МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ**

Виконала: студент ІІ курсу,
групи 8.0534-з-4
спеціальності 053– Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Шамрай Катерина Миколаївна
Керівник: д. психол. наук, професор
кафедри психології Клопота Є. А.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент
кафедри психології Мосол Н. О.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма 053 Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ
Шамрай Катерині Миколаївні

Тема роботи Особливості психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру

керівник роботи Клопота Є. А., д-р психол. наук, професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові підходи до вивчення проблеми психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру; дослідити психологічні особливості когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей молодшого шкільного віку з РАС; розробити та впровадити програму психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру; експериментально перевірити ефективність програми психологічного супроводу у розвитку соціально-комунікативних і когнітивних функцій дітей з РАС.

5. Перелік графічного матеріалу: 8 таблиць, 8 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання прийняв
Вступ	Клопота Є. А., професор		
Розділ 1	Клопота Є. А., професор		
Розділ 2	Клопота Є. А., професор		
Розділ 3	Клопота Є. А., професор		
Висновки	Клопота Є. А., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ К. М. Шамрай

Керівник роботи _____ Є. А. Клопота

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

\

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 91 сторінка, 8 рисунків, 8 таблиць, 71 джерело, 3 додатків.

Об’єкт дослідження – психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру.

Предмет дослідження – особливості психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру.

Мета дослідження – виявити й проаналізувати особливості психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру та перевірити ефективність розробленої програми психологічної підтримки.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що реалізація комплексної програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру сприятиме розвитку їхніх соціально-комунікативних умінь, когнітивних процесів та емоційної стабільності, що забезпечить вищий рівень адаптації до навчального середовища.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація й систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна: апробовано програму психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру в умовах загальноосвітнього закладу, що не спеціалізується на інклюзивному навчанні.

Галузь використання: практика інклюзивної та спеціальної освіти.

РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД, МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК, ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА, КОГНІТИВНИЙ ТА СОЦІАЛЬНИЙ РОЗВИТОК.

SUMMARY

Shamray K.M. Features of psychological support for children with autism spectrum disorders.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (71 items, 19 of foreign origin), 3 appendix on 26 pages. The qualifying work volume is 126 pages long, 91 of them – main text. There are 8 tables and 8 illustrations.

The qualifying work gives theoretical survey and describes the experimental research of psychological support for young school-age children with autism spectrum disorders. The master thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with different aspect of psychological support for young school-age children with autism spectrum disorders.

The research object: psychological support for younger school-age children with autism spectrum disorders.

The research subject: features of psychological support for children with autism spectrum disorders

The research goal: to identify and analyze the features of psychological support for younger school-age children with autism spectrum disorders and to assess the effectiveness of the developed psychological support program.

The research tasks are: to analyze scientific approaches to studying the problem of psychological support for children with autism spectrum disorders; to investigate the psychological features of cognitive, emotional, and social development of younger school-age children with ASD; to develop and implement a program of psychological support for younger school-age children with autism spectrum disorders; to experimentally verify the effectiveness of the psychological support program in the development of social-communicative and cognitive functions of children with ASD.

Chapter 1 «Theoretical foundations of psychological support for children with autism spectrum disorders» provides theoretical analysis of the development of psychological support for children with autism spectrum disorders.

In the Chapter 2 «Constatory stage of research on psychological support for young school-age children with autism spectrum disorders» the psychological characteristics of cognitive, emotional, and social development of younger school-age children with ASD have been studied/

Chapter 3 «Formative stage of research: program of psychological support and analysis of its effectiveness» explains a program of psychological support for younger school-age children with autism spectrum disorders; the effectiveness of the psychological support program in the development of social-communicative and cognitive functions of children with ASD has been experimentally tested in this Chapter.

Key words: autism spectrum disorders, psychological support, early school age, inclusive education, cognitive and social development

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 8
ВСТУП 9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ 12
1.1 Загальна характеристика аутизму та його симптоматика 12
1.2 Вплив розладів аутистичного спектру на когнітивний, емоційний і соціальний розвиток дитини 23
1.3 Специфіка психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру 32
РОЗДІЛ 2. КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ 42
2.1 Організація, процедура та методики дослідження 42
2.2 Результати дослідження когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей з розладами аутистичного спектру 48
2.3 Статистична обробка результатів дослідження когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей з розладами аутистичного спектру 56
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ: ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА АНАЛІЗ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ 60
3.1 Модель психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру 60
3.2 Програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру 69
3.3 Аналіз ефективності програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру 79
ВИСНОВКИ 85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 92
ДОДАТКИ 100

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Розлад аутистичного спектру	РАС
Індивідуальна програма розвитку	ІПР
Когнітивно-поведінкова терапія	КПТ

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах розвитку суспільства проблема психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) посідає важливе місце у наукових дослідженнях і практичній психології. З кожним роком зростає кількість дітей, які мають прояви аутизму, що потребує вдосконалення системи психологічної допомоги та створення ефективних програм підтримки. Аутизм суттєво впливає на формування пізнавальних процесів, емоційно-вольову сферу, комунікативну діяльність та соціальну адаптацію дитини. Незважаючи на наявність численних наукових розвідок, питання практичної реалізації психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру залишається недостатньо опрацьованим в українській практиці. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю розроблення та апробації цілісної програми психологічного супроводу, спрямованої на розвиток когнітивних, емоційних і соціально-комунікативних навичок дітей з РАС, що забезпечить їх успішну адаптацію до освітнього середовища.

Короткий аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження психологічних особливостей розвитку дітей з аутизмом і шляхів надання допомоги здійснювали українські вчені – О. Воропаєва, І. Лисенко, В. Шевчук, С. Максименко, Л. Сердюк, І. Главінська, які розкривали закономірності формування пізнавальних процесів, емоційної сфери та механізмів адаптації. Серед зарубіжних науковців значний внесок зробили Л. Вінг, У. Фріт, С. Барон-Коен, Т. Грандін, Б. Рімланд, К. Гілберг, що досліджували нейропсихологічні та когнітивні аспекти аутизму, а також принципи ефективного психологічного супроводу дітей з РАС.

Об’єкт дослідження – психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру.

Предмет дослідження – особливості психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що реалізація комплексної програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру сприятиме розвитку їхніх соціально-комунікативних умінь, когнітивних процесів та емоційної стабільності, що забезпечить вищий рівень адаптації до навчального середовища.

Мета дослідження – виявити й проаналізувати особливості психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру та перевірити ефективність розробленої програми психологічної підтримки.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати наукові підходи до вивчення проблеми психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру.

2. Дослідити психологічні особливості когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей молодшого шкільного віку з РАС.

3. Розробити та впровадити програму психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру.

4. Експериментально перевірити ефективність програми психологічного супроводу у розвитку соціально-комунікативних і когнітивних функцій дітей з РАС.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети використано комплекс теоретичних і емпіричних методів. До теоретичних методів належать аналіз, синтез, порівняння, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру. До емпіричних методів належать спостереження, бесіда, анкетування батьків і педагогів, а також низка психодіагностичних методик, спрямованих на дослідження когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей молодшого шкільного віку, зокрема:

– шкала оцінювання дитячого аутизму CARS (Childhood Autism Rating Scale);

– методика CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder);

– тест PEP-R (Psychoeducational Profile – Revised);

– методика «Сходинки» для дослідження самооцінки та емоційного стану;

– методика «Дерево» для аналізу емоційно-ціннісного ставлення дитини до себе та навколишнього світу;

– анкета для батьків, спрямована на виявлення особливостей соціальної адаптації дитини.

Для кількісної обробки результатів застосовано статистичні методи, зокрема t-критерій Стьюдента, який дав змогу визначити достовірність відмінностей між результатами констатувального та формувального етапів експерименту.

Наукова новизна результатів дослідження полягає в розробленні та апробації комплексної програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами спектра аутизму, що поєднує когнітивно-розвивальні, психокорекційні, арттерапевтичні та соціалізаційні методики.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості безпосереднього впровадження розробленої програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами спектра аутизму в освітню практику закладів загальної середньої та спеціальної освіти. Запропонована модель супроводу може бути використана психологами, педагогами, логопедами, дефектологами та іншими фахівцями мультидисциплінарної команди для підвищення ефективності навчально-виховного процесу дітей з особливими освітніми потребами.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечується науково обґрунтованою методологією, використанням валідних і надійних психодіагностичних методик, а також застосуванням комплексного підходу до збору та аналізу емпіричних даних.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1 Загальна характеристика аутизму та його симптоматика

Аутизм є складним нейророзвитковим розладом, який впливає на сприйняття, соціальну взаємодію, мовлення та поведінку людини. З кожним роком зростає обізнаність про цей стан, що сприяє глибшому розумінню його природи, проявів та шляхів підтримки осіб із розладом аутистичного спектра. Важливим завданням є своєчасна діагностика, адже раннє виявлення симптомів аутизму дає змогу ефективніше адаптувати дитину до соціального середовища та забезпечити їй належну допомогу. Саме тому детальне вивчення когнітивних процесів при аутизмі має першочергове значення, адже порушення комунікації та соціальної взаємодії у дітей з РАС тісно пов’язані з особливостями їхнього когнітивного розвитку.

Оскільки розлади аутистичного спектру є наслідком специфічного типу функціонування нервової системи дитини, що характеризується дефіцитом соціальних функцій, дослідження емоційного сприйняття, мовленнєвих процесів та організації поведінки дозволяє глибше зрозуміти суть цих порушень. Важливо зауважити, що аутизм впливає не лише на когнітивні здібності, а й на багато інших систем організму, що потребує комплексного підходу у наданні допомоги.

Основними симптомами аутизму є розлади комунікації, соціальних стосунків, а також повторюваної (стереотипної) поведінки та інтересів. Відомий дослідник Л. Вінг виокремив три основні типи розладів при аутизмі: якісні порушення соціальної взаємодії, мовленнєвого та мовного спілкування, уяви, а також загальні обмеження інтересів та діяльності. Ці симптоми мають різний ступінь прояву, що й обумовило поняття розладів

аутистичного спектру – групу схожих порушень, які формують сучасне уявлення про клінічну картину аутизму. Зміни в стилі спілкування дитини зі світом, труднощі в організації поведінки та використанні навичок для взаємодії з людьми є ключовими аспектами цього розладу [4, 11].

Вчені зазначають, що основним порушенням при аутизмі є недостатність психічного тонусу, емоційна та сенсорна гіперестезія, що викликає афективний дискомфорт у вигляді болісних та чутливих реакцій на світло, звук, дотик, контакт зі світом, особливо з людьми. Низька розумова активність дитини швидко перевантажує активну увагу, загальні когнітивні порушення та, як наслідок, загальна нерозвиненість вищих психічних функцій. Через гіперестезію такі діти тривожні, існує загальмованість навіть у позитивних стосунках з навколишнім середовищем, фіксуються на неприємних емоціях, а тому мають багато страхів [28, 125].

Як зазначає О. О. Воропаєва, діти з розладами аутистичного спектру потребують фахової, всебічної та своєчасної допомоги. Проте в реалізації ефективної підтримки цієї категорії виникає низка суттєвих труднощів. По–перше, в Україні відчутно бракує спеціалістів з відповідною підготовкою, які володіють сучасними методами роботи з дітьми з РАС. По–друге, відсутня системна рання допомога, що унеможливлює своєчасний початок корекційно–розвивальної роботи в період найбільшої пластичності розвитку дитини. По–третє, часто не здійснюється комплексна робота з дитиною разом із її родиною, що знижує ефективність втручання. І нарешті, бракує чіткої наступності в освітньому маршруті – від дошкільної до загальної середньої освіти, що створює розриви в психолого–педагогічному супроводі.

На думку дослідниці, освітні потреби дітей з РАС є особливими та вимагають комплексного підходу. Насамперед, необхідне створення безпечного, структурованого та сенсорно адаптованого освітнього середовища, яке б зменшувало деструктивні впливи зовнішнього світу [10]. Такий підхід має спиратися не лише на педагогічні інструменти, але й на розуміння клінічної природи розладу.

У міжнародній системі класифікацій МКБ–10 дитячий аутизм входить у рубрику «Загальні розлади розвитку» (F84) як частина розділу «Порушення психологічного розвитку» (рубрики F80 – F89).

У межах цієї класифікації виділяють такі основні форми:

- F84.0 – дитячий аутизм (інфантильний аутизм, аутичний розлад, інфантильний психоз, синдром Каннера);
- F84.1 – атиповий аутизм (зокрема, при поєднанні з помірною розумовою відсталістю або незвичними проявами розвитку);
- F84.2 – синдром Ретта;
- F84.3 – інші дезінтегративні розлади дитячого віку (зокрема синдром Геллера, дитяча деменція);
- F84.4 – гіперактивний розлад із супутньою розумовою відсталістю та стереотипними рухами;
- F84.5 – синдром Аспергера (також відомий як аутична психопатія або шизоїдний розлад дитячого віку) [33].

Поряд із МКХ–10, Американська психіатрична асоціація у своїй класифікації DSM–IV також систематизує розлади аутистичного спектру як поширені (наскрізні) розлади розвитку, до яких відносять:

- 299.00 – аутичний розлад (класичний аутизм);
- 299.80 – синдром Ретта;
- 299.10 – дезінтегративний розлад дитячого віку (CDD);
- 299.80 – синдром Аспергера;
- 299.80 – розлади, не класифіковані окремо (PDD–NOS), до яких, зокрема, відносять атиповий аутизм.

Діагноз дитячий аутизм зазвичай встановлюється у випадках, коли симптоми проявляються до трирічного віку. У разі пізнішого початку (від трьох до п’яти років) мова йде про атиповий аутизм. Основу діагностичних критеріїв становлять такі характерні симптоми, як виражена соціальна відстороненість, стереотипні дії та жорстка опірність до змін у навколишньому середовищі [36].

Дитячий аутизм класифікується за характером взаємодії дитини з навколишнім середовищем, а також ступенем прояву основних симптомів. У межах цієї класифікації виокремлюють чотири основні групи, кожна з яких характеризується різною глибиною розладу та особливостями поведінкових і емоційних реакцій [37].

Перша група – це найтяжчі випадки аутизму, що проявляються у повній відстороненості від зовнішнього світу. Діти майже не вступають у мовленнєвий контакт, уникають цілеспрямованого погляду, не реагують на біль, холод або небезпеку. Їхнє мовлення зведене до окремих слів або стереотипних фраз, які з'являються переважно в емоційно насичених ситуаціях. Часто замість мовлення використовують неартикульовані звуки – щебетання, мимрення, посвисти. У поведінці спостерігається виражена стереотипність: діти монотонно рухаються по кімнаті, бігають по лініях паркету. Будь–яка спроба залучити їх до взаємодії може викликати реакцію самоагресії.

Друга група включає дітей, для яких важливим є суворе дотримання сталих ритуалів та щоденного розпорядку. Найменші відхилення від звичного способу життя викликають сильну тривожність або навіть панічні реакції. Такі діти часто відмовляються від мовлення, замінюючи його криком або вказуванням. Їм притаманні ехолалії, буквальне сприйняття мови, моторна незграбність, а також фіксація на певних харчових або предметних перевагах. Їх мислення ригідне, схильне до повторення вже засвоєних шаблонів.

Третя група, іноді умовно названа «книжковими дітьми», характеризується вузькими, стійкими інтересами, до яких дитина може повертатися роками. Вони активно розмовляють, часто цитують фрагменти з книжок чи мультфільмів, однак не розуміють емоційного контексту або не враховують інтересів співрозмовника. Їхнє мовлення швидке, з порушенням логіки викладу та інтонаційної відповідності. Водночас такі діти зазвичай мають значні труднощі в побуті, не володіють навичками

самообслуговування, з острахом сприймають будь-які зміни, навіть позитивні.

Четверта група включає дітей, які здатні встановлювати короткочасний зоровий контакт і демонструють обмежену здатність до соціальної взаємодії. Вони можуть звертатися по допомогу чи емоційну підтримку до близьких дорослих, однак у спілкуванні переважає пасивність, невпевненість і залежність. У поведінці таких дітей домінує прагнення до «правильності», вони не схильні до обману або маніпуляцій. Мовлення – тихе, нерідко невиразне. Під час діалогу можуть спостерігатися труднощі з переказом або розумінням інструкцій, хоча реакція на емоційно значущі ситуації може бути виразною та несподіваною.

Незважаючи на поділ на групи, варто зазначити, що прояви аутизму мають надзвичайно широкий спектр індивідуальних особливостей. Сучасна практика також використовує терміни низькофункціональний, середньофункціональний і високофункціональний аутизм, орієнтуючись на рівень інтелектуального розвитку або соціальної адаптації дитини. Водночас усталених діагностичних критеріїв для цього типування не існує, і дискусії щодо його правомірності тривають. Ще одним підходом є поділ на синдромальні та несиндромальні форми аутизму. У першому випадку розлад поєднується з вираженими фізичними або генетичними порушеннями (наприклад, туберозний склероз чи інші генетичні синдроми), тоді як у другому – виявляється ізольовано, без додаткових медичних ускладнень [38].

На думку В. В. Шевчук, в сучасній психологічній практиці поняття «аутизм» охоплює широку групу нейророзвиткових порушень, що об’єднані терміном розлади аутистичного спектру. Вони характеризуються стійкими труднощами у сфері соціальної взаємодії, комунікації, а також наявністю повторюваної, стереотипної поведінки. Розлади аутистичного спектру відзначаються значною варіативністю проявів – від тяжких форм, які супроводжуються відсутністю мовлення, порушеннями самообслуговування та низьким рівнем адаптації, до легших варіантів, таких як синдром

Аспергера, при якому збережені мовленнєві функції, проте наявні значні труднощі у соціальній адаптації.

Серед поширених діагностичних методик, які застосовуються у роботі з дітьми, що мають РАС, на думку автора особливе місце займають шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale), CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder), PEP–R (Psychoeducational Profile – Revised), а також опитувальники для батьків, нейропсихологічні тести й інструментальні методи (електроенцефалографія, МРТ тощо). Раціональне поєднання кількох методів діагностики дає змогу сформувати всебічну картину психічного розвитку дитини, виявити її потенційні можливості та проблемні зони, що, у свою чергу, слугує основою для розробки індивідуалізованої програми психологічного супроводу та корекції [48-49].

У сучасній науково–практичній літературі, на прикладі Посібника «100–днів–аутизм» за перекладом Тимошенко Є. О., аутизм трактується як група складних нейророзвиткових порушень, що позначаються терміном розлади аутистичного спектру. Цей термін охоплює широкий діапазон симптомів, головним чином пов’язаних із труднощами у соціальній взаємодії, комунікації (як вербальній, так і невербальній), а також повторюваними, стереотипними моделями поведінки.

Згідно з оновленими діагностичними критеріями, представленими в п’ятому виданні «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (DSM–5), усі раніше розмежовані форми аутичних розладів (зокрема, класичний аутизм, синдром Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад, PDD–NOS) тепер розглядаються як єдина діагностична категорія – РАС. Це рішення спрямоване на уніфікацію підходів до розпізнавання симптоматики та визначення оптимальних напрямів втручання.

DSM–5 визначає дві ключові сфери порушень, які є характерними для РАС:

– порушення соціальної комунікації та соціальної взаємодії – включає труднощі в емоційному контакті, дефіцит невербальної поведінки (жести,

міміка, зоровий контакт), складнощі у встановленні та підтримці соціальних зв’язків;

– обмежені, повторювані моделі поведінки, інтересів або діяльності – такі як моторна стереотипність, ригідність у щоденних рутинах, сильна прив’язаність до предметів або вузькоспеціалізовані інтереси;

У підручнику також звертається увага на коморбідні (супутні) стани, які часто спостерігаються у дітей з РАС, зокрема: мовленнєві та когнітивні порушення, емоційні розлади (тривожність, депресія), поведінкові труднощі (істерики, агресія), а також фізіологічні проблеми, наприклад, розлади шлунково–кишкового тракту. Окремо у виданні розглядається нова категорія DSM–5 – розлад соціальної (прагматичної) комунікації. Цей діагноз встановлюється у випадках, коли спостерігаються суттєві труднощі саме у сфері соціального мовлення та комунікації, проте відсутні риси стереотипної поведінки, характерні для РАС. Така диференціація дозволяє більш точно підбирати методи психолого–педагогічного впливу.

Автори підручника наголошують, що через відносну новизну даного діагностичного підходу існує потреба у подальших дослідженнях та уточненні методів підтримки осіб із дефіцитом соціальної комунікації. До моменту стандартизації інструментів, рекомендується застосування корекційних стратегій, аналогічних тим, що використовуються у роботі з дітьми з РАС, з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку [52].

В Керівництві для батьків, розробленому в рамках проєкту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) за підтримки Уряду Німеччини через Німецький банк розвитку (KfW), розлад аутистичного спектру визначається двома критеріями, які представлено на рис. 1.1.

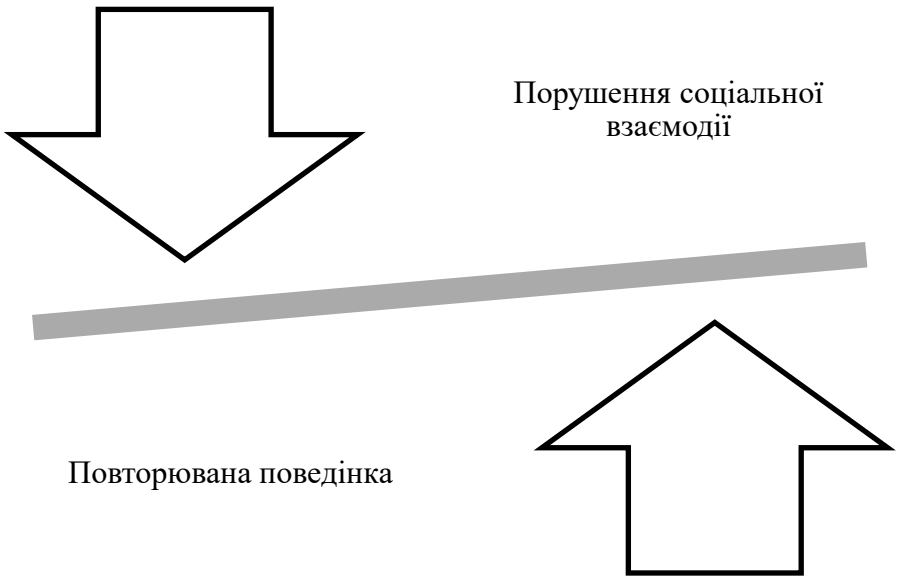


Рисунок 1.1 – Критерії визначення РАС [50]

У дітей із РАС можуть спостерігатися специфічні особливості у спілкуванні та взаємодії з оточенням. Наприклад, дитина може встановлювати зоровий контакт, проте не використовує його для комунікативної взаємодії (наприклад, коли показує на предмет, не шукає підтвердження реакції в дорослого через погляд). Вона може не стежити за напрямком погляду чи вказівним жестом дорослого, а також не спрямовує власні емоційні вирази обличчя з метою спілкування. Такі діти зазвичай не проявляють бажання ділитися позитивними емоціями, досягненнями або зацікавленням з іншими. Вони можуть не реагувати на власне ім’я, коли їх кличуть, і часто віддають перевагу самостійним іграм, не залучаючи до них однолітків і не наслідуючи їх дій.

Мовленнєвий розвиток також може бути уповільненим або не відповідати віковим нормам: у віці 1,5–2 років можуть бути відсутні слова, або дитина не використовує їх з комунікативною метою. Вона може вимовляти слова чи фрази, проте не застосовує їх для вираження потреб чи бажань. Також часто не використовує жести як засіб спілкування та замість цього може застосовувати руку дорослого як інструмент, не встановлюючи при цьому зорового контакту.

Для дітей з РАС характерна повторювана або стереотипна поведінка. Вони можуть проявляти надмірну зацікавленість в окремій іграшці або її частині, вибудовувати об’єкти в рядки (вертикальні чи горизонтальні), незвично маніпулювати предметами – крутити, розглядати під певним кутом, обнюхувати або простукувати. Часто виявляється підвищена або знижена сенсорна чутливість до зовнішніх стимулів: деякі діти надмірно реагують на певні звуки або дотики. Поведінка може бути ригідною: дитина наполягає на дотриманні звичних порядків або очікує, що оточуючі діятимуть так само. Спостерігаються повторювані рухи (махання руками, стереотипне кружляння, стрибки на місці тощо).

Прояви вказаних ознак можуть суттєво відрізнятися за інтенсивністю та формою. Діти з РАС мають різний рівень інтелектуального розвитку та мовленнєвих навичок – від значних порушень до високофункціональних форм. Статистично розлади аутистичного спектру виявляються у хлопчиків приблизно в 4 рази частіше, ніж у дівчаток. За сучасними оцінками, 1 дитина зі 88 має ознаки РАС [50].

І. В. Лисенко дитячий аутизм розглядає як один із клінічних варіантів дизонтогенезу, що за класифікацією В.В. Лебединського характеризується нерівномірністю становлення окремих психічних функцій, коли затримка, пошкодження чи випередження розвитку поєднуються в складній асинхронній формі. Власне, така дисгармонія у психічному дозріванні є ключовою рисою дитячого аутизму.

Перш за все, вона проявляється в одночасному поєднанні ознак відставання та прискорення в різних сферах (наприклад, дитина може демонструвати значні труднощі в мовленні, проте виявляти здібності до математики чи музики). Також спостерігається порушення ієрархічного розвитку – мовленнєвого, когнітивного, емоційного – що призводить до дезорганізації в загальній картині психічного становлення.

Синдром аутизму має складну, дисгармонійну клініко–психологічну структуру, незалежно від його варіанту походження. Серед основних характеристик:

– афективна блокада: спостерігається емоційна холодність або байдужість до значущих осіб, хоча іноді можливі й парадоксальні прояви симбіотичної прихильності (наприклад, дитина не терпить розлуки з матір'ю, але не виявляє до неї ніжності);

– аутичні діти можуть мати труднощі в розрізненні живих і неживих об'єктів, що іноді зумовлює агресивну поведінку щодо інших дітей, яких вони не сприймають як окремих особистостей. Можлива як надмірна, так і недостатня чутливість до зорових, слухових та тактильних стимулів;

– сильне прагнення до незмінності оточення проявляється в небажанні змінювати звичне місце, предмети, навіть розташування меблів. Новизна викликає страх, паніку.

– замість сюжетно–рольових ігор переважають одноманітні, ритуалізовані дії з предметами [23].

А. О. Кіріллова, цитуючи О. Нікольську, визначає, що остання виділила чотири основні групи розладів аутистичного спектра, базуючись на характері та ступені порушень взаємодії дитини з навколишнім середовищем, а також на типі аутизму:

- I група – відчуженість від зовнішнього світу;
- II група – відторгнення;
- III група – заміщення;
- IV група – гальмівний вплив оточення на дитину [16].

Відчуженість від зовнішнього світу – дитина фактично ізольована від навколишнього середовища, проявляє пасивність і мало реагує на зовнішні подразники, майже не ініціює контактів.

Відторгнення – активне уникання спілкування і взаємодії з іншими, дитина може виражати агресію чи опір у відповідь на соціальні контакти.

Заміщення – реальні соціальні взаємодії замінюються іншими, часто ритуалізованими або стереотипними формами поведінки, які замінюють комунікацію.

Гальмівний вплив оточення – негативні фактори середовища пригнічують розвиток дитини, стримують її соціальну активність і прогрес [16].

Також, варто визначити цікавими теми, охоплені в Посібнику із розладів аутистичного спектра, серед яких є психологічне переживання діагнозу РАС як для самих осіб, так і для їхніх родин. Автори посібника акцентують увагу на тому, що момент встановлення діагнозу аутизму часто супроводжується потужним емоційним потрясінням. Кожна сім'я переживає цю новину по–своєму, проте в більшості випадків батьки відзначають емоційну складність прийняття діагнозу. Природним є те, що мати або батько, дізнавшись про те, що їхня дитина стикатиметься з труднощами в повсякденному житті, відчувають біль, сум і тривогу.

Окремо зазначається, що навіть дорослі, які отримують діагноз РАС у зрілому віці, можуть переживати цілу низку суперечливих почуттів – від полегшення через розуміння своїх особливостей до шоку й розгубленості. Водночас наголошується: прийняття діагнозу – це не разова подія, а тривалий, циклічний процес, у якому періоди стабільності можуть змінюватися поверненням емоційної реакції на новому етапі життя [30].

Отже, аутизм – це складний нейророзвитковий розлад, що суттєво впливає на соціальну взаємодію, комунікацію, когнітивні процеси та поведінкові прояви людини. Він характеризується широким спектром симптомів, які включають порушення соціальних навичок, обмеженість інтересів, стереотипну поведінку та труднощі в мовленні. Раннє виявлення аутизму має важливе значення для своєчасного надання підтримки, що допомагає дітям краще адаптуватися до навколишнього середовища.

Розлади аутистичного спектру охоплюють різні клінічні форми, від тяжких випадків з мінімальним розвитком мовлення до легших форм, наприклад синдром Аспергера. Вони відрізняються ступенем прояву симптомів, що зумовлює необхідність індивідуального підходу у діагностиці та корекції. Важливими ознаками є порушення соціальної взаємодії, комунікації, а також повторювані, ригідні моделі поведінки.

Особливістю аутизму є не тільки когнітивні, але й сенсорні порушення, що призводять до гіперчутливості чи гіпочутливості до зовнішніх подразників, що спричиняє емоційний дискомфорт і тривожність. Це ускладнює сприйняття світу та взаємодію з іншими людьми.

Для ефективної допомоги дітям із РАС необхідний комплексний, мультидисциплінарний підхід, який включає спеціалізовану ранню діагностику, психологічну, педагогічну та медичну підтримку. Недостатність кваліфікованих спеціалістів і відсутність системної допомоги у багатьох країнах, зокрема в Україні, створює значні перепони для розвитку дітей з аутизмом.

1.2 Вплив розладів аутистичного спектру на когнітивний, емоційний і соціальний розвиток дитини

Розлади аутистичного спектру – це гетерогенна група нейророзвиткових порушень, які виявляються в ранньому дитинстві та супроводжуються труднощами в соціальній комунікації, обмеженими інтересами й стереотипною поведінкою.

Розлади аутистичного спектру – це гетерогенна група нейророзвиткових порушень, що виявляються в ранньому дитинстві й характеризуються специфічними труднощами у когнітивному, емоційному та соціальному розвитку. Їхній вплив охоплює декілька ключових сфер, які розглянемо далі.

Інтелектуальний профіль дітей з РАС значною мірою варіативний: серед них є особи з нормальним, пришвидшеним, нерівномірним розвитком, а також із затримкою чи навіть обдарованістю. Характерною є нерівномірність – коли певні аспекти пізнання розвинені, а інші – затримані.

Розлади аутистичного спектру виявляються ще у ранньому дитинстві й характеризуються труднощами у соціальній взаємодії та спілкуванні, повторюваною і стереотипною поведінкою, а також нерівномірним

інтелектуальним та емоційним розвитком. Термін «розлади аутистичного спектру» є узагальнювальним і охоплює широкий спектр когнітивних і поведінкових відхилень, які впливають на всі аспекти життя людини, зокрема й на освітній процес.

Діти з РАС можуть суттєво відрізнятися між собою: дехто є майже невербальним, інші – користуються усним мовленням, хоча й обмежено або невиразно. Одним учням важко дається аналітичне читання, тоді як інші опановують його самостійно у дуже ранньому віці, але при цьому не завжди розуміють сенс прочитаного. Деякі діти з РАС здатні логічно мислити, аналізувати авторські думки й робити висновки з поданої інформації у будь-якому форматі (текст, таблиця, буклет) і на будь-якому носії (електронному чи паперовому). Іншим же складно відповісти навіть на прямі запитання. Ця різноманітність вимагає індивідуального підходу до кожної дитини в навчальному процесі.

Учні з розладами аутистичного спектра є надзвичайно різними й включають дітей з діаметрально протилежними рисами поведінки – від спокійних і схильних до аутостимуляції учнів до гіперактивних і агресивних однолітків. Ця різноманітність вимагає індивідуального підходу до кожної дитини в навчальному процесі.

Розвиток читацьких навичок у дітей з РАС часто ускладнюється через порушення виконавчих функцій – когнітивних процесів, що відповідають за організацію мислення, дій і емоцій, встановлення пріоритетів, прийняття рішень та ефективне управління часом при виконанні завдань. До складу виконавчої функції входять навички самоконтролю (планування, постановка цілей, ініціювання й завершення задач, організація процесу, гальмування імпульсів, моніторинг і прогнозування), робоча пам’ять і когнітивна гнучкість.

Порушення виконавчої функції найчастіше проявляється у труднощах з аналізом, плануванням і організацією діяльності, а також у неможливості сформувати алгоритм дій або вкластися в терміни виконання завдань.

Відповідно, дефіцит виконавчих функцій суттєво ускладнює розвиток навичок читання, які потребують високої концентрації уваги, самоконтролю й узагальнення. Попри це, у деяких дітей з РАС спостерігається феномен гіперлексії – вміння добре читати, але при цьому мати труднощі з розумінням прочитаного чи навіть усного мовлення. Гіперлексія визначається як раннє засвоєння навички читання слів у контексті нейророзвиткового розладу, яке не супроводжується належним рівнем усного розуміння. Ці діти виявляють підвищений інтерес до літер і цифр, прагнуть впорядковувати письмові матеріали (тексти, цифри тощо), при цьому навичка читання розвивається без цілеспрямованого навчання і часто перевищує загальний когнітивний рівень дитини.

Гіперлексія частіше зустрічається у хлопчиків. Посилений інтерес до літер і чисел змушує таких дітей витрачати багато часу на цю активність, що іноді сприяє формуванню високого рівня читацьких навичок. Водночас ця ж особливість може заважати брати участь в інших видах діяльності й відволікати від навчального процесу. Окрім того, таким дітям часто важко зрозуміти зміст прочитаного або почутого [57].

На думку Є. Кучеренко та І. Дмитрієвої, у дітей з розладами аутистичного спектра та гіперлексією часто спостерігаються труднощі комунікативного характеру, зокрема обмежений словниковий запас та проблеми із розумінням мови.

Академічний успіх учнів безпосередньо залежить від їхньої здатності розуміти прочитане. Оскільки розуміння тексту тісно пов’язане з мовленнєвими навичками, а також із соціальним контекстом та здатністю інтерпретувати поведінку інших, дітям з РАС часто важко повноцінно опанувати читацькі навички.

Варто наголосити, що розуміння прочитаного залежить не лише від технічного вміння читати, а й від здатності інтегрувати отриману інформацію під час читання, а також від наявності когнітивних процесів контролю, які дозволяють стежити за поточним розумінням тексту й відфільтровувати

нерелевантну інформацію. Усі ці когнітивні компоненти можуть бути ослаблені в дітей з РАС, що додатково ускладнює процес формування читацької компетентності.

Деякі учні з аутистичними розладами опановують навички читання не так, як їхні нейротипові однолітки. Замість декодування звуків у словах, вони часто використовують альтернативні стратегії, наприклад, запам'ятовування шаблонів на основі регулярних мовних структур. Такий підхід формує поверхневе, механічне читання без глибокого осмислення змісту, що отримало назву гіперлексії – здатності швидко розпізнавати текстову чи символічну інформацію без її повноцінного осмислення.

Чимало молодших школярів з РАС демонструють так званий гіперлексичний читацький профіль, за якого рівень розуміння тексту значно нижчий, ніж це можна було б очікувати на підставі інших читацьких умінь, сформованих зазвичай у дуже ранньому віці. Оскільки гіперлексичне читання обмежується механічним декодуванням тексту без ефективного витягання змісту, навчання читанню дітей з РАС має супроводжуватись спеціально підібраними дидактичними стратегіями. До таких стратегій належать використання візуальної підтримки, формування причинно-наслідкових зв'язків, забезпечення контекстного наповнення та активне стимулювання мотивації до навчання [21].

Часті труднощі в когнітивній сфері – це зниження концентрації уваги, упертість, сенсорні реактивності, а також стереотипні патерни поведінки, що негативно впливають на адаптацію й навчання.

Наказ Міністерство охорони здоров'я України «Про затвердження та впровадження медико–технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при розладах аутистичного спектра» визначає, що ознаки та симптоми розладів аутистичного спектра у дітей характеризуються поєднанням затримки у формуванні очікуваних вікових рис розвитку та наявністю нетипових проявів поведінки. Такі особливості дозволяють виявити широкий спектр труднощів у сфері соціальної взаємодії, комунікативних навичок, а також повторювану й обмежену поведінку.

У дошкільному віці або за відповідного рівня інтелектуального розвитку у дітей з РАС часто спостерігаються затримки розвитку мовлення або втрата вже набутих мовленнєвих навичок. У разі збереження мовлення воно може супроводжуватися неприродною інтонацією, відсутністю емоційного забарвлення, ехолалією (повторенням слів або фраз), зверненням до себе в третій особі, а також обмеженим словниковим запасом або використанням окремих слів замість повноцінних речень.

Нерідко спостерігається зниження або відсутність реакції на звернення без наявних порушень слуху, рідкісне використання соціальної посмішки, нечутливість до емоцій та міміки інших людей. Діти можуть уникати тілесного контакту або, навпаки, ініціювати його у незвичний спосіб. Типовими є труднощі з дотриманням особистого простору – як власного, так і інших людей, а також відсутність соціального інтересу до однолітків.

У деяких випадках спостерігається агресивна поведінка, відсутність ініціативи в соціальній взаємодії, зниження здатності до імітації дій, участі у спільних іграх або обміну емоціями. Діти не завжди отримують задоволення від ситуацій, що зазвичай викликають позитивні емоції в їхніх ровесників, таких як, наприклад, свята чи колективні ігри. Жести, міміка та зоровий контакт можуть бути недостатньо виразними або відсутніми, що ускладнює невербальну комунікацію. Увага дитини часто є нестійкою, що проявляється в труднощах з фокусуванням погляду, спостереженням за рухомими об’єктами або вказуванням на предмети з метою привернення уваги інших.

Уява часто розвинена недостатньо, відсутня гнучка творча гра, натомість переважають стереотипні дії або повторювана руйнівна поведінка. До таких проявів належать плескання в долоні, розгойдування, крутіння навколо себе, постукування пальцями, монотонне відкривання і закривання дверей. Часто фіксується надмірна зацікавленість у вузькому колі тем або предметів, наполегливе дотримання звичного порядку дій, висока чутливість або, навпаки, знижена реакція на сенсорні стимули (дотики, звуки, запахи).

У молодшому шкільному віці ознаки РАС частково зберігаються, хоча можуть набувати дещо інших форм. Мовлення залишається формальним, часто позбавленим інтонаційної виразності; використовуються шаблонні фрази, мовленнєва поведінка не виконує комунікативної функції. Діти можуть відповідати неприйнятно або грубо через нерозуміння соціальних норм, демонструвати труднощі у сприйнятті сарказму, метафор та прихованих значень висловлювань.

Соціальна поведінка характеризується труднощами у розумінні контексту ситуації, нездатністю адаптувати стиль спілкування відповідно до соціальних умов, відсутністю навичок вітання або вибачення, а також труднощами в ініціюванні чи підтриманні контактів. Вони можуть надмірно формально або, навпаки, занадто фамільярно поводитися у спілкуванні. Часто проявляються труднощі з переключенням уваги, відстеженням об’єктів, використанням вказівних жестів чи демонстрацією предметів для залучення уваги інших.

Уява залишається обмеженою, а гра має характер відтворення побаченого в медіа або інших зовнішніх джерелах. Спостерігається нерозуміння соціальної ієрархії, невміння дотримуватися правил гри, надмірна наполегливість у виконанні власних планів, неприйняття змін, що викликає тривожність, фрустрацію чи агресію.

У багатьох дітей із РАС можна помітити нерівномірний розвиток навичок – високий рівень у певних сферах (наприклад, читання або словниковий запас) на фоні загальної затримки у соціальному та емоційному розвитку. Вони часто демонструють наївність, низький рівень самостійності, труднощі в застосуванні практичних навичок та бракують здорового глузду у щоденних ситуаціях [31].

На думку Т. Г. Лимарь, в сучасному світі проблема аутизму набуває дедалі більшої актуальності, адже кількість дітей із розладами аутистичного спектру постійно зростає. Зі зростанням уваги до цього феномену поступово розширюється й наукове розуміння його природи. Вчені виокремлюють

низку ключових характеристик РАС, серед яких: порушення соціального мислення, труднощі емоційної регуляції, специфіка обробки сенсорної інформації, а також своєрідність комунікативних процесів і побудови взаємин із навколишнім світом.

Одним із центральних викликів у психологічному супроводі дітей з аутизмом є нерівномірність їхнього інтелектуального, емоційного та соціального розвитку. Незважаючи на те, що частина дітей з РАС має інтелектуальні порушення різного ступеня, інтелектуальна недостатність не є обов'язковою ознакою для даної категорії. Саме ця різноманітність проявів вимагає індивідуалізованого підходу у психологічній підтримці таких дітей.

Особливої уваги потребує сфера комунікації, яка часто є найбільш ураженою у дітей з аутизмом. До типових труднощів належать: складнощі у встановленні та підтриманні контакту з іншими людьми, низька здатність до саморегуляції під час взаємодії, обмежене розуміння психологічного стану співрозмовника, порушення використання як вербальних, так і невербальних засобів спілкування, а також знижена здатність до прогнозування та планування соціальних ситуацій. Ці порушення ускладнюють процес соціалізації, що, своєю чергою, впливає на загальний розвиток особистості дитини [22].

Як зазначає Л. П. Коваленко, емоційна сфера дитини є фундаментом її особистісного розвитку, соціального функціонування та ефективної взаємодії з навколишнім світом. Під цим поняттям розуміють сукупність емоційних переживань, реакцій, почуттів та станів, які формуються в процесі розвитку та визначають ставлення дитини до себе й інших. У випадку дітей з розладами аутистичного спектра емоційна сфера має специфічні особливості, які суттєво впливають на поведінку, комунікацію, навчання та соціалізацію.

Діти з аутизмом часто демонструють емоційний розвиток, відмінний від типового: їхні емоційні реакції можуть бути або надмірно інтенсивними, або надто приглушеними, що пов'язано з особливостями функціонування центральної нервової системи та порушеннями сенсорної інтеграції. Вони

можуть не розпізнавати власні емоції, не розуміти або не співвідносити їх із контекстом ситуації, а також мати труднощі у вираженні почуттів у соціально прийнятний спосіб.

Серед поширених емоційних труднощів у дітей з РАС:

– незрілість емоційної сфери, коли переважають базові реакції – страх, гнів, радість – при слабко сформованих складних почуттях (сором, вина, емпатія);

– імпульсивність та емоційна нестабільність – швидкі й неконтрольовані переходи від однієї емоції до іншої;

– низька емоційна саморегуляція, що проявляється у вигляді афективних спалахів, емоційних зривів або замкненості;

– егоцентризм емоційного реагування, при якому дитина не враховує почуттів інших, не розуміє чужих емоцій і не може поставити себе на місце іншого;

– складнощі у вербалізації почуттів, через обмежений словниковий запас, що ускладнює процес саморефлексії та соціальної взаємодії;

– нестійкий або атиповий емоційний контакт – наприклад, відсутність реакції на емоційний стан дорослого чи однолітка, або неадекватна реакція (сміх у трагічній ситуації, ігнорування чужого болю тощо).

Через ці особливості у дітей з РАС часто виникають труднощі у встановленні соціальних зв’язків, знижується здатність до емпатії, зростає ризик конфліктів, поведінкових розладів і фрустрації. Їхня емоційна поведінка, як правило, має реактивний характер – вона визначається не внутрішніми мотивами, а реакцією на зовнішній стимул, який часто сприймається спотворено через сенсорну гіпер- або гіпочутливість [17].

На думку Г. В. Супрун та О. В. Сантай, однією з ключових характеристик розладів аутистичного спектра є стійкий дефіцит соціальної комунікації та взаємодії, що є основним діагностичним критерієм і тим чинником, який принципово відрізняє дітей з аутизмом як від однолітків із типовим розвитком, так і від дітей з іншими порушеннями розвитку. Саме

соціальні труднощі – зокрема порушення у сфері невербальної комунікації (жести, міміка, пози), мовленнєвій взаємодії (ініціювання діалогу, розуміння підтексту, гумору, метафор), а також засвоєння навчального матеріалу – суттєво впливають на якість життя дітей з РАС.

Ефективна соціальна взаємодія у таких дітей можлива лише за умови формування базових соціальних навичок, що розвиваються виключно у процесі активної взаємодії з оточенням. Саме характер і якість цього процесу визначають рівень соціальної адаптації дитини – від успішної інтеграції до проявів дезадаптації.

За умови достатнього рівня сформованості соціальних компетенцій, діти з РАС краще орієнтуються у нормах і правилах поведінки, опановують навички самообслуговування, здатні ініціювати й підтримувати міжособистісні стосунки. Проте ці навички не формуються спонтанно. Дітей з аутизмом потрібно систематично, цілеспрямовано навчати навичкам соціального життя – з урахуванням їхнього індивідуального темпу, сенсорних особливостей і мотиваційних чинників [41].

Соціальна ізоляція у дітей з РАС пояснюється саме труднощами з комунікативною сферою, а не небажанням контактувати.

Отже, розлади аутистичного спектру мають вплив на ключові аспекти розвитку дитини – когнітивний, емоційний та соціальний. Вони проявляються ще в ранньому дитинстві, супроводжуючись характерними труднощами у соціальній взаємодії, комунікації, поведінковій регуляції та обробці сенсорної інформації. Когнітивний розвиток дітей з РАС є надзвичайно різноманітним: від гіперлексії до виражених порушень виконавчих функцій, що впливають на здатність до навчання, саморегуляції та розуміння текстової інформації.

Емоційна сфера дітей з аутизмом також характеризується значними особливостями: нерозвиненою або нестійкою емоційною регуляцією, труднощами у розпізнаванні та вираженні почуттів, обмеженим рівнем емпатії, імпульсивністю та атиповими реакціями на соціальні сигнали. Це

значно ускладнює побудову міжособистісних стосунків і впливає на загальний рівень адаптації дитини до соціального середовища.

Найбільш вираженим аспектом є дефіцит соціальної взаємодії та комунікації – як вербальної, так і невербальної. Цей дефіцит є центральною рисою аутизму й визначає потребу в спеціально організованому навчанні соціальних навичок. Соціальна ізоляція дітей з РАС часто зумовлена не їхнім небажанням контактувати, а саме складнощами у встановленні й підтриманні взаємин, нерозумінням соціальних норм та контексту, а також сенсорною гіпер- чи гіпочутливістю.

Висока варіативність проявів РАС вимагає індивідуалізованого підходу до кожної дитини. Ефективна підтримка, адаптація освітнього процесу, психологічний супровід і формування соціально-комунікативних навичок є критично важливими для повноцінного розвитку, самостійності та якісної інтеграції дітей з аутизмом у суспільство. Таким чином, успішна соціалізація та освітня реалізація дітей з розладами аутистичного спектра можлива лише за умов глибокого розуміння їхніх індивідуальних особливостей і систематичного впровадження комплексної міждисциплінарної підтримки.

1.3 Специфіка психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру

Психологічний супровід дітей із розладами аутистичного спектру – це багатогранний процес, який об’єднує індивідуально адаптовані підходи до розвитку дитини, підтримку родини, а також взаємодію між фахівцями різного профільного спрямування. Такий підхід має на меті забезпечити умови для ефективної соціальної адаптації, емоційної регуляції та мовленнєвого розвитку дитини.

Дитячі психологи відіграють важливу роль у мультидисциплінарній команді, яка займається виявленням розладів аутистичного спектру у дітей. Вони здійснюють психологічну оцінку, аналізують розвитковий анамнез,

проводять спостереження за дитиною та використовують стандартизовані інструменти, зокрема ADOS (Графік діагностичного спостереження за аутизмом). Отримані результати фіксуються у звітах, що можуть використовуватися іншими фахівцями, батьками чи освітніми установами для подальшого планування підтримки.

Хоча термін «аутизм» іноді вживається побутово, розлад аутистичного спектру має чітко визначені симптоми, які можуть серйозно впливати на щоденне функціонування дитини. Встановлення офіційного діагнозу має велике значення, адже дозволяє забезпечити своєчасне втручання, доступ до спеціалізованих послуг, адаптацію освітнього середовища та, за потреби, отримання додаткового фінансування. Дослідження підтверджують, що рання діагностика та супровід сприяють кращим довготривалим результатам.

РАС часто супроводжується іншими психологічними труднощами, такими як СДУГ, тривожні розлади або порушення настрою. Дитячі психологи здатні розпізнати ці супутні стани, провести відповідну діагностику та розробити стратегії підтримки в межах комплексної терапевтичної роботи. Одним із важливих аспектів супроводу є формування адекватного розуміння діагнозу у самої дитини, її батьків, педагогів та оточення. Психологи пояснюють суть РАС у доступній формі, враховуючи вікові й когнітивні особливості дитини, а також надають необхідні інформаційні ресурси для родини.

Супровід дитини з аутизмом передбачає використання індивідуалізованих методик. Дитячі психологи дотримуються людиноцентричного підходу – враховують особистість дитини, її інтереси, стиль спілкування, чутливість до сенсорних подразників. Терапія адаптується залежно від віку, уподобань, рівня розвитку та специфіки симптомів РАС.

Діти з РАС часто мають труднощі у встановленні та підтримці соціальних контактів. Психологи проводять тренінги з розвитку соціальних навичок, які сприяють покращенню комунікації, розумінню соціальних сигналів та емоцій інших людей. Заняття можуть бути індивідуальними або

груповими та спрямовані на формування практичних навичок у повсякденному спілкуванні. Психологічний супровід охоплює роботу над мисленням та емоціями дитини. Психологи допомагають дітям з аутизмом розпізнавати стереотипні або жорсткі моделі мислення, вчать сприймати ситуації з різних точок зору, уникати поспішних висновків. Значну увагу приділяють розвитку навичок емоційної саморегуляції, зменшенню імпульсивних реакцій, формуванню стратегії подолання стресу.

У процесі супроводу надзвичайно важливо працювати з батьками, які часто відчувають емоційне виснаження. Психологи навчають їх розуміти особливості своєї дитини, правильно реагувати на її поведінку, підтримувати у складних ситуаціях. Батькам надаються рекомендації щодо організації побуту, дисципліни, встановлення розпорядку, подолання кризових моментів та адаптації до змін.

Психологічний супровід передбачає також оцінку середовища, в якому перебуває дитина. З урахуванням сенсорної чутливості або підвищеної тривожності, фахівці рекомендують конкретні зміни в домашньому або шкільному оточенні. Це може включати створення передбачуваного розпорядку, зменшення стимулів, використання візуальної підтримки та поступову підготовку до змін [58].

У контексті психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру використовується широкий спектр методів і підходів, що відповідають індивідуальним потребам кожної дитини. Усі ці втручання можна умовно поділити на кілька основних категорій, які представлено на рис. 1.2.



Рисунок 1.2 – Підходи до психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру [65]

Поведінкові втручання є найбільш дослідженими та мають найвищу ефективність у роботі з симптомами РАС. Їх основна мета – модифікація поведінки шляхом аналізу взаємозв'язку між діями дитини, умовами їх виникнення та наслідками. Найбільш визнаним методом є прикладний аналіз поведінки (АВА), який передбачає системне підкріплення бажаної поведінки та зменшення небажаної. Прогрес дитини при цьому постійно вимірюється й аналізується.

До ключових технік АВА належать:

– DTT (тренування дискретних проб) – навчання розбивається на дрібні кроки; бажані дії підкріплюються, небажані – ігноруються;

– PRT (тренування ключового реагування) – проводиться в природному середовищі з акцентом на розвиток критичних навичок, таких як ініціювання комунікації.

Розвивальні підходи та методи орієнтовані на покращення загального розвитку дитини: мовлення, рухової координації, самообслуговування та соціальних навичок. Розвивальні втручання часто інтегруються з поведінковими підходами.

Серед ключових напрямів:

– логопедична терапія – покращує мовленнєве сприймання та вираження (в тому числі з використанням жестів, візуальних символів чи комунікаційних пристроїв);

– ерготерапія – навчає життєво необхідним навичкам (одягання, гігієна, харчування, соціальна взаємодія);

– сенсорна інтеграція – допомагає дитині краще справлятися із сенсорними подразниками, які можуть викликати дратівливість або стрес;

– фізична терапія – спрямована на розвиток моторних навичок.

Освітні стратегії відіграють важливу роль у психологічному супроводі дітей з РАС у шкільному середовищі. Один із найбільш визнаних методів – модель TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children). Вона базується на:

– використанні візуальних структур (розклади, інструкції, піктограми);

– передбачуваності та структурованості навчального простору;

– адаптації середовища до потреб дитини.

Такі підходи сприяють розвитку самостійності, зниженню тривожності та полегшенню навчання.

Соціально-реляційні підходи спрямовані на розвиток соціальної взаємодії, формування емоційних зв’язків і покращення комунікації. Особлива увага приділяється побудові стосунків дитини з дорослими, однолітками та родиною.

До популярних методів належать:

– DIR/Floortime – терапія, що базується на індивідуальних інтересах дитини і використовує гру як основу для розвитку емоційного зв’язку;

– RDI (Intervention for Relationship Development) – спрямована на покращення соціальної обізнаності та комунікативних навичок;

– соціальні історії – короткі тексти, які пояснюють соціальні ситуації та бажані дії в них [65].

Фармакологічне лікування не усуває сам РАС, але може бути частиною психологічного супроводу при наявності супутніх симптомів:

- гіперактивність;
- тривожність;
- агресивність;
- порушення сну;
- аутоагресивна поведінка.

Призначення медикаментів має відбуватись лише під наглядом кваліфікованого лікаря, який має досвід роботи з дітьми, що мають РАС. Важливо постійно моніторити реакції на ліки, оцінювати їх ефективність та побічні ефекти.

Психологічний супровід передбачає також роботу з емоційними труднощами, які часто супроводжують аутизм. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найбільш визнаних форм психотерапії для дітей з РАС.

КПТ допомагає:

- ідентифікувати неконструктивні думки;
- зрозуміти зв’язок між думками, емоціями та поведінкою;
- навчитися альтернативним способам реагування на стресові ситуації.

Цей підхід може застосовуватись як індивідуально, так і в груповому форматі, залежно від віку та рівня функціонування дитини.

Деякі родини використовують допоміжні методи, які не входять до традиційних категорій лікування. До них належать:

- спеціальні дієти;
- вітамінні добавки;
- арттерапія;
- терапія тваринами;
- медитація та майндфулнес.

Застосування таких методів має бути узгоджене з лікарем, аби уникнути можливих ризиків чи несумісності з основною терапією.

Психологічний супровід дітей з РАС є багатокомпонентним процесом, що включає використання перевірених методів і моделей втручання. Найбільшу ефективність має індивідуалізований підхід, який враховує рівень розвитку дитини, її сильні сторони, потреби та особливості сімейного оточення. Взаємодія між психологом, родиною, педагогами та іншими спеціалістами створює умови для гармонійного розвитку та соціалізації дитини з аутизмом [66].

Варто також враховувати, що окрім основного розладу, діти, підлітки та дорослі з РАС часто стикаються з низкою супутніх проблем зі здоров'ям та психічним станом, що потребують комплексного підходу:

– діти з розладом аутистичного спектру можуть мати такі додаткові проблеми, як епілепсія, розлади сну, обмежені харчові уподобання або проблеми зі шлунком;

– підліткам та молодим людям з РАС часто складно усвідомити фізіологічні зміни в підлітковому віці, а соціальні ситуації стають більш складними, що може посилювати труднощі у спілкуванні та адаптації;

– крім того, у підлітків і дорослих з РАС нерідко діагностують інші психічні розлади, такі як тривожні стани, депресія, синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ), а також проблеми з вживанням психоактивних речовин.

З огляду на це, діти з розладом аутистичного спектру зазвичай продовжують навчатися і пристосовуватися до життєвих викликів протягом усього життя, однак багато з них потребують певного рівня підтримки. Тому планування майбутнього – місця роботи, навчання, проживання та необхідних послуг підтримки – є важливим кроком для забезпечення більш плавного і якісного переходу до дорослого життя [55].

Психологічний супровід дітей із розладами аутистичного спектру грунтується на багатокомпонентному, міждисциплінарному підході, який

передбачає тісну співпрацю фахівців різного профілю: психологів, психіатрів, логопедів, корекційних педагогів, нейропсихологів, музичних терапевтів та, безумовно, батьків. Така командна взаємодія дозволяє ефективно враховувати всі аспекти розвитку та потреб дитини.

Одним із провідних принципів є індивідуалізація супроводу, яка передбачає адаптацію корекційних програм до унікальних особливостей кожної дитини – її інтересів, когнітивного рівня, поведінкових особливостей та соціального контексту. На початкових етапах робота зазвичай ведеться в індивідуальному форматі, а згодом – із поступовим переходом до групових форм взаємодії для розвитку соціальних навичок.

Важливим аспектом є інтенсивність терапевтичного процесу, яка визначається індивідуально і може охоплювати від 18 до 50 годин щотижня. Тривалість і насиченість роботи залежать від віку дитини та рівня вираженості порушень.

Не менш значущою є робота з родиною, яка відіграє ключову роль у підтримці емоційного стану дитини та закріпленні досягнень терапії в повсякденному житті. Батьки потребують психологічної підтримки, особливо на етапі прийняття діагнозу, а також навчання ефективним стратегіям взаємодії з дитиною вдома. Психологічне консультування сприяє налагодженню довірливих стосунків у сім’ї та формуванню позитивного емоційного клімату між усіма її членами [46].

Розглянемо інші ефективні методи психологічного супроводу. Наприклад, гра як основа взаємодії – початкова установка контакту з дитиною відбувається через безпечну, ненав’язливу обстановку та поступове спостереження. Наприклад, ігрова діяльність стимулює мовлення, мислення, комунікативні навички [32].

Applied behavior analysis (ABA) – структуроване покрокове навчання через систему підкріплень. Прикладний аналіз поведінки (ABA) – це терапія, заснована на науці про навчання та поведінку.

Позитивне підкріплення є однією з основних стратегій, що використовуються в АВА. Коли за певною поведінкою слідує щось цінне (винагорода), людина з більшою ймовірністю повторить цю поведінку. З часом це заохочує позитивні зміни в поведінці. Спочатку терапевт визначає цільову поведінку. Щоразу, коли людина успішно використовує цю поведінку або навичку, вона отримує винагороду. Винагорода є значущою для людини – приклади включають похвалу, іграшку або книгу, перегляд відео, доступ до дитячого майданчика чи іншого місця тощо. Позитивні винагороди заохочують людину продовжувати використовувати навичку. З часом це призводить до значущих змін у поведінці [67-68].

Pivotal response training (PRT) – орієнтовано на мотивацію, ініціативу, реакцію на різні стимули. Високо цінується за можливість залучення у терапію батьків і педагогів.

Цілі цього підходу включають:

- розвиток комунікативних та мовних навичок;
- збільшення позитивної соціальної поведінки;
- полегшення від деструктивної самостимулюючої поведінки.

Терапевт PRT зосереджується на «ключових» сферах розвитку дитини, а не на одній конкретній поведінці. Зосереджуючись на ключових сферах, PRT призводить до покращень в інших сферах соціальних навичок, комунікації, поведінки та навчання [54; 60].

Виділяють також альтернативні підходи та технології:

– анімал–терапії (за участі тварин) – допомагають зняти тривожність, покращити комунікацію й емоційну відкритість [1].

– соціально–емоційне навчання через AI-ігри – адаптивні ігри, що підтримують розвиток розуміння емоцій;

– робототехнічні платформи – музично–ігрова взаємодія з роботами–помічниками допомагає формувати навички моторики, імпульсу й емоційного розпізнавання [71].

Отже, психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектру є комплексним і багатогранним процесом, що базується на тісній співпраці між фахівцями різних напрямів та родиною дитини. Важливим елементом є індивідуалізація підходів, яка враховує унікальні особливості, потреби і рівень розвитку кожної дитини.

Основна мета супроводу – створення умов для ефективної соціальної адаптації, розвитку комунікативних і мовленнєвих навичок, а також підтримка емоційної стабільності дитини. Рання діагностика і своєчасне втручання мають вирішальне значення для досягнення кращих результатів у подальшому розвитку.

Психологічна робота охоплює широкий спектр методів: поведінкові втручання, розвиткові підходи, соціально-реляційні стратегії, а також підтримку сім'ї. Взаємодія з батьками є ключовою, адже вони є основними партнерами у процесі терапії, потребують підтримки та навчання для ефективної допомоги дитині.

Супровід також передбачає оцінку і корекцію середовища, в якому перебуває дитина, з урахуванням її сенсорних особливостей і рівня тривожності. Важливим аспектом є використання сучасних технологій та інноваційних методів, що підвищують ефективність терапії. Фармакологічне лікування застосовується у випадках супутніх станів і завжди контролюється спеціалістами.

Таким чином, психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектру повинен бути системним, індивідуалізованим і багатопрофільним, що забезпечує максимальний розвиток потенціалу дитини та сприяє її соціальній інтеграції і якості життя.

РОЗДІЛ 2
КОНСТАТУВАЛЬНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1 Організація, процедура та методики дослідження

Основа даного дослідження – глибокий та порівняльний аналіз особливостей реалізації психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру у двох різних типах освітнього середовища. Даним розділом формується вихідний етап дослідження психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру.

Зокрема, дослідження спрямоване на виявлення спільних і відмінних підходів до організації психологічної допомоги, вивчення специфіки застосовуваних корекційно–розвивальних методик, рівня міждисциплінарної взаємодії фахівців, ступеня залученості батьків до процесу супроводу, а також аналіз кадрових, матеріально–технічних та методичних ресурсів, які використовуються в:

Метою даного дослідження є виявлення, опис та порівняльний аналіз організаційних, методичних, кадрових і ресурсних особливостей психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру (РАС) у закладах освіти з різними формами власності та організації навчального процесу.

Зокрема, дослідження охоплює два типи закладів:

1. Заклад А – державна загальноосвітня школа, що реалізує інклюзивну форму навчання;

2. Заклад Б – приватна школа, яка працює з дітьми з особливими освітніми потребами, зокрема з РАС, на основі індивідуалізованих освітніх та терапевтичних програм.

Характеристика закладу А:

– міська початкова школа з інклюзивними класами, оснащена ресурсною кімнатою та спеціалізованими зонами;

– до 250 учнів у молодшій школі, з них 10 дітей із діагностованим РАС;

– персонал супроводу: два практичних психолога, два логопеда, дефектолог відсутній на постійній основі;

– впроваджуються Індивідуальні програми розвитку, складені з урахуванням рекомендацій Інклюзивно–ресурсних центрів, спрямованих на розвиток комунікативних навичок, емоційної регуляції, адаптивної поведінки;

– графічні розклади, піктограми та соціальні історії активно застосовуються для пояснення етапів дня, очікувань і сценаріїв поведінки;

– корекційні заняття (сенсорна кімната, індивідуальні сесії з психологом, підтримка логопеда) проводяться 2–3 рази на тиждень тривалістю по 30–40 хвилин;

– батьки залучаються через регулярні консультації, надають зворотний зв’язок щодо поведінки дитини вдома.

Заклад Б – це сучасна приватна школа альтернативного типу, яка спеціалізується на навчанні та розвитку дітей з особливими освітніми потребами, серед яких значну частку становлять діти з розладами аутистичного спектру.

Основною освітньою філософією школи є принцип індивідуалізованого підходу до кожного учня з урахуванням його потреб, можливостей, темпу розвитку та психоемоційного стану.

Характеристика закладу Б:

– заклад має приватну форму власності і функціонує на основі платних освітніх послуг;

– контингент – близько 50 учнів початкової школи, з яких понад половина – діти з РАС, іншими порушеннями розвитку, СДУГ, інтелектуальними порушеннями легкого ступеня;

– форма навчання – індивідуально–групова, з адаптованими освітніми програмами, гнучким розкладом і варіативною тривалістю занять;

– навчання та супровід здійснюється на основі індивідуальних маршрутів розвитку, які складаються мультидисциплінарною командою і оновлюються щомісячно;

– в закладі функціонує повноцінна мультидисциплінарна команда, до складу якої входять: 2 практичні психологи (працюють як індивідуально, так і в групах); 2 логопеди (у тому числі один з досвідом альтернативної комунікації – PECS, AAC); 1 психотерапевт; 3 дефектологи; фахівець із сенсорної інтеграції; арт–терапевт, музикотерапевт, інструктор з адаптивної фізкультури; куратори класів та індивідуальні тьютори. Школа активно залучає фахівців – неврологів, психіатрів, реабілітологів, консультантів з поведінкової терапії (ABA), які проводять супервізії або консультування для команди;

– індивідуальний маршрут розвитку визначає цілі, напрями, інструменти та критерії оцінювання прогресу дитини;

– заняття структуровано в малій групі (2–5 дітей) або індивідуально;

– активно використовуються елементи: ABA–терапії (прикладного аналізу поведінки), сенсорної інтеграції, методу TEACCH (структуроване навчання), методики PECS (комунікація за допомогою карток), соціальних історій, терапії через мистецтво та рух;

– заняття проводяться в безпечному, адаптованому середовищі, з урахуванням сенсорної чутливості дітей (наявність сенсорної кімнати, зон релаксації, світлових і звукових регуляторів);

– батьки є активними учасниками освітнього процесу: щомісяця відбуваються зустрічі, де обговорюються досягнення, труднощі, корекційні стратегії.

Дослідження проводилось у травні 2025 року як в онлайн-форматі, так і безпосередньо на території двох освітніх закладів – закладу А та закладу Б. Відбір учасників дослідження здійснювався випадковим чином серед усіх дітей, які мають підтверджений діагноз розладу аутистичного спектру (РАС).

Незважаючи на наявність офіційного діагнозу РАС у дітей, для збору додаткової інформації щодо проявів аутичних рис в домашньому середовищі була використана методика M–CHAT–R, яку заповнювали батьки. Це дозволило оцінити ступінь вираженості певних поведінкових симптомів у повсякденному житті та сформувати власну картину бачення розвитку дітей, які прийняли участь в дослідженні.

Для виявлення ознак аутизму у дітей було використано скринінгову методику M–CHAT–R (Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised), що представлена у Додатку А. Вона є коротким опитувальником для батьків. Використання цієї методики є доцільним при плануванні подальшого психолого–педагогічного супроводу, оскільки вона дає підстави для більш глибокого дослідження психічного стану дитини.

Збір даних згідно даної методики формувався за допомогою Google форм.



Рисуноу 2.1 – Google форма для збору даних згідно методики M–CHAT–R

Використання M–CHAT–R у дослідженні дозволило:

– зібрати однорідну інформацію від батьків щодо типових аутистичних проявів дитини;

– порівняти інтенсивність аутистичних проявів у дітей з різних освітніх закладів (інклюзивна та приватна школа).

Для оцінки рівня когнітивного розвитку та інтелектуальних здібностей дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру використовувалась методика Кольорові прогресивні матриці Равена [38-40]. Цей тест є стандартизованим невербальним інструментом, який дозволяє оцінити рівень абстрактного логічного мислення, візуально–просторові навички та здатність виявляти закономірності. Особливістю методики є адаптація до дітей молодшого віку та осіб з порушеннями мовлення, що робить її ефективною при роботі з дітьми з РАС.

Методика включає серію кольорових візуальних завдань (Додаток Б), в яких дитина має вибрати правильний елемент для завершення логічного ряду чи матриці. Тестування проводиться у спокійній обстановці, з урахуванням індивідуальних особливостей дитини, що дозволяє отримати об’єктивну оцінку когнітивних функцій без використання вербальної комунікації.

Процедура проведення тестування включала індивідуальне опитування кожної дитини у спокійній та комфортній обстановці, що сприяє максимальній концентрації та зниженню рівня тривожності. Дитині пропонувалися зображення у вигляді кольорових матриць, серед яких необхідно було вибрати правильний елемент для завершення візуального ряду або візерунка.

Тестування проводилось відповідно до інструкцій методики, що передбачають поступове ускладнення завдань, дозволяючи оцінити рівень логічного мислення, просторового уявлення, а також здатність до аналізу та узагальнення інформації. Результати тестування фіксувалися за допомогою спеціальних бланків і далі використовувалися для визначення індивідуальних особливостей когнітивного розвитку кожної дитини, а також для планування подальшої психолого–педагогічної підтримки та корекційної роботи.

Для аналізу соціальної поведінки дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру використано методику «Профіль

соціального розвитку дитини» (В. В. Драченко, О. Семенюк) (Додаток В), яка є комплексним інструментом для оцінки соціальної компетентності дитини. Ця методика спрямована на виявлення рівня розвитку таких важливих соціальних навичок, як здатність до спільної діяльності, взаємодії з однолітками та дорослими, емпатії, а також контролю власної поведінки у різних соціальних ситуаціях.

Основою методики є експертна оцінка, яку здійснюють педагоги, психологи або батьки, що забезпечує багатогранний та об'єктивний погляд на особливості соціального розвитку дитини. В ході оцінювання враховуються як вербальні, так і невербальні прояви, що є надзвичайно важливим для роботи з дітьми з РАС, які часто мають порушення у комунікації.

Застосування даної методики дозволяє не лише виявити основні труднощі та бар'єри в соціальній адаптації, але й визначити сильні сторони дитини, що можуть стати базою для подальшої корекційної та реабілітаційної роботи. Отримані результати допомагають розробити індивідуальні програми підтримки, спрямовані на покращення взаємодії дитини з оточенням та підвищення її якості життя [25].

Для аналізу соціальної поведінки дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру використовувалась методика «Профіль соціального розвитку дитини» (В. В. Драченко, О. Семенюк), адаптована для заповнення у форматі Google Форми.

Процедура полягала в тому, що практичні психологи, які працюють із дітьми, заповнювали онлайн–анкету, що містила структуровані запитання, спрямовані на оцінку різних аспектів соціальної компетентності дитини – таких як навички комунікації, взаємодії з однолітками, емоційного самоконтролю та адаптації у колективі.

Анкета була розроблена у зручній для психологів формі, що дозволяло оперативно збирати повну та об'єктивну інформацію про соціальну поведінку дитини у різних ситуаціях. Дані автоматично систематизувалися в

таблиці, що значно спрощувало їх подальший аналіз та порівняння.

Такий підхід забезпечував системний та професійний збір інформації, що підвищувало якість діагностики та сприяло розробці ефективних індивідуальних корекційних програм.

В дослідженні прийняли участь по 10 осіб з кожного навчального закладу, 4 психологи та 20 батьків.

Гіпотеза дослідження: існує залежність між рівнем соціально-комунікативної компетентності, когнітивним розвитком та ризиком розвитку розладів аутистичного спектру у дітей молодшого шкільного віку, які навчаються у різних типах закладів освіти (державних і приватних). Зокрема, припускається, що діти, які навчаються в умовах індивідуалізованої підтримки (приватний заклад), демонструють вищий рівень соціально-комунікативних навичок та когнітивного розвитку, а також кращу адаптацію до навчального процесу порівняно з дітьми державних закладів освіти.

2.2 Результати дослідження когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей з розладами аутистичного спектру

Розглянемо аналіз отриманих даних щодо когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей, а також оцінку ефективності застосованих методик діагностики і корекції. Аналіз спрямований на виявлення специфічних особливостей розвитку в цих сферах, а також на оцінку доцільності та ефективності застосованих методик діагностики й корекційного впливу.

Отримані результати дозволяють виявити характерні тенденції, порівняти особливості психологічної підтримки у різних закладах та визначити напрями подальшого удосконалення практики супроводу дітей з РАС.

Отримані результати згідно методики M–CHAT–R представлено в табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Отримані результати згідно методики M–CHAT–R

№ дитини	Заклад А (Державна школа)	Ризик	Заклад Б (Приватна школа)	Ризик
1	12 балів	Високий	14 балів	Високий
2	10 балів	Високий	16 балів	Високий
3	9 балів	Високий	12 балів	Високий
4	11 балів	Високий	15 балів	Високий
5	8 балів	Високий	10 балів	Високий
6	7 балів	Середній	9 балів	Високий
7	6 балів	Середній	8 балів	Високий
8	8 балів	Високий	7 балів	Середній
9	10 балів	Високий	6 балів	Середній
10	9 балів	Високий	11 балів	Високий

Отримані дані свідчать про високий рівень ризику розвитку розладів аутистичного спектру у більшості дітей обох закладів. У Закладі А 8 з 10 дітей мають високий рівень ризику (8 і більше балів), а у Закладі Б – 9 з 10 дітей. Це вказує на нагальну потребу у подальшому вивченні і супроводі цих дітей.

У Приватній школі (Заклад Б) переважає дуже високий ризик (14-16 балів), що може бути пов’язано з профілем закладу, який спеціалізується на підтримці дітей з особливими освітніми потребами. В державній школі (Заклад А) також присутня значна кількість дітей із високим ризиком, але з трохи нижчими балами, що свідчить про варіативність проявів симптомів.

В обох закладах спостерігаються діти зі середнім ризиком (6-7 балів), для яких рекомендовано подальше спостереження та детальніше обстеження. Такий рівень балів свідчить про наявність окремих ознак, що можуть бути характерними для РАС, однак не є достатніми для постановки остаточного діагнозу. У зв’язку з цим таким дітям рекомендовано динамічне спостереження з боку фахівців (психологів, логопедів, педіатрів), а також проведення поглибленого психолого-педагогічного та медичного обстеження з метою уточнення стану розвитку та необхідності раннього втручання.

Результати тестування учнів за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена закладу освіти А представлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 – Результати тестування учнів за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена закладу освіти А

№ учня	Вік	Загальний бал	Помилки в перших 5 завданнях (Серія А)	Рівень інтелектуального розвитку
1	7	22	Ні	Середній (III)
2	7,5	18	Так	Неузгоджений, результат недостовірний
3	8	24	Ні	Середній + (III +)
4	7	20	Ні	Середній (III)
5	9	30	Ні	Вищий за середній (II)
6	8,5	17	Ні	Нижче середнього (IV)
7	6	13	Ні	Нижче середнього (IV)
8	7	21	Ні	Середній (III)
9	9	29	Ні	Вищий за середній (II)
10	10	32	Ні	Вищий за середній + (II +)

Результати тестування учнів молодшого шкільного віку закладу освіти А за методикою Кольорових прогресивних матриць Равена свідчать про значну варіативність рівнів інтелектуального розвитку серед досліджуваної вибірки. Переважна більшість дітей (50%) продемонстрували середній рівень когнітивного розвитку, що є типовим для даної вікової групи та відповідає середньостатистичним показникам відповідно до вікових норм.

Троє учнів (30%) показали результати, що відповідають рівню інтелекту, вищому за середній, включаючи одного учня з високим показником (рівень II+), що свідчить про добре розвинуті логічні та зорово-просторові здібності. Ці діти потенційно можуть засвоювати матеріал на більш високому рівні, потребують ускладнених завдань, а також доцільного стимулювання інтелектуального розвитку через додаткові навчальні активності.

Двоє учнів (20%) показали результати нижчі за середні вікові норми, що може бути індикатором певних труднощів у сфері логічного мислення, концентрації уваги, або ж наслідком зовнішніх чинників (емоційна напруга, втома, дезадаптація тощо). Такі результати потребують детальнішої діагностики, в тому числі з використанням інших психодіагностичних інструментів, а також включення цих учнів до програм цілеспрямованої психолого-педагогічної підтримки.

Важливим є також зауваження щодо одного учня, результат якого не може бути визнаний достовірним через помилки в перших п’яти завданнях Серії А. Це свідчить про те, що дитина, ймовірно, не зрозуміла інструкції або була недостатньо зосередженою. У таких випадках методика рекомендує повторне проведення тесту в індивідуальному форматі з детальним поясненням умов виконання. Загалом, результати підтверджують доцільність використання методики Равена як ефективного інструменту первинної оцінки когнітивних здібностей дітей, зокрема в контексті психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами. Ці дані можуть слугувати основою для індивідуалізації навчального процесу, планування корекційно-розвивальних заходів та подальшого моніторингу динаміки інтелектуального розвитку учнів.

Результати тестування учнів за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена закладу освіти Б представлено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Результати тестування учнів за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена закладу освіти Б

№ учня	Вік	Загальний бал	Помилки в перших 5 завданнях (Серія А)	Рівень інтелектуального розвитку
1	8	28	Ні	Середній + (III +)
2	9	33	Ні	Вищий за середній + (II +)
3	7,5	22	Ні	Середній (III)
4	7	25	Ні	Середній + (III +)
5	9	30	Ні	Вищий за середній (II)

Продовження таблиці 2.3

6	8	15	Так	Недостовірний результат
7	7	20	Ні	Середній (III)
8	10	34	Ні	Вищий за середній + (II +)
9	9,5	31	Ні	Вищий за середній (II)
10	7	24	Ні	Середній (III)

Більше половини учнів (6 із 10) продемонстрували результати, що перевищують середні вікові норми. Зокрема, троє учнів (30%) досягли рівня «вищий за середній» (рівень II), а ще троє (30%) – «вищий за середній +» (рівень II+), що свідчить про розвинене логічне мислення, аналітичні здібності, хорошу здатність до узагальнення, абстрагування та візуально-просторового аналізу. Такий результат є показником ефективної реалізації індивідуалізованих програм розвитку в даному закладі, орієнтованих на підтримку інтелектуального потенціалу дітей з особливими освітніми потребами.

Ще троє учнів (30%) показали середній рівень розвитку (рівень III), що відповідає очікуваним віковим нормам. Це вказує на стабільний рівень когнітивного функціонування, достатній для засвоєння навчального матеріалу загальноосвітнього рівня без значних труднощів.

Лише в одному випадку результат не може вважатися валідним через наявність помилок у перших п’яти завданнях серії А, що за методикою свідчить про можливе нерозуміння інструкцій або виконання завдань випадково. Такий результат потребує повторного індивідуального тестування з акцентом на пояснення умов, а також подальшого спостереження за дитиною в навчальному та терапевтичному процесах.

Таким чином, можна зробити висновок, що учні приватного закладу освіти Б загалом демонструють позитивну динаміку інтелектуального розвитку, що свідчить про ефективність мультидисциплінарного підходу, регулярного психологічного супроводу та індивідуалізованих освітніх маршрутів, які активно впроваджуються в освітньому процесі цього закладу.

Зокрема, результати можуть бути використані як база для подальшого психолого-педагогічного супроводу, планування корекційних стратегій та моніторингу навчальних досягнень учнів з РАС та іншими порушеннями розвитку.

Результати за методикою «Профіль соціального розвитку дитини» (В. В. Драченко, О. Семенюк) представлено в табл. 2.4.

Таблиця 2.4 – Результати за методикою «Профіль соціального розвитку дитини» (В. В. Драченко, О. Семенюк)

№ дитини	Сума балів (Заклад А)	Рівень (Заклад А)	Сума балів (Заклад Б)	Рівень (Заклад Б)
1	28	Високий	25	Високий
2	18	Середній	30	Високий
3	12	Середній	15	Середній
4	-3	Низький	20	Середній
5	22	Високий	19	Середній
6	16	Середній	27	Високий
7	20	Середній	10	Середній
8	7	Середній	-5	Низький
9	24	Високий	23	Високий
10	5	Середній	8	Середній

За результатами проведеного дослідження за методикою «Профіль соціального розвитку дитини» (автори В. В. Драченко, О. Семенюк), було здійснено експертну оцінку рівня соціально-комунікативної компетентності дітей у двох освітніх закладах: Заклад А та Заклад Б. Оцінювання проводили практичні психологи на основі спостережень за поведінкою дітей у взаємодії з дорослими та однолітками.

Методика дозволила виявити рівень сформованості таких важливих якостей, як здатність до спілкування, кооперації, саморегуляції, дотримання норм поведінки, розуміння правил і готовності до взаємодії в колективі. В основі оцінювання лежала бальна шкала від +2 до –2, де позитивні значення свідчили про наявність позитивної соціальної поведінки, а від’ємні – про її недостатню сформованість.

У Закладі А більшість дітей (6 з 10) показали середній рівень соціально-комунікативної компетентності, троє – високий, і лише одна дитина продемонструвала низький рівень. Це свідчить про достатній рівень соціальної адаптації та взаємодії з оточенням у більшості дітей. Водночас, окремі учні потребують додаткової уваги з боку педагогів і психолога.

У Закладі Б спостерігається дещо вища динаміка позитивного соціального розвитку: 4 дитини мали високий рівень, 5 – середній, і лише одна дитина – низький рівень. Це може свідчити про ефективні підходи у виховному процесі, підтримку розвитку соціальних навичок, а також про сприятливе психолого-педагогічне середовище.

Загалом, отримані результати демонструють, що переважна більшість дітей обох закладів має сформовані або достатньо сформовані соціально-комунікативні навички. Це є позитивним показником у контексті підготовки до подальшого навчання. Проте наявність дітей із низьким рівнем розвитку в обох закладах вимагає подальшої індивідуальної роботи, зокрема впровадження корекційно-розвивальних програм, консультативної підтримки родин та систематичного супроводу фахівців.

Таким чином, на основі проведеного дослідження, яке охоплювало оцінку когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей у двох різних освітніх закладах – державному (Заклад А) та приватному (Заклад Б), було виявлено низку важливих закономірностей і тенденцій.

Загалом, результати комплексного психолого-педагогічного обстеження демонструють широкий спектр індивідуальних особливостей розвитку дітей. Застосування методик M–CHAT–R, Кольорових прогресивних матриць Равена та «Профілю соціального розвитку дитини» дозволило отримати об’єктивну інформацію щодо рівня готовності дітей до подальшого навчання, їх соціально-емоційної зрілості та когнітивних можливостей.

В обох закладах освіти виявлено значну кількість дітей із високим рівнем ризику розвитку розладів аутистичного спектру. Це свідчить про

необхідність поглибленої діагностики, раннього втручання та розробки індивідуальних маршрутів розвитку з обов’язковим залученням фахівців мультидисциплінарної команди.

Щодо когнітивного розвитку, діти в обох закладах продемонстрували переважно середній або вищий за середній рівень інтелектуального розвитку, хоча в державному закладі були також виявлені учні з нижчим за середній рівнем. Приватний заклад показав більш стабільні й високі результати, що, ймовірно, є наслідком кращого індивідуального підходу, ресурсного забезпечення та участі фахівців у щоденному супроводі дітей.

Оцінка соціально-комунікативної компетентності виявила, що більшість дітей в обох закладах мають сформовані або достатньо сформовані навички соціальної взаємодії. Водночас, наявність окремих дітей із низьким рівнем соціального розвитку вказує на потребу в адресній психолого-педагогічній підтримці, зокрема в розвитку комунікативної поведінки, здатності до співпраці, самоконтролю та дотримання соціальних норм.

Отримані результати підтверджують доцільність і необхідність комплексної оцінки розвитку дітей як інструменту для своєчасного планування корекційно-розвивальних заходів та моніторингу ефективності освітнього впливу. Подальша робота має бути спрямована на систематичну підтримку дітей з особливими освітніми потребами, активну взаємодію з батьками, створення безпечного та сприятливого освітнього середовища, що відповідає індивідуальним потребам кожної дитини.

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що більшість дітей мають початковий рівень розвитку, який потребує цілеспрямованої підтримки. У сфері когнітивного розвитку переважає середній або вищий за середній рівень, проте спостерігаються окремі випадки зниженої інтелектуальної активності. Результати вказують на високий ризик РАС у значної частини вибірки, що потребує подальшого обстеження та раннього втручання. Загалом, початковий рівень розвитку дітей є неоднорідним і потребує індивідуалізованого підходу до діагностики, навчання та психолого-педагогічного супроводу.

2.3 Статистична обробка результатів дослідження когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей з розладами аутистичного спектру

Статистична обробка результатів дослідження передбачає застосування кореляційного аналізу з метою виявлення взаємозв'язків між окремими показниками когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Результати кореляційного аналізу дають змогу глибше зрозуміти структуру порушень розвитку та окреслити напрями для подальшої корекційно-розвивальної роботи.

Кореляційний аналіз необхідний для визначення сили і напрямку лінійного зв'язку між двома кількісними змінними (між рівнем соціального розвитку і когнітивним розвитком дітей).

Слід відмітити, що статистична обробка даних проводилася на етапі до впровадження програми психолого-педагогічного супроводу.

Вихідні дані для кореляційного аналізу представлено в табл. 2.5 та 2.6.

Таблиця 2.5 – Вихідні дані для кореляційного аналізу між рівнем соціального розвитку і когнітивним розвитком дітей в закладі освіти А

№ учня	Загальний бал за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена	Результати за методикою «Профіль соціального розвитку дитини»
1	22	28
3	24	12
4	20	-3
5	30	22
6	17	16
7	13	20
8	21	7
9	29	24
10	32	5

Дитину №2 виключено з дослідження через недостовірний результат.

Коефіцієнт кореляції Пірсона 0,2244 свідчить про наявність слабкого позитивного зв’язку між рівнем соціального розвитку та когнітивним розвитком дітей у закладі освіти А. Це означає, що підвищення когнітивних здібностей (визначених за методикою Кольорових прогресивних матриць Равена) частково супроводжується зростанням рівня соціальної компетентності, однак цей зв’язок не є вираженим. Такий результат може свідчити про те, що когнітивні здібності не є єдиним або визначальним чинником у формуванні соціальних навичок, і що на соціальний розвиток впливають також інші фактори – емоційна підтримка, стиль виховання, індивідуальні особливості дитини, соціальне середовище тощо. Отже, хоча певна взаємозалежність між цими сферами простежується, вона потребує подальшого вивчення з урахуванням ширшого спектра змінних.

Таблиця 2.6 – Вихідні дані для кореляційного аналізу між рівнем соціального розвитку і когнітивним розвитком дітей в закладі освіти Б

№ учня	Загальний бал за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена	Результати за методикою «Профіль соціального розвитку дитини»
1	22	25
2	24	30
3	20	15
4	30	20
5	17	19
7	13	27
8	21	10
9	29	-5
10	32	23

Дитину №6 виключено з дослідження через недостовірний результат.

Коефіцієнт кореляції Пірсона, що дорівнює приблизно -0,27, свідчить про наявність слабкого негативного лінійного зв’язку між рівнями когнітивного та соціального розвитку дітей у вибірці. Це означає, що за

тенденцією в даних спостерігається, що з підвищенням показників когнітивного розвитку, оцінки соціального розвитку дещо знижуються.

Результат відображає, що в деяких дітей, високий рівень когнітивних здібностей не обов'язково супроводжується високим рівнем соціальних навичок. Це може бути пов'язано із специфікою розвитку дітей з РАС, де часто спостерігаються складнощі у соціальній взаємодії навіть при високому інтелекті.

Слабкий негативний зв'язок може бути наслідком великих індивідуальних варіацій. Наприклад, частина дітей може демонструвати розвинений інтелект і разом із тим певні труднощі у соціальній сфері, в той час як інші – навпаки.

В процесі статистичної обробки результатів дослідження було проведено кореляційний аналіз для визначення сили та напряму лінійного зв'язку між рівнем соціального розвитку і когнітивним розвитком дітей у двох закладах освіти.

Для закладу освіти А коефіцієнт кореляції Пірсона становить 0,2244, що свідчить про слабкий позитивний зв'язок між рівнями соціального та когнітивного розвитку. Це означає, що з підвищенням когнітивного розвитку (за методикою Кольорових прогресивних матриць Равена) у дітей незначно зростає і рівень їх соціального розвитку. Втім, цей зв'язок є досить слабким і не є однозначним показником тісної взаємозалежності.

У закладі Б коефіцієнт кореляції дорівнює приблизно -0,27, що вказує на слабкий негативний зв'язок між когнітивним та соціальним розвитком дітей. За цією тенденцією, при збільшенні показників когнітивного розвитку дещо знижуються оцінки соціального розвитку. Однак, цей зв'язок є незначним і не має чіткого вираження. Такий результат може бути зумовлений індивідуальними особливостями розвитку дітей, зокрема тих, у яких високий рівень когнітивних здібностей не завжди супроводжується високими соціальними навичками. Це характерно для деяких дітей з розладами аутистичного спектру (РАС), де складнощі у соціальній взаємодії не обов'язково корелюють із рівнем інтелекту.

Таким чином, отримані результати вказують на те, що між когнітивним і соціальним розвитком дітей існує лише слабкий взаємозв’язок, який може відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей та контексту. Це підкреслює необхідність комплексного підходу в оцінці та підтримці розвитку дітей, з урахуванням особливостей кожної дитини.

РОЗДІЛ 3
ФОРМУВАЛЬНИЙ ЕТАП ДОСЛІДЖЕННЯ: ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ТА АНАЛІЗ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1 Модель психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру

Розлади аутистичного спектру є складним комплексом нейророзвиткових порушень, які впливають на соціальну взаємодію, комунікацію та поведінку дитини. Через значні індивідуальні особливості розвитку дітей з РАС потребують всебічного, скоординованого підходу до їх психологічного супроводу. Відповідно, створення ефективної моделі психологічного супроводу є важливим кроком для забезпечення підтримки, розвитку та адаптації таких дітей у різних сферах життя.

Психологічний супровід дітей з РАС передбачає не лише діагностику та корекцію окремих проявів розладу, а й комплекс заходів, спрямованих на розвиток когнітивних, соціальних та емоційних компетенцій, а також підтримку сімей, які виховують таких дітей.

Психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектру є системною і цілеспрямованою діяльністю, що передбачає організацію психологічного та освітнього середовища, яке сприяє формуванню навичок адаптації, саморегуляції та соціальної взаємодії. Модель супроводу повинна враховувати індивідуальні особливості кожної дитини, тип розладу, рівень функціонування, вікові та когнітивні характеристики, а також залучати мультидисциплінарну команду фахівців.

Структурні компоненти моделі психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру представлено на рис. 3.1.

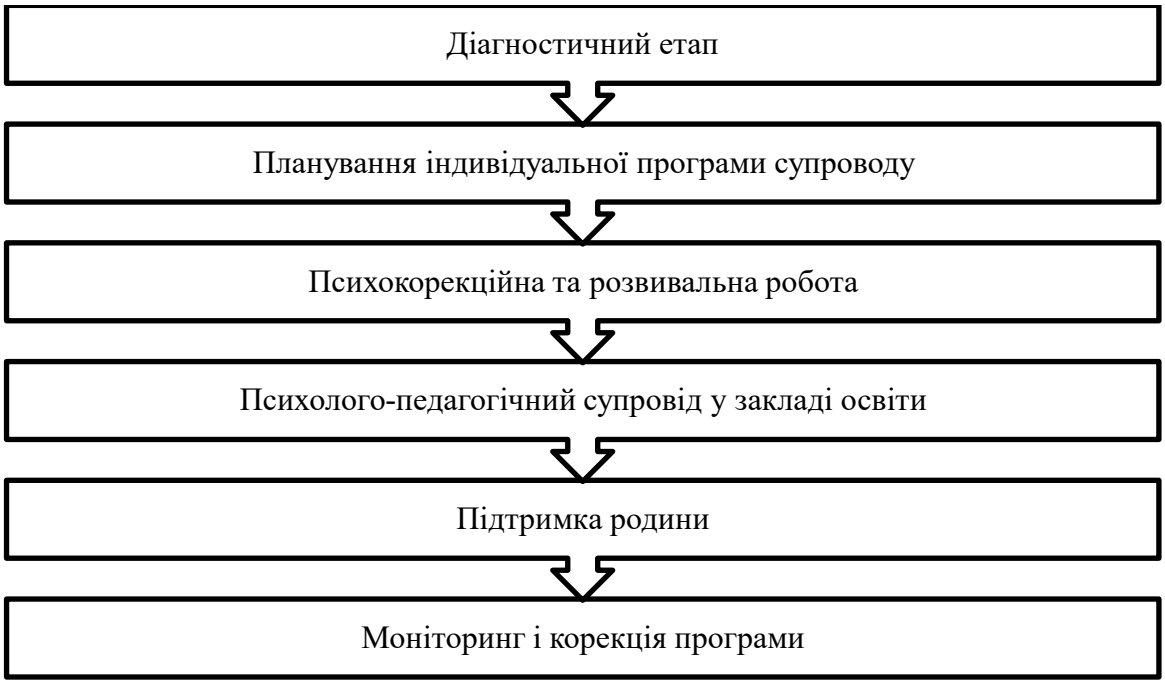


Рисунок 3.1 – Модель психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру

Діагностичний етап включає діагностику когнітивного, емоційного та соціального розвитку (методики: M–CHAT–R, Кольорові прогресивні матриці Равена, «Профіль соціального розвитку дитини» тощо).

Діагностичний етап включає визначення рівня потреб дитини та родини.

Планування індивідуальної програми супроводу. Індивідуальна програма розвитку (ІПР) – це офіційний документ, що визначає стратегію навчання та розвитку дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. Вона виступає свого роду договором між закладом освіти та батьками/опікунами дитини і фіксує конкретні освітні цілі, необхідні адаптації, форми підтримки та відповідальність сторін [14].

ІПР створюється для реалізації у закладі освіти педагогічним колективом. Додатково батьки можуть підтримувати навчальний процес вдома, посилюючи ефективність реалізації програми.

До складу команди з розроблення ІПР входять:

- заступник директора;

- вчителі-предметники;
- асистент вчителя;
- психолог, логопед, дефектолог;
- інші фахівці за потреби;
- обов’язково – батьки або особи, що їх замінюють.

Що включає ІПР:

- загальна інформація про учня (ПІП, вік, діагноз, термін дії програми);
- оцінка поточного рівня розвитку (навчальні навички, сильні сторони, тип навчання);
- перелік спеціальних освітніх послуг (заняття з логопедом, психологом тощо);
- необхідні адаптації та модифікації: адаптації зміни в умовах подачі матеріалу (темп, форма, середовище), модифікації (зміни змісту навчання (спрощення, виключення складних тем);
- індивідуальну навчальну програму – адаптовану до можливостей дитини;
- індивідуальний навчальний план – визначає перелік предметів, розподіл годин, додаткові заняття;
- моніторинг прогресу – відстеження динаміки навчання, портфоліо учнівських досягнень.

Програма створюється на один навчальний рік, але може переглядатися або змінюватися в будь-який момент за ініціативою команди супроводу (наприклад, у разі зміни потреб дитини, досягнення цілей або зміни навчального закладу) [20].

Батьки відіграють ключову роль у процесі розроблення ІПР. Вони:

- надають дані про дитину;
- беруть участь у плануванні цілей;
- підписують програму як свідчення згоди з її змістом;
- зобов’язані бути поінформованими про етапи реалізації програми та оцінювання.

Процес має диференційований характер – базується на індивідуальних особливостях розвитку учня та його освітніх потребах. Враховуються медичні, психолого-педагогічні рекомендації, тип порушення, інтелектуальний потенціал тощо.

Оцінювання здійснюється за критеріями, затвердженими МОН. Воно має бути стимулюючим та враховувати прогрес дитини, зусилля, рівень засвоєння адаптованого матеріалу. Один з ефективних інструментів – портфоліо учня, що фіксує динаміку навчання, цілі, саморефлексію.

Індивідуальна програма розвитку – це ключовий інструмент організації інклюзивного навчання, який забезпечує адресну педагогічну підтримку для дитини з особливими потребами. Вона враховує індивідуальні можливості та потреби кожного учня, дозволяє адаптувати навчальний процес, встановити реалістичні цілі та способи їх досягнення. Ефективність ІПР залежить від міждисциплінарної співпраці педагогів, спеціалістів і батьків, а також регулярного моніторингу і гнучкої корекції програми. Завдяки цьому створюються умови для повноцінної участі дитини в навчальному процесі та соціалізації в освітньому середовищі [19].

Психокорекційна та розвивальна робота:

– розвиток соціальної взаємодії, емоційного реагування, мовленнєвих та комунікативних навичок;

– робота за допомогою ігрових, сенсорних, арт- і поведінкових терапій (АВА, TEACCH тощо);

– групові та індивідуальні заняття.

З огляду на те, наскільки різноманітними можуть бути симптоми аутизму у дітей, види терапії аутизму також різноманітні, щоб відповідати різним аутичним рисам, які може проявляти дитина [55; 64].

Не існує єдиної найкращої терапії для лікування аутизму. Найефективніший підхід залежить від кожної дитини.

Прикладний аналіз поведінки – це підхід до терапії аутизму у дітей, який зосереджений на розвитку соціальних навичок, покращенні належної

поведінки та покращенні мовної компетентності шляхом позитивного підкріплення. Він ідеально підходить для управління поведінкою та покращення комунікації [68].

Логопедія розвиває вербальне, невербальне та соціальне спілкування. Покращуючи комунікативні навички дитини, вона може подолати соціальну ізоляцію та покращити самовираження. Методи, які логопед використовує в рамках логопедичної терапії для дітей з аутизмом, включають альтернативне доповнююче спілкування та навички соціальної мови [70].

Ерготерапія допомагає дітям з аутизмом покращити самообслуговування та опанувати повсякденні навички, такі як харчування, одягання та купання, щоб жити більш самостійно та покращити своє психічне здоров'я. Деякі методи, які ерготерапевти використовують під час терапії аутизму у дітей, включають розвиток моторних навичок та вправи на сенсорну обробку [15].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це форма розмовної терапії для дітей з аутизмом, яка може допомогти їм впоратися з тривогою, навчившись виявляти та змінювати думки, що призводять до проблемних почуттів або поведінки. Методи КПТ постійно вдосконалюються, щоб максимально відповідати потребам кожної дитини.

Вибираючи найкращу терапію для аутизму, слід враховувати багато факторів.

Перший – це унікальні потреби та цілі дитини. Дитина, яка потребує допомоги з мовленнєвими навичками, може отримати користь від іншої форми терапії аутизму, ніж дитина, яка має труднощі з самостійним годуванням чи одяганням. Шлях кожної дитини унікальний – деякі можуть процвітати завдяки поєднанню терапевтичних підходів, тоді як інші процвітають завдяки одному цілеспрямованому втручанню. Початок з оцінки сильних сторін, труднощів та цілей дитини може забезпечити міцну основу для вибору найбільш підходящої терапії для дитини з аутизмом.

Вибір найкращої терапії для аутизму може залежати від знань та досвіду фахівців.

Зрештою, слід врахувати умови терапії аутизму для дітей – очно, вдома чи в школі. Залежно від цілей дитини, певні умови можуть бути більш доцільними для досягнення цих цілей, такі як підвищення академічних здібностей у школі або покращення соціальних та мовних результатів у природних умовах, таких як вдома.

Багато дітей з розладами аутистичного спектру мають різноманітні потреби та особисті цілі, які можуть бути задоволені за допомогою низки терапевтичних підходів. Оскільки кожна людина з аутизмом має унікальні сильні сторони та труднощі, поєднання терапій може сприяти прогресу в кількох сферах – покращення однієї навички може призвести до успіхів в іншій, тоді як вирішення супутніх захворювань може покращити навчання та поведінку.

Наприклад, поєднання АВА та логопедичної терапії для дітей з аутизмом дозволяє їм покращити свою поведінку, самостійність та мовлення. Успіх та покращення, що спостерігаються в одній терапії, часто можуть бути перенесені на іншу. Замість того, щоб зосереджуватися лише на одному наборі навичок, робота з двома або навіть трьома сферами дозволяє дитині повністю розкрити свій потенціал та покращити загальну якість життя [66].

Психолого-педагогічний супровід у закладі освіти:

– адаптація освітнього середовища відповідно до потреб дитини;

– підвищення компетентності педагогів щодо роботи з дітьми з РАС;

– розробка індивідуальних освітніх програм.

Підтримка родини:

- консультації для батьків щодо особливостей розвитку дитини;
- навчання технікам взаємодії та корекційного впливу вдома;
- психоемоційна підтримка батьків (групи взаємодопомоги, тренінги).

Моніторинг і корекція програми:

– регулярна оцінка динаміки розвитку дитини;

– коригування ІПР залежно від результатів та змін у поведінці;

– спільне обговорення прогресу з усіма учасниками супроводу.

Принципи моделі психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру представлено на рис. 3.2.

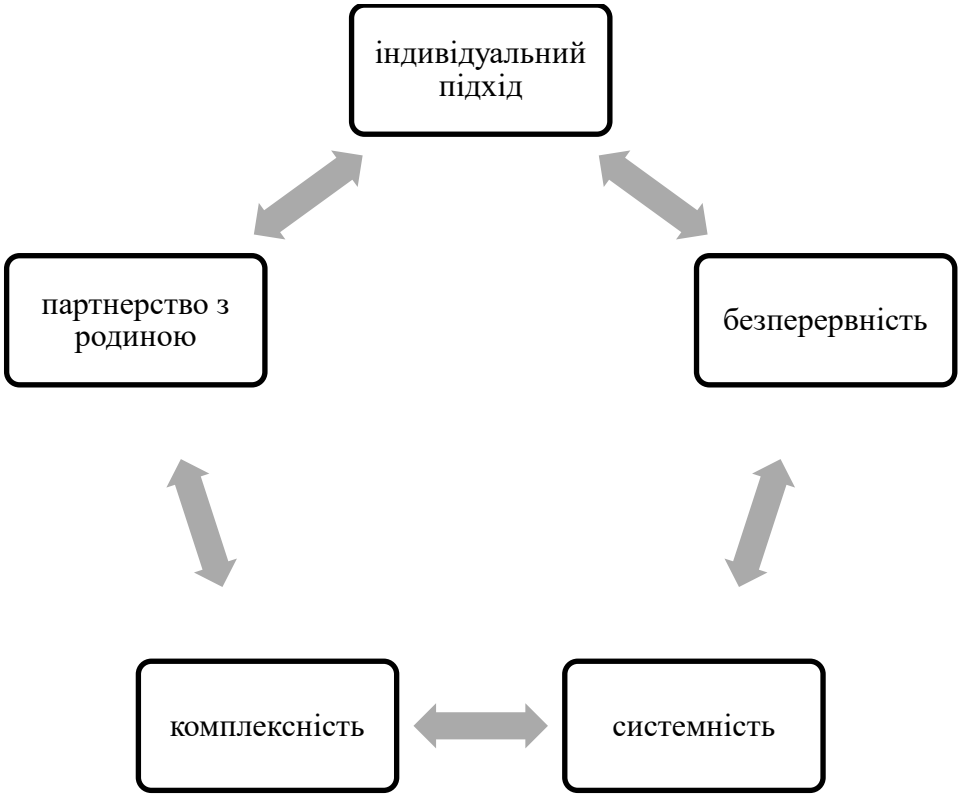


Рисунок 3.2 – Принципи моделі психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру

Психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектру грунтується на ряді ключових принципів, які забезпечують ефективність, індивідуалізацію та сталість підтримки дитини. Враховуючи багатовимірний характер РАС, модель супроводу має бути гнучкою, адаптованою до унікальних потреб кожної дитини, з орієнтацією на її розвиток у соціальному, емоційному та когнітивному планах [43-44].

Кожна дитина з РАС має унікальний профіль розвитку, особливості сприйняття, поведінкові реакції та способи комунікації. Саме тому

основоположним принципом супроводу є врахування індивідуальних потреб, сильних сторін та труднощів дитини. Це передбачає розробку персоналізованих програм втручання, адаптованих до її поточних можливостей, а також цілей, які поступово змінюються відповідно до динаміки розвитку. Індивідуальний підхід також включає адаптацію середовища, способів подачі інформації, вибору методів і засобів навчання та корекції.

Розвиток дітей з РАС відбувається поступово, часто повільно, із можливими регресіями та стрибками. Тому важливо забезпечити сталість і тривалість психологічного супроводу на всіх етапах – від діагностики до переходу в доросле життя. Безперервність означає, що підтримка не повинна перериватися під час зміни закладу, спеціалістів або навчальних програм. Це сприяє формуванню у дитини відчуття безпеки, довіри до дорослих і передбачуваності подій у її житті.

Психологічний супровід має базуватись на чітко визначеній структурі взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу: психологом, педагогами, асистентом вчителя, соціальним педагогом, логопедом, дефектологом та іншими фахівцями. Усі дії повинні бути скоординовані, спрямовані на досягнення спільної мети – підтримку розвитку дитини. Системність передбачає планування, документування, аналіз та регулярне оновлення програм супроводу з урахуванням отриманих результатів [44].

Підхід до супроводу дитини з РАС має бути багатогранним і міждисциплінарним. Це означає врахування всіх аспектів розвитку дитини – пізнавального, емоційного, соціального, фізичного, мовленнєвого. Для цього необхідна тісна взаємодія фахівців різних профілів, які працюють над досягненням цілісного розвитку дитини, а не лише окремих його складових. Комплексність також означає поєднання психолого-педагогічної, логопедичної, соціальної, сенсорної, медичної та інших видів підтримки.

Ефективний супровід дитини неможливий без активної участі її родини. Батьки є головними партнерами фахівців, оскільки саме вони

найкраще знають особливості дитини, її реакції, інтереси та потреби. Партнерство з родиною передбачає відкриту комунікацію, взаємодію на рівних, залучення до прийняття рішень, обговорення цілей і очікувань, а також навчання батьків ефективним стратегіям взаємодії з дитиною вдома. Це підвищує узгодженість дій та створює єдиний простір розвитку [45].

Отже, модель психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру є важливою складовою інтегрованого підходу до підтримки таких дітей в умовах інклюзивного освітнього середовища та за його межами. Вона базується на цілісному, системному, індивідуалізованому підході, що враховує унікальні особливості кожної дитини, її когнітивний, емоційний, соціальний та комунікативний розвиток.

Ефективний супровід передбачає реалізацію декількох ключових етапів: діагностику, індивідуальне планування розвитку, безпосереднє проведення корекційних заходів, психолого-педагогічну роботу з педагогами та родиною, а також постійний моніторинг динаміки розвитку дитини. Ключовим інструментом реалізації моделі є Індивідуальна програма розвитку, що забезпечує адаптацію освітнього процесу відповідно до потреб дитини, а також координує роботу мультидисциплінарної команди фахівців.

Суттєву роль у супроводі відіграє психокорекційна робота, яка включає використання ігрових, сенсорних, арт- та поведінкових терапій (наприклад, ABA, TEACCH, КПТ), логопедичної та ерготерапії. Залежно від особливостей дитини та її цілей, може застосовуватися одна або кілька форм терапії для досягнення максимального прогресу.

Особливо важливим компонентом моделі є співпраця з родиною: батьки виступають активними учасниками процесу планування, реалізації та оцінки програми розвитку. Вони отримують як психоемоційну підтримку, так і практичні рекомендації щодо корекційної роботи з дитиною вдома, що дозволяє формувати єдине розвивальне середовище.

Принципи моделі – індивідуальність, безперервність, системність, комплексність і партнерство – дозволяють забезпечити ефективну, науково

обгрунтовану та практично спрямовану підтримку дитини з аутизмом. Успішна реалізація моделі можлива лише за умов тісної взаємодії фахівців різних профілів, педагогів, адміністрації освітнього закладу та родини дитини.

Загалом, модель психологічного супроводу дітей з РАС створює передумови для гармонійного розвитку дитини, її успішної адаптації до соціального середовища, ефективної участі в навчальному процесі та покращення якості життя.

3.2 Програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру

Психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) у молодшому шкільному віці є надзвичайно важливим елементом комплексної підтримки їхнього розвитку та соціальної адаптації. Цей період характеризується значними змінами у навчальному, соціальному та емоційному житті дитини, що вимагає спеціалізованого підходу з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини.

Програма психологічного супроводу передбачає систему заходів, спрямованих на розвиток когнітивних, комунікативних, емоційних та соціальних компетентностей дітей з РАС. Вона включає діагностичні процедури, корекційні втручання, консультації для батьків та педагогів, а також моніторинг динаміки розвитку дитини. Основною метою програми є забезпечення підтримки, що сприяє максимальному розкриттю потенціалу дитини, підвищенню її адаптивності та покращенню якості життя в освітньому середовищі.

Мета програми – забезпечення комплексної психологічної підтримки дітей молодшого шкільного віку з РАС, спрямованої на розвиток соціально-комунікативних навичок, емоційної саморегуляції, когнітивних здібностей та адаптації до навчального середовища [24; 9; 38-39].

Завдання програми:

– розвиток соціальної взаємодії, комунікативної компетентності та навичок співпраці;

– підтримка емоційної стабільності та зниження тривожності;

– корекція порушень поведінки та формування адаптивних навичок;

– індивідуалізація підходів відповідно до рівня розвитку кожної дитини;

– консультативна робота з батьками;

– моніторинг динаміки розвитку та корекція програм супроводу.

Психологічні програми супроводу дітей із розладами аутистичного спектру базуються на низці ключових принципів, які забезпечують його ефективність, індивідуальний підхід та сталу підтримку дитини. Враховуючи багатогранність РАС, модель супроводу повинна бути гнучкою й адаптованою до унікальних потреб кожної дитини, орієнтованою на розвиток у соціальній, емоційній та когнітивній сферах.

Кожна дитина з РАС має свій унікальний профіль розвитку, особливості сприйняття, поведінкові реакції та комунікативні способи. Тому основним принципом супроводу є врахування індивідуальних потреб, сильних сторін і складнощів дитини, що вимагає створення персоналізованих програм втручання, які враховують її поточні можливості та цілі, що змінюються відповідно до прогресу. Індивідуальний підхід також передбачає адаптацію навчального середовища, способів подачі інформації, а також методів і засобів навчання й корекції.

Розвиток дітей із РАС відбувається поступово, іноді повільно, з можливими регресіями та стрибкоподібними змінами. Тому важливо забезпечити безперервність і тривалість психологічного супроводу на всіх етапах. Постійність підтримки запобігає перериванню процесу через зміну закладу, спеціалістів чи програм, сприяючи формуванню у дитини почуття безпеки, довіри та передбачуваності.

Психологічний супровід має грунтуватися на чіткій структурі взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу: психологом, педагогами, асистентом учителя, соціальним педагогом, логопедом, дефектологом та іншими фахівцями. Усі дії повинні бути скоординовані і спрямовані на досягнення спільної мети – підтримку розвитку дитини. Системний підхід включає планування, документування, аналіз та регулярне оновлення програм супроводу з урахуванням отриманих результатів.

Підхід до супроводу дітей із РАС має бути комплексним і міждисциплінарним, охоплювати всі сфери розвитку – пізнавальну, емоційну, соціальну, фізичну та мовленнєву. Для цього потрібна тісна співпраця фахівців різних напрямків, які працюють над цілісним розвитком дитини, а не лише над окремими його аспектами. Комплексність означає також поєднання психолого-педагогічної, логопедичної, соціальної, сенсорної, медичної та інших видів підтримки.

Ефективність супроводу неможлива без активної участі родини дитини. Батьки – це головні партнери фахівців, оскільки вони найкраще знають особливості, реакції, інтереси та потреби дитини. Партнерство з родиною передбачає відкриту комунікацію, рівноправну взаємодію, залучення до прийняття рішень, обговорення цілей і очікувань, а також навчання батьків ефективним стратегіям взаємодії з дитиною в домашньому середовищі. Все це сприяє узгодженості дій та формує єдиний простір для розвитку.

Етапи реалізації програми:

1 етап – первинна діагностика.

результати комплексного психолого-педагогічного обстеження демонструють широкий спектр індивідуальних особливостей розвитку дітей. Застосування методик M–CHAT–R, Кольорових прогресивних матриць Равена та «Профілю соціального розвитку дитини» дозволило отримати об’єктивну інформацію щодо рівня готовності дітей до подальшого навчання, їх соціально-емоційної зрілості та когнітивних можливостей.

В обох закладах освіти виявлено значну кількість дітей із високим рівнем ризику розвитку розладів аутистичного спектру. Це свідчить про необхідність поглибленої діагностики, раннього втручання та розробки індивідуальних маршрутів розвитку з обов'язковим залученням фахівців мультидисциплінарної команди.

Щодо когнітивного розвитку, діти в обох закладах продемонстрували переважно середній або вищий за середній рівень інтелектуального розвитку, хоча в державному закладі були також виявлені учні з нижчим за середній рівнем. Приватний заклад показав більш стабільні й високі результати, що, ймовірно, є наслідком кращого індивідуального підходу, ресурсного забезпечення та участі фахівців у щоденному супроводі дітей.

Оцінка соціально-комунікативної компетентності виявила, що більшість дітей в обох закладах мають сформовані або достатньо сформовані навички соціальної взаємодії. Водночас, наявність окремих дітей із низьким рівнем соціального розвитку вказує на потребу в адресній психолого-педагогічній підтримці, зокрема в розвитку комунікативної поведінки, здатності до співпраці, самоконтролю та дотримання соціальних норм.

Отримані результати підтверджують доцільність і необхідність комплексної оцінки розвитку дітей як інструменту для своєчасного планування корекційно-розвивальних заходів та моніторингу ефективності освітнього впливу. Подальша робота має бути спрямована на систематичну підтримку дітей з особливими освітніми потребами, активну взаємодію з батьками, створення безпечного та сприятливого освітнього середовища, що відповідає індивідуальним потребам кожної дитини.

2 етап – корекційно-розвивальний супровід.

Корекційно-розвивальний супровід передбачає наступні заходи:

1. Індивідуальні та групові заняття 2-3 рази на тиждень передбачають роботу з картками / зображеннями, основним завдання яких є коментування зображень, опис, відповіді на запитання. Мета: розвиток мовлення, діалогічної мови, збільшення словникового запасу, навичок комунікації [59]. Тривалість: 1-2 рази на тиждень, по 30-45 хвилин.



Рисунок 3.3 – Картки для розвитку мовлення, діалогічної мови, збільшення словникового запасу, навичок комунікації [40]

2. Індивідуальні заняття з пальчикової моторики, дрібної моторики рук (пальчикові ігри, гімнастика). Мета: покращення координації, посилення дрібної моторики, що важливо для письма та користування речами. Тривалість: 2-3 рази на тиждень по 20-30 хвилин [11].

3. Використання методів ігрової терапії, арттерапії: пальчикове малювання, малювання осінніми листами. Мета: зниження емоційної напруги, розвиток самовираження і творчого потенціалу, підвищення мотивації, покращення настрою і психологічного комфорту дитини. Тривалість: 2 рази на тиждень по 20 хвилин [11].

4. Розвиток соціальних навичок (вміння співпрацювати, слухати, комунікувати), приклади ігор: групова імітаційна гра з предметами. Опис: вихователь/педагог демонструє одну просту дію з предметом (наприклад, катає кульку, надягає шапку), діти повторюють цю дію по черзі, потім – дві дії підряд. Далі – групова гра, де кожен має зробити свою частину дії, і потім спільно добратись до спільного результату. Мета: формування вміння слухати інструкцію, імітувати дії, чекати своєї черги, співпрацювати [27]. Гра-рольова ситуація: вітання, прощання, подяка. Опис: група дітей і педагог розігрують невелику сценку: два учня (або більше) вітаються, обмінюються короткими фразами («Привіт, як справи?», «Дякую», «До побачення»). Педагог може вводити варіанти, як реагувати, коли хтось говорить тихо або не на адресу, учні практикують звертати увагу один на одного та очікувати відповіді. Мета: розвиток навичок ввічливого спілкування, слухання, реагування на соціальні сигнали [51].

5. Розвиток емоційної регуляції та самоконтролю, приклади вправ: вправа «Візуальна шкала емоцій». Опис: використання карток із зображенням облич з різними емоціями (радість, сум, гнів, страх тощо). Дитина спочатку розпізнає емоцію на картці, потім вказує, яка емоція є зараз у неї самої, і описує, чому вона може так почуватися. Мета: розвиток здатності ідентифікувати власні емоції, навчитися відрізняти стан спокою від збудження, формувати перші навички саморефлексії [12]. Вправа «Малювання емоцый». Опис: дитина щодня або через день зображає або записує одну подію, яка викликала сильні емоції (позитивні чи негативні), вказує, яка саме емоція була, що було причиною, як реагувала, і що допомогло заспокоїтися або могло б допомогти. Можна малювати, аплікувати або використовувати символічні образи. Мета: розвиток усвідомлення власних емоцій, самовираження, навчання рефлексії, зниження емоційної напруги через творче самовираження [12].



Рисунок 3.4 – Картинки для вправи «Візуальна шкала емоцій» [8]

Комплексне поєднання методів (візуальна підтримка, арттерапія, ігрові технології, рольові та координаційні вправи) сприяє формуванню базових навичок самоконтролю, емоційного реагування, розвитку мовлення та соціальних компетентностей. Такий підхід забезпечує поступову адаптацію дітей до навчального середовища, поліпшення міжособистісної взаємодії та підвищення загального психоемоційного комфорту.

3 етап, проводиться паралельно з 2 етапом – консультативна підтримка батьків. Зокрема, в даному етапі можливо долучити зовнішніх помічників – наприклад благодійний фонд «Голоси дітей».

Благодійна організацій «Голоси дітей» робить акцент на інформаційно-психологічну підтримку, зокрема:

– психоедукаційні проєкти – спрямовані на підвищення обізнаності батьків про РСА, методи розвитку, корекції, взаємодії з дитиною;

– подкаст «Літера А» – форма дистанційного навчання та психологічної підтримки. Його мета – не лише дати знання, а й допомогти переосмислити власні установки щодо нейровідмінних дітей (як у батьків, так і суспільства);

– групи підтримки для матерів («Материнство на літеру А») – важливий елемент емоційного ресурсу для жінок, що часто залишаються з викликами сам-на-сам. Учасниці опановують техніки стабілізації, обмінюються досвідом, знижують рівень тривоги та самотності.

Дані заходи є ключовими формами консультативної підтримки, які допомагають батькам не тільки практично, а й емоційно справлятися з викликами [29].

Сім'ї, які виховують дітей з розладами спектра аутизму, щоденно стикаються з низкою викликів – емоційних, соціальних, фінансових і психологічних. У таких умовах особливої важливості набуває підтримка батьків, адже саме вони є основними супровідниками дитини у процесі розвитку, навчання та соціалізації.

Однією з ефективних форм психоемоційної підтримки є арт-терапія – метод, що використовує творчість як засіб самовираження, зняття напруги та відновлення внутрішнього ресурсу. Арт-терапевтичні заходи дозволяють батькам краще зрозуміти свої емоції, знизити рівень стресу, а також зміцнити зв'язок із дитиною через спільну творчу діяльність.

Мандала – це сакральне коло, що в багатьох культурах вважається символом гармонії, цілісності й внутрішнього порядку. У терапевтичній практиці мандали використовуються для зниження емоційної напруги, стабілізації психоемоційного стану та розвитку усвідомленості. Види вправ: розфарбовування готових шаблонів мандал – підходить для початкових занять, коли важливо створити атмосферу безпеки та занурення; самостійне створення мандал – надає учаснику свободу у виборі форм, кольорів, структури; допомагає опрацювати внутрішні стани, навіть ті, що не усвідомлюються. Тематичні мандали: «Моя сім'я», «Спокій», «Я сьогодні» – допомагають перевести складні переживання в образ [2-3; 59].

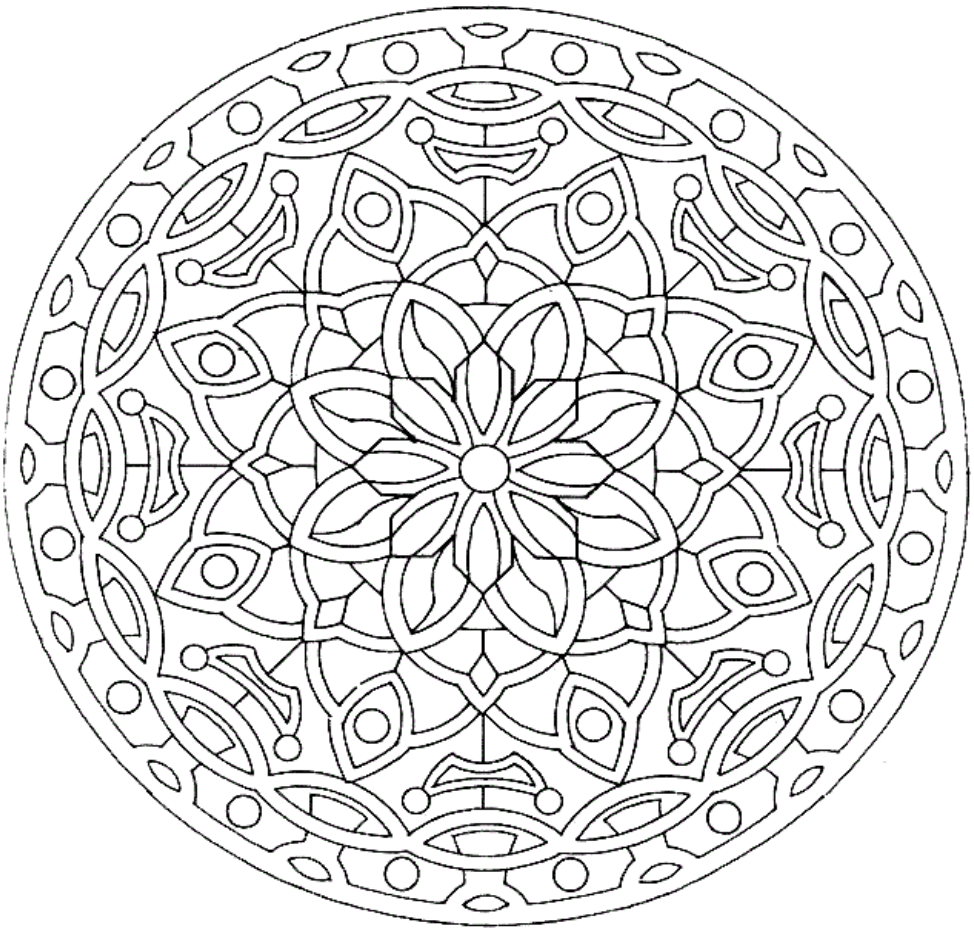


Рисунок 3.5 – Розмальовки «мандали» [34]

Для батьків дітей з аутизмом мандала-терапія може стати: інструментом релаксації після виснажливого догляду за дитиною; способом перезарядити внутрішні ресурси; можливістю зосередитися на «тут і зараз», коли думки постійно розпорошуються через тривогу або перевтому.

4 етап – моніторинг і оцінка ефективності. Повторне обстеження через кожні 3 місяці.

Таким чином, програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру (РАС) може бути дієвим інструментом цілісного психолого-педагогічного впливу, спрямованого на створення умов для гармонійного розвитку, ефективного навчання та соціалізації дитини в умовах інклюзивної освіти. Формування програми показало важливість міждисциплінарного підходу, системності, гнучкості методів та активної участі родини в процесі супроводу.

Проведена первинна діагностика підтвердила наявність широкого спектру індивідуальних особливостей у дітей з РАС, зокрема в когнітивній, мовленнєвій та соціально-емоційній сферах. Це обгрунтовує необхідність адаптації освітнього процесу відповідно до актуального розвитку кожної дитини. Виявлені відмінності між закладами освіти (приватним та державним) також підкреслюють вплив ресурсного забезпечення й індивідуального підходу на ефективність супроводу.

Корекційно-розвивальна частина програми, побудована на поєднанні індивідуальних та групових занять, використанні арт-терапевтичних, сенсорних, ігрових і комунікативних методів, позитивно впливає на розвиток ключових навичок: саморегуляції, мовлення, соціальної взаємодії та емоційної адаптації. Арт-терапія, зокрема мандала-терапія, довела свою ефективність як у роботі з дітьми, так і в консультативній підтримці батьків, сприяючи зниженню тривожності, зміцненню внутрішніх ресурсів і покращенню якості емоційного контакту в родині.

Консультативна підтримка батьків, що реалізується у форматі психоедукаційних зустрічей, груп підтримки та дистанційних ресурсів (подкасти, інформаційні матеріали), є важливою умовою підвищення ефективності програми. Саме партнерство з батьками дозволяє забезпечити єдність впливів та перенесення здобутих дитиною навичок у повсякденне життя.

Періодичний моніторинг та повторна діагностика є необхідними для оцінки динаміки розвитку дитини, своєчасного коригування цілей і засобів супроводу, а також для підвищення якості індивідуалізованих програм втручання. Забезпечення безперервності та наступності супроводу є ключовими умовами досягнення стійких позитивних результатів.

3.3 Аналіз ефективності програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру

Ефективність будь-якої психолого-педагогічної програми визначається не лише її змістовим наповненням, а й результатами впровадження в реальних умовах освітнього середовища. У контексті роботи з дітьми молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру особливого значення набуває системне оцінювання динаміки розвитку дитини за основними напрямами: когнітивним, емоційним, соціальним та комунікативним.

Дослідження мало квазіекспериментальний характер, оскільки формувальний вплив здійснювався в одній групі дітей з розладами аутистичного спектру без створення окремої контрольної вибірки. Ефективність програми оцінювалася шляхом порівняння показників до та після її впровадження за тими самими психодіагностичними методиками.

Аналіз ефективності програми психологічного супроводу дозволяє не лише узагальнити отримані результати, а й визначити потенціал подальшого вдосконалення програми відповідно до індивідуальних потреб дітей та змін у запитах освітнього середовища.

Як експериментальний заклад обрано Заклад А, адже він має більш різнорівневу картину соціально-комунікативної компетентності, включаючи дітей із низьким рівнем, а також потребує посилення ресурсів і фахової підтримки, що дає простір для впровадження нових або посилених корекційних заходів і оцінки їх ефективності. Як контрольний заклад обрано Заклад Б, оскільки він демонструє стабільно вищі результати в соціальному, когнітивному розвитку та має вже налагоджений мультидисциплінарний супровід, що, відповідно, дасть змогу порівняти ефекти нових втручань у Закладі А з наявним рівнем підтримки в Закладі Б.

Результати повторного тестування учнів за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена в експериментальній та контрольній групі представлено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Результати повторного тестування учнів за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена в експериментальній та контрольній групі

№ учня	Експериментальна група		Контрольна група	
	Загальний бал	Рівень інтелектуального розвитку	Загальний бал	Рівень інтелектуального розвитку
1	23 (+1)	Середній (III)	28	Середній + (III +)
2	21 (+3)	Середній (III)	33	Вищий за середній + (II +)
3	24	Середній + (III +)	22	Середній (III)
4	21 (+1)	Середній (III)	25	Середній + (III +)
5	30	Вищий за середній (II)	31 (+1)	Вищий за середній (II)
6	17	Нижче середнього (IV)	15	Недостовірний результат
7	15 (+2)	Нижче середнього (IV)	20	Середній (III)
8	21	Середній (III)	34	Вищий за середній + (II +)
9	29	Вищий за середній (II)	32 (+1)	Вищий за середній (II)
10	32	Вищий за середній + (II +)	24	Середній (III)

Аналіз результатів діагностики рівня інтелектуального розвитку учнів експериментальної та контрольної груп показав позитивну динаміку у дітей, які брали участь у реалізації програми психологічного супроводу. Зокрема:

– в експериментальній групі спостерігається покращення загальних балів у ряду учнів: у п’яти дітей зафіксовано приріст показників на 1-3 бали, що є свідченням підвищення рівня інтелектуального функціонування, що, ймовірно, є результатом системної корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на стимулювання когнітивних процесів;

– рівень інтелектуального розвитку у більшості дітей експериментальної групи залишився в межах середнього (III) або вищого за середній (II). Водночас, навіть серед учнів із початково нижчими

показниками (учень №6 та №7), зафіксовано позитивні зміни (наприклад, учень №7 показав приріст у +2 бали).

Загалом, результати свідчать про ефективність програми психологічного супроводу в контексті підтримки когнітивного розвитку дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру. Позитивні зрушення у загальних балах та рівнях інтелектуального розвитку в учасників експериментальної групи підтверджують доцільність впровадження комплексного підходу до супроводу, який включає як індивідуальні, так і групові заняття, а також активну взаємодію з батьками.

Результати повторного тестування учнів за методикою «Профіль соціального розвитку дитини» (В. В. Драченко, О. Семенюк) в експериментальній та контрольній групі представлено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Результати повторного тестування учнів за методикою «Профіль соціального розвитку дитини» (В. В. Драченко, О. Семенюк) в експериментальній та контрольній групі

№ учня	Експериментальна група		Контрольна група	
	Загальний бал	Рівень інтелектуального розвитку	Загальний бал	Рівень інтелектуального розвитку
1	29 (+1)	Високий	26(+1)	Високий
2	18	Середній	30	Високий
3	14(+2)	Середній	15	Середній
4	-1(+2)	Низький	20	Середній
5	22	Високий	20 (+1)	Середній
6	16	Середній	27	Високий
7	21(+1)	Середній	10	Середній
8	7	Середній	-5	Низький
9	24	Високий	23	Високий
10	9(+4)	Середній	8	Середній

Повторне тестування учнів експериментальної та контрольної груп за методикою «Профіль соціального розвитку дитини» виявило позитивні зміни в рівні соціального розвитку дітей, які брали участь у програмі психологічного супроводу.

В експериментальній групі позитивну динаміку продемонстрували шестеро учнів: №1, №3, №4, №7 та №10. Найбільший приріст зафіксовано в учня №10 (+4 бали), що свідчить про суттєве покращення соціальної взаємодії, здатності до саморегуляції та включення в комунікативну діяльність. У трьох учнів (№1, №5, №9) зберігається високий рівень соціального розвитку, а більшість решти демонструють середній рівень з позитивною динамікою. Важливо підкреслити, що навіть у випадках, де початковий рівень був низьким (учень №4), відзначено приріст балів, що свідчить про поступову адаптацію та включення дитини в соціальне середовище. В контрольній групі також зафіксовано незначні покращення у деяких учнів (№1, №5), однак динаміка менш виражена і переважно нестабільна. Хоча деякі учасники контрольної групи (№2, №6, №9) утримують високий рівень соціального розвитку, загальна тенденція свідчить про відсутність системного зростання в цій групі.

Таким чином, порівняльний аналіз підтверджує ефективність реалізованої програми психологічного супроводу в експериментальній групі. Застосовані психокорекційні, арттерапевтичні та ігрові методики позитивно вплинули на формування соціально-комунікативних навичок, покращення емоційної регуляції та загального рівня соціального функціонування дітей молодшого шкільного віку з РАС. Отримані результати свідчать про доцільність впровадження комплексних програм супроводу в освітнє середовище для дітей із розладами спектра аутизму.

Проведений аналіз ефективності програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру свідчить про її позитивний вплив на основні сфери розвитку дітей – когнітивну, соціальну, емоційну та комунікативну. Впровадження програми у закладі з більш вираженими потребами (експериментальна група) дало змогу простежити суттєву позитивну динаміку у розвитку інтелектуальних та соціальних навичок.

Результати повторної діагностики за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена показали зростання інтелектуальних показників у п’яти учнів експериментальної групи. Зокрема, навіть ті діти, які демонстрували нижчі початкові результати, зафіксували позитивну динаміку (наприклад, учень №7 +2 бали). Це свідчить про ефективність індивідуально орієнтованих корекційних впливів, що були спрямовані на стимулювання когнітивної активності та розвитку мислення.

Соціальний розвиток, згідно з результатами методики «Профіль соціального розвитку дитини», також засвідчив позитивні зміни. Понад половина учасників експериментальної групи покращили свої показники, серед яких найбільше зростання зафіксовано у учня №10 (+4 бали). У дітей відзначається зростання навичок соціальної взаємодії, емоційної регуляції, здатності до комунікації. Навіть учні з низькими вихідними рівнями показали прогрес, що є вагомим свідченням ефективності запропонованих психокорекційних стратегій.

Порівняльний аналіз з контрольним закладом, де не застосовувалася досліджувана програма, виявив суттєву різницю в динаміці змін. Хоча в контрольній групі спостерігаються окремі випадки покращення, загалом відсутня системна тенденція до зростання інтелектуальних і соціальних показників, що дозволяє стверджувати, що саме цілеспрямоване психолого-педагогічне втручання забезпечило якісні зміни у розвитку дітей з РАС в експериментальній групі.

Отже, результати дослідження підтверджують ефективність програми психологічного супроводу як одного з ключових інструментів забезпечення гармонійного розвитку, соціалізації та покращення адаптаційних можливостей дітей молодшого шкільного віку з розладами спектра аутизму. Впровадження таких програм у практику інклюзивної освіти є доцільним, актуальним і необхідним кроком у напрямі побудови ефективного середовища підтримки для дітей з особливими освітніми потребами.

Після реалізації програми психологічного супроводу в експериментальному закладі (Заклад А) було зафіксовано виражені позитивні зміни в основних сферах розвитку дітей з розладами спектра аутизму. Зокрема, результати повторної діагностики засвідчили зростання когнітивних показників за методикою Равена, а також покращення рівня соціально-комунікативної компетентності відповідно до «Профілю соціального розвитку дитини». Навіть діти з нижчими початковими результатами продемонстрували приріст, що свідчить про ефективність впроваджених психокорекційних заходів. Таким чином, програма підтвердила свою результативність у підтримці інтелектуального та соціального розвитку дітей молодшого шкільного віку з РАС, а її застосування є обгрунтованим і перспективним у контексті інклюзивної освіти.

ВИСНОВКИ

Таким чином, мети дослідження досягнуто, а висунута гіпотеза підтверджена: впровадження цілеспрямованої програми психологічного супроводу позитивно впливає на когнітивний та соціальний розвиток дітей молодшого шкільного віку з розладами спектра аутизму. Отримані результати свідчать про ефективність комплексного підходу, що включає психокорекційні, розвивальні та соціалізаційні методики, у покращенні адаптаційного потенціалу та загального функціонування дітей в умовах освітнього середовища. Можна також зробити наступні висновки:

1. Аутизм – це нейророзвитковий розлад, який впливає на соціальну взаємодію, комунікацію, когнітивні процеси та поведінку. Він проявляється порушеннями соціальних навичок, стереотипною поведінкою та труднощами мовлення. Раннє виявлення важливе для своєчасної підтримки та кращої адаптації дітей. Розлади аутистичного спектру мають різні форми, від тяжких до легких (наприклад, синдром Аспергера), що вимагає індивідуального підходу до діагностики і корекції. Аутизм супроводжується когнітивними та сенсорними порушеннями, які викликають емоційний дискомфорт і ускладнюють взаємодію з оточенням. Для ефективної допомоги потрібен комплексний мультидисциплінарний підхід, що включає ранню діагностику, психологічну, педагогічну та медичну підтримку. Недостатність фахівців і системної допомоги ускладнює розвиток дітей з РАС, зокрема в Україні.

2. РАС впливають на когнітивний, емоційний та соціальний розвиток дитини, проявляючись труднощами у комунікації, поведінковій регуляції і сенсорній обробці. Когнітивні порушення можуть варіюватися від гіперлексії до значних проблем з навчанням і саморегуляцією. Емоційна сфера характеризується нестійкою регуляцією, труднощами у вираженні почуттів і низьким рівнем емпатії, що ускладнює соціальні взаємодії. Основна риса аутизму – дефіцит соціальної комунікації, що вимагає спеціалізованого

навчання і адаптації. Висока варіативність проявів потребує індивідуалізованого підходу і комплексної підтримки для успішної соціалізації і інтеграції.

3. Психологічний супровід дітей з РАС – це комплексний процес, який базується на співпраці фахівців та родини, індивідуалізації підходів відповідно до особливостей дитини. Мета супроводу – сприяти соціальній адаптації, розвитку комунікації і емоційній стабільності. Важливі рання діагностика і своєчасне втручання. Використовуються різні методи: поведінкові, розвиткові, соціально-реляційні, а також підтримка сім'ї. Середовище дитини коригується з урахуванням сенсорних особливостей і тривожності. Застосовуються інноваційні технології, а фармакотерапія призначається лише за потребою і під контролем фахівців. Таким чином, супровід має бути системним і багатопрофільним для максимальної підтримки розвитку і соціальної інтеграції дитини.

Розроблено та впроваджено програму психологічного супроводу, спрямовану на розвиток когнітивних, емоційних і соціально-комунікативних навичок дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру.

4. Дослідження порівняло особливості психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру (РАС) у державній інклюзивній школі (Заклад А) та приватній спеціалізованій школі (Заклад Б).

5. Результати комплексного психолого-педагогічного обстеження демонструють широкий спектр індивідуальних особливостей розвитку дітей. Застосування методик M–CHAT–R, Кольорових прогресивних матриць Равена та «Профілю соціального розвитку дитини» дозволило отримати об'єктивну інформацію щодо рівня готовності дітей до подальшого навчання, їх соціально-емоційної зрілості та когнітивних можливостей.

В обох закладах освіти виявлено значну кількість дітей із високим рівнем ризику розвитку розладів аутистичного спектру. Це свідчить про необхідність поглибленої діагностики, раннього втручання та розробки

індивідуальних маршрутів розвитку з обов’язковим залученням фахівців мультидисциплінарної команди.

Щодо когнітивного розвитку, діти в обох закладах продемонстрували переважно середній або вищий за середній рівень інтелектуального розвитку, хоча в державному закладі були також виявлені учні з нижчим за середній рівнем. Приватний заклад показав більш стабільні й високі результати, що, ймовірно, є наслідком кращого індивідуального підходу, ресурсного забезпечення та участі фахівців у щоденному супроводі дітей.

Оцінка соціально-комунікативної компетентності виявила, що більшість дітей в обох закладах мають сформовані або достатньо сформовані навички соціальної взаємодії. Водночас, наявність окремих дітей із низьким рівнем соціального розвитку вказує на потребу в адресній психолого-педагогічній підтримці, зокрема в розвитку комунікативної поведінки, здатності до співпраці, самоконтролю та дотримання соціальних норм.

Отримані результати підтверджують доцільність і необхідність комплексної оцінки розвитку дітей як інструменту для своєчасного планування корекційно-розвивальних заходів та моніторингу ефективності освітнього впливу. Подальша робота має бути спрямована на систематичну підтримку дітей з особливими освітніми потребами, активну взаємодію з батьками, створення безпечного та сприятливого освітнього середовища, що відповідає індивідуальним потребам кожної дитини.

6. Отримані результати вказують на те, що між когнітивним і соціальним розвитком дітей існує лише слабкий взаємозв’язок, який може відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей та контексту. Це підкреслює необхідність комплексного підходу в оцінці та підтримці розвитку дітей, з урахуванням особливостей кожної дитини.

7. Модель психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру є важливою складовою інтегрованого підходу до підтримки таких дітей в умовах інклюзивного освітнього середовища та за його межами. Вона базується на цілісному, системному, індивідуалізованому

підході, що враховує унікальні особливості кожної дитини, її когнітивний, емоційний, соціальний та комунікативний розвиток.

Ефективний супровід передбачає реалізацію декількох ключових етапів: діагностику, індивідуальне планування розвитку, безпосереднє проведення корекційних заходів, психолого-педагогічну роботу з педагогами та родиною, а також постійний моніторинг динаміки розвитку дитини. Ключовим інструментом реалізації моделі є Індивідуальна програма розвитку, що забезпечує адаптацію освітнього процесу відповідно до потреб дитини, а також координує роботу мультидисциплінарної команди фахівців.

Суттєву роль у супроводі відіграє психокорекційна робота, яка включає використання ігрових, сенсорних, арт- та поведінкових терапій (наприклад, ABA, TEACCH, КПТ), логопедичної та ерготерапії. Залежно від особливостей дитини та її цілей, може застосовуватися одна або кілька форм терапії для досягнення максимального прогресу.

Особливо важливим компонентом моделі є співпраця з родиною: батьки виступають активними учасниками процесу планування, реалізації та оцінки програми розвитку. Вони отримують як психоемоційну підтримку, так і практичні рекомендації щодо корекційної роботи з дитиною вдома, що дозволяє формувати єдине розвивальне середовище.

Принципи моделі – індивідуальність, безперервність, системність, комплексність і партнерство – дозволяють забезпечити ефективну, науково обгрунтовану та практично спрямовану підтримку дитини з аутизмом. Успішна реалізація моделі можлива лише за умов тісної взаємодії фахівців різних профілів, педагогів, адміністрації освітнього закладу та родини дитини.

Загалом, модель психологічного супроводу дітей з РАС створює передумови для гармонійного розвитку дитини, її успішної адаптації до соціального середовища, ефективної участі в навчальному процесі та покращення якості життя.

8. Програма психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру (РАС) може бути дієвим інструментом цілісного психолого-педагогічного впливу, спрямованого на створення умов для гармонійного розвитку, ефективного навчання та соціалізації дитини в умовах інклюзивної освіти. Формування програми показало важливість міждисциплінарного підходу, системності, гнучкості методів та активної участі родини в процесі супроводу.

Проведена первинна діагностика підтвердила наявність широкого спектру індивідуальних особливостей у дітей з РАС, зокрема в когнітивній, мовленнєвій та соціально-емоційній сферах. Це обгрунтовує необхідність адаптації освітнього процесу відповідно до актуального розвитку кожної дитини. Виявлені відмінності між закладами освіти (приватним та державним) також підкреслюють вплив ресурсного забезпечення й індивідуального підходу на ефективність супроводу.

Корекційно-розвивальна частина програми, побудована на поєднанні індивідуальних та групових занять, використанні арт-терапевтичних, сенсорних, ігрових і комунікативних методів, позитивно впливає на розвиток ключових навичок: саморегуляції, мовлення, соціальної взаємодії та емоційної адаптації. Арт-терапія, зокрема мандала-терапія, довела свою ефективність як у роботі з дітьми, так і в консультативній підтримці батьків, сприяючи зниженню тривожності, зміцненню внутрішніх ресурсів і покращенню якості емоційного контакту в родині.

Консультативна підтримка батьків, що реалізується у форматі психоедукаційних зустрічей, груп підтримки та дистанційних ресурсів (подкасти, інформаційні матеріали), є важливою умовою підвищення ефективності програми. Саме партнерство з батьками дозволяє забезпечити єдність впливів та перенесення здобутих дитиною навичок у повсякденне життя.

Періодичний моніторинг та повторна діагностика є необхідними для оцінки динаміки розвитку дитини, своєчасного коригування цілей і засобів

супроводу, а також для підвищення якості індивідуалізованих програм втручання. Забезпечення безперервності та наступності супроводу є ключовими умовами досягнення стійких позитивних результатів.

9. Порівняльний аналіз підтверджує ефективність реалізованої програми психологічного супроводу в експериментальній групі. Застосовані психокорекційні, арттерапевтичні та ігрові методики позитивно вплинули на формування соціально-комунікативних навичок, покращення емоційної регуляції та загального рівня соціального функціонування дітей молодшого шкільного віку з РАС. Отримані результати свідчать про доцільність впровадження комплексних програм супроводу в освітнє середовище для дітей із розладами спектра аутизму.

Проведений аналіз ефективності програми психологічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектру свідчить про її позитивний вплив на основні сфери розвитку дітей – когнітивну, соціальну, емоційну та комунікативну. Впровадження програми у закладі з більш вираженими потребами (експериментальна група) дало змогу простежити суттєву позитивну динаміку у розвитку інтелектуальних та соціальних навичок.

Результати повторної діагностики за методикою Кольорові прогресивні матриці Равена показали зростання інтелектуальних показників у п’яти учнів експериментальної групи. Зокрема, навіть ті діти, які демонстрували нижчі початкові результати, зафіксували позитивну динаміку (наприклад, учень №7 +2 бали). Це свідчить про ефективність індивідуально орієнтованих корекційних впливів, що були спрямовані на стимулювання когнітивної активності та розвитку мислення.

Соціальний розвиток, згідно з результатами методики «Профіль соціального розвитку дитини», також засвідчив позитивні зміни. Понад половина учасників експериментальної групи покращили свої показники, серед яких найбільше зростання зафіксовано у учня №10 (+4 бали). У дітей відзначається зростання навичок соціальної взаємодії, емоційної регуляції,

здатності до комунікації. Навіть учні з низькими вихідними рівнями показали прогрес, що є вагомим свідченням ефективності запропонованих психокорекційних стратегій.

Порівняльний аналіз з контрольним закладом, де не застосовувалася досліджувана програма, виявив суттєву різницю в динаміці змін. Хоча в контрольній групі спостерігаються окремі випадки покращення, загалом відсутня системна тенденція до зростання інтелектуальних і соціальних показників, що дозволяє стверджувати, що саме цілеспрямоване психолого-педагогічне втручання забезпечило якісні зміни у розвитку дітей з РАС в експериментальній групі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анастасія Я. Анімалотерапія: види, методи, показання та протипоказання. 2024. URL : https://surl.li/miskba (дата звернення: 01.08.2025).

2. Арт-терапія для дітей – вправи і ідеї для батьків. URL : https://surl.li/rwknur (дата звернення: 15.08.2025).

3. Арт-терапія для дітей та їх батьків. URL : https://kidzoomia.com/art-terapia/ (дата звернення: 15.08.2025).

4. Барабаш Ю. В. «Особливості комунікативно–мовленнєвого розвитку дітей із аутичними порушеннями. *Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат* : матеріали І Всеукраїнської міждисциплінарної науково–практичної конференції (м. Тернопіль, 8 квітня 2021 р.). Тернопіль : ТНПУ, 2021.С. 11–14.

5. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Позднякова О. Л., Турубарова А. В. Аутологія : навчально-методичний посібник. Запоріжжя : Видавництво КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2023. 324 с.

6. Брославська Г. М., Дригач Т. Г. Розвиток емоційного інтелекту учнів початкових класів. *Наукові записки кафедри педагогіки*. 2020. 47. С. 7–13.

7. Васильківський І. П. Виховання емоційного інтелекту учнів середнього шкільного віку : дис. … док. філософії : 011. Київ, 2021. 361 с.

8. Веселі емоційні картки. 1,2,3 клас. URL : https://surl.lu/nrmicj (дата звернення: 16.08.2025).

9. Волошин О. Психолого-педагогічний супровід дітей з розладами спектра аутизму в умовах інклюзії. URL : http://osvita-mvk.if.ua/content&content_id=1751 (дата звернення: 19.08.2025).

10. Воропаєва О. О. Аутизм: особливості навчання та соціальної адаптації в інклюзивному середовищі. *Система освіти і виховання дітей з особливими освітніми потребами: досвід минулого – погляд у майбутнє* : до 85–річчя акад. В. І. Бондаря : зб. наук. пр. Харків. нац. пед. ун–т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2023. С. 77–80.

11. Драчова О. Ф. Конспекти занять з використанням ТРВЗ-технології для роботи з дітьми з розладами аутичного спектру. URL : https://surl.lu/mtkgpe (дата звернення: 20.08.2025).

12. Зайченко О. В. Корекційно-розвиткова програма «Емоційна регуляція для дітей з РАС». URL : https://surl.li/kpagsd (дата звернення: 15.08.2025).

13. Ігротерапія та корекційна робота з дітьми-аутистами. URL : https://surl.lu/uerxai (дата звернення: 15.08.2025).

14. Інструктивно-методичний лист «Організація навчально-виховного процесу в умовах інклюзивного навчання». URL : https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v-384736-12#Text (дата звернення: 15.07.2025).

15. Кірбі А. В., Морган Л., Хілтон К., «Аутизм і психічне здоров'я: роль ерготерапії», *Американський журнал ерготерапії* (AJOT), 24 березня 2023 р.77 (2). DOI : https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050303 (дата звернення: 15.08.2025).

16. Кіріллова А. О. Нейропсихологічний профіль дітей з розладами аутистичного спектра. *Габітус : науковий журнал*. 2024. Вип. 58. С. 267–271.

17. Коваленко Л. П. Особливості емоційної сфери дітей з інтелектуальними порушеннями та психокорекційні підходи. *Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти* : зб. наук. пр. за матеріалами ІІІ Всеукр. конф., (м. Харків, 13–14 трав. 2025 р.). Харків. нац. пед. ун–т ім. Г. С. Сковороди ; редкол.: Ю. Д. Бойчук (голов. ред.) та ін. Харків, 2025. С. 149–154.

18. Кольорові прогресивні матриці Равена. URL : https://surl.li/bxjfmz (дата звернення: 15.08.2025).

19. Компанець Н. М., Луценко І. В. Навчально-методичний посібник «Моделювання індивідуального розвитку дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного ДНЗ». Київ : 2017. 66 с.

20. Кузьмічова О. Методичні рекомендації щодо складання індивідуальної програми розвитку учня з особливими освітніми потребами. 2024. URL : https://surl.li/iiritg (дата звернення: 15.08.2025).

21. Кучеренко Є., Дмитрієва І. Особливості розвитку читацьких навичок гіперлексичного профілю у дітей з розладами аутистичного спектру. *Академічні візії,* (14). 2022. URL : https://www.academy–vision.org/index.php/av/article/view/144 (дата звернення: 14.09.2025).

22. Лимарь Т. Г. Ігрова діяльність як засіб формування комунікативних навичок у дітей з РАС. *The 11th International scientific and practical conference «European scientific discussions»* (September 12–14, 2021) Potere della ragione Editore, Rome, Italy. 2021. С. 145–149.

23. Лисенко І. В. Корекційно–розвивальні методики для роботи з дітьми з аутизмом (методичні рекомендації). Чернігів 2020. 78 с.

24. Мальцева О. В. Соціально-психологічний супровід дітей, які перебували в зоні збройного конфлікту. URL : https://journals.uran.ua/vsgf_pstu/article/download/320429/311018/742666 (дата звернення: 15.08.2025).

25. Методика «Профіль соціального розвитку дитини». URL : https://naurok.com.ua/socialniy–rozvitok–ditini–381049.html (дата звернення: 15.08.2025).

26. Методичні рекомендації «Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах закладу освіти». URL : https://surl.li/ppyrjezakladu–osvity (дата звернення: 20.10.2025).

27. Одот О. А. Семінар – практикум для педагогів: «Організація корекційно-розвивальної роботи з формування навичок соціальної гри у дітей з розладами аутистичного спектру та іншими ментальними порушеннями». URL : https://surl.li/xnhyuc (дата звернення: 15.08.2025).

28. Олексюк В. Р., Павелко О. П. Особливості розвитку та психокорекції пізнавальної сфери дітей з РАС: *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського.* Серія: Психологія. 2022. Том 33 (72) № 1. С.124–129.

29. Підтримка сімей, що виховують дітей з аутизмом: фонд «Голоси дітей» змінює спрямування програми. 2024. URL : https://surl.lu/rrmfwy (дата звернення: 15.08.2025).

30. Посібник із розладів аутистичного спектра. *Клініка Autism Clinic в OHSU Doernbecher's Child Development and Rehabilitation Center (CDRC).* URL : https://surl.li/iwlmvm (дата звернення: 11.09.2025).

31. Про затвердження та впровадження медико–технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при розладах аутистичного спектра : Наказ Міністерство охорони здоров'я України від 15.06.2015 №341. URL : https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0341282–15#Text (дата звернення: 14.10.2025).

32. Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії. URL : https://surl.lu/dibqmm (дата звернення: 01.08.2025).

33. Розлади психічного розвитку (F80-F89). URL : https://micto.ua/khvoroby/rozlady-psykhichnoho-rozvytku/ (дата звернення: 14.10.2025).

34. Розмальовки Мандали. URL : https://surl.li/cmmkhy (дата звернення: 15.08.2025).

35. Синьов В. М., Бистрова Ю. О., Коваленко В. Є., Бистров А. Є. Висвітлення проблеми емоційно–поведінкових порушень в осіб з інтелектуальною недостатністю в українській психолого–педагогічній науці. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки.* 2019. Вип. 13. С. 242–256.

36. Скрипник Т. В. Діти з аутизмом в інклюзії: сценарії успіху : монографія. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2019. 208 с.

37. Скрипник Т. В. Стандарти психолого–педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра : навч.–метод. посіб. Київ : «Гнозіс», 2013.60 с.

38. Скрипник Т. Освіта аутистів : від міфу до реальності : навчально–наочний посіб. Київ : «Гнозіс», 2014. 251 с.

39. Скрипник Т. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі: навчально-наочний посіб. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 56 с.

40. Славінська Ж. В. Картки для роботи з дітьми з розладами аутичного спектру. URL: https://surl.li/iexfet (дата звернення: 15.08.2025).

41. Супрун Г. В., Сантай О. В. Особливості становлення соціальних навичок у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом. *The 9th International scientific and practical conference «Modern research in world science»* (November 28–30, 2022) SPC «Sci–conf.com.ua», Lviv, Ukraine. 2022. С. 969–975.

42. Таран О. П. Психологічний супровід батьків дітей з розладами аутистичного спектра: проблеми та перспективи *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2021. С. 291–296.

43. Ходанович Е. М. Психолого-педагогічна класифікація поведінкових особливостей дітей із розладами аутистичного спектра. Політ. *Сучасні проблеми науки за напрямом «Гуманітарні науки» :* тези доп. XXIV Міжнар. наук.-практ. конф. здобувачів вищої освіти і молодих учених (м. Київ, квітень 2024 р.). К., 2024. С. 147–148.

44. Ходанович Е. Особливості надання психологічної допомоги в соціалізації особам з розладами аутистичного спектру (РАС) в умовах війни. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень* : тези доп. XXIV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, квітень 2024 р.). Київ, 2024. С. 279–284.

45. Ходанович Е., Носова К. Етапи соціально-психологічної реабілітації дітей вимушених переселенців з розладами аутистичного спектру в умовах військового стану. *Авіаційна та екстремальна психологія у контексті технологічних досягнень :* тези доп. XXIV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, квітень 2024 р.). К., 2024. С. 285–288

46. Чеботарьова О. В., Блеч Г. О., Гладченко І. В., Трикоз С. В., Сухіна І. В., Ярмола Н. А. Психолого–педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями : навчально–методичний посібник. Київ, ІСПП імені Миколи Ярмченка НАПН України, 2018. 123 с.

47. Чучман Н. Є. Опитувальник M–CHAT–R – скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку. URL : https://surl.li/ychhcp (дата звернення: 15.08.2025).

48. Шевчук В. В. Теоретичні засади дослідження психологічного супроводу батьків, які виховують дітей з комплексними порушеннями розвитку. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. Психологія. 2023. № 3 (59). С. 39–44.

49. Шевчук В. В., Гресь К.О. Наукові основи вибору діагностичних методик дослідження дітей з різним ступенем аутизму. *Наукові перспективи*. 2025. № 5 (59). С. 2280–2292.

50. Якщо у вашої дитини розлади аутистичного спектра: Керівництво для батьків розроблене в рамках проєкту Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) за підтримки Уряду Німеччини через Німецький банк розвитку (KfW). URL : https://www.unicef.org/ukraine/media/13506/file/Autism%20spectrum%20disorders.pdf (дата звернення: 14.10.2025).

51. Ярмола Н., Коваль-Бардаш Л., Компанець Н., Квітка Н., Лапін А. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі : навчально-методичний посібник. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.

52. 100–днів–аутизм : посібник. Переклад Тимошенко Є. О. URL : https://surl.li/jutwxu (дата звернення: 06.06.2025).

53. Applied Behavior Analysis. URL : https://surl.li/cztbco (дата звернення: 01.08.2025).

54. Autism Resources for Teachers – Autism Resources. URL : https://surl.li/ofrysw (дата звернення: 01.08.2025).

55. Autism spectrum disorder (ASD). URL : https://www.autismspeaks.org/what-autism (дата звернення: 15.08.2025).

56. Autism spectrum disorder. URL : https://surli.cc/clhfmk (дата звернення: 20.10.2025).

57. Engel K.S., Ehri L.C. Reading Comprehension Instruction for Young Students with Autism: Forming Contextual Connections. *J Autism Dev Disord.* 51, 2021. P. 1266–1280.

58. How child psychologists can assist with autism spectrum disorder diagnosis and treatment. URL : https://surl.lu/ejuihz (дата звернення: 14.10.2025).

59. MusicTraces: A collaborative music and paint activity for autistic people. URL : https://arxiv.org/abs/2402.06043 (дата звернення: 15.08.2025).

60. Pivotal Response Treatment (PRT). URL : https://www.autismspeaks.org/pivotal–response–treatment–prt (дата звернення: 12.08.2025).

61. Relationship Development Intervention (RDI). URL : https://www.autismspeaks.org/relationship–development–intervention–rdi (дата звернення: 01.08.2025).

62. Test Yourself with Raven’s Progressive Matrices – Sample Questions & Answers for SPM and APM. URL : https://www.jobtestprep.co.uk/ravens–progressive–matrices (дата звернення: 15.08.2025).

63. The Coloured Progressive Matrices Test (CPM): Essential Tips for Your 2025 Exam. URL : https://www.jobtestprep.co.uk/ravens–coloured–progressive–matrices (дата звернення: 01.08.2025).

64. Treatment and Intervention for Autism Spectrum Disorder. 2024. URL : https://www.helpguide.org/mental-health/autism/autism-treatments-therapies-interventions (дата звернення: 14.10.2025).

65. Treatment and Intervention for Autism Spectrum Disorder. URL : https://surl.li/cbjrum (дата звернення: 15.08.2025).

66. Types of Therapy for Autism: 5 Options for Kids with Autism. URL : https://surl.li/swdpzu (дата звернення: 15.08.2025).

67. What is Applied Behavior Analysis? URL : https://surli.cc/wpuxjh (дата звернення: 01.08.2025).

68. What is Applied Behavior Analysis? URL : https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis (дата звернення: 15.08.2025).

69. What is RDI for Autism? URL: https://www.rdiconnect.com/about–rdi/ (дата звернення: 05.08.2025).

70. What is Speech Therapy? URL : https://www.autismspeaks.org/speech-therapy (дата звернення: 15.08.2025).

71. Yue Lyu, Pengcheng An, Huan Zhang, Keiko Katsuragawa, Jian Zhao Designing AI–Enabled Games to Support Social–Emotional Learning for Children with Autism Spectrum Disorders. 2024. URL : https://arxiv.org/abs/2404.15576 (дата звернення: 01.08.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика М–CHAT–R Чучман Н. Є. Опитувальник М–CHAT–R – скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку [42]

Скринінговий тест на аутизм, MCHAT–R, призначений для раннього виявлення ризику розладів аутичного спектру у дітей, зокрема у віці від 16 до 30 місяців. Цей тест не ставить остаточний діагноз, але допомагає визначити, чи потрібне дитині подальше обстеження у спеціаліста.

Опитувальник М–CHAT–R

Будь ласка, дайте відповіді на наступні запитання про Вашу дитину. Подумайте про те, як зазвичай поводить себе дитина. Якщо Ви спостерігали подібну поведінку в дитини кілька разів, але зазвичай вона так себе не поводить, то, будь ласка, відповідайте «Ні». Відмітьте «Так» або «Ні» біля кожного запитання. Щиро дякуємо.

№	Запитання опитувальника М–CAT–R	Так	Ні
1	2	3	4
1	Якщо ви показуєте на щось у іншому кінці кімнати, ваша дитина на це дивиться ? (наприклад: ви показуєте на іграшку чи тварину – дитина дивиться на іграшку чи тварину)		
2	Ви коли–небудь припускали (підозрювали), що ваша дитина може бути глухою?		
3	Ваша дитина грає в уявні чи сюжетно–рольові ігри? (наприклад: дитина вдає, що п’ є з порожньої чашки, що розмовляє по телефону, нібито, годує ляльку чи плюшеву іграшку)		
4	Дитині подобається вилазити на різноманітні предмети? (наприклад: полюбляє залізати на меблі, на обладнання дитячого майданчика, сходи)		
5	Ваша дитина робить незвичні рухи пальцями перед очима? (наприклад: перебирає пальцями перед очима)		
6	Дитина вказує пальцем, щоб щось попросити чи отримати допомогу?(наприклад: вказує пальчиком на смаколик чи іграшку, до якої не може дістати)		
7	Дитина показує пальцем, щоб звернути увагу на щось цікаве? (наприклад: показує пальцем на літак в небі чи на велику вантажівку на дорозі.)		
8	Дитина цікавиться іншими дітьми? (наприклад: спостерігає за іншими дітьми посміхається їм, йде до них)		
9	Дитина приносить предмети і піднімає їх, щоб показати вам – не для того, щоб отримати допомогу, а просто щоб поділитися? (наприклад: показує вам квітку, м’яку іграшку чи машинку)		

Продовження Додатку А

1	2	3	4
10	Дитина відгукується, коли ви кличите її на ім’ я ? (наприклад: дивиться на вас; говорить чи лепече, припиняє робити те, чим займалася, коли ви кличете її (його) на ім’ я)		
11	Коли ви посміхаєтесь дитині, вона посміхається у відповідь?		
12	Дитині не подобаються побутові шуми? (наприклад: дитина починає кричати чи плакати від шуму пилососа чи гучної музики)		
13	Дитина вміє ходити?		
14	Дитина дивиться вам в очі, коли ви говорите до неї, граєтесь із нею або вдягаєте її?		
15	Дитина намагається копіювати те, що ви робите? (наприклад: махає до побачення, плескає в долоні, видає смішні звуки, коли ви це робите)		
16	Якщо ви озирнетеся і подивитесь на щось, ваша дитина озирнеться, щоб побачити, на що ви дивитесь?		
17	Дитина намагається зробити так, щоб ви подивилися на неї? (наприклад: дивиться на вас, очікуючи на похвалу, або каже «дивись» чи «подивись на мене»)		
18	Дитина розуміє, коли ви кажете їй зробити щось? (наприклад: якщо ви не будете нічого показувати руками, дитина зрозуміє такі фрази як «поклади книгу на стілець» або «принеси мені ковдру»)		
19	Коли стається щось незвичне, дитина дивиться на ваше обличчя, щоб зрозуміти, як ви до цього ставитесь? (наприклад: якщо дитина чує дивний чи незвичний звук або бачить нову іграшку, вона дивиться на ваше обличчя)		
20	Вашій дитині подобаються рухливі заняття? (наприклад: коли її гойдають на гойдалці чи розгойдують на колінах)		

Підрахунок балів ведеться шляхом співставлення їх з ключем:

1 – Так/	6 – Так/	11 – Так/	16 – Так/
2 – Ні/	7 – Так/	12 – Ні/	17 – Так/
3 – Так/	8 – Так/	13 – Так/	18 – Так/
4 – Так /	9 – Так/	14 – Так/	19 – Так/
5 – Ні/	10 – Так/	15 – Так/	20 – Так/

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ: Алгоритм підрахунку результатів

Для всіх запитань, за виключенням запитань 2, 5 і 12, відповідь «Ні» вказує на ризик РАС. Для запитань 2, 5 і 12 відповідь «Так» вказує на ризик РАС. Наступний алгоритм дозволяє більш ефективно використовувати психометричні можливості M–CHAT–R:

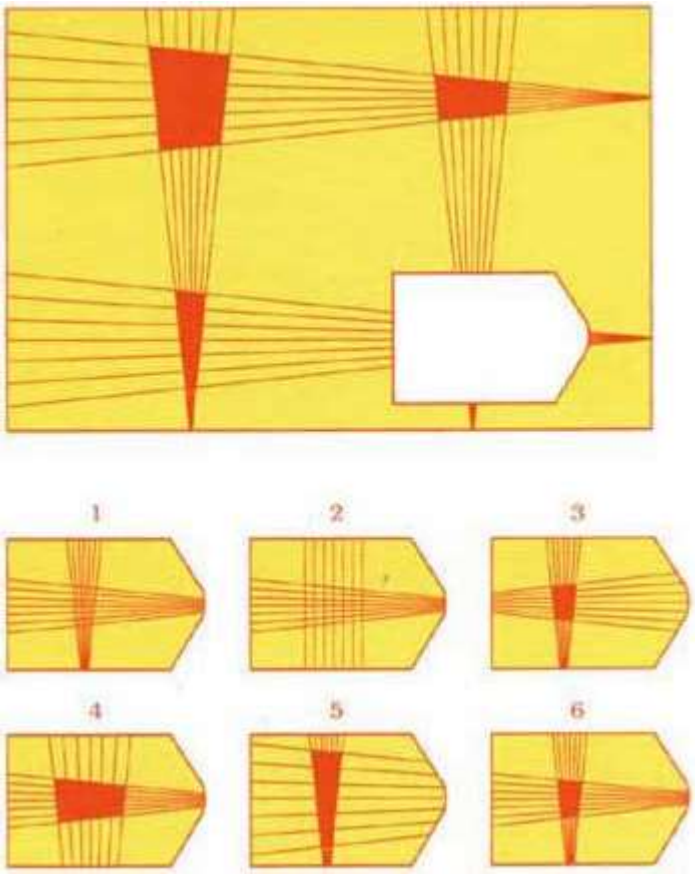
НИЗЬКИЙ РИЗИК: Загальний результат – 0–2 бали. Якщо дитина молодша 24 місяців, то рекомендовано провести повторне заповнення опитувальника після двох років. Якщо спостереження не вказує на ризик РАС, то ніяких подальших дій не вимагається.

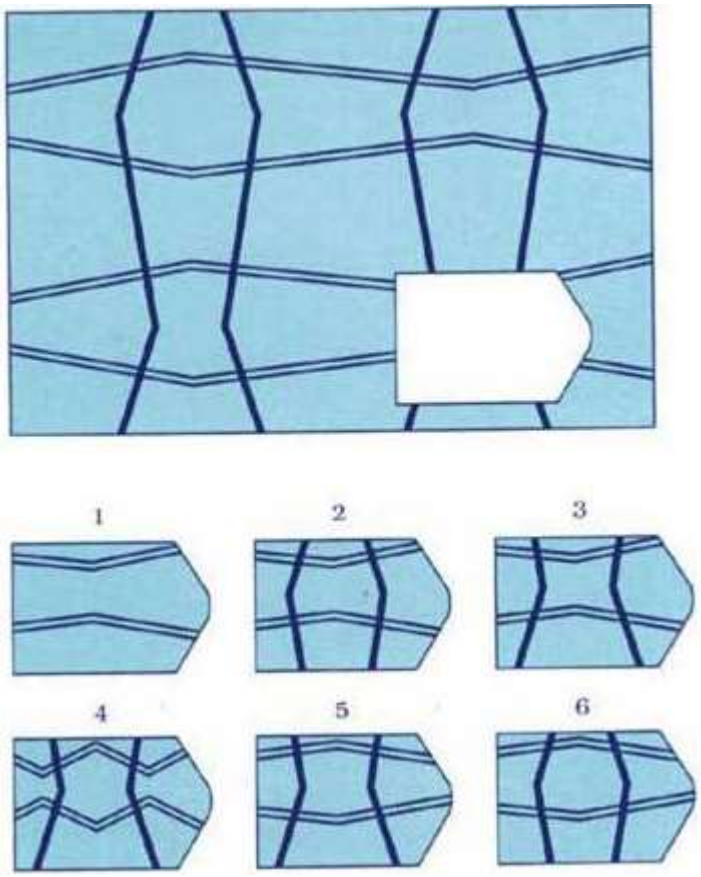
СЕРЕДНІЙ РИЗИК: Загальний результат – 3–7 балів. Обговоріть результати тесту з педіатром, попросіть його прокоментувати вашу анкету. Рекомендується провести подальше інтерв'ю з батьками щоб зібрати додаткову інформацію про реакції дитини, які вказують на підвищений ризик. Визначте потребу додаткового обстеження.

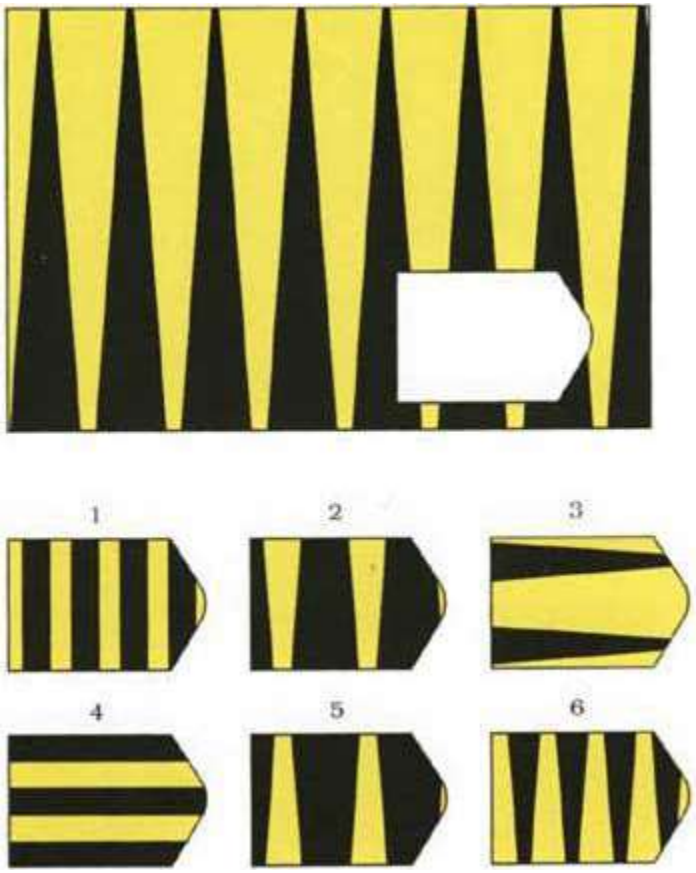
ВИСОКИЙ РИЗИК: Загальний результат – 8–20 балів. В даному випадку потрібно негайно скерувати дитину на діагностичне обстеження, а також на обстеження для відбору до програми раннього втручання.

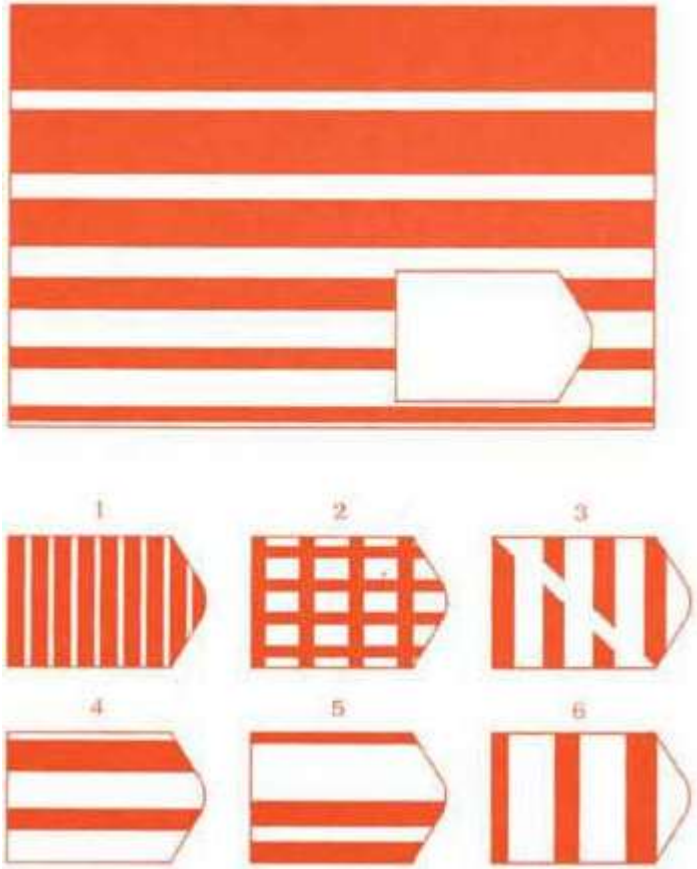
Додаток Б

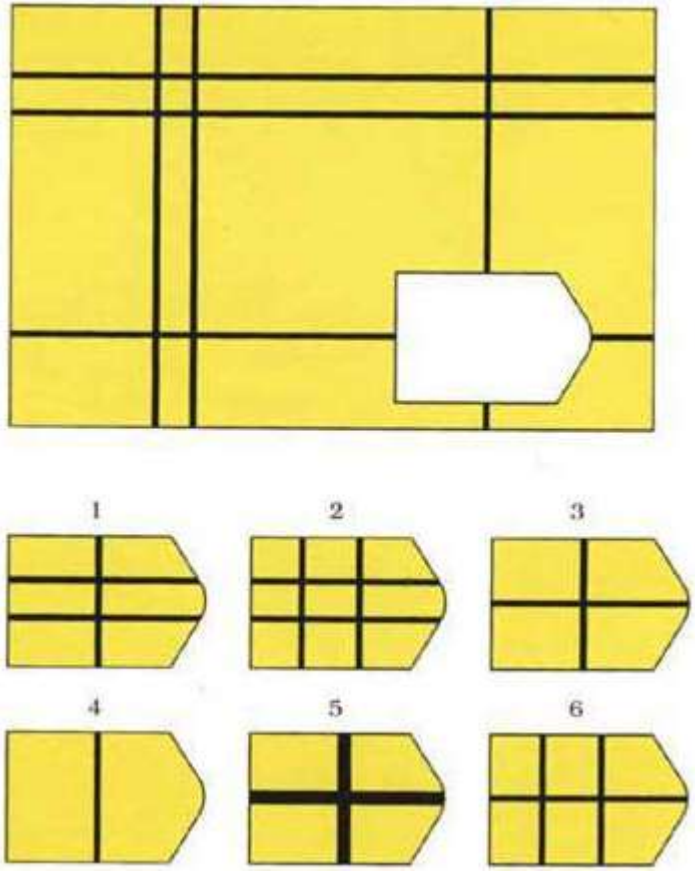
Кольорові прогресивні матриці Равена

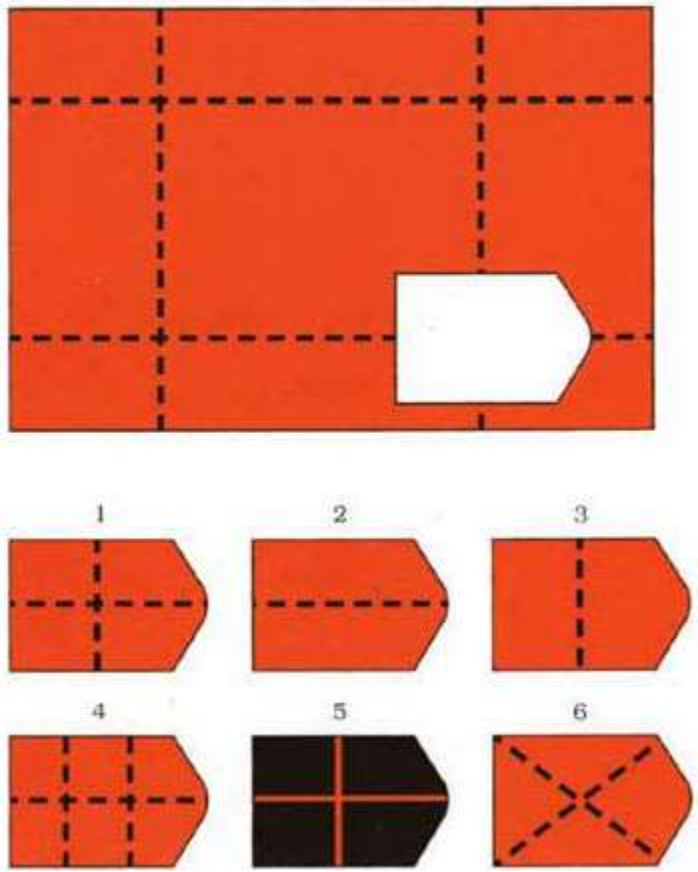

1
2
3
4
5
6

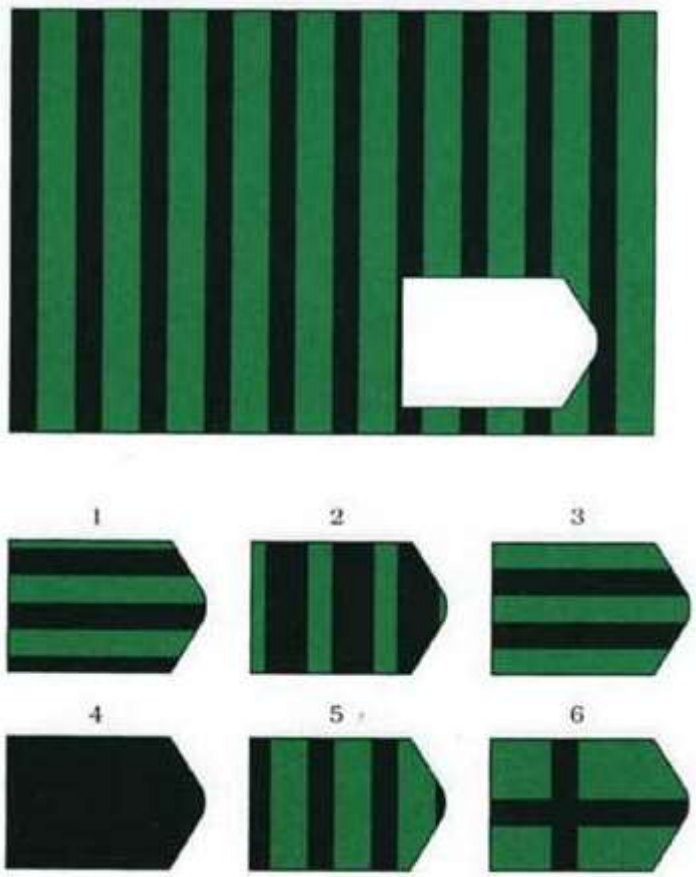

1
2
3
4
5
6

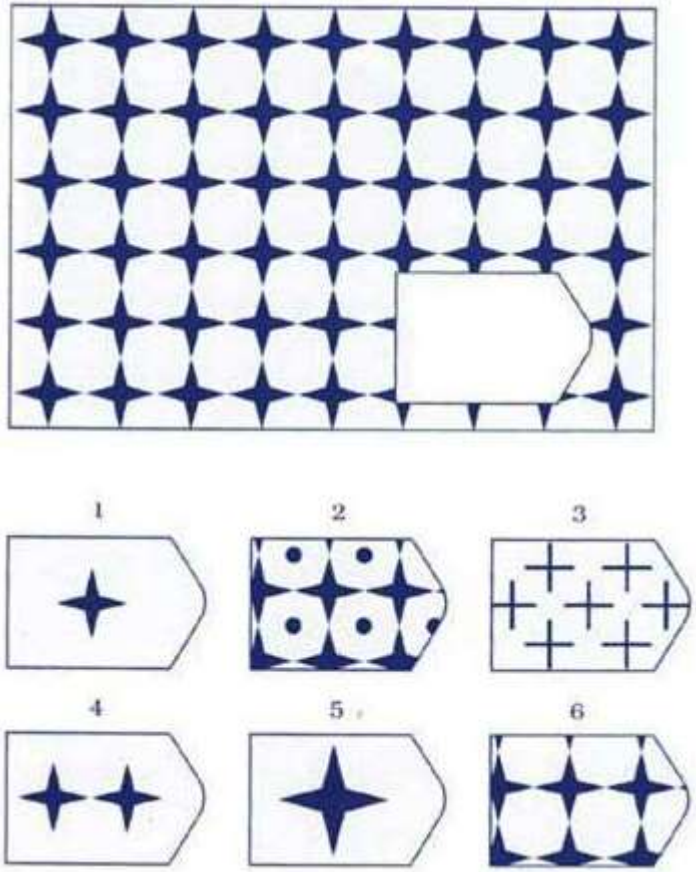

1
2
3
4
5
6

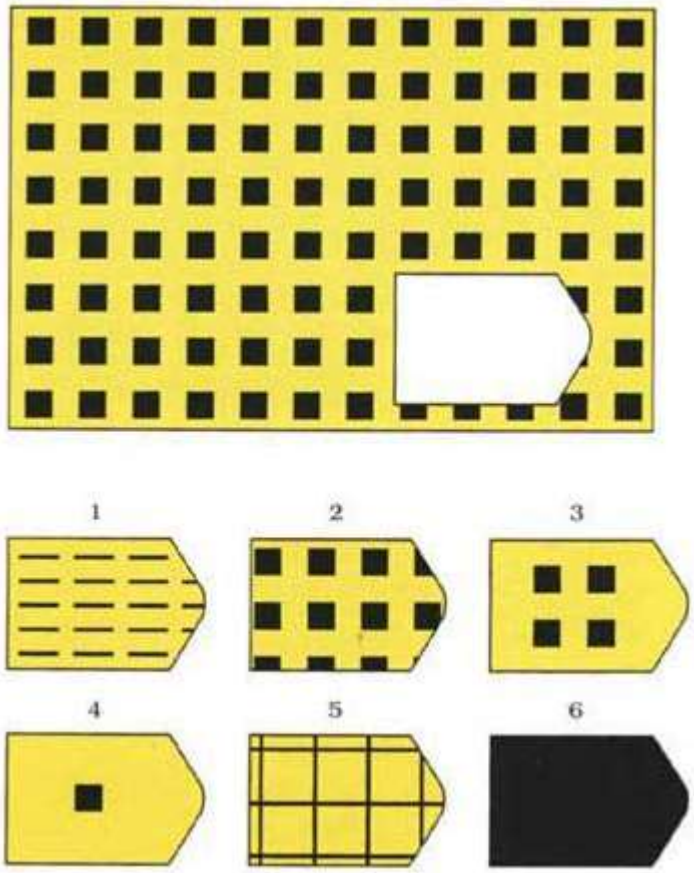

1
2
3
4
5
6

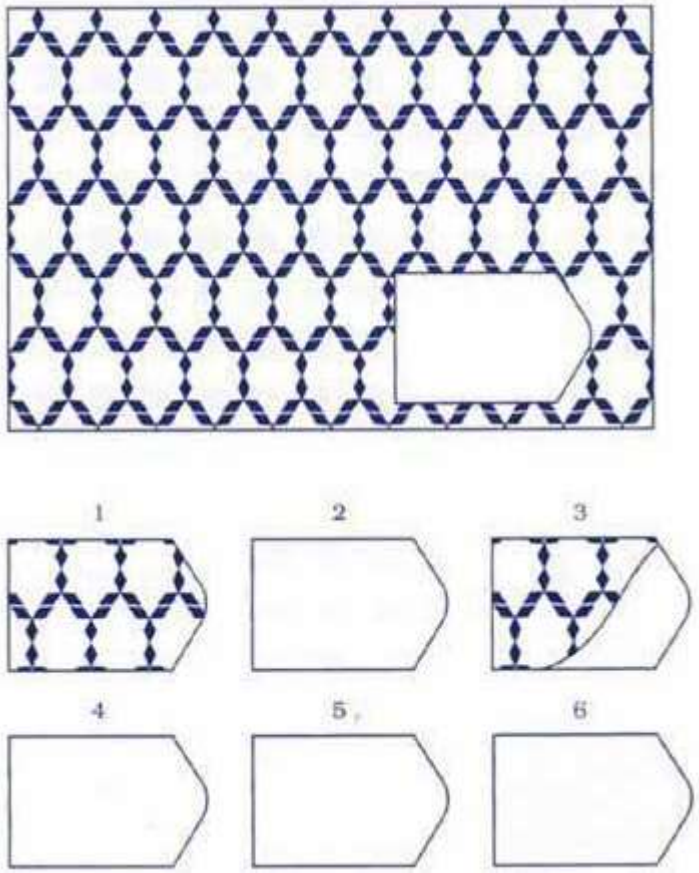

1
2
3
4
5
6

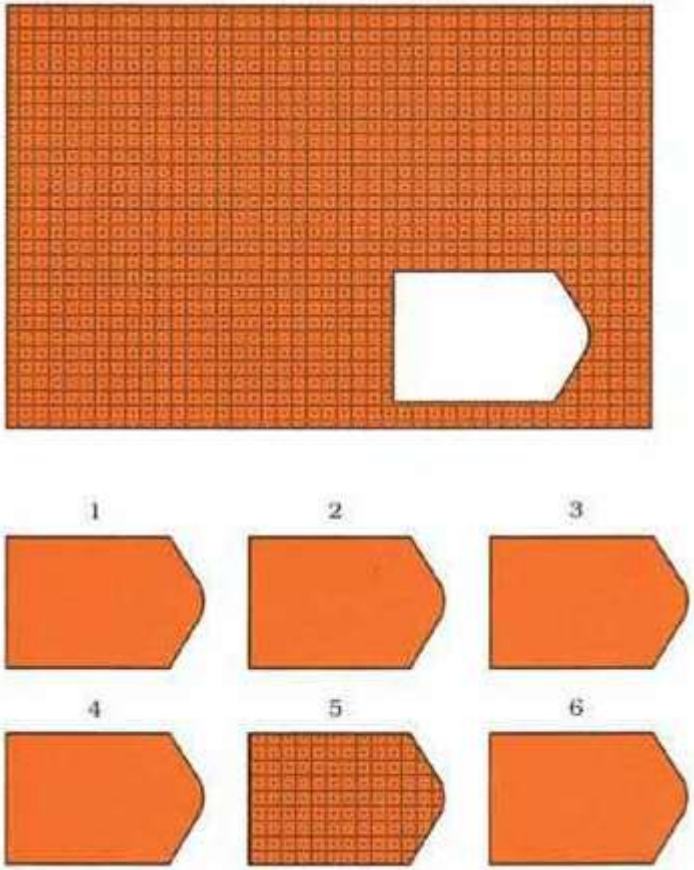

1
2
3
4
5
6

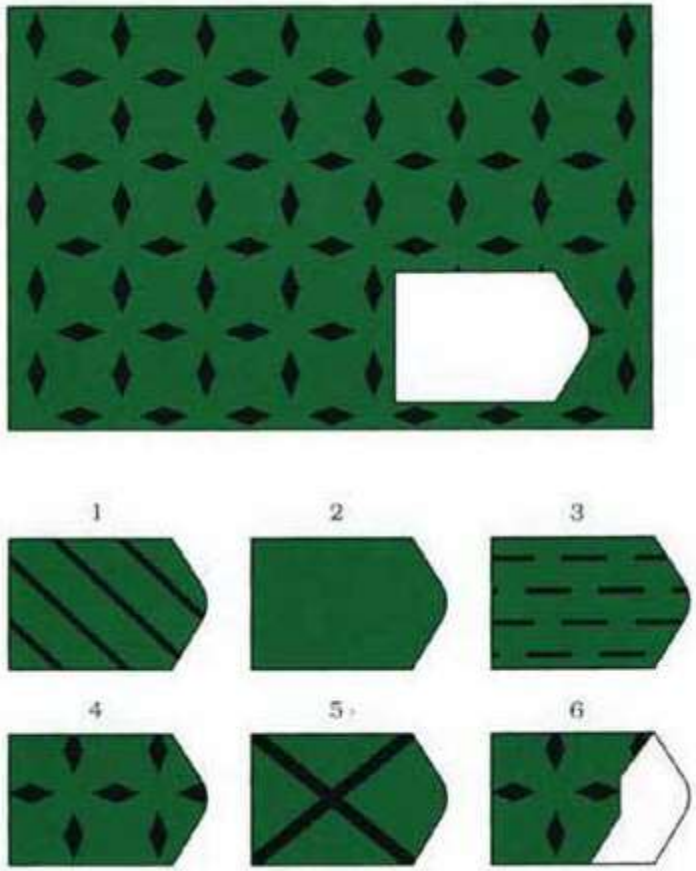

1
2
3
4
5
6

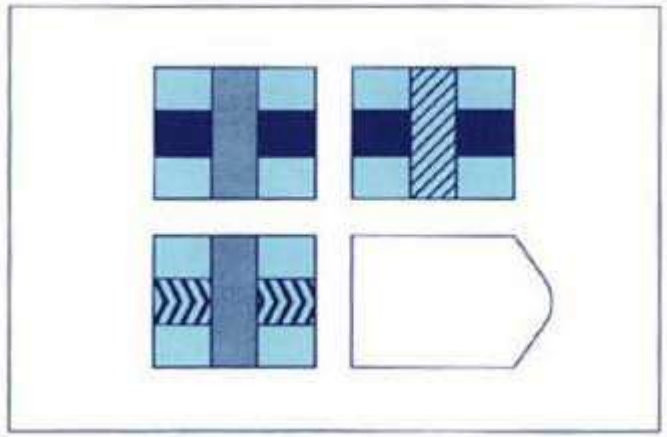

1
2
3
4
5
6

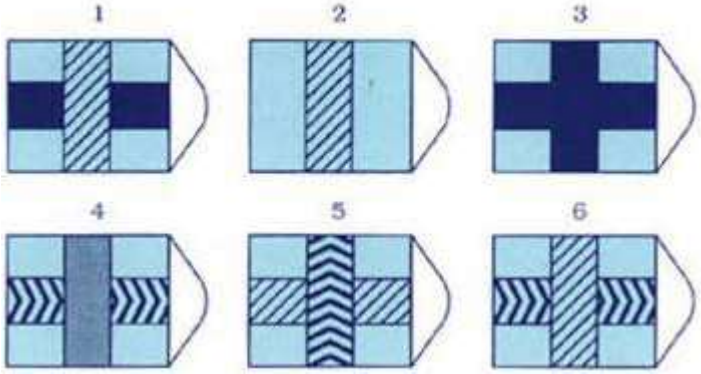

1
2
3
4
5
6

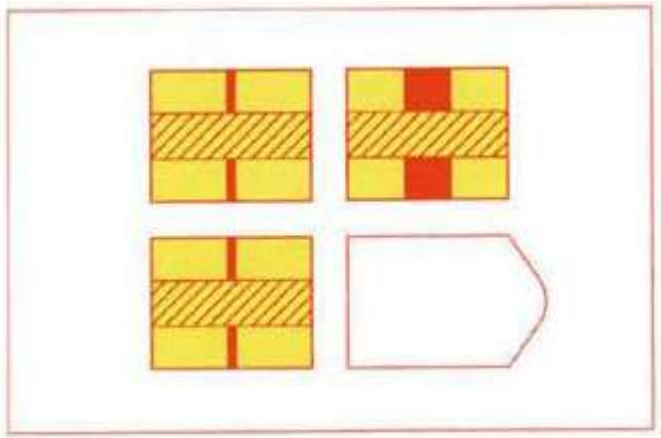

1
2
3
4
5
6

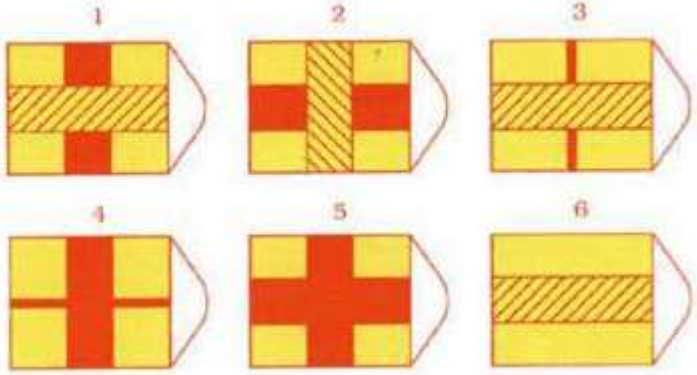

1
2
3
4
5
6

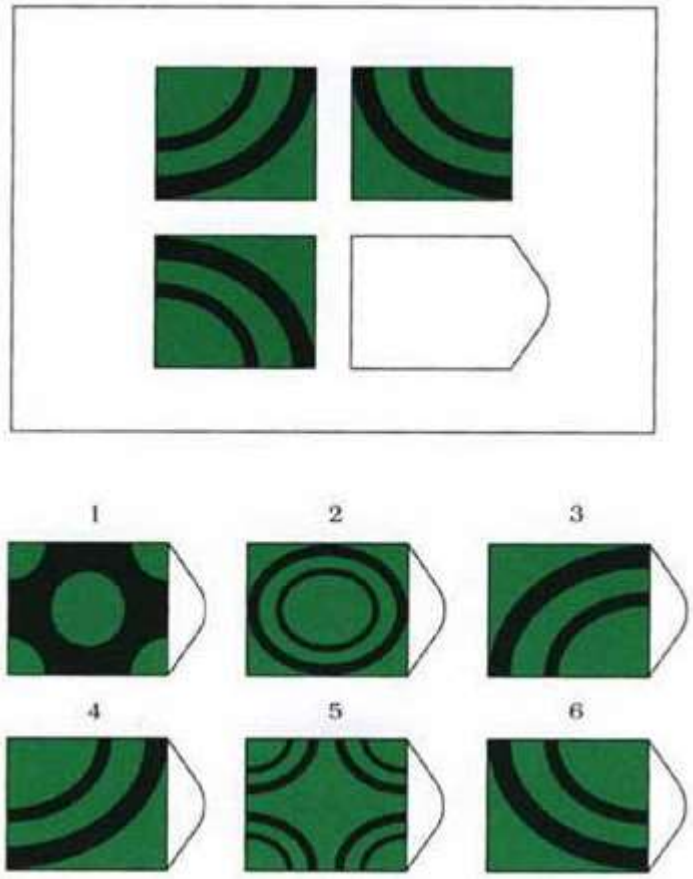

1
2
3
4
5
6

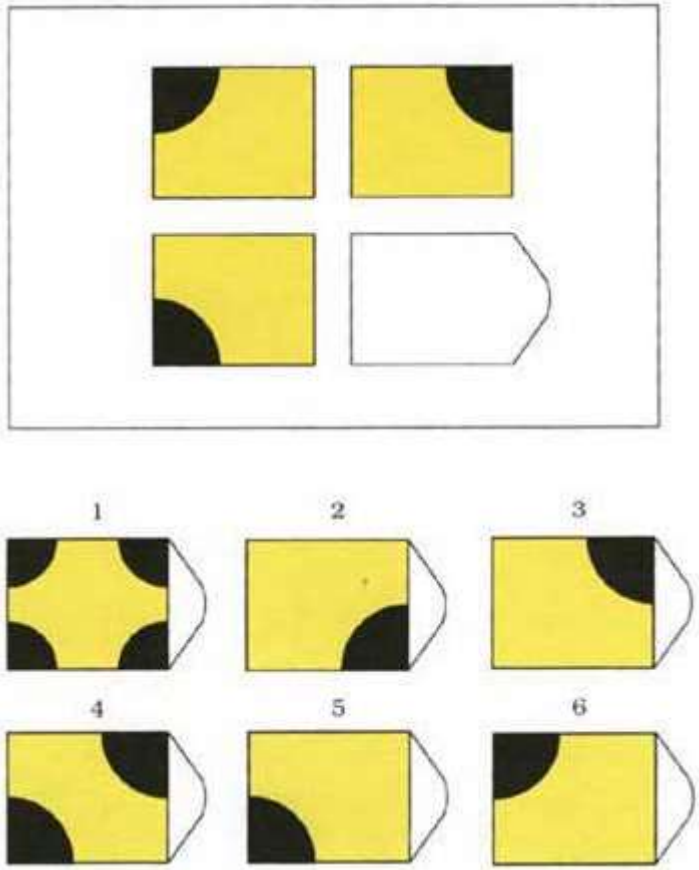


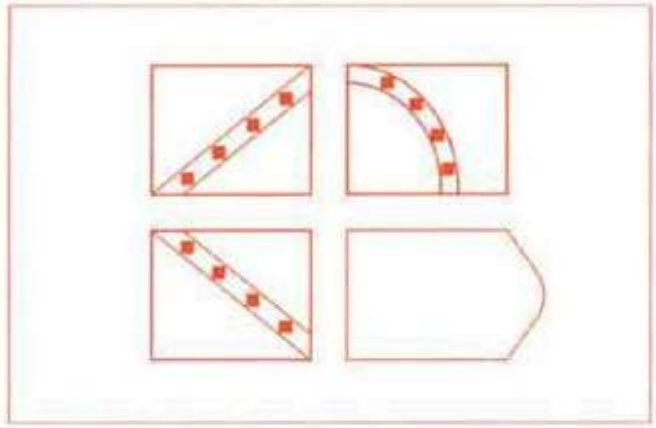

1
2
3
4
5
6

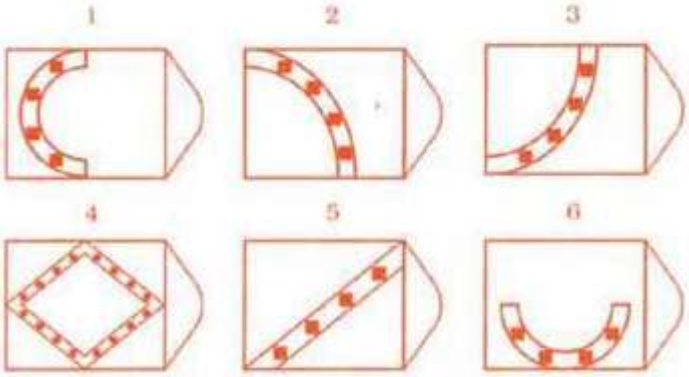


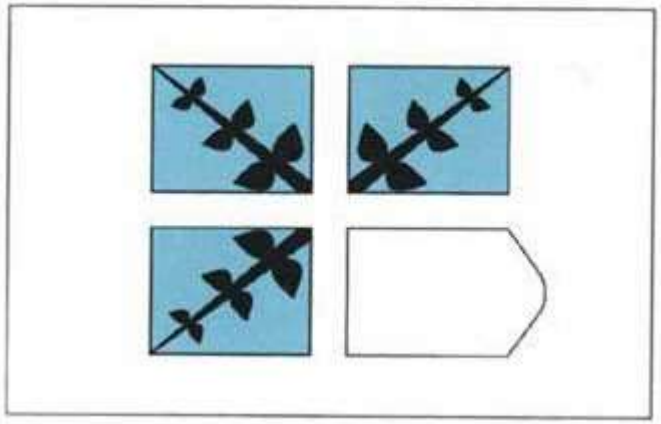

1
2
3
4
5
6

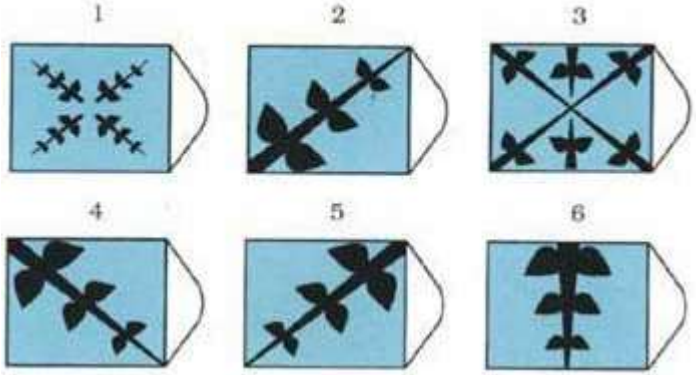

1
2
3
4
5
6

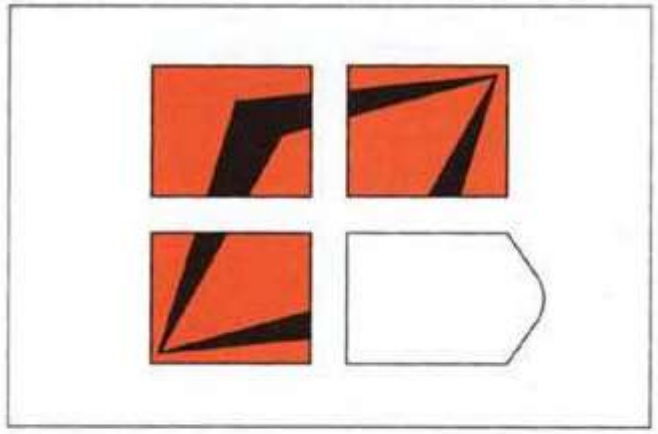

1
2
3
4
5
6

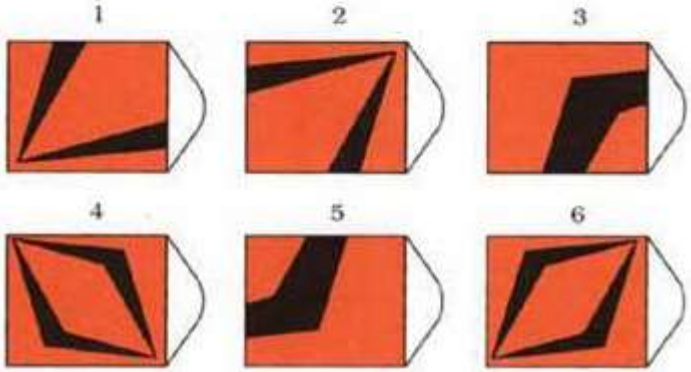


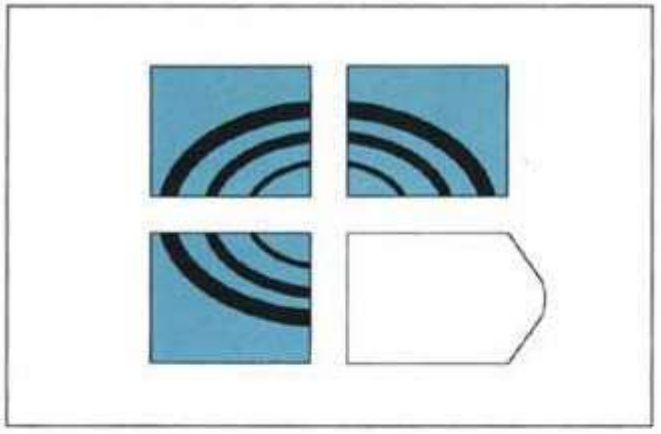

1
2
3
4
5
6

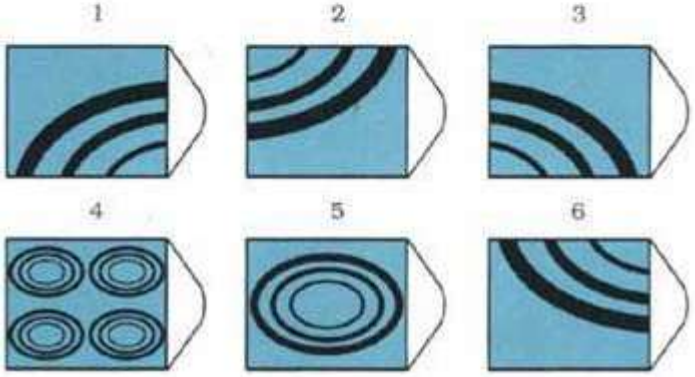


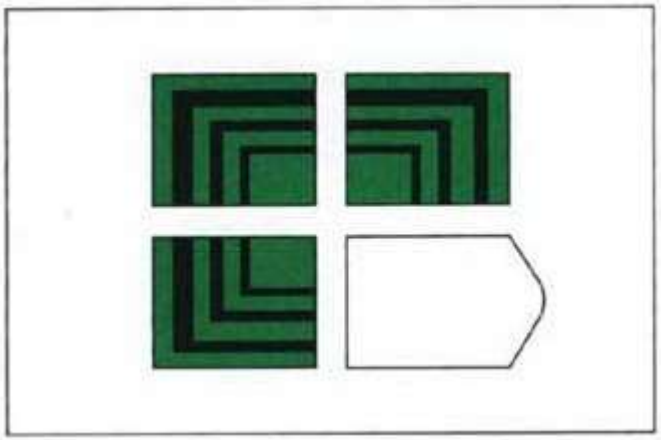

1
2
3
4
5
6

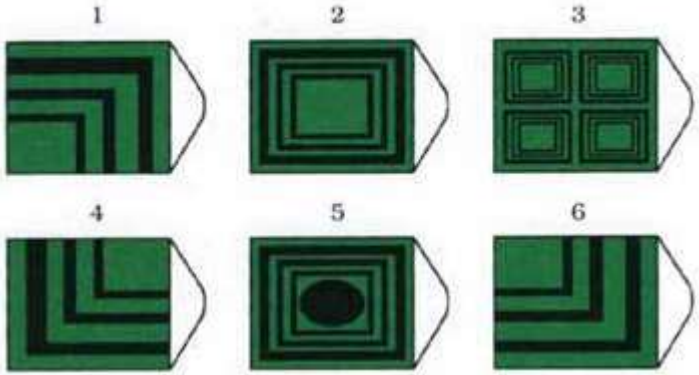


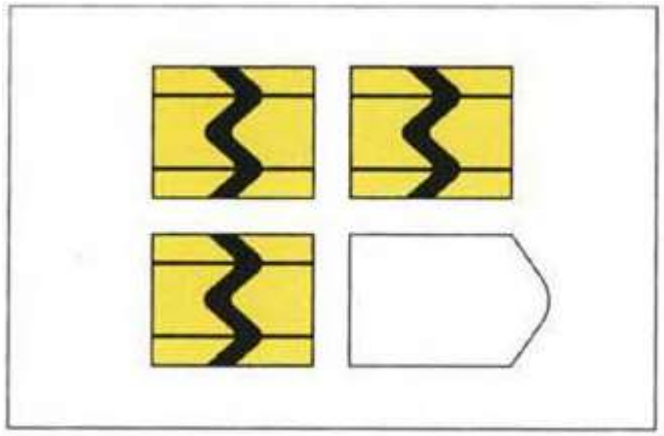

1
2
3
4
5
6

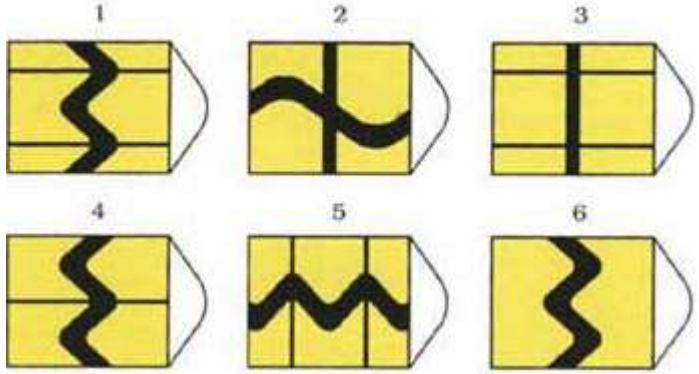


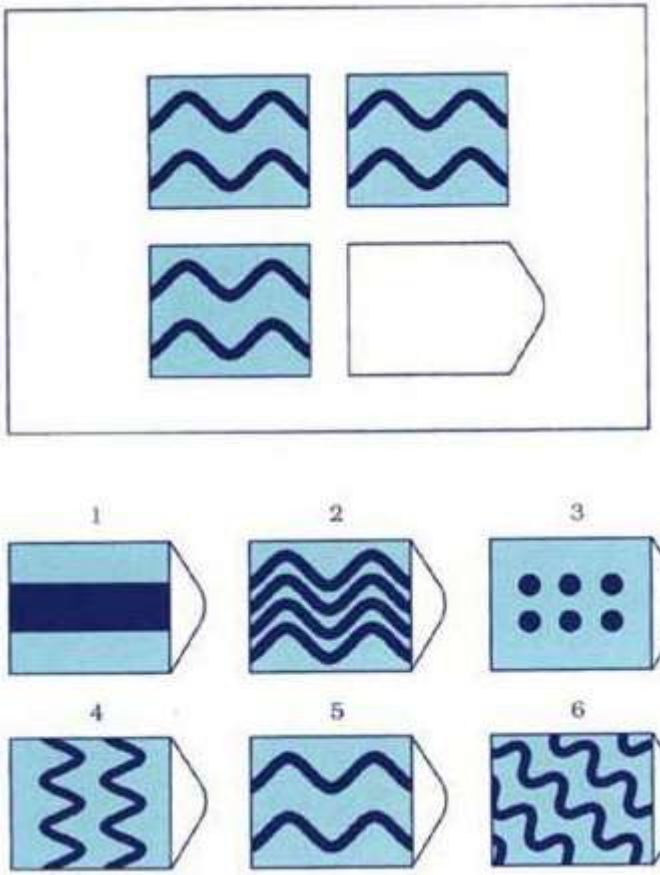

1
2
3
4
5
6

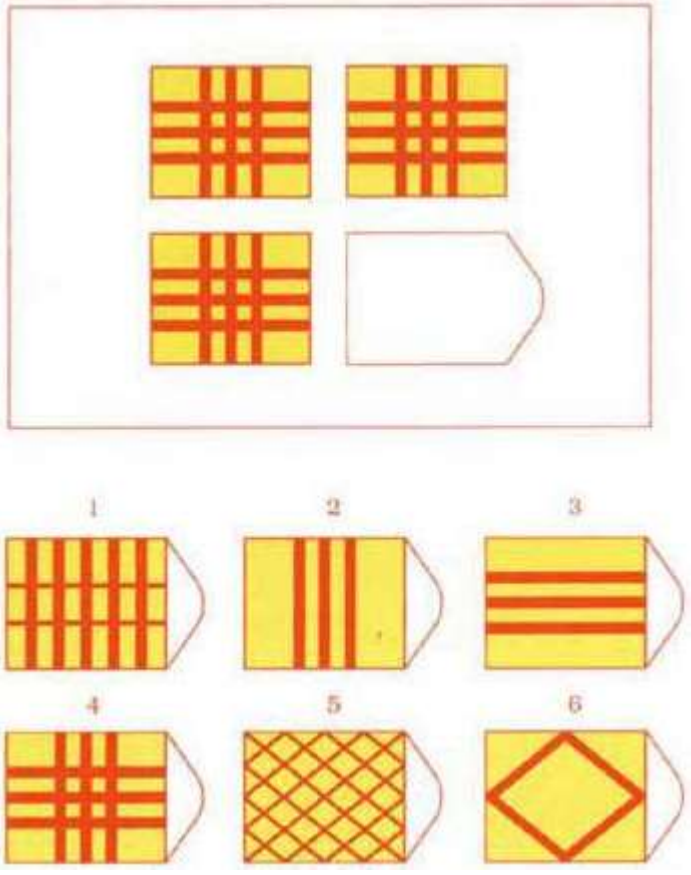


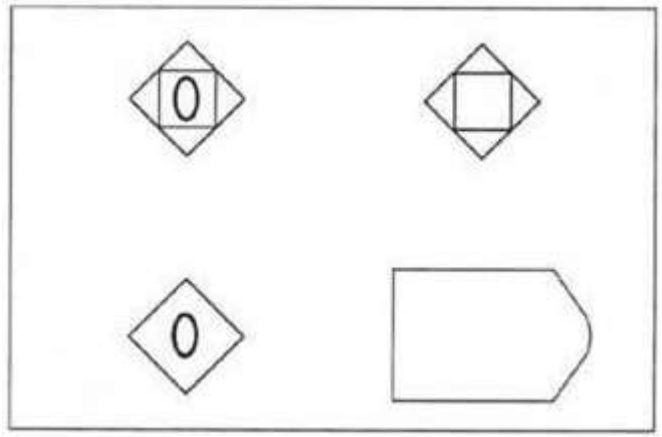

1
2
3
4
5
6

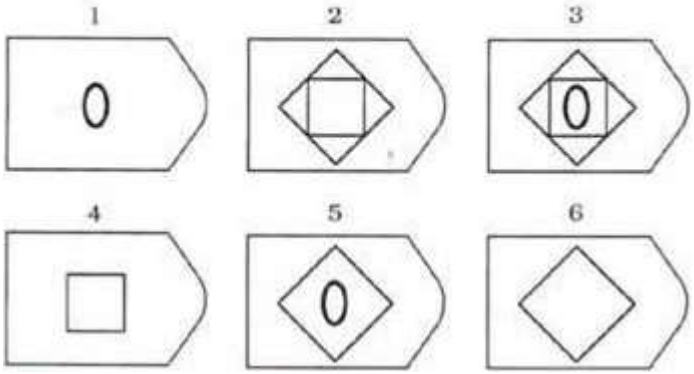


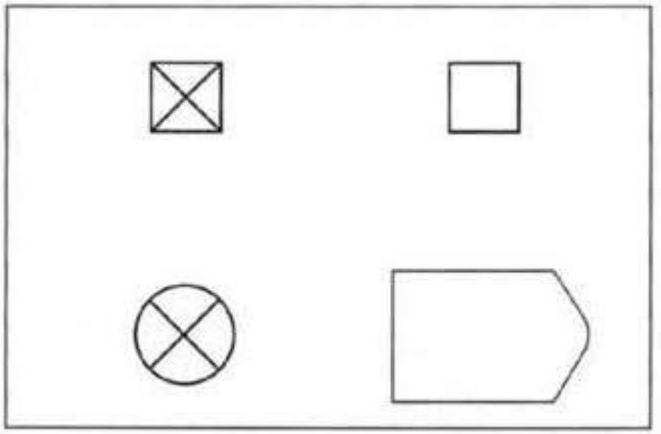

1
2
3
4
5
6

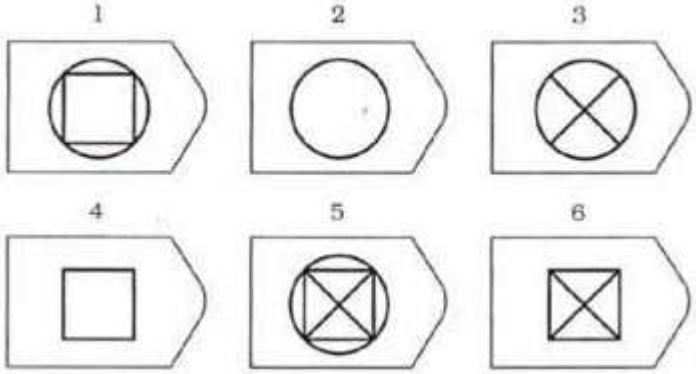

1
2
3
4
5
6

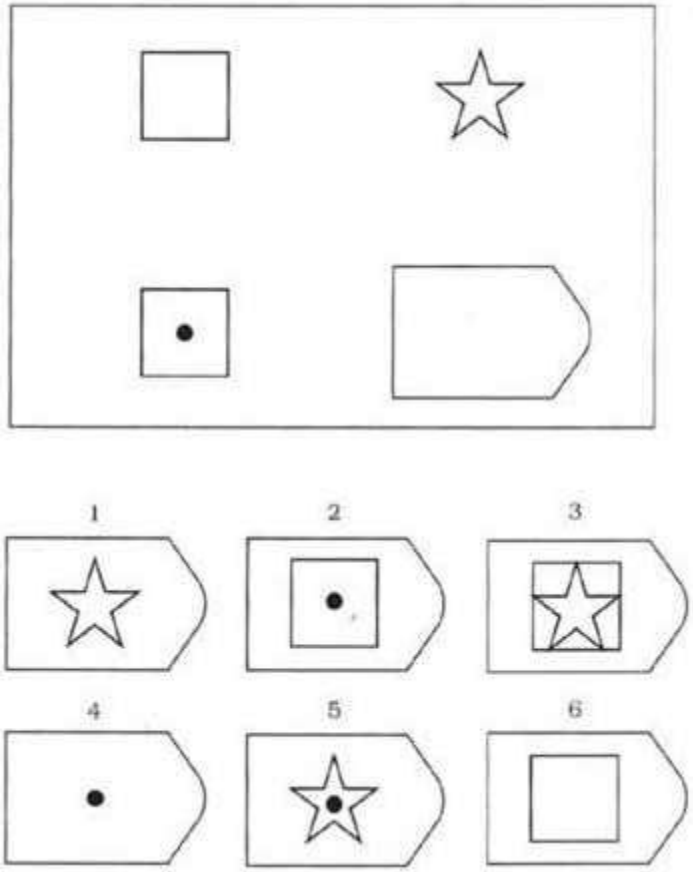

1
2
3
4
5
6



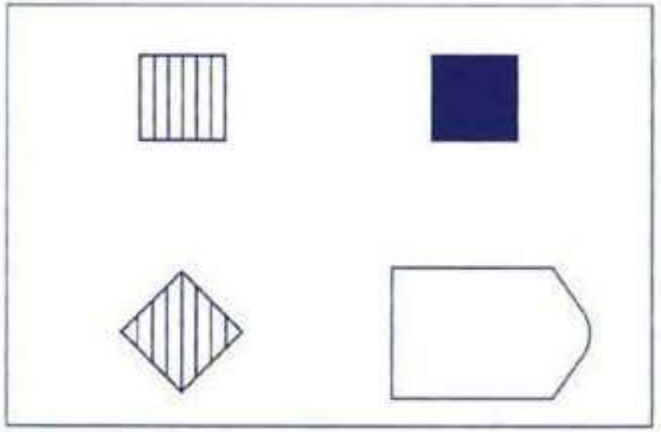

1
2
3
4
5
6

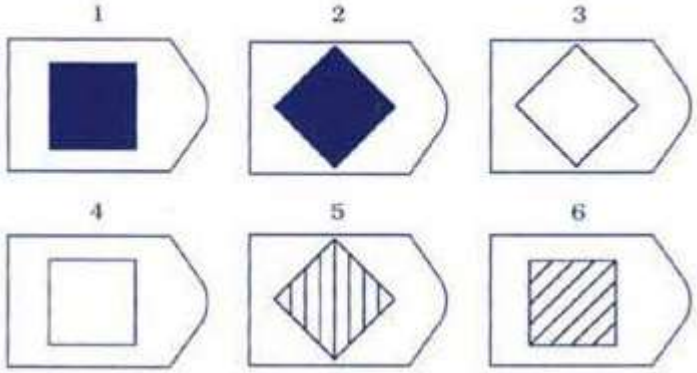


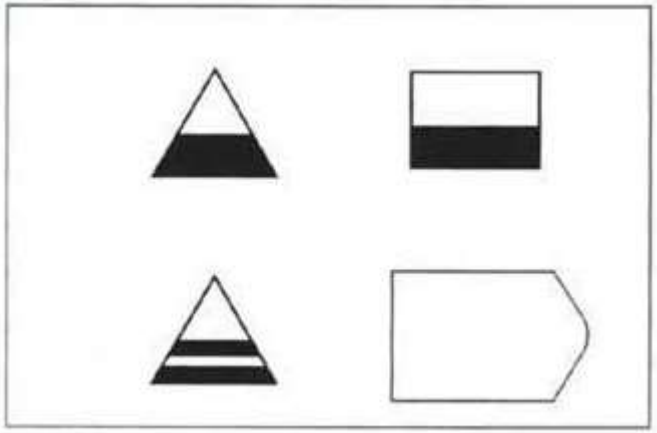

1
2
3
4
5
6

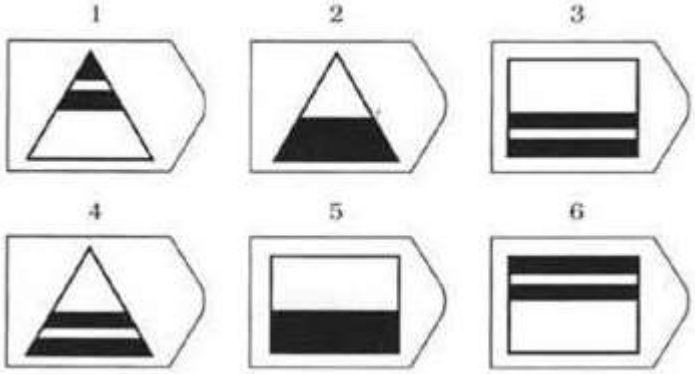


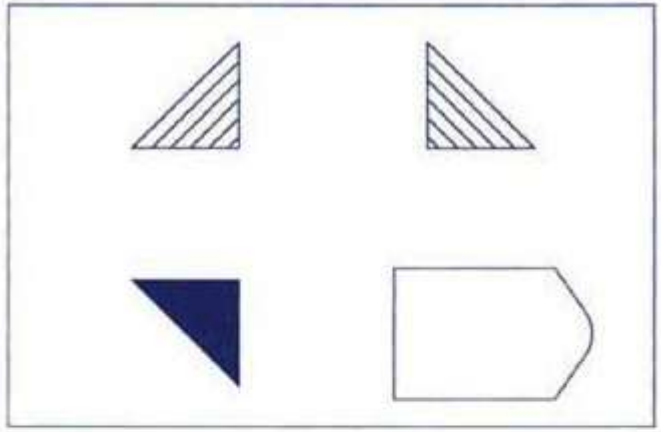
1
2
3
4
5
6

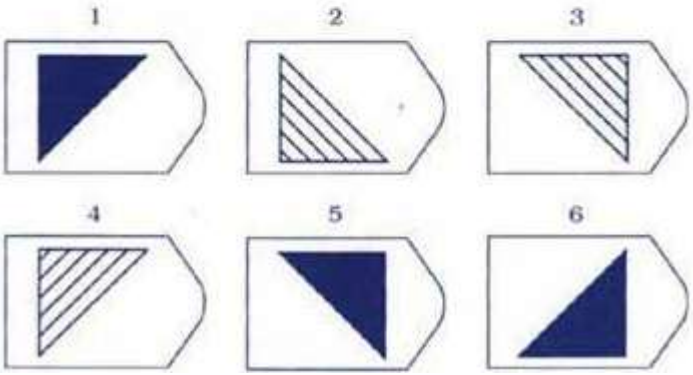


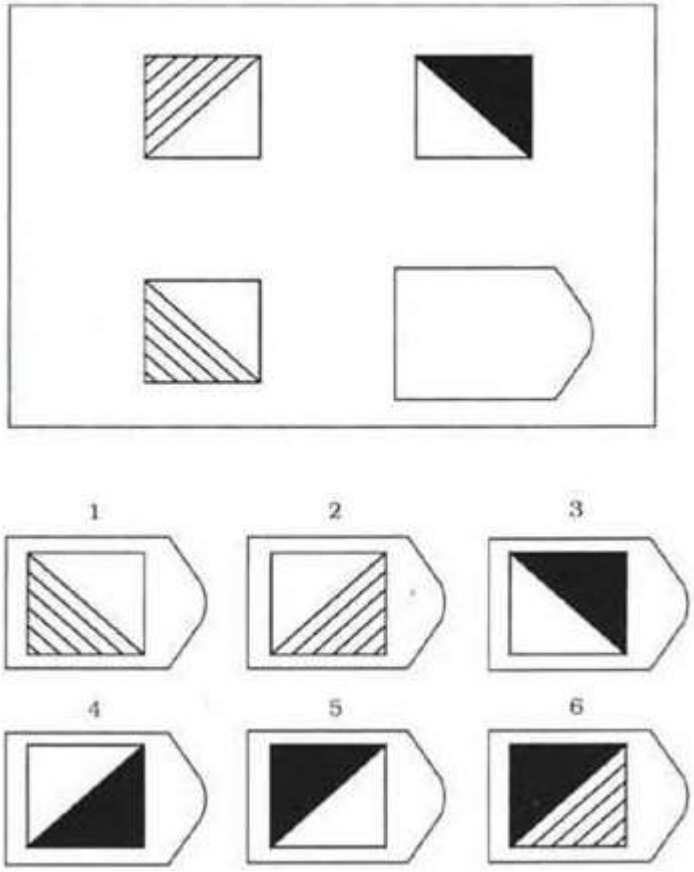

1
2
3
4
5
6

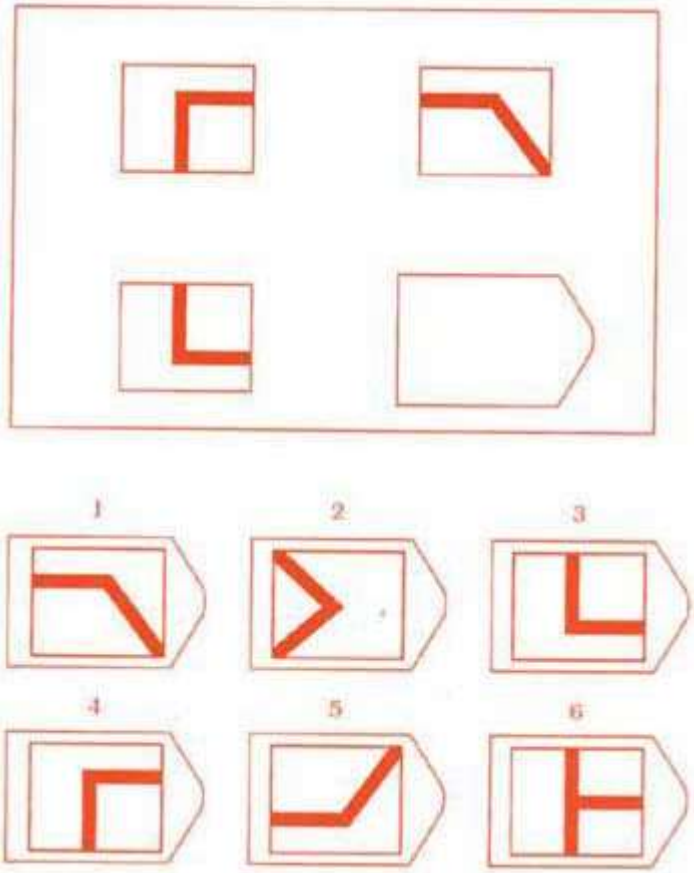


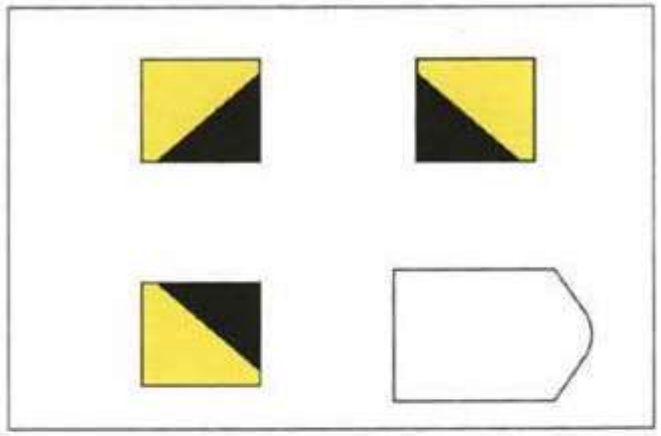

1
2
3
4
5
6

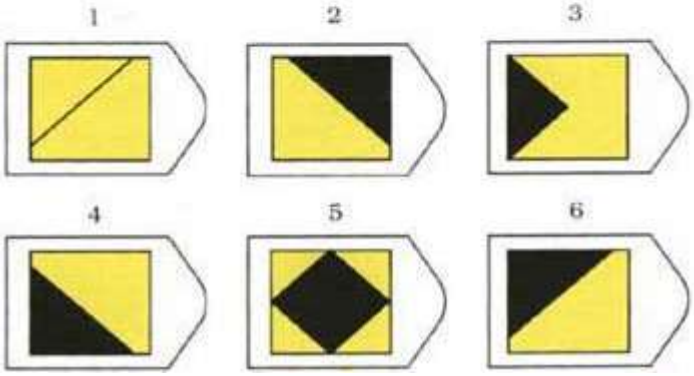


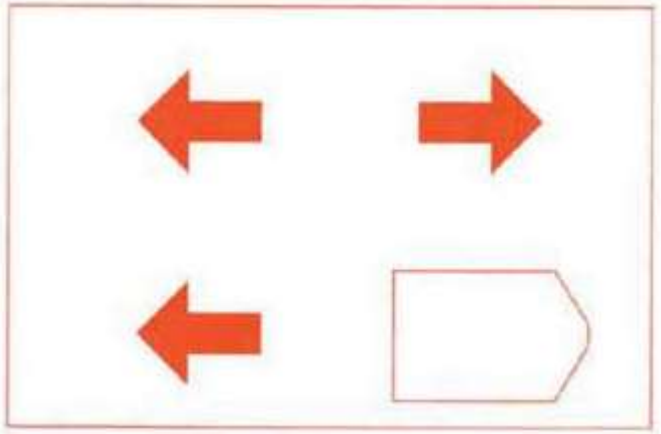

1
2
3
4
5
6

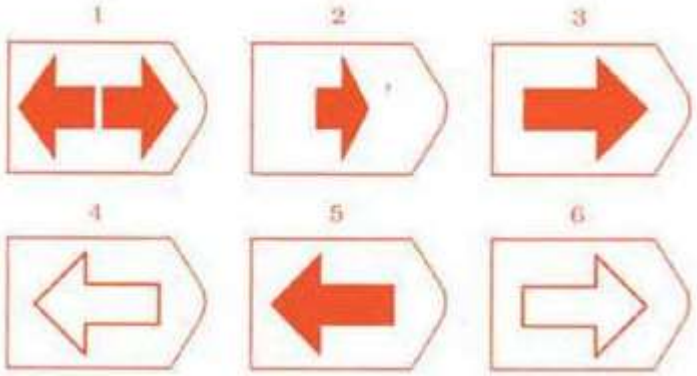

1
2
3
4
5
6

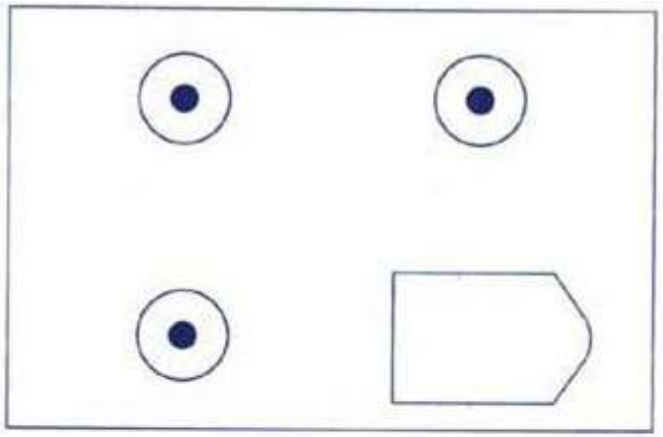

1
2
3
4
5
6

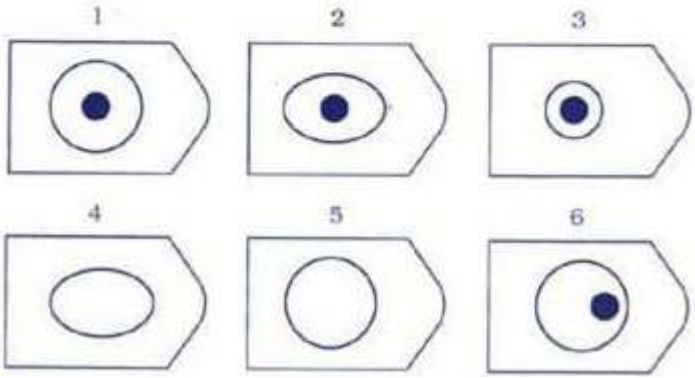



1
2
3
4
5
6




1
2
3
4
5
6




1
2
3
4
5
6

Оцінка та інтерпретація

Підрахунок балів.

За кожну правильну відповідь нараховується один бал.

Якщо досліджуваний робить помилки в перших п’яти завданнях Серії А, то можна вважати, що він не зрозумів ідею завдання. Отримані при цих умовах бали, як правило, потрібно визнати недостовірними, незважаючи на те, що загальний бал при цьому може виявитися і більше десяти за рахунок вирішення завдань шляхом випадкового вгадування правильної відповіді серед шести альтернативних варіантів.

Коли тест проводиться індивідуально по книжковій формі, зараховується як «вірний» або «помилковий» той фрагмент, на який досліджуваний вказує як на свій остаточний вибір.

При груповому тестуванні з використанням відкритих бланків реєстрації відповідей, всякому, хто записує більше, ніж одну цифру проти номера будь–якого завдання, необхідно сказати, щоб він викреслив всі, крім однієї. Якщо це виявлено після завершення процедури тестування, розглядається тільки останній номер праворуч незалежно від того, вірні або помилкові інші відповіді.

Представлення результатів

Найбільш адекватним способом інтерпретації значущості отриманої індивідом загальної оцінки є її співвіднесення з вираженою у відсотках відносною частотою, з якою цю оцінку отримують досліджувані тієї ж вікової групи.

РІВЕНЬ I. «Супер–інтелектуал», якщо оцінка дорівнює або більше 95% для даної вікової групи.

РІВЕНЬ II. «Інтелектуальні можливості явно вище середнього», якщо оцінка дорівнює або більше 75%; II +, якщо оцінка дорівнює або більше 90%.

РІВЕНЬ III. «Середній інтелект», якщо оцінка лежить між 25% і 75%; III +, якщо оцінка вище, ніж медіана або 50%; III–, якщо оцінка нижча, ніж медіана.

РІВЕНЬ IV. «Інтелектуальні можливості явно нижче середнього», якщо оцінка дорівнює або менше 25%; IV–, якщо оцінка дорівнює або менше 10%.

РІВЕНЬ V. «Істотне зниження інтелекту», якщо оцінка дорівнює або менше 5% для відповідної вікової групи.

Загальний бал, узгодженість оцінки та досягнутий рівень розвитку зручно представляти в наступному вигляді:

Загальний бал 24

Неузгодженості –1,0, + 1

Рівень II +

Кількість помилок: Нормальна.

Усереднені вікові нормативи виконання Кольорових прогресивних матриць (вся серія – A + AB + B)

Вік дитини (бали)	**Середнє значення**	**Розкид (у балах)**
4,5 – 5,5 років	14	8–22
5,5 – 6 років	17	12–24
6 – 6,5 років	18	13–27
6,5 – 7 років	20	14–29
7 – 7,5 років	22	15–30
7,5 – 8 років	23	16–31
8 – 8,5 років	24	17–32
8,5 – 9 років	26	18–34
9 – 10 років	29	20–35
10 – 11 років	32	21–35

Додаток В

Профіль соціального розвитку дитини (В. В. Драченко, О. Семенюк)

Інструкція: Прочитайте уважно запропоновані твердження, подані парою протилежних за змістом характеристик і оцініть, який з полюсів точніше характеризує особливості дитини і на скільки. Поставте позначку напроти вибраної міри прояву (+2; +1; 0; –1; –2).

№	Твердження	+2	+1	0	–1	–2	Твердження
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Легко входить у контакт із дорослим						Уникає контакту з дорослим
2.	Відгукується на прохання дорослих						Не реагує на прохання дорослих
3.	З радістю діє спільно з дорослими						Не любить діяти спільно з дорослими
4.	Успішно діє під керівництвом дорослого						Не вміє діяти під керівництвом дорослого
5.	Легко приймає допомогу дорослого						Не приймає допомогу дорослого
6.	Часто взаємодіє з однолітками						Уникає взаємодії з однолітками
7.	Легко встановлює дружні стосунки з однолітками						Важко встановлює дружні стосунки з однолітками
8.	Успішно діє в колективній грі						Не бере участі в колективній грі
9.	Виявляє риси лідера						Воліє підкорятися
10.	Добре відчуває себе у великій групі дітей						Не любить великі групи дітей
11.	Спокійно спостерігає за діями інших дітей						Заважає діям інших дітей
12.	Уміє зацікавити в чомусь інших						Не вміє зацікавити інших

Продовження Додатку В

1	2	3	4	5	6	7	8
	дітей						дітей
13.	Бере активну участь у іграх і справах інших						Не бере участі у запропонованих іграх
14.	Успішно розв'язує конфлікти з однолітками						Не вміє розв'язувати конфлікти з однолітками
15.	Добре діє самостійно						Не вміє діяти самостійно
16.	Може себе розважити						Не може себе розважити
17.	Уміє стримуватись, контролювати свою поведінку						Не вміє стримуватись, контролювати свою поведінку
18.	Здатна жертвувати своїми інтересами заради інших						Орієнтована тільки на свої інтереси
19.	Не шкодить рослинам, тваринам, книгам, іграшкам						Часто шкодить рослинам, тваринам, книгам, іграшкам
20.	Добре знає та виконує розпорядок дня в дитячому садку						Не знає й не виконує розпорядок дня в дитячому садку
21.	Визнає правила, установлені в групі						Не визнає правила, установлені в групі

Зміст методики. Методика виступає експертною оцінкою дитини вихователями та батьками. Методику побудовано за принципом семантичного диференціала. Це перелік парних протилежних тверджень, що має шкалу оцінювання від +2 до – 2 за мірою прояву певної характеристики у дитини.

Хід проведення. Експерту пропонують бланк з характеристиками та шкалою оцінювання прояву. Далі рекомендують уважно прочитати запропоновані характеристики та оцінити їх міру прояву у конкретної дитини, поставити галочку навпроти вибраної оцінки. Експертом можуть бути вихователі, батьки.

Продовження Додатку В

Оцінювання результатів

Вираховують суму балів, визначають рівень соціально–комунікативної компетентності дитини, що виявляється в її поведінці, а також відповідний рівень готовності до шкільного навчання.

Бали	Рівень соціально–комунікативної компетентності дитини
42 – 21	Високий
20 – 0	Середній
Менше 0	Низький

Декларація академічної доброчесності здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я Шамрай Катерина Миколаївна, студентка ІІ курсу, форми навчання заочно, факультету СПП, спеціальність 053 Психологія, адреса електронної пошти solya061087@gmail.com,

- підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Особливості психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлений/ознайомлена;
- заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;
- згоден/згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата_____Підпис_____ПІБ (студент)_____

Дата_____Підпис_____ПІБ (науковий керівник)_____