

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет спеціальної освіти, психології та соціальної педагогіки
Кафедра логопедії та спеціальних методик

Кваліфікаційна робота магістра

**з теми: ФОРМУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У
СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ РСА 5-6 РОКІВ**

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи Sol2–M24z
спеціальності 016 Спеціальна освіта.
Логопедія.

Марків Анна Михайлівна

Керівник: Олена ВЕРЖИХОВСЬКА,
кандидат педагогічних наук, професор,
доцент кафедри логопедії та спеціальних
методик

Рецензент: Наталія ГОНЧАРУК,
доктор психологічних наук, доцент, доцент
кафедри загальної та практичної психології

м. Кам'янець-Подільський – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ	7
1.1. Розлади спектра аутизму як психолого-педагогічна проблема	7
1.2. Сутність і класифікація засобів альтернативної та додаткової комунікації	15
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ ІЗ РСА	25
2.1. Методи вивчення стану комунікативної діяльності у старших дошкільників із РСА	25
2.2. Аналіз рівня сформованості елементів альтернативної комунікації у дітей 5–6 років із РСА	36
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ РСА	45
3.1. Принципи, підходи та методи формування альтернативної комунікації у дітей із РСА	45
3.2. Методика формування навичок альтернативної комунікації у старших дошкільників 5–6 років із РСА	51
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62
ДОДАТКИ	68

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах зростає кількість дітей із розладами спектра аутизму (РСА), які мають значні труднощі у сфері соціальної взаємодії, мовленнєвого розвитку та комунікації. Особливо гостро ця проблема проявляється у старшому дошкільному віці – періоді, коли від дитини очікується активна підготовка до навчання у школі та інтеграція в суспільне життя. Для багатьох дітей із РСА традиційні засоби мовленнєвої комунікації є недоступними або недостатньо ефективними. У цьому контексті альтернативна та додаткова комунікація (АДК) стає критично важливим інструментом підтримки їхнього розвитку.

Актуальність теми обумовлена необхідністю підвищення компетентності педагогів і батьків у сфері використання АДК, розроблення ефективних індивідуалізованих програм та створення інклюзивного освітнього середовища, що сприятиме повноцінному розвитку потенціалу дитини з РСА. З огляду на це, вивчення процесу формування альтернативної комунікації у старших дошкільників із РСА є важливим кроком до покращення якості їхнього життя та соціальної адаптації.

Відомо, що альтернативна комунікація у дошкільників із РСА як психолого-педагогічний феномен у літературі було досліджено недостатньо. Водночас, є теоретичні та прикладні розвідки, які окреслюють окремі аспекти цієї проблеми. У посібниках А. Сімко, М. Чайки, Г. Усатенко, О. Кривоногової надано рекомендації щодо застосування альтернативної та додаткової комунікації у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Праці Т. Єжової, Т. Куценко, Г. Усатенко розглядають альтернативну комунікацію як дієвий інструмент соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. І. Марценковський, Я. Бікшаєва, Т. Скрипник, В. Тарасун О. Ткачова пропонують програмно-цільовий підхід до підтримки дітей із РСА. Питання ролі сім'ї у розвитку комунікативних навичок висвітлюються у роботах О. Олексюк, Т. Гладун, Н. Горішної. Значну увагу дослідники приділяють

міждисциплінарному підходу, зокрема роботи О.В. Царькової, О. Столярик, О. Оксенюк підкреслюють важливість психосоціального супроводу родин. Загалом аналіз джерел свідчить про те, що альтернативну комунікацію визнано ключовим фактором у розвитку соціальних компетентностей дошкільників із РСА.

Вивчення передового досвіду педагогічних працівників з обраної проблеми дають підстави стверджувати про її актуальність. Тому для кваліфікаційної роботи було обрано тему **«Формування альтернативної комунікації у старших дошкільників із РСА 5-6 років».**

Мета дослідження: визначити ефективні підходи до формування альтернативної комунікації у старших дошкільників із розладами спектра аутизму (РСА), з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей і потреб.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-теоретичні підходи до проблеми альтернативної комунікації у дітей з РСА.
2. Дослідити використання наявних методів і засобів альтернативної та додаткової комунікації (АДК) в інклюзивному просторі.
3. Розробити і апробувати методику формування альтернативної комунікації у старших дошкільників із РСА.

Об'єкт дослідження: процес розвитку комунікативної діяльності у дітей старшого дошкільного віку з РСА.

Предмет дослідження: засоби, методи та умови формування альтернативної комунікації у старших дошкільників із РСА.

Методологічною і теоретичною базою дослідження є методологічні положення теорії соціального пізнання та формування соціальних знань (Дж. Брунер, Дж. Гілфорд, Ш. Тейлор); визначальні положення теорії взаємозв'язку освітніх процесів і розвитку (І. Бех, С. Максименко, Н. Менчинська, О. Прохоренко, Т. Скрипник); принципи системного підходу для цілісного аналізу процесу формування альтернативної комунікації в контексті психолого-педагогічної підтримки дитини (С. Кульбіда, А. Сімко);

особистісно зорієнтований підхід, який враховує індивідуальні особливості розвитку, потреб і потенціалу дітей із РСА (); комунікативний підхід як основа розуміння мови і мовлення як інструментів соціальної взаємодії (О. Вовченко, Н. Гончарук, В. Кобильченко, І. Омельченко, Я. Утьосов); інклюзивний підхід як забезпечення умов рівного доступу до освіти і комунікації для дітей з особливими освітніми потребами (О. Гаврилов, Н. Гаврилова, С. Миронова).

Ці підходи і наукові джерела забезпечують глибоке розуміння досліджуваної проблеми та створюють наукове підґрунтя для розроблення ефективних методів наукового дослідження.

У процесі написання кваліфікаційної роботи були використані такі методи дослідження:

Теоретичні методи – аналіз, порівняння, узагальнення та систематизація психолого-педагогічних, науково-методичних і філософських джерел (вітчизняних і зарубіжних). Їх застосування дало змогу узагальнити різні наукові підходи до вивчення проблеми, розкрити зміст і суть поняття альтернативної комунікації в контексті теорії і практики спеціального навчання і виховання дітей з РСА;

Емпіричні методи – бесіда, спостереження, тестування, анкетування та аналіз отриманих результатів, які були спрямовані на дослідження рівня сформованості комунікації і виявлення умов, що сприяють удосконаленню її змістових і концептуальних засад.

Наукова новизна дослідження. Матеріали представленої кваліфікаційної роботи доповнюють і розширюють теоретико-емпіричну базу спеціальної психології та корекційної педагогіки, зокрема:

– у дослідженні вперше комплексно обґрунтовано й апробовано систему педагогічних умов формування альтернативної комунікації у дітей старшого дошкільного віку з розладами спектра аутизму;

– визначено ефективні методи і засоби альтернативної та додаткової комунікації (АДК), адаптовані до вікових та індивідуальних особливостей дітей 5–6 років із РСА;

- окреслено критерії та рівні сформованості навичок альтернативної комунікації.

