

**КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА З  
АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ В УМОВАХ ЦЕНТРУ  
СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

(на базі Вінницького обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів  
“Промінь”)

## Зміст

|   |    |
|---|----|
| ВСТУП.....  | 2  |
| РОЗДІЛ 1. АУТИЗМ ЯК ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА.....   | 5  |
| 1.1 Характеристика дітей з проявами аутизму.....  | 5  |
| 1.2 Історичний аспект проблеми аутизму.....   | 9  |
| РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ КОРЕКЦІЙНО – ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ .....                                     | 12 |
| 2.1. Сучасні підходи до корекційно-педагогічної допомоги при аутичних розладах.....                             | 12 |
| 2.2. Організація корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації..... | 20 |
| 2.3. Аналіз результатів експерименту.....   | 26 |
| ВИСНОВКИ.....   | 29 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....   | 31 |

## ВСТУП

Сучасний етап розвитку теорії і практики корекційної педагогіки, психіатрії та психології характеризується посиленою увагою до поглибленого вивчення особливостей психічного розвитку аномальних дітей, їх когнітивних можливостей, до виявлення особливостей формування у них пізнавальних, психічних функцій, розвитку емоційно-вольової сфери, соціальних відносин, комунікативної поведінки, що має велике науково-практичне значення.

Аутичні діти багато років були позбавлені доступних для інших осіб форм медико-психолого-педагогічної допомоги, оскільки аутизм є надзвичайно складною проблемою як у теоретичному, так і в практичному аспектах.

Проблема аутизму вивчалась і висвітлювалася в науковій, медичній, психологічній і педагогічній літературі протягом багатьох століть. В основному це були зарубіжні дослідження (Н. Asperger, L. Bender, M. Bristol, S. Harris, В. Hermelin, L. Kanner etc.). Наукова розробка проблеми аутизму в пострадянському просторі, насамперед, пов'язана з іменами видатних російських психіатрів, психологів, педагогів-дефектологів (Е. Блейлер, Д.Гіляровський, К. Лебединська, О. Нікольська, Н. Озерецький). Важливо зазначити, що в останнє десятиріччя в Україні спостерігається зацікавленість цією проблемою як науковцями, так і практиками (Т.Ілляшенко, С.Конопляста, К. Островська, М. Рождественська, М. Химко, Д. Шульженко).

Корекційна робота з аутичними дітьми вимагає від спеціалістів (лікарів, корекційних педагогів, психологів, логопедів, реабілітологів), батьків та родичів нових прогресивних поглядів на проблему подолання аутизму в комплексному форматі, що „... дає обґрунтовані підстави для прогнозу розвитку та визначення освітньо-реабілітаційного маршруту, найбільш сприятливого для даної дитини”. Це, на думку доктора педагогічних наук, академіка АПН України В.М. Синьова, насамперед, є першочерговим і надзвичайно значущим... „для реалізації принципів об'єктивності у

діагностиці особливостей...” викривленого дизонтогенетичного розвитку, „...а також єдності діагнозу і прогнозу важливо забезпечити мультидисциплінарний характер діагностично-прогностичної та корекційно-реабілітаційної діяльності” фахівця [12, с. 528].

Корекційно-педагогічна робота з аутичними дітьми набуває на сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки надзвичайної актуальності. У сучасній практиці все ще спостерігаються прогалини щодо корекції і терапії раннього дитячого аутизму.

**Об’єкт дослідження** – корекційно – педагогічна робота з аутичними дітьми.

**Предмет дослідження** – методи та прийоми корекції раннього дитячого аутизму в умовах центру соціальної реабілітації.

**Мета дослідження** – проаналізувати та апробувати методику корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації.

**Завдання дослідження:**

1. З’ясувати сутність аутизму як психолого-педагогічної проблеми.
2. Охарактеризувати сучасні підходи до корекційно-педагогічної допомоги при аутичних розладах.
3. Апробувати методику корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації.

**Теоретичною основою дослідження** виступили положення щодо характеристики аутизму як клінічного варіанту такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (К.Гілберт, Т.Пітерс, Л.М.Шипіцина В.Башина, В.Кога, К.Лебединська, В. Лебединський, О.Нікольська, L.Wing); концептуальні положення щодо терапевтичних і корекційних технологій, методів, засобів у контексті психолого-педагогічного впливу на розвиток дітей з аутизмом (Холдинг-терапія (М.Уелш, 1983), поведінкова терапія (O.L.Lovaas, 1977), групова терапія (Kitahara, 80-ті роки XX ст.), метод вибору (A.S.Kaufman, 1950) ТЕАССН–програма(Р.Райхлер, Г.Месібов).

Для розв'язання поставлених у дослідженні завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних теоретичних і емпіричних **методів дослідження**:

- теоретичні методи (аналіз, порівняння, узагальнення) використовувалися з метою вивчення психолого-педагогічної літерати і визначення концептуальних засад дослідження; уточнення сутності та змісту корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми;
- емпіричні методи (спостереження, бесіда) застосовувалися з метою вивчення прояву аутичних розладів у дітей в центрі соціальної реабілітації «Промінь»;
- експеримент (метод холдинг-терапії, арттерапія, ігротерапія) використовувався для перевірки ефективності методики корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми.

**Організація та основні етапи дослідження.** Дослідницька робота здійснювалася поетапно протягом 2012-2013 рр.

На пошуково-теоретичному етапі (березень – травень 2012 р.) опрацьовувалися наукові джерела з досліджуваної проблеми; з'ясовувалися сутність і зміст корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми.

На етапі дослідно-експериментальної роботи (вересень – листопад 2012 р.) розроблялась та впроваджувалася в практику методика корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації.

На корекційно-узагальнюючому етапі дослідження (грудень 2012 р. – січень 2013 р.) систематизувалися й узагальнювалися результати, отримані з дослідно-експериментальної роботи; формулювалися загальні висновки.

**Практичне значення дослідження** визначається тим, що його результати можуть використовуватися з метою організації корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації. Крім того, матеріали дослідження можуть знайти застосування у вищих педагогічних закладах України під час оновлення та розширення змісту навчальних курсів „Основи корекційної педагогіки”.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати дослідження доповідалися на студентській науково-практичній конференції (Вінниця, грудень 2012 р.).

Публікації за темою дослідження. Основні положення дослідження знайшли відображення у статті, опублікованій у збірнику студентських наукових робіт «Педагогічний пошук».

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 32 сторінки, з них 30 основного тексту. Бібліографія містить 21 найменування.

