосуватися до нового середовища в яке

вона потрапила. Для неї виявляється незнайомим не тільки навколишнє середовище, а й власне тіло, організм. В перші місяці життя дитина має справу з масою недиференційованих відчуттів: зорових, слухових, тактильних, смакових, нюхових, температурних, больових, вібраційних, кінестетичних та статичних. На першому етапі перед дитиною постає завдання в диференціації та інтеграції відчуттів, у формуванні сенсорного досвіду. Поступово рухи дитини стають навмисними. Дитина своїми рухами намагається відновити попередні відчуття, наприклад, рух очей до привабливого об'єкту, рух руки до рота. Період сенсорної інтеграції та операційної консолідації (поступове перетворення хаотичних рухів в узгоджені рухи, спрямовані на досягнення цілі) триває протягом перших чотирьох місяців життя дитини. Дитина народжується з готовою системою безумовно-рефлекторних реакцій, які на перший час забезпечують функціонування, адаптацію дитини. Найважливішими з них є ті, що регулюють внутрішнє середовище організму – дихання, кровообіг, температуру тіла. Не менш важливими є ті безумовні рефлекси які проявляються у вигляді рухової активності. Наприклад, рефлекс смоктання – дитина починає здійснювати смоктальні рухи, як тільки який-небудь предмет потрапляє їй до рота; захисний рефлекс – зажмурює очі при яскравому світлі, кашляє, чхає, мигає; повертання очей і голівки у бік джерела світла. До атавістичних безумовних рефлексів (засоби пристосування на більш ранніх етапах філогенезу) належать: рефлекс чіпляння – у відповідь на тактильне подразнення долоні новонародженого, він чіпляється за предмет яким подразнювали і утримує свою вагу; рефлекс Моро – якщо різко опустити дитину вниз, її руки автоматично зводяться вгору, розкриваються і притискаються, ніби намагається вхопитись за щось при втраті рівноваги; рефлекс повзання – якщо покласти дитину на поверхню животом вниз і прикласти дощечку або долоню до підшви її ніг, то вона буде відштовхуватися і рухатися вперед; рефлекс плавання – потрапивши в 49 воду дитина починає робити рухи, що дозволяють їй плавати. Вправляння

безумовних рефлексів триває протягом першого місяця життя. Цієї системи безумовних рефлексів не достатньо для пристосування до мінливого середовища. Тому на базі наявних (безумовних рефлексів) виникають умовні рефлекси. Одним з перших на четвертому тижні життя з'являється умовний рефлекс на положення при годуванні. Перші умовні рефлекси це і є прості, елементарні навички. Коли дитина ссе грудь, вправність її поступово зростає; якщо її розмістити в стороні від грудей, вона знайде зручну позицію і буде знаходити її все швидше і швидше, вона може ссати все, що підвернеться, однак при цьому швидко відмовляється від пальця, але не відпускає грудь. Як вже було сказано, в перші місяці дитина виявляє хаотичну рухову активність, але у неї з'являється слухове і зорове зосередження вже на другому тижні життя. У перше півріччя життя першочерговим завданням для дитини виступає набуття сенсорного досвіду. Однорідне середовище, в якому перебуває дитина, її знаходження в одному місці, в одному положенні тіла є негативними факторами розвитку і, навпаки, насичене яскравими кольорами, звуками, тактильними відчуттями середовище, сприяє розвитку сенсорики. Аутична дитина може бути негативно налаштованою на зміну звичних для неї умов перебування. Але це не означає, що зміни негативно впливають на неї. Вона потребує більше часу, щоб освоїти нове, і різка зміна заплутує її, вона відчувається невпевнено. Тому пропонування дитині нових якостей відчуттів повинно відбуватися поступово, слід дати їй можливість довше взаємодіяти з тією чи іншою якістю. А з іншого боку, вчасно переключати на нову, уникаючи, таким чином, хронічних аутоstimуляцій. Інколи для того щоб аутична дитина зробила крок в сенсорному пізнанні світу слід пропонувати дитині «над дозу» сенсорних відчуттів, які вона отримує в аутоstimуляціях. Діти з аутизмом можуть знаходитися на цій стадії психомоторного розвитку в більш пізньому віці або мати певні психомоторні проблеми, вирішення яких повинно було відбутися в перше півріччя життя. Наприклад, таке характерне явище у дітей з аутизмом, як гримасоподібні вирази обличчя, можна пояснити як хаотичне напруження м'язів обличчя,