Теоретичне значення дослідження:

- розширено наукові уявлення про можливості розвитку комунікативної діяльності у дітей з аутизмом засобами АДК;
- уточнено психолого-педагогічні підходи до впровадження альтернативної комунікації в освітньо-розвивальне середовище;
- дослідження сприяє подальшому розвитку теорії інклюзивної освіти та спеціальної педагогіки щодо підтримки дітей із порушеннями комунікації.

Практична значущість дослідження:

- розроблено практичні рекомендації для педагогів, логопедів і батьків щодо впровадження системи альтернативної комунікації у взаємодії з дітьми із РСА;
- апробовані експериментальні програми дослідження і розвитку навичок альтернативної комунікації можуть бути використані у закладах дошкільної освіти, інклюзивних класах і спеціалізованих установах;
- результати дослідження сприяють підвищенню якості освіти та адаптації дітей із аутизмом до соціального середовища.

Експериментальна база: емпіричне дослідження проводилось у Львівському центрі розвитку та соціалізації «Старт» Дослідженням було охоплено 42 дитини із розладами спектру аутизму. Для порівняльного аналізу залучали 47 дітей із нормотиповим розвитком.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Окремі положення кваліфікаційного дослідження відображено в 1 (одній) публікації.

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ

1.1. Розлади спектра аутизму як психолого-педагогічна проблема

У сучасному суспільстві спостерігається стабільне зростання кількості дітей із розладами спектра аутизму (РСА), що є серйозним викликом для освітньої, медичної та соціальної сфер. РСА мають складну структуру порушень, що охоплюють емоційно-особистісну сферу, пізнавальну активність, мовленнєвий розвиток і, найголовніше, комунікативну взаємодію. Це зумовлює потребу в комплексному підході до вивчення та підтримки дітей з аутизмом. Психолого-педагогічна проблема РСА полягає не лише в діагностиці та корекції, а й у необхідності створення умов для повноцінного розвитку дитини, враховуючи її індивідуальні особливості та потреби. Особливої уваги потребує розробка освітніх стратегій, методик комунікації, соціалізації, а також підготовка педагогів, здатних ефективно працювати з такими дітьми в інклюзивному середовищі.

Крім того, тема є надзвичайно актуальною в контексті гуманізації освіти та дотримання прав дитини на рівний доступ до якісної освіти. Проблематика РСА активно досліджується як в Україні, так і за кордоном, однак потребує подальшого наукового осмислення і практичного впровадження сучасних методів підтримки. Зважаючи на це, розгляд розладів спектра аутизму як психолого-педагогічної проблеми має важливе значення для вдосконалення системи освіти, психолого-соціального супроводу та інтеграції дітей із РСА у суспільство.

Базовим для дослідження РСА став медичний підхід (Гілберт, Пітерс, 2023; Помогайбо, Березан, Петрушов, 2017; Allik, Larsson, & Smedje, 2006 Chiri, & Warfield, 2012), в якому визначальна роль надається діагностиці

неврологічних та нейропсихіатричних симптомів захворювання. У його контексті РСА трактується як порушення розвитку мозку, яке проявляється в атиповій соціальній поведінці, мовленнєвих труднощах і сенсорній чутливості. Головними представниками цього підходу були Л. Каннер, який вперше описав синдром у 1943 р., та Е. Блеулер, який увів термін «аутизм».

Нейрофізіологічними аспектами РСА є порушення в роботі мозку, дисфункція дзеркальних нейронів і нейромедіаторні порушення (Тарасун, 2013).

Дослідження нейровізуалізації (МРТ, ФМРТ, ЕЕГ) показують аномалії в структурі та функціонуванні мозку, зокрема: надмірне зростання об'єму головного мозку у ранньому віці; зміни в лімбічній системі (гіпокамп, мигдалина) – зони, відповідальні за емоції та соціальну поведінку; порушення зв'язків між лобовими долями (функції контролю та планування) та зорово-просторовими зонами.

Не менш значущим симптомом є дисфункція дзеркальних нейронів. У дітей із РСА спостерігається зниження активності так званих дзеркальних нейронів, які відповідають за імітацію дій, емпатію та розуміння намірів інших – це впливає на соціальні взаємодії та розуміння емоцій.

Ще однією ознакою є нейромедіаторні порушення. У хімічній структурі мозку спостерігаються зміни, зокрема в системах серотоніну, дофаміну, глутамату та ГАМК. Гіперсеротоніемія (підвищений рівень серотоніну в крові) виявлена у значної частини дітей із РСА. Глутаматергична дисфункція пов'язана з надмірною збудливістю мозку, що проявляється в гіперактивності або епілептичних нападах.

Базове підґрунтя для розуміння складності РСА як органічного розладу становлять медичні аспекти РСА, які зокрема, вивчають генетичні чинники, супутні медичні стани, діагностичні критерії, підкреслюють важливість раннього втручання у формування поведінки та особистості дітей з РСА.

Щодо генетичних чинників, то наукові дослідження стверджують, що більше 100 генів пов'язують з РСА, але, разом з тим, не існує одного

визначального. Порушення можуть бути: а) спорадичними, які виникають випадково; б) успадкованими, особливо при поєднанні кількох мутацій. У близнюкових дослідженнях виявлено високу генетичну спадковість РСА – до 90% у монозиготних близнюків (Помогайбо, Березан, Петрушов, 2017).

Аналіз супутніх медичних станів дає змогу стверджувати, що у дітей із РСА часто діагностують: епілепсію (до 30%); шлунково-кишкові порушення; порушення сну; сенсорну гіпер- або гіпочутливість (до звуків, світла, дотику тощо); гіпотонію м'язів і порушення моторики (Sharifi, 2019).

Важливими для розуміння РСА є наявність низки діагностичних критеріїв. Визначення РСА базується на DSM-5 (Американська психіатрична асоціація) або МКХ-11 (ВООЗ), які акцентують на: дефіциті соціальної комунікації; обмежених, повторюваних моделях поведінки; початку симптомів у ранньому дитинстві (ICD 11, 2022).

У межах медичного підходу особливо варто зазначити необхідність раннього втручання при РСА. З медичного погляду, рання діагностика та втручання (до 3 років) суттєво покращують прогноз розвитку дитини. Застосовуються міждисциплінарні програми: АВА-терапія, DIR/Floortime, медикаментозна підтримка (іноді – у випадках вираженої тривоги або агресії) (Lee, Lopata, Volker, 2009).

Описані вище нейрофізіологічні та медичні аспекти формують основу для розуміння складності РСА як розладу з біопсихосоціальною природою.

У контексті наступного підходу, який охарактеризовано у наукових дослідженнях як психологічний, РСА розглядається як результат порушення когнітивного й емоційного розвитку дитини. Представниками цього підходу є С. Барон-Коен, який досліджував теорію розуму у дітей з аутизмом, та Б. Беттельхейм, який вивчав емоційні чинники становлення аутичної поведінки.

Психологічний підхід (Рибченко, 2014; Синьов, & Шульженко, 2017; Химко, 2011; Царькова, 2015; Островська, 2012 та ін.) зосереджений на дослідженні особливостей психічного розвитку дитини з аутизмом, зокрема таких аспектів як соціально-емоційна сфера, комунікація, мовлення,

когнітивна сфера, повторювана та ритуалізована поведінка.