## РОЗДІЛ 1. АУТИЗМ ЯК ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

### 1.1 Характеристика дітей з проявами аутизму

Дитячий аутизм (від лат. autos – сам) є одним з клінічних варіантів такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (за термінологією В.В.Лебединського). При цьому типі психічного дизонтогенезу спостерігаються складні поєднання загального психічного недорозвинення дитини, а саме: затриманий, ушкоджений та прискорений розвиток її окремих психічних функцій. Саме особливий асинхронний тип затримки розвитку визнається найважливішою особливістю дитячого аутизму (зокрема РДА Канера). Це проявляється, по-перше, в тому, що одночасно мають місце ознаки і уповільнення, і акселерації в обмежених галузях (музиці, математиці тощо). По-друге, спостерігається порушення ієрархії психічного, мовленнєвого та емоційного дозрівання дитини з аутизмом. Встановлена варіантність аутистичних синдромів (від легких до важких) при різних типах походження [14]. На сьогодні на основі етіопатогенетичного підходу виділено (К.С.Лебединською) декілька варіантів аутизму:

- 1) дитячий аутизм при різних захворюваннях ЦНС (органічний аутизм);
- 2) психогенний аутизм виникає переважно у дітей до 3-4 років які зростають в умовах емоційної депривації;
- 3) діти з аутизмом шизофренічної етіології;
- 4) аутизм при захворюваннях обміну речовин;
- 5) аутизм при хромосомній патології [16].

Синдром аутизму на відміну від інших аномалій розвитку характеризується складністю і дисгармонійністю як у клінічній картині, так і в психологічній структурі порушень.

Основними ознаками аутизму при всіх його клінічних варіантах є:

- недостатня або повна відсутність потреби в контактах з оточуючими; активне прагнення самотності (почувають себе помітно краще, коли їх залишають одних);

- відгородженість від зовнішнього світу;
- слабкість емоційного реагування стосовно близьких людей, аж до повної байдужості до них (афективна блокада). Проте поруч з байдужістю, можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється залишатися без матері, хоча ніколи не буває з нею ласкавою;
- слабка здатність (або нездатність) диференціювати живі і неживі об'єкти, чим, зокрема, пояснюється їх агресивна поведінка стосовно іншої дитини, яку вони можуть сприймати як ляльку;
- недостатня реакція на зорові та слухові подразники, хоча можуть бути дуже чутливими до слабких подразників (не переносять шум побутових приладів, капання води тощо);
- прагнення до збереження незмінності оточуючого простору (феномен тотожності, за А.Канером), яке проявляється (навіть на першому році життя) у прагненні до збереження звичної постійності;
- страх всього нового (неофобія): перестановки ліжка, зміни місця проживання, нового одягу, взуття;
- одноманітна поведінка зі стереотипними, примітивними рухами (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей і передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшпиньках тощо);
- різноманітні мовленнєві порушення – від мутизму (повної втрати мовлення) до підвищеного вербалізму, що виявляється у вибіркового ставленні до певних слів та виразів (дитина постійно вимовляє слова або склади, що сподобалися їй). Дифузний характер зв'язку між словом і предметом, коли афективно насичена акустична сторона слова набуває у них самостійного значення, що проявляється в явищах автономного мовлення;
- характерна зорова поведінка, яка проявляється в тому, що дитина не переносить погляду в очі, має „біжучий” погляд або погляд повз; переважання зорового сприймання на периферії поля зору;
- одноманітність гри, що є стереотипною маніпуляцією з неігровим матеріалом (мотузкою, ключем, пляшкою і т.п.; можуть годинами одноманітно



перекладати предмет з місця на місце, переливати рідину з одного посуду в інший і т.п.);

- різноманітні інтелектуальні порушення. За даними психометричних досліджень у 55-60% випадків у дітей з аутизмом спостерігається розумова відсталість. Підкреслюється нерівномірність їх інтелектуальної діяльності, низькі показники при виконанні невербальних завдань. Як особливість мислення молодших школярів з аутизмом виділено переважання у них перцептивних узагальнень (колір, форма, розмір предметів) при достатньо високому рівні розвитку понятійного мислення. Тому при розв'язанні задачі, де є конфлікт між зоровим сприйманням ситуації і її смыслом, дитина з аутизмом орієнтується не на суттєві ознаки, а на перцептивні враження;
- стан дифузної тривоги і невмотивованих страхів, а саме: а) надцінні страхи (втрати матері, страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною і сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення. Об'єкти страхів дітей з аутизмом важко виявляються, тому необхідно спостерігати за тим, біля якого предмета дитина стає напруженою, або відходить у бік, або починає розгойдуватися;
- наявність рудиментарних способів обстеження предметів: обнюхування, облизування, покусування і т.п.;
- високий рівень розвитку у дітей пам'яті, хоча сам процес запам'ятовування носить у них ізольований характер, а в її використанні виявляється виражена автономність;
- парадоксальність поведінки, до якої дитину призводить постійний сенсорний дискомфорт, який вона намагається компенсувати аутостимуляцією (розхитуваннями, бігом по колу, стрибками). Їх непереборне тяжіння до води, вогню, бруду і т.п. також розглядається як важливий компенсаторний механізм з метою пом'якшити емоційний дискомфорт.

Узагальнюючи викладене, можемо висловити думку про те, що нормальному психічному розвитку дитини з аутизмом перешкоджають (або

інакше – стають механізмами психічних порушень) такі розлади: дефіцит психічної активності дитини; вади сенсомоторних функцій; вади інстинктивної сфери; мисленнєво-мовленнєві порушення.

## **1.2.Історичний аспект проблеми аутизму**

У становленні теорії аутизму можна виділити декілька головних етапів [2].

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

Першим спеціалістом, який звернув особливу увагу на дітей з тяжкими психічними порушеннями та вираженими відхиленнями, затримкою і розладами процесу розвитку, був психіатр Г. Маудслей (1867), який розглядав такі розлади як “психози”.

II етап. Так званий доканнерівський період у розвитку проблеми аутизму охоплює 20 – 40-ті роки XX сторіччя, який пов’язується з виявленням у дітей так званої шизоїдії. Саме в цей період виник термін “аутизм” (грец. “autos” – сам). Його в наукову термінологію психіатрії ввів Е.Бльойлер (1920). Аутизм він трактував як симптом шизофренії і охарактеризував його як відчуження від реальності з наявністю внутрішнього життя, особливого світу мрій і фантазій. Згодом він визнав наявність симптомів аутизму у клінічній картині таких хворіб, як маніакально-депресивний психоз, шизоїдна психопатія, істеричні та афективні розлади. На думку вченого, в основі аутизму лежать афективні комплекси і порушення мислення.

У дитячій психіатрії поняття аутизму як синдрому почали використовувати з часу виділення ранньої дитячої шизофренії (Г. Сухарьова, 1926, 1937; М. Гуревич, М. Озерецький, 1930; Л. Бендер, 1933, 1956; Дж. Лутц, 1938) і шизоїдії (Т. Симеон, 1929; А. Хомбургер, 1926 та ін.) [7].

III етап дослідження проблеми аутизму називають каннерівським (40 – 80-ті роки XX ст.). У цей період були опубліковані кардинальні праці з дитячого аутизму, одним з перших авторів яких був Л. Каннер (1943). У своїх працях автор описує особливі стани у дітей, що проявляються з перших років життя й зумовлена крайньою самоізоляцією. Він запропонував назвати ці стани «раннім дитячим аутизмом». Концепція раннього дитячого аутизму Каннера відрізнялася від бльойлерівського трактування аутизму. Майже одночасно з Л. Каннером до постановки схожих клінічних проблем прийшли N. Asperger (1944) і С. Мнухин (1947). Більше півстоліття клінічних досліджень підтвердили гіпотезу Л. Каннера про існування особливого синдрому або особливої групи синдромів, пов'язаних з дитячим аутизмом.

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

На підставі більшої кількості спостережень, Л. Каннер (1956) дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності.

IV етап. У 50 – 90-х роках XX ст. (так званий постканнерівський) аутистичні розлади у дітей вивчали за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму. В результаті досліджень багатьох авторів (В. Башина, Г. Пивоварова, 1970; Е. Ентоні, 1958; Б. Рімланд, 1964; Дж. Лутц, 1968; Л. Вінг, 1981; М. Руттер, 1987) у структурі раннього дитячого аутизму вдалося виявити такі розлади, як порушення апетиту, відсутність адаптації до оточення, а також афективні розлади; уточнити терміни розгорнутого прояву (до трьох – п'яти років) клініки дитячого аутизму і можливість виникнення позитивних психопатологічних розладів поряд із симптомами порушення розвитку всіх сфер діяльності.

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

Досягнення у сфері вивчення диференційованих форм розумової відсталості привели до опису аутистичних симптомів при розумовій відсталості, олігофренії, X-ламкій хромосомі, синдромі Дауна й інших розладах (Г. Маринчева, В. Гаврилов та ін.).

Отже, питання про аутистичні розлади в дитинстві розглядається майже століття. Залежно від наукового напрямку, в аспекті якого розглядають аутистичні розлади, їхню природу і клініку, їх відповідно визначають як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хворіб, у яких аутистичні розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку або психозів дитячого віку.

## **РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ КОРЕКЦІЙНО – ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З АУТИЧНИМИ ДІТЬМИ**

### **2.1. Сучасні підходи до корекційно-педагогічної допомоги при аутичних розладах**

Існує велика кількість терапевтичних і корекційних технологій, методів, засобів у контексті психолого-педагогічного впливу на розвиток дітей з аутизмом. Деякі з них опрацьовано спеціально для дітей цієї категорії (АВА, ТЕАССН, холдинг-терапія, Програма активності (M.&Ch. Knill), Метод «Доброго старту», «Терапія повсякденним життям» (Daily Life Therapy, K. Kitahara, S. Greenspan), «Метод вибору» (Option Therapy, B.&S. Kaufman); деякі – однаково успішно застосовують для дітей з різними розладами розвитку, у тому числі, і для дітей-аутистів (методи альтернативної комунікації, метод розвивального руху В. Шерборн, нейропсихологічні корекційні методи, музико-, ігрова-, арт-, кінезо- іпотерапії тощо) [10].

Система допомоги особам з аутизмом в Україні лише почала формуватися, чим започатковується виконання державою обов'язків по реалізації конституційного права своїх аутичних громадян на адекватну їхнім можливостям освіту. Оскільки, як свідчить аналіз спеціальної літератури, методи для лікування аутизму розроблені недостатньо, тому на сьогодні цим дітям можливо надавати лише реабілітаційну і корекційну допомогу. У цьому зв'язку важливою є обізнаність спеціалістів про шляхи методичного забезпечення процесу корекційного навчання даної категорії дітей у різних країнах світу. У США, Японії і країнах Західної Європи в методичному плані підходи до корекції аутизму надзвичайно різноманітні, про що свідчить довідник Національного аутистичного товариства Великобританії «Підходи до корекції аутизму» (1995), який включає більше 70 пунктів. Проте в першу чергу, як вважають фахівці, практичне значення серед них мають оперативне навчання і програма ТЕАССН; обидві методики розроблено в США. У Великобританії в 90-ті роки ХХ ст. проведено дворічне дослідження з метою

оцінки результатів ефективності різних методів раннього спеціалізованого втручання в життя аутичної дитини. Кожна з методик, що аналізувалася, оцінювалася з позиції, чи сприяло її використання оволодінню дитиною з аутизмом тією чи іншою діяльністю. В результаті спеціалістам-практикам було рекомендовано декілька чітко спланованих методик впливу на дитину, а саме: оперативне навчання, TEACCH–програма, холдинг-терапія, групова терапія, ігрова терапія. Коротко охарактеризуємо названі методики.

Оперативне навчання (поведінкова терапія) передбачає створення зовнішніх умов, які сприяють індивідуальному формуванню бажаної (заданої) поведінки в різноманітних аспектах (соціально-побутовий розвиток, оволодіння навчальними предметами, виробничими навичками, мовленнєвий розвиток). Індивідуальна система навчання для кожної дитини складається таким чином, що будь-який позитивний прояв нагороджується (підсилюється), а негативний – або ігнорується, або карається. У даному разі послідовники біхевіористського підходу розглядають аутизм як сукупність проблем, що не дозволяють проводити навчання дитини в умовах звичного оточуючого середовища, оскільки у такої дитини сформована особлива поведінка – “недосконала” (O.L.Lovaas, 1977). Під недосконалою поведінкою мається на увазі наявність агресивних реакцій, спрямованих на себе та інших, спалахів гніву, стереотипних дій, що спричиняють шкоду дитині та іншим. Автори підкреслюють важливість процедури конструювання поведінки у тій частині програми, яка веде до позитивних зрушень у поведінці дитини. Підкреслюється, що спеціалістів, які повинні проводити в життя цю програму, необхідно ретельно готувати з метою оволодіння ними прийомами формування наслідування у поведінці дитини, розвитку її абстрактного мислення і мовлення. Ядром даного методу є імітація: на ранніх етапах в основному невербальна, на пізніших – невербальна і вербальна. Відпрацьовані навички відшліфовуються вдома ще до того, як дитина братиме участь у колективній діяльності. Таким чином, навички

відпрацьованої поведінки зі звичних домашніх умов переносяться в середовище дитсадка чи школи.

Відповідно до програми діти повинні вчитися 40 годин на тиждень у групі, яка складається з декількох спеціалістів і одного з батьків і в яку час від часу включають однолітка дитини. Отже, щоб поведінкова терапія дала позитивний результат, вона повинна бути представлена всіма зацікавленими особами, які працюють і виховують дитину. При цьому зазначимо, що при зниженні інтенсивної поведінкової терапії (менше 40 годин на тиждень) виявлено низький відсоток дітей, які досягли норми як за інтелектуальним рівнем, так і за шкільною успішністю.

Встановлено, що формально ефективність повноцінного застосування оперативного навчання достатньо висока: до 50-60% вихованців стають спроможними оволодіти програмою масової школи. Разом з тим необхідно враховувати те, що критики біхевіористської програми вважають її застосування найбільш ефективним у формуванні контрольованих імітаційних дій на елементарному рівні, проте програма є менш придатною для формування у дитини варіативної самостійної поведінки.

Надзвичайно цікавою й оригінальною є ТЕАССН-програма (Р.Райхлер і Г.Месібов), яка визнана в декількох штатах США державною і широко розповсюджена у багатьох країнах Європи, Азії та Африки. При деякій схожості окремих методичних рис ТЕАССН-програми і оперативного навчання між ними існують відмінності концептуального порядку. Ретельне вивчення особливостей психіки аутичних дітей дало підставу багатьом зарубіжним авторам зробити висновок, що при аутизмі мислення, сприймання і психіка в цілому організовані зовсім інакше: у них особливий характер мислення. Ці особливості психіки утруднюють, а у важких випадках роблять неможливою адаптацію дітей до оточуючого світу. Тому, на думку прихильників ТЕАССН-програми, необхідно спрямовувати зусилля не на адаптацію дитини до світу, а на створення умов навчання і розвитку, які б відповідали особливостям дитини. Значні зусилля спрямовуються на

розвиток невербальних форм комунікації. Навчання мовленню вважається доцільним тільки при IQ=50 і не розглядається як обов'язкове, так само як і виховання навчальних і професійних навичок. В основі всієї програми – чітке структурування простору і часу з опорою на візуалізацію.

Критиками ТЕАССН-програми визнається, що її застосування дозволяє швидко досягнути позитивних стійких змін в роботі навіть з дуже важкими випадками аутизму. Однак зазначається, що ця програма не забезпечує достатньо високого рівня адаптації дитини до реального життя. При використанні цієї методики ідеальним вважається розвиток і навчання дитини в домашніх умовах, оскільки саме сім'я є природним середовищем існування для аутичної дитини.

Крім оперативної терапії і програми ТЕАССН на Заході плідно застосовується холдинг-терапія (М.Уелш, 1983), або терапія утримування, форсована терапія. Цей метод полягає у спробі майже насильницького утворення фізичного зв'язку між матір'ю і дитиною, оскільки відсутність такого зв'язку прихильниками цього методу вважається центральним порушенням при аутизмі. Інші аспекти прояву аутизму (глобальний дефіцит спілкування) або ігноруються, або їхнє значення знижується. Призначення холдинг-терапії – пробитися через неприйняття дитиною матері і розвинути в ній відчуття і звичку відчувати себе комфортно. Спеціалісти рекомендують матерям під час тактильного контакту з дитиною говорити їй про свої почуття, включаючи навіть прояви гніву на її опір; вони запевняють, що аутистична дитина здатна розуміти почуття і мовлення матері, хоча її емоційні особливості є перепоною процесу сприймання материнської ласки. У перші місяці роботи ці вправи для дитини є дуже неприємними, тому важливо усунути дитячий опір, що вважається критичним періодом подальшої ефективності запроваджуваної терапії. Автори методу вважають, що для відчуття комфортного стану, дитина повинна спочатку відчути дискомфорт (вплив на дитину такими стимулами, які для неї є надчутливими: поцілунок, шепіт). Заняття вважаються закінченими лише після того, як



дитина пройшла через етап виснаження і підкорення, і для неї створені комфортні умови спокою або спокійної нетривалої гри. Саме спільний досвід матері і дитини формує почуття взаємної прихильності і, як результат, закріплює корекційний вплив на аутизм.

Критики холдинг-терапії стверджують, що поки що не існує достовірних позитивних результатів застосування методу з ретельним обстеженням дитини до і після терапії. Однак, не дивлячись на це, існує спільна думка науковців про ефективність холдинг-терапії у тій її частині, коли вводиться компонент, який зумисне викликає у дитини відразу і стрес. Після фізичного виснаження дитини, коли неприємна стимуляція закінчується і її стереотипну поведінку побороно, на перший план виступає активна увага дитини і починають діяти процеси, що покращують її стан. Потому мати починає сприйматися дитиною як позитивний стимул, оскільки асоціюється з припиненням неприємних факторів, завдяки чому дитина стає більш відкритою для встановлення соціальних контактів і взаємодії з дорослим.

Основною ідеєю групової терапії (Kitahara, 80-ті роки XX ст.) є спільне навчання аутичних дітей з нормально розвинутими дітьми, забезпечення відповідності аутичної дитини груповій нормі і досягнення імітації дітьми відпрацьованої моделі поведінки. Ця практика розходиться з традиційними провідними принципами навчання аутичних дітей, які, навпаки, спрямовані на розробку індивідуальних програм для їхнього адекватного розвитку. Метою групової терапії є стабілізація дитячої емоційної сфери. Процес стабілізації передбачає підтримку дитини групою. Особливого значення при цьому надається спільним фізичним вправам, які покращують фізичний розвиток дитини, сприяють формуванню у неї навичок самообслуговування і через імітаційні повтори різного роду шаблонів певною мірою забезпечують інтелектуальний розвиток. Для цього дітям досить довго пояснюють небажаність здійснення певних дій. Так, наприклад, коли дитина починає бити себе по обличчю, дорослий миттєво, силовим методом повертає руки дитини у те положення, в якому знаходяться руки у всіх

дітей групи. Таким чином, будь-які прояви деструктивної поведінки аутичної дитини розчиняються в груповому процесі.

Застосування групової терапії передбачає проведення ретельного обстеження дітей, результати якого, проте, не трансформуються в індивідуальні програми для кожної дитини. Дитина повинна сидіти тихо і слухати словесні пояснення, навіть коли вона їх не осмислює і не розуміє. Шкільний процес навчання також ґрунтується на механічному запам'ятовуванні та на імітаційній діяльності (наприклад, кожний місяць вивчається нова пісня, яка повторюється на протязі кожного дня по декілька разів). Експертна оцінка ефективності програми "Ритм життя" показала, що найбільшим її здобутком є контроль стереотипних і деструктивних дій, а також розвиток навичок самообслуговування.

Разом з тим встановлено, що нормалізація поведінки на базі імітаційних принципів не забезпечує справжнього наслідування, оскільки наслідування не може успішно здійснюватися без врахування індивідуальних особливостей розвитку дитини та її можливостей. Проте експертами наголошується, що в цій програмі особливо ефективна частина, яка стосується фізичного розвитку дітей, її використання сприятиме позитивним зрушенням в навчанні аутичної дитини.

Метод вибору передбачає роботу з аутичною дитиною один на один на протязі всього дня (A.S.Kaufman, 1950) і витікає з довготривалого досвіду батьків по навчанню і соціальній реабілітації своїх власних дітей.

Метод вибору складається з двох частин: зміна поглядів батьків і педагогів щодо дитини; вплив на поведінку батьків і педагогів таким чином, що сама дитина також починає змінюватися.

Зміна ставлення батьків, перш за все, полягає у виборі, який вони для себе роблять: або це стан щастя, або стан горя і розчарування від того, що у них така дитина. Батьки мають вирішити однозначно прийняти свою дитину такою, якою вона є і любити її незалежно від будь-яких змін, що можуть з нею відбутися. Успіх досягається при індивідуальній роботі з дитиною, а

само: граючись з дитиною, приймаючи все, що вона робить, по-справжньому приєднуватися до неї, навіть імітувати її стереотипні дії. При цьому у дитини не має виникнути й тіні підозри в тому, що батьки і вчителі її по-справжньому люблять і що всі люди, які її оточують, щасливі від того, що вона така, якою є. На практиці, звичайно, зустрічаються суттєві відмінності між тим, що батьки імітують, щиро підтримуючи будь-яку діяльність дитини, і тим, що вони відчують і думають.

Найважливішим у цій методиці є те, що дитина повинна бути повністю ізольованою від усіх. Експертиза результатів застосування методу вибору показала позитивні зміни в стані батьків, які повністю змінюють своє ставлення до такої складної ситуації; аутична дитина суб'єктивно стає для них менш нестерпною, ніж раніше. Визначається, що прагнення батьків „бути щасливими” може здійснювати пригноблюючу дію. Крім того, деякі дослідники висловлюють сумніви в доцільності цього методу з позиції етики і здоров'я дитини. Проте А.С.Кауфман вважає, що це єдиний шлях надати дитині можливість абсолютного самоконтролю на протязі тривалого часу.

Метод комунікативної терапії, підкріпленої музикою, найбільше контрастує з методикою вибору, оскільки на її основі у дитини з аутизмом активно формується емпатія, яка передбачає функціональне використання будь-якого типу немовленнєвого спілкування. Цей вид терапії відрізняється від традиційної музикотерапії тим, що основна мета музичного впливу полягає у створенні стосунків між музикою і дитиною, а за цим методом – між дитиною і значущою для неї людиною (батьками, педагогами), з якою вона проводить весь свій час.

Метою застосування даного методу є створення діалогічного спілкування для подальшого мовленнєвого розвитку. При цьому музика стає помічником, оскільки вона є гнучкішою, ніж мовлення, особливо у поєднанні з рухами тіла, включаючи біг, стрибки, контакт очей, зорове зосередження на одних і тих самих об'єктах (шарф, розміщений між дитиною і дорослим,

повітряна кулька). З часом дорослий починає позначати співом всі дії дитини, надаючи словам схвальний відтінок, значущість і силу.

Як засвідчила оцінка експертів, цей метод прийнятний для будь-якої дитини з аутизмом, не залежно від важкості порушення або від її інтелектуального рівня. Деякі діти після курсу музичної терапії можуть навчатися в масових школах, де їм пропонують програму, яка розвиває у них емпатію і соціальну адаптацію. Для менш здібних дітей наявність достатнього ступеня комунікації дозволяє досягти успіхів у навчанні та соціалізації.

Метою недирективної терапії є зниження рівня страху в аутистичних осіб внаслідок пристосування до довкілля, а також навчання поведінки, необхідної для адаптації в суспільстві; головний акцент роблять на налагодженні контакту через наслідування і спільну активність.

До цієї терапії належить, зокрема, ігрова терапія, розроблена Вірджинією Акслейн, в основі якої є налагодження теплих, приятельських взаємин між терапевтом і дитиною. Засади недирективної ігрової терапії ґрунтуються на концепції недирективної терапії Карла Роджерса. У процесі застосування цього виду терапії дитина має змогу відкрито виражати свої почуття і керувати процесом зустрічі. Важливими є такі обмеження, як заборона нищення речей або атакування інших осіб.

Недирективна терапія охоплює також елементи арт-терапії (малювання, ліплення, колаж), ігри з різноманітними предметами та речовинами.

У системі корекційного навчання дітей з аутизмом значна увага приділяється роботі з сім'єю, для якої важливою є не тільки практична, але й емоційна допомога. Відносно цього в системі психологічної допомоги передбачається перехід від впливу, чітко орієнтованого на дитину, до сімейної або ситуаційної терапії. Це викликане прагненням батьків самим коригувати труднощі у поведінці та навчанні своїх дітей, та бажанням повніше включатися у процес корекційного навчання, що іноді є необхідним, оскільки часто виникають проблеми, які не можливо вирішити без участі батьків. З іншого боку, аутичні діти не в змозі самотійно переносити

сформовані у них навички в інші ситуації, у зв'язку з чим залучення батьків та інших членів сім'ї в систему навчання є необхідним. Педагогічна домашня терапія базується на принципі зміни діяльності в сім'ї і здійснюється самими батьками. Вважається, що такий вид терапії є ефективним для дітей до трьох років, а після досягнення цього віку для дитини краще відвідувати дитячий заклад, одержуючи при цьому допомогу батьків при виконанні домашніх завдань.

Вітчизняні науковці (К. Островська, О. Романчук, Т. Скрипник, Г. Смоляр, Г. Хворова, А. Чуприков, Д. Шульженко) акумулюють світовий досвід вивчення аутизму й докладають зусиль до розробки шляхів допомоги аутичним дітям. Так, Т. Скрипник з групою колег пропонують загальну характеристику комплексної психолого-педагогічної технології корекції розвитку комунікативної активності дитини з аутизмом та її основні компоненти: психолого-педагогічну діагностику дітей з аутизмом та створення індивідуальних корекційних програм, програми корекції комунікативної активності, систему корекційної роботи в умовах інтеграційного літнього табору, методикку оптимізації взаємодії батьків і дітей з аутизмом.

Отже, підсумовуючи викладене, зазначимо, що розглянуті підходи мають як загальні, так і відмінні риси, проте жоден з них не може претендувати на те, щоб бути панацеєю у всіх випадках при навчанні, корекції та соціалізації дітей з аутичними порушеннями.

## **2.2. Організація корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації**

Наше дослідження проводилося на базі Вінницького обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів “Промінь”, у якому взяло участь троє дітей із синдромом раннього дитячого аутизму та їхні батьки.

Заняття проводилися раз на тиждень. Ми зробили акцент на спільній психокорекційній роботі дітей-аутистів та їхніх батьків. У програмі використовувалися елементи холдинг-терапії, ігротерапії, арттерапії, танцювальної терапії та музикотерапії. Психолог центру соціальної реабілітації був присутній на заняттях і контролював їхнє проведення, враховуючи, зокрема, й емоційний стан дітей та їхніх батьків (метод супервізії).

Перед тим, як почати заняття, ми обов'язково ознайомлювали батьків зі специфікою проведення холдингу, із завданнями, які необхідно вирішувати під час роботи.

На першому занятті ставили завдання перед батьками під час холдинг-терапії встановити з дитиною тісну взаємодію, отримати контакт очима, голосом, тілесний контакт. Перед проведенням холдингу ми пояснювали, що батьки повинні використовувати своє інстинктивне бажання обійняти дитину та втримати її при собі, щоб розібратися в тому, що з нею відбувається, втішити і спробувати налагодити з нею взаємний контакт. Пояснювали також роль батька, яка зводиться насамперед до підтримки матері, тому що їй одній не під силу те величезне навантаження, якого вимагає холдинг. Ми просили тата, щоб він під час терапії допомагав мамі втримувати та умовляти дитину, переборювати її опір. Під час цієї роботи, коли батьки попросили дітей піти до них на руки, діти відразу почала чинити опір, плакати, кричати. Дітей було дуже важко зацікавити. Згодом вони трішки зосередили свою увагу на мамі, наприклад на її сережках, гудзиках, і ніби заспокоїлися.

На “ситуацію втримання” аутичні діти реагували запеклим опором, сприймаючи таке “позбавлення волі” як небезпеку. Тому ми просили батьків, щоб вони підбирали різні емоційні аргументи для пояснення дітям ситуації. Страх і викликаний опір зникали, коли батьки наполегливо пояснювали дітям, як вони їм потрібні, говорили, що не бажають їх скривдити, а, навпаки, хочуть поспілкуватись і погратися. Завдання батьків під час холдингу полягало в тому, щоб утримати дітей не стільки фізично, скільки емоційно,

умовляючи їх не йти, не залишати маму й тата, повторюючи, як важливо бути всім разом. Холдинг-терапія тривала 50 хв. Практично всі діти до кінця заняття заспокоювалися і починали взаємодію з батьками. Для одних дітей процес утримування тривав 30 хв, для інших – 40-50 хв. Далі батьки під керівництвом психолога продовжували ігрові заняття з дітьми. Після холдинг-терапії діти самі подавали сигнали про те, що треба йти додому: брали взуття і приносили мамі. Отже, ми бачимо, що перше заняття холдинг-терапії проходило за встановленою М. Уелч схемою [7].

На другому занятті, як тільки дітей завели в кімнату, де раніше проводили холдинг, усі намагалися зацікавити дітей роботою, діти починали кричати, втікати і присідати біля дверей – проявляли велике бажання піти з кімнати. Ми могли побачити, як реагують діти на “ситуацію втримування” – проявляли опір, агресію, самоагресію. Але коли батькам усе ж таки вдавалося зацікавити і заспокоїти дітей, вони почали вести себе спокійно, гралися, спостерігали за грою батьків. Нашим завданням на цьому занятті було навчити батьків способам емоційної взаємодії з дітьми і використання їх під час гри, малювання, читання. Без подолання емоційної дисфункції неможливий розвиток інтелекту аутичних дітей, отримання соціальних навичок. Другий етап терапії проходив успішно. Холдинг-терапія дала можливість прискорити корекційну роботу, зробити її інтенсивнішою. За гарну поведінку протягом однієї години батьки дозволили дітям залишити робоче місце, якщо вони цього хотіли. Після терапії діти вступали в гру, були досить активними: їм дуже сподобалася гра в “сухому басейні”. У той же час ми спробували зацікавити дітей погратися з новими іграшками. На це вони реагували зі страхом. Але бажання йти додому, як минулого разу, не було. Діти хотіли продовжувати гратися. Отже, ми бачимо, що вже на другому занятті опір дітей під час холдингу знижується.

На третьому занятті діти вже самі йшли на руки і починали зацікавлено гратися, малювали разом із мамою. Вони вели себе спокійно, не плакали, не кричали, старанно виконували запропоновані завдання. Можна було

помітити, що діти втримували з мамою зоровий контакт. Під час холдинг-терапії вони були емоційно задоволені, посміхалися. Отже, ми помічаємо, що на цьому занятті діти взагалі не проявляли опору, він зник. Дуже важливим було максимально використовувати той час, коли діти емоційно контактували з батьками.

На четвертому занятті, як тільки діти зайшли до кімнати, відразу підбігли до батьків і своєю поведінкою подавали сигнал, що вже час працювати. Батьки зацікавлювали їх іграми та завданнями, які використовувалися на минулому занятті. Діти гарно складали цифри, посуд, кубики, малювали, але коли їм було запропоновано нову іграшку, наприклад скласти з двох частин яйце і з окремих деталей -ланцюжок, вони починали нервувати, відмовлялися продовжити гру. Отже, ми бачимо, що діти починають звикати до занять, іграшок й у разі зміни усталених норм та ситуацій проявляють агресію. Тому нам дуже важливо було стежити за ходом занять і, незважаючи на опір дітей, уміло підходити до включення в холдинг нових іграшок, предметів, казок, пісень, ігор. У протилежній ситуації виникала ще одна проблема – стереотипізація холдинг-терапії. Аутичні діти звикали до визначеної послідовності занять і вимагали її стереотипного відтворення.

П'яте заняття холдинг-терапії проводилося в іншому приміщенні, на що діти дуже бурхливо відреагували: плакали, кричали, не йшли на контакт. Ми знову зустрілися з проявом стереотипізації. Але, власне, для цього зміна кімнати була запланованою, в іншому випадку холдинг-терапія могла втратити свій сенс і перестати стимулювати розвиток дітей. Причиною опору могло бути й те, що деякі батьки вдома самостійно, без дозволу психолога, проводили холдинг, не маючи досвіду і не дотримуючись правил та норм такого типу терапії. За нашою порадою, на холдингу батьки розповідали дітям про те, що відбувалося з ними протягом дня, про те, що було вчора, торік, багато років тому, коли вони були ще зовсім маленькими.

Шосте заняття холдинг-терапії знову проходило в іншому приміщенні, яке, проте, було знайомим для дітей. Батьки самі взяли дітей на руки й зразу



почали їх зацікавлювати. Діти не заперечували. Вони гралися, складали цифри, складні пазли, пірамідки, використовували нові іграшки. Гра з новими іграшками проходила успішно.

На сьомому занятті холдинг-терапії діти поводити себе слухняно. Коли зайшли до кімнати, без прохання батьків пішли до них на руки і почали гратися, брати цікаві іграшки. Дуже часто заглядали батькам в очі, були емоційно врівноваженими. Коли дітям запропонували погратися з іграшковими тваринками, вони охоче взялися за завдання. Діти вперше на цьому занятті гладили м'які іграшки, притуляли їх до свого обличчя. Отже, ми бачимо, як діти поступово починають входити у контакт з оточуючим світом. Раніше під час дотику до іграшкових тваринок у дітей виникав страх і, як наслідок, - прояв агресії. Зараз діти досить емоційно реагували на іграшки. У кінці холдингу діти почали нервувати. На нашу думку, це було наслідком втоми. Аутичним дітям дуже важко втримувати свою увагу й активність довгий час.

На восьмому занятті холдинг-терапії форми контакту з дітьми стали більше налагодженими. Основним нашим завданням був розвиток мовної активності дітей і розвиток активності у взаємодії. На цьому занятті діти знову ж таки самі вмостилися до батьків на руки для навчання і гри з ними. Отже, ми бачимо, що вони починали самі активно передбачати дії мами, тягнутися на руки, потроху включатися в гру, а значить, і ми можемо починати більш активно провокувати їх на самостійні дії. Ми спостерігали деякий розподіл уваги в дітей, вони вже прагнули самі вибрати предмет гри на терапії, активно "шукали його очима" під час холдингу. Важливе місце на цьому занятті для дітей посідали музичні інструменти. Вони вправно виконували музичні мелодії. Їх дуже зацікавлювала музична гра батьків. Діти уважно слухали певну мелодію, а потім забирали інструмент і продовжували виконання самостійно. Отже, як бачимо, діти все більше вступали в контакти з оточуючими. На занятті можна було помітити, що тепер вони емоційно прив'язані до батьків.

Таким чином, можемо зробити висновок про очевидність того, що холдинг-терапія, стимулюючи розвиток дитини, дає родині можливість повному налагодити взаємодію з нею.

Під час роботи з аутичними дітьми у рамках розробленої нами програми застосовувалися й елементи арттерапії. Зокрема спільне малювання, коли разом із батьками дитина малює картинку. Приміром, замість пензля використовували пальці. Заняття містили не лише роботу з фарбами, а й з кольоровим картоном, пластиліном, глиною.

Дітям сподобалися ігри з водою. Забави з водою, переливання і хлюпання – це улюблене заняття дітей. До того ж ігри з водою мають терапевтичний ефект.

Наповнивши водою ванночку, організували гру в "басейн", в якому вчаться плавати іграшки; купали іграшки.

Дітей дуже зацікавила гра з крупами. Вони старанно насипали крупу в різні ємності, виконували різні заняття разом із батьками. У свою чергу, батьки розповідали їм, що посуд може бути заповненим і напівзаповненим; ховали різні предмети й іграшки в крупи. Дітям дуже сподобалася гра, під час якої мама ховала дитячу руку в крупу і при цьому розігрувала різні сюжети ("зараз є рука, а зараз немає"). Діти вже у змозі відповісти правильною дією на прохання батьків. Коли просили дитину, щоб вона насипала кашу у вазочку ложкою, дитина брала в руки ложку й охоче виконувала поставлене завдання.

У кінці заняття діти допомагали батькам складати іграшки на місце. Таким чином, діти вже можуть виконувати представлені інструкції. Отже, можемо зробити висновок, що для того, аби реалізувати потенційні можливості дітей, повинні пам'ятати: відсутність чи затримка розвитку їх експресивної мови викликана загальним порушенням комунікації, відходом від контакту і заглибленістю дітей у світ власних відчуттів, пристрастей, потягів. Робота з розгальмовування мови повинна постійно супроводжуватися закріпленням мовних реакцій. Необхідно створювати

умови для того, щоб слова, фрази, які “випливли” на поверхню, у результаті нашої роботи з розгальмовування мови, не зникали, а повторювалися.

Можемо зробити висновок про очевидність того, що холдинг-терапія, ігрова терапія, стимулюючи розвиток дитини, дає родині можливість повному налагодити взаємодію з нею.

### **2.3. Аналіз результатів формувального експерименту**

Холдинг-терпія сприяла зменшенню, пом'якшенню аутизму, встановленню більш адекватного емоційного контакту між дитиною і батьками.

Через три тижні холдинг-терапії діти виявили бажання і можливість взаємодіяти, стали більш чутливими, менше відчуженими, краще слухали, виконували прості прохання, 2 дітей вперше на руках у батьків слухали казки, пісні, вірші. Діти стали виявляти інтерес до ігор, які пропонували їм дорослі чи діти; більше спостерігають і включаються у гру або малювання. Вони стали менш примхливими, більш слухняними. Агресивні прояви, які інколи спостерігались у поведінці до початку холдинг-терапії, перестали з'являтися. Дитина стала частіше дивитися в очі, більше хотіла бути поряд, а не сама по собі; одна мама сказала про те, що дитина стала проявляти ініціативу.

Відбулось покращення у засвоєнні побутових навичок: навчилися самостійно одягатись, застібати гудзики, а головне, стали користуватись уже засвоєними навичками: одягатись, взуватись, їсти самостійно. Почали формуватися навички охайності, прагнення до самостійності.

Через три місяці холдинг-терапії зростає контактність. Діти включались у ситуацію, намагались самостійно відпрацювати і закріпити навички, пов'язані із самообслуговуванням, допомогою вдома. Діти починали обстежувати кімнату, всю квартиру, залазили без дозволу у всі шафи, висували усі ящики, а також намагались допомагати матері готувати їжу,

заглядаючи при цьому в кожную каструлю, у шафу, де зберігались крупи, у холодильник.

За нашим спостереженням, первинним є прогрес у розвитку внутрішньої мови дитини: діти почали слухати казки, розповіді про саму дитину, вірші. Під час розповіді діти адекватно реагували: супились, коли з'являється "сірий вовк", сміялись, коли батьки говорили про власні пустощі тощо. Діти наслідували міміку і артикуляцію батьків, виконували за їх проханням ігрові дії, які імітують чиюсь поведінку ("покажи козу рогату", "зроби, як ведмідь косолапий, ніжкою топ" тощо).

Діти стали контактувати і з іншими членами сім'ї: татом, бабусею, дідусем, братом чи сестрою. Усі члени сім'ї відзначали, що збільшилась кількість звернень з боку дитини; діти частіше стали звертатись, вживаючи мову.

Зросла прихильність дітей до батьків. Діти менше прагнули залишитись на самоті, хотіли знаходитись у тій же кімнаті, де й мама чи інші близькі люди. При цьому вимагали холдинг-терапії.

Зменшились страхи. Діти стали дивитись в очі не тільки близьким людям, але й чужим, з якими зустрічались у транспорті, на заняттях, тим, хто приходить у гості та ін.

У дітей розгальмувалась велика кількість афективних висловлювань (ситуативних, афективних спогадів, цитат із улюблених раніше книг). Більш складним у цьому випадку було завдання збереження і підтримки мовленнєвої активності дитини на певному рівні як у ситуації холдингу, так і протягом дня. Тобто мовлення, що з'являлось, була нестабільним, дитина могла знову замовкнути на цілий день, і потрібен час, щоб вивести мовлення на більш стабільний рівень.

Холдинг-терапія позитивно вплинула на батьків. Після перших сеансів батьки стали почувати себе впевнено у стосунках з дитиною: зникла тривога, пов'язана з власною неспроможністю у контактах з дитиною. Вони стали краще розуміти дитину, її проблеми, бажання. Холдинг допомагає відчутти

глибину тривоги, страху та емоційного напруження, які переживає дитина; допомагає розібратись у тому, чого дитина не хоче, а чого не може; коли слухає і розуміє, а коли “відключається”. Ця методика допомогла у короткий термін подолати дистанцію між фахівцями і батьками, навчити батьків прийомам емоційної роботи з дитиною, дати їм необхідні навички управління афективним станом дитини, стимуляції її розвитку. Холдинг-терапія не тільки дала батькам необхідні навички корекційного впливу, вона спонукала їх до регулярної роботи з дитиною.

Разом з тим нами було відзначено негативні феномени при холдинг-терапії і способи їх подолання. Холдинг-терапія викликає злам звичних стереотипів. У холдинг вводились короткі історії і казки з несподіванками, пригодами. Ці нововведення викликали опір дитини, який був короткочасним і легко знімався.

Психолого-педагогічні спостереження дозволили дійти висновку про позитивні результати роботи, які виявились у зменшенні, пом'якшенні аутизму, встановленні більш тісного емоційного контакту між аутичною дитиною і батьками; у зростанні психічної активності дітей, підсиленні інтересу до оточення, прихильності дітей до близьких людей; у виявленні у дитини бажання взаємодіяти, у розвитку довільної уваги; у зменшенні негативізму та агресивних виявів у поведінці дитини; у покращенні засвоєння побутових навичок; у прогресі у розвитку мовлення; у позитивному впливі на батьків аутичної дитини, які стали більш впевненими у стосунках з нею, у розумінні її проблем. Холдинг-терапія не тільки допомогла батькам засвоїти навички корекційної роботи, але й сформувала у них звичку до регулярної роботи з дитиною.

## ВИСНОВКИ

Проведене дослідження корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації дає змогу сформулювати такі висновки:

1. Аутистичний розлад, або аутизм, є важливою формою патології розвитку, що характеризується порушеннями соціальних, комунікативних і мовленнєвих функцій, а також наявністю нетипових інтересів і форм поведінки. Складний комплекс факторів призводить до негармонійного розвитку і розладів функціонування мозку. Аутизм впливає на всі види взаємодії дитини з навколишнім світом.

Питання про аутистичні розлади в дитинстві розглядається майже століття. Залежно від наукового напрямку, в аспекті якого розглядають аутистичні розлади, їхню природу і клініку, їх відповідно визначають як симптом, синдром, хворобу, патологію розвитку. Це відображено й у міжнародних класифікаціях хворіб, у яких аутистичні розлади визначено серед найрізноманітніших порушень розвитку або психозів дитячого віку.

2. Існує велика кількість терапевтичних і корекційних технологій, методів, засобів у контексті психолого-педагогічного впливу на розвиток дітей з аутизмом. Деякі з них опрацьовано спеціально для дітей цієї категорії (АВА, ТЕАССН, холдінг-терапія, Програма активності (M.&Ch. Knill), Метод «Доброго старту», «Терапія повсякденним життям» (Daily Life Therapy, K. Kitahara, S. Greenspan), «Метод вибору» (Option Therapy, B.&S. Kaufman); деякі – однаково успішно застосовують для дітей з різними розладами розвитку, у тому числі, і для дітей-аутистів (методи альтернативної комунікації, метод розвивального руху В. Шерборн, нейропсихологічні корекційні методи, музико-, ігрова-, арт-, кінезо- іпотерапії тощо). Найбільшу продуктивність для аутичних дітей мають заняття у мікрогрупах. Для кожної дитини розробляється найоптимальніша індивідуальна програма розвитку з урахуванням особливостей сформованості її психічної сфери.

3. Результати здійсненої корекційно-педагогічної роботи з аутичними дітьми в умовах центру соціальної реабілітації дозволили дійти висновку про позитивні результати, які виявились у зменшенні, пом'якшенні аутизму, встановленні більш тісного емоційного контакту між аутичною дитиною і батьками; у зростанні психічної активності дітей, підсиленні інтересу до оточення, прихильності дітей до близьких людей; у виявленні у дитини бажання взаємодіяти, у розвитку довільної уваги; у зменшенні негативізму та агресивних виявів у поведінці дитини; у покращенні засвоєння побутових навичок; у прогресі у розвитку мовлення; у позитивному впливі на батьків аутичної дитини, які стали більш впевненими у стосунках з нею, у розумінні її проблем.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие. Книга для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс. – М.: Владос, 2005. – 144 с.
2. Иванов Е. С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С.Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – Санкт-Петербург, 2004.
3. Лебединская К. С. Аутизм. Методы лечения тяжелого психического отклонения / К.С. Лебединская // Азбука здоров'я.– 2002.- № 5.– С. 23-24.
4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей / В.В.Лебединский // Детский аутизм: Хрестоматия.– СПб., 2001.– С. 7-17.
5. Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Лебединский В. В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.
6. Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М.М. Либлинг // Дефектология. — 1996. - № 3. - С. 56-66.
7. Мушкевич М. Експериментальний аналіз практичної роботи з аутичними дітьми в процесі сімейного консультування й терапії. / М. Мушкевич // Інтернет. PDF created with pdfFactory Pro trial version [www.pdffactory.com](http://www.pdffactory.com).
8. Никольская О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О. С. Никольская. – М. : Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.
9. Никольская О.С Аутичный ребенок. Пути помощи // О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, И.А. Костин. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.
10. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги. Навчальний посібник / К.О. Островська. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.
11. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 240с.



12. Синьов В. М. Мультидисциплінарний (медико-психолого-педагогічний) характер діагностики і корекції розвитку особистості при порушеннях процесу соціалізації // Психолого-педагогічні засади розвитку особистості в освітньому просторі: матеріали методологічного семінару АПН України 19 березня 2008 р. – К., 2008. – С. 527-532.
13. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму / Т. В. Скрипник. – К. : Видавництво «Фенікс», 2010. – 388 с.
14. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник/за редакцією академіка В.І.Бондаря. — Луганськ: Альма-матер, 2003. — 436с.
15. Специальная педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб.заведений /Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др.; Под ред. Н.М.Назаровой. — 2-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 400 с.
16. Тарасун В, Хворова Г. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / За наук. ред. В.Тарасун – К.: 2004. – 103 с.
17. Шульженко Д. Аутизм — не вирок. / Д. Шульженко. — Львів: Кальварія, 2010. — 224 с.
18. Asperger H. (1944). Die <Autistischen Psychopathen> im Kindesalter. Archw fir Psychiatrie und Neruenkrankheiten 117, 76-136.
19. Schopler E. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a treatment system. — “American Psychologist”. — 1987. — V.42, No.4. — P.376-389.
20. Yvette Dijkxhoorn. Czym jest autyzm? // Dziecko autystyczne. — Krajowe Towarzystwo Autyzmu. — Warszawa, 2001. — Т.9, № 1. — S. 33-38.
21. Walker A. Czym jest autyzm? // Dziecko autystyczne. — Krajowe Towarzystwo Autyzmu. — Warszawa, 2001. — Т.9, № 1. — S. 13 – 22.