тоді як міміка – це узгоджена робота лицевих м'язів. Дитина ніби грається з кінестетичними відчуттями, що обумовлено складністю інтеграції даного сенсомоторного досвіду; наприклад, того, що напруження певних м'язів обличчя тягне за собою підтягування, опускання інших частин обличчя, розслаблення, розтягування інших м'язів. Для того щоб зрозуміти те що відчуває дитина в такому стані, його можна порівняти із занімінням певних частин тіла внаслідок обставин, наприклад, після анестезії (в кабінеті стоматолога), коли відчуття здаються дивними, що викликає бажання рухати цією частиною тіла чи торкатися до неї, ніби з'ясувати, що з нею не так. У аутичної дитини аутоstimуляція – це не тільки намагання засвоїти сенсорну інформацію, а й форма захисту від нового. Тому дорослий повинен чітко розрізняти, бачити коли дитина аутоstimулює себе, щоб розібратися з незнайомими відчуттями, а коли аутоstimуляція вже має виключно захисну функцію. Якщо дитина при певних аутоstimуляціях вже час від часу проявляє інші (можливо вищі) форми поведінки, слід прикласти зусилля на перенесення стереотипної поведінки на цю нову форму активності, що з'явилася. Зважаючи на таку типову для РАС ознаку, як складність пристосування до нового, слід, починаючи вже з перших місяців (перших етапів розвитку психомоторики), готувати її до того, що мінливості середовища ніяк не уникнути. Помилковим буде підхід, який передбачає ізолювання аутичної дитини від всього того, що їй не до вподоби (яскраве світло, водне середовище). А з іншого боку, безкомпромісне занурення дитини в нові для неї подразники, сформує у дитини ще міцніші форми захисту (різноманітні аутоstimуляції, відчуження), що гальмує її розвиток. Дорослий повинен знайти тонку грань між обома крайнощами.

1. Корекція порушень пов'язаних з долокомоторним етапом психомоторного розвитку. Починаючи з 4(6) місяця дитина вже маючи певний сенсорний та моторний досвід, зафіксований в перцептивно-рухових схемах, проявляє інтерес до зовнішніх об'єктів середовища. У дитини з'являється здатність схоплювати предмет руками. Це свідчить про те що

вона сприймає світ не як сукупність сенсорних відчуттів, а як сукупність об'єктів (однак, які ще не виступають для неї субстанційними – незмінними). Оскільки хапання (не плутати з рефлексом чіпання) це рухова активність не з сенсорними відчуттями, а із сприйнятими об'єктами (рухова активність на рівні сприймання як психічного процесу). Хоча формування схем сприймання (шляхом інтеграції відчуттів) розпочинається з самого народження деякі властивості сприймання з'являються не одразу. На рівні характерному для перших двох стадій (безумовні рефлекси та елементарні навички), не можна говорити про спільний простір для різних полів сприймання: тут існує стільки різнорідних між собою просторів, скільки і якісно відмінних полів (смакове, візуальне, тактильне та ін.). І тільки на третій стадії розвитку, (сенсомоторного інтелекту, за Піаже) взаємна асиміляція цих різноманітних просторів стає систематичною. Рухова активність дитини на стадії сприймання об'єктів стає ще більш навмисною. Дитина випадково потягнувши за шнурок, який прив'язаний до брязкальця над її колискою, тягне ще раз і ще раз для того, щоб почути цікавий для неї звук (тобто, сформована сенсомоторна схема «хапаю за шнурок – чую цікавий звук»). Але при виникненні будь-якого цікавого для дитини звуку, вона тягне за шнурок, прив'язаний до брязкальця (недосконалість сенсомоторної схеми). До початку другої половини першого року життя дитина здобуває здатність до пози тіла. До цього часу тулуб дитини знаходився переважно в лежачому положенні, тоді як її кінцівки здійснювали лише все можливі “холості” рухи. Дитина набуває здатності сидати, лягати, сидіти, перевертатися на живіт, а трохи згодом – вставати і стояти. Це забезпечується правильним розподілом м'язового тону. Починаючи з 5-го місяця дитина проявляє перші надбання узгодженої роботи м'язів тіла. З цього часу аж до кінця першого року життя слід робити акцент на пізнання власного тіла його можливостей та управління ним поки що безвідносно до простору. У дитини природно виникає бажання підняти голівку, повернутися на інший бік, потягнутися рукою, зайняти положення сидячи. Оскільки,

реалізувавши одного разу рух і отримавши бажане, дитина йде далі, нею керує пізнавальний інтерес, вона ніби передбачає, що може адаптуватися, знайти комфортну для себе ситуацію. Подібна характеристика може бути притаманна аутичній дитині, яка фізично далеко вийшла за відповідні вікові рамки. Мотивацію маніпуляції власного тіла слід підтримувати, незважаючи на те, що поведінка, нею обумовлена, здається примітивною. Корисною для дитини буде гімнастика та різноманітні вправи коли дорослий активно рухає кінцівками, тулубом, голівкою дитини. При цьому дорослий повинен відслідковувати рухові імпульси дитини, спрямовані на виконання руху, який здійснює дорослий маніпулюючи тілом дитини, або на опір такій маніпуляції. Опір також слід вважати певною активністю дитини – напруження м'язів, як правило кількох, для того, щоб досягнути бажаного (уникнути небажаного руху), що є умовою психомоторного розвитку. Через маніпуляцію частинами тіла дитини можна відкривати для неї рухи і те, до чого вони можуть призводити. Дорослий в ході маніпуляції повинен стимулювати дитину до пізнання її власного тіла. Допомогати дитині обмацувати руки, ноги, голову, живіт. Формування здатності до зайняття поз тіла – сидіння, стояння на колінах, спираючись на руки або без опори, стояння на ногах, спираючись на руки або самостійно, та ін., повинно в різноманітний спосіб стимулюватися дорослим. Наприклад, класти дитину в незручне для неї положення, навіть якщо це призведе до незначного падіння. Іншим стимулом може бути, наприклад, цікавий об'єкт, до якого наче можна дотягнутися, але для цього потрібно підвестися, витягнути руки, опертися на ручки. Для дітей цього віку цікавими є предмети, звуки, які контрастують із звичним середовищем.

2. Корекція порушень пов'язаних з етапом рухової активності на рівні просторового поля. На відміну від попередньої стадії акцент моторного розвитку робиться на взаємодії дитини з навколишнім простором та об'єктами, тоді як на попередніх етапах відбувався процес оволодіння власним тілом дещо безвідносно до переміщення у просторі. Основне

завдання етапу – формування та відшліфування рухів взаємодії з простором та його об'єктами. До таких рухів належать: 1) ходіння, біг, повзання, лазання, плавання, стрибки, ходіння з одночасним штовханням та протягуванням предметів (все що стосується переміщення тіла в просторі); 2) рух взяття, хапання, ловля предметів в русі, пересування та перекладання предметів, перенесення предметів, запихання, вдавлювання, досягання, намотування, підйом тягарів, натягування; 3) силові ударні рухи, металльні рухи, метання та кидання предметів в ціль, відбивання предметів; 4) імітаційні та копіювальні рухи (змальовування, повторення рухів іншого та ін.). Подальший розвиток моторики відбувається за рахунок розширення рухових засобів для досягнення певного результату, шляхом активного експериментування дитиною з рухами та їх наслідками (руховими схемами). Наприклад, відкривши траєкторію падіння об'єкту, дитина буде прагнути кинути його різноманітними способами чи з різних вихідних позицій. Починаючи з 2-го року життя, якщо дитина психічно, а не тільки фізично дозріла до стадії локомоторного розвитку, слід розвивати всі можливі переміщення власного тіла та його частин, навколишніх об'єктів в просторі. Якщо для дитини першої та (в якійсь мірі) другої половини першого року життя важливо мати досвід з відчуттями різної якості та кількості, на цій стадії важливо мати досвід взаємодії з різноманітними об'єктами, в тому числі з власним тілом. Аутична дитина може мати пристрасті до певних об'єктів або навпаки необґрунтований для нас страх чи огиду. В такому випадку стереотипну поведінку з предметами (стереотипна маніпуляція) слід поступово розширювати, наприклад, продемонструвати дещо подібний але цікавий рух з предметом. Аутична дитина, знаходячись на цьому етапі психомоторного розвитку може не розуміти інструкцій для рухових вправ, однак у неї повинна сформуватися здатність до наслідування (наслідування рухів є однією із ознак локомоторної стадії). Сформоване прагнення та здатність до наслідування дають можливість навчати дитину, доносити до неї суть вправ. Основними рухами, які повинна засвоїти дитина є ходьба, біг,

стрибки, метання, лазіння. Дитина може характеризуватися нерівномірністю в наявних рухових навичках, тому слід концентруватися на тих які менш сформовані або відсутні. Підбір вправ слід здійснювати коректно, враховуючи наявні стереотипи та вподобання. Вправляння локомоторних навичок виходить за межі даної стадії, тому перелік вправ, нижче зазначених, стосується всіх етапів психомоторного розвитку, починаючи із локомоторної.

4. Корекція порушень пов'язаних з етапом психомоторного розвитку – рухова активність на рівні предметних дій. На третьому році життя у дитини з'являються і починають різко збільшуватися, як по кількості так і по мірі успішності виконання, рухи (дії), які за своєю суттю є предметними. Предметні дії передбачають наявність психологічного образу предмету, який являє собою результат значно більш глибоких узагальнень і значно більш складного синтетичного зв'язку між сенсорними та мнестичними складовими, ніж синтез характерний рівню просторового поля (локомоторного етапу психомоторного розвитку). Головним мотивом рухових актів на рівні дій являється власне не предмет сам по собі як геометрична форма, як щось з певною вагою, консистенцією, а смислова (змістовна) сторона дії з предметом – все рівно, фігурує предмет в цій дії як його об'єкт чи ще й як його засіб. На рівні дій дитина має доступ до типологічних властивостей об'єкту. Типологією об'єкту слід називати сукупність його якісних особливостей, не пов'язаних з його величиною, формою тією чи іншою кривизною його контурів. До типологічних властивостей лінійної фігури слід відносити наступні: замкнута це фігура чи незамкнута, перетинають її лінії самі себе, кількість кутів та ін. Таким чином, метричні (вага, форма тощо) властивості предмету для предметної дії мають другорядне значення, наприклад, для чашки як об'єкту смислових маніпуляцій неважлива її ширина, висота, притаманність круглій чи квадратній формі, для неї важливо мати суцільні стінки, ціле дно і ручку — всі ознаки суто типологічні. По цим признакам кожна дитина осмислить чашку, навіть якщо до цього вона ніколи не зустрічала чашок з подібною

метрикою, і зможе правильно застосувати її за призначенням. З цього етапу у дитини спостерігається відмінність між правою та лівою сторонами тіла (рук, ніг) по силі та спритності м'язів. До настання цієї стадії така відмінність відсутня. Починаючи з третього року життя, до різноманітних рухів з предметами дитині відкривається можливість застосовувати їх за призначенням. Тому, вправи з фізичної культури повинні поступово включати використання предметів за призначенням. Розвиток предметних дій не є профілем фізичного виховання. Основними засобами для розвитку предметних дій можуть бути заняття в майстерні, із трудового навчання, неспортивні сюжетні ігри та ін.. В такому випадку одним із завдань психомоторного розвитку на цьому етапі стає формування цілеспрямованості моторної активності. Дитина повинна використовувати засвоєні навички на локомоторному етапі для досягнення певного результату, який вимагає довільної регуляції. Інструкція надається в словесній формі, а слово починає функціонувати як засіб розвитку довільності (засіб самоконтролю, саморегуляції). Загалом всі рухи мають причину: внутрішній стимул – потреба в русі, подразники зовнішнього середовища. Ціль – це специфічний стимул, який дає змогу розрізнити два види поведінкової активності: польову та цільову (вольову). Вольова поведінка є власне активністю, а не реактивністю. Одним із критеріїв активності є відтермінованість у часі наміру та його реалізації. Як не одноразово стверджується фахівцями при корекції РАС основною ціллю стає формування здатності дитини до довільної організації рухів власного тіла. Спостерігається велика різниця в моторних можливостях аутичної дитини при мимовільних рухах, та при виконанні вправи, коли необхідно свідомо керувати своїм тілом. Тому, при розвитку дрібної моторики, основна допомога 56 полягає в передачі дитині моторного стереотипу дії, руху. Це досягається маніпулюванням руками дитини при писанні, малюванні чи ліпленні. Цей вид допомоги являється найбільш адекватним через те, що для таких дітей характерні труднощі в довільному зосередженні, які на початку занять роблять, частіше всього,

неможливим виконання завдань за зразком, наслідуючи. Надалі, по мірі того як прогресує довільна увага дитини і стають більш впевненими її рухи, слід зменшувати фізичну підтримку її руки. Інколи в процесі відпрацювання графічних навичок дитині вже не потрібна фізична підтримка але вона потребує щоб її лікоть підтримували чи просто доторкнулися до неї для того щоб вона могла включитися, почати виконувати завдання [26].

Розвиваючи цільовий компонент психомоторики слід враховувати:

- Послідовність (від реалізації ситуативного наміру до виконання вправи, алгоритму вправ, алгоритму окремого заняття з фізичної культури, переслідування цілей фізичного саморозвитку);
- Для того, щоб у дитини виникла ціль (намір), вона повинна бути близькою до її потреб; слід орієнтуватися на інтереси та пристрасті дитини;
- Ціль, яку педагог ставить перед дитиною, повинна бути очевидною для неї, дитина має бачити засоби досягнення цілі, мати можливість відслідковувати наближення до цілі;
- Необхідне чітке планування і поступове формування стереотипу заняття;
- Правильно підбирати позитивне підкріплення; необхідно емоційно заохочувати дитину, говорити про те, що з кожним разом у неї виходить все краще і краще;
- Заняття легше проводити, коли всі його елементи пов'язані єдиними сюжетом;
- По можливості використовувати сюжетний коментар, що допомагає довше утримувати увагу дитини на завданні.

Додаток Д

Фізична реабілітація в програмі “раннє втручання”

Мета: Сприяти формуванню правильних рухових стереотипів на ранніх етапах розвитку дитини. Завдання:

- зменшення впливу патологічних процесів та нормалізація м'язового тону;
- стимуляція розвитку реакцій випростовування та рівноваги;
- формування основних рухових функцій відповідно до еволюційного розвитку дитини;
- сприяння формуванню навичок самообслуговування;
- попередження виникнення вторинних явищ – контрактур, деформацій тощо;
- сприяння створенню відповідних умов для розвитку дитини в домашньому середовищі;
- навчання та консультування батьків або інших осіб, які доглядають за дитиною. Основні методичні принципи: прагнення до формування правильних рухових стереотипів; основною формою навчання та опанування моторних функцій та навичок самообслуговування є ігрова діяльність; індивідуальний підхід до складання реабілітаційної програми; темп рухів та ступінь контролю за їх виконанням повинні сприяти максимальній активності дитини; багаторазове повторювання та використання в щоденному житті моторних функцій, опанованих дитиною; обов'язковою вимогою є тісна співпраця з батьками; Зміст діяльності та основні напрямки фізичної реабілітації. Зміст діяльності:
 - проведення фізичного обстеження з метою визначення фізичного діагнозу;
 - планування програми реабілітаційного втручання;
 - виконання програми;
 - аналіз результатів реабілітаційного втручання. Перше обстеження фахівцями фізичної реабілітації проводиться в загально визначені консультативні дні за попереднім записом. Фахівець обстежує й дає своє заключення стосовно всіх дітей віком від 0 до 6 років, що поступають на програму «Раннє втручання». Фізичне обстеження проводиться після обстеження та встановлення лікарем медичного діагнозу. В ході обстеження

реабілітолог виявляє в дитини споріднені проблеми та, в разі необхідності, скеровує її до інших спеціалістів підрозділу фізичної реабілітації для продовження поглибленого обстеження та подальшого терапевтичного втручання. Напрямки діяльності:

- розвиток основних моторних функцій;
 - розвиток дрібної моторики, годування та формування інших навичок самообслуговування;
 - підбір та забезпечення допоміжними засобами та пристосуваннями для прийняття дитиною правильних положень та сприяння розвитку функціональних умінь;
 - виготовлення ортопедичних фіксуючих засобів із метою зменшення впливу патологічного тону м'язів уражених кінцівок на моторний розвиток дитини.
- Залучення спеціалістів: фахівець фізичної реабілітації; заняттєвий терапевт; спеціаліст із підбору сидження та візків; спеціаліст з ортезування. Способи реалізації програми фізичної реабілітації
- Способи реалізації реабілітаційної програми залежать від індивідуальних можливостей та потреб дитини. Основна форма проведення занять – індивідуальна. Заняття передбачає роботу реабілітолога в безпосередньому контакті з дитиною та практичне навчання батьків. Частота занять залежить від цілей, які ставить фахівець перед дитиною та батьками. Планується проведення групових занять матері й дитини. Кількість – до 5 дітей і 5 батьків. Частота проведення – 1 раз на тиждень. Діти формуються в групи відповідно за віком та рівнем психомоторного розвитку. Заняття з фізичної реабілітації проводяться в спеціально обладнаних реабілітаційних залах. Важливою формою навчання, закріплення та вдосконалення опанованих функцій є самостійна робота батьків удома. З метою пристосування домашнього середовища до потреб дитини консультаційні заняття можуть проводитися в домашніх умовах.