У межах вивчення соціально-емоційної сфери (Дурманенко, 2021; Семигіна, & Столярик, 2019; Столярик, 2020; Сухіна, 2014; Танасієнко, 2018; Яблуновська, 2018) основна увага приділяється нездатності дитини встановлювати міжособистісні контакти. Порушеною є емоційна взаємодія: дитина уникає зорового контакту, не виявляє прив'язаності до батьків або педагогів, не реагує на емоції інших людей.

Вивчення комунікації та мовлення дає змогу стверджувати, що у дітей з РСА часто спостерігається затримка або повна відсутність мовлення, незвичне використання мови (ехолалії, неологізми), відсутнє розуміння невербальних засобів комунікації (жести, міміка, інтонації) (Павленко, 2016).

Дослідження когнітивної сфери у дошкільників із РСА демонструє характерне нерівномірне психічне дозрівання: можуть бути розвинені окремі функції (наприклад, пам'ять, увага), але також може значно відставати розвиток мислення або уяви. У контексті когнітивних порушень з'ясовано, що діти не здатні уявити собі думки, емоції чи наміри інших людей (Шульженко, 2018).

Як показують наукові розвідки частим психологічним симптомом є повторювана та ритуалізована поведінка. У дошкільників часто зустрічаються стереотипії (махання руками, обертання предметів), жорстка прихильність до рутини, опір змінам (Скрипник 2010).

Класифікація, заснована на психологічних особливостях розвитку дитини з аутизмом, часто подається в контексті типології за рівнем тяжкості порушень, комунікативних можливостей та соціальної адаптації (Поліщук, Лещук, 2020).

Класифікація за рівнем психічного розвитку (за К.С. Лебединською, Г.І. Мнухіним): 1) глибокі розлади: дитина емоційно закрита, не сприймає контакт, мовлення відсутнє або значно обмежене; 2) вибірккові контакти: емоційна «холодність», контакт із близькими є, але обмежений, мовлення розвинене слабо; 3) поверхнева прив'язаність, спілкування формальне, дитина

має мовлення, але воно часто носить ритуалізований або незв'язний характер;
4) формально збережена поведінка, поверхнево адекватні реакції, але глибоке нерозуміння соціальних норм.

Класифікація за рівнем комунікації представлена у концепції американського DSM-5 підходу: рівень 1 – потребує підтримки: дитина функціонує майже автономно, але має труднощі з соціальною взаємодією; рівень 2 – потребує суттєвої підтримки: помітні дефіцити у вербальній та невербальній комунікації; рівень 3 – потребує значної підтримки: серйозні труднощі у взаємодії, мінімальні соціальні відповіді.

Як бачимо, психологічний підхід дозволяє розглядати аутизм не лише як нейробіологічний розлад, а як глибоке порушення розвитку особистості, що вимагає індивідуального підходу, глибокого розуміння емоційного світу дитини та корекційної підтримки.

У наукових дослідженнях (Dardas, & Ahmad, 2014) РСА аналізується як психолого-педагогічна проблема, що потребує створення спеціальних умов для розвитку дитини. Тому основна увага надається педагогічному підході, який надає увагу соціальній адаптації дітей до навчального середовища, розвитку у них комунікативних умінь і навичок через альтернативні методики ПЕКС, ТЕАССН та ін.

Педагогічний підхід до вивчення та підтримки дітей з РСА (Душка, 2013; Рибак, 2015; Рибченко, 2019) ґрунтується на розумінні їх як осіб з особливими освітніми потребами, які вимагають індивідуалізованого, системного й адаптованого освітнього процесу. Метою є соціалізація, розвиток навичок самостійності та комунікації, а також забезпечення рівного доступу до якісної освіти.

Важливими є знання освітніх характеристик дітей з РСА. Діти з аутизмом зазвичай демонструють: нерівномірний психічний розвиток (сильні сторони в одних сферах і значні труднощі в інших); обмежену здатність до соціальної взаємодії та спілкування у межах освітнього середовища; труднощі в адаптації до звичайного навчального середовища; проблеми з абстрактним

мисленням, гнучкістю мислення, розумінням інструкцій і соціальних сигналів. Це зумовлює потребу в індивідуальних освітніх маршрутах, адаптації навчального контенту та використанні спеціальних методів навчання (Столярик, 2020; Ву, & Duan, 2021).

Основними принципами педагогічного підходу є індивідуалізація навчання – врахування рівня розвитку кожної дитини, її інтересів, темпу засвоєння знань; візуальна підтримка – використання наочних матеріалів, розкладів, карток (методики ТЕАССН, ПЕКС); структурованість середовища – створення чітко організованого простору й режиму дня, що знижує тривожність і покращує орієнтацію; позитивна мотивація – використання підкріплення за допомогою винагород (система жетонів, ігрові стимули); формування соціальних і комунікативних навичок – через спеціально організовану гру, моделювання ситуацій, групові вправи.

Педагогічна діяльність з дітьми з РСА нерозривно пов'язана з корекційною підтримкою. Зокрема, широко застосовується альтернативної та додаткової комунікації (АДК) для розвитку мовлення; використання сенсорної інтеграції для регуляції емоційного стану; залучення до ігрової терапії, арт-терапії, музикотерапії тощо; співпраця з фахівцями (логопедами, психологами, дефектологами). Створення інклюзивного або спеціального освітнього середовища передбачає зменшення сенсорних подразників; чітку організацію простору (зони навчання, відпочинку, гри); підготовку педагогічного колективу до роботи з дітьми з РСА; взаємодію з батьками як партнерами у вихованні та навчанні (Гладун, 2018; Ковальова, Варіна, 2020; Олексюк, 2019; Портницька, Соложенцева, Тичина, 2019; Вакар, 2019).

Педагогічною метою є не тільки академічне навчання, а насамперед: розвиток життєвих навичок, підтримка соціальної адаптації, формування самостійності, розкриття потенціалу дитини у комфортному для неї темпі. Педагогічний підхід розглядає дитину з аутизмом як активного учасника освітнього процесу, що потребує гнучкої підтримки, створення адаптивного середовища й професійної компетентності педагогів. Він формує основу для

успішної інклюзії, виховання толерантності та гуманізму в освіті (Душка, 2013; Pennefather, Hieneman, Raulston, & Caraway, 2018).

У наукових дослідженнях українських та зарубіжних авторів часто поєднуються медичні, психологічні, педагогічні й соціальні чинники, розглядаючи РСА як багатофакторний і багаторівневий розлад. Таке поєднання становить підґрунтя інтегративного підходу до вивчення РСА.

Інтегративний підхід застосовується в системах інклюзивної освіти і мультидисциплінарної підтримки дітей. Він зорієнтований на міжвідомчу взаємодію (психологи, педагоги, логопеди, реабілітологи, батьки).

Інтегративний підхід у вивченні РСА (Тарасун, 2013; Anthony, & Campbell, 2020) передбачає поєднання різних наукових, клінічних, психологічних, педагогічних і соціальних підходів до розуміння природи аутизму, діагностики, підтримки та навчання дітей із цим розладом. Його головна ідея – розгляд дитини не ізольовано через одну «призму», а як цілісну особистість із багатовекторними потребами, особливостями та потенціалом.

Основними позиціями інтегративного підходу є біопсихосоціальна модель РСА, мультидисциплінарна команда фахівців, індивідуалізація освітнього та корекційного процесу, поєднання різних методик і терапій, інклюзія як стратегічна ціль. З позиції біопсихосоціальної моделі РСА аутизм розглядається як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Поєднання медичних знань про мозок, психологічних досліджень про поведінку та педагогічних підходів до навчання створює повну картину розвитку дитини (Sharifi, 2019).

Не менш важливою позицією є опір на роботу мультидисциплінарної команди фахівців. Підтримку дитини з РСА мають надавати командно: педагог, психолог, логопед, дефектолог, лікар-невролог, психіатр, соціальний працівник та, головне, батьки. Співпраця всіх учасників дозволяє сформувати єдиний індивідуальний план розвитку (Скрипник, Бірюкова, & Савченко, 2019).

Наступною позицією є індивідуалізація освітнього та корекційного

процесу. Інтегративний підхід передбачає створення ІОП (індивідуальної освітньої програми) з урахуванням усіх аспектів розвитку дитини: когнітивного, емоційного, комунікативного, поведінкового. Ураховується тип РСА, рівень розвитку, вік, інтереси, ресурси сім'ї (Бондар, 2003).

Важливим те, що у контексті інтегративного підходу частим є поєднання різних методик і терапій. У його межах не відкидається жодна ефективна методика, а навпаки – комбінуються найрезультативніші з них, зокрема: АВА-терапія (прикладний аналіз поведінки), ТЕАССН-програма (структуроване навчання), PECS (система альтернативної комунікації), сенсорна інтеграція, логопедичні методики, ігрова, арт-, музико- й анімалотерапія (Усатенко, 2021).

Інтегративний підхід підтримує інклюзивну освіту не як формальну, а як змістовну: дитина має не просто бути в класі, а брати активну участь у соціальному й навчальному житті. Не лише дитина адаптується до школи, а й школа – до дитини. Комплексність природи РСА не дозволяє вирішити проблему лише медичними чи психологічними засобами – потрібний системний підхід. Інтеграція фахівців дозволяє уникнути дублювання або суперечливих дій щодо дитини. Такий підхід забезпечує цілісну підтримку в розвитку дитини, підвищує її шанси на самостійне, повноцінне життя. Він сприяє єдності в діях між педагогами, родиною та медичними працівниками.

Інтегративний підхід – це оптимальна стратегія для глибокого розуміння, підтримки та соціалізації дітей з РСА. Він дозволяє об'єднати зусилля різних спеціалістів і створити ефективну, гуманну модель допомоги, яка охоплює всі сторони життя дитини: розвиток, навчання, соціальні зв'язки та психологічне благополуччя.

Отже, узагальнена характеристика підходів до вивчення раннього дитячого аутизму (РДА) охоплює такі основні наукові й практичні концепції:

Медичний підхід: основна увага приділяється діагностиці розладу як неврологічного або нейропсихіатричного захворювання. РДА трактується як порушення розвитку мозку, яке проявляється в атиповій соціальній поведінці, мовленнєвих труднощах і сенсорній чутливості.

Психологічний підхід: РСА розглядається як результат порушення когнітивного й емоційного розвитку дитини; здійснюється акцент на труднощах у розвитку емоційного контакту, теорії розуму, порушеннях прив'язаності.

Педагогічний і психолого-педагогічний підхід: РСА аналізується як психолого-педагогічна проблема, що потребує створення спеціальних умов для розвитку дитини. Основна увага на індивідуальному підході, адаптації навчального середовища, розвитку комунікативних навичок через альтернативні методики (ПЕКС, ТЕАССН тощо).

Інтегративний підхід: поєднує медичні, психологічні, педагогічні й соціальні чинники, розглядаючи РДА як багатофакторний і багаторівневий розлад. Такий підхід застосовується в системах інклюзивної освіти і мультидисциплінарної підтримки дітей. Орієнтований на міжвідомчу взаємодію (психологи, педагоги, логопеди, реабілітологи, батьки).

Ці підходи дозволяють комплексно розглядати природу раннього дитячого аутизму та ефективно планувати підтримку дитини з РСА.

1.2. Сутність і класифікація засобів альтернативної та додаткової комунікації

У сучасному освітньому та реабілітаційному просторі зростає кількість дітей із порушеннями мовлення, інтелектуальними особливостями, розладами спектра аутизму (РСА), для яких усна комунікація є частково або повністю недоступною. У цьому контексті альтернативна та додаткова комунікація (АДК) виступає ключовим інструментом забезпечення права дитини на спілкування, самовираження й участь у суспільному житті.

Альтернативна та додаткова комунікація вивчається для забезпечення базової потреби в комунікації. Людина є соціальною особою, і відсутність можливості висловити свої бажання, потреби чи емоції веде до ізоляції,

фрустрації та поведінкових порушень. Вивчення сутності АДК дозволяє глибше зрозуміти її роль у формуванні комунікативної компетентності дитини з особливими потребами. Також це необхідно для гуманізації освітнього процесу. Так проявляється інклюзивний підхід, який забезпечує участь кожної дитини в навчанні, незалежно від її мовленнєвих можливостей. Розуміння сутності АДК дозволяє сформулювати ефективні педагогічні стратегії, адаптувати навчальні програми, вибрати відповідні засоби комунікації, відповідно до когнітивних і моторних можливостей дитини.

Вивчення сутності та класифікації засобів альтернативної та додаткової комунікації є необхідною умовою ефективної роботи з дітьми, які мають порушення мовлення або комунікації. Воно створює основу для науково обґрунтованого впровадження АДК у педагогічну практику, сприяє розвитку інклюзивного середовища та забезпечує реалізацію права кожної дитини на повноцінну участь у спілкуванні та освіті. АДК має велике різноманіття засобів, яке включає жестову мову, піктограми, фотографії, комунікативні книжки, електронні пристрої, планшети з голосовими програмами. Кожний засіб має свої показання та обмеження (Сімко, 2024).

Одним із найбільш відомих засобів АДК є *жестова мова* – візуально-моторна система комунікації, яка використовує жести рук, міміку, пози тіла та погляд як основні засоби передавання інформації. Вона є повноцінним мовленнєвим кодом, який, на відміну від вербального мовлення, не потребує голосу чи слуху, а базується на зоровому сприйнятті (Кульбіда, 2007).

Жестова мова може бути: а) природною (національною) – наприклад, українська жестова мова (УЖМ), яка має власну граматику, словник, структуру; б) штучною/спрощеною – наприклад, жестова підтримка мовлення (МКЖ), коли використовуються окремі жести для позначення основних понять (без повної граматичної системи), як допоміжний засіб у комунікації.

Переваги використання жестової мови: доступність – жести можуть опанувати навіть діти з тяжкими мовленнєвими або інтелектуальними порушеннями; природність для дитини – діти інстинктивно використовують

жести до появи мовлення (у віці до 1 року); підвищення розуміння мови – поєднання слів і жестів стимулює розвиток мовленнєвих зон мозку; зниження поведінкових проблем – дитина отримує інструмент для вираження бажань; підтримка інклюзивної взаємодії – полегшує спілкування з однолітками, педагогами, родиною (Іванюшева, Скурчинський, 2020).

Жестова мова при роботі з дітьми з РСА часто використовується у рамках візуально-структурованих програм (ТЕАССН). Жести вводяться поступово, на основі найнеобхідніших слів: «дати», «їсти», «мама», «ще», «ні» тощо. Рекомендується її поєднувати з вербальним мовленням для формування асоціацій. Жестова мова є перехідним етапом до ПЕКС чи розмовної мови, або використовується постійно, залежно від можливостей дитини (Єжова, 2011).

Зважаючи на вищесказане, можна стверджувати, що жестова мова є ефективним, доступним і природним засобом альтернативної комунікації, який може стати містком до мовленнєвого розвитку, зниження соціальної ізоляції та формування позитивної поведінки. Її грамотне і поетапне впровадження дозволяє значно покращити якість життя дитини з порушеннями мовлення, зокрема з РСА, і сприяє її інтеграції в освітнє середовище.

Наступним засобом альтернативної комунікації, який широко представлений у науково-практичних розвідках є *пиктограми*. Це стилізовані зображення об'єктів, дій або понять, які використовуються як візуальні символи для заміщення або підтримки мовленнєвої комунікації (Сімко, 2024). Пиктограми можуть бути представлені у вигляді чорно-білих або кольорових малюнків, фотографій реальних предметів, карток з підписами або без них, графічних символів (наприклад, системи PCS – Picture Communication Symbols). Функціями пиктограм у комунікації є: а) заміщення усного мовлення – дитина замість слів використовує зображення для висловлення потреб, бажань або емоцій; б) підтримка розуміння – пиктограми допомагають краще сприймати інформацію, інструкції, послідовність подій; в) організація поведінки – створення візуального розкладу, послідовності дій, правил;

г) навчальна функція – підтримка процесу засвоєння нових понять, слів, граматичних конструкцій; д) соціальна адаптація – допомагають дитині брати участь у спільних іграх, навчанні, побутовій діяльності (Куценко, 2013).

Переваги використання піктограм є доступність і простота сприймання, зрозумілі навіть дітям із глибокими інтелектуальними порушеннями; зоровий стиль навчання – діти з РСА часто краще сприймають візуальну інформацію, ніж вербальну; універсальність – можна адаптувати до будь-якої вікової групи й рівня розвитку; стимуляція мовлення – у частини дітей піктограми сприяють запуску активного мовлення; формування передбачуваного середовища – розклади та послідовності зменшують тривожність, страхи, агресію.

Водночас, у застосуванні піктограм як альтернативних засобів комунікації можуть бути недоліки та обмеження. Зокрема, не всі діти розуміють символіку одразу – потребують навчання та поступового введення. Можлива надмірна залежність – за відсутності цілеспрямованої стимуляції мовлення. Потребують зусиль для підготовки матеріалів – створення індивідуальних наборів, ламінування, постійне оновлення. Потреба у залученні оточення – батьки, педагоги, однолітки мають розуміти систему і підтримувати її.

Серед методик, що використовують піктограми, визнано такі:

PECS (Picture Exchange Communication System) – система обміну зображеннями, побудована на основі підкріплення; дитина навчається «просити» і «відповідати» за допомогою піктограм (Самолук, 2025).

TEACCH-програма – передбачає використання візуальних підказок, розкладів, схем дій для організації навчального простору (Скрипник, 2013).

Складання візуальних історій (Social Stories) – піктограми використовуються для пояснення соціальних ситуацій.

Піктограми є ефективним, доступним та універсальним засобом альтернативної комунікації, який дозволяє значно покращити якість спілкування і поведінки дитини, сприяє її соціалізації та пізнавальному розвитку. Вони особливо корисні у роботі з дітьми з РСА, тяжкими

порушеннями мовлення, інтелектуальними труднощами, оскільки допомагають дитині бути почутою та зрозумілою, навіть без слів (Куценко, 2013).

Розгляд питання використання альтернативної комунікації у роботі з дошкільниками із РСА пов'язаний з **використанням фотографій** як засобу комунікативної взаємодії. Фотографії – це реалістичні зображення реальних об'єктів, людей, подій або дій, які використовуються в альтернативній комунікації для: заміщення або доповнення мовлення; полегшення розуміння ситуацій; формування візуальної підтримки у спілкуванні (Бабич, 2013).

Фотографії можуть бути частиною візуальної системи комунікації, яка базується на принципі: «покажи – щоб сказати». Вони особливо ефективні для дітей із порушенням абстрактного мислення, оскільки мають високий рівень конкретизації. Функціями фотографій у комунікації є: а) компенсаторна – фотографії слугують засобом вираження бажань, потреб, запитів (наприклад, показати фото соку, щоб попросити напій); б) організаційна – використовуються для створення візуальних розкладів, послідовностей дій (наприклад, фото «руки миють» – «рушник» – «обід»); в) пояснювальна – допомагають дитині краще зрозуміти інструкції, події, правила поведінки (візуальні соціальні історії); г) навчальна – сприяють розвитку словника, граматичних структур, логіки мислення (Чайка, Усатенко, Кривоногова, 2021).

Методиками та формами роботи з фотографіями є:

PECS (Picture Exchange Communication System) – використання фотографій замість піктограм на початкових етапах, якщо дитині складно сприймати умовні зображення; дитина вчиться обмінювати фотографію на предмет або дію (Самолук, 2025).

Візуальні розклади (розклад дня, послідовність дій) – фото використовуються для пояснення структури дня, формування передбачуваності (напр., «сніданок» → «прогулянка» → «сон»).

Соціальні історії та сценарії – серія фотографій ілюструє соціальну ситуацію: «як поводитись у магазині», «як грати з другом», «як чекати чергу».

Фотоальбоми потреб – індивідуальні збірки фотографій, які дитина використовує для вираження бажань: «їсти», «гуляти», «мама», «телевізор» тощо.

Практичне застосування поширюється на дошкільні заклади (адаптація інструкцій, щоденний розклад, пояснення нових понять); інклюзивна освіта (підтримка дітей з РСА, затримкою мовлення, синдромом Дауна); роботу з батьками (створення спільних фотоальбомів, які дитина може використовувати вдома); реабілітаційні центри (як частина індивідуальної програми розвитку) (Сімко, 2024).

Як бачимо, фотографії є потужним засобом альтернативної комунікації, який забезпечує зорову підтримку для дітей з особливими освітніми потребами. Вони роблять абстрактне – конкретним, незрозуміле – доступним, а мовчання – замінюють діалогом через образ. Відтак, фотографії активно сприяють розвитку самостійності, поведінкової організації та мовленнєвої мотивації (Чайка, Усатенко, Кривоногова, 2021).

У межах роботи із дошкільниками з розладами спектру аутизму та у якості засобу альтернативної комунікації можуть застосовуватись **комунікативні книги**. Комунікативна книга – це індивідуально сформований набір візуальних символів, піктограм, фотографій, написів або жестових зображень, які організовані у форматі книжки, папки чи альбому. Вона служить засобом вираження думок, бажань, потреб та емоцій для осіб, які не можуть використовувати усне мовлення повноцінно або зовсім не володіють ним. Такі книги широко застосовуються в системі АДК як стабільне, мобільне і гнучке рішення для постійної комунікації вдома, у школі, дитячому садку або соціальних ситуаціях (Чайка, Усатенко, Кривоногова, 2021).

Структура комунікативної книги складається з розділів, кожний з яких включає певні категорії: а) потреби/емоції: «хочу», «мені боляче», «я втомився»; б) предмети: їжа, іграшки, одяг, меблі; в) дії: «йти», «пити», «спати», «читати»; г) місця: «дім», «школа», «вулиця»; д) люди: члени родини, вихователі, друзі; е) час і події: розклад дня, дні тижня, свята. Дитина показує

на відповідне зображення або поєднує їх у послідовність – створюючи речення або фразу (наприклад: «Я хочу пити сік»).

Комунікативні книги – це альтернатива усному мовленню. Вони створені для дітей, які не розмовляють або мають труднощі у формулюванні фраз. Їхні завдання у контексті альтернативної комунікації – це розвиток граматичних структур – вони допомагають формувати речення, розширювати словниковий запас; організація поведінки та режиму дня за допомогою візуального планування; розвиток соціальної взаємодії як можливість налагоджувати комунікацію з дорослими й однолітками. Перевагами використання комунікативних книг є індивідуалізація – зміст книги підбирається відповідно до потреб, інтересів та рівня розвитку дитини; гнучкість – можна доповнювати новими сторінками, категоріями, зображеннями; мобільність – зручно використовувати у будь-якому середовищі: вдома, у школі, під час подорожі; стимулювання мовлення – у частини дітей книга стає «містком» до активного вербального мовлення; візуальна стабільність – допомагає дітям з РСА, які потребують чіткого структурування та передбачуваності) (Сімко, 2024).

Принципами створення ефективної комунікативної книги є орієнтація на потреби дитини – включати ті символи, що відповідають її повсякденним ситуаціям; простота і зрозумілість – однозначні, яскраві зображення або фото з підписами; поступове введення – починати з базових категорій і розширювати в процесі навчання; інтеграція в усі сфери життя – використовувати книгу у спілкуванні, навчанні, грі, побуті; навчання оточення – педагогів, батьків, однолітків користуванню книгою.

Застосування комунікативних книг у роботі з дітьми з РСА відрізняється своїми особливостями. У дітей з аутизмом часто збережене зорове мислення, тому комунікативні книги стають зрозумілими та ефективними інструментами. Вони знижують рівень тривожності, фрустрації, покращують поведінку, бо дитина може висловити те, що не може сказати. Часто застосовується в поєднанні з методиками PECS, TEACCH, та елементами

АВА-терапії (Самолук, 2025; Скрипник, 2013).

У роботі з дошкільниками з РСА у якості засобу альтернативної комунікації застосовуються *електронні пристрої*. Це технічні засоби, які використовуються для заміщення або підтримки вербального мовлення у людей із порушеннями мовлення, комунікації чи моторики. Ними можуть бути: спеціалізовані пристрої (мовні генератори, комунікатори); планшети, смартфони або ноутбуки з встановленим АДК-програмним забезпеченням (наприклад, GoTalk NOW, Proloquo2Go, SymboTalk, Jabbla, Grid 3 тощо). Ці пристрої перетворюють вибрані користувачем зображення, символи або текст у синтезовану мову, допомагаючи дитині висловлювати свої думки, потреби, емоції та відповіді (Іванюшева, Скурчинський, 2020).

Типами електронних пристроїв у системі АДК є: а) спеціалізовані комунікатори, які мають кнопки зі змінними піктограмами або екрани, відтворюють попередньо запрограмовані фрази або окремі слова (наприклад: bigmack, gotalk, logan proxtalker); б) планшети/смартфони з АДК-додатками – найпоширеніший варіант у сучасній практиці; це інтуїтивно зрозумілі інтерфейси, можливість кастомізації (додавання фото, голосів, нових розділів), які дозволяють створювати речення з піктограм, тексту або голосових записів; в) комп'ютери з програмами для комунікації – часто використовуються для старших дітей, вони поєднують комунікаційні та навчальні функції (Чайка, Усатенко, Кривоногова, 2021).

Функціями електронних засобів АДК є комунікативна – надають дитині голос там, де вербальне мовлення відсутнє або обмежене; когнітивна – сприяють розвитку мислення, розширенню словника, формуванню фраз; навчальна – інтеграція в освітній процес, підтримка самостійного навчання; соціальна – допомагають встановлювати контакт із дорослими й однолітками; емоційна – дозволяють висловити почуття, знизити фрустрацію, агресію. Перевагами електронних пристроїв у АДК є мобільність і зручність – сучасні пристрої можна використовувати вдома, у школі, на вулиці; гнучке налаштування під індивідуальні потреби – адаптація до рівня розвитку,

інтересів, мовленнєвих можливостей; мотиваційний фактор – електронні пристрої часто викликають інтерес у дітей, особливо з РСА; швидке оновлення і розширення словника – можливість додавати нові фрази, категорії, фото; стимулювання активного мовлення – у багатьох випадках сприяють мовленнєвому прориву (Іванюшева, Скурчинський, 2020).

Застосування електронних пристроїв в роботі з дітьми з РСА має певні особливості. Діти з РСА часто мають розвинене візуальне мислення, тому електронні АДК-системи, які поєднують зображення, звук і сенсорну взаємодію, є особливо ефективними. Платформи з візуальним інтерфейсом допомагають формувати речення на основі піктограм, які дитина вибирає. Часто використовуються у поєднанні з іншими методиками: PECS, TEACCH, АВА (Скрипник, 2013).

Електронні пристрої як засоби АДК – це інноваційний і потужний інструмент, що дає змогу дитині з мовленнєвими порушеннями спілкуватися, вчитися і взаємодіяти з навколишнім світом. Вони розширюють можливості дитини, підтримують її незалежність і значно підвищують якість життя. Грамотне впровадження таких технологій у навчання та побут дозволяє подолати бар'єри мовчання і соціальної ізоляції.

Одним із альтернативних засобів комунікації є електронні пристрої, які замінюють або доповнюють усне мовлення. Планшети з голосовими додатками (наприклад, Proloquo2Go, LAMP Words for Life, TouchChat) забезпечують дитину з РСА можливістю виражати свої думки, бажання та емоції через візуальні символи, текст або натискання кнопок, які озвучуються пристроєм.

Практичні аспекти їхнього використання полягають у розвитку комунікативних навичок, зменшенні фрустрації, підтримці розвитку мовлення, індивідуалізації навчання, інтеграція в навчальний процес. Одним із найважливіших аспектів застосування планшетів з голосовими додатками як альтернативних засобів комунікації є розвиток комунікативних навичок. Діти вчать, що комунікація приносить результат: натискаючи на символ «хочу

воду», дитина отримує воду. Формується зв'язок між діями та наслідками, що критично важливо для дітей з РСА (Сімко, 2024).

Використання планшетів з голосовими додатками зменшує у дітей з РСА фрустрацію. Неможливість висловитись часто призводить до афектів, агресії або ізоляції. Планшет допомагає уникати цього, забезпечуючи доступний спосіб висловитись. Вони також підтримують розвиток мовлення. Хоча планшет може замінювати мовлення, він також сприяє його появі: діти починають імітувати озвучені слова, що стимулює вокалізацію. Важливою перевагою використання цих засобів є індивідуалізація підходу до кожного дошкільника з РСА. Програми адаптуються під рівень розвитку дитини: вибір кількості іконок, складність висловлювань, візуальні підказки. Планшет інтегрується у навчальний процес: він може використовуватись у групі для відповіді на запитання, участі в групових завданнях або пояснення потреб (наприклад, перерви, болю, незручностей) (Іванюшева, Скурчинський, 2020).

Отже, альтернативні засоби комунікації (ААС) поділяються на нескладні (неелектронні) – наприклад, жести, картинки, картки PECS – та високотехнологічні (електронні), зокрема планшети з голосовими програмами. Обидві категорії відіграють важливу роль у підтримці комунікативних навичок у дошкільників з розладом спектра аутизму. Кожний тип має свої переваги: прості засоби є доступними та легкими у впровадженні, тоді як технологічні системи забезпечують гнучкість, озвучення та індивідуалізацію.

У роботі з дошкільниками з РСА альтернативні засоби комунікації сприяють розвитку мовлення, зменшенню фрустрації, покращенню поведінки та участі в навчанні. Вибір конкретного засобу залежить від рівня розвитку дитини, її потреб та контексту взаємодії. Головним залишається систематичне використання обраного ААС у поєднанні з терапевтичними та педагогічними підходами, за активної участі батьків і спеціалістів. Вивчення альтернативних засобів комунікації дає змогу педагогам, логопедам, психологам професійно та обґрунтовано впроваджувати АДК у корекційно-розвивальний процес.

РОЗДІЛ 2.

МЕТОДИКА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ ІЗ РСА

2.1. Методи вивчення стану комунікативної діяльності у старших дошкільників із РСА

Комунікативні труднощі є центральною ознакою РСА. Зважаючи на це, розроблена нами програма дослідження дає змогу виявити специфіку комунікативних труднощів (вербальних і невербальних); охарактеризувати сильні сторони, на які можна спиратись у корекційній роботі. Водночас, діти з РСА мають дуже різний рівень розвитку комунікативних здібностей. Наявні методи дослідження дозволяють адаптувати інструменти дослідження до потреб конкретної дитини, враховувати рівень розвитку мовлення, когнітивних здібностей, сенсорних особливостей.

Розроблена нами програма дослідження забезпечує фіксацію вихідного рівня комунікативного розвитку, можливість моніторингу змін унаслідок корекційно-розвивальної роботи, формування індивідуальної траєкторії розвитку дитини. Вона забезпечує доказову базу для педагогічних рішень, дозволяє здійснювати наукове дослідження комунікативного розвитку дітей з РСА, сприяє підвищенню ефективності освітньої і корекційної роботи. Результати дослідження дають змогу педагогам і психологам створити адаптивну програму навчання та розвитку, батькам отримати рекомендації щодо підтримки комунікації вдома, міждисциплінарній команді (логопед, дефектолог, терапевт) координувати дії.

Метою нашого емпіричного дослідження є комплексне вивчення особливостей комунікативної діяльності дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму з метою виявлення рівня розвитку вербальних і невербальних засобів спілкування, мотивації до взаємодії та прагматичних функцій мовлення для подальшого планування корекційно-розвивальної роботи.

Відповідно до мети дослідження визначено **основні завдання**:

1. Оцінити рівень мовленнєво розвитку:
 - Визначити обсяг активного та пасивного словника дитини.
 - Виявити якісні особливості використання слів у мовленні.
 - Оцінити прагматичну функцію мовлення:
 - Виявити здатність застосовувати мовлення у соціально релевантних ситуаціях.
2. Дослідити особливості комунікативної взаємодії:
 - Виявити ініціативність у мовленнєвих контактах.
 - Проаналізувати частоту та функції комунікативних актів.
3. Проаналізувати розвиток невербальних засобів комунікації:
 - Вивчити використання міміки, жестів, погляду.
 - Проаналізувати особливості тілесної експресії.
 - Виявити рівень розуміння невербальних сигналів інших людей.
4. Вивчити стан міжособистісних взаємин:
 - Виявити здатність вступати в рольову чи сюжетну гру.
 - Оцінити активність у контексті взаємодії з однолітками та дорослими.
 - Отримати інформацію про міжособистісні взаємини в різних середовищах.

Для реалізації поставлених завдань констатувального експерименту використано такі **тести**:

1. Анкетування батьків з використанням субтестів «Оцінка порушень мовлення», «Оцінка порушень вербальної комунікації», «Оцінка порушень невербальної комунікації та візуального сприймання», «Оцінка порушень міжособистісних взаємин» (див. додаток А).
2. Шкала оцінки дитячого аутизму CARS (Childhood autism rating scale), автори Е. Еммеріх, М. Еммеріх), зокрема, субтести «Мовлення і

затримка мовленнєвого розвитку», «Труднощі комунікативної взаємодії» (див. додаток Б).

3. Програма спостережень А. Сімко (субтести «Погляд», «Міміка», «Жести» (див. додаток В).
4. Шкала функціонально-емоційної оцінки (Functional emotional assessment scale) (автори С. Відер, С. Грінспен) (див. додаток Г).

На *першому етапі* констатувального експерименту оцінку порушень мовлення здійснювали за субтестом «*Мовлення і затримка мовленнєвого розвитку*», який охарактеризовано у *Шкалі оцінки дитячого аутизму CARS*, а також за результатами анкетування (див. додатки А і Б). Для оцінювання нами було застосовано такі критерії, розроблені авторами тесту:

1. Втрата мовленнєвого досвіду
 2. Видає незвичні шуми або дитячий вереск
 3. Голос звучить голосніше, ніж потрібно
 4. Невиразне мовлення (тарабарщина) або жаргонізми
 5. Труднощі в розумінні очевидного («як можна цього не зрозуміти?»)
 6. Смикає батьків, залучаючи їх увагу, коли щось хоче
 7. Труднощі з вираженням потреб, використання жестів замість слів
 8. Спонтанне ініціювання мовлення або комунікації
 9. Повторює почуті слова, частини слів, слогани з мас-медіа
 10. Періодичність мовлення (одне й те саме слово або фраза повторюються знову і знову)
 11. Нездатність підтримати бесіду
 12. Монотонне мовлення, помилкові паузи
 13. Не робить розмежувань при спілкуванні з дітьми, дорослими
 14. Неправильне використання слів, фраз, помилки у мовленні
- На основі субтесту було визначено чотири рівні порушень мовлення у дошкільників із розладами спектру аутизму, а саме:

Високий рівень порушень мовлення – мовлення відсутнє або воно представлено окремими випадковими словами (часто «дорослими»); втрата

раніше набутих мовленнєвих навичок – дитина говорила, але тепер мовчить; основна комунікація – через жести, смикання батьків, штовхання, імітацію дій; повне нерозуміння мови або реакція лише на окремі слова/жести; звуки – виключно верески, скрегіт, іноді – безцільне мовлення, постійна тарабарщина; жодного ініціювання мовлення, неможливість підтримати найпростішу розмову; немає диференціації спілкування між дорослими й однолітками; мовлення ритмічно одноманітне, часто повторюються фрази, слова, окремі сцени з телевізора.

Помірний рівень розвитку мовлення – мовлення обмежене або фрагментарне, складається з окремих слів чи фраз, часто жаргонне або незрозуміле; розуміння мови істотно порушене, значна складність з інтерпретацією навіть простих звернень; ехолалія і стереотипії дуже часті, фрази поза контекстом, повторює почуте з медіа або випадкові слова; ініціація комунікації відсутня або рідкісна, зазвичай взаємодія починається через фізичне залучення дорослого; жести замість слів – головний спосіб спілкування; роботоподібне мовлення, повна відсутність зміни інтонації або гучності залежно від ситуації; підтримка діалогу неможлива або сильно утруднена.

Середній рівень порушень мовлення – помітна затримка мовленнєвого розвитку (40–70% від норми); розуміння мови обмежене, є труднощі з абстрактними поняттями, жартами, образністю; мовлення нерівне або монотонне, з частими паузами, інтонаційними порушеннями; часте використання жестів замість слів, рідке ініціювання комунікації; часто виникають ехолалії, повторення фраз, помилкове використання слів; дитина важко підтримує бесіду, не завжди розрізняє стиль спілкування з різними співрозмовниками; звукова палітра мовлення змінена: можливі верески, скрегіт, неправильний тембр або гучність.

Низький рівень порушень мовлення – мовлення абсолютно в нормі або з незначними залишковими проявами, які не впливають на ефективну комунікацію; відсутність затримки або незначна затримка, яка була подолана;

розуміння мови на віковому рівні, незначні труднощі лише з абстрактними поняттями чи гумором; спонтанне ініціювання мовлення, відсутні або рідкісні випадки ехолалії, повторень, жаргону; гнучкість у мовленні – дитина відрізняє стиль спілкування з дорослими і дітьми; можливі нечасті труднощі з підтримкою бесіди або інтонацією, але вони не порушують взаємодії.

На *другому етапі* констатувального експерименту проводили оцінку порушень вербальної комунікації за результатами анкетування батьків та субтестом «*Труднощі комунікативної взаємодії*», який представлено у Шкалі оцінки дитячого аутизму CARS (див. додатки А і Б). Комунікативні порушення є одними з основоположних аспектів аутизму, що окреслено критеріями аналізу, зокрема:

1. Поганий контакт.
2. Ігнорує звертання, не відгукується, не повертається на голос
3. Надмірна боязнь звуків (наприклад, таких як пилосос).
4. Віддаленість, перебування «у власному світі»
5. Відсутність інтересу до спілкування
6. Міміка не відповідає комунікативній ситуації
7. Недоречні сльози або сміх
8. Влаштує тривалу істерику, коли щось роблять не так, як хоче
9. Ігнорування болю (немає реакції на удари)
10. Не подобаються дотики (до волосся, тіла, голови)
11. Ненавидить натовп, спостерігаються труднощі під час перебування в магазинах, кафе, місцях громадського користування
12. Недоречний страх, тривога під час спілкування
13. Невідповідна емоційна реакція («гальмування») у комунікативних ситуаціях
14. Аномалії вираження радості під час зустрічі з батьками
15. Відсутність здатності до імітації

На основі зазначених критеріїв нами було виокремлено такі рівні порушень комунікативної взаємодії:

Високий рівень порушень вербальної комунікації – дитина не використовує мову для спілкування, відсутня ініціатива й реакція на звернення, немає комунікативного наміру, відсутній інтерес до спілкування та оточення, дитина не реагує на звертання і поклик, перебуває «у власному світі». Комунікація вимагає інтенсивної корекційної та мультидисциплінарної допомоги, дитина потребує постійного супроводу, альтернативних способів комунікації (PECS, AAC).

Помірний рівень порушень вербальної комунікації – комунікація відбувається односторонньо або шаблонно, ініціатива слабка або ситуативна; комунікативна взаємодія утруднена; дитина хоче контакту, але виглядає незграбною або дивною; часто не реагує на ім'я, сторонні звуки її турбують, вона часто повторює почуте. Комунікативна взаємодія є значним викликом. Під час комунікації потребує постійної підтримки, спеціальних методик розвитку мовлення, поведінкової терапії.

Середній рівень порушень вербальної комунікації – комунікація є, але обмежена у гнучкості, емоційному змісті чи доречності; дитина ініціює контакт, але важко підтримує діалог; є певна «дивність» у комунікативних контактах; дитина не завжди розуміє вербальні сигнали, може повторювати одне й те саме, має обмежене коло інтересів. Комунікація потребує цілеспрямованої педагогічної корекції, але дитина має потенціал до розвитку комунікативних навичок.

Низький рівень порушень вербальної комунікації – є продуктивна взаємодія, але іноді спостерігається нерозуміння соціальних нюансів (інтонації, контексту); дитина демонструє повноцінні і відповідні віку комунікативні навички, реагує на своє ім'я, виявляє інтерес до довкілля, взаємодіє з оточенням, комунікація здійснюється за допомогою слів, без жестової заміни; виявляється здатність до імітації, істерики трапляються рідко або відсутні. Комунікація майже не відрізняється від норми, поведінка соціально зрозуміла, але можуть виникати труднощі в нових або стресових ситуаціях, тому потрібна мінімальна підтримка.

Оцінку рівня сформованості невербальної комунікації та візуального сприймання здійснювали під час *третього етапу* за даними *анкетування батьків і програмою спостережень А. Сімко* (див. додаток В). Враховано частоту проявів, цілеспрямованість, адекватність реакцій, а також зв'язок невербальних проявів із соціальною взаємодією. На основі спостереження за компонентами: «Погляд», «Міміка», «Жести», «Тактильні відчуття» було визначено чотири рівні порушення невербальної комунікації у дітей із розладами спектра аутизму. Серед них: високий, помірний, середній, низький рівні порушень:

Високий рівень порушень невербальної комунікації – зоровий контакт майже відсутній; дитина не реагує поглядом на людей, предмети або зміни в середовищі; погляд розсіяний або спрямований у порожнечу; жодних ознак візуального розрізнення знайомих / незнайомих, значущих / незначущих об'єктів; обличчя маскоподібне, без змін незалежно від ситуації; відсутні будь-які емоційні прояви; немає спонтанних чи свідомих змін у виразі обличчя; комунікативна міміка не використовується взагалі; жести повністю відсутні або є лише стереотипії (маятникові рухи, махання руками); немає жодних спроб використати рухи тіла для досягнення мети або комунікації; повна ізоляція від комунікативної взаємодії, невербальні прояви не мають значення для дитини; відсутній зв'язок між жестами, мімікою і поглядом; нетерпимість до дотиків, звуків, оточення викликає сильні істерики.

Помірний рівень порушень невербальної комунікації – виразні порушення зорового контакту; дитина не дивиться в очі або уникає погляду навіть у знайомих ситуаціях; зрідка стежить за діями інших людей; погляд не використовується як засіб комунікації; відсутні візуальні реакції на нові або знайомі об'єкти; вираз обличчя часто не відповідає ситуації або залишається нейтральним; складно інтерпретