

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Хмельницький інститут**

Кафедра психології

**ВПЛИВ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З
АУТИЗМОМ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

КВЯТКОВСЬКОЇ ІННИ ВОЛОДИМИРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри: _____
« ____ » _____ 2026 р.

Науковий керівник:
Топольницька Г.Ю.,
кандидат психологічних наук,
доцент

Рецензент:
Кондратюк С.М.,
кандидат психологічних наук,
доцент

Хмельницький 2026

Реєстрація

номер

дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано**до захисту**

підпис наукового
керівника

ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

11.06.2026 р.

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

Л. М. Мотозюк

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК

В.В. Олійник

підпис

ініціали, прізвище

О.В. Данько

підпис

ініціали, прізвище

М.І. Чорна

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

С.В. Лівшун

підпис

ініціали, прізвище

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Хмельницький інститут**

Кафедра психології

спеціальність 053 «Психологія»
курс 2 (магістратура)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу магістра

Квятковської Інни Володимирівни

1. Тема роботи: **«Вплив раннього втручання на розвиток дітей з аутизмом»**
2. Цільова установка: вихідні дані: матеріали переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу 8 табл., 6 рис.
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Топольницька Г.Ю.		
Розділ 2	Топольницька Г.Ю.		
Розділ 3	Топольницька Г.Ю.		

5. Зміст роботи:
Вступ.
Розділ 1. Теоретико-методологічний аналіз впливу раннього втручання на розвиток дітей з аутизмом.
Розділ 2. Емпіричне дослідження розвитку дітей з аутизмом.
Розділ 3. Психологічні заходи щодо надання ранньої допомоги дітям з аутизмом.
Висновки.
Список використаних джерел.
Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.		
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.		
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.		
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.		
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.		
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.		
7.	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедрі, рецензування та написання відгуку науковим керівником.		
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.		
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.		

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Топольницька Г.Ю.)

Завдання прийняв до виконання _____

здобувач _____ (Квятковська І.В.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 112 сторінок, 8 таблиць, 6 рисунків, 82 джерела.

Об'єкт дослідження – процес розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Предмет дослідження – вплив програм раннього втручання на розвиток комунікативних, навчальних та адаптивних навичок дітей з аутизмом.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив раннього втручання на розвиток дітей з аутизмом.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми дослідження; емпіричні: психологічне спостереження, психодіагностичне тестування, аналіз результатів діяльності дітей; психодіагностичні методики: ABLLS-R, VB-MAPP, Vineland Adaptive Behavior Scales, CARS, CBCL; методи обробки результатів: кількісний та якісний аналіз отриманих даних

РОЗЛАД АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ, АУТИЗМ, СИНДРОМ, АРТТЕРАПІЯ, ДІТИ, БАТЬКИ, РЕКОМЕНДАЦІЇ

AUTISM SPECTRUM DISORDER, AUTISM, SYNDROME, ART THERAPY, CHILDREN, PARENTS, RECOMMENDATIONS

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....	7
1.1. Психологічний аналіз поняття «розлад аутистичного спектру» у науковій літературі.....	7
1.2. Сучасна психологічна структура раннього втручання у дітей з розладами аутистичного спектру.....	19
1.3. Вплив соціально-психологічних умов на розвиток дітей з аутизмом.....	26
1.4. Психолого-педагогічні аспекти підтримки дітей з аутизмом.....	36
Висновки до першого розділу.....	42
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....	44
2.1. Підбір та обґрунтування методик дослідження.....	44
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	49
Висновки до першого розділу.....	65
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ЩОДО НАДАННЯ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З АУТИЗМОМ.....	68
3.1. Психологічна програма щодо надання допомоги дітям з аутизмом.....	68
3.2. Практичні рекомендації батькам щодо підтримки розвитку дітей з аутизмом.....	73
Висновки до третього розділу.....	76
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Однією з пріоритетних проблем сучасної психології, спеціальної педагогіки та інклюзивної освіти є забезпечення своєчасної допомоги дітям з розладами аутистичного спектру (РАС). За останні десятиліття спостерігається стійка тенденція до зростання кількості дітей із цими порушеннями. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність розладів аутистичного спектру постійно зростає, що зумовлює необхідність пошуку ефективних шляхів психолого-педагогічної допомоги таким дітям.

Розлади аутистичного спектру характеризуються труднощами соціальної взаємодії, порушеннями комунікації, обмеженістю інтересів та наявністю стереотипних форм поведінки. Ці особливості значною мірою впливають на загальний розвиток дитини, її здатність до навчання, соціальної адаптації та самостійного функціонування в суспільстві. Саме тому важливим завданням сучасної психологічної науки та практики є розроблення ефективних програм раннього втручання, спрямованих на підтримку розвитку дітей з аутизмом.

Наукові дослідження свідчать, що раннє втручання має вирішальне значення для розвитку дітей з розладами аутистичного спектру. Втручання на ранніх етапах онтогенезу (від народження до 3–4 років) сприяє формуванню базових когнітивних, мовленнєвих, соціально-комунікативних та адаптивних навичок, що в подальшому позитивно впливає на соціалізацію дитини та її включення в освітнє середовище.

В умовах сучасної системи освіти України проблема раннього втручання набуває особливої актуальності у зв'язку з розвитком інклюзивної освіти та необхідністю створення ефективної системи підтримки дітей з особливими освітніми потребами. Водночас існуючі програми допомоги дітям з аутизмом потребують подальшого наукового обґрунтування та адаптації до індивідуальних особливостей розвитку дитини і потреб її сім'ї.

Проблема розвитку дітей з аутизмом та організації раннього втручання висвітлюється у працях багатьох зарубіжних і вітчизняних дослідників. Значний внесок у дослідження аутизму зробили такі науковці, як Л. Каннер, Г. Аспергер, Б. Римланд, Е. Шоплер, І. Ловаас, а також сучасні дослідники прикладного аналізу поведінки та програм раннього втручання. В українській психологічній та педагогічній науці питання допомоги дітям з розладами аутистичного спектру досліджували К. Островська, А. Колупасва, В. Синьов, В. Бондар, О. Мартинчук та інші.

Незважаючи на значну кількість досліджень, проблема ефективності раннього втручання та його впливу на різні сфери розвитку дітей з аутизмом потребує подальшого вивчення. Це зумовлює необхідність комплексного аналізу особливостей розвитку дітей з РАС та розроблення практичних програм психологічної підтримки.

Таким чином, актуальність теми дослідження зумовлена зростанням кількості дітей з розладами аутистичного спектру, необхідністю раннього виявлення особливостей їх розвитку та впровадження ефективних програм раннього втручання.

Обґрунтування вибору теми. Вибір теми дослідження зумовлений необхідністю узагальнення сучасних теоретичних підходів до проблеми аутизму та раннього втручання, а також потребою вивчення ефективності корекційно-розвивальної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру. Результати дослідження можуть сприяти вдосконаленню програм раннього втручання, підвищенню ефективності психологічної допомоги дітям з аутизмом та розробленню практичних рекомендацій для фахівців і батьків.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив раннього втручання на розвиток дітей з аутизмом.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до визначення понять «розлади аутистичного спектру» та «раннє втручання».
2. Визначити психологічні особливості розвитку дітей з аутизмом.

3. Охарактеризувати сучасні підходи та програми раннього втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру.

4. Провести емпіричне дослідження рівня розвитку дітей з аутизмом за допомогою психодіагностичних методик.

5. Проаналізувати результати дослідження та визначити вплив інтенсивності корекційно-розвивальних занять на розвиток дітей.

6. Розробити психологічну програму раннього втручання та практичні рекомендації для батьків дітей з аутизмом.

Об'єкт дослідження – процес розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Предмет дослідження – вплив програм раннього втручання на розвиток комунікативних, навчальних та адаптивних навичок дітей з аутизмом.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що систематичне застосування програм раннього втручання та регулярні корекційно-розвивальні заняття сприяють підвищенню рівня розвитку комунікативних, навчальних та соціально-адаптивних навичок дітей з розладами аутистичного спектру.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел з проблеми дослідження;
- емпіричні: психологічне спостереження, психодіагностичне тестування, аналіз результатів діяльності дітей;
- психодіагностичні методики: ABLLS-R, VB-MAPP, Vineland Adaptive Behavior Scales, CARS, CBCL;
- методи обробки результатів: кількісний та якісний аналіз отриманих даних.

Наукова новизна дослідження полягає у дослідженні впливу інтенсивності корекційно-розвивальних занять на розвиток дітей з розладами аутистичного спектру та у розробленні психологічної програми раннього

втручання, спрямованої на формування комунікативних, навчальних і соціальних навичок.

База дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі психологічного центру «Катарсис». У дослідженні брали участь діти дошкільного віку з розладами аутистичного спектру, які проходили корекційно-розвивальні заняття у центрі. Загальна вибірка дослідження становила 10 дітей віком від 2 до 6 років. У процесі дослідження оцінювався рівень розвитку комунікативних, навчальних та адаптивних навичок дітей за допомогою психодіагностичних методик ABLLS-R, VB-MAPP, Vineland Adaptive Behavior Scales, CARS та CBCL.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у роботі практичних психологів, дефектологів, логопедів та педагогів, які працюють з дітьми з розладами аутистичного спектру. Розроблена програма раннього втручання та практичні рекомендації можуть бути використані у діяльності психологічних центрів, закладів дошкільної освіти та в роботі з батьками дітей з аутизмом.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження обговорювалися під час навчальних занять, науково-практичних семінарів та консультацій із науковим керівником. Окремі результати дослідження використовувалися у практичній діяльності під час роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру в психологічному центрі «Катарсис».

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

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

1.1. Психологічний аналіз поняття «розлад аутистичного спектру» у науковій літературі

У сучасних умовах розлади аутистичного спектру у дітей дошкільного віку розглядаються як багатогранна психологічна, соціальна та освітня проблема. Ефективне її вирішення можливе лише за умови комплексного й системного підходу з боку медичних, освітніх і соціальних інституцій.

Спираючись на результати наукових досліджень і аналіз практичного досвіду фахівців, можна підвищити якість життя дітей з РАС шляхом залучення їх до діяльності, що відповідає віковим особливостям і індивідуальним можливостям. Це сприяє зменшенню психосоматичних та невротичних проявів і полегшує подальшу педагогічну роботу з дітьми з розладом аутистичного спектру. Для визначення специфіки роботи з цією категорією дітей передусім необхідно проаналізувати сутність поняття аутизму. Нині термін «аутизм» використовується для позначення широкого спектру поширених розладів розвитку та розладів аутистичного спектру (РАС).

Відповідно до словникових джерел, аутизм визначається як глибоке порушення контакту з оточенням, що проявляється у відході від реальності та зануренні у власний внутрішній світ, а також як сукупність психічних і поведінкових розладів [3].

Нині серед науковців не існує єдиного підходу до трактування поняття «аутизм», що зумовлює певні розбіжності у визначеннях. Так, Я. Багрій [1], К. Островська [23], Т. Скрипник [36] та інші дослідники розглядають аутизм як одне з тяжких порушень розвитку, яке характеризується суттєвими труднощами у формуванні соціальних і комунікативних навичок та

проявляється у наявності стереотипних інтересів і повторюваних форм поведінки.

Згідно з дефектологічним словником, аутизм трактується як крайній ступінь психологічного відчуження, що виявляється у свідомому униканні контактів з навколишньою дійсністю та соціальним середовищем і зосередженні на власних переживаннях [3].

Перші уявлення про особливості поведінки, подібні до проявів аутизму, зустрічаються в історичних описах та літературних джерелах. У науковому контексті вже у XVIII столітті з'являються медичні описи осіб, які, ймовірно, мали аутистичні порушення, хоча сам термін «аутизм» тоді ще не застосовувався. Для таких людей були характерні відсутність мовлення, виражена замкненість, водночас спостерігалася добре розвинена пам'ять порівняно з іншими.

У розвитку уявлень про аутизм виокремлюють чотири основні етапи, що відображають процес становлення наукових підходів до вивчення цього феномена [21]. Перший етап формування науки про аутизм охоплює кінець XIX – початок XX століть. У цей період у наукових джерелах з'являються поодинокі згадки про дітей, поведінка яких характеризувалася прагненням до ізоляції та усамітнення. Ознаки, подібні до симптомів розладу аутистичного спектру, трапляються в історичних описах задовго до офіційного введення відповідного терміна.

У 1911 році швейцарський психіатр Е. Блейлер уперше застосував поняття «аутизм» для позначення психопатологічного феномена, розглядаючи його як провідний симптом порушення взаємодії з реальністю у дорослих осіб із шизофренією. Дослідник утворив цей термін від грецького слова «autos» – «сам», підкреслюючи явище так званої аутичної втечі індивіда у внутрішній світ власних фантазій, відокремлений від впливу навколишнього середовища.

Е. Блейлер наповнював поняття «аутизм» таким змістом: відокремлення асоціативних процесів від досвідних даних та ігнорування реальних взаємозв'язків. На його думку, аутизм виступає своєрідним захисним

механізмом, що дозволяє людині адаптуватися до психічного болю та уникати надмірних вимог і тиску з боку навколишнього середовища.

Другий етап розвитку уявлень про аутизм – доканнерівський період – охоплює 20–40-ві роки ХХ століття та пов’язаний із формуванням поняття «дитячий аутизм». У цей час термін «аутизм» входить до активного наукового обігу й починає застосовуватися не лише щодо шизофренії, а й для позначення інших патологічних станів. Багато дослідників доповнювали та розширювали концепцію аутизму, пропонуючи власні підходи до її тлумачення.

Г. Аспергер вивчав один із розладів аутистичного спектру, який згодом отримав назву синдрому Г. Аспергера і почав розглядатися як самостійний діагноз лише з 1981 року [40]. Аналізуючи природу розладів аутистичного спектру, Г. Аспергер наголошував на біологічній зумовленості афективного контакту, формування якого відбувається у пренатальному або натальному періоді, та припускав, що аутистичний психоз має природне походження.

Третій етап – каннерівський період (1943–1970 рр.) – характеризується публікаціями праць Л. Каннера, Г. Аспергера та інших дослідників, які зробили вагомий внесок у вивчення аутизму. На відміну від позиції Г. Аспергера, австралійсько-американський учений Л. Каннер запропонував альтернативний підхід до розуміння цього феномена.

Починаючи з 1938 року, Л. Каннер досліджував дітей з емоційними порушеннями та інтелектуальною недостатністю, у яких, водночас, виявлялися окремі виражені здібності. Ці діти суттєво відрізнялися як від пасивних і загальмованих дітей, так і від дітей з типовими емоційними розладами [57].

Визначення аутизму, запропоновані Л. Каннером і Г. Аспергером, мають багато спільних положень, зокрема:

Використання терміна «аутичний» відображає спільне переконання обох учених у тому, що порушення соціальної взаємодії є провідною та найбільш характерною ознакою цього розладу.

За наявності розладу аутистичного спектру соціальний дефіцит має

вроджений характер (за Л. Каннером) або конституційне походження (за Г. Аспергером) і зберігається протягом усього життя.

Характерними є труднощі у встановленні зорового контакту, стереотипність мовлення й поведінки, а також виражений опір будь-яким змінам.

Для дітей з РАС часто притаманна зовнішня привабливість.

Обидва дослідники виокремлювали відмінності аутизму від шизофренії, серед яких – позитивна динаміка розвитку, відсутність галюцинаторних проявів і вроджений характер порушень розвитку.

Спільними рисами, які простежуються у багатьох батьків дітей з розладами аутистичного спектру, є уникнення соціального життя та труднощі адаптації до нього, нав'язливе прагнення до стабільності, а також наявність незвичних, вузько спрямованих інтересів, що витісняють інші сфери діяльності.

Основні відмінності у підходах Л. Каннера та Г. Аспергера до розуміння розладів аутистичного спектру у дітей дошкільного віку подано в табл. 1.1.

У 1943 році Л. Каннер уперше ввів поняття «ранній дитячий аутизм», зосередивши увагу на глибоких порушеннях соціальної взаємодії, обмеженості інтересів і повторюваних формах поведінки, які проявляються з раннього віку. Дослідник наголошував на ізоляції дитини від зовнішнього світу та розглядав аутизм як окремий синдром.

У 1944 році Г. Аспергер описав дітей із подібними проявами розладу аутистичного спектру, водночас підкреслюючи збережене мовлення та високий рівень інтелектуального розвитку. Основну увагу він приділяв труднощам соціалізації та порушенням моторної координації, визначивши цей стан як «аутистичну психопатію».

Четвертий етап – постканнерівський період (1980–1990 рр.) – характеризується поступовим відходом від первинних поглядів Л. Каннера на розлад аутистичного спектру, який тривалий час розглядався як неспецифічний синдром різного походження. У межах цього періоду

простежуються дві провідні тенденції: з одного боку, прагнення об'єднати всі прояви аутистичного спектру в дитячому віці в межах синдрому та концепції Л. Каннера, що є характерним для значної частини наукових праць; з іншого – виокремлення різноманітних клінічних форм розладів аутистичного спектру в дитячому віці, об'єднаних загальною концепцією аутизму як синдрому дитячої психопатології.

У процесі подальшого вивчення розладів аутистичного спектру відбулися суттєві зміни у розумінні цього явища, його сутності та меж. Зокрема було встановлено, що не всі діти з РАС, подібні до тих, яких описував Л. Каннер, уникають соціальної взаємодії. Серед них трапляються діти, для яких більш характерною є пасивність, а не активне уникнення контактів.

Таблиця 1.1.

Відмінності в працях Л. Каннера та Г. Аспергера щодо розладу аутистичного спектру у дітей дошкільного віку

Автори Параметри	За Л. Каннером	За Г. Аспергером
1	2	3
Поява ознак	У ранньому дитинстві	У більш пізньому віці
Інтелектуальний розвиток	Когнітивна недостатність	Здатність до досить високого інтелектуального розвитку
Зв'язок з довкіллям	Вибірково порушується розуміння соціальних сторін життя, вони краще й осмисленіше взаємодіють з предметами, аніж з людьми	Порушується активна взаємодія із середовищем загалом як найсуттєвіший відхил за аутизмом
Мовні можливості	Діти не володіють мовленням як засобом комунікації (незважаючи на здатність до вимови слів і достатній словниковий запас)	Діти вільно й оригінально володіють мовою, розповідають фантастичні історії; характер розмови у них схожий на «маленьких дорослих»
Моторні здібності та координація	Значне переважання моторної вправності; у тих дітей, хто має незграбність загальної моторики, дрібна моторика високорозвинена	Незграбність загальної моторики, порушення координації рухів, труднощі функціонування дрібної моторики
Методи успішного навчання	Успіх обумовлений механічним заучуванням схеми дій	Хороші результати за умови активізації дитячої спонтанності й абстрактного мислення

Отже, з позиції дослідників, діти, які демонстрували соціальну активність, нерідко сприймалися як своєрідні або нетипові. Прояви розладу аутистичного спектру відзначалися значною варіативністю як між різними дітьми, так і в межах розвитку однієї дитини, що зумовлювалося рівнем

інтелектуального розвитку та віковими особливостями.

Розглядаючи поняття «аутистичний спектр», слід зазначити, що воно охоплює групу порушень нейророзвитку, для яких характерні труднощі соціальної взаємодії та комунікації, а також наявність стереотипних і повторюваних форм поведінки. У наукових дослідженнях підкреслюється різноманітність проявів розладів аутистичного спектру, що варіюються від легких до тяжких форм. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), до аутистичного спектру належать аутизм, синдром Г. Аспергера та інші порушення розвитку зі спільною симптоматикою. Об'єднувальним чинником для цих станів є порушення соціальної інтеграції й комунікації у поєднанні з обмеженими та повторюваними інтересами або поведінковими проявами [19; 82].

Термін «спектр» відображає широкий діапазон інтенсивності та специфіки симптомів. Так, у дітей з легкими формами розладу аутистичного спектру, які часто асоціюються із синдромом Г. Аспергера, можуть зберігатися високі когнітивні здібності за наявності виражених труднощів у соціальній адаптації. Водночас тяжчі прояви аутистичного спектру нерідко супроводжуються затримкою мовленнєвого розвитку та/або інтелектуальними порушеннями.

Сучасні наукові дослідження зосереджуються на вивченні нейробіологічних механізмів розладів аутистичного спектру, наголошуючи, що їх виникнення зумовлюється поєднанням генетичних факторів, особливостей формування та функціонування головного мозку, а також впливом чинників навколишнього середовища. Це підтверджується працями, у яких аналізується взаємозв'язок розладів аутистичного спектру з процесами нейророзвитку, зокрема з порушеннями сенсорної інтеграції [66; 78].

Поняття «аутистичний спектр» відображає уявлення про різноманітність проявів одного й того самого розладу [21; 52]. Відповідно до цього можна зробити висновок, що розлади аутистичного спектру належать до порушень нервово-психічного розвитку. Їх ключовими характеристиками, згідно з

діагностичними критеріями МКХ-10 (ВООЗ, 1992), є: якісні порушення соціальної взаємодії; якісні порушення комунікації; обмежені, повторювані та стереотипні форми поведінки, інтересів і установок [19].

Перші прояви аутистичної поведінки у дітей, як правило, виникають у ранньому віці, однак не завжди є очевидними до моменту, коли від дитини починають очікувати більш складних форм соціальної взаємодії. Такі особливості часто стають помітними під час адаптації до дитячого садка або школи. У подальшому, з віком, а також у дорослому та похилому віці можуть спостерігатися вікові патологічні зміни поведінки.

Аутизм є складним порушенням розвитку, для якого характерна різноманітність симптомів, що з'являються на ранніх етапах онтогенезу та мають тривалий, стійкий характер [8]. Термін «аутизм» (від лат. *autos* – «сам») використовується для позначення стану, що проявляється відчуженням від реальності, соціальною ізоляцією, відсутністю або нетиповими реакціями на зовнішні стимули, а також пасивністю чи підвищеною дратівливістю у взаємодії з навколишнім середовищем [21].

Наукові праці М. Марценюк [21], К. Островської [23] та О. Романчука [34] свідчать, що симптоми розладів аутистичного спектру зазвичай зберігаються і в дорослому віці, проте нерідко мають менш виражений характер. При цьому наявність окремого симптому РАС не є достатньою підставою для встановлення діагнозу, оскільки він визначається за наявності характерної тріади порушень: дефіцитів соціальної взаємодії, труднощів у комунікації, а також обмежених інтересів і повторюваних форм поведінки.

Окремі прояви, що входять до так званої «діагностичної тріади», можуть спостерігатися також у осіб із типовим розвитком. Зокрема, такі риси, як схильність до замкнутого способу життя, соціальне відчуження та обмеженість емоційної експресії, зустрічаються і при інших психічних станах, зокрема при деяких формах шизофренії, що ускладнює диференційну діагностику.

Розлади аутистичного спектру (РАС) розглядаються як сукупність

нейророзвиткових порушень, для яких характерні стійкі труднощі у сфері соціальної взаємодії та комунікації, а також наявність повторюваних, стереотипних моделей поведінки. У наукових джерелах цей термін застосовується для позначення групи розладів із різним ступенем вираженості та клінічними проявами, об'єднаних спільними нейробіологічними механізмами.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), до розладів аутистичного спектру належать класичний аутизм, синдром Аспергера, атиповий аутизм та інші загальні порушення розвитку, які характеризуються труднощами соціальної адаптації та порушеннями мовленнєвої комунікації [19; 82].

Розлади аутистичного спектру належать до тяжких порушень розвитку і зазвичай супроводжуються атиповими формами поведінки, зокрема обмеженими інтересами та сенсорними порушеннями. Вони мають хронічний перебіг і впливають на всі сфери життєдіяльності дитини. Згідно з критеріями Американської психіатричної асоціації (DSM-5), РАС проявляються у ранньому дитинстві та характеризуються суттєвими труднощами у формуванні соціальних і мовленнєвих навичок, а також наявністю фіксованих інтересів і підвищеної або зниженої сенсорної чутливості, що істотно обмежує адаптацію до змін у навколишньому середовищі [39].

Розлади аутистичного спектру також пов'язані з порушеннями сенсорної інтеграції, що ускладнює здатність дітей адекватно реагувати на сенсорні стимули, зокрема звуки, запахи, тактильні відчуття та інші подразники, і призводить до труднощів у сприйнятті навколишньої дійсності. Це обумовлює необхідність упровадження індивідуалізованих корекційно-розвивальних програм, спрямованих на формування соціальних, когнітивних і адаптивних навичок. Такі підходи підтверджують багатовимірність та індивідуальну варіативність проявів РАС, що зумовлює потребу в мультидисциплінарному підході до їх діагностики та реабілітації.

Проблема навчання дітей з розладами аутистичного спектру є

актуальною як для України, так і для світової освітньої практики, оскільки поведінкові порушення мають комплексний негативний вплив на якість життя дитини. Особливо складним завданням є організація освітнього процесу для дітей дошкільного віку з порушеннями поведінки.

На сучасному етапі кількість дітей із РАС зростає, тоді як заклади дошкільної освіти ще не повною мірою адаптовані до впровадження ефективних моделей навчання та супроводу таких дітей.

Діти з розладами аутистичного спектру мають широкий спектр порушень, серед яких вагоме місце посідають розлади поведінки. Розлади поведінки розглядаються як група дисоціативних поведінкових порушень, що проявляються у неадекватній, демонстративній або агресивній поведінці, яка не відповідає віковим особливостям і соціальним нормам.

До основних проявів порушень поведінки належать агресивність, непокоря, деструктивні дії, ворожість щодо оточення та самошкідлива поведінка. Класифікацію порушень поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру подано в таблиці 1.2 [38].

На сучасному етапі розвитку як у глобальній практиці, так і в Україні стрімко розвиваються дослідження, спрямовані на ефективну інтеграцію дітей з аутизмом у суспільство та систему освіти.

Таблиця 1.2.

Класифікація порушень поведінки дітей з розладами аутистичного спектру

Назва поведінки	Характеристика прояву
1	2
Гіперактивність	Підвищена нервова збудливість, що призводить до надмірної фізичної та мовленнєвої активності
Демонстративна поведінка	Демонстративна поведінка, спрямована на привернення уваги оточуючих
Дефіцит уваги	Проблеми з підтриманням і концентрацією уваги, зосередженням, засвоєнням нових навичок, умінням слухати, плануванням і виконанням завдань
Протест	Проявляється в упертості, негативізмі (не робить щось тільки тому, що йому кажуть це робити), спроба досягти мети всупереч батькам або дорослим
Інфантильна поведінка	У вчинках поведінка має ознаки, характерні для дітей молодшого віку

Продовження табл. 1.2

1	2
Конформна поведінка	Вона проявляється в повному підпорядкуванні зовнішнім чинникам, супроводжується високою сугестивністю та прагненням до наслідування
Агресивність	Виражається в усвідомлених актах деструктивної поведінки (заподіяння фізичної шкоди, психологічного дискомфорту), що виходять за рамки встановлених у суспільстві правил і норм
Симптоматична поведінка	Поява різних симптомів (тіки, заїкання, фобії, блювота) свідчить про початок стресу, а такі ситуації можуть бути нестерпними для психіки дитини.

У сучасній світовій освітній практиці навчання дітей з розладами аутистичного спектру реалізується з використанням різних підходів, серед яких умовно виокремлюють три основні: мейнстримінг, інтеграцію та інклюзію.

Мейнстримінг передбачає створення умов для налагодження соціальних контактів між дітьми з розладами аутистичного спектру та їхніми однолітками з типовим розвитком. Цей підхід спрямований на розширення можливостей участі дітей з РАС у соціальному житті, зокрема через залучення до гуртків за інтересами, інтерактивних заходів та інших форм спільної діяльності. Також мейнстримінг включає формування соціальних зв'язків у закладах дошкільної освіти, закладах загальної середньої освіти та спеціалізованих освітніх установах для дітей з РАС.

Інтеграція полягає у забезпеченні дітям з розладами аутистичного спектру, незалежно від особливостей їхнього психофізичного розвитку, рівних прав і можливостей брати участь у всіх сферах соціального життя разом з іншими дітьми. Цей підхід розглядається як процес об'єднання різних соціальних елементів у цілісну систему, що передбачає включення окремих осіб і соціальних груп у вже наявне освітнє середовище, їх адаптацію до нього та набуття ними характеристик повноцінних структурних компонентів цієї системи.

Інклюзія спрямована на залучення дітей з розладами аутистичного спектру до закладів загальної та дошкільної освіти шляхом адаптації

освітнього середовища, програм і навчальних процесів до потреб усіх дітей. Вона передбачає системні зміни на всіх рівнях освіти, створення умов для функціонування спеціальної та загальної освіти в єдиному освітньому просторі, а також диференціацію освітнього процесу з урахуванням індивідуальних освітніх потреб кожної дитини [16].

Діти з розладами аутистичного спектру мають значні відмінності порівняно зі своїми однолітками, що зумовлює необхідність індивідуального підходу до кожної дитини. Для розвитку потрібних навичок, які забезпечують повноцінне функціонування у повсякденному житті, застосовуються різні підходи та методи корекції поведінки. Питаннями корекції поведінки дітей з РАС займаються сучасні науковці, зокрема: Д. Волл, який розробляє інноваційні мобільні додатки для діагностики та відстеження прогресу дітей з РАС, а також інтегрує поведінкові втручання у повсякденне життя родин; Л. Рибченко, яка працює над створенням індивідуальних програм підтримки для дітей з розладами аутистичного спектру; В. Синьов, який досліджує корекційно-реабілітаційні підходи, спрямовані на діагностику та розвиток дітей з РАС [35; 79].

Психологічна корекція поведінки розглядається як цілеспрямований вплив на психічний стан та поведінку людини з метою їх виправлення або покращення, а також для підтримки емоційного благополуччя та успішної адаптації до соціального середовища. Основною метою корекції є допомога дітям з РАС у формуванні ефективних і здорових стратегій адаптації до різноманітних життєвих ситуацій та збереженні психічного здоров'я [20].

Корекція поведінки становить систему цілеспрямованих методів і прийомів, які застосовуються для зміни або вдосконалення поведінкових реакцій дитини з метою формування більш адаптивних способів соціальної взаємодії, самоконтролю та практичних життєвих умінь. У роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру (РАС) цей процес передбачає дослідження наявних моделей поведінки, визначення факторів, що впливають на їх підтримання, а також запровадження стратегій, спрямованих на розвиток

нових, соціально прийнятних форм поведінки [22].

З позицій наукового підходу корекція поведінки ґрунтується на засадах прикладного аналізу поведінки (АВА), ключовими принципами якого є використання позитивного підкріплення, зменшення небажаних форм поведінки шляхом їх заміни або послаблення, а також формування необхідних соціальних, комунікативних і побутових навичок. Основною метою цих заходів є не лише пристосування поведінки дитини чи дорослого до вимог середовища, а й підвищення якості їхнього життя через розширення можливостей для самостійності, соціальної інтеграції та емоційного благополуччя.

Корекція поведінки може поєднувати як чітко структуровані, так і більш гнучкі підходи, що враховують індивідуальні особливості кожної дитини. Це дає змогу створювати персоналізовані програми втручання, спрямовані на подолання конкретних проблемних проявів поведінки, таких як агресивні дії, самоушкодження, уникнення соціальної взаємодії або труднощі у спілкуванні. Ефективність корекції поведінки значною мірою залежить від систематичності її застосування, активної участі сім'ї та спеціалістів, а також від здатності адаптувати методи відповідно до змін у потребах дитини [24].

Таким чином, корекція поведінки дітей з розладами аутистичного спектру є надзвичайно важливим і перспективним напрямом досліджень. Різноманітність проявів РАС зумовлює те, що жодна існуюча корекційна програма не може бути універсальною для всіх дітей. Саме тому розроблення нових, більш гнучких та індивідуалізованих програм корекції поведінки для дітей з РАС залишається актуальним завданням.

1.2. Сучасна психологічна структура раннього втручання у дітей з розладами аутистичного спектру

На сучасному етапі існує велика кількість підходів до допомоги дітям з аутизмом. Окрім найбільш відомих методів – програми TEACCH, прикладного аналізу поведінки (АВА) та медикаментозного лікування – широко застосовуються також арт-терапія, анімалотерапія, сенсорна стимуляція та інтеграція, логопедичні заняття, розвивальна, ігрова та візуальна терапія, а також інші методи впливу. Скрипник умовно систематизував ці підходи, виокремивши чотири основні групи: поведінкова терапія, спрямована на корекцію спілкування та поведінки; медикаментозне лікування; біомедичні методи; нетрадиційна медицина.

Кожен терапевтичний підхід підбирається індивідуально для конкретної дитини, а вибір напряму здійснює фахівець, при цьому деякі методи можуть поєднуватися між собою. За умови регулярних занять поведінкова терапія майже завжди дає помітні позитивні результати, тому вона залишається найбільш поширеною у світовій практиці [63].

Медикаментозне лікування, як і інші терапевтичні підходи, не спрямоване на повне усунення розладів аутистичного спектру, проте має за мету зменшити вираженість окремих симптомів, які можуть негативно впливати на комунікативний розвиток дитини. Зокрема, у випадках вираженої гіперактивності, агресивної чи аутоагресивної поведінки, а також за наявності судомного синдрому застосування інших методів без медикаментозної підтримки практично неможливе. При призначенні лікарських препаратів обов'язково слід враховувати всі протипоказання та можливі побічні ефекти, а також уникати самостійного вибору лікування без консультації фахівця [45].

Біомедичний підхід до лікування аутистичних розладів ґрунтується на мінімізації впливу шкідливих речовин із навколишнього середовища дитини. Він передбачає спеціальне раціональне харчування, зокрема дієту, що включає продукти, багаті на клітковину, а в деяких випадках – безглютеновий раціон.

Актуальність цього підходу пояснюється тим, що близько 75% дітей з аутизмом мають нетипові реакції на певні продукти харчування. Забезпечення організму необхідними вітамінами, ферментами, амінокислотами та мінералами може сприяти суттєвим позитивним змінам як у фізичному, так і в психічному стані дитини [45].

Аналізуючи альтернативні підходи до терапії аутизму в дитячому віці, можна виокремити широкий спектр методів – від гіпнозу та фітотерапії до голковколювання та гомеопатії. Такі нетрадиційні методи не мають достатнього наукового підтвердження ефективності та не гарантують повного усунення симптомів аутизму, однак можуть застосовуватися як складова комплексної терапії разом з іншими методами. Крім того, у роботі з дітьми з РАС використовують фізіотерапевтичні методи, зокрема магнітотерапію, фотохромотерапію, електрофорез, лазеротерапію тощо.

Найбільшій ефективності цей підхід досягає за умови його поєднання з іншими методами, зокрема з АВА-терапією. Світовий досвід терапевтичної допомоги людям з розладами аутистичного спектру свідчить про те, що найдієвішим методом підтримки для них є навчання. Це також підкреслюється у таких авторитетних медичних класифікаціях, як МКХ–10 та DSM–IV, де зазначено, що ключову роль у зменшенні проявів аутистичних порушень відіграють корекційне виховання, спеціальне навчання та лікувальна педагогіка. Завдяки інтенсивним і тривалим індивідуально розробленим програмам терапії фахівці допомагають дитині набути необхідних навичок для життя в суспільстві, соціальної адаптації та подальшої освіти, а також практичного застосування отриманих умінь. Саме тому «у більшості країн на сьогодні лікувально-педагогічна робота з аутистичними дітьми має комплексний характер і охоплює медикаментозну, психологічну та педагогічну корекцію» [34].

Ще у 1960-х роках у всьому світі лікування дитячого аутизму почало базуватися переважно на поведінкових методах, які поєднувалися із соціально-педагогічним супроводом та застосуванням альтернативних

корекційних підходів. Унаслідок цього сформувалася і продовжує розвиватися мультидисциплінарна система допомоги, основою якої є індивідуальний підхід до дитини. Його забезпечує команда фахівців – педагогів, психологів, соціальних працівників та інших спеціалістів – у тісній співпраці з родиною.

Одним із підходів, спеціально розроблених для роботи з людьми з розладами аутистичного спектру, є прикладний аналіз поведінки (applied behavior analysis, ABA), який належить до директивних корекційних методів впливу. Цей підхід вважається одним із найбільш ефективних і поширених способів роботи з дітьми з аутизмом у світі, і саме на його основі будуються програми корекції поведінки в спеціалізованих центрах для дітей з РАС у таких країнах, як США, Канада, Бельгія, Швеція та Ізраїль [54; 76].

Метод ґрунтується на базових принципах біхевіоральної терапії та дозволяє виявити чинники, що визначають конкретні поведінкові реакції. Представники поведінкового напрямку в психології – І. Ловаас, Р. Кьогел, Дж. Сіменс, Дж. Лонг та ін. – вважають, що поведінка є єдиним проявом людини, який можна об'єктивно досліджувати, на відміну від свідомості, пам'яті чи мислення. Згідно тверджень деяких вчених, аутизм – це «синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які можуть змінюватися під впливом спеціально організованих, ретельно спланованих конструктивних взаємодій з іншими людьми». Відповідно до цього завданням терапії є зменшення небажаних проявів поведінки та формування в дитини необхідних навичок поведінки й самоконтролю, яких вона наразі не має [54; 58].

Таким чином, досягається головна мета зміни поведінки дітей з аутизмом — допомога у становленні дитини, здатної адаптуватися до соціального середовища та навчального процесу. Це створює можливість для відвідування дошкільних і шкільних закладів, взаємодії з іншими людьми та інтеграції в суспільство. У результаті застосування прикладного аналізу поведінки такі прояви аутизму, як стереотипність, циклічність та повторювані рухи, зменшуються або зникають; у дитини поступово зникають труднощі у спілкуванні та формується розуміння дій і емоцій оточуючих.

Нині достеменно встановлено, що методи раннього втручання є найбільш результативними у роботі з дітьми з аутистичними розладами. У разі своєчасного початку терапії в ранньому віці існує ймовірність значного покращення стану дитини, а в окремих випадках – максимальної компенсації порушень. Найвищий рівень розвитку комунікативних навичок у дітей з РАС спостерігається при застосуванні АВА-терапії під керівництвом кваліфікованих фахівців або за участі батьків чи родичів, які пройшли відповідну підготовку [67; 69; 79]. АВА-терапія ґрунтується на наукових принципах, де ключовим є формування мотивації дитини через позитивне підкріплення її успіхів у спілкуванні та навчанні. У межах цього підходу допускається поєднання з альтернативними методами з метою підвищення ефективності терапії.

Одним із найпоширеніших методів структурованого навчання є програма TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children) – комплексна система підтримки людей з аутистичними порушеннями, спрямована на досягнення максимально можливої самостійності та інтеграції в суспільство. Державна програма TEACCH була розроблена у штаті Північна Кароліна (США), однак згодом набула міжнародного поширення. Вона орієнтована на розвиток індивідуальних здібностей, умінь і соціальної адаптації дитини за допомогою методів структурованого навчання. Основною метою програми є підвищення якості життя людей з аутизмом шляхом підтримки їхньої незалежності та гнучкості, зменшення деструктивних форм поведінки, а також розширення соціальних і професійних можливостей.

Програма TEACCH ґрунтується на принципах структурованого навчання, візуальної підтримки та адаптації освітнього середовища до особливостей розвитку дітей з аутизмом, згрупованих за віковими категоріями та сферами розвитку: імітація, сприйняття, груба та дрібна моторика, координація рухів очей і рук, елементарна пізнавальна діяльність, мовлення, самообслуговування та соціальна взаємодія. Бажаного результату досягають

через поступове навчання дитини соціально-побутовим навичкам шляхом регулярного відпрацювання їх окремих складових, які згодом поєднуються у цілісні вміння. Таким чином, завдяки ТЕАССН-терапії дитина з РАС набуває здатності самостійно виконувати доцільні дії для досягнення власних цілей, що значно полегшує її повсякденне функціонування та сприяє максимальній соціальній інтеграції [63].

Численні наукові дослідження цієї програми засвідчують позитивні зміни у розвитку дітей, зокрема покращення вербального та невербального когнітивного функціонування, мовленнєвих навичок, здатності до наслідування, сприйняття, соціальної комунікації та взаємодії, координації рухів очей і рук, а також моторних умінь. Крім того, унаслідок застосування програми спостерігається зменшення проявів аутистичних симптомів та дезадаптивної поведінки, а рівень стресу батьків або педагогів у п'яти з семи випадків істотно знизився. Опікуни відзначали високий рівень задоволеності втручанням та досягнутим прогресом дитини [69; 79].

Звукова терапія належить до комплементарних методів, що використовуються для зменшення психічних і поведінкових порушень. Засновник цього підходу Альфред Томатіс довів, що прослуховування певних відфільтрованих звуків – зокрема голосу матері або музики Моцарта – має практичний вплив на функціонування мозку та сприяє покращенню навичок слухання і мовлення, а також емоційного й розумового стану дитини.

Згідно з теорією Томатіса, небажання аутистичних дітей вступати в комунікацію пов'язане з їхньою зниженою здатністю до слухання та концентрації уваги. Метод звукотерапії Томатіса спрямований на підвищення слухової сприйнятливості дитини з аутизмом. Відповідно до цієї концепції, звуки, які генерує так зване «електронне вухо», створюють стимуляцію, що впливає на вушні м'язи. Застосування звукотерапії може змінювати емоційну (сенсорну) обробку інформації. Цінність цього методу полягає в його потенційному впливі на соціальну взаємодію, зменшення стереотипної поведінки та редукцію проявів аутистичних симптомів [77].

Дослідження свідчать, що застосування Томатіс-терапії може позитивно впливати на стан дітей з аутизмом. Зокрема, Шиєдек [77] продемонстрував, що метод Томатіса сприяє покращенню вербальної комунікації дітей з РАС. Татум [74] показав, що цей метод може впливати як на мовленнєве спілкування, так і на соціальну взаємодію дітей з аутизмом. Герріцен [75] також виявив позитивні зміни у вербальній комунікації та соціальній взаємодії після застосування Томатіс-терапії. Крім того, Нейсміт [76], використовуючи шкалу оцінювання аутизму Гілляма (G.A.R.S.), встановив, що метод Томатіса сприяв покращенню мовленнєвих навичок і загальному розвитку мовлення у дітей з аутизмом.

Відповідно до цих даних, метод Томатіса як форма звукотерапії та слухової стимуляції може бути доцільним і корисним для більшості дітей з аутизмом. Крім того, він є достатньо простим у застосуванні в клінічній практиці. Цей метод може використовуватися дітьми з РАС незалежно від рівня тяжкості розладу.

Одним із прикладів корекції поведінки під час гри є програма «Розвиток міжособистісних стосунків» – Relationship Development Intervention (RDI), що базується на моделі динамічного інтелекту. Згідно з цією концепцією, люди з аутизмом здатні засвоювати та запам'ятовувати факти, що називається статичним інтелектом, однак їхній динамічний інтелект зазвичай є недостатньо розвиненим. Динамічний інтелект передбачає здатність гнучко й творчо реагувати на нові ситуації, що є важливим у реальному житті. У межах RDI поліпшення стану дітей з аутизмом досягається через розвиток цього динамічного інтелекту, зокрема шляхом роботи над такими складниками соціальної взаємодії, як здатність реагувати на інших, проявляти емоції, виявляти інтерес до людей, співпрацювати та ділитися досвідом.

Важливим аспектом програми є робота з родиною: спочатку аналізуються наявні взаємини між батьками та дитиною, після чого консультанти допомагають членам сім'ї сформувати більш ефективні стилі взаємодії та комунікації. В ігрових методиках не використовуються складні

настільні ігри чи спеціальні іграшки, оскільки метою є стимулювання інтересу до спілкування за допомогою іграшок, а не концентрація на самих предметах.

Арттерапевтичні заняття – музика, малювання, ліплення – є важливою складовою комплексної терапії для дітей з аутизмом у спеціалізованих центрах. За умови регулярних індивідуальних занять у дітей поступово з'являються успіхи в окремих видах діяльності, що сприяє формуванню впевненості в собі, відчуття задоволення та позитивного ставлення до власних досягнень. Усі методи арт-терапії ґрунтуються на отриманні задоволення від процесу – від звуків, від дотику пензля, від можливості самовираження в комфортному середовищі. Оскільки під час малювання задіяні різні психічні функції, цей процес також сприяє соціальній адаптації дитини та покращенню чуттєво-рухової координації. Тому арттерапію можна розглядати як засіб гармонізації психоемоційного стану дитини [23].

Робота з глиною, піском чи водою є дієвою з погляду впливу на психоемоційний стан дитини, а також сприяє розвитку дрібної моторики рук. Застосування цих матеріалів допомагає компенсувати дефіцит сенсорних відчуттів у повсякденному житті. Тактильний контакт із глиною або водою стимулює розвиток «мануального інтелекту», адже дитина знайомиться з новими матеріалами, їхньою текстурою та можливістю змінювати форму на власний розсуд. Це, своєю чергою, активізує уяву: під час роботи з глиною діти не лише створюють візуальні образи, а й спостерігають конкретний результат своєї діяльності. Такий підхід має позитивний вплив навіть на дітей із недостатньо сформованою моторикою, оскільки в процесі творчості відсутнє поняття помилки, що забезпечує відчуття комфорту, свободи та безпеки для самовираження [36; 66].

Анімалотерапія, або терапія за участю тварин, є ефективною завдяки тому, що дитина часто не усвідомлює корекційний характер занять, що значно прискорює процес позитивних змін. Зацікавленість у відвідуванні занять, емоційна прив'язаність до тварин, прагнення малювати нових «друзів» свідчать про важливу роль тварин у житті дітей з розладами аутистичного

спектру. Найчастіше в такій терапії залучають собак (каністерапія), дельфінів і коней. Водночас недоліками цього методу є складність організації занять у домашніх умовах та їхня висока вартість.

Таким чином, сучасна корекція розвитку дітей з аутистичним спектром охоплює широкий спектр методик. Подолання цих порушень є тривалим і багатокомпонентним процесом, який поєднує як традиційні підходи, так і альтернативні корекційні методи, а також потребує участі фахівців різного профілю. Лікування аутизму в окремих випадках може тривати протягом усього життя, оскільки кожна дитина має індивідуальні прояви розладу, що ускладнює терапію. Позитивні зміни в поведінці дітей з РАС можуть бути результатом застосування окремих методів або їх комплексного поєднання, тому доцільним є створення умов, у яких медикаментозне, арттерапевтичне, педагогічне та інші напрями допомоги були б інтегровані в єдину систему.

1.3. Вплив соціально-психологічних умов на розвиток дітей з аутизмом

Сучасний етап розвитку теорії та практики педагогіки, психіатрії й психології характеризується підвищеною увагою до поглибленого вивчення особливостей психічного та фізіологічного розвитку дітей з порушеннями розвитку. Протягом багатьох років діти з аутизмом були позбавлені доступних для інших форм медико-психолого-педагогічної допомоги, оскільки аутизм є надзвичайно складним явищем як у теоретичному, так і в практичному аспектах. У зв'язку з цим і надалі залишається актуальною потреба в ґрунтовному дослідженні особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

Проблема аутизму неодноразово розглядалася та висвітлювалася у науковій, медичній, психологічній і педагогічній літературі. Переважна

частина таких досліджень належить зарубіжним ученим, зокрема Н. Asperger [40], L. Bender [44], M. Bristol [45], B. Hermelin [55], L. Kanner [57] та іншим.

Водночас значний внесок у вивчення проблеми аутизму зробили й українські дослідники, які раніше й нині активно працюють у цьому напрямі. Серед них Я. Багрій, В. Нечипоренко, К. Островська, О. Романчук, Т. Скрипник та інші [1; 22; 23; 34; 36].

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що зазначена проблематика залишається у центрі уваги науковців. Так, Т. Скрипник присвятила свою монографію феноменології аутизму; К. Островська у своїх працях окреслила основні напрями психологічної допомоги дітям з аутизмом; Порошенко М. розробив навчальний посібник, у якому представлено концепції розвитку, навчання та соціалізації дітей з аутизмом; Д. Шульженко ґрунтовно висвітлив генезис понять і категорій аутизму; О. Хаустов у наукових статтях розкрив основні шляхи організації середовища для розвитку комунікації та соціалізації дітей з розладами аутистичного спектру та ін.

Метою дослідження є уточнення й упорядкування основних психологічних і фізіологічних характеристик розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, а також узагальнення наукових підходів до тлумачення понять «аутизм» і «діти з аутизмом».

Н. Пахомова наголошує, що термін «аутизм» був уведений Е. Блейлером у 1911 році для позначення специфічного типу мислення, яке визначається емоційними потребами особистості та не пов'язане з об'єктивною реальністю. Уперше ж аутизм як окремий психічний розлад був описаний у 1943 році психіатром Л. Каннером [28; 57].

На думку Т. Скрипник, аутизм належить до загальних (первазивних) порушень розвитку, що впливають на формування вербальної та невербальної комунікації, соціальної взаємодії, а також ускладнюють розвиток адаптаційних механізмів. Розлади аутистичного спектру зазвичай проявляються у дітей до трирічного віку. До інших характерних ознак аутизму дослідниця відносить наявність обмежених і повторюваних стереотипних дій,

підвищену чутливість або, навпаки, нетерпимість до змін у навколишньому середовищі чи повсякденному житті, а також нетипові реакції на сенсорні подразники [36].

Дитячий аутизм розглядається як один із клінічних варіантів дизонтогенезу, що належить до типу спотвореного розвитку. Щодо поширеності цієї патології розвитку, науковець наводить різні статистичні дані: від 6–17 випадків (за В. Каганом) до 57 випадків (за К. Гілбертом) на 10 000 дитячого населення, при цьому аутизм значно частіше діагностується у хлопчиків, ніж у дівчаток. Для цього типу психічного дизонтогенезу характерні складні поєднання загального психічного недорозвинення, що проявляються у затриманому, ушкодженому та прискореному розвитку окремих психічних функцій дитини [65].

Т. Галах зазначає, що аутизм є специфічним діагнозом, який визначається сукупністю симптомів, що виявляються у порушеннях мовлення, соціальної взаємодії та наявності стереотипних рухів. Автор підкреслює, що аутизм не слід розглядати як окреме захворювання, оскільки він становить собою комплекс розладів розвитку нервової системи, пов'язаних із порушенням емоційно-особистісної сфери дітей і підлітків. Дитина з аутизмом зазнає значних труднощів у встановленні емоційного контакту з навколишнім світом, у вираженні власних почуттів та розумінні емоцій інших людей. Також ускладнюється встановлення зорового контакту та міжособистісна взаємодія за допомогою жестів, міміки й інтонації.

Розлади аутистичного спектру Т. Галах трактує як порушення психічного розвитку, для яких характерні значні дефіцити соціальної взаємодії, комунікативних умінь і пізнавальної діяльності, а також зниження інтересу до навколишньої дійсності. Зокрема, батьків дітей з РАС насторожує те, що дитина не виявляє потреби у фізичному контакті з матір'ю, чинить опір спробам узяти її на руки чи обійняти, не демонструє посмішки, уникає зорового контакту та не формує емоційного зв'язку з батьками [8].

Н. Пахомова, враховуючи ступінь вираженості афективних порушень,

виокремлює чотири групи особливостей психічного розвитку дітей з аутизмом.

Для першої групи характерна майже повна відсутність спілкування. У поведінці таких дітей може спостерігатися самоагресія як форма аутистичного захисту, а також неадекватні, іноді маячноподібні страхи. Під час безцільних рухів нерідко виявляються висококоординовані та пластичні дії, що проявляються у вигляді активної аутостимуляції. У процесі дослідження предметів діти переважно використовують нюхові, вестибулярні та тактильні відчуття. Вони потребують постійного догляду й підтримки з боку дорослих як у спеціалізованих закладах, так і в умовах сім'ї [28].

Друга група характеризується обмеженим спілкуванням, яке особливо ускладнюється в незнайомих або змінених умовах. Страхи в дітей цієї групи зумовлені підвищеною сенсорною чутливістю. Активність має вибірковий характер, вираженою є потреба у стабільності та незмінності середовища. Спостерігаються скутість рухів, підвищена напруженість м'язового тону, а також недостатній розвиток дрібної моторики. Пізнавальні процеси реалізуються переважно через символічну гру, яка відзначається високим рівнем стереотипності. Мовлення може використовуватися лише в емоційно значущих ситуаціях. Прогноз розвитку передбачає можливість індивідуального навчання вдома за спеціальною програмою, опанування елементарних навичок читання та лічби. Такі діти потребують постійного догляду, водночас можуть володіти базовими трудовими вміннями [28].

Третя група відзначається обмеженою потребою у спілкуванні, однак із чітко вираженим вибірковим контактом, переважно з дорослими. Агресивні реакції та афективні переживання здебільшого проявляються у вербальній формі або через однотипні малюнки. Спостерігаються моторна незграбність, порушення м'язового тону та недостатня координація рухів. Ефективність сприймання значною мірою залежить від афективної установки, що зумовлює його вибірковий характер. Водночас характерним є високий рівень розвитку пам'яті, особливо щодо емоційно значущих подій. Інтелектуальна діяльність

відзначається нерівномірним темпом розвитку: доступними є узагальнення та судження за істотними ознаками, однак аргументація відповідей часто ускладнена. Виявляється звуженість та зацикленість інтелектуальних інтересів. Прогноз розвитку передбачає можливість навчання вдома або в корекційному класі за спеціальною програмою, формування трудових навичок та відносно самостійне проживання під наглядом родичів або опікунів [28].

Четверта група характеризується відсутністю ініціативи у спілкуванні з боку дітей. Для них типові неврозоподібні порушення, зокрема підвищена загальмованість, сором'язливість, тривожність і лякливість, що особливо проявляються у міжособистісних контактах. Відчуття власної неспроможності посилює прояви соціальної дезадаптації. Загалом поведінка таких дітей має цілеспрямований характер, однак у напружених або стресових ситуаціях можуть виникати моторні стереотипії, підвищене занепокоєння та зниження концентрації уваги. Також спостерігаються труднощі у формуванні рухових навичок і затримка моторного розвитку порівняно з однолітками з типовим розвитком. Прогноз для дітей цієї групи є сприятливим: можливе навчання за загальноосвітньою програмою в умовах масової школи [27].

Порошенко М. А акцентує увагу на тому, що дитячий аутизм є захворюванням, основними ознаками якого виступають порушення взаємодії дитини з навколишнім середовищем, насамперед з іншими людьми, а також схильність до мимовільної самоізоляції. Це, своєю чергою, призводить до порушень у розвитку емоційної сфери, мовлення, пізнавальних процесів і поведінки загалом [29].

К. Островська зазначає, що відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) аутистичні синдроми віднесено до підрозділу «Загальні розлади розвитку» розділу «Порушення психологічного розвитку» та класифіковано за відповідними діагностичними критеріями:

F84 Загальні розлади розвитку. Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями в реципрокних соціальних взаємодіях і в способах комунікації, а також обмеженим, стереотипним

набором інтересів та занять, які повторюються.

F84.0 Дитячий аутизм. Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і (чи) порушеного розвитку, який вперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципрокна соціальна взаємодія, комунікація, поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, що повторюються).

F84.1 Атиповий аутизм. Цей різновид загального розладу розвитку відрізняється від дитячого аутизму або за часом прояву, або неповною відповідністю вимогам за трьома наборами діагностичних критеріїв.

F84.10 Атиповість за часом прояву.

F84.11 Атиповість за симптоматикою.

F84.12 Атиповість як за часом прояву так і за симптоматикою.

F84.2 Синдром Ретта. У цьому стані за раннім періодом зовнішньо нормального розвитку простежується часткова або повна втрата мовлення, набутих локомоторних і мануальних навичок поряд з уповільненням росту голови.

F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку. Це загальний розлад розвитку, який характеризується періодом в цілому нормального розвитку до його початку, після чого протягом декількох місяців відбувається виразна втрата раніше набутих навичок в декількох сферах розвитку.

F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами. Це нечітко описаний розлад невизначеного нозологічного походження.

F84.5 Синдром Аспергера. Цей розлад, нозологічна самостійність якого не визначена, характеризується тим самим типом якісного порушення реципрокної соціальної взаємодії, що й типовий аутизм, та обмеженим набором стереотипних, повторюваних інтересів і занять.

F84.8 Інші загальні розлади розвитку.

F84.9 Загальний розлад розвитку, неуточнений. Цю діагностичну

категорію варто використовувати для розладів, які відповідають опису загальних розладів розвитку, у тому випадку, коли, зважаючи на суперечливість даних або через відсутність адекватної інформації, немає можливості з'ясувати, чи задовольняються діагностичні критерії якої- небудь з попередніх рубрик у F84 [19; 82].

Що стосується ігрової діяльності у дітей з розладами аутичного спектру вона особливо різко змінена. Гра нерідко зводиться до одноманітного пересипання, перекладання предметів, постукування ними, торкання ними обличчя, обнюхування, облизування. Звертають на себе увагу то надто швидке пересичення будь-якою грою, то зациклення на одній і тій самій маніпуляції, відсутність сюжетності, ускладнення гри, її стереотипність. Замість гри діти можуть повзати, ходити, іноді підстрибувати, крутитися. Після трьох років така поведінка іноді поєднується зі ставленням до певних предметів (іграшок, стрічок, коліс тощо) як до особливої цінності [18].

Україна перебуває у процесі переходу на Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), який офіційно розпочався та триває, згідно з операційним планом МОЗ на 2025–2026 роки. Повний перехід та виключне використання МКХ-11 заплановано завершити до 1 січня 2027 року, а до цього часу медична система працює у перехідному режимі.

У квітні 2025 року затверджено план впровадження МКХ-11 на 2025–2026 роки, що включає навчання лікарів та адаптацію медичних інформаційних систем (МІС). МКХ-11 офіційно визнана, існує її фаховий переклад (зокрема V розділ – психічні розлади). Вже впроваджуються нові підходи до діагностики, наприклад, РАС (Розлади аутистичного спектру) та зміни у класифікації сексуального здоров'я. Повна заміна застарілої МКХ-10 на МКХ-11 очікується до 2027 року.

Запровадження МКХ-11 відбуватиметься за затвердженням МОЗ Операційним планом переходу України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я одинадцятого перегляду на 2025–2026 роки. Згідно з планом, 2025 рік присвячено

організаційним питанням імплементації МКХ-11 (переклад українською, аналіз нормативної бази, яка підлягає змінам тощо), а 2026 рік – практичним, куди включене навчання медпрацівників користуватися кодами, приведення нормативно-правової бази у відповідність до МКХ-11, перегляд підходів до фінансування за Програмою медичних гарантій тощо [19; 82]. Це означає, що на початку 2027 року українська система охорони здоров'я зобов'язана вступити у нову фазу, припинити використання МКХ-10, і користуватися МКХ-11, чого дуже очікують всі дотичні до проблем аутизму: батьки, дорослі аутисти, лікарі, громадські організації тощо.

Таким чином, МКХ-11 активно впроваджується, але остаточний перехід ще триває.

У науковій літературі провідними причинами розладів аутистичного спектру називають:

а) біологічна недостатність усіх регуляторних систем – активуючої та інстинктивно-афективної, а також дефіцит функціонування аналізаторних систем (гностичних, мовленнєвих, рухових);

б) соціальні, тобто вторинні, чинники. Початкова енергетична недостатність у дітей, що проявляється швидкою виснажуваністю, швидким перенасиченням будь-якою діяльністю, низькими сенсорними порогоми з вираженим негативним емоційним фоном тощо, підвищує їхню готовність до виникнення реакцій страху та формує хронічний стан дискомфорту.

У зв'язку з цим, як зазначає дослідник, аутизм для таких дітей виступає своєрідною компенсаторною реакцією, спрямованою на захист від травмувального впливу зовнішнього середовища [20; 22].

Перші прояви аутизму можуть з'являтися вже в немовлячому віці та виявлятися у відсутності комплексу пожвавлення під час контакту з матір'ю чи іншими близькими людьми. У старшому віці аутизм проявляється через «занурення в себе», ослаблення або повне ігнорування взаємодії з навколишнім світом. Зовнішність дітей з аутизмом часто характеризується нерухомим виразом обличчя, поглядом, спрямованим у порожнечу або ніби

всередину себе, а також відсутністю реакції типу «очі в очі». Водночас таким дітям притаманна підвищена чутливість до світлових, звукових та інших подразників [26].

Колупаєва А. наголошує, що найбільш виразно аутизм проявляється у віці 3–5 років, і серед його найхарактерніших ознак виділяє такі: аутична дитина не утримує зорового контакту, особливо не фіксує погляд на обличчі чи його деталях, уникає прямого погляду в очі; перша посмішка з'являється своєчасно, однак вона не адресована конкретній людині й не викликається сміхом, радістю чи іншими афективними реакціями оточуючих; ставлення до людей є індіферентним – дитина не прагне на руки, часто віддає перевагу перебуванню в ліжечку, манежі чи колясці, не пристосовується на руках дорослого, не обирає зручної пози, залишається напруженою, позу готовності або не виявляє зовсім, або демонструє дуже слабо, хоча іноді може легко йти на руки до будь-кого; близьких людей дитина впізнає, але не проявляє тривалої та емоційно насиченої реакції; ставлення до ласки є нетиповим – вона може бути байдужою або навіть викликати неприязнь, а за наявності приємних відчуттів швидко настає перенасичення; реакція на дискомфортні ситуації (зокрема порушення режиму харчування) має парадоксальний характер – дитина або зовсім їх не переносить, або залишається до них байдужою; потреба у контактах з іншими людьми, навіть близькими, також є суперечливою – в одних випадках вона відсутня й дитина уникає взаємодії, в інших, більш тяжких, випадках ставлення до контакту, особливо тактильного, є млявим і байдужим [17].

На переконання Т. Скрипник, діти з аутизмом володіють значним потенціалом розвитку. Ті чинники, що гальмують їхній поступальний розвиток за принципом поступового нарощування – зокрема недостатність соціальних якостей, а також порушення соматосенсорних і психомоторних процесів, – можуть бути подолані. Водночас правильно дібрані методи навчання й розвитку таких дітей, із урахуванням світового досвіду, сприяють ефективному формуванню їхніх інтелектуальних можливостей та адаптивних

навичок.

Як зазначає авторка, оптимальний розвиток дітей з аутизмом забезпечується за умови реалізації комплексу взаємопов'язаних чинників, а саме:

- раннього виявлення порушень розвитку та своєчасного залучення дитини до результативних корекційно-розвивальних програм (у межах раннього втручання або системної ранньої допомоги);
- позитивних змін у сімейному середовищі аутичної дитини та створення максимально сприятливих умов для її розвитку;
- цілеспрямованого й поетапного включення дитини до загальноосвітнього простору відповідно до її актуального стану та потенційних можливостей розвитку, які постійно переглядаються з метою корекції умов ефективного навчання і розвитку;
- адаптації загальноосвітнього середовища, що має для дитини з аутизмом підтримувальний, стимулювальний і корекційно-розвивальний характер, із залученням різних ресурсів, зокрема: предметно-просторових (структурування простору, організація навчального місця, використання пристосувальних предметів, засобів підтримувальної та альтернативної комунікації); організаційно-сміслових (упорядкування сфер життєдіяльності – навчання, побуту, дозвілля; дозування навантаження, візуальна підтримка, елементи програми ТЕАССН, правила взаємодії з навколишнім середовищем); соціально-психологічних (значущі дорослі, соціальні ролі, потреби, прихильності, усталені звички);
- забезпечення професійного психолого-педагогічного супроводу командою фахівців різного профілю спільно з батьками, які розробляють індивідуальну програму розвитку дитини та послідовно реалізують її;
- організації систематичної корекційно-розвивальної роботи паралельно з навчальним процесом, спрямованої на формування базових психічних функцій дитини (тонічної регуляції, відчуття безпеки й довіри, сенсорної інтеграції);

- належного навчально-методичного забезпечення процесів навчання й розвитку дітей з аутизмом.

Упровадження кожної з названих умов та їх узгоджена взаємодія, за словами дослідниці, безпосередньо впливають на позитивну динаміку розвитку дитини з розладами аутичного спектру [36; 37].

Отже, спираючись на викладене вище, можна дійти висновку, що проблема розвитку дітей із розладами аутичного спектру перебувала в центрі уваги як зарубіжних, так і вітчизняних науковців.

Було встановлено, що аутизм є порушенням розвитку, яке впливає на комунікативну сферу та соціальну взаємодію, а також істотно ускладнює адаптацію людини. Обґрунтовано, що чинники виникнення аутичних розладів доцільно поділяти на біологічні, зокрема недостатність регуляторних і дефіцит аналізаторних систем, та соціальні. Виокремлено основні прояви аутизму, серед яких провідними є затримка мовленнєвого розвитку та відсутність прагнення до контакту, що виявляється у дефіциті спілкування, обмеженості інтересів і наявності стереотипних форм поведінки. Також спостерігаються порушення невербальної комунікації, зокрема уникання зорового контакту та неприйняття тілесних обіймів, труднощі у встановленні дружніх стосунків з однолітками, нездатність ділитися радістю й захопленням із однолітками, відсутність співпереживання до оточуючих, а також постійне прагнення впорядковувати предмети та підтримувати порядок.

1.4. Психолого-педагогічні аспекти підтримки дітей з аутизмом

Організація та реалізація професійного супроводу освітніх процесів для дітей з аутизмом, як і для будь-якої іншої категорії дітей, є неможливою без опори на чіткі й ефективні заходи та напрацювання, що визначають стратегічні й тактичні орієнтири навчання і розвитку, а також окреслюють коло суб'єктів,

відповідальних за виконання певних видів діяльності. Вирішальне значення у процесі створення програм цілеспрямованої допомоги дітям з аутизмом має комплексний підхід, який ґрунтується на послідовній та виваженій державній політиці. Міжнародна практика свідчить, що саме такий підхід до планування політики у сфері розвитку дітей з особливими освітніми потребами забезпечує умови для їх повноцінного зростання, розвитку та успішного навчання в закладах освіти.

Комплексний підхід охоплює розбудову механізмів міжгалузевої взаємодії, систематичне оновлення програм, подолання недоліків у сфері навчання, надання послуг і використання ресурсів. Узгоджене планування сприяє формуванню відповідальності всіх учасників програм ефективної допомоги дітям з аутизмом, їхніх батьків та осіб, залучених до процесу ухвалення рішень. Застосування комплексного підходу в політиці підтримки дітей дає змогу вибудувати дієві координаційні механізми, які забезпечують досягнення поставлених цілей. Зокрема, йдеться про діяльність міжвідомчих рад і програм співпраці та інтеграції, особливо на місцевому рівні, робота яких спрямована на такі напрями:

Розроблення стратегій, методичних рекомендацій, стандартів, нормативних вимог і законодавчих актів, на основі яких формується система надання допомоги та підтримки дітям з аутизмом.

Узгодження цілей, завдань і стратегічних напрямів діяльності органів державної влади та громадських інституцій.

Інтеграція положень національної політики щодо підтримки дітей із загальними розладами розвитку (зокрема з розладами аутичного спектру) до планів дій усіх галузей з метою забезпечення їх практичної реалізації у щоденній діяльності відповідних структур.

Забезпечення найбільш ефективного використання обмежених фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів шляхом координації управлінських функцій та послуг, що надаються цій категорії дітей, а також організації підготовки й підвищення кваліфікації керівників і фахівців різних

сфер.

Створення координаційних механізмів, які уможливлюють спільну діяльність розробників програм, управлінців, безпосередніх виконавців та аналітиків задля досягнення цілей розвитку, навчання й соціальної адаптації дітей з аутизмом.

Упровадження комплексного підходу в процесі формування політики у сфері всебічної допомоги дітям з аутизмом, а також міжгалузевої взаємодії в питаннях їх навчання, розвитку та соціальної адаптації, має здійснюватися на загальнодержавному рівні через діяльність спеціалізованих рад та установ [15; 16]. Практична реалізація комплексної допомоги можлива шляхом створення інноваційних, постійно функціонуючих організаційно-методичних форм, зокрема системи психолого-педагогічного супроводу навчання і розвитку дітей з аутизмом на всіх рівнях освіти – від раннього втручання до здобуття професії, а також через їх залучення до інтегративно-інклюзивного навчання.

Системна підтримка дітей з аутизмом ґрунтується на системному підході, який передбачає цілеспрямований і поетапний психолого-педагогічний вплив на взаємопов'язані складові – саму дитину, її сім'ю та навколишнє середовище. Такий вплив спирається на наявні ресурси й механізми зворотного зв'язку, що дає можливість оцінювати його результативність і за потреби своєчасно коригувати процес реалізації. Визначальною умовою ефективного навчання та розвитку дітей з аутизмом є продумана й послідовно організована система психолого-педагогічної допомоги, основу якої становить тісний взаємозв'язок і взаємозумовленість корекційно-розвивальної та освітньої діяльності [16; 22; 34].

Раціонально вибудована організація психолого-педагогічної підтримки дітей з аутизмом передбачає впровадження інтегративно-інклюзивного навчання, що полягає у здобутті освіти дітьми з особливими освітніми потребами як у спеціальних, так і в масових закладах загальної середньої освіти, за умови обов'язкової спеціальної підготовки освітнього середовища та самих дітей [15; 16]. Така система має охоплювати такі основні напрями:

створення умов, що забезпечують доступне, безперешкодне навчання та всебічний розвиток дитини; підготовку дитини до входження в освітній простір як одну з ключових передумов її соціальної адаптації, інтелектуального та особистісного становлення.

Створення належних умов для безперешкодного навчання й розвитку дітей з аутизмом передбачає організацію психолого-педагогічної допомоги дітям з особливими освітніми потребами на основі розвиненої нормативно-правової бази, яка визначає механізми та порядок здійснення фахової діяльності як у корекційно-розвивальному, так і в освітньому напрямках. За наявності відповідного нормативно-правового забезпечення психолого-педагогічна спільнота має забезпечити такі умови для результативного навчання та розвитку дітей з аутизмом:

- надання кваліфікованої корекційно-розвивальної допомоги з використанням загальноновизнаних світових практик. При цьому навіть у разі втрати найбільш сприятливого періоду для психолого-педагогічного впливу та відсутності технологій раннього втручання, у будь-якому віці можливе планування системних інтенсивних занять, що сприятимуть позитивній динаміці розвитку дитини з аутизмом;

- розроблення комплексного навчально-методичного забезпечення освітнього процесу для дітей з розладами аутичного спектру, зокрема методичних рекомендацій і посібників з питань діагностики, комплексної корекційно-розвивальної роботи, організації навчання та соціального розвитку; створення дидактичних матеріалів зі структурованого навчання, візуальної підтримки, а також матеріалів із використанням інформаційних технологій; забезпечення оптимальних умов для організації оцінювання досягнень дитини з урахуванням взаємозв'язку таких освітніх компонентів, як знання, уміння та здатність застосовувати їх на практиці;

- сприяння впровадженню інклюзивних технологій у навчанні дітей з аутизмом, що передбачає адаптацію та модифікацію освітнього процесу, навчальних планів, цілей і завдань, зокрема пристосування освітнього

середовища, педагогічних методів, дидактичних матеріалів, допоміжних ресурсів і алгоритмів адаптації навчальних завдань відповідно до індивідуальних потреб дітей з аутизмом, а також опанування педагогами ефективних методів роботи; розроблення чітких критеріїв оцінювання навчальних досягнень дітей з аутизмом, які навчаються в закладах освіти;

– визначення змісту та поетапного алгоритму психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітніх установах, що включає підготовку необхідної методичної й оцінювальної документації, створення для конкретної дитини команди супроводу, розроблення індивідуальної програми розвитку та її узгоджене й послідовне впровадження в життєдіяльність дитини [16; 22; 34].

Підготовка дитини до входження в освітній простір ґрунтується на міжнародному та національному досвіді організації ефективної освітньої роботи з дітьми з аутизмом [22; 34; 48] і передбачає такі ключові орієнтири:

Раннє виявлення порушень розвитку за аутичним типом, що дає змогу більшості дітей своєчасно інтегруватися в освітній простір і адаптуватися до соціального життя.

Системні зміни в родині як основа корекційно-розвивальної роботи. Робота з батьками передбачає підвищення їхньої компетентності, формування навичок створення розвивального середовища вдома та продуктивної взаємодії з дитиною.

Соціальний компонент розвитку. Оскільки діти з аутизмом не мають вроджених соціальних навичок, соціальна сфера повинна стати пріоритетною у програмах розвитку. Для цього створюється сприятливе розвивальне середовище як вдома, так і поза його межами, включаючи організацію спеціального предметно-ігрового простору та можливостей для різноманітних контактів із дорослими й однолітками.

Цілісний розвиток дитини. Незважаючи на акцент на соціальному розвитку, програми повинні бути комплексними, спрямованими на розвиток взаємопов'язаних базових структур: тонічної регуляції (психомоторна сфера),

сенсорних систем (пізнавальна сфера) та базового почуття безпеки і довіри (соціально-емоційна сфера).

Природні умови корекційно-розвивальної роботи. Заняття мають бути максимально наближеними до реального життя дитини, особливо на ранніх і дошкільних етапах. Усі потреби дитини можна задовольнити за умови правильно організованої життєдіяльності вдома та впровадження системної освітньої програми, що спирається на загальні закономірності розвитку.

Моніторинг динаміки позитивних змін у дитини. Систематичне збирання й аналіз інформації дозволяє оцінювати ефективність психолого-педагогічної допомоги, вдосконалювати її зміст і механізми, а також інформувати суспільство про проблематику дітей з аутизмом.

Виходячи з міжнародних стандартів [48; 65] та результатів власних досліджень, методологічно-організаційний підхід до психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом базується на таких принципах: комплексний підхід до планування політики розвитку дітей з особливими освітніми потребами; інноваційні зміни у структурі, координаційних механізмах та освітньому середовищі для реалізації інклюзивного навчання дітей з аутизмом; міжгалузева координація у питаннях навчання, розвитку та соціальної адаптації дітей з аутизмом; освіта батьків і педагогів, а також залучення суспільства до процесу розвитку дітей з аутизмом; системний підхід до організації та реалізації фахової допомоги; створення системи психолого-педагогічного супроводу інтегративно-інклюзивного навчання дітей по всій освітній вертикалі; двосторонній процес підготовки інтегративно-інклюзивного навчання: створення умов для безперешкодного навчання та безпосередня підготовка дитини до входження в освітній простір; регулярний моніторинг якості діяльності з надання психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом.

Сучасна система підготовки та підтримки дітей з аутизмом ґрунтується на комплексному, системному та інклюзивному підході, що охоплює всі ключові складові – дитину, родину та освітнє середовище. Раннє виявлення

порушень, активна робота з батьками, пріоритетність соціального розвитку, комплексні корекційно-розвивальні програми, адаптація освітнього простору та постійний моніторинг ефективності заходів забезпечують умови для повноцінного навчання, соціальної адаптації та гармонійного розвитку дітей з аутизмом. Такий підхід не лише сприяє їхній освіті, а й формує у суспільстві культуру обізнаності та відповідальності щодо потреб дітей з особливими освітніми потребами.

Висновки до першого розділу

У результаті теоретико-методологічного аналізу проблеми впливу раннього втручання на розвиток дітей з аутизмом було узагальнено сучасні наукові підходи до розуміння сутності розладів аутистичного спектра, особливостей розвитку дітей цієї категорії, а також визначено основні напрями психологічної допомоги та підтримки.

З'ясовано, що розлади аутистичного спектра є складними порушеннями нейророзвитку, які характеризуються стійкими труднощами у сфері соціальної взаємодії та комунікації, а також наявністю обмежених і повторюваних форм поведінки. Встановлено, що у науковій літературі відсутній єдиний підхід до трактування поняття «аутизм», що зумовлює різноманітність теоретичних концепцій і класифікацій, однак спільним є розуміння його як системного порушення розвитку, що проявляється вже в ранньому дитинстві.

Проаналізовано етапи становлення наукових уявлень про аутизм – від перших описів і введення терміна Е. Блейлером до сучасного розуміння РАС як спектра порушень із різним ступенем вираженості. Встановлено, що сучасні підходи до діагностики ґрунтуються на міжнародних класифікаціях (МКХ, DSM), які визначають ключові критерії цього розладу.

У ході дослідження визначено, що розвиток дітей з аутизмом має специфічні особливості, які проявляються у порушеннях емоційної сфери, мовлення, пізнавальної діяльності та поведінки. Особливу роль у формуванні

цих проявів відіграють соціально-психологічні умови розвитку, зокрема середовище, характер взаємодії з дорослими, рівень підтримки та залученості сім'ї. Доведено, що діти з РАС потребують індивідуалізованого підходу та спеціально організованих умов розвитку.

Узагальнення наукових джерел дозволило встановити, що корекція поведінки є одним із ключових напрямів роботи з дітьми з аутизмом. Вона ґрунтується на принципах прикладного аналізу поведінки (АВА) та передбачає формування соціально прийнятних моделей поведінки, розвиток комунікативних і адаптивних навичок, а також зменшення небажаних поведінкових проявів. Водночас ефективність корекційної роботи значною мірою залежить від систематичності, індивідуалізації та активної участі сім'ї.

Особливу увагу в розділі приділено аналізу сучасних підходів до раннього втручання. Встановлено, що найбільш ефективними є комплексні програми, які поєднують поведінкові, педагогічні, психологічні та, за необхідності, медичні методи впливу. Серед них провідне місце займають АВА-терапія, програма ТЕАССН, а також різні форми арт-терапії, сенсорної інтеграції та ігрових методів.

Доведено, що раннє втручання є критично важливим чинником у розвитку дітей з аутизмом, оскільки своєчасний початок корекційної роботи сприяє формуванню базових навичок, підвищенню рівня соціальної адаптації та покращенню якості життя дитини. Ефективність таких програм значно зростає за умови мультидисциплінарного підходу та тісної співпраці фахівців із батьками.

Таким чином, теоретичний аналіз проблеми дозволив обґрунтувати необхідність раннього втручання як ключового напрямку підтримки дітей з розладами аутистичного спектра та визначити основні підходи до організації психолого-педагогічної допомоги. Отримані результати слугують теоретичною основою для проведення емпіричного дослідження впливу інтенсивності корекційно-розвивальних занять на розвиток дітей з аутизмом, що буде розглянуто у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

2.1. Підбір та обґрунтування методик дослідження

Розлади аутистичного спектру (аутизм) – це група різних порушень розвитку нервової системи, що спричиняють проблеми в емоційній і комунікативній сфері.

Для РАС характерна тріада порушень: стереотипні дії, проблеми зі спілкуванням і нездатність взаємодіяти з соціумом. Також можуть виявлятися різні неспецифічні стани, пов'язані зі складнощами під час переходу від одного виду діяльності до іншого, надмірною зосередженістю на деталях і незвичайними реакціями на відчуття [23; 34].

Своєчасне звернення для діагностики та лікування дозволяє скорегувати поведінку та розумовий розвиток, а також забезпечити максимально можливу соціальну адаптацію [23].

Після встановлення діагнозу РАС дуже важливо визначитись з корекційною програмою. Для цього потрібно належно оцінити вміння дитини – її інтелект, увагу, пам'ять, крупну та дрібну моторику, соціальну взаємодію.

Метою емпіричного дослідження є вивчення особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, зокрема рівня сформованості базових навчальних, мовленнєвих, соціальних та адаптивних навичок, а також визначення можливостей використання інструментів раннього втручання для подальшого планування корекційно-розвивальної роботи. Особлива увага приділялася комплексній оцінці розвитку дитини з РАС з урахуванням її індивідуальних можливостей та поведінкових особливостей.

Завданнями емпіричного дослідження є: визначити рівень сформованості базових навчальних і мовленнєвих навичок у дітей з розладами аутистичного спектру; проаналізувати особливості розвитку комунікативної та соціальної поведінки дітей з РАС; оцінити рівень адаптивного функціонування

дітей у повсякденному житті; визначити рівень вираженості аутистичних проявів у досліджуваних дітей; узагальнити отримані результати батьківського опитування щодо емоційних і поведінкових труднощів дітей; обґрунтувати доцільність використання методик ABLLS-R та VB-MAPP як основних інструментів оцінки розвитку дітей з аутизмом.

Проблематика розвитку дітей з розладами аутистичного спектру має міждисциплінарний характер, оскільки охоплює когнітивні, мовленнєві, соціальні, поведінкові та адаптивні аспекти. Теоретичну основу дослідження становлять праці вітчизняних і зарубіжних науковців, присвячені проблемам аутизму, раннього втручання та психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС [16; 22; 34].

Емпіричне дослідження проводилося у 2025–2026 навчальному році на базі психологічного центру / освітнього закладу (вказується відповідно до фактичної бази практики). У дослідженні взяли участь діти дошкільного або молодшого шкільного віку з установленими розладами аутистичного спектру. До дослідження також були залучені батьки або законні представники дітей.

Формування вибірки здійснювалося з урахуванням принципів добровільності, інформованої згоди, конфіденційності та етичності дослідження. Вибірка має цільовий характер і відображає варіативність рівнів розвитку та адаптивного функціонування дітей з аутизмом.

Етапами емпіричного дослідження були:

Підготовчий етап, що включав аналіз наукових джерел, визначення мети та завдань дослідження, узгодження умов проведення діагностики, підбір психодіагностичного інструментарію та отримання інформованої згоди від батьків.

Діагностичний етап, який передбачав індивідуальне обстеження дітей з використанням основних і додаткових методик, а також спостереження за поведінкою дітей у процесі виконання завдань.

Аналітичний етап, спрямований на систематизацію та узагальнення отриманих результатів, визначення рівнів сформованості навичок і поведінкових проявів.

Інтерпретаційний етап, що полягав у якісному аналізі результатів дослідження та формулюванні висновків щодо особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектру.

З метою комплексного вивчення розвитку дітей з аутизмом у дослідженні було використано поєднання основних та додаткових психодіагностичних методик.

Основними методиками дослідження були:

ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised) – методика, спрямована на оцінку рівня сформованості базових навчальних, мовленнєвих, соціальних і побутових навичок. Вона дозволяє визначити сильні сторони розвитку дитини та зони найближчого розвитку, а також використовується як інструмент для планування індивідуальної корекційно-розвивальної роботи.

Методика ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised) є структурованим інструментом оцінки базових мовленнєвих і навчальних навичок дітей з розладами аутистичного спектру. Вона охоплює широкий спектр функціональних умінь, зокрема навички рецептивного й експресивного мовлення, соціальної взаємодії, самообслуговування, моторного розвитку та готовності до навчання. ABLLS-R дозволяє здійснити детальну поелементну оцінку розвитку дитини та визначити індивідуальні зони найближчого розвитку, що є важливим для планування корекційно-розвивальної роботи в межах раннього втручання [48].

Особливістю методики ABLLS-R є її практична спрямованість, оскільки результати оцінювання безпосередньо використовуються для побудови індивідуальних програм розвитку. Наукові джерела підкреслюють, що застосування ABLLS-R є доцільним саме у роботі з дітьми з аутизмом,

оскільки вона дозволяє оцінювати не лише наявність навичок, а й рівень їх функціонального використання у повсякденному житті [48].

VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) – методика оцінки розвитку вербальної поведінки, комунікативних навичок і соціальної взаємодії дітей з аутизмом. VB-MAPP застосовувалася для визначення рівня мовленнєвого розвитку, навчальних передумов і наявності бар'єрів навчання.

Методика VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) ґрунтується на концепції вербальної поведінки та спрямована на оцінку розвитку комунікативних і соціальних навичок дітей з аутизмом. VB-MAPP дозволяє визначити рівень сформованості ключових мовленнєвих функцій, зокрема мотиваційного мовлення (mand), мовлення як реакції на стимул (tact), слухового розуміння, імітації та ігрової діяльності [76].

Застосування VB-MAPP у межах дослідження дає змогу не лише оцінити актуальний рівень мовленнєвого розвитку дитини, але й виявити бар'єри навчання, що можуть ускладнювати процес засвоєння нових навичок. У науковій літературі наголошується, що VB-MAPP є ефективним інструментом для планування подальшого психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС, особливо на ранніх етапах розвитку [54; 76].

Додатковими методиками дослідження були:

Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-II) – для оцінки рівня адаптивного функціонування дитини у сферах комунікації, соціалізації та повсякденних навичок;

Методика Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-II) використовується для оцінки рівня адаптивного функціонування дитини у природному середовищі. Вона охоплює такі сфери, як комунікація, соціалізація, повсякденні навички та моторний розвиток. Vineland-II ґрунтується на інформації, отриманій від батьків або законних представників дитини, що дозволяє отримати уявлення про рівень самостійності та адаптації дитини у повсякденному житті [75].

CARS (Childhood Autism Rating Scale) – для визначення рівня вираженості аутистичних проявів;

Методика CARS (Childhood Autism Rating Scale) застосовується для визначення рівня вираженості аутистичних проявів на основі поведінкових характеристик дитини. Вона дозволяє здійснити якісну оцінку особливостей соціальної взаємодії, комунікації, емоційного реагування та сенсорних проявів, що є важливим доповненням до даних основних методик [78].

CBCL (Child Behavior Checklist) – опитувальник для батьків, спрямований на виявлення емоційних і поведінкових труднощів дитини.

Опитувальник CBCL (Child Behavior Checklist) використовувався для збору інформації від батьків щодо емоційних і поведінкових труднощів дитини. Методика дозволяє виявити наявність зовнішніх і внутрішніх проблем поведінки, що можуть впливати на розвиток і адаптацію дитини з аутизмом. Отримані результати CBCL розглядалися як додаткове джерело інформації, яке доповнює результати основних методик та спостереження [38].

Крім зазначених методик, у процесі дослідження використовувалися спостереження за поведінкою дітей, аналіз психолого-педагогічної документації та бесіди з батьками, що забезпечило цілісність і достовірність емпіричних даних.

У емпіричному дослідженні взяли участь 10 дітей з розладами аутистичного спектру дошкільного віку, які перебували на психолого-педагогічному супроводі. Вибірка мала цільовий характер і формувалася з урахуванням можливостей проведення індивідуальної діагностичної та корекційно-розвивальної роботи.

Залежно від інтенсивності корекційно-розвивальних занять усіх дітей було умовно поділено на дві групи: перша група – діти, які відвідували заняття один раз на тиждень ($n = 4$), та друга група – діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень ($n = 6$). Такий розподіл дозволив здійснити порівняльний аналіз особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектру залежно від частоти психолого-педагогічного впливу.

Усі учасники дослідження мали офіційно встановлений діагноз розладів аутистичного спектру та різний рівень сформованості навчальних, комунікативних і адаптивних навичок, що зумовило індивідуальну варіативність отриманих результатів. Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, інформованої згоди батьків і конфіденційності отриманих даних.

Отже, використання комплексу основних (ABLLS-R, VB-MAPP) та додаткових (Vineland-II, CARS, CBCL) методик дозволило здійснити багатовимірну оцінку розвитку дітей з розладами аутистичного спектру. Отримані результати слугують підґрунтям для подальшого аналізу та інтерпретації, представлених у підрозділі 2.2.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Аналіз результатів емпіричного дослідження здійснювався на основі даних, отриманих за допомогою основних методик ABLLS-R та VB-MAPP, а також додаткових методик Vineland-II, CARS і CBCL. З огляду на невелику вибірку, обробка результатів мала переважно якісний характер із використанням елементів порівняльного аналізу, що відповідає завданням даного дослідження.

З метою виявлення впливу інтенсивності корекційно-розвивальних занять на розвиток дітей з розладами аутистичного спектру досліджуваних було умовно поділено на дві групи. Першу групу склали діти, які відвідували корекційні заняття один раз на тиждень, другу групу – діти, які брали участь у заняттях два–три рази на тиждень. Такий поділ дозволив порівняти особливості розвитку дітей залежно від інтенсивності психолого-педагогічного впливу.

У процесі аналізу результатів емпіричного дослідження рівні сформованості навчальних, мовленнєвих, соціальних та адаптивних навичок

(низький, середній, відносно високий) визначалися умовно, на основі якісної інтерпретації результатів психодіагностичних методик та порівняльного аналізу отриманих даних. Зазначений розподіл рівнів використовувався з метою узагальнення та наочного представлення результатів дослідження і не має діагностичного характеру.

Аналіз результатів за методикою ABLLS-R. Результати, отримані за методикою ABLLS-R, засвідчили відмінності між двома групами дітей щодо рівня сформованості базових навчальних і мовленнєвих навичок. У дітей, які відвідували заняття один раз на тиждень, сформовані навички мали фрагментарний характер, відзначалася нестабільність у виконанні інструкцій, труднощі в перенесенні набутих умінь у нові ситуації та залежність від постійної підтримки дорослого.

У цій групі особливо вираженими були труднощі у сферах соціальної взаємодії, ініціації діяльності та використання мовлення як засобу комунікації. Навички самообслуговування та повсякденні вміння також потребували значної допомоги з боку дорослого, що свідчить про недостатній рівень автономності.

Натомість діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, продемонстрували більш цілісну структуру базових навчальних навичок. У них частіше спостерігалася здатність до узагальнення та перенесення навичок у різні види діяльності, а також вища самостійність у виконанні знайомих завдань. Покращення фіксувалися у розвитку рецептивного мовлення, виконанні інструкцій та формуванні елементарних соціальних умінь, що може свідчити про позитивний вплив систематичних занять.

Методика ABLLS-R (Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised) була використана з метою оцінки рівня сформованості базових навчальних, мовленнєвих, соціальних і побутових навичок дітей з розладами аутистичного спектру. Дана методика дозволяє здійснити поелементну оцінку функціональних умінь дитини, визначити її актуальний рівень розвитку та

зони найближчого розвитку, що є важливим для планування корекційно-розвивальної роботи [48].

Оцінювання проводилося індивідуально у формі структурованого спостереження та виконання діагностичних завдань відповідно до інструкцій методики. Зразок заповненого протоколу ABLLS-R подано у додатку А.

Для порівняльного аналізу результатів дітей було умовно поділено на дві групи: перша група – діти, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень ($n = 4$); друга група – діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень ($n = 6$).

Таблиця 2.1.

Рівень сформованості базових навчальних навичок дітей з РАС(за методикою ABLLS-R)

Сфера навичок	Рівень	1 раз на тиждень ($n=4$)	2–3 рази на тиждень ($n=6$)
1	2	3	4
Виконання інструкцій	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Комунікативні навички	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Навички самообслуговування	Низький	2	1
	Середній	2	3
	Відносно високий	0	2
Навчальна взаємодія	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2

Як видно з таблиці 2.1, у групі дітей, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень, переважає низький рівень сформованості базових навчальних навичок. У більшості цих дітей навички мають фрагментарний характер, спостерігається нестабільність у виконанні інструкцій, труднощі з перенесенням набутих умінь у нові ситуації та потреба у постійній допомозі з боку дорослого. Такі діти часто демонструють

обмежену самостійність і потребують значного зовнішнього супроводу під час діяльності.

У групі дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, частіше фіксувався середній та відносно високий рівень розвитку за більшістю сфер ABLLS-R. Це проявлялося у кращій здатності виконувати інструкції, більшій самостійності у побутових діях та активнішій залученості до навчальної взаємодії. Отримані результати узгоджуються з даними досліджень, у яких підкреслюється значення систематичних занять для формування функціональних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру [48].

Для більш наочного представлення результатів дослідження отримані дані були візуалізовані у вигляді діаграм.

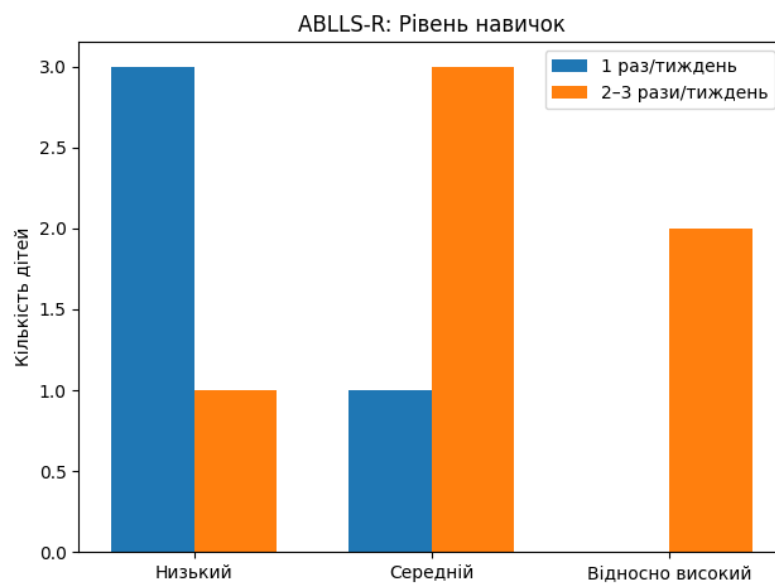


Рисунок 2.1. Рівень сформованості базових навчальних навичок (ABLLS-R)

Важливо зазначити, що навіть за наявності аутистичних особливостей діти другої групи демонстрували кращу готовність до навчальної взаємодії, більшу залученість у діяльність і позитивні зрушення у формуванні базових навчальних умінь. Це свідчить про позитивний вплив більшої інтенсивності

корекційно-розвивальних занять на розвиток дітей з розладами аутистичного спектру.

Таким чином, результати, отримані за методикою ABLLS-R, підтверджують доцільність систематичних і регулярних занять як важливої умови формування базових навчальних навичок у дітей з аутизмом.

Аналіз результатів за методикою VB-MAPP. Порівняльний аналіз результатів за методикою VB-MAPP підтвердив тенденцію, виявлену за ABLLS-R. Діти з вищою інтенсивністю занять демонстрували більш розвинену вербальну поведінку, зокрема у сферах мотиваційного мовлення, слухового розуміння та імітації.

Методика VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) була використана для оцінки рівня розвитку вербальної поведінки, комунікативних і соціальних навичок дітей з розладами аутистичного спектру. Методика дозволяє визначити сформованість ключових компонентів мовлення та соціальної взаємодії, а також виявити бар'єри навчання, що є важливим для планування корекційно-розвивальної роботи [76].

Оцінювання проводилося індивідуально відповідно до інструкцій методики у формі структурованих завдань і спостереження за поведінкою дитини під час взаємодії з дорослим. Зразок заповненого протоколу VB-MAPP подано у додатках Б–Е.

Для порівняльного аналізу результати дітей було розподілено на дві групи: перша група – діти, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень ($n = 4$); друга група – діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень ($n = 6$).

У дітей, які відвідували заняття один раз на тиждень, мовленнєва активність мала переважно реактивний характер, а ініціація комунікації була обмеженою. Такі діти частіше використовували невербальні способи взаємодії або демонстрували труднощі у вираженні власних потреб і бажань.

У дітей другої групи спостерігалася більша комунікативна ініціативність, здатність до підтримання простого діалогу, а також краща залученість у спільну діяльність з дорослим. Важливо зазначити, що навіть незначні позитивні зрушення у вербальній поведінці для дітей з аутизмом мають суттєве значення, оскільки вони підвищують можливості соціальної взаємодії та знижують рівень фрустрації.

Таблиця 2.2

Рівень розвитку вербальної поведінки дітей з РАС (за методикою VB-MAPP)

Компоненти вербальної поведінки	Рівень	1 раз на тиждень (n=4)	2–3 рази на тиждень (n=6)
1	2	3	4
Мотиваційне мовлення (mand)	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Реактивне мовлення (tact)	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Слухове розуміння	Низький	2	1
	Середній	2	3
	Відносно високий	0	2
Імітація	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Соціальна взаємодія та гра	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2

Як показують результати, наведені в таблиці 2.2, у дітей, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень, переважає низький рівень розвитку вербальної поведінки за більшістю компонентів VB-MAPP. Мовленнєва активність таких дітей здебільшого має реактивний характер,

ініціація комунікації обмежена, а використання мовлення для вираження власних потреб є нестабільним.

У групі дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, частіше фіксувався середній та відносно високий рівень розвитку за показниками мотиваційного мовлення, слухового розуміння та імітації. Ці діти демонстрували більшу комунікативну ініціативу, кращу залученість у спільну діяльність з дорослим і вищу готовність до навчальної взаємодії.

Особливо показовими є відмінності у сфері мотиваційного мовлення, оскільки діти другої групи частіше використовували мовлення або альтернативні засоби комунікації для вираження власних потреб. Це свідчить про позитивний вплив більшої інтенсивності корекційно-розвивальних занять на формування вербальної поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру.

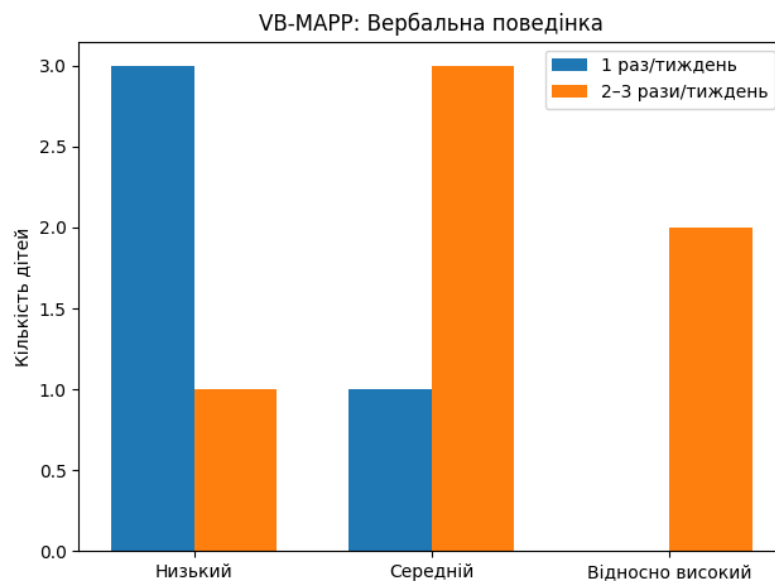


Рисунок 2.2. Рівень сформованості вербальної поведінки (VB-MAPP)

Таким чином, результати, отримані за методикою VB-MAPP, підтверджують, що регулярні та систематичні заняття сприяють розвитку комунікативних і соціальних навичок у дітей з аутизмом. Отримані результати узгоджуються з результатами сучасних досліджень, у яких підкреслюється

значення інтенсивного втручання для формування вербальної поведінки у дітей з РАС [76]. Детальні індивідуальні результати подано у додатку Б.

Результати оцінки адаптивної поведінки (Vineland-II)

Отримані результати методики Vineland-II засвідчили, що рівень адаптивного функціонування дітей також залежить від інтенсивності занять. У дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, вищими були показники у сферах комунікації, соціалізації та повсякденних навичок. Вони демонстрували більшу самостійність у побутових ситуаціях та кращу адаптацію до структурованого середовища.

Методика Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-II) була використана з метою оцінки рівня адаптивної поведінки дітей з розладами аутистичного спектру у повсякденному житті. Вона дозволяє визначити, наскільки дитина здатна функціонувати в реальних умовах, зокрема у сферах комунікації, соціалізації та повсякденних навичок, на основі інформації, отриманої від батьків або законних представників [75].

Опитування за методикою Vineland-II проводилося у формі структурованої бесіди з батьками. Зразок заповненого протоколу Vineland-II подано у додатку Ж. Отримані результати розглядалися як доповнення до даних основних методик ABLLS-R та VB-MAPP.

Для порівняльного аналізу діти були умовно поділені на дві групи: перша група – діти, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень ($n = 4$); друга група – діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень ($n = 6$).

У дітей першої групи адаптивні навички були менш сформованими та нестабільними. Часто спостерігалася потреба у постійному супроводі дорослого, труднощі у дотриманні правил і рутин, що може ускладнювати повсякденне функціонування дитини.

Таблиця 2.3

Рівень адаптивної поведінки дітей з РАС (за методикою Vineland-II)

Сфера адаптивної поведінки	Рівень	1 раз на тиждень (n=4)	2–3 рази на тиждень (n=6)
1	2	3	4
Комунікація	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Соціалізація	Низький	3	1
	Середній	1	3
	Відносно високий	0	2
Повсякденні навички	Низький	2	1
	Середній	2	3
	Відносно високий	0	2

Як видно з табл. 2.3, у групі дітей, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень, переважає низький рівень адаптивної поведінки за всіма основними сферами Vineland-II. У більшості дітей цієї групи спостерігалася обмежена самостійність у повсякденних ситуаціях, труднощі у соціальній взаємодії та потреба у постійному супроводі з боку дорослого.

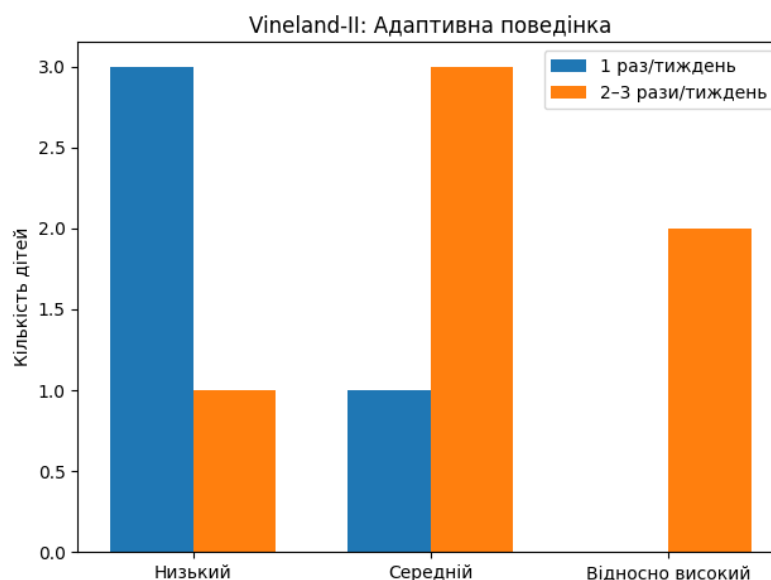


Рисунок 2.3. Рівень сформованості адаптивної поведінки (Vineland-II)

У дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, частіше фіксувався середній та відносно високий рівень адаптивного функціонування, зокрема у сферах комунікації та соціалізації. Такі діти демонстрували більшу самостійність у виконанні повсякденних дій, кращу здатність дотримуватися правил і рутин, а також більш ефективну взаємодію з оточуючими.

Отримані результати узгоджуються з даними основних методик ABLLS-R та VB-MAPP і свідчать про позитивний вплив більшої інтенсивності корекційно-розвивальних занять на адаптивне функціонування дітей з розладами аутистичного спектру. Результати Vineland-II доповнюють загальну картину розвитку дітей та підтверджують доцільність систематичного психолого-педагогічного супроводу [75]. Детальні індивідуальні результати наведено у додатку Ж.

Результати за шкалою CARS. Аналіз результатів шкали CARS показав, що в обох групах фіксувалися аутистичні прояви різного ступеня вираженості. Водночас у дітей, які відвідували заняття з більшою частотою, аутистичні прояви мали менш інтенсивний характер, зокрема у сферах соціальної взаємодії, емоційного реагування та сенсорної чутливості.

Шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale) використовувалася як додаткова методика з метою оцінки рівня вираженості аутистичних проявів у дітей з розладами аутистичного спектру. Дана методика дозволяє узагальнено оцінити особливості соціальної взаємодії, комунікації, емоційного реагування та поведінкових проявів дитини на основі спостереження та аналізу її поведінки [78].

Оцінювання за шкалою CARS проводилося у процесі спостереження за дитиною під час індивідуальних занять та структурованої взаємодії з дорослим. Отримані результати використовувалися не для встановлення діагнозу, а з метою порівняльного аналізу вираженості аутистичних проявів залежно від інтенсивності корекційно-розвивальних занять. Зразок заповненого протоколу CARS подано у додатку К.

Для аналізу результати дітей було умовно згруповано відповідно до частоти відвідування занять: перша група – діти, які відвідували заняття один раз на тиждень ($n = 4$); друга група – діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень ($n = 6$).

Отримані результати не свідчать про зміну базових проявів аутизму, проте вказують на можливість зменшення вираженості окремих поведінкових та емоційних труднощів за умови регулярного психолого-педагогічного впливу.

Таблиця 2.4.

Рівень вираженості аутистичних проявів у дітей з РАС (за шкалою CARS)

Рівень вираженості проявів	1 раз на тиждень ($n=4$)	2–3 рази на тиждень ($n=6$)
Менш виражені	0 дітей	2 дитини
Помірні	1 дитина	3 дитини
Більш виражені	3 дитини	1 дитина

Як видно з таблиці 2.4, у групі дітей, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень, переважають більш виражені аутистичні прояви. У цих дітей частіше спостерігалися труднощі соціальної взаємодії, обмежена комунікативна ініціатива, стереотипні форми поведінки та підвищена сенсорна чутливість.

У групі дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, частіше фіксувалися помірні або менш виражені аутистичні прояви. Це проявлялося у більшій залученості до взаємодії з дорослим, кращій емоційній регуляції та зниженні інтенсивності окремих поведінкових труднощів.

Отримані результати свідчать, що більша інтенсивність корекційно-розвивальних занять може бути пов'язана зі зменшенням вираженості окремих аутистичних проявів, однак не змінює їхньої природи. Результати шкали CARS узгоджуються з результатами основних методик ABLLS-R та VB-MAPP і

доповнюють загальну картину розвитку дітей з розладами аутистичного спектру [57; 76]. Детальні результати подано у додатку К.

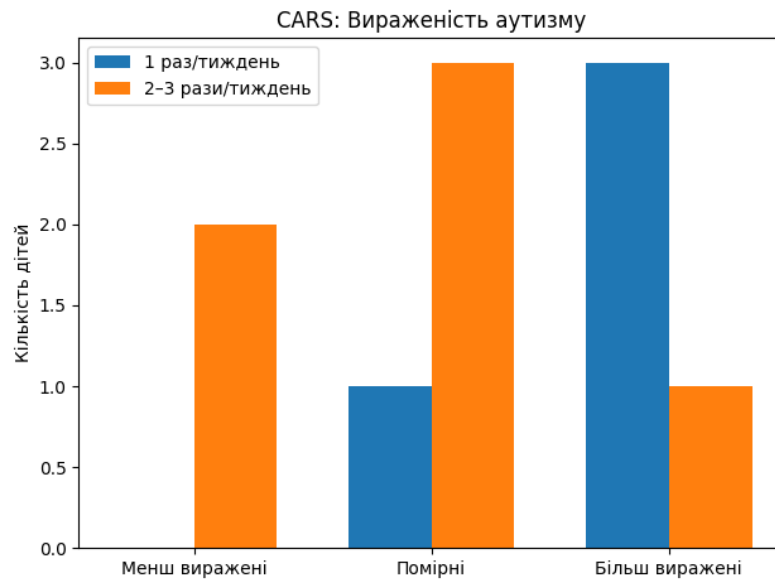


Рисунок 2.4. Вираженість аутистичних проявів (CARS)

Результати батьківського опитування (CBCL). Аналіз результатів опитувальника CBCL дозволив доповнити отримані результати основних методик інформацією щодо поведінкових і емоційних особливостей дітей у повсякденному житті. Батьки дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, рідше відзначали прояви тривожності, емоційної нестійкості та проблем поведінки.

Опитувальник CBCL (Child Behavior Checklist) використовувався як додаткова методика з метою отримання інформації від батьків щодо емоційних і поведінкових особливостей дітей з розладами аутистичного спектру у повсякденному житті. Методика дозволяє оцінити наявність і рівень вираженості поведінкових та емоційних труднощів дитини з позиції її найближчого соціального оточення [38].

Заповнення опитувальника CBCL здійснювалося батьками або законними представниками дітей. Отримані результати розглядалися як доповнення до даних основних методик ABLLS-R та VB-MAPP і

використовувалися для узагальнення поведінкових проявів дітей у домашніх умовах. Зразок заповненого опитувальника CBCL подано у додатку Л.

Для порівняльного аналізу результати дітей було згруповано відповідно до частоти відвідування корекційно-розвивальних занять: перша група – діти, які відвідували заняття один раз на тиждень ($n = 4$); друга група – діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень ($n = 6$).

У батьків дітей першої групи частіше фіксувалися скарги на підвищену збудливість, труднощі саморегуляції та емоційні спалахи. Це може свідчити про те, що регулярні заняття сприяють не лише розвитку навичок, але й опосередковано впливають на емоційний стан дитини та зниження поведінкових труднощів.

Таблиця 2.5.

Рівень поведінкових та емоційних труднощів у дітей з РАС (за даними опитувальника CBCL)

Рівень труднощів	1 раз на тиждень ($n=4$)	2–3 рази на тиждень ($n=6$)
Високий	3 дитини	1 дитина
Середній	1 дитина	3 дитини
Низький	0 дітей	2 дитини

Як свідчать дані, наведені в таблиці 2.5, у групі дітей, які відвідували корекційно-розвивальні заняття один раз на тиждень, частіше фіксувалися високі рівні поведінкових та емоційних труднощів. За словами батьків, у цих дітей спостерігалися прояви підвищеної тривожності, емоційної нестійкості, труднощі саморегуляції та проблеми поведінки.

У групі дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, переважали середні та низькі рівні поведінкових труднощів. Батьки частіше відзначали покращення емоційного стану дітей, зниження частоти поведінкових проявів та кращу здатність дитини до саморегуляції у повсякденних ситуаціях.

Отримані результати свідчать про те, що систематичні корекційно-розвивальні заняття можуть позитивно впливати не лише на розвиток

навчальних і комунікативних навичок, але й на емоційно-поведінкову сферу дітей з розладами аутистичного спектру. Отримані результати CBCL узгоджуються з результатами основних методик ABLLS-R та VB-MAPP і доповнюють загальну картину розвитку дітей [38]. Детальні результати подано у додатку Л.

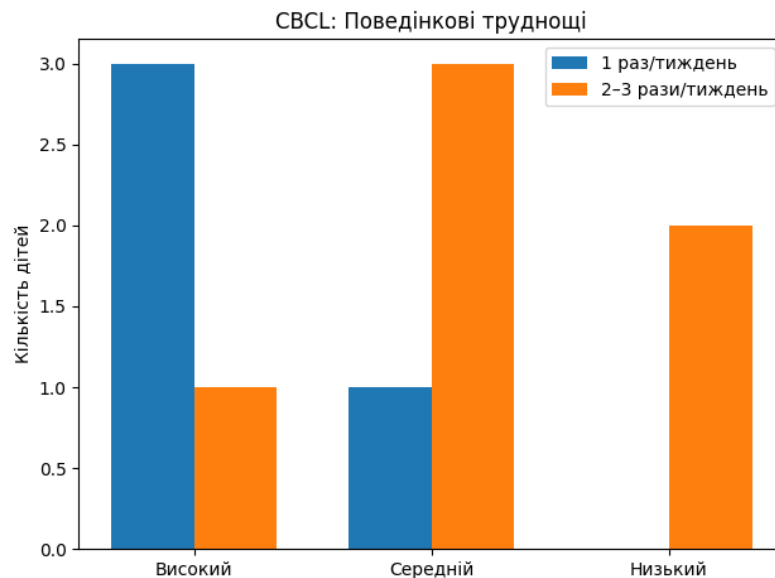


Рисунок 2.5. Поведінкові труднощі (CBCL)

Порівняльний аналіз результатів показав, що діти, які відвідували корекційно-розвивальні заняття два–три рази на тиждень, демонстрували більш сприятливий рівень розвитку базових навчальних, мовленнєвих і комунікативних навичок порівняно з дітьми, які відвідували заняття один раз на тиждень. Це підтверджується даними методик ABLLS-R та VB-MAPP, за якими у дітей другої групи частіше фіксувалися середній та відносно високий рівні сформованості навичок.

Результати методики ABLLS-R засвідчили, що при більшій інтенсивності занять у дітей спостерігається вища здатність до виконання інструкцій, використання набутих навичок у повсякденній діяльності та формування елементарної самостійності. Водночас у дітей, які відвідували

заняття один раз на тиждень, навички мали фрагментарний характер і потребували постійної підтримки з боку дорослого.

Отримані результати методики VB-MAPP підтвердили, що регулярні заняття сприяють розвитку вербальної поведінки, зокрема мотиваційного мовлення, слухового розуміння, імітації та соціальної взаємодії. Діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, частіше проявляли комунікативну ініціативу та були більш залученими у спільну діяльність з дорослим.

Результати додаткової методики Vineland-II засвідчили, що вищий рівень інтенсивності корекційно-розвивальних занять пов'язаний із кращим розвитком адаптивної поведінки дітей. У другій групі частіше фіксувалися вищі показники у сферах комунікації, соціалізації та повсякденних навичок, що свідчить про кращу адаптацію дітей до вимог повсякденного життя.

Аналіз даних шкали CARS показав, що у дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, аутистичні прояви мали менш виражений характер порівняно з дітьми першої групи. Водночас отримані результати не свідчать про зміну природи аутизму, а лише вказують на можливість зменшення інтенсивності окремих поведінкових і соціальних проявів за умови регулярного психолого-педагогічного впливу.

Результати опитувальника CBCL, заповненого батьками, доповнили результати основних методик та підтвердили наявність відмінностей у поведінковій та емоційній сфері дітей залежно від частоти занять. У дітей, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, батьки рідше відзначали високий рівень поведінкових і емоційних труднощів, зокрема прояви тривожності, емоційної нестійкості та проблем саморегуляції.

Отримані результати емпіричного дослідження за всіма використаними методиками (ABLLS-R, VB-MAPP, Vineland-II, CARS, CBCL) свідчать про узгоджену динаміку розвитку дітей з розладами аутистичного спектру залежно від інтенсивності корекційно-розвивальних занять. Отримані результати основних і додаткових методик взаємно доповнюють одне одного та

підтверджують наявність відмінностей між групами дітей, які відвідували заняття один раз на тиждень та два–три рази на тиждень. Це створює підґрунтя для формулювання узагальнюючих висновків щодо особливостей розвитку дітей з аутизмом і доцільності систематичного психолого-педагогічного впливу.

Для узагальнення результатів емпіричного дослідження та наочного відображення відмінностей між групами було побудовано інтегровану діаграму, яка відображає рівень розвитку дітей за основними сферами.

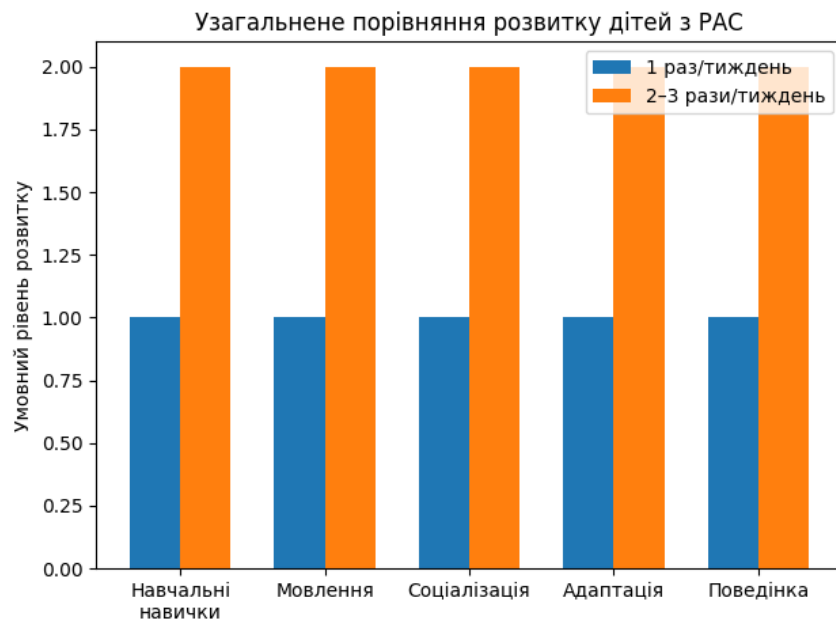


Рисунок 2.6. Узагальнене порівняння розвитку дітей з РАС залежно від інтенсивності занять

Таким чином, результати емпіричного дослідження свідчать про доцільність систематичних і регулярних корекційно-розвивальних занять у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру. Отримані результати підтверджують, що інтенсивність психолого-педагогічного впливу є важливим чинником, який сприяє більш ефективному формуванню навчальних, комунікативних та адаптивних навичок у дітей з аутизмом.

Водночас слід зазначити, що результати дослідження мають описовий характер, зумовлений невеликою вибіркою та індивідуальною варіативністю розвитку дітей. Це зумовлює необхідність подальших досліджень із

залученням більшої кількості учасників та використанням кількісних методів аналізу. Отримані результати можуть бути використані як підґрунтя для розроблення та впровадження корекційно-розвивальних програм у межах раннього втручання.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було представлено результати емпіричного дослідження особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, а також здійснено аналіз ефективності психолого-педагогічного впливу залежно від інтенсивності корекційно-розвивальних занять.

У ході дослідження було обґрунтовано доцільність використання комплексу психодіагностичних методик, що дозволяють здійснити всебічну оцінку розвитку дитини з РАС. Зокрема, методики ABLLS-R та VB-MAPP були визначені як основні інструменти для оцінки базових навчальних і мовленнєвих навичок, тоді як Vineland-II, CARS і CBCL застосовувалися як додаткові засоби для аналізу адаптивної поведінки, вираженості аутистичних проявів та емоційно-поведінкових труднощів. Використання поєднання кількох методик забезпечило комплексність і достовірність отриманих результатів.

Емпіричне дослідження було проведено серед 10 дітей дошкільного віку з установленими розладами аутистичного спектра, які перебували на психолого-педагогічному супроводі. Досліджуваних було поділено на дві групи залежно від інтенсивності занять: діти, які відвідували заняття один раз на тиждень, та діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень. Такий підхід дозволив здійснити порівняльний аналіз та виявити вплив частоти корекційно-розвивального впливу на рівень розвитку дітей.

Аналіз результатів за методикою ABLLS-R показав, що у дітей з меншою інтенсивністю занять переважає низький рівень сформованості базових

навчальних і мовленнєвих навичок. У них спостерігалася фрагментарність умінь, труднощі з виконанням інструкцій, залежність від допомоги дорослого та низький рівень самостійності. Натомість діти, які відвідували заняття два—три рази на тиждень, демонстрували більш сформовані навички, здатність до узагальнення та вищий рівень автономності.

Результати, отримані за методикою VB-MAPP, підтвердили виявлену тенденцію. Діти з більшою інтенсивністю занять характеризувалися кращим розвитком вербальної поведінки, більшою комунікативною ініціативністю та здатністю до взаємодії. У той час як у дітей першої групи мовлення носило переважно реактивний характер і використовувалося обмежено, у дітей другої групи спостерігалася активніше використання мовлення для вираження власних потреб і взаємодії з оточуючими.

Дані методики Vineland-II засвідчили, що рівень адаптивного функціонування також безпосередньо пов'язаний з інтенсивністю занять. У дітей другої групи вищими були показники у сферах комунікації, соціалізації та повсякденних навичок. Вони демонстрували більшу самостійність, кращу здатність дотримуватися соціальних норм і адаптуватися до структурованого середовища.

Аналіз результатів за шкалою CARS показав, що хоча базові прояви аутизму залишаються стабільними, їхня вираженість може змінюватися під впливом систематичної корекційно-розвивальної роботи. У дітей, які відвідували заняття частіше, спостерігалася зниження інтенсивності окремих аутистичних проявів, зокрема у сфері соціальної взаємодії та емоційного реагування.

Результати опитувальника CBCL доповнили отримані дані та підтвердили наявність відмінностей у поведінковій та емоційній сфері дітей. Батьки дітей другої групи рідше відзначали високий рівень тривожності, емоційної нестійкості та проблем поведінки, що свідчить про позитивний вплив регулярних занять на емоційний стан дитини.

Узагальнення результатів усіх використаних методик дозволило зробити висновок про наявність узгодженої динаміки розвитку дітей з розладами аутистичного спектра залежно від інтенсивності психолого-педагогічного впливу. Дані дослідження свідчать про те, що більш часті та систематичні заняття сприяють кращому формуванню навчальних, комунікативних та адаптивних навичок, а також зниженню вираженості поведінкових труднощів.

Водночас слід зазначити, що результати дослідження мають описовий характер, що зумовлено невеликою кількістю учасників та індивідуальною варіативністю розвитку дітей. Це обмежує можливість узагальнення отриманих даних та потребує подальших досліджень із залученням більшої вибірки та використанням кількісних методів аналізу.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують, що інтенсивність корекційно-розвивальної роботи є важливим чинником ефективного розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Отримані дані можуть бути використані як науково-практичне підґрунтя для вдосконалення програм психолого-педагогічного супроводу та впровадження ефективних стратегій раннього втручання.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ЩОДО НАДАННЯ РАННЬОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З АУТИЗМОМ

3.1. Психологічна програма щодо надання допомоги дітям з аутизмом

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили, що рівень сформованості навчальних, комунікативних та адаптивних навичок дітей з розладами аутистичного спектру значною мірою залежить від інтенсивності корекційно-розвивальних занять. Зокрема було встановлено, що діти, які відвідували заняття два–три рази на тиждень, демонстрували більш високі показники розвитку базових навчальних навичок, мовленнєвої активності, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки [54; 76].

Отримані результати підтверджують важливість систематичного психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом та необхідність розроблення цілеспрямованих програм раннього втручання, спрямованих на розвиток комунікативних, соціальних і навчальних навичок. З огляду на це виникає потреба у створенні психологічної програми підтримки розвитку дітей з розладами аутистичного спектру, яка б враховувала результати проведеного дослідження та індивідуальні особливості дітей.

Психологічна програма раннього втручання спрямована на розвиток базових навчальних, мовленнєвих, соціальних та адаптивних навичок дітей з аутизмом, а також на зменшення проявів дезадаптивної поведінки. Програма ґрунтується на принципах прикладного аналізу поведінки (АВА), індивідуалізації навчання, систематичності впливу та активного залучення батьків до корекційного процесу [50; 48].

Основною метою програми є створення умов для комплексного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру шляхом формування комунікативних

умінь, розвитку соціальної взаємодії, підвищення рівня самостійності та покращення адаптації дитини до соціального середовища.

Відповідно до поставленої мети визначено такі основні завдання програми: розвиток комунікативних навичок і стимулювання мовленнєвої активності дитини; формування базових навчальних умінь (виконання інструкцій, наслідування, спільна діяльність); розвиток соціальної взаємодії з дорослими та однолітками; формування навичок самообслуговування та повсякденної самостійності; зменшення проявів небажаної поведінки та формування альтернативних адаптивних моделей поведінки; розвиток сенсорної регуляції та емоційної стабільності дитини.

Реалізація програми передбачає використання комплексу психолого-педагогічних методів, зокрема елементів прикладного аналізу поведінки, ігрових методів навчання, візуальної підтримки, структурованого навчання та сенсорної стимуляції.

Розроблена психологічна програма раннього втручання ґрунтується на низці науково обґрунтованих принципів, що забезпечують ефективність корекційно-розвивальної роботи з дітьми з розладами аутистичного спектру [48; 50].

Принцип індивідуалізації. Кожна дитина з аутизмом має унікальні особливості розвитку, рівень сформованості навичок та специфіку поведінкових проявів. Тому програма передбачає індивідуальний підбір завдань, темпу навчання та способів взаємодії з урахуванням потреб і можливостей дитини.

Принцип систематичності та послідовності. Розвиток навичок у дітей з аутизмом потребує регулярного та систематичного впливу. Саме тому заняття проводяться у чітко визначеній структурі та повторюваності, що сприяє формуванню стійких моделей поведінки.

Принцип активної взаємодії. Корекційна робота передбачає постійну взаємодію дитини з психологом, педагогом та іншими дітьми. Така взаємодія

сприяє розвитку соціальних навичок, комунікації та формуванню навичок співпраці.

Принцип позитивного підкріплення. Одним із ключових елементів роботи з дітьми з аутизмом є використання позитивного підкріплення, яке сприяє закріпленню бажаної поведінки. Похвала, заохочення, ігрові елементи та улюблені види діяльності використовуються як мотиваційні чинники у процесі навчання.

Принцип залучення сім'ї. Ефективність раннього втручання значною мірою залежить від участі батьків у процесі розвитку дитини. Тому програма передбачає співпрацю з родиною, надання рекомендацій та підтримку батьків у застосуванні корекційних стратегій у повсякденному житті.

Психологічна програма раннього втручання передбачає проведення систематичних корекційно-розвивальних занять, спрямованих на формування ключових навичок розвитку дитини [50; 63].

Програма включає такі основні напрями роботи:

1. Розвиток комунікативних навичок. Даний напрям спрямований на формування здатності дитини до спілкування з дорослими та однолітками. У процесі занять використовуються вправи на стимулювання мовлення, розвиток розуміння інструкцій, формування вміння висловлювати свої потреби та емоції.

2. Формування соціальної взаємодії. Особлива увага приділяється розвитку навичок спільної діяльності, встановлення зорового контакту, наслідування дій дорослого та участі у колективних іграх.

3. Розвиток навчальних навичок.

Цей напрям передбачає формування базових навчальних умінь, зокрема здатності виконувати інструкції, концентрувати увагу, завершувати розпочату діяльність та виконувати прості навчальні завдання.

4. Формування навичок самообслуговування. Робота у цьому напрямі спрямована на розвиток самостійності дитини у повсякденному житті: одягання, прийом їжі, дотримання гігієнічних навичок.

5. Сенсорний розвиток. Заняття включають вправи, спрямовані на розвиток сенсорної інтеграції, зниження сенсорної гіперчутливості та формування адекватних реакцій на зовнішні стимули.

Психологічна програма раннього втручання реалізується у кілька послідовних етапів [48].

1. Діагностичний етап. На цьому етапі здійснюється оцінка рівня розвитку дитини за допомогою психодіагностичних методик, спостереження та бесід з батьками. Визначаються індивідуальні особливості розвитку, сильні сторони та зони найближчого розвитку.

2. Планувальний етап. На основі отриманих результатів формується індивідуальна програма розвитку дитини, визначаються основні напрями роботи, підбираються методи та вправи.

3. Корекційно-розвивальний етап. На цьому етапі проводяться систематичні заняття, спрямовані на формування необхідних навичок та корекцію поведінкових проявів.

4. Оцінювальний етап. Передбачає аналіз динаміки розвитку дитини, оцінку ефективності проведених занять та внесення змін до програми за потреби.

Корекційно-розвивальне заняття з дитиною з аутизмом має чітку структуру та включає такі етапи: привітання та встановлення контакту; сенсорна або ігрова розминка; виконання основних розвивальних завдань; закріплення нових навичок у грі; підсумок заняття та позитивне підкріплення.

Тривалість заняття становить приблизно 30–50 хвилин, що відповідає віковим та психологічним особливостям дітей дошкільного віку [50].

Таблиця 3.1.

Основні напрями психологічної програми раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру

Напрямок роботи	Мета роботи	Основні завдання	Приклади вправ та методів
1	2	3	4

Розвиток комунікативних навичок	Формування здатності дитини до спілкування та вираження своїх потреб	розвиток розуміння мовлення; стимулювання активного мовлення; формування навичок прохання	використання карток PECS; вправи на наслідування звуків; ігри «Попроси предмет», «Назви предмет»
Формування соціальної взаємодії	Розвиток навичок контакту з дорослими та однолітками	встановлення зорового контакту; розвиток навичок спільної гри; формування вміння чекати своєї черги	ігри з чергуванням («Кидаємо м'яч»); спільні настільні ігри; вправи на наслідування дій
Розвиток навчальних навичок	Формування готовності до навчальної діяльності	розвиток уваги; виконання інструкцій; формування навичок наслідування	сортування предметів; складання пазлів; вправи «Повтори за мною»
Формування навичок самообслуговування	Розвиток самостійності дитини у повсякденному житті	формування гігієнічних навичок; розвиток навичок одягання та прийому їжі	тренування навичок миття рук; вправи «Одягни ляльку»; послідовність дій за візуальними підказками
Сенсорний розвиток	Зниження сенсорної гіперчутливості та розвиток сенсорної інтеграції	розвиток тактильного, зорового та слухового сприйняття	сенсорні коробки; ігри з піском, крупами; вправи з м'ячиками та балансуючими платформами

Представлена програма має комплексний характер і спрямована на всебічний розвиток дітей з розладами аутистичного спектру. Використання різних напрямів корекційно-розвивальної роботи дозволяє формувати комунікативні, соціальні та навчальні навички дитини, а також сприяє підвищенню рівня її адаптації у соціальному середовищі. У процесі реалізації психологічної програми раннього втручання важливим є індивідуальний підхід до кожної дитини з урахуванням її рівня розвитку, особливостей поведінки та потреб у підтримці. Саме тому корекційно-розвивальна робота здійснюється на основі індивідуальних програм розвитку, які складаються за результатами психодіагностичного обстеження та спостереження за дитиною.

Індивідуальна програма включає визначення основних напрямів корекційної роботи, конкретні цілі розвитку, а також підбір відповідних методів і вправ, спрямованих на формування комунікативних, соціальних, навчальних і адаптивних навичок дитини.

Приклад індивідуальної корекційно-розвивальної програми для дитини з розладами аутистичного спектру подано у додатку М.

3.2. Практичні рекомендації батькам щодо підтримки розвитку дітей з аутизмом

Підтримка розвитку дітей з розладами аутистичного спектру потребує комплексного підходу, який передбачає активну взаємодію фахівців і родини. Батьки відіграють надзвичайно важливу роль у процесі розвитку дитини, оскільки саме у сімейному середовищі вона проводить більшу частину часу та набуває основних соціальних навичок. Саме тому участь батьків у реалізації програм раннього втручання є одним із ключових чинників ефективності психолого-педагогічної допомоги [50; 54].

Результати проведеного емпіричного дослідження показали, що систематичні заняття та послідовна робота з дитиною сприяють покращенню її комунікативних, соціальних і навчальних навичок. У зв'язку з цим важливо, щоб батьки були залучені до процесу розвитку дитини та використовували у повсякденному житті рекомендації спеціалістів.

Нижче подано основні практичні рекомендації для батьків дітей з розладами аутистичного спектру.

Створення структурованого середовища. Дітям з аутизмом часто складно адаптуватися до змін та непередбачуваних ситуацій. Тому важливо створювати для дитини структуроване та передбачуване середовище.

Батькам рекомендується: дотримуватися чіткого режиму дня; використовувати візуальний розклад (картки, малюнки); попереджати дитину про зміну діяльності; створювати стабільне та зрозуміле середовище вдома.

Структурованість середовища допомагає зменшити тривожність дитини та сприяє формуванню навичок саморегуляції.

Розвиток комунікативних навичок. Комунікативний розвиток є одним із найважливіших напрямів підтримки дітей з аутизмом. Навіть якщо дитина має обмежене мовлення, важливо стимулювати будь-які спроби комунікації.

Батькам рекомендується: активно спілкуватися з дитиною у повсякденних ситуаціях; коментувати свої дії та дії дитини; заохочувати дитину висловлювати свої потреби; використовувати альтернативні засоби комунікації (жести, картки, зображення).

Важливо пам'ятати, що навіть прості слова, жести чи погляд можуть бути формою комунікації, яку необхідно підтримувати та розвивати [76].

Формування соціальних навичок

Діти з аутизмом часто мають труднощі у встановленні соціальних контактів та взаємодії з іншими людьми. Саме тому важливо створювати умови для розвитку соціальної взаємодії.

Батькам варто: залучати дитину до спільних ігор; навчати навичок чергування у грі; заохочувати контакт з іншими дітьми; використовувати рольові ігри для розвитку соціальних ситуацій.

Навіть короткі спільні ігрові взаємодії можуть сприяти розвитку соціальної активності дитини.

Розвиток самостійності дитини. Формування навичок самообслуговування є важливим етапом розвитку дитини з аутизмом. Такі навички сприяють підвищенню рівня самостійності та впевненості дитини.

Батькам рекомендується: поступово навчати дитину виконувати прості побутові дії; використовувати покрокові інструкції; демонструвати виконання завдання; заохочувати навіть невеликі успіхи.

Важливо надавати дитині можливість самостійно виконувати завдання, навіть якщо це потребує більше часу.

Позитивне підкріплення поведінки. Ефективним методом формування бажаної поведінки у дітей з аутизмом є використання позитивного підкріплення.

Батькам варто: хвалити дитину за правильні дії; використовувати заохочення (улюблені іграшки, активності); фокусуватися на позитивних досягненнях дитини; уникати надмірної критики.

Позитивне підкріплення сприяє формуванню мотивації до навчання та розвитку нових навичок [48].

Співпраця з фахівцями. Для ефективного розвитку дитини важливо підтримувати регулярну співпрацю з фахівцями – психологами, педагогами, логопедами та іншими спеціалістами.

Батькам рекомендується: регулярно консультуватися з фахівцями; дотримуватися рекомендацій спеціалістів; брати участь у корекційно-розвивальних програмах; підтримувати єдину стратегію роботи з дитиною.

Спільна робота фахівців і родини створює сприятливі умови для розвитку дитини та сприяє підвищенню ефективності раннього втручання.

Підтримка емоційного благополуччя дитини

Емоційний стан дитини з аутизмом значною мірою впливає на її поведінку та здатність до навчання. Тому важливо створювати для дитини атмосферу психологічної безпеки та підтримки.

Батькам варто: проявляти терпіння та розуміння; підтримувати позитивний емоційний контакт з дитиною; допомагати дитині виражати свої емоції; уникати перевантаження дитини надмірною кількістю стимулів.

Позитивний емоційний клімат у сім'ї сприяє гармонійному розвитку дитини та формуванню довіри до оточуючих.

Отже, участь батьків у процесі розвитку дітей з розладами аутистичного спектру є важливою умовою ефективності раннього втручання. Використання структурованого середовища, стимулювання комунікації, розвиток соціальних навичок та підтримка самостійності дитини сприяють покращенню її адаптації до соціального середовища. Співпраця батьків із фахівцями та систематичне застосування рекомендацій у повсякденному житті створюють сприятливі умови для гармонійного розвитку дитини.

У третьому розділі роботи було розроблено та обґрунтовано психологічні заходи щодо надання ранньої допомоги дітям з розладами аутистичного спектру. На основі результатів емпіричного дослідження визначено основні напрями корекційно-розвивальної роботи, спрямовані на розвиток комунікативних, соціальних, навчальних та адаптивних навичок дітей.

Запропонована психологічна програма раннього втручання передбачає систематичне проведення корекційно-розвивальних занять, використання індивідуального підходу до дитини, застосування принципів позитивного підкріплення, структурованого навчання та активної взаємодії з дитиною. Реалізація програми спрямована на формування базових навчальних умінь, розвиток комунікації, соціальної взаємодії, а також підвищення рівня самостійності дітей у повсякденному житті.

Важливим компонентом ефективної допомоги дітям з аутизмом є активна участь батьків у процесі розвитку дитини. Розроблено практичні рекомендації для батьків, які спрямовані на створення сприятливого середовища для розвитку дитини, стимулювання комунікації, формування соціальних навичок та підтримку емоційного благополуччя.

Таким чином, запропоновані психологічні заходи можуть бути використані у практичній діяльності психологів, педагогів та батьків для підтримки розвитку дітей з розладами аутистичного спектру та підвищення ефективності програм раннього втручання.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі магістерської роботи було розроблено та обґрунтовано психологічні заходи щодо надання ранньої допомоги дітям з розладами аутистичного спектру, а також визначено практичні рекомендації для батьків щодо підтримки розвитку дитини в умовах сімейного середовища.

На основі результатів емпіричного дослідження встановлено, що рівень розвитку дітей з аутизмом значною мірою залежить від інтенсивності корекційно-розвивального впливу. Це зумовило необхідність створення цілісної психологічної програми раннього втручання, яка б забезпечувала систематичний, комплексний і індивідуалізований підхід до розвитку дитини.

Розроблена психологічна програма спрямована на формування базових навчальних, комунікативних, соціальних та адаптивних навичок дітей з розладами аутистичного спектра, а також на зменшення проявів дезадаптивної поведінки. Визначено основну мету програми — створення умов для комплексного розвитку дитини, підвищення рівня її самостійності та покращення адаптації до соціального середовища.

У структурі програми окреслено ключові напрями роботи, серед яких: розвиток комунікативних навичок, формування соціальної взаємодії, розвиток навчальних умінь, формування навичок самообслуговування та сенсорний розвиток. Такий підхід забезпечує всебічний вплив на різні сфери розвитку дитини та відповідає сучасним науковим уявленням про необхідність комплексної допомоги дітям з аутизмом.

Важливим аспектом програми є її побудова на науково обґрунтованих принципах, зокрема принципах індивідуалізації, систематичності, активної взаємодії, позитивного підкріплення та залучення сім'ї. Реалізація цих принципів забезпечує ефективність корекційно-розвивальної роботи та сприяє формуванню стійких поведінкових і навчальних навичок у дітей.

Окрему увагу у розділі приділено структурі корекційно-розвивальних занять, які мають чітку послідовність і включають етапи встановлення контакту, виконання основних завдань, закріплення навичок і позитивного підкріплення. Така організація занять сприяє підвищенню ефективності навчання та забезпечує передбачуваність діяльності для дитини.

Важливою складовою розроблених заходів є індивідуалізація корекційної роботи, що передбачає створення індивідуальної програми розвитку для кожної дитини на основі результатів психодіагностики. Це

дозволяє враховувати рівень розвитку, особливості поведінки та потреби дитини, що підвищує результативність психолого-педагогічного впливу.

У підрозділі 3.2 було розроблено практичні рекомендації для батьків, які є важливим компонентом системи раннього втручання. Встановлено, що участь батьків у процесі розвитку дитини суттєво підвищує ефективність корекційно-розвивальної роботи. Запропоновані рекомендації спрямовані на створення структурованого середовища, розвиток комунікації, формування соціальних навичок, підтримку самостійності дитини та забезпечення її емоційного благополуччя.

Зокрема, підкреслено важливість використання візуальної підтримки, дотримання режиму дня, застосування позитивного підкріплення, а також активної взаємодії з дитиною у повсякденних ситуаціях. Співпраця батьків із фахівцями розглядається як необхідна умова ефективної реалізації програм раннього втручання.

Таким чином, у розділі доведено, що ефективна допомога дітям з розладами аутистичного спектра можлива за умови комплексного підходу, який поєднує систематичну корекційно-розвивальну роботу, індивідуалізацію навчання та активне залучення сім'ї до процесу розвитку дитини. Розроблена психологічна програма та практичні рекомендації можуть бути використані у діяльності психологів, педагогів і батьків як ефективний інструмент підтримки розвитку дітей з аутизмом.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження проблеми впливу раннього втручання на розвиток дітей з розладами аутистичного спектра. Аналіз наукових джерел, узагальнення теоретичних підходів та результати власного емпіричного дослідження дозволили сформулювати такі узагальнюючі висновки.

У результаті теоретичного аналізу встановлено, що розлади аутистичного спектра належать до складних порушень нейророзвитку, які характеризуються якісними порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та наявністю обмежених, стереотипних форм поведінки. Виявлено, що аутизм має багатофакторну природу, яка поєднує біологічні, психологічні та соціальні чинники, а прояви розладу відзначаються значною індивідуальною варіативністю.

Доведено, що ключову роль у розвитку дітей з аутизмом відіграють соціально-психологічні умови, зокрема сімейне середовище, рівень психолого-педагогічної підтримки, доступ до спеціалізованих програм навчання та корекції. Встановлено, що своєчасне виявлення порушень розвитку та раннє залучення дитини до системи психолого-педагогічної допомоги є визначальними чинниками позитивної динаміки розвитку.

Аналіз сучасних наукових підходів до організації раннього втручання показав, що найбільш ефективними є комплексні програми, які поєднують поведінкові, психологічні та педагогічні методи впливу. Зокрема, значну ефективність демонструють такі підходи, як прикладний аналіз поведінки (ABA), програма TEACCH, Early Start Denver Model, а також інші моделі, спрямовані на розвиток комунікативних, соціальних і навчальних навичок дитини.

У ході дослідження встановлено, що раннє втручання має вирішальне значення для формування базових психічних функцій, мовлення, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки дітей з розладами аутистичного спектра.

Систематичний психолого-педагогічний вплив сприяє не лише розвитку окремих навичок, але й покращенню загального рівня функціонування дитини та її інтеграції у соціальне середовище.

У межах емпіричного дослідження було здійснено комплексну оцінку розвитку дітей з розладами аутистичного спектра з використанням валідних психодіагностичних методик, зокрема ABLLS-R, VB-MAPP, Vineland Adaptive Behavior Scales, CARS та CBCL. Використання поєднання різних інструментів дозволило отримати багатовимірне уявлення про особливості розвитку дітей, їхні сильні сторони та зони найближчого розвитку.

Емпіричне дослідження проводилося серед дітей дошкільного віку з установленими розладами аутистичного спектра. Досліджуваних було поділено на групи залежно від інтенсивності корекційно-розвивальних занять, що дозволило здійснити порівняльний аналіз впливу частоти психолого-педагогічного втручання на розвиток дітей.

Результати дослідження показали, що діти, які відвідували корекційно-розвивальні заняття два–три рази на тиждень, демонстрували більш високий рівень розвитку навчальних, мовленнєвих, соціальних та адаптивних навичок порівняно з дітьми, які відвідували заняття один раз на тиждень. У цих дітей спостерігалася більша самостійність, краща здатність до виконання інструкцій, активніша комунікативна поведінка та вища залученість у спільну діяльність.

Дані методик ABLLS-R та VB-MAPP засвідчили, що інтенсивність занять позитивно впливає на формування базових навчальних і мовленнєвих навичок, зокрема здатності до наслідування, розуміння мовлення, ініціації комунікації та участі у взаємодії. Результати Vineland-II підтвердили, що регулярні заняття сприяють підвищенню рівня адаптивного функціонування дітей, зокрема у сферах комунікації, соціалізації та повсякденних навичок.

Аналіз результатів за шкалою CARS показав, що систематична корекційно-розвивальна робота може сприяти зменшенню вираженості окремих аутистичних проявів, зокрема у сфері соціальної взаємодії та

емоційного реагування. Дані опитувальника CBCL засвідчили позитивні зміни у поведінковій та емоційній сфері дітей, що проявлялися у зниженні рівня тривожності, емоційної нестійкості та проблем поведінки.

Узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволило зробити висновок про наявність прямого зв'язку між інтенсивністю психолого-педагогічного впливу та рівнем розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження щодо ефективності систематичного застосування індивідуалізованих програм раннього втручання.

На основі результатів дослідження було розроблено психологічну програму раннього втручання, спрямовану на розвиток комунікативних, соціальних, навчальних та адаптивних навичок дітей з аутизмом. Програма ґрунтується на принципах індивідуалізації, систематичності, позитивного підкріплення, структурованого навчання та активної взаємодії з дитиною.

У структурі програми визначено основні напрями корекційно-розвивальної роботи, серед яких розвиток комунікації, соціальної взаємодії, навчальних умінь, самостійності та сенсорної інтеграції. Запропонована програма передбачає поетапну реалізацію, що включає діагностичний, планувальний, корекційно-розвивальний та оціночний етапи.

Важливим компонентом ефективного раннього втручання визначено активну участь батьків у процесі розвитку дитини. У роботі розроблено практичні рекомендації для батьків, спрямовані на створення структурованого середовища, стимулювання комунікації, розвиток соціальних навичок, формування самостійності та підтримку емоційного благополуччя дитини.

Доведено, що співпраця фахівців і родини є необхідною умовою досягнення позитивних результатів у розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Використання рекомендацій у повсякденному житті сприяє закріпленню сформованих навичок і підвищенню ефективності корекційно-розвивальної роботи.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання розробленої психологічної програми та рекомендацій у діяльності психологів, педагогів, логопедів і батьків. Вони можуть бути застосовані у закладах освіти, центрах раннього втручання та у сімейному середовищі для підтримки розвитку дітей з аутизмом.

Водночас слід зазначити, що дослідження має певні обмеження, зумовлені невеликою вибіркою та якісним характером аналізу даних. Це визначає перспективи подальших досліджень, які можуть бути спрямовані на розширення вибірки, використання кількісних методів аналізу та вивчення довготривалого впливу програм раннього втручання.

Отже, результати проведеного дослідження підтверджують, що раннє втручання є ефективним засобом підтримки розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Систематичні корекційно-розвивальні заняття, індивідуалізація підходів до навчання та активна участь родини створюють сприятливі умови для формування базових навичок, соціальної адаптації та підвищення якості життя дітей з аутизмом.

ГЛОСАРІЙ

Адаптивна поведінка – сукупність навичок, що забезпечують самостійне функціонування людини у повсякденному житті.

Аутизм – порушення психічного розвитку, що характеризується труднощами соціальної взаємодії, комунікації та наявністю стереотипних форм поведінки.

Аутоагресія – форма поведінки, спрямована на заподіяння шкоди самому собі.

Біхевіоральна терапія – напрям психологічної допомоги, спрямований на зміну поведінки через систему підкріплень.

Вербальна поведінка – система мовленнєвих реакцій, що забезпечують комунікацію та взаємодію.

Втручання (інтервенція) – цілеспрямований вплив на розвиток дитини з метою корекції порушень і формування навичок.

Дезадаптація – порушення процесу пристосування до соціального середовища.

Дизонтогенез – відхилення або порушення психічного розвитку.

Діагностика – процес виявлення особливостей розвитку та визначення рівня сформованості навичок.

Ехолалія – неконтрольоване повторення слів або фраз, почутих від інших.

Індивідуальна програма розвитку (ІПР) – документ, що визначає цілі, завдання та методи навчання і розвитку конкретної дитини.

Інклюзивна освіта – система навчання, що передбачає спільне навчання дітей з різними освітніми потребами.

Комунікативні навички – здатність встановлювати контакт, розуміти і використовувати мовлення у спілкуванні.

Корекційно-розвивальна робота – система спеціально організованих заходів, спрямованих на розвиток та компенсацію порушених функцій.

Мотиваційне мовлення (mand) – мовленнєва реакція, спрямована на вираження потреб або бажань.

Наслідування – здатність відтворювати дії, рухи або мовлення за зразком.

Поведінкова корекція – процес зміни небажаної поведінки та формування адаптивних форм реагування.

Позитивне підкріплення – спосіб закріплення бажаної поведінки через винагороду або схвалення.

Психолого-педагогічний супровід – комплексна система допомоги дитині в процесі навчання та розвитку.

Раннє втручання – система комплексної допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку.

Рецептивне мовлення – здатність розуміти звернене мовлення.

Розлади аутистичного спектра (РАС) – група нейророзвиткових порушень, що проявляються у труднощах соціальної взаємодії, комунікації та поведінки.

Сенсорна інтеграція – процес обробки сенсорної інформації для адекватного реагування на середовище.

Соціалізація – процес засвоєння норм і правил поведінки у суспільстві.

Стереотипна поведінка – повторювані, одноманітні дії або рухи.

Структуроване навчання – організація навчального процесу з використанням чіткої послідовності та візуальної підтримки.

ABA (Applied Behavior Analysis) – науково обґрунтований метод формування навичок і корекції поведінки.

ABLLS-R – методика оцінювання базових навчальних і мовленнєвих навичок.

VB-MAPP – методика оцінювання вербальної поведінки та комунікативного розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Багрій Я. Т. Дитячий аутизм : монографія. Київ, 2019. 256 с.
2. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років. Київ, 2014. 376 с.
3. Бондар В. І., Синьов В. М. Дефектологічний словник. Київ, 2011. 528 с.
4. Бондар В. І., Синьов В. М., Тищенко В. В. Тенденції розвитку освіти дітей з психофізичними вадами. Київ, 2012. 312 с.
5. Бочелюк В. Й., Панов М. С. Психокорекція розладів аутистичного спектру. Київ, 2021. 240 с.
6. Братишко Т. А. АВА-терапія. Київ, 2024. 180 с.
7. Воробей О. Місце дитини з аутизмом у суспільстві. Київ, 2012. 120 с.
8. Галах Т. В. Діагностика і корекція аутизму. Київ, 2016. 220 с.
9. Грабовська С. Л., Островська К. О. Допомога дітям з аутизмом. Львів, 2009. 192 с.
10. Грицунова Н. О. Вплив процесу конструювання на формування особистості дитини дошкільного віку. Психологія і педагогіка на сучасному етапі розвитку наук. Одеса, 2015. С. 125–126.
11. Гуменюк В. О. АВА-терапія. Київ, 2023. 180 с.
12. Дробніч П. Перші прояви аутизму. 2021.
13. Засенко В. В. Особистісний підхід у навчанні. Київ, 2018. 312 с.
14. Калашник С. В. Методи корекції розладів аутистичного спектру. Харків, 2020. 224 с.
15. Качмарик Х. В. Психологічний супровід аутичних дітей. Львів, 2015. 200 с.
16. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта. Київ, 2014. 272 с.
17. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Інклюзивна освіта : монографія. Київ, 2016. 300 с.

18. Логвінова І. П. Комунікація у дітей з розладами аутистичного спектру. Київ, 2011. 160 с.
19. Мартинова Л. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11). Київ, 2022. 150 с.
20. Мартинчук О. В. Підготовка фахівців до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. Київ, 2018. 280 с.
21. Марценюк М. О. Аутизм як дизонтогенез. Київ, 2021. 220 с.
22. Нечипоренко В. В. Корекційна робота з дітьми з розладами аутистичного спектру. Київ, 2020. 200 с.
23. Островська К. О. Аутизм : проблеми психологічної допомоги. Львів, 2016.
24. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : монографія. Львів : Тріада-плюс, 2012.
25. Островська К. О. Психологічні основи формування соціальних компетенцій дітей з аутизмом : автореф. дис. Київ, 2013.
26. Островська К. О., Сайко Х. Я. Толерантність до дітей з ООП в інклюзивній школі. Київ, 2020.
27. Панчук В. Л. Аутизм. Рання діагностика. Дитина з особливими потребами. 2015. № 12.
28. Пахомова Н. Г., Кононова М. М. Спеціальна психологія : навч. посіб. Полтава : АСМІ, 2015.
29. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта : навч. посіб. Київ : Агентство «Україна», 2019.
30. Про дошкільну освіту : Закон України від 11.07.2001 р.
31. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р.
32. Рассказова О. І. Розвиток соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти : монографія. Харків, 2012.
33. Рибченко Л. К. Організація корекційної роботи з дітьми з аутистичними проявами. 2014.

34. Романчук О. Розлади аутистичного спектру у запитаннях і відповідях. Львів, 2009. 168 с.
35. Синьов В. М., Шульженко Д. І. Соціалізація дітей з розладами аутистичного спектру. Київ, 2012. 240 с.
36. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму. Київ, 2010. 388 с.
37. Скрипник Т. В. Програма «Розквіт». Київ, 2018. 220 с.
38. Achenbach T. Child Behavior Checklist. 2001.
39. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 2013. 991 p.
40. Asperger H. Autistic psychopathy in childhood. Archives of Psychiatry and Nervous Diseases. 2004.
41. Ashwood P. et al. Elevated plasma cytokines in autism spectrum disorders. Brain, Behavior and Immunity. 2011.
42. Attwood T. Asperger's Syndrome. 2007. 397 p.
43. Barbera M. Verbal Behavior Therapy. 2019. 250 p.
44. Bender L. Childhood schizophrenia: Clinical study. American Journal of Orthopsychiatry. 2007.
45. Bristol M. Autism research. 2018.
46. Carr E. Positive Behavior Support. 2002. 180 p.
47. Constantino J. Social Responsiveness Scale. 2021.
48. Cooper J., Heron T., Heward W. Applied Behavior Analysis. 2020. 720 p.
49. Courchesne E. Brain growth in autism. 2001.
50. Dawson G., Rogers S. Early Start Denver Model. 2010. 296 p.
51. Estes A. Outcomes of intervention. 2015.
52. Frith U. Autism : Explaining the Enigma. 2003. 249 p.
53. Gibson M., Douglas P. Disturbing behaviours in autism science. 2018.
54. Greenspan S., Wieder S. Engaging Autism. Cambridge : Da Capo Press, 2006. 389 p.
55. Hermelin B. Experiments with autistic children. 2007.

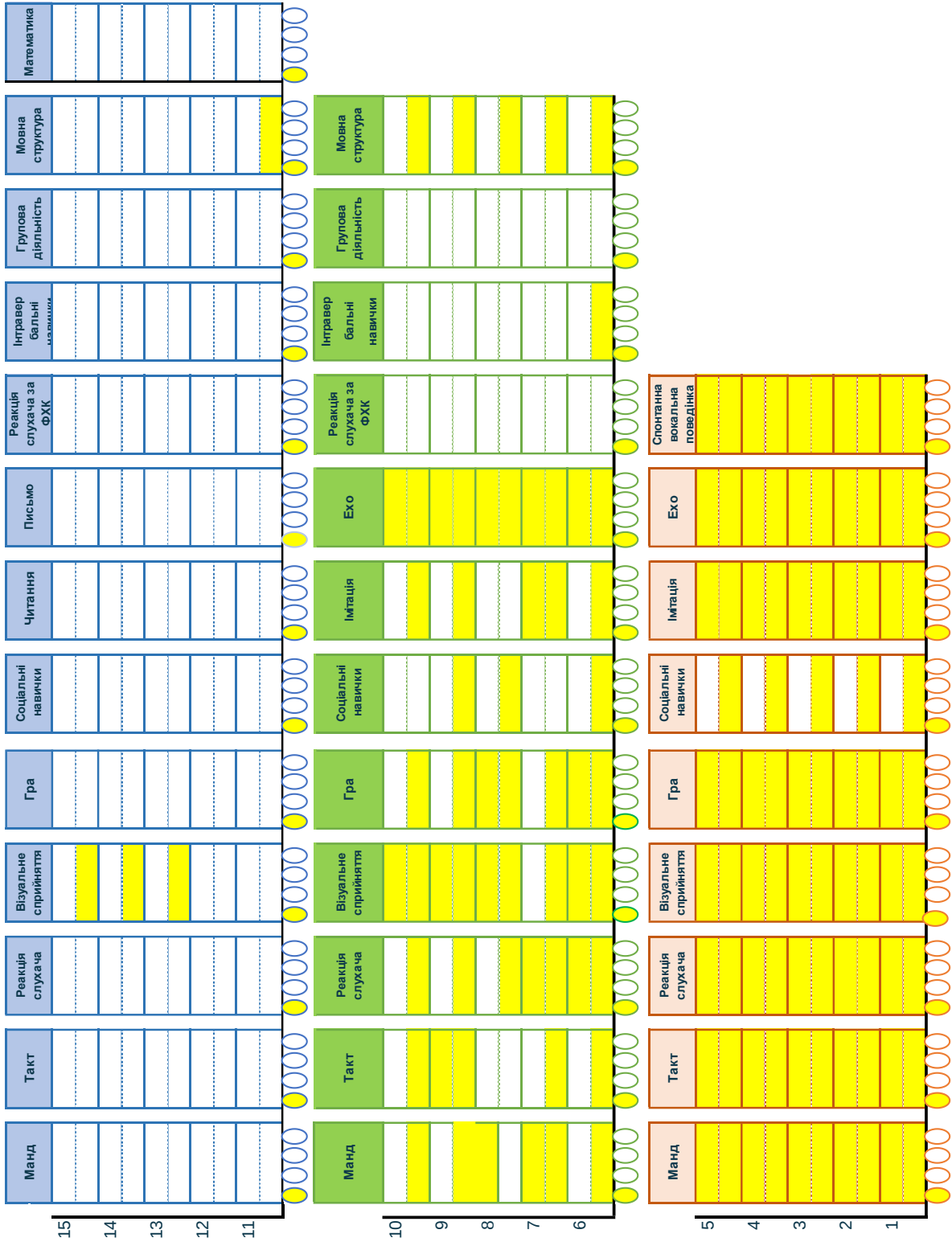
56. Iwata B. Functional analysis model of behavioral assessment. 2015.
57. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 2003.
58. Koegel R. Pivotal Response Treatment (PRT). 2006.
59. Lord C. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). 2012.
60. Lovaas O. ABA therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007. P. 3–9.
61. Lyons V. Autism pioneers.
62. Matson J. Handbook of autism. 2011. 500 p.
63. Mesibov G., Shea V., Schopler E. The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders. New York : Springer, 2004. 240 p.
64. National Research Council. Educating Children with Autism. 2001. 324 p.
65. Odom S. Evaluation of comprehensive treatment models for autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010.
66. Rapin I., Tuchman R. Autism : definition, neurobiology, screening. 2018.
67. Rimland B. Infantile Autism. 2004.
68. Rogers S. Early autism treatment. 2008.
69. Rogers S., Dawson G. Early Start Denver Model for Young Children with Autism. 2010.
70. Schopler E. Structured teaching. 2005.
71. Schreibman L. The Science and Fiction of Autism. Cambridge : Harvard University Press, 2005.
72. Schreibman L. Naturalistic interventions. 2015.
73. Schramm R. ABA therapy. 2021.
74. Skinner B. The technology of teaching. 2016.
75. Sparrow S. Vineland Adaptive Behavior Scales. 2005.
76. Sundberg M. VB-MAPP : Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program. 2014.

77. Tomatis A. The Conscious Ear : My Life of Transformation Through Listening. Naperville : Station Hill Press, 2002.
78. Volkmar F., Wiesner L. A Practical Guide to Autism. New Jersey : Wiley, 2009.
79. Wall D. Artificial intelligence in autism diagnosis. 2012.
80. Welsh M. Executive functions.
81. Zwaigenbaum L., Penner M. Autism spectrum disorder : advances in diagnosis and management. 2018.
82. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD-10). 2002.

[illegible]

Додаток Б

Оцінювання віх розвитку



ФОРМА «ОЦІНЮВАННЯ ПЕРЕШКОД ДЛЯ НАВЧАННЯ»

Поведінкові труднощі	Порушення манд	Порушення такт	Порушення імітації	Порушення ехо-навичок
4				
3				
2				
1				
1				
2				
3				
4				

Порушення візуального сприйняття	Порушення реакції слухача	Порушення інтравербальних навичок	Порушення соціальних навичок	Залежність від підказок	Вгадування
4					
3					
2					
1					
1					
2					
3					
4					

Порушення сканування	Порушення навичок умовного розрізнення	Нездатність до генералізації	Слабкі МУ	Вимога реакції послаблює МУ	Залежність від підкріплень
4					
3					
2					
1					
1					
2					
3					
4					

Самостимуляція	Порушення артикуляції	Обсесивно-компульсивна поведінка	Гіперактивна поведінка	Порушення зорового контакту	Сенсорний захист
4					
3					
2					
1					
1					
2					
3					
4					

ФОРМА «ОЦІНЮВАННЯ ПЕРЕХОДІВ ДЛЯ НАВЧАННЯ»

Шкала оцінювання за віхами VB-MAPP	Шкала оцінювання переходів VB-MAPP	Негативна поведінка та керівний контроль	Діяльність у класі та групові навички	Соціальні навички та соціальна гра	Самостійна академічна роботи
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Генералізація	Репертуар підкріплень	Швидкість набуття навичок	Стійкість нових навичок	Навчання у природному середовищі	Перехід без навчання
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Адаптація до змін	Спонтанна поведінка	Навички самостійної гри та дозвілля	Загальні навички самообслуговування	Навички туалету	Навички прийому їжі
5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

ФОРМА «ОЦІНЮВАННЯ РАНИХ ЕХО-НАВИЧОК»																					
В групах 1- 3: для кожного пункту оцінюється найкраща реакція з трьох проб X – правильна вимова звуків і правильна кількість складів (1 бал) / - впізнана реакція, але в ній є неправильні або пропущені приголосні, або ж додаткові склади (1/2 бала) пропуск – реакції немає, неправильні або пропущені голосні звуки (0 балів)						Загальний бал <table border="1"> <tr> <th colspan="4">Оцінювання</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>99,5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Оцінювання				1	2	3	4	99,5			
Оцінювання																					
1	2	3	4																		
99,5																					
Група 1. Прості та парні склади Цілі: голосні, приголосні – п, б, м, н, в, ф																					
☒ а-а	☒ у	☒ і-і	☒ е-е	☒ во	Бали в групі 1	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Оцінювання</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>25</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Оцінювання				1	2	3	4	25			
Оцінювання																					
1	2	3	4																		
25																					
☒ ма	☒ па-па	☒ фу	☒ ме	☒ мій																	
☒ ну-ну	☒ му	☒ бі	☒ пі-пі	☒ ам																	
☒ оп	☒ бо-бо	☒ не-не	☒ на	☒ ва-ва																	
☒ ба-ба	☒ ні	☒ ба	☒ ой	☒ пу																	
Група 2. Двоскладові комбінації Цілі: додати приголосні – к, х, г, т, д ²																					
☒ кава	☒ коза	☒ вухо	☒ давай	☒ куди	Бали в групі 2	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Оцінювання</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>29,5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Оцінювання				1	2	3	4	29,5			
Оцінювання																					
1	2	3	4																		
29,5																					
☒ вода	☒ дідо	☒ кидай	☒ кубик	☒ мити																	
☒ тато	☒ купи	☒ муха	☒ ківі	☒ не дам																	
☒ гуди	☒ нога	☒ гав-гав	☒ вагон	☒ діти																	
☒ ходи	☒ буде	☒ хата	☒ губи	☒ потяг																	
☒ такий	☒ кіно	☒ пити	☒ котик	☒ дути																	
Група 3. Трискладові комбінації																					
☒ машина	☒ дай пити	☒ кубики	☒ бабуся	☒ овочі	Бали в групі 3	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Оцінювання</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Оцінювання				1	2	3	4	30			
Оцінювання																					
1	2	3	4																		
30																					
☒ панама	☒ какао	☒ буду сам	☒ покажи	☒ автобус																	
☒ матуся	☒ кошеня	☒ поможи	☒ кидай м'яч	☒ читати																	
☒ печиво	☒ подушка	☒ капуста	☒ дитина	☒ папуга																	
☒ котик	☒ ковбаса	☒ високо	☒ банани	☒ купи сік																	
☒ не хочу	☒ собака	☒ каченя	☒ сідай тут	☒ мама цьому																	
Група 4. Просодика - повторює фрази (модель: інтонаційний акцент на склади, виділені жирним шрифтом) X - акцент на правильні склади (1 бал) / - акцент на нецільові склади (1/2 бала) пропуск – монотонна відповідь (0 балів)						Бали в групі 4															
☒ де МАМА	☒ мама ДЕ?	☒ це МОЄ	☒ ХТО це?	☒ КИДАЙ м'яч	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Оцінювання</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Оцінювання				1	2	3	4	10							
Оцінювання																					
1	2	3	4																		
10																					
☒ ДАЙ мені	☒ хочу ЦЕ	☒ і хто ТАМ	☒ МОЯ мама	☒ ПИЙ сік																	
Група 5. Просодика - інші компоненти X - правильна або майже правильна реакція (1 бал) / - реакція не відповідає моделі (0 балів)																					
ВИСОТА ТОНУ																					
☒ Повторити 1-2 рядки знайомої пісні	☒ Безперервне ехо (пожежна машина іу-іу-іу)				Бали в групі 5	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Оцінювання</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Оцінювання				1	2	3	4	5			
Оцінювання																					
1	2	3	4																		
5																					
ГУЧНІСТЬ																					
☒ Ехо пошепки	☒ Чергування ехо тихим/гучним голосом ("па-па" або "ПА-ПА").																				
ТРИВАЛІСТЬ																					
☒ Наслідуючи, підтримує звук упродовж 3 секунд																					

Додаток Е

Чек-лист навичок самостійності			
	ОДЯГАННЯ (до 48 місяців)	ТАК	НІ
	Знімає шапку	+	
	Знімає шкарпетки	+	
	Знімає рукавиці	+	
	Роззувається (може знадобитися допомога зі шнурками, пряжками і липучками)	+	
	Знімає куртку (може знадобитися допомога розстібнути гудзики і змійку)	+	
	Знімає штани (може знадобитися допомога з розстібнути кнопки і змійку)	+	
	Натягує штани (може знадобитися допомога в одяганні штанів поверх підгузків, а також застібнути гудзики, кнопки і змійку)	+	
	ОДЯГАННЯ (до 48 місяців)	ТАК	НІ
	Розв'язує шнурки на взутті	+	
	Розстібає гудзики спереду	+	
	Розстібає кнопки	+	
	Застібає і розстібає липучки	+	
	Застібає змійку спереду (з дрібними можуть виникнути труднощі)	+	
	Знімає кофту (якщо тісні, може знадобитися допомога)	+	
	Знімає штани/ спідницю (може знадобитися допомога з розстібуванням змійок, гудзиків)	+	
	Взувається (потрібна допомога у розрізненні правого та лівого черевика, а також у зав'язуванні шнурків)	+	
	Одягає штани (може знадобитися допомога із застібуванням блискавок і гудзиків)	+	
	Поправляє одяг		-
	Вибирає власні шкарпетки		-
	Вибирає власне взуття	+	
	Кладе брудний одяг у кошик	+	
	ОДЯГАННЯ (до 48 місяців)	ТАК	НІ
	Роздягається (може знадобитися допомога з тісним одягом, знімає через голову)	+	
	Знімає штани/ спідницю (може знадобитися допомога з розстібуванням змійок, гудзиків)	+	
	Одягає куртку	+	
	Одягає шкарпетки	+	
	Одягає штани	+	
	Застібає та розстібає більшість застібок	+	
	Застібає та розстібає змійки спереду	+	
	Застібає та розстібає гудзики спереду	+	
	Застібає та розстібає кнопки спереду	+	
	Намагається зашнурувати взуття	+	
	Взувається (розрізняє лівий, правий черевики з підказкою-стимул)	+	
	Вішає одягу на вішак	+	
	Вішає одягу на плечики	+	
	Складає свою одягу	+	
	Кладе одягу в шухляду	+	
	Купання й догляд за собою (до 48 місяців)	ТАК	НІ
	Протирає ніс серветкою (з допомогою)	+	
	Мие руки (з допомогою)	+	

	Витирає руки (з допомогою)	+	
	Намагається чистити зуби (з допомогою)	+	
	Купання й догляд за собою (до 30 місяців)	ТАК	НІ
	Намагається користуватися милом та мочалкою під час купання (з допомогою)	+	
	Чистить зуби (з допомогою)	+	
	Вмиває обличчя (з допомогою)	+	
	Витирає обличчя	+	
	Намагається мити руки самостійно	+	
	Витирає руки	+	
	Намагається розчісуватися самостійно (але потрібна допомога)	+	
	Купання й догляд за собою (до 48 місяців)	ТАК	НІ
	Витирає ніс серветкою викидає її на смітник	+	
	Використовує мочалку та мило під час купання	+	
	Вмиває волосся (з допомогою для довгого волосся)		-
	Чистить зуби	+	
	Чистить зуби зубною ниткою (з допомогою)		-
	Мие руки	+	
	Вмиває обличчя	+	
	Вішає рушник після вмивання	+	
	Розчісується (потрібна допомога для довгого волосся)		-
	Харчування (до 18 місяців)	ТАК	НІ
	Їсть їжу за допомогою рук	+	
	Самостійно п'є з чашки	+	
	Використовує ложку, щоб зачерпнути їжу	+	
	П'є із соломки	+	
	Харчування (до 30 місяців)	ТАК	НІ
	Використовує виделку, щоб взяти їжу	+	
	Використовує серветки	+	
	Приносить тарілку до столу	+	
	Відкриває свій ланч-бокс	+	
	Відкриває пакети з зіпlockом	+	
	Розгортає частково відкриті упаковки харчових продуктів	+	
	Вставляє соломинку в пакетик із соком	+	
	Чистить банан	+	
	Знімає свій дитячий нагрудник («слинявчик»)	+	
	Харчування (до 48 місяців)	ТАК	НІ
	Використовує бокову сторону виделки, щоб розломити шматочок м'якої їжі		-
	Використовує ніж, для того щоб намастити	+	
	Використовує ніж, щоб різати (м'які продукти)		-
	Зберігає місце харчування в досить чистому стані, під час харчування	+	
	Розгортає більшість упаковок	+	
	Відкриває контейнери з молоком і соком	+	
	Наливає рідину в чашку чи миску (з невеликого термосу чи глечика)	+	
	Допомагає в приготуванні простих страв (мастить, мішає, використовує форми для випічки, вимірює інгредієнти, тримає вінчик, додає інгредієнти)	+	
	Допомагає накривати на стіл	+	
	Прибирає посуд у мийку	+	
	Витирає стіл губкою чи ганчіркою		-
	Навичка користування туалетом (до 24 місяців)	ТАК	НІ
	Реагує на заохочення	+	

	Виконує прості вказівки	+	
	Здається, ніби відчувається некомфортно у брудних підгузках	+	
	Залишається сухим протягом 2-х годин	+	
	Випорожнюється передбачувано та регулярно	+	
	Знімає штани	+	
	Натягує штани	+	
	Може сидіти спокійно протягом 2-х хвилин	+	
	Навичка користування туалетом (до 30 місяців)	ТАК	НІ
	Вивчив слово, жест чи картку для використання туалету (наприклад, горщик, туалет значок)	+	
	Проситься до туалету	+	
	Розстібає кнопки, гудзики та змійку на штанах	+	
	Сідає на унітаз	+	
	Мочиться в унітаз	+	
	Витирається після того, як помочилась (дівчатка)	+	
	Випорожнюється в унітаз	+	
	Витирається після того, як випорожнивсь (з деякою допомогою)	+	
	Спускає воду в унітазі	+	
	Миє руки (з деякою допомогою)	+	
	Витирає руки	+	
	Навичка користування туалетом	ТАК	НІ
	Не промазує, справляється стоячи (хлопчики)	+	
	Підтирається (дівчата)	+	
	Розстібає змійки спереду	+	
	Застібає гудзики спереду	+	
	Застібає кнопки спереду	+	
	Миє та витирає руки, як частина процедури використання туалету	+	
	Стимується вночі (але ймовірні інциденти)	+	

Результати оцінювання адаптивної поведінки (Vineland)

Сфери	Показник	День -1	Місяць 3	Місяць 6	Місяць 12
Комунікація	Сприйняття – сирий бал	17	13	6	20
	Сприйняття – V-шкала	9	7	4	9
	Висловлювання – сирий бал	1	1	1	3
	Висловлювання – V-шкала	1	1	5	6
	Писемність – сирий бал	0	0	1	2
	Писемність – V-шкала	1	1	2	3
	Сумарний стандартний бал	36	32	32	30
Навички повсякденного життя	Особисте – сирий бал	30	37	32	30
	Особисте – V-шкала	7	4	5	6
	Домашнє – сирий бал	-	1	2	7
	Домашнє – V-шкала	9	1	2	7
	Суспільне – сирий бал	1	0	1	1
	Суспільне – V-шкала	1	1	2	5
	Сумарний стандартний бал	54	50	47	45
Соціалізація	Міжособистісні взаємини – сирий бал	33	21	20	17
	Міжособистісні взаємини – V-шкала	7	4	5	6
	Дозвілля та відпочинок – сирий бал	16	15	8	5
	Дозвілля та відпочинок – V-шкала	4	1	1	5
	Сумарний стандартний бал	60	38	41	52
Моторні навички	Грубі моторні – сирий бал	33	22	23	29
	Грубі моторні – V-шкала	4	3	2	7
	Тонкі моторні – сирий бал	25	24	8	5
	Тонкі моторні – V-шкала	2	5	3	3
	Стандартний бал	48	50	81	52
Підсумкові показники	Сумарний соціальний бал	150	138	115	150
	Адаптивний бал (композит)	55	49	43	44

Висновок за результатами оцінки адаптивної поведінки (Vineland)

Психологічний центр «Катарсис»

Прізвище, ім'я дитини: _____ Марко _____Дата народження: _____ Вік: _____ 5 _____Дата обстеження: _____ 17.02.26 _____

За результатами повторного оцінювання адаптивної поведінки (Місяць 12) адаптивний бал композит становить 44 бали, що відповідає низькому рівню розвитку адаптивних навичок.

Показники свідчать про наявність виражених труднощів у сферах комунікації, соціалізації та навичок повсякденного життя. Спостерігається нерівномірність розвитку окремих функціональних сфер.

Водночас у порівнянні з попередніми етапами оцінювання простежується позитивна динаміка в окремих підсферах, зокрема у сфері моторних навичок та окремих аспектах соціальної взаємодії.

Отримані результати вказують на необхідність продовження системної корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на формування побутових навичок, розвиток комунікації та соціальної взаємодії.

Рівень адаптивного функціонування:

☐ В межах норми☐ Прикордонний рівень☒ Низький рівень адаптивного розвитку☒ Потребує системного супроводу

Висновок психолога:

Підпис психолога: _____ Дата: _____

Додаток К

Шкала оцінки проявів аутистичного спектра

Адаптована форма (на основі структури CARS)

Психологічний центр «Катарсис»

Відомості про дитину

Прізвище, ім'я: _____ Марко _____

Дата народження: _____ Вік: _____ 5 _____

Дата обстеження: _____ 19.02.26 _____

Інструкція

Оцініть кожну сферу розвитку відповідно до вираженості особливостей поведінки дитини.

1 — поведінка відповідає віковій нормі

2 — незначні особливості

3 — помірні труднощі

4 — виражені труднощі

Оціночна таблиця

№	Сфера оцінювання	1	2	3	4
1	Соціальна взаємодія з дорослими	☐	☐	☒	☐
2	Соціальна взаємодія з однолітками	☐	☐	☐	☒
3	Емоційні реакції	☐	☐	☒	☐
4	Адаптація до змін у середовищі	☐	☒	☐	☐
5	Використання тіла та рухові особливості	☐	☐	☒	☐
6	Маніпуляції з предметами та ігрова діяльність	☐	☐	☒	☐
7	Реакції на сенсорні стимули (звуки, світло, дотик)	☐	☐	☒	☐
8	Зоровий контакт та невербальна комунікація	☐	☐	☒	☐

9	Слухова реактивність	☐	☐	☐	☒
10	Вербальна комунікація	☐	☐	☒	☐
11	Невербальна комунікація	☐	☐	☒	☐
12	Рівень активності	☐	☐	☒	☐
13	Рівень інтелектуального функціонування (орієнтовно)	☐	☐	☐	☒
14	Загальна узгодженість поведінки	☐	☐	☐	☒
15	Загальне враження щодо вираженості аутистичних проявів	☐	☐	☐	☒

Підрахунок результатів

Загальна сума балів: _____ 49 _____

Інтерпретація:

☐ В межах вікової норми

☐ Легкі прояви

☐ Помірні прояви

☒ Виражені прояви

Висновок психолога:

_____ Корекційні заняття, педагогічний

супровід _____

Підпис психолога: _____ Дата: _____

Опитувальник оцінки емоційно-поведінкових особливостей дитини

Адаптована форма (на основі структури CBCL) для дітей 1,5–5 років

Психологічний центр «Катарсис»

Відомості про дитину

Прізвище, ім'я: Марко

Дата народження: _____ Вік: 5

Дата обстеження: 23.02.26

Хто заповнює: ☒ Мати ☐ Батько ☐ Опікун ☐ Інше _____

Інструкція

Оцініть кожне твердження відповідно до поведінки дитини за останні 2 місяці:

0 — не характерно

1 — іноді проявляється

2 — часто або виражено проявляється

Оціночна таблиця

№	Твердження	0	1	2
1	Часто виглядає тривожною або занепокоєною.	☐	☒	☐
2	Легко засмучується без видимої причини.	☐	☐	☒
3	Боїться нових людей або ситуацій.	☐	☒	☐
4	Уникає спілкування з іншими дітьми.	☐	☐	☒
5	Надмірно прив'язана до дорослого.	☐	☐	☒
6	Часто плаче.	☐	☒	☐
7	Скаржиться на біль без медичних причин.	☐	☐	☒
8	Має труднощі із засинанням.	☒	☐	☐
9	Часто прокидається вночі.	☐	☐	☒
10	Виглядає сумною більшість часу.	☒	☐	☐
11	Уникає зорового контакту.	☐	☐	☒
12	Не реагує на звернення по імені.	☐	☒	☐

13	Рідко ініціює контакт.	☐	☐	☒
14	Має труднощі у вираженні емоцій.	☐	☐	☒
15	Не ділиться іграшками.	☐	☐	☒
16	Часто конфліктує з іншими дітьми.	☒	☐	☐
17	Проявляє агресію (штовхає, б'є).	☐	☒	☐
18	Ламає або псує речі.	☐	☒	☐
19	Не слухається дорослих.	☐	☒	☐
20	Часто протестує проти вимог.	☐	☐	☒
21	Не може довго зосередитися.	☐	☐	☒
22	Швидко відволікається.	☐	☐	☒
23	Не завершує розпочату діяльність.	☐	☐	☒
24	Надмірно активна.	☐	☒	☐
25	Не може сидіти спокійно.	☐	☒	☐
26	Часто бігає без потреби.	☐	☒	☐
27	Не переносить зміни у розпорядку.	☐	☐	☒
28	Сильно реагує на зауваження.	☐	☒	☐
29	Має труднощі з адаптацією до нових умов.	☐	☐	☐
30	Повторює одні й ті ж дії.	☐	☐	☒
31	Проявляє стереотипні рухи.	☐	☐	☒
32	Надмірно чутлива до звуків.	☐	☒	☐
33	Надмірно чутлива до дотиків.	☐	☒	☐
34	Не проявляє інтересу до гри з іншими.	☐	☐	☒
35	Віддає перевагу самотійній грі.	☐	☐	☒
36	Має труднощі з мовленням.	☐	☐	☒
37	Повторює слова інших.	☐	☐	☒
38	Має незвичний тон голосу.	☐	☒	☐
39	Не використовує жести у спілкуванні.	☐	☒	☐
40	Не реагує на емоції інших.	☐	☐	☒
41	Має труднощі з самообслуговуванням.	☐	☒	☐
42	Потребує постійної допомоги дорослого.	☐	☐	☒
43	Часто вередує.	☐	☒	☐
44	Легко дратується.	☐	☒	☐

45	Виявляє ревності.	☒	☐	☐
46	Проявляє страхи без очевидної причини.	☐	☐	☒
47	Відмовляється від нової їжі.	☐	☐	☒
48	Часто має істерики.	☐	☒	☐
49	Складно заспокоюється після збудження.	☐	☐	☒
50	Потребує постійної уваги дорослого.	☐	☐	☒

Підсумок та інтерпретація

Сума балів: _____ 71 _____

Переважаючі труднощі: _____ розлади комунікації, сенсорна чутливість _____

Висновок психолога:

_____ Корекційні заняття, педагогічний супровід

Підпис психолога: _____ Дата: _____

Корекційно-розвиткова програма 2

Початок роботи:

Тривалість програми: 3 місяці

Дитина:

Вік: 3 років 2 місяці

Відповідальна особа: мама

Звітне відео: кожного тижня

Загальні положення та рекомендації:

1. Регулярне відвідування занять – що зможе забезпечити швидший результат в досягненні цілей.
2. Регулярна робота вдома та в іншому середовищі дитини, для того щоб забезпечити генералізацію навиків на інші сфери життєдіяльності.
3. Співпраця зі всіма спеціалістами, що наразі працюють з дитиною - для того щоб покращувати роботу та вчасно реагувати на різні нові обставини чи зміни.
4. Присутність батьків на занятті чи в максимальній близькості до кабінету для того, щоб мати можливість спостерігати роботу спеціаліста, задавати додаткові питання чи приймати участь в процесі.
5. За допомогою мотиваційних стимулів підкріплюємо бажану поведінку та діяльність дитини на заняттях та за їх межами, для того щоб сформувати мотивацію до взаємодії та діяльності.
6. Поступово вводимо соціальні форми підкріплення (похвала, обійми, відстрочені в часі призи), які б слугували мотивацією до діяльності в усіх сферах життєдіяльності дитини.
7. Формуємо розпорядок дня дитини за допомогою візуального розкладу, для того, щоб дитина поступово вчилася самостійно йому слідувати.
8. Важливим моментом є закінчення діяльності на позитиві, тому важливо відстежувати динаміку діяльності дитини щоб була можливість випередити протест чи відмову.

9. Якщо протестна поведінка вже сталася, то важливо зберігати спокій дорослому, для заспокоєння дитини можна використати вже відомі та дієві методи (обійми тісні мами, поглажування, покачування тощо), або ж дочекатися зменшення сили цієї реакції і підкріпити заспокоєння дитини (мотиваційним стимулом, похвалою, обіймами тощо).

10. Максимальна кількість підходів на протязі дня вдома, на вулиці чи в іншому соціальному середовищі – що відповідає тим чи іншим навикам, які необхідно сформувати дитині.

Віхи розвитку	Топографія поведінки	Критерії досягнення (цілі)	Метод	Генералізація
Співпраця і ефективність підкріплюючих стимулів A4	Бере нейтральний стимул, коли його пропонує дорослий.	Дівчинка буде брати щоразу з рук дорослого нейтральний стимул і розглядати його чи маніпулювати ним протягом 3 секунд.	Називаємо ім'я дитини – показуємо нейтральний стимул – очікуємо 5 секунд для самостійної реакції дитини – даємо дитині стимул для взаємодії з ним на протязі декількох секунд – даємо інструкцію «Дай мені зошит» - дитина повертає нейтральний стимул – пропонуємо мотиваційну діяльність для дитини для закріплення навичку реагувати на нейтральні стимули та взаємодіяти з ними.	На протязі дня спочатку вдома, потім в інших середовищах даємо дитині багато таких інструкцій доцільних до ситуації. Наприклад, коли ми одягаємося на прогулянку – даємо дитині парасольку, щоб вона її потримала до виходу з дому чи шапку мами, щоб вона її потримала до того моменту коли мама її одягне.
Співпраця і ефективність підкріплюючих стимулів A7	Співпрацює з різними дорослими.	Дитина буде використовувати навички, які набула з одним дорослим (мамо чи спеціалістом) з іншими дорослими також (татом, бабусею чи іншими спеціалістами) у 8 випадках з 10.	Якщо дитина навчилася називати слово «куртка», вказувати на «куртку» та давати «куртку» на картинках під час заняття – тоді вдома батьки та інші дорослі використовують всі куртки дитини при одяганні, примірці задаючи ці питання чи інструкції (дай куртку, покажи свою куртку, принеси куртку тощо). Спочатку з тією курточкою, яку точно знає дитина – далі з іншими видами курток.	Розповідаємо інформацію про навик дитини іншим членам сім'ї і також спеціалістам, для того щоб ті, могли використовувати цей навик також з дитиною на протязі дня.
Співпраця і ефективність підкріплюючих стимулів A5	Підходить до дорослого в якого є мотиваційний стимул, але для його отримання виконує мінімум 3 простих завдання.	Дитина підходить і виконує мінімум 3 різних дії протягом однієї сесії для отримання мотиваційного стимулу.	Дорослий тримає в руках або біля себе бажаний стимул для дитини. Дорослий робить вигляд, що нібито не бачить дитину. Дитина підходить до дорослого, торкається його рукою чи бере за руку, тягнеться до бажаного стимулу чи вказує на нього – дорослий дає просту, відому інструкцію дитині (наприклад, дай	Важливо вдома як найбільше давати таких інструкцій, щоб дитина максимально взаємодіяла з дорослим. Пізніше цей метод використовуємо в інших місцях

			п'ять, покрутисся, підстрибни, постукай, ключи світло тощо) – дитина виконала – даємо бажаний стимул. Повторюємо сесію стільки разів, скільки дитина хоче отримати бажаний предмет чи вид діяльності. Показники самостійних реакцій записуємо в таблицю. Виконання простих інструкцій для отримання бажаного постійно змінюємо, по можливості збільшуємо.	(дитина хоче отримати печиво – одягни куртку – застібни липучки – дай мені руку – хвалимо і даємо печиво).
Співпраця і ефективність підкріплюючих стимулів	Користується візуальним розкладом «спочатку - потім» на заняттях в спеціалістів, в садочку та вдома чергуючи високомотиваційну діяльність з низькомотиваційною.	Буде використовувати візуальний розклад для організованої діяльності в трьох різних місцях і мінімум з трьома різними дорослими.	Спеціаліст чи інший дорослий готує найпростіший візуальний розклад «спочатку – потім». На якому у вигляді фото показує дитині, яка діяльність буде зараз (низькомотиваційна) і яка буде потім (високомотиваційна). Показуємо дитині що буде зараз і називаємо це і так само показуємо на планшетах, що буде потім і називаємо це – цей планшет залишає в стороні – виконуємо низькомотиваційну діяльність – показуємо швидко на планшетах що дитина це зробила – показуємо (нагадуємо) на планшетах високомотиваційну діяльність (чи інший стимул) і даємо її. На початку важливо обирати такі види низькомотиваційної діяльності, які дитина зможе швидко виконати. За необхідності даємо фізичну підказку і поступово ускладняємо діяльність.	Використовуємо спочатку вдома для якоїсь рутини, наприклад ранкової «спочатку чистиш зуби – потім мультик». Потім переносимо це в садок чи в інше місце значиме для дитини.
Співпраця і ефективність підкріплюючих стимулів A8	Дитина чекає, не чіпаючи предметів.	Дівчинці буде потрібна тільки одна підказка, щоб вона спокійно очікувала дозволу дорослого взяти предмет у 8 випадках з 10.	Дорослий буде ставити перед дитиною не значимий стимул і відразу давати інструкцію «чекай», при цьому легенько при потребі притримувати руки дитини так, щоб вона не змогла взяти цей предмет на протязі 2 секунд – далі забираємо цей предмет або даємо інструкцію «Візьми подивися». (з дозволу батьків) Коли дитина може спокійно очікувати не бажаний стимул – ставимо перед дитиною більш значимий предмет – інструкція «чекай» - 3 секунди – «візьми», «грай» - поступово збільшуємо час очікування до 5 секунд, 10 і так далі. Предмети даємо від незначимих до дуже значимих для дитини. Поступово будемо генералізувати (переносити) навик на інші сфери життя дитини, таким чином, щоб дитина могла очікувати на вулиці, в черзі, на зупинці тощо спокійно до 10 хвилин.	Наприклад, вдома ставимо перед дитиною якусь страву і даємо інструкцію – «чекай» для того, щоб отримати прибор. Таких варіантів протягом дня має бути велика кількість в різних сферах життєдіяльності дитини.

			Дорослі будуть кожного разу заповнювати довге очікування в чергах тощо, різними видами діяльності, які є мотиваційними для дитини та такими, які подобаються дівчинці (наприклад, гра з різного роду сенсорними іграшками, розгляданням картинок в книжках, складанням сортерів тощо). На початку вільне пересування дівчинки в просторі, лежання на підлозі буде діяти як підкріплення, тому будемо відпускати її через кожні три секунди. Через кожні 10 хвилин спокійного очікування граючись – дорослі будуть відпускати дівчинку побігати – потім знову повертати до спокійної діяльності.	
Візуальне сприйняття В6	Співвіднесення і зображень предметів.	Дитина зможе співвіднести зображення з відповідним предметом обравши його вірно у наборі із трьох.	Даємо дитині картинку на якій зображена наприклад корова – перед нею ставимо три фігурки різних тварин чи будь-яких інших фігурок серед яких корова – інструкція «Знайди корову» або «Постав корову на корову».	Вдома використовуємо декілька підходів, показуємо якимось зображення дитині наприклад картоплю – і дитина має співвіднести це зображення зі справжньою картоплею чи зображення куртки на картинці – зі справжньою курткою дитини.
Візуальне сприйняття В9	Спорууда з кубиків чи блоків за моделлю на зображенні.	Будує відповідно до зображення з кубиків чи інших предметів «споруди» або ряди з мінімальною підказкою в 8 випадках з 10.	Починаємо зі зображення з двома кубиками – використовуємо вказівний жест в завданні – інструкція «Побудуй так само» - підкріплення, похвала. Поступово збільшуємо кількість предметів на зображенні, але тільки тоді, коли дитина правильно відтворює зображення з двох предметів у 80% різних варіантів – можемо переходити до трьох.	Вдома та в інших місцях будемо за зразком без картинки (з таких самих деталей) чи малюємо власноруч різні картини для самих різних деталей (лего, буси, геометричні фігури тощо).
Візуальне сприйняття	Малюємо різні зображення відповідно до зразку.	Буде відтворювати на папері, дошці та мокрому піску мінімум 5 зображень відповідно до зразку з підказкою дорослого.	Різні види малювання: На мокрому піску (пальцем, палицею, всією рукою, різними предметами – граблями, пензликом тощо). На дошці крейдою чи мокрим пальцями у вертикальному положенні (горизонтальне положення для деякої категорії дітей є надскладним). На листочку з різними видами канцелярії (фломастери, товсті олівці, фарби, ручки). Використовуємо готові зображення на листочку від простішого до складнішого. А також малюємо за зразком намальованим на тому ж	Використовуємо вдома всі підручні засоби та місця для такого малювання, для того щоб максимально урізноманітнити цю діяльність і поступово перейти до паперу на площині.

			самому об'єкті, де і буде малювати дитина. Використовуємо підкріплення і даємо повну фізичну підказку при необхідності.	
Візуальне сприйняття B18	Сортування предметів за зовнішніми характеристиками.	Сортує предмети за зовнішніми характеристиками обираючи з двох видів предметів і співвідносить їх відповідно до зразку правильно у 8 випадках з 10.	Беремо спочатку певними кількість стимулів з дуже очевидними відмінностями (наприклад, все червоне і все біле) – ставимо червону коробку перед дитиною – даємо інструкцію «Сортуй червоне» – очікуємо 5 секунд для самостійної реакції – при необхідності даємо підказку – обов'язково підкріплення. Сортуємо за кольором, розміром,	Вдома можемо використовувати інші зовнішні ознаки на реальних предметах «Всю картоплю, всі носки, всі олівці».
Рецептивне мовлення C15	Доторкається до частин свого тіла, після того як назвав дорослий.	Дитина буде показувати правильно на собі та інших названі частини тіла у 8 випадках з 10.	Починаємо роботу з основних частин тіла, які є найбільш знайомими для дитини. Покажи «голову» – очікуємо 5 секунд для самостійної реакції – при необхідності даємо фізичну підказку рукою дитини – вказуємо вказівним жестом чи рукою на голову. Поступово освоюємо інші частини тіла. Якщо дитині дуже важко вказувати на собі, розпочинаємо показувати на іншій людині.	Робимо вдома максимальну кількість підходів на дитині по 2-5 секунд, поступово збільшуючи час та переносючи навик на інших членів сім'ї чи навіть іграшки.
Рецептивне мовлення C7	Дотримується інструкцій у рамках виконання рутини.	Дитина виконує мінімум 5 нових дій в умовах рутини садочку та дому чи в інших місцях на протязі дня.	Нова рутина діяльність: помий руки, занеси посуд, склади іграшки, візьми піжаму, склади речі в рюкзак. Вводимо по одній інструкції – вибираємо першу ту, яка найлегша для дитини наразі – підкріплюємо успішні реакції – підказка часткова при необхідності – виконуємо на постійній основі. Переходимо до наступної інструкції, коли перша виконується самостійно у 80% правильно. Поступово проріджуємо підкріплення, для того, щоб ця рутина виконувалася «автоматично».	Максимальне використання в громадських місцях та в гостях.

Рецептивне мовлення	Дотримується інструкції виконувати прості рухи.	З мінімальною підказкою виконує мінімум 5 (сядь, руки вгору, покрутись, похлопай, підійди, дай руку тощо) інструкцій на прості рухи в різній послідовності у 4 випадках з 5.	Даємо інструкцію наприклад «Похлопай» і очікуємо. При необхідності фізична підказка (хлопаємо руками дівчинки своїми руками). Підкріплюємо правильне виконання і ще раз даємо інструкцію «Похлопай» і робимо часову затримку (рахуємо про себе до 5 для самостійної реакції дитини). При необхідності даємо підказку фізичну (якщо самостійної реакції не було). Формуємо безпомилкову реакцію спочатку на інструкцію з відволікаючим стимулом (наприклад, похлопай – дівчинка похлопала – дай машинку – дівчинка дала – похлопай). Після правильного виконання в 4 випадках з 5 даємо наступну інструкцію і так всі наступні поступово. В результаті переходимо до ротації всіх 5 (тобто, даємо всі інструкції в різній послідовності одна за одною).	
Рецептивне мовлення C16-17	Обирає один із шести зображень чи предметів на столі.	Дитина може правильно вибрати названий предмет чи зображення дорослим із шести різних предметів чи зображень на столі у 8 випадках з 10.	Ставимо на стіл шість різних предметів чи зображень – даємо інструкцію «Покажи ложку» чи «Дай куртку» чи «Де корова» - очікуємо 5 секунд для самостійної реакції – за необхідності даємо підказку жестову – підкріплюємо правильну реакцію мотиваційними стимулами.	Вдома та в інших місцях використовуємо максимально цей навик серед звичайних предметів, що оточують дитину. Наприклад, серед одягу на дивані просимо дитину знайти носки ... тощо.
Прохання (манд) F8	Просить іншу людину виконати дію.	Дитина буде просити інших людей (батьків та спеціалістів) виконати конкретну дію, коли дитина не може зробити цього самостійно у 8 випадках з 10.	Основні варіанти (вставай, пішли, відкрий, обійми, на ручки, допоможи, покажи). Даємо дитині підказку вербальну в той момент, коли вона зацікавлена в цій дії – очікуємо хоч наближеного повторення словом чи жестом – задовільняємо потребу дитини. Поступово удосконалюємо навички дитини.	Важливо використовувати в усіх ситуаціях, де дитина потребує цієї діяльності, для швидшого засвоєння навичку дитини.
Прохання (манд) F3	Просить 5 і більше бажаних предмети чи види діяльності використовуючи слова чи жести після питання «Що ти хочеш?» дитина говорить або показує на «яблуко». Наприклад, при наявності яблука в полі зору,	Просить 4 і більше предмети чи види діяльності реагуючи на питання «Що ти хочеш?» вибираючи більш значимий серед запропонованих.	(робота проводиться по досягненню навиків просити предмет в присутності шукаючого стимулу). Дорослий тримає в руках предмет який дівчинка хоче отримати і задає запитання «Що ти хочеш?» і одночасно вказуючи пальцем на предмет. Говорить (називаючи предмет) – дитина вказує на предмет чи називає і відразу отримує.	Поступово зменшуємо кількість запитань «Що ти хочеш» щоб дитина на них не орієнтувалася і застосовуємо цей навик в повсякденному житті максимально.

	дорослий говорить що ти хочеш – дитина показує на яблуко		В проміжку даємо якісь легкі інструкції (наприклад, ті які знайомі вже дитині: дай, покажи, принеси тощо) і потім знову задаємо питання «Що ти хочеш?». Дитина називає одним словом або вказує на предмет із запропонованого переліку на картинках чи у звичному вигляді.	
Прохання (манд) F5	Дитина може спонтанно просити 2 предмети чи види діяльності (предмети в полі зору) без питання дорослого «Що ти хочеш?». Наприклад, дитина спонтанно просить печиво, коли воно знаходиться в полі зору дитини.	Спонтанно просить 2 предмети чи види діяльності у звичному середовищі і на заняттях.	Спочатку виставляємо всі бажані стимули на видному місці для дитини (наприклад, печиво, бульки і пір'ячко) протягом дня чи заняття і створюємо мотиваційні умови для виникнення прохання про дію зі сторони дорослого (наприклад, коли ми даємо інструкцію повернутися до не самого улюбленого виду діяльності, створюються мотиваційні умови для виникнення прохань у дитини дати відпочинок). Тому кожному проханням передують створення одних і тих же умов, а коли настає час для прохання, дорослий робить паузу для виникнення прохання від дитини. Обов'язково всі проби відзначати в таблиці для відзначення динаміки.	
Прохання (манд) F15	Просить припинити дію або прибрати предмет.	Дитина зможе просити інших людей прибрати предмет або припинити дію, якщо наразі не хоче цим займатися у 8 випадках з 10.	Наприклад, просить вимкнути музику, коли вона звучить, вентилятор, припинити біг «Зупинися або відпочити», чи прохання про те, щоб дорослий відпустив руку після переходу дороги «Відпусти». Вводимо такі навички відповідно до ситуації – даємо підказку при необхідності - підкріпленням буде призупинення діяльності. До якої можна при необхідності повернутися пізніше.	Використовуємо в усіх підходящих ситуаціях вдома та на вулиці.
Моторна імітація D24	Моторна імітація послідовності дій з використанням різних предметів.	Після інструкції дитина буде імітувати серію із мінімум 2-х рухів, використовуючи різні предмети.	Якщо в дитини є набір з іграшкової вантажівки, маленької коробки, а також синього, червоного, білого чи зеленого кубиків, дитина буде повторювати дії дорослого, спочатку поклавши синій кубик на білий, а потім помістивши червоний кубик в коробку, а жовтий у вантажівку. Починаємо роботу зі знайомих предметів дитині, а краще з улюблених (якщо такі є) – починаємо з двох дій – даємо підказку при необхідності – підкріплення.	Вдома використовуємо такі навички в інших видах діяльності, які будуть важливими для дитини. Наприклад, накриваємо на стіл для себе і дитини прибори і дитина має обирати з такого ж самого набору прибори і ставити так само, як це робите Ви для себе.

Моторна імітація D12	Імітує рухи дрібної моторики.	Дитина після інструкції буде повторювати рухи дрібної моторики правильно у 8 випадках з 10.	Дорослий дає інструкцію «Зроби так» - показує рух для дрібної моторики (наприклад, з'єднати кінчики вказівних пальців) - очікуємо 5 секунд самостійної реакції – при необхідності даємо фізичну підказку. Обов'язково підкріплення має бути для дитини. Починаємо роботу з найлегших варіантів для дитини, в подальшому використовуємо імітацію для дрібної моторики з предметами також.	Вдома має бути велика кількість підходів, хоча б по одному разу на кожен вид імітації. Обираємо такі варіанти, які допоможуть дитині в майбутньому засвоювати письмо.
Моторна імітація D13	Імітує дотики до об'єктів у певній послідовності.	Після інструкції дитина буде доторкатися до об'єктів у певній послідовності, переходячи від одного до іншого одночасно з дорослим у 8 випадках з 10.	За наявності набору предметів (починаємо з двох) дитина дотримуватиметься моделі, доторкаючись спочатку до машинки, потім до чашки, потім до олівця, а потім до конячки в той момент, коли дорослий торкається цих об'єктів. Важливо давати підкріплення дитині, похвалу, поступово збільшувати кількість предметів.	Вдома виконуємо максимально можливу кількість разів. Важливо щоб дитина стежила за діями дорослого, виконуємо в тому темпі, який зручний для дитини, поступово збільшуючи.
Моторна імітація D20	Імітація послідовності дій.	Після інструкції дитина буде повторювати послідовність моторних дій за дорослим у 8 випадках з 10.	Дорослий дії вигадує самостійно – розпочинаємо з двох послідовностей – обираємо ті, що добре знайомі для дитини спочатку – поступово ускладнюємо – підкріплення і похвала. Наприклад, дорослий плескає в долоні і хлопає по стегнах – дитина має повторити таку ж саму послідовність. Даємо підказки при необхідності.	Обираємо вдома найнеобхідніші для дитини.
Вокальна імітація E1	Імітує звуки за інструкцією.	Дитина буде повторювати запропонований звук після інструкції «Скажи ...» у 8 випадках з 10.	Обираємо для початку один звук, який є для дитини найлегшим – отримуємо результат в тому, що дитина його повторює за нами – додаємо нові. Використовуємо спочатку сильне підкріплення для мотивації і мінімальну кількість разів, щоб в дитини була мотивація до діяльності.	Дуже важливо закріплювати вдома так само, з похвалою і підкріпленням.
Вокальна імітація E12	Імітує слова за інструкцією дорослого	Дитина буде імітувати слово після інструкції «Скажи ...» схоже мінімум 10 слів без підказки у 3 випадках з 5.	Встановлюємо стимульний контроль, над імітацією одного простого слова (наприклад, кіт). Підкріплюємо відразу наближену реакцію, або відразу правильну реакцію. При необхідності використовуємо візуальні підказки, у вигляді картинок чи предмета. З допомогою методу шейпінга формуємо імітацію 2-х слів та 3-х послідовного після однієї інструкції (доки дитина повторює перше слово, слідом даємо друге слово для повтору). Поступово пришвидшуємо темп.	Закріплюємо вдома з похвалою і сильними підкріпленнями.