

Міністерство освіти і науки України  
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка  
Факультет спеціальної освіти, психології і соціальної роботи  
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

**Кваліфікаційна робота**  
**на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**  
з теми: **«ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОГО**  
**ВТРУЧАННЯ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти  
освітньої програми Спеціальна освіта  
(Олігофренопедагогіка)  
спеціальності 016 Спеціальна освіта  
спеціалізації 016.02 Олігофренопедагогіка  
заочної форми здобуття вищої освіти  
**Ріпка Лілія Василівна**

Керівник:  
**Буйняк М.Г.**, кандидат психологічних  
наук, доцент, старший викладач кафедри  
спеціальної та інклюзивної освіти

Рецензент:

---

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку немовлячого і раннього віку та їхнім родинам.....	7
1.2. Особливості розвитку дітей раннього віку з розладами спектру аутизму.....	13
1.3. Напрями та зміст ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму.....	21
<b>РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАЛІЗАЦІЇ РАНЬОЇ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИХ ЦЕНТРАХ.....</b>	
2.1. Обґрунтування та характеристика методів експериментального дослідження.....	26
2.2. Аналіз результатів експериментального дослідження.....	30
2.3. Методичні рекомендації для фахівців, які працюють з дітьми з розладами спектру аутизму раннього віку, та батьків.....	40
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>49</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>53</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>60</b>
Додаток А.....	60
Додаток Б.....	62

## ВСТУП

Ранній вік є визначальним для подальшого розвитку дитини, адже саме в цей період формуються базові навички, інтенсивно відбувається пізнавальний та мовленнєвий розвиток. Якщо з тих чи інших причин повноцінний розвиток дитини в ранньому віці неможливий чи ускладнений певними чинниками, то це призводить до суттєвих прогалин, які надалі досить складно ліквідувати.

У зв'язку із щорічним зростанням кількості дітей, в яких діагностують порушення психофізичного розвитку, набуває актуальності раннє втручання як сімейноцентрована система комплексної допомоги дітям з відхиленнями у розвитку та їхнім родинам. У багатьох країнах світу, зокрема США, Ізраїлі, Канаді, раннє втручання є частиною державної політики. Підтримує цю політику і Україна, де за останні роки прийнято низку нормативних документів та започатковано пілотні проєкти з раннього втручання.

Однією з категорій дітей, які мають виразні порушення психосоціального розвитку в ранньому віці є діти з розладами спектру аутизму. Дані статистики свідчать, що більшість з них вже з першого року життя потребують надання ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги.

Зауважимо, що значущість раннього втручання полягає не тільки в покращенні показників розвитку і соціалізації дітей, а й в стабілізації психоемоційного стану батьків, наданні їм психологічної підтримки та фахової консультативної допомоги з питань розвитку дітей.

Проблема раннього втручання, різних його складових не є новою для науковців. Зокрема, особливості розвитку дітей раннього віку з психофізичними порушеннями та різні аспекти ранньої психолого-педагогічної і корекційно-розвиткової допомоги висвітлені у працях низки українських та закордонних дослідників, зокрема Д. Брікера, М. Буйняк, М. Матвєєвої, С. Миронової, М. Пітерсі, Л. Прохоренко, В. Ремажевської,

Т. Сіансіоло, Т. Скрипник, О. Ткач, О. Чеботарьової, Д. Шульженко та ін). Вивченням різних аспектів розвитку і соціалізації дітей з розладами спектру аутизму раннього віку займалися А. Душка, Л. Каннер, С. Конопляста, К. Островська, Л. Рибченко, І. Риндер, Ю. Сіденко, Т. Скрипник, І. Сухіна, В. Тарасун, Г. Хворова, Д. Шульженко, G. Dawson, S. J. Rogers, L. A. Vismara, L. Zwaigenbaum та ін.

Не зважаючи на достатню кількість досліджень, що стосуються послуг раннього втручання для дітей з розладами спектру аутизму, вона залишається актуальною та потребує додаткового вивчення. З огляду на це ми й обрали тему нашої кваліфікаційної роботи «Психолого-педагогічні особливості раннього втручання при розладах спектру аутизму».

**Мета дослідження** – визначити психолого-педагогічні особливості допомоги дітям раннього віку з розладами спектру аутизму та розробити методичні рекомендації для ефективної реалізації ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з цією категорією порушення.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати актуальні літературні джерела з проблеми раннього втручання.
2. З'ясувати напрями та зміст ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму.
3. Експериментально дослідити особливості та стан реалізації психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з розладами спектру аутизму в інклюзивно-ресурсних центрах.
4. Розробити методичні рекомендації для фахівців, які працюють з дітьми з розладами спектру аутизму раннього віку, та батьків.

**Об'єкт дослідження** – раннє втручання як родинно-орієнтована система комплексної допомоги дітям раннього віку.

**Предмет дослідження** – особливості психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з розладами спектру аутизму.

**Методи дослідження:**

- *теоретичні*: аналіз, порівняння та узагальнення теоретичних положень з теми дослідження, висвітлених у спеціальній психолого-педагогічній літературі;

- *емпіричні*: анкета для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з розладами спектру аутизму раннього віку; опитування батьків дітей раннього віку з розладами спектру аутизму; бесіда.

- *статистичні*: кількісний та якісний аналіз емпіричних даних і їх узагальнення.

### **Наукова новизна отриманих результатів:**

- *уточнено* відомості про напрями та зміст ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму;

- *експериментально досліджено* особливості та стан реалізації психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з розладами спектру аутизму в інклюзивно-ресурсних центрах;

- *розроблено та обґрунтовано* методичні рекомендації для ефективної реалізації ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму.

**Практичне значення** кваліфікаційної роботи магістра полягає в можливості використання розроблених методичних рекомендацій фахівцями (консультантами) інклюзивно-ресурсних центрів та фахівцями команд раннього втручання, які надають психолого-педагогічну допомогу дітям раннього віку з розладами спектру аутизму, а також батьками в процесі сімейного виховання дітей з розладами спектру аутизму.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження проводилося на базі КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Перегінської селищної ради, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Варковицької сільської ради Дубенського району Рівненської області, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Дубенської міської ради Рівненської області, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Старокостянтинівської міської ради. У дослідженні брали участь 20 фахівців

(консультантів) інклюзивно-ресурсних центрів, 10 батьків дітей з розладами спектру аутизму раннього віку.

**Апробація результатів дослідження.** Основні результати кваліфікаційної роботи магістра заслухано на звітній науковій конференції студентів та магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка за підсумками науково-дослідної роботи у 2024 р.; V Всеукраїнській науково-практичній конференції (з міжнародною участю) «Психолого-педагогічний супровід дітей з інтелектуальними порушеннями в умовах спеціальної та інклюзивної освіти». За результатами дослідження опубліковано наукову статтю «Психолого-педагогічні особливості дітей раннього віку з розладами спектру аутизму».

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (61 найменування), 2 додатків. Робота містить 5 рисунків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 63 сторінки, із них 52 – основного тексту.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

#### **1.1. Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку немовлячого і раннього віку та їхнім родинам**

В останні роки все більшого поширення набуває система раннього втручання, яке являє собою родинно-орієнтовану комплексну (медичну, психологічну, соціальну) допомогу дітям раннього віку з порушеннями (відхиленнями) психофізичного розвитку (або ризиком їх виникнення) та їхнім родинам [44].

У посібнику, розробленому в межах реалізації проєкту UNICEF «Покращення доступу до послуг дошкільної освіти в умовах надзвичайних ситуацій та раннього відновлення в Україні» (2025 р.), раннє втручання визначається як «сімейно-центровані практики, які передбачають пошук та реалізацію можливостей для навчання немовлят і дітей раннього віку за рахунок підтримки та розвитку компетенцій батьків, з фокусом на ресурси сім'ї, її соціальне оточення та місцеві громади» [16].

Метою раннього втручання є розвиток компетентності та самоефективності батьків, що дасть змогу:

- покращити розвиток дітей із порушеннями розвитку або з ризиком їх виникнення;
- мінімізувати вплив порушень розвитку дитини на функціонування сім'ї;
- забезпечити перехід дитини до інклюзивної / спеціальної освіти;
- сприяти залученню батьків та дітей до життя громади [16].

На часі основними нормативно-правовими документами, які регулюють питання організації та реалізації політики раннього втручання в Україні є:

1. Концепція створення та розвитку системи раннього втручання схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 26.05.2021 р. за № 517-р).

2. Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року.

3. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.09.2021 за № 1117-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції створення та розвитку системи раннього втручання на період до 2026 року».

3. Наказ Президента України від 03.12.2019 № 875/2019 «Про підвищення ефективності заходів у сфері прав осіб з інвалідністю».

4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.05.2019 р. за № 350-р «Деякі питання створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини збереження її здоров'я та життя».

5. Конвенція про права осіб з інвалідністю.

Згідно з Концепцією створення та розвитку системи раннього втручання в Україні, раннє втручання орієнтоване на сім'ї, які виховують дітей від народження до трьох повних років, у яких:

1. Встановлено певний діагноз, що супроводжується затримками розвитку дитини (незалежно від ступеня тяжкості).

2. Визначено затримку в розумовому, моторному, соціально-емоційному та комунікативному розвитку за допомогою скринінгів або тестів.

3. Є ризик появи затримки розвитку внаслідок певних біологічних та соціальних чинників (наприклад, діти, народжені раніше терміну; діти, народжені з малою вагою; діти, які перебувають в будинку дитини; сім'ї, які отримали будь-який травматичний досвід та ін.).

4. Батьки мають сумніви та хвилювання щодо розвитку своєї дитини, її поведінки, взаємодії з іншими людьми або питання стосовно власних відносин з маленькою дитиною [24].

Значущість раннього втручання обумовлена фізіологічними та психологічними особливостями дітей немовлячого і раннього віку, адже саме

ранній вік є періодом первинного становлення функціональних систем головного мозку та формування вищих психічних функцій.

Дослідженню особливостей розвитку дітей раннього віку з психофізичними порушеннями та різних аспектів ранньої психолого-педагогічної і корекційно-розвиткової допомоги присвячені сучасні праці науковців як в Україні, так і за її межами (Д. Брікер, М. Буйняк, С. Конопляста, М. Матвєєва, С. Миронова, М. Пітерсі, Л. Прохоренко, В. Ремажевська, Т. Сіансіоло, Т. Скрипник, О. Ткач, О. Чеботарьова, Д. Шульженко та ін).

С. Миронова зазначає, що у ранньому віці створюється база для подальшого психічного розвитку дитини завдяки удосконаленню здатності мозку приймати сигнали із зовнішнього світу, переробляти й зберігати інформацію; саме в цей період формуються та якісно вдосконалюють основні процеси сприймання, уваги, пам'яті та мислення. З огляду на зазначене вчена наголошує, що порушення (чи відхилення) в фізичному, пізнавальному, мовленнєвому чи емоційному розвитку, які проявляються вже в ранньому віці, негативно позначаються на всіх аспектах подальшого розвитку дитини, обумовлюючи труднощі в оволодінні базовими навчальними навичками (читанням, письмом, лічбою) та створюючи проблеми в шкільній і соціальній адаптації [13].

Значущість ранньої корекційно-розвиткової допомоги підкреслює і положення теорії Л. Виготського, який довів те, що чим раніше створюються спеціальні умови для розвитку і виховання дитини з психофізичними порушеннями, тим менше у неї виникає вторинних та супутніх відхилень і значно легше відбувається процес її соціалізації [14]. Вчений пояснював це високою пластичністю мозку у ранньому віці та його особливою чутливістю до зовнішніх впливів. У зв'язку з цим він стверджував, що доцільне поєднання компенсаторного потенціалу організму з правильно організованим психолого-педагогічним супроводом у ранньому віці може відчутно мінімізувати вплив первинного порушення на психофізичний розвиток дитини та попередити виникнення вторинних порушень [13].

Особливе значення ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги також підкреслює й М. Ібука, який вивчав досвід раннього розвитку дітей у Японії і зробив такий висновок: те, що дитина не засвоїла до трьох років, потім дається їй з великими труднощами або не дається зовсім [12; 13]. Цей висновок було зроблений на підставі системних досліджень досвіду роботи різних фахівців (лікарів, психологів, педагогів та ін.) з дітьми немовлячого і раннього віку. Автор зазначає, що його основою його концепції є, насамперед, особливості функціонування мозку людини, у процесі розвитку якого в перші три роки життя дитини задіюються близько 1,4 мільярдів клітин, які у новонародженої дитини ще не функціонують, та відбувається становлення нервових зв'язків між цими клітинами, завдяки чому мозок функціонує як єдина система [12].

За результатами численних клінічних та психологічних досліджень, доведено, що найбільш активно зв'язки між клітинами головного мозку формуються у період від народження дитини і до трьох років (70 – 80% з'єднань) і завдяки розвитку цих зв'язків зростають і можливості мозку. Така здатність мозку, на думку науковців (М. Буйняк, С. Миронова, О. Гаяш, Л. Прохоренко, Т. Сіансіоло та ін.), є основою для подальшого психофізичного розвитку дитини [12; 35].

С. Миронова також наголошує, що важливою умовою успішної корекційно-розвиткової допомоги дітям немовлячого і раннього віку, які мають порушення в розвитку, є залучення до неї батьків як активних учасників процесу. Якщо напрями і форми роботи фахівців з сім'єю розроблені кваліфіковано, з урахуванням соціальної ситуації в сім'ї, психологічного мікроклімату в ній та інших чинників, то це сприятиме формуванню у батьків позитивного ставлення до дитини, гармонізації стосунків між подружжям і оволодінню батьками ефективними й доступними формами корекційно-розвиткового впливу та взаємодії з дитиною в побутових, емоційних та ігрових ситуаціях [13].

На думку Л. Люндквіста, керівника проекту з абілітації в Україні,

рання абілітаційна допомога дітям з порушеннями психофізичного розвитку є критично важливою, оскільки її відсутність може призвести до затримки інтелектуального, соціального та емоційного розвитку. Він зазначає, що дитяча абілітація (первинне формування функцій і здібностей у дітей раннього віку з проблемами у розвитку за рахунок створення спеціальних умов) має на меті зменшення обмежень функціонування та попередження ускладнень у розвитку дитини [12].

Узагальнення нормативних документів та літературних джерел засвідчило, що **основними завданнями раннього втручання є:**

1. Раннє виявлення дітей з порушеннями розвитку (або ризиком їх виникнення) і своєчасне надання їм комплексної психолого-медико-педагогічної та соціальної допомоги, якої вони потребують.

2. Допомога родині, яка виховує дитину віком від народження до трьох років з порушеннями психофізичного розвитку (чи ризиком її виникнення) в контексті сприяння розвитку в дитині.

3. Сприяння соціальній адаптації дитини з порушеннями психофізичного розвитку (чи ризиком їх виникнення) і її батьків, їхній інтеграції в соціум.

4. Надання послуг психосоціальної підтримки родинам, які виховують дітей з порушеннями розвитку (або ризиком їх виникнення) раннього віку [44].

Раннє втручання, як система комплексної психолого-медико-педагогічної та соціальної допомоги, передбачає **реалізацію таких заходів:**

1. Виявлення немовлят з відставанням або ризиком відставання у розвитку, яке має на меті єдність ранньої діагностики, ідентифікації, скринінгу і спрямування у відповідну територіальну службу ранньої допомоги чи раннього втручання.

2. Визначення рівня розвитку дитини і проектування індивідуальних програм ранньої освіти.

3. Навчання і консультування сім'ї з питань розвитку і виховання дитини з порушеннями психофізичного розвитку (чи ризиків їх виникнення).

4. Надання первинної допомоги в реалізації корекційно-розвиткових програм як в умовах сім'ї, так і в умовах спеціально організованого педагогічного середовища, що відповідає особливим освітнім потребам дитини немовлячого чи раннього віку.

5. Цільова робота з розвитку сенсомоторної сфери дитини.

6. Психологічна і правова підтримка сім'ї.

7. Рання планова і екстрена медична корекція (за потреби).

8. Координація діяльності всіх соціальних інститутів і служб у наданні повного комплексу послуг сім'ї і дитини в рамках реалізації індивідуальної програми розвитку [23; 24].

Для повноцінної реалізації послуг раннього втручання необхідною є реалізація таких **принципів**:

1. Сімейноцентрованості, який передбачає орієнтацію послуг раннього втручання на сім'ю з метою підвищення педагогічної компетентності батьків з питань розвитку і виховання дитини.

2. Міждисциплінарності та командної взаємодії, зміст якого ґрунтується на тому, що послуги раннього втручання надає мультидисциплінарна команда фахівців, до складу якої входять психолог, логопед, корекційний педагог, фізичний терапевт, медичні та соціальні працівники. Важливим є те, що батьки дитини є повноправними членами команди й приймають активну участь у всіх етапах реалізації послуг раннього втручання.

3. Функціонального підходу, який ґрунтується на оцінці того, як дитина справляється з повсякденними життєвими ситуаціями, спираючись на те, що вона хоче, що вона вже вміє робити, як реалізує свої можливості, як різні біологічні та соціальні чинники впливають на її здатність виконувати повсякденні справи.

4. Реалізації програм раннього втручання в природньому середовищі з використанням повсякденних рутин [22; 44].

Отже, значущість раннього втручання, яке передбачає комплексну допомогу дітям з порушеннями психофізичного розвитку та їхнім родинам є доведеною багатьма дослідженнями сучасних вчених, що підтверджують його вагомий позитивний вплив на розвиток дитини та її соціалізацію.

## **1.2. Особливості розвитку дітей раннього віку з розладами спектру аутизму**

Діти з розладами спектру аутизму (далі – з РСА) стали об'єктом вивчення науковців досить давно, але не зважаючи на наявність значної кількості медичних, психолого-педагогічних та соціальні досліджень, залишається багато нерозв'язаних проблем, які виразно ускладнюють освіту, соціалізацію цієї категорії дітей та їхню інтеграцію в суспільство.

Дослідженням різних аспектів навчання, виховання, розвитку та соціалізації дітей з РСА присвячені праці багатьох науковців минулого та сучасності: О. Аль-Мрят, О. Блейлера, А. Душки, Л. Каннера, С. Коноплястої, І. Недозим, К. Островської, Л. Рибченко, Т. Скрипник, В. Тарасун, Г. Хворової, Д. Шульженко, S. Baron Cohen, J. D. Bass, J. A. Mulick, S. Gutstein та ін.

Окрім наукових досліджень, проблеми клінічних відхилень, соціальних, інтелектуальних та навчальних труднощів дітей з РСА відображені в МКХ-10, МКХ-11 та МКФ-11.

Згідно МКХ-10, розлади спектру аутизму - це стан особливого нейророзвитку, що характеризується труднощами соціальної взаємодії, вербальної та невербальної комунікації та наявністю повторюваної поведінки та обмежених інтересів [20].

Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування (МКФ-11) визначено найбільш типові та поширені обмеження у функціонуванні дітей з РСА:

**1) Соціальні обмеження** як суттєві труднощі у:

- соціальних взаємодіях з людьми (відповідно до соціальних норм);
- підтриманні стосунків з дорослими та однолітками;

- отриманні інформації про людей, предмети та події, використовуючи запитання «чому?», «що?», «де?» і «як?»;

- розумінні прихованих значень повідомлень усного мовлення та повідомлень, переданих жестами, символами, малюнками;

- наслідуванні / імітації, засвоєнні елементарних цілеспрямованих дій (наприклад, привітання у відповідь);

- регулюванні емоцій та імпульсів у взаємодії з іншими.

## **2) Обмеження організаційного плану, які перешкоджають:**

- виконанню простих або складних цілеспрямованих дій з планування, керування і реалізації щоденних потреб або обов'язків;

- повноцінній та цілеспрямованій підготовці часу і простору, організації та виконанню завдань як окремо, так і в групі однолітків;

- координації дій у відповідь на нові ситуації, появу нових людей тощо.

## **3) Обмеження в освітній діяльності, які обумовлюють труднощі у:**

- виконанні видів діяльності, по'язаних з навчанням, взаємодією з однолітками й вчителями, виконанні обов'язків і вимог, що висуваються до учня (відповідно до його соціального статусу);

- підтриманні довірливої уваги на окремих діях або завданнях протягом певного періоду часу;

- виконанні дій, спрямованих на розуміння та інтерпретацію письмового матеріалу з метою отримання загальних знань або спеціальної інформації;

- ідентифікації та аналізу проблеми, способів вирішення, оцінюючи їх ефективність і використовуючи прийняте рішення [20].

Розглянемо основні наукові підходи щодо психолого-педагогічних особливостей дітей з РСА.

У сучасній медичній та психолого-педагогічній літературі аутизм визначають як загальний розлад розвитку, який виявляється в ранньому дитинстві та триває протягом усього життя [20; 25; 28; 40].

Для розуміння сутності аутизму сучасні науковці (К. Островська, Л. Рибченко, Т. Скрипник та ін.) здебільшого керуються медичним підходом, який описано Американською асоціацією психіатрів (2013) та Національним інститутом здоров'я і якості медичної допомоги Великобританії (NICE). Відповідно до них розлади спектру аутизму визначають як наявність двох клінічних ознак:

- стійкий дефіцит соціальної комунікації та соціальної взаємодії у багатьох ситуаціях в теперішній час або в минулому;
- обмежені, повторювані зразки поведінки, інтереси чи діяльність в теперішній час або в минулому [20; 32; 40].

Кожна з цих ознак містить конкретизовану характеристику.

***Стійкий дефіцит соціальної комунікації та соціальної взаємодії у багатьох ситуаціях в теперішній час або в минулому*** характеризується дефіцитом соціально-емоційної взаємодії, дефіцитом невербальної комунікації та недорозвитком (а іноді – повною відсутністю) вміння розвивати, підтримувати та розуміти стосунки (труднощі у регулюванні власної поведінки в різних соціальних ситуаціях, спільних іграх з однолітками, відсутність інтересу до однолітків та ін.) [20].

***Обмежені, повторювані зразки поведінки, інтереси чи діяльність в теперішній час або в минулому*** характеризується:

1) наявністю стереотипних або повторюваних моторних рухів, стереотипністю мислення, стереотипністю використання речей, іграшок чи мовлення, негнучкістю у дотриманні правил чи певного режиму, наявністю ритуалів (стосується як вербальної, так і невербальної поведінки), негативними емоційними реакціями, афективними станами у відповідь на будь-які зміни зовнішніх умов чи обставин;

2) обмеженістю інтересів, «гіперфіксацією» на обставинах, людях чи предметах навколишньої дійсності;

3) сенсорною гіпер- або гіпочутливістю, незвичайними інтересами до сенсорних особливостей навколишнього середовища (гіперчутливість до шумів та різких звуків; негативна реакція на конкретні текстури, смаки чи запахи, надмірне обнюхування чи обмацування об'єктів, байдужість до болю, чужих емоцій тощо) [20; 40].

На даний час у науковій літературі є декілька підходів до класифікації розладів спектру аутизму. Зокрема В. Тарасун, Г. Хворова та ін., на основі етіопатогенетичного підходу К. Лебединської виділяють такі види аутизму:

1) дитячий аутизм при різних захворюваннях ЦНС (органічний аутизм) виявляється в психічній інертності дитини, її руховій недостатності, виразних порушеннях уваги й пам'яті; при цьому виді аутизму присутня виразна патоневрологічна симптоматика, зокрема зміни по органічному типу ЕЕГ, епізодичні судоми, затримка мовленнєвого та інтелектуального розвитку.

2) психогенний аутизм, що виникає переважно у дітей до 3-4 років, які виховуються в умовах емоційної депривації (наприклад, при довготривалій відсутності матері, неправильному сімейному вихованні, в закладах інтернатного типу тощо). Характеризується порушенням контакту з оточуючими, емоційною інфантильністю, пасивністю, відсутністю диференційованих емоцій, затримкою розвитку мовлення і психомоторики.

3) аутизм шизофренічної етіології характеризується більш виразною відгородженістю від зовнішнього світу і слабкістю контактів з оточуючими. У дітей спостерігається виразна дисоціація психічних процесів, занурення у власний світ внутрішніх хворобливих переживань і патологічних фантазій. У зв'язку із цим їхня поведінка досить часто є амбівалентною.

4) Аутизм при захворюваннях обміну речовин.

5) Аутизм при хромосомній патології [47; 48; 51].

За класифікацією В. Лебединського, О. Нікольської виділяють 4 ступеня виразності РСА, оскільки, на думку вчених, для розладів спектру аутизму характерна широка клінічна картина та різний ступінь виразності порушень.

Перший ступінь (найважчий) характеризується наявністю у клінічній картині польової поведінки, повною відсутністю емоційного контакту навіть з батьками, відсутністю або повною відмовою від мовлення як засобу спілкування. Діти уникають впливу сенсорних подразників, має місце схильність до емоційного перенасичення [14].

Для другого ступеня притаманне виразне прагнення дитини до збереження стабільності в навколишньому середовищі (вона контактує лише з батьками, не сприймає щонайменших змін у звичному способі життя). Важливою умовою відчуття стабільності й захищеності є постійне перебування з матір'ю, з якою наявний сильний симбіотичний зв'язок. Для стимуляції органів відчуття такі діти вдаються до стереотипних рухів – перегортання сторінок книжки, перекладання предметів, розгойдування, стрибки тощо. Спілкуються вони, використовуючи однотипні мовленнєві штампи, часто у безособовій формі, за допомогою яких повідомляють про свої потреби (наприклад: «треба спати», «треба їсти», «гратися» та ін.). Розуміння зверненого мовлення є ситуативним і залежить від актуального стану дитини, її настрою, оточуючих обставин та співрозмовника. Діти з другим ступенем РСА можуть виконувати нескладні прохання матері [14].

Для третього ступеня притаманна надмірна фіксація дитини на власних стійких інтересах, що виявляється в наявності стереотипних незмінних форм поведінки та ритуалів (такі діти можуть роками гратися в одну й ту саму гру, протягом тривалого часу хочуть носити один і той самий одяг, малюють однакові малюнки та ін.). На прагнення дорослих хоч якось урізноманітнити їхню діяльність чи залучити до інших занять, діти негативно та бурхливо реагують, влаштовують істерики чи впадають в стан афекту. Для дітей з РСА третього ступеня прояву зазвичай притаманний достатній або високий рівень сформованості активного мовлення, вони мають великий словниковий запас,

користуються складними граматичними та синтаксичними конструкціями. Проте, спілкуючись, вони не орієнтуються на співрозмовника, не реагують на його запитання і повідомлення. Поведінка цих дітей негнучка, стереотипна, вони болісно реагують на будь-які зміни планів чи обставин. У більшості дітей цієї групи спостерігається високий рівень розвитку інтелекту, причому можливість здійснювати мисленнєві операції є для них джерелом аутостимуляції: вони отримують задоволення від здійснення математичних обчислень, відтворення певних логічних схем, виконання різноманітних видів розумової діяльності. Не зважаючи на досить високий рівень інтелектуального розвитку, для дітей з третім ступенем РСА часто є притаманними порушення моторної сфери, рухова незграбність, побутова непристосованість, труднощі у формуванні соціально-побутових навичок. Соціальний розвиток таких дітей відбувається зі значними труднощами, їм складно встановлювати нові контакти, вони є соціально наївними, не відчують підтексту ситуації, не розуміють прихованого змісту висловлювання [14; 20].

Четвертий ступінь є найлегшим за клінічною картиною, при ньому вже не спостерігається домінування рухових та вербальних стереотипів; на перший план виходять проблеми соціальної комунікації та взаємодії з людьми. Для дітей цієї групи притаманна підвищена вразливість, загальмованість в контактах, несформованість навичок комунікації, виразні труднощі у взаємодії з людьми. На відміну від трьох попередніх ступенів, діти з четвертим ступенем виразності РСА можуть нетривалий час утримувати зоровий контакт зі співрозмовником. Для цих дітей важливим є збереження сталості та стабільності звичного середовища і вони роблять це за рахунок засвоєння загальноприйнятих штампів поведінки чи формування моделей правильної поведінки для конкретної ситуації, намагаються бути хорошими, виконувати вимоги батьків та педагогів. Для них притаманний високий інтелектуальний та мовленнєвий потенціал, але разом з тим вони відчують труднощі у формуванні рухових та соціально-побутових навичок, у практичному застосуванні знань, у накопиченні та використанні життєвого досвіду

взаємодії з іншими людьми. Діти четвертої групи можуть виявляти здібності у конструюванні, музиці та інших невербальних видах творчості [14; 20].

Як зазначають С. Конопляста, В. Косинкіна, для дітей з РСА притаманні специфічні особливості інтелектуального розвитку:

- відставання – виявляється в інтелектуальній пасивності, відсутності або виразній затримці розвитку мовлення, труднощах зосередження на певному об'єкті, порушенні цілеспрямованої діяльності;
- часткове прискорення – притаманний ранній розвиток мовлення, накопичення знань у окремих галузях, звертання уваги на форму та колір оточуючих предметів, але не на функціональні властивості, незвичайна просторова та слухова пам'ять;
- розпад – йому зазвичай передуює період прискореного інтелектуального і мовленнєвого розвитку, за чим слідує розпад мовлення, пізнавальної діяльності, навичок поведінки який частіше виникає на другому році життя) [3; 8].

Зазначимо, що розлади спектру аутизму найчастіше діагностують на 2-3 році життя дитини, проте прояви РСА можуть спостерігатися й у немовлячому віці. До них, як зазначає М. Буйняк, належать:

- відсутність «комплексу пожвавлення» (бурхливої моторної та психоемоційної реакції на появу матері;
- відсутність зорової фіксації на іграшках, що рухаються, та інших предметах;
- відсутність зорового контакту починаючи з 3 місяця життя й надалі;
- зниження або відсутність пізнавального інтересу до іграшок та до навколишнього середовища загалом, якщо пізнавальний інтерес проявляється, то це супроводжується гіперфіксацією на них;
- відсутність спроб наслідувати звуки, затримка розвитку мовлення (на першому році життя можуть бути відсутніми гуління, лепет, або вони виникають із затримкою; це спричиняє й подальшу затримку мовлення);

- відсутність реакції на своє ім'я;
- поява перших аутостимуляцій та стереотипій, зокрема смикання себе за волосся;
- здригання та переляк від гучних звуків [3; 12].

До проявів РСА, які спостерігаються на першому році життя, у ранньому додаються ще й такі:

- відсутність або затримка у розвитку мовлення;
- специфічні особливості мовлення (ехолалії; багаторазові повторення вголос уривків із рекламних роликів, мультфільмів або книг; дитина говорить про себе в другій або третій особі; в мовленні наявна велика кількість вигаданих слів та фраз);
- будь-які нові обставини, речі, люди викликають у дитини занепокоєння та істерики;
- наявність стереотипних рухів, гіперфіксація на деталях;
- відсутні навички імітації;
- відсутній вказівний жест;
- уникання тактильних контактів, обіймів, навіть з батьками, проте в окремих випадках спостерігається надмірна прихильність до матері;
- відсутнє прагнення до самостійності та автономії на третьому році життя;
- дитина не потребує партнера для гри, грається самостійно;
- труднощі у формуванні побутових та гігієнічних навичок [12].

Отже, психофізичний розвиток дітей раннього віку з РСА характеризується специфічними особливостями, які обумовлюють потребу у ранній психолого-педагогічній допомозі та мають бути враховані в процесі надання послуг раннього втручання та у сімейному вихованні цієї категорії дітей.

### 1.3. Напрями та зміст ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму

З проблеми методів та технологій раннього втручання при розладах спектру аутизму є достатньо напрацювань науковців та практиків, які довели свою ефективність. Найбільше системних досліджень проведено у США, де раннє втручання для дітей з РСА є розвинутим більше, ніж в інших країнах.

Зокрема, американські дослідники Rogers та Vismara, проаналізували наявні станом на 2008 р. дослідження ефективності раннього втручання для дітей з РСА раннього та дошкільного віку. За підсумками свого дослідження вони виділили чотири основні і найбільш ефективні підходи до раннього втручання, а саме:

- модель раннього інтенсивного поведінкового втручання І. Ловаса (EIBI – early intensive behavioral intervention), яка ґрунтується на прикладному аналізі поведінки (ABA – applied behavior analysis);

- терапія стрижневими реакціями (Pivotal Response Treatment – PRT), яка також заснована на АВА-терапії;

- два інші підходи спрямовані на тренування батьків з метою розвитку соціальної комунікації дитини (Aldred, Green, Adams 2004; Drew et al, 2002) [44; 57].

З цього переліку модель раннього інтенсивного поведінкового втручання І. Ловаса (EIBI) вони охарактеризували як достатньо обґрунтовану, три інші – як можливо ефективні.

Мета та зміст моделі раннього інтенсивного поведінкового втручання І. Ловаса (EIBI) для дітей з РСА спрямовані на формування удітей соціально значущих поведінкових навичок в різних життєвих ситуаціях. Ця модель передбачає високу інтенсивність роботи (40 годин на тиждень індивідуальної роботи протягом 2-3 років).

Метою моделі PRT (Pivotal Response Treatment) є навчання дітей стрижневим (базовим, основним) поведінковим реакціям, оволодіння ними має створити підґрунтя для покращення навичок в інших сферах розвитку

завдяки взаємозв'язку складових психіки. Головна концепція цієї моделі полягає у використанні для навчання щоденних ситуацій, які природньо трапляються протягом дня. В цьому полягає її найголовніша відмінність від більш штучного та структурованого формату занять на ранніх етапах ЕІВІ [44; 57].

T. Smith, S. Iadarola узагальнили результати досліджень ефективності методів раннього втручання для дітей із РСА з 2008 р. по 2015 р. та розподілили їх по групам за визначеними ними критеріями. Охарактеризуємо їх детальніше.

Критерій № 1 «Теоретичний принцип», за яким моделі раннього втручання при аутизмі було проаналізовано за теоретичним підґрунтям їх змісту. Згідно цього критерію виділено АВА моделі та розвитково-соціально-прагматичні моделі (DSP – developmental social-progmatic). Зазначані моделі раннього втручання (АВА та DSP) мають як спільні, так і відмінні риси. Спільним є те, що обидві вони враховують рівень розвитку дитини та спрямовані на покращення або подолання дефіциту соціальної взаємодії та комунікації. Крім цього, обидві моделі акцентують на значущості оволодіння дитиною із РСА новими навичками. Відмінності полягають в тому, що АВА спрямований на роботу з як з основними так і з другорядними ознаками РСА, в той час як DSP моделі головним об'єктом впливу визначають ключові симптоми розладів спектру аутизму – соціальну взаємодію та комунікацію. Окрім зазначених відмінностей є ще такі:

- АВА моделі є чітко структурованими за змістом та тривалістю періодів втручання (є поділ на декілька періодів, кожен з яких має свій початок і закінчення), а DSP моделі орієнтовані на тривалий потік соціальних взаємодій між дитиною та фахівцем переважно у процесі спільної гри;

- DSP моделі втручання під час занять використовують підкріплення у вигляді імітації дій дитини, вербалізацій, розширення та моделювання способів взаємодії, а АВА моделі втручання обирають підкріплення на основі інтересів і вподобань дитини [44].

Слід зазначити, що деякі моделі раннього втручання при аутизмі поєднують у собі ознаки АВА та DSP підходів.

Критерій № 2 «Спрямованість втручання», згідно з яким Т. Smith, S. Iadarola виділяють всеохоплюючі підходи раннього втручання (психолого-педагогічний та корекційно-розвитковий вплив спрямовується на всі аспекти порушення та потреби дитини) та сфокусовані (кількість об'єктів корекційно-розвиткового та психолого-педагогічного впливу є обмеженою).

Критерій №3 «Суб'єкт втручання». Відповідно до цього критерію виділяють моделі раннього втручання, в яких:

- психолого-педагогічний та корекційно-розвитковий вплив реалізується одним фахівцем індивідуально з дитиною;
- психолого-педагогічний та корекційно-розвитковий вплив здійснюється через вчителя та однолітків в умовах групи;
- вплив на дитину здійснюють батьки, яких попередньо навчають та інструктують.

Критерій № 4 «Використання засобів комунікації», згідно з яким моделі раннього втручання класифікували за тим, які і скільки альтернативних засобів комунікації застосовується у роботі з дітьми з РСА (картинки та піктограми, жести, прилади для комунікації тощо) [44].

На сьогоднішній день як в Україні, так і за кордоном застосовують різні моделі раннього втручання при аутизмі. На думку Т. Скрипник, І. Сухіної та ін. найбільш дієвою є міждисциплінарна модель раннього втручання, за якої, як зазначають дослідники, найбільш повно реалізується сімейноцентрований підхід [40; 44].

Вчені наголошують, що існує принципова відмінність між міждисциплінарною та мультидисциплінарною моделями раннього втручання. Вони полягають в тому, що в рамках мультидисциплінарної моделі (яка є найбільш поширеною в Україні), фахівці працюють відокремлено та незалежно один від одного щодо оцінки, змісту та процесу надання послуг,

тобто кожен з них застосовує свій досвід і методи роботи і самостійно приймає рішення. Що стосується міждисциплінарної моделі, то вона передбачає такий формат роботи, коли фахівці з різних галузей скоординовано працюють разом, тобто колегіально проводять обстеження дитини, разом приймають рішення щодо планування і реалізації послуг раннього втручання для дитини та її батьків [44].

Т. Скрипник визначає основні організаційні етапи ранньої допомоги для дітей з РСА:

- 1) скринінг дітей;
- 2) реалізація програм ранньої допомоги;
- 3) перехід дитини до закладу дошкільної освіти [44].

Перший етап скринінгу спрямований на виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги (у яких діагностовано РСА або є аутичні прояви, які не підтверджені висновками медиків) та спрямування їх до служби ранньої допомоги.

Другий етап передбачає розробку та реалізацію програм ранньої допомоги. Цьому передують міждисциплінарна оцінка рівня розвитку дитини та, за потреби, проведення диференційної діагностики РСА від інших станів. Роботу з родиною і дитиною за індивідуальною програмою розвитку реалізується також міждисциплінарною командою фахівців з залученням батьків.

Метою третього етапу є перехід дитини до закладу дошкільної освіти. Для того, щоб цей етап відбувся з мінімальними стресами, потрібним є супровід родини в питаннях вибору ЗДО, підготовка команди фахівців обраного ЗДО (передача технологій та стратегій роботи з сім'єю і дитиною, передача всієї документації, яка стосується всього періоду надання послуг раннього втручання), тісна взаємодія фахівців раннього втручання та фахівців ЗДО на період адаптації в ньому дитини з РСА [40; 44].

Отже, узагальнюючи теоретичні відомості, ми можемо стверджувати, що:

1. Діти з РСА потребують надання ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги, що обумовлено їхніми психолого-педагогічними особливостями.

2. Рання психолого-педагогічна допомога для дітей віком до 3 років, які мають підтвердження наявності в них РСА або підозри на їх наявність, має поєднувати поведінковий (АВА, DSP, Early Start Denver Model (ESDM)) та корекційно-розвитковий компоненти.

3. Рання психолого-педагогічна допомога для дітей віком до 3 років, які мають підтвердження наявності в них РСА або підозри на їх наявність, обов'язково передбачає активне залучення всіх членів сім'ї до процесу.

4. Повноцінна реалізація програм раннього втручання має сприяти прогресу в розвитку дитини, покращувати її функціонування в усіх сферах життєдіяльності, створити передумови для подальшого здобуття освіти та соціальної інтеграції.

## РОЗДІЛ 2

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ СТАНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАЛІЗАЦІЇ РАННЬОЇ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИХ ЦЕНТРАХ

#### 2.1. Характеристика методів експериментального дослідження

Здійснені аналіз та узагальнення спеціальної психолого-педагогічної літератури з теми кваліфікаційної роботи дозволили виділити основні напрями раннього втручання для дітей з розладами спектру аутизму. Складовими системи раннього втручання є психолого-педагогічна та корекційно-розвиткова допомога дітям раннього віку з РСА та консультування їхніх батьків з питань розвитку і виховання дітей. Ці напрями роботи в нашій країні реалізуються на базі інклюзивно-ресурсних центрів, що підтверджено Положенням про інклюзивно-ресурсний центр, в якому до переліку завдань ІРЦ належать:

- надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових та інших послуг дітям з особливими освітніми потребами раннього та дошкільного віку, які не відвідують заклади дошкільної освіти;

- консультування батьків, інших законних представників особи з особливими освітніми потребами щодо особливостей її розвитку [21].

З огляду на це базами для проведення нашого констатувального експерименту ми обрали саме інклюзивно-ресурсні центри.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості та стан реалізації психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з розладами спектру аутизму в інклюзивно-ресурсних центрах.

Для реалізації мети дослідження нами було визначено таку послідовність дій:

1. Визначення переліку емпіричних методів дослідження та розробка їх змісту.

2. Реалізація констатувального етапу дослідження на базі інклюзивно-ресурсних центрів.

3. Опрацювання результатів, їхній кількісний та якісний аналіз.

4. Розробка на підставі отриманих результатів методичних рекомендації для фахівців, які працюють з дітьми з розладами спектру аутизму раннього віку.

5. Розробка методичних рекомендації для батьків, які виховують дітей з розладами спектру аутизму раннього віку.

Для проведення констатувального експерименту нами було обрано такі методи:

- анкета для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з розладами спектру аутизму раннього віку;

- опитування батьків дітей раннього віку з розладами спектру аутизму;
- бесіда.

Опишемо використані нами експериментальні методи дослідження.

***Анкета для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з розладами спектру аутизму раннього віку***

Для залучення більшої кількості респондентів анкету було розроблено у Google-формі. Текстовий варіант анкети представлено в додатку А.

Вона містила перелік питань, спрямованих на отримання інформації про стан, особливості та напрями надання ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги дітям з РСА, найбільш поширені труднощі у роботі з дітьми та у співпраці з їхніми батьками,

Опрацювання результатів, їхній кількісний та якісний аналіз відбувався відповідно до таких критеріїв:

- кількість дітей з РСА раннього віку, які отримують психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги в інклюзивно-ресурсному центрі;
- оцінка фахівцями інклюзивно-ресурсних центрів значущості ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги дітям з РСА;
- спеціальність та спеціалізацію фахівців, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям раннього віку з РСА;
- напрямки психолого-педагогічного супроводу та ранньої корекційно-розвиткової роботи з дітьми з РСА, які реалізуються в ІРЦ;
- оцінка ефективності методів ранньої допомоги дітям з РСА;
- труднощі, які виникають у фахівців ІРЦ в процесі психолого-педагогічного супроводу та ранньої корекційно-розвиткової роботи з дітьми з РСА;
- стан співпраці фахівців інклюзивно-ресурсних центрів з батьками дітей з РСА раннього віку;
- зміст та форми роботи з батьками дітей з РСА раннього віку;
- труднощі, які виникають у фахівців ІРЦ в процесі співпраці з батьками;
- стан співпраці фахівців інклюзивно-ресурсних центрів з медичними та соціальними установами з питань ранньої допомоги дітям з РСА та їхнім родинам;
- мотивація фахівців ІРЦ до підвищення своєї кваліфікації з проблеми раннього психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
- пропозиції фахівців ІРЦ щодо покращення реалізації ранньої допомоги дітям з РСА.

Анкетування було анонімним, без зазначення особистої інформації респондентів. Це, на нашу думку, могло підвищити вірогідність результатів дослідження.

*Опитувальник для батьків дітей раннього віку з розладами спектру аутизму*

Так само, як і анкету для фахівців (консультантів) ІРЦ, опитувальник для батьків мав вигляд Google-форми. Текстовий варіант змісту опитувальника представлено в додатку Б.

Опитування батьків було анонімним, добровільним, а з результатами не ознайомлювався ніхто, крім експериментатора.

Зміст питань опитувальника стосувався досвіду та труднощів сімейного виховання дітей з РСА раннього віку, стану співпраці батьків з фахівцями ІРЦ та інших установ (медичних, соціальних, центрів раннього втручання), активності та мотивації батьків до участі у психолого-педагогічній та корекційно-розвитковій роботі з дитиною.

Опрацювання результатів опитувальника ми здійснювали за критеріями, які відповідали змісту питань, а саме:

- вік дітей, які отримують ранню психолого-педагогічну та корекційно-розвиткову допомогу (на момент анкетування та на момент початку ранньої допомоги);
- оцінка батьками труднощів у вихованні дітей з РСА раннього віку;
- мотивація батьків до співпраці з фахівцями ІРЦ в контексті ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги їхнім дітям;
- труднощі, які перешкоджають співпраці батьків з фахівцями ІРЦ в контексті ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги;
- види допомоги, отриманої батьками від фахівців ІРЦ, в процесі ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги їхнім дітям;
- заходи, які проводять фахівці ІРЦ для підвищення компетентності батьків з питань розвитку і виховання дитини;

- ступінь задоволення батьками психолого-педагогічними, корекційно-розвитковими та консультативними послугами інклюзивно-ресурсних центрів;

- пропозиції щодо покращення реалізації ранньої допомоги дітям з РСА.

У пункті 2.2. нашої кваліфікаційної роботи ми опишемо результати проведеного нами констатувального експерименту.

## **2.2. Аналіз результатів експериментального дослідження**

Нами було проведено експериментальне дослідження, спрямоване на вивчення особливостей та стану реалізації психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку з розладами спектру аутизму в інклюзивно-ресурсних центрах.

Для його проведення ми використали такі методи:

- анкету для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з розладами спектру аутизму раннього віку;
- опитувальник для батьків дітей раннього віку з розладами спектру аутизму;
- бесіда.

Експериментальне дослідження проводилося на базі КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Перегінської селищної ради, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Варковицької сільської ради Дубенського району Рівненської області, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Дубенської міської ради Рівненської області, КУ «Інклюзивно-ресурсний центр» Старокостянтинівської міської ради.

У дослідженні взяли участь 20 фахівців (консультантів) інклюзивно-ресурсних центрів та 10 батьків дітей з розладами спектру аутизму раннього віку.

Нижче подано опис результатів констатувального експерименту за кожною з методик.

***Аналіз результатів анкети для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з розладами спектру аутизму раннього віку***

В анкетуванні взяли участь 20 фахівців (консультантів) інклюзивно-ресурсних центрів.

Кількісний та якісний аналіз відповідей респондентів відбувався відповідно до таких критеріїв:

1. Кількість дітей з РСА раннього віку, які отримують психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги в інклюзивно-ресурсному центрі.
2. Оцінка фахівцями інклюзивно-ресурсних центрів значущості ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги дітям з РСА.
3. Спеціальність та спеціалізацію фахівців, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям раннього віку з РСА.
4. Напрямки психолого-педагогічного супроводу та ранньої корекційно-розвиткової роботи з дітьми з РСА, які реалізуються в ІРЦ.
5. Труднощі, які виникають у фахівців ІРЦ в процесі психолого-педагогічного супроводу та ранньої корекційно-розвиткової роботи з дітьми з РСА.
6. Стан співпраці фахівців інклюзивно-ресурсних центрів з батьками дітей з РСА раннього віку.
7. Зміст та форми роботи з батьками дітей з РСА раннього віку.
8. Труднощі, які виникають у фахівців ІРЦ в процесі співпраці з батьками.

9. Стан співпраці фахівців інклюзивно-ресурсних центрів з медичними та соціальними установами з питань ранньої допомоги дітям з РСА та їхнім родинам.

10. Мотивація фахівців ІРЦ до підвищення своєї кваліфікації з проблеми раннього психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

11. Пропозиції фахівців ІРЦ щодо покращення реалізації ранньої допомоги дітям з РСА.

За відповідями досліджуваних було з'ясовано, що станом на травень 2025 р. в інклюзивно-ресурсних центрах отримували психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги 10 дітей з РСА раннього віку.

Всі фахівці (100%) відзначили значущість ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги дітям з РСА для їхнього подальшого розвитку та соціальної адаптації.

Було зазначено, що 60% дітей відвідують корекційно-розвиткові заняття вчителів-дефектологів (олігофренопедагогів), оскільки у них наявні когнітивні порушення; усі діти (100%) працюють з психологами та логопедами. Серед 10 дітей троє потребують активізації мовлення, у решти наявна затримка мовленнєвого розвитку.

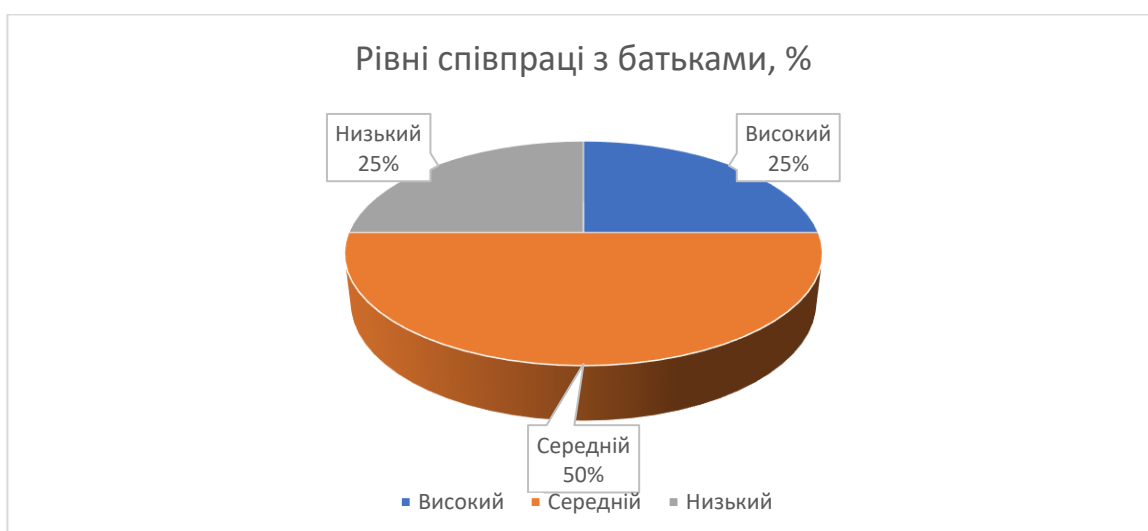
Основними напрямками психолого-педагогічної та ранньої корекційно-розвиткової допомоги дітям з РСА, які реалізуються в умовах ІРЦ, є:

- розвиток навичок імітації;
- активізація та розвиток мовлення;
- розвиток загальної та дрібної моторики;
- формування навичок предметно-практичної діяльності;
- формування базових навичок самообслуговування і поведінки;
- сенсорна інтеграція;
- корекція емоційно-вольової сфери;
- формування навичок взаємодії та комунікації.

Серед труднощів, які виникають у фахівців ІРЦ в процесі психолого-педагогічного супроводу та ранньої корекційно-розвиткової роботи з дітьми з РСА були названі такі:

- труднощі на етапі встановленні контакту з дитиною (100%);
- труднощі у міжособистісній комунікації (100%);
- проблеми у поведінці (неконтрольованість поведінки, недостатність її цілеспрямованості) (70%);
- надмірна сенсорна чутливість дітей з РСА (80%);
- нестійкість уваги, часті відволікання (70%);
- гіперфіксація (30%);
- порушення емоційно-вольової сфери, істерики, афективні стани (80%);
- агресія по відношенню до фахівців (30%);
- перебування дитини у «власному світі» (20%);
- безініціативність дітей у спілкуванні та взаємодії – 30%.

Стан співпраці з батьками дітей з РСА раннього віку в рамках надання психолого-педагогічної чи корекційно-розвиткової допомоги фахівці (консультанти) ІРЦ оцінювали за рівнями (високий, середній, низький, співпраця відсутня). Узагальнені результати представлено на рис. 2.1.



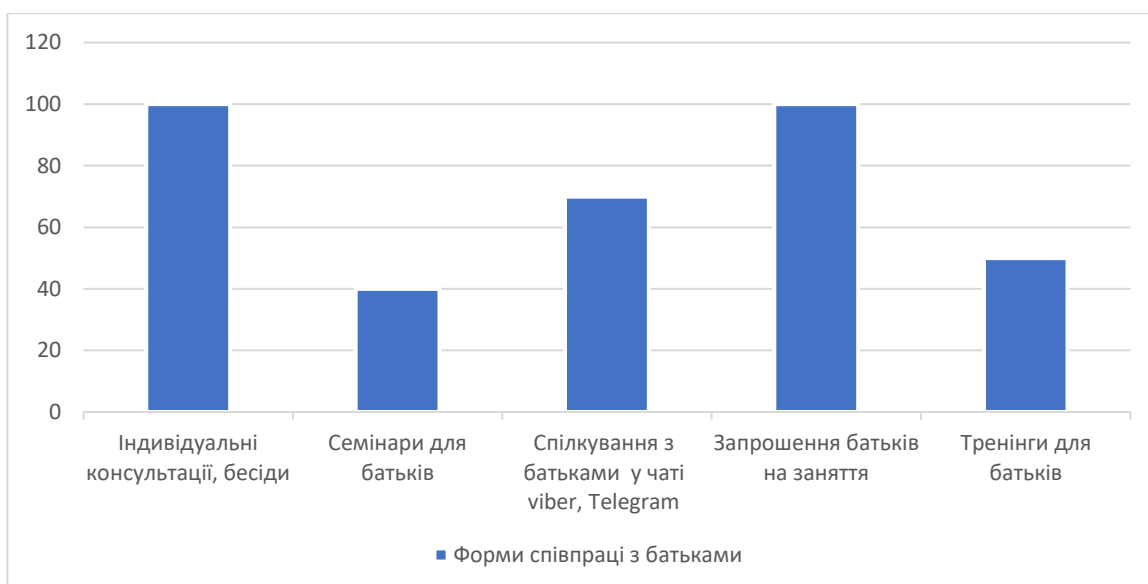
**Рис. 2.1. Стан співпраці фахівців ІРЦ з батьками дітей раннього віку з РСА**

Половина відповідей (50%) свідчить про середній рівень співпраці, 25% - низький рівень співпраці, 25% - високий. З огляду на те, що послуги ранньої допомоги є сімейно-центрованими, то бажаним є більший % відповідей, який свідчить про високий рівень співпраці.

Опитані фахівці (консультанти) ІРЦ надали перелік форм роботи з батьками дітей з РСА раннього віку, які реалізуються ними для покращення співпраці та підвищення ефективності психолого-педагогічного і корекційно-розвиткового впливу на дитину.

Узагальнені результати презентовано на рис. 2.2.

Зауважимо, що фахівці вказували по декілька відповідей.



**Рис. 2.2. Форми співпраці фахівців ІРЦ з батьками дітей з РСА раннього віку**

За результатами можна бачити, що фахівці (консультанти) найбільше використовують такі форми взаємодії з батьками як індивідуальні консультації, бесіди та запрошення батьків на заняття з дитиною.

Що стосується зміст співпраці з батьками, то найчастіше він визначається запитом батьків і стосується особливостей дитини, способів взаємодії з нею вдома, порад щодо реагування батьків на небажану поведінку, істерики, аутистимуляції чи агресію. Рідко причиною звернення батьків є їхні власні психоемоційні стани та переживання.

Крім роботи за запитом з батьками проводяться семінари. Зокрема у відповідях респондентів було відзначено такі теми семінарів для батьків «особливості розвитку дітей з розладами спектру аутизму», «Як навчити дитину з РСА базовим гігієнічним навичкам», «Взаємодія з дитиною з РСА вдома», «Сенсорна інтеграція дітей з РСА».

Було відзначено такі труднощі, які ускладнюють взаємодію фахівців ІРЦ з батьками:

- невиконання або часткове виконання батьками рекомендацій фахівців вдома (70%);
- недостатнє розуміння батьками важливості ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги (45%);
- ігнорування батьками наявності у дитини з розладами спектру аутизму окремих проявів порушення (15%);
- недовіра батьків до фахівців (20%);
- отримання батьками різної інформації з інтернет-джерел чи від знайомих та нав'язування її фахівцям (35%).

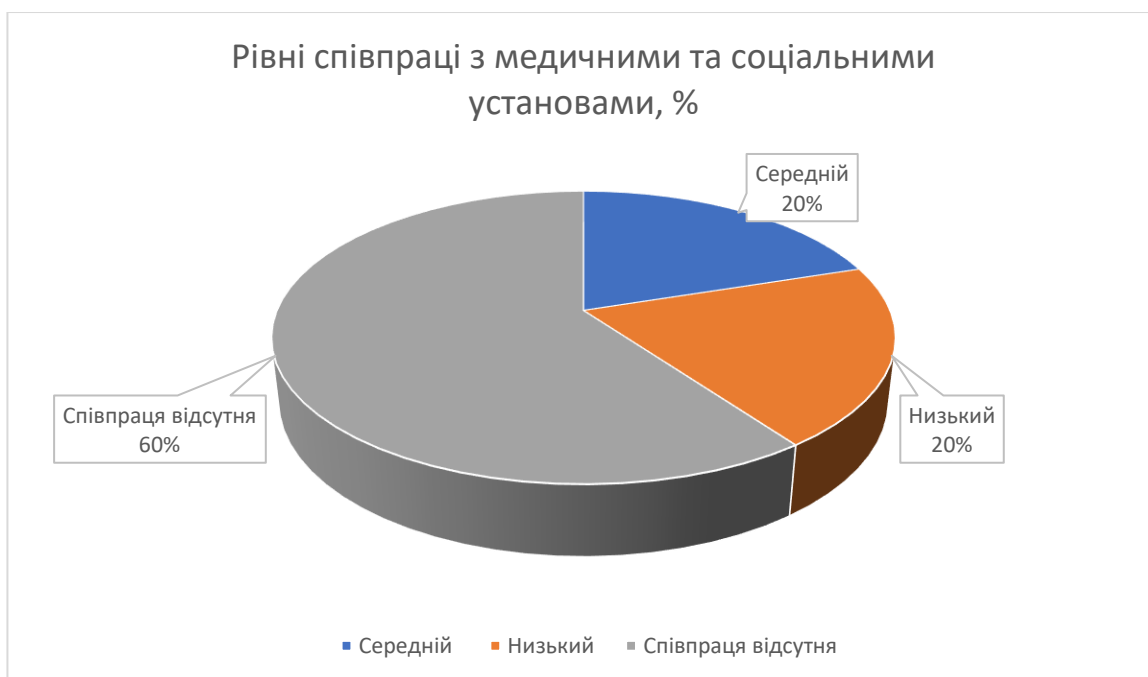
Узагальнені результати зображено на рис. 2.3.



**Рис. 2.3. Труднощі фахівців (консультантів) ІРЦ у співпраці з батьками дітей раннього віку з РСА**

Стан співпраці фахівців інклюзивно-ресурсних центрів з медичними та соціальними установами з питань ранньої допомоги дітям з РСА та їхнім родинам оцінювався за рівнями (високий, середній, низький, співпраця відсутня). Результати засвідчили, що у більшості випадків (60%) співпраця з медичними та соціальними установами з питань ранньої допомоги дітям з РСА та їхнім родинам відсутня. Це свідчить про відсутність міждисциплінарної взаємодії, яка передбачена системою раннього втручання. Високого рівня співпраці не зазначив жоден представник інклюзивно-ресурсного центру, 20% зазначили середній рівень, 20% - низький. Зазначимо, що процес такої співпраці є двостороннім і залежить не тільки від фахівців ІРЦ.

Узагальнені результати представлено на рис. 2.4.



**Рис. 2.4. Стан співпраці фахівців інклюзивно-ресурсних центрів з медичними та соціальними установами з питань ранньої допомоги дітям з РСА та їхнім родинам**

60% фахівців ІРЦ висловили бажання підвищувати свою кваліфікацію з проблеми раннього психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема й з РСА.

Серед пропозицій та побажань фахівців ІРЦ щодо покращення реалізації ранньої допомоги дітям з РСА було відзначено:

- покращення співпраці з дитячими медичними центрами для своєчасного виявлення відхилень у розвитку дітей раннього віку;
- покращення методичного забезпечення для проведення занять;
- покращення співпраці з батьками;
- оплата державним коштом проходження фахівцями ІРЦ, які працюють з дітьми з РСА курсів з АВА-терапії.

### ***Результати опитування батьків дітей раннього віку з розладами спектру аутизму***

В анкетуванні взяли участь 10 батьків дітей з розладами спектру аутизму раннього віку.

Кількісний та якісний аналіз результатів відбувався за визначеними критеріями.

Результати показали, що вік дітей з РСА на момент анкетування становив від 2 р. 4 міс. до 3 р. Що стосується початку надання ранньої допомоги, то на той момент вік дітей становив від 2 р. 2 міс. до 2 р. 9 міс. Такі відомості засвідчили те, що всі батьки зверталися по допомогу до фахівців ІРЦ на третьому році життя дитини, тобто тоді, коли ознаки розладів спектру стають найбільш помітними, адже відомо, що аутизм у дітей навчастіше діагностують після 2 років.

Батьки відзначили, що причинами їх звернення до фахівців ІРЦ були значні труднощі, які вони відчували у виховання дитини та хвилювання за те, що дитина розвивається не так, як потрібно. Наприклад батьки зазначали: «ми бачили, що щось не те, тому вирішили звернутися по допомогу», «поведінка дитини відрізнялася від поведінки нашої старшої дитини, це було дуже помітно», «дитині було вже 2 роки, а вона не розмовляла» (подібних відповідей було 3), «були постійні істерики, дитина не хотіла гратися», «якщо були в людних місцях, могла бути істерика і агресія» та ін.

Усі батьки (100%) зазначили, що відчують труднощі у виховання своїх дітей. Ці труднощі обумовлені психофізичними особливостями малюків.

Більшість батьків зазначили (70%), що мотивовані до співпраці з фахівцями ІРЦ в контексті ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги їхнім дітям, оскільки вже є певні результати; решта (30%) зауважили, що крім занять в ІРЦ відвідують ще додаткові заняття з АВА-терапевтом, логопедом (який додатково працює над активізацією мовлення).

Батьки відзначили такі труднощі, які перешкоджають їхній співпраці фахівцями ІРЦ в контексті ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги:

- брак часу, зайнятість на роботі чи домашніми справами (100%);
- невпевненість у кваліфікованості фахівців (30%).

Сума відповідей на дорівнює 100%, оскільки деякі батьки відзначили не одну відповідь.

Що стосується видів допомоги, отриманої батьками від фахівців ІРЦ, в процесі ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвиткової допомоги їхнім дітям, то всі батьки (100%) відзначили консультації фахівців з різних питань, також було відзначено психологічну підтримку батьків фахівцями (70%).

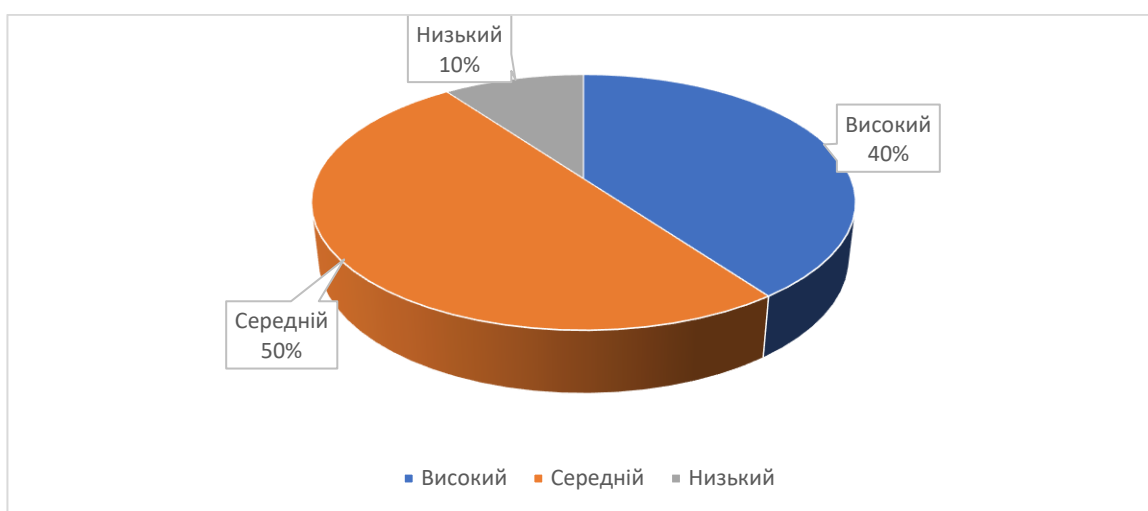
Серед заходів, які проводять фахівці ІРЦ для підвищення компетентності батьків з питань розвитку і виховання дитини були зазначені:

- індивідуальні консультації;
- запрошення на заняття до фахівця (для демонстрації окремих прийомів роботи та взаємодії з дитиною);
- семінари для батьків;
- тренінги.

Позитивним є те, що зазначені батьками заходи співпадають із заходами, які відзначили у своїх відповідях фахівці, що свідчить про високу вірогідність результатів опитування.

Ступінь задоволення батьками психолого-педагогічними, корекційно-розвитковими та консультативними послугами інклюзивно-ресурсних центрів для дітей з РСА раннього віку оцінювався за рівнями (високий, середній, низький). Результати показали, що 40% батьків оцінили його як високий, 50% - як середній, 10% - як низький.

Узагальнені результати відповідей на це питання показано на рис. 2.5.



**Рис. 2.5. Ступінь задоволення батьками послугами інклюзивно-ресурсних центрів для дітей раннього віку з РСА**

Серед пропозицій, наданих батьками щодо покращення реалізації ранньої допомоги дітям з РСА були такі:

- збільшити інформованість суспільства про дітей з РСА з метою подолання стигматизації щодо цієї категорії дітей;
- підвищувати кваліфікацію фахівців, які працюють з дітьми з РСА раннього віку;
- зробити всі послуги раннього втручання в Україні безкоштовними або частково фінансованими;
- отримання батьками психологічної допомоги від фахівців;
- розширити мережу закладів для отримання ранньої допомоги та ін.

### **2.3. Методичні рекомендації для фахівців які працюють з дітьми з розладами спектру аутизму раннього віку, та батьків**

На підставі результатів експериментального дослідження ми розробили методичні рекомендації для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з РСА раннього віку та батьків. При розробці рекомендацій ми орієнтувалися на напрямки роботи, які реалізують фахівці (консультанти) у процесі супроводу цієї категорії дітей, а саме:

- розвиток навичок імітації;
- розвиток загальної та дрібної моторики;
- формування навичок предметно-практичної діяльності;
- активізація та розвиток мовлення;
- формування базових навичок самообслуговування і поведінки;
- сенсорна інтеграція;
- формування навичок взаємодії та комунікації.

Зазначимо, що для більш ефективної роботи з дітьми з РСА раннього віку слід дотримуватися таких принципів:

1. Індивідуальний підхід до кожної дитини.
2. Врахування актуального рівня розвитку дитини, її інтелектуальних, моторних та сенсорних особливостей.
3. Комплексність та системність (вправи мають бути спрямовані на розвиток усіх сфер (моторної, пізнавальної, соціальної), важливою є їх регулярність, поступове ускладнення та чітка структура.
4. Емоційна безпека та передбачуваність.

#### **Методичні рекомендації з розвитку навичок імітації у дітей раннього віку з РСА**

Навички імітації є надзвичайно важливими для різних аспектів розвитку дитини з РСА, зокрема для соціального та моторного, також вони є основою для подальшого формування предметно-практичної діяльності. Тому роботу з

дітьми раннього віку з РСА слід розпочинати саме з них. Для цього варто використовувати такі прийоми:

1) Дуже часто імітувати поведінку дитини, для того, щоб стимулювати її до повторення (імітації). Такі імітації поведінки дитини дорослим дозволяють покращити контакт з дитиною, сфокусувати її увагу та актуалізувати взаємодію.

2) Показувати дитині рухи чи дії, які вона має імітувати слід так, щоб вона чітко і повністю їх бачила.

3) Демонструючи дитині рух чи дію, які вона повинна імітувати, слід використовувати в якості допоміжного засобу їхній вербальний опис. Зважаючи на ранній вік дітей, слід використовувати просту мову (наприклад, м'ячик котиться, зайчик стрибає) чи звукові ефекти (ту-ту, чух-чух-чух, бум-бум та ін.)

4) Якщо дитина не імітує рух чи дію навіть після кількох демонстрацій, потрібно вербально та фізично стимулювати її до цього.

5) Формуючи імітацію певного руху чи дії не слід поспішати та очікувати від дитини швидкої реакції, іноді потрібно дати їй час та можливість імітувати рухи спонтанно.

6) Коли навчаєте дитину імітації рухів з предметами, варто використовувати два однакових предмета, один з яких знаходиться у дитини, другий – в дорослого. Розпочинати потрібно з дій зі знайомими предметами, а далі поступово вводити нові.

7) Важливою складовою роботи з дитиною є позитивне підкріплення. Воно може бути соціальним (похвала) та матеріальним (доступ до цікавих іграшок, з якими дитина хоче гратися). Наявність підкріплення дозволяє закріпити імітаційну поведінку дитини.

### **Методичні рекомендації з розвитку моторної сфери у дітей раннього віку з РСА**

У дітей раннього віку з РСА спостерігаються порушення моторики у вигляді загальної моторної незграбності, порушення координації рухів,

труднощів у виконанні складних рухів, недорозвитку дрібної моторики та ін. У зв'язку з цим для них важливою є фізична активність, її стимулювання.

Розвиток моторної сфери передбачає реалізацію таких основних напрямів:

1. Розвиток загальної моторики та координації рухів. Для цього можна використовувати рухливі ігри з простими правилами, вправи на рівновагу (ходіння по лінії, балансування на дошці, стояння на одній нозі), ігри з м'ячем (кидання, ловіння, катання по поверхні та ін.), вправи на активізацію великої кількості груп м'язів (присідання, лазіння, повзання, прокатування та ін.).

2. Розвиток дрібної моторики. Для реалізації цього напряму можна використовувати найрізноманітніші прийоми і засоби, наприклад: сортування предметів, шнурівки, застібання гудзиків, кнопки, конструктори, пазли, мозаїки, ігри з прищіпками, пінцетами, ложками.

3. Розвиток планування та послідовності рухів передбачає вправи на імітацію рухів дорослого (їх висвітлено вище), вправи на виконання послідовних дій «Збери пірамідку», «Склади серветку», «Зроби гірку з кубиків» та ін., виконання рухів під музику, гру на музичних інструментах (ритмічні вправи з барабанами, маракасами тощо).

4. Сенсомоторні ігри та вправи, які сприяють розвитку дрібної моторики, тактильної чутливості, координації рухів, зміцненню м'язів кисті руки. Такими іграми можуть бути ігри з піском, водою, крупами; малювання (пальцями, пензликами, губками); ліплення (з пластиліну, тіста, кінетичного піску); добре використовувати сенсорні доріжки (ходіння босоніж по різних фактурах (тканина, камінці, м'які кульки)).

### **Методичні рекомендації з формування навичок предметно-практичної діяльності у дітей раннього віку з РСА**

Під час формування навичок предметно-практичної діяльності у дітей раннього віку з РСА важливо дотримуватися принципу індивідуального підходу до дитини, адже кожна дитина є унікальною та має свої специфічні

прояви розладів аутистичного спектру, сенсорні, когнітивні та емоційні особливості.

Значущими у роботі з дітьми з РСА є візуальна підтримка (картки, піктограми, ілюстрації), рутинність та передбачуваність та позитивне підкріплення навіть за мінімального успіху чи досягнення.

Формування предметно-практичної діяльності має відбуватися поетапно:

Етап 1. Ознайомлення з предметом (демонстрація предмета та його функції, ознайомлення дитини з предметом через сенсорні канали (зір, слух, дотик, нюх).

Етап 2. Імітація дитиною дій дорослого з предметом.

Етап 3. Спільна діяльність дитини і дорослого з предметом

Етап 4. Самостійне виконання дитиною предметно-практичної дії.

Важливим елементом роботи з дитиною з РСА є створення умов для її сенсорної адаптації та інтеграції. Потрібно враховувати сенсорну гіпер- або гіпочутливість дитини до різних звуків, запахів, текстур. З метою сенсорної інтеграції варто застосовувати різні сенсорні матеріали під час проведення заняття: тканини з різними текстурами, крупи, квасоллю, пісок, гелеві кульки. Для регуляції емоційного стану дитини доцільним є створення сенсорного куточка.

### **Методичні рекомендації з активізації та розвитку мовлення у дітей раннього віку з РСА**

Оскільки велика кількість дітей з РСА раннього віку є немовленневими або в них спостерігається затримка мовленнєвого розвитку, то розпочинати процес розвитку мовлення слід розпочинати з поетапної роботи над його активізацією.

Етап 1. Розвиток та відпрацювання навичок невербальної комунікації (використання ігор «Покажи, де...», «Вибери предмет», «Знайди такий самий предмет»; використання міміки, жестів, зорового контакту у взаємодії з дитиною).

Етап 2. Стимуляція вимови невербальних та вербальних звуків (можна застосовувати ігри з ономапопеями: «джжжжжж», «му-му», «мяу-мяу», «гав-гав» «біп-біп», та ін.; використовувати звукові іграшки та музичні інструменти).

Етап 3. Розвиток імпресивного мовлення, здатності розуміти і співвідносити слово зі знайомими предметами побуту, іграшками, діями; здатності реагувати на власне ім'я;

Етап 4. Розвиток фонематичних процесів (вчити диференціювати немовленнєві і мовленнєві звуки, наслідувати їх).

Етап 4. Навчання розумінню елементарних інструкцій дорослого «Дай», «Візьми», «Іди», питань «Хто це?», «Де?», «Що?».

Паралельно із попередньо зазначеними етапами відбувається робота над розвитком артикуляційного апарату (дихальні вправи, вправи для губ, язика, щік, ігри з дзеркалом для самоспостереження) та постановкою звуків (якщо в цьому є потреба).

Етап 5. Розвиток словникового запасу (іменників, дієслів, прикметників).

Етап 6. Розвиток зв'язного мовлення, формування фраз та простих речень.

### **Методичні рекомендації з формування базових навичок самообслуговування та поведінки у**

Теоретичним підґрунтям формування поведінкових навичок та навичок самообслуговування у дітей раннього віку з РСА є АВА-терапія, яка використовує позитивне підкріплення для формування у дітей бажаної поведінки та теорія сенсорної інтеграції А. Дж. Айрес, задяки якій враховуються сенсорні особливості дитини. В обох підходах є розроблені конкретні підходи та прийоми з формування зазначених навичок та методика їх реалізації.

До основних навичок самообслуговування, які мають бути сформовані в ранньому віці належать:

1. Гігієнічні навички: миття рук, чищення зубів, користування туалетом.
2. Одягання /знімання одягу
3. Користування ложкою, пиття з чашки.
4. Дотримання режиму сну/неспанья, самостійне засинання.

До базових поведінкових навичок належать:

1. Вміння дитини дотримуватися інструкцій дорослого.
2. Вміння очікувати своєї черги.
3. Встановлення зорового контакту.
4. Виявлення базових емоцій (радість, сум, злість).
5. Саморегуляція (сприймання та використання дитиною альтернатив небажаних поведінці).

Важливим у процесі формування зазначених навичок є:

- поступовість та послідовність;
- використання візуальної підтримки (картинки, піктограми, фото);
- моделювання дорослим ситуації, яка має бути передбачуваною для дитини;
- використання позитивного підкріплення на усіх етапах роботи;
- співпраця фахівців і батьків: єдині вимоги до дитини, взаємоузгодження підходів до роботи з дитиною, виконання батьками рекомендацій фахівців вдома;

Для оцінки ефективності роботи батьки можуть вести щоденники спостережень, де відзначатимуть досягнення чи труднощі дитини, щоб потім обговорити їх з фахівцями. Ведення таких щоденників стосується не тільки формування поведінкових навичок, а й усіх перелічених вище напрямів роботи.

### **Методичні рекомендації з сенсорної інтеграції дітей раннього віку з РСА**

Для всіх дітей з РСА притаманні сенсорні порушення та сенсорна дезінтеграція. Вона може виявлятися у вигляді нечуттєвості до кордонів власного тіла та особистого простору, зниження порогу больової чутливості, зниження чи викривлення тактильної чутливості.

Виокремлюють три види порушеної обробки сенсорних сигналів, у дітей з РСА:

- сенсорний сигнал не «реєструється» мозком так, як потрібно, тому дитина може на щось не звертати уваги, а на інше, навпаки, реагувати занадто бурхливо;

- погана модуляція сенсорних сигналів, особливо вестибулярних та тактильних, що є причиною розвитку гравітаційної невпевненості та гіперчутливості;

- порушене функціонування тієї частини мозку (в лімбічній системі), яка відповідає за спонукання до дії, особливо до нової чи до зміни дії. Це означає, що в мозку є ділянка, яка «вирішує», який сенсорний імпульс реєструвати та запропонувати нашій увазі, а який – проігнорувати. У дітей з РСА ця ділянка мозку функціонує погано і саме тому вони не фіксують багато з того, що помічають інші. Це викликає пригнічення інтересу до діяльності та перешкоджає опануванню новими навичками.

На початкових етапах сенсорної інтеграції потрібно з'ясувати, в яких частинах тіла дитини наявні недостатні чи порушені відчуття, якою є швидкість її сенсорної відповіді на подразник, особливості просторового гнозису.

Напрямки роботи із сенсорної інтеграції дитини з РСА включають:

- роботу з «власним» тілом» (пропріоцептивна стимуляція);
- тактильна стимуляція (ігри з різними текстурами (пісок, крупи, гель, тканини); масаж, обійми, сенсорні тунелі; вправи з м'якими м'ячами, щітками, сенсорними панелями та ін.);

- вестибулярна інтеграція (гойдалки, балансири, батут, вправи на килимках, тунелях, сходах, ігри з обертанням, нахилами, стрибками тощо);

- зорово-моторна координація (спрямована на узгодження вертикалі «рука – око», розвиток дрібної моторики; доцільними є використання вправ на стеження очима за об'єктом, конструювання, пазли, мозаїка, сортування, малювання, аплікації, ігри з прищіпками;

- орально-сенсорна інтеграція (використовується для нормалізації реакцій дитини на їжу, звуки, дихання; можна використовувати вправи з трубочками, вітряками, видування мильних бульбашок, смоктання льодяників з різними смаками та ін.);

- мультисенсорна інтеграція (поєднує одразу декілька сенсорних каналів; доцільними є перебування дитини та заняття з нею в сенсорній кімнаті, ігри з одночасним залученням зору, слуху, дотику, вправи з музичним, світловим та руховим супроводом).

### **Методичні рекомендації з формування навичок взаємодії та комунікації у дітей раннього віку з РСА**

Загальною метою формування навичок взаємодії та комунікації у дітей раннього віку з РСА є розвиток здатність дитини до соціального контакту, вираження потреб, емоцій та участі у спільній діяльності через доступні форми комунікації.

Теоретичною базою є такі моделі супроводу дітей з РСА:

- Поведінковий аналіз (АВА), який передбачає формування соціально прийнятної поведінки через підкріплення.
- Модель DIR/Floortime, яка має на меті розвиток емоційної взаємодії через гру.
- Підхід ТЕАССН, який являє собою структуроване навчання з візуальною підтримкою.
- Альтернативна та додаткова комунікація (ААС), яка передбачає використання жестів, піктограм, комунікаторів у взаємодії з дитиною.

У процесі формування навичок комунікації у дітей раннього віку особливо значущою є роль дорослого, який:

- є активним учасником комунікації та взаємодії;
- повинен створити емоційно безпечне, структуроване та передбачуване середовище для дитини;
- повинен бути послідовним і терплячим.

- має обов'язково співпрацювати з батьками (якщо це фахівці) і фахівцями (якщо йдеться про батьків).

До основних навичок комунікації у дітей з РСА, які мають формуватися в процесі ранньої психолого-педагогічної допомоги, належать:

1. Навички соціальної взаємодії (зоровий контакт, спільна гра, очікування черги).
2. Навички емоційної комунікації, вміння дитини розрізняти та виражати найпростіші емоції (радість, гнів, страх, потреба в допомозі).
3. Навички вербальної та невербальної комунікації (розуміння жестів, міміки; слова, фрази, елементарні прохання).
4. Навички розуміння та застосування альтернативних засобів комунікації (картки, піктограми, комунікативні книги).

При плануванні занять з дітьми з РСА слід враховувати тривалість кожного заняття (мають бути короткими), структуру (чітка структура) та чітко формулювати мету, яка має бути досяжною.

Кращий результат дають ті прийоми чи вправи, які реалізуються в природному для дитини середовищі (під час гри, прийому їжі, прогулянки).

Насамкінець зазначимо, що рання психолого-педагогічна допомога дітям з РСА має бути комплексною та системною, а тому заняття з кожним фахівцем може містити елементи різних напрямів роботи. При цьому ще раз варто наголосити на важливості міждисциплінарної взаємодії.

## ВИСНОВКИ

Отже, в процесі виконання кваліфікаційної роботи магістра ми реалізували всі поставлені завдання і це дає підстави зробити узагальнюючі висновки.

1. В останні роки в нашій країні все більшого поширення набуває система раннього втручання, яке являє собою родинно-орієнтовану комплексну (медичну, психологічну, соціальну) допомогу дітям раннього віку з порушеннями психофізичного розвитку (або ризиком їх виникнення) та їхнім родинам.

2. Діти раннього віку з РСА, через наявність у них специфічних особливостей психофізичного розвитку, особливо потребують ранньої психолого-педагогічної допомоги. Рання психолого-педагогічна допомога дітям віком до 3 років, які мають підтвердження наявності в них РСА або підозри на їх наявність, має поєднувати поведінковий (ABA, DSP, Early Start Denver Model (ESDM)) та корекційно-розвивитковий компоненти; вона обов'язково передбачає активне залучення всіх членів сім'ї до процесу та повинна сприяти прогресу в розвитку дитини, покращувати її функціонування в усіх сферах життєдіяльності, створити передумови для подальшого здобуття нею освіти та соціальної інтеграції.

3. Здійснені аналіз та узагальнення спеціальної психолого-педагогічної літератури з теми кваліфікаційної роботи дозволили виділити основні напрями раннього втручання для дітей з розладами спектру аутизму, а саме психолого-педагогічна та корекційно-розвиткова допомога дітям раннього віку з РСА та консультування їхніх батьків з питань розвитку і виховання дітей. Ці напрями роботи в нашій країні реалізуються переважно на базі інклюзивно-ресурсних центрів, що підтверджено Положенням про інклюзивно-ресурсний центр. З огляду на це базами для проведення нашого констатувального експерименту ми обрали саме інклюзивно-ресурсні центри.

4. Метою нашого експериментального дослідження було вивчити особливості та стан реалізації психолого-педагогічної допомоги дітям

раннього віку з розладами спектру аутизму в інклюзивно-ресурсних центрах. Для цього було використано такі методи: анкету для фахівців ІРЦ; опитувальник для батьків дітей раннього віку з розладами спектру аутизму; бесіду. У дослідженні взяли участь 20 фахівців (консультантів) ІРЦ та 10 батьків дітей раннього віку з РСА.

5. За результатами анкетування фахівців ІРЦ було з'ясовано, що всі фахівці (100%) визнають значущість ранньої психолого-педагогічної та корекційно-розвикової допомоги дітям з РСА. Було визначено, що 60% дітей з РСА раннього віку відвідують корекційно-розвиткові заняття вчителів-дефектологів (олігофренопедагогів), оскільки у них наявні когнітивні порушення; усі діти (100%) працюють з психологами та логопедами. Серед 10 дітей троє потребують активізації мовлення, у решти наявна затримка мовленнєвого розвитку.

За відповідями фахівців основними напрямками психолого-педагогічної та ранньої корекційно-розвиткової допомоги дітям з РСА, які реалізуються в умовах ІРЦ, є: розвиток навичок імітації; активізація та розвиток мовлення; розвиток загальної та дрібної моторики; формування навичок предметно-практичної діяльності; формування базових навичок самообслуговування і поведінки; сенсорна інтеграція; формування навичок взаємодії та комунікації.

Серед труднощів, які виникають у фахівців ІРЦ в процесі роботи з дітьми з РСА раннього віку були названі такі: труднощі на етапі встановленні контакту з дитиною (100%); труднощі у міжособистісній комунікації (100%); проблеми у поведінці дітей (неконтрольованість поведінки, недостатність її цілеспрямованості) (70%); надмірна сенсорна чутливість дітей з РСА (80%); нестійкість уваги, часті відволікання (70%); гіперфіксація (30%); порушення емоційно-вольової сфери, істерики, афективні стани (80%); агресія по відношенню до фахівців (30%); перебування дитини у «власному світі» (20%); безініціативність дітей у спілкуванні та взаємодії – 30%.

Оцінка фахівцями рівня співпраці з батьками була такою: 50% - середній рівень співпраці, 25% - низький, 25% - високий. З огляду на те, що послуги

ранньої допомоги є сімейно-центрованими, то бажаним є більший % відповідей, який свідчить про високий рівень співпраці.

Результати засвідчили, що фахівці ІРЦ найчастіше використовують такі форми взаємодії з батьками як індивідуальні консультації, бесіди та запрошення батьків на заняття з дитиною. Зміст співпраці з батьками найчастіше визначається запитом батьків і стосується особливостей дитини, способів взаємодії з нею вдома, порад щодо реагування батьків на істерики, аутостимуляції чи агресію. Рідко причиною звернення батьків є їхні власні психоемоційні стани та переживання.

Було відзначено такі труднощі, які ускладнюють взаємодію фахівців ІРЦ з батьками: невиконання або часткове виконання батьками рекомендацій фахівців вдома (70%); недостатнє розуміння батьками значущості ранньої допомоги (45%); ігнорування батьками наявності у дитини з РСА окремих проявів порушення (15%); недовіра батьків до фахівців (20%); отримання батьками різної інформації з інтернет-джерел чи від знайомих та нав'язування її фахівцям (35%).

Стан співпраці фахівців ІРЦ з медичними та соціальними установами з питань ранньої допомоги дітям з РСА та їхнім родинам було оцінено так: у більшості випадків (60%) співпраця відсутня; 20% - на середньому рівні, 20% - на низькому, високого рівня співпраці не зазначив жоден представник ІРЦ. Це свідчить про відсутність міждисциплінарної взаємодії, яка передбачена системою раннього втручання.

6. Результати опитування батьків засвідчили, що всі батьки зверталися по допомогу до фахівців ІРЦ на третьому році життя дитини, тобто тоді, коли ознаки розладів спектру стають найбільш помітними. Причинами їх звернення до фахівців ІРЦ були значні труднощі, які вони відчували у виховання дитини та хвилювання за те, що дитина розвивається не так, як потрібно.

Усі батьки (100%) зазначили, що відчують труднощі у виховання своїх дітей. Ці труднощі обумовлені психофізичними особливостями малюків.

Більшість батьків (70%) зазначили, що мотивовані до співпраці з фахівцями ІРЦ, 30% зауважили, що крім занять в ІРЦ відвідують ще додаткові заняття з АВА-терапевтом, логопедом (який додатково працює над активізацією мовлення).

Батьки відзначили такі труднощі, які перешкоджають їхній співпраці фахівцями ІРЦ: брак часу, зайнятість на роботі чи домашніми справами (100%); невпевненість у кваліфікованості фахівців (30%).

Батьки зазначили такі видів допомоги, які отримують від фахівців ІРЦ: консультації фахівців з різних питань (100%), психологічна підтримка фахівців (70%).

Серед заходів, які проводять фахівці ІРЦ для підвищення компетентності батьків з питань розвитку і виховання дитини були зазначені: індивідуальні консультації; запрошення на заняття до фахівця; семінари для батьків та тренінги.

40% батьків оцінили ступінь задоволення психолого-педагогічними, корекційно-розвитковими та консультативними послугами ІРЦ як високий, 50% - як середній, 10% - як низький.

Також і фахівці, і батьки висловили побажання і пропозиції щодо покращення ранньої психолого-педагогічної допомоги дітям з РСА.

На підставі результатів експериментального дослідження ми розробили методичні рекомендації для фахівців ІРЦ, які надають психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги дітям з РСА раннього віку та батьків. При розробці рекомендацій ми орієнтувалися на напрямки роботи, які реалізують фахівці (консультанти) у процесі супроводу цієї категорії дітей.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми. Перспективним напрямом вивчення вважаємо розробку ефективних моделей взаємодії інклюзивно-ресурсних центрів та медичних і соціальних установ в контексті реалізації політики раннього втручання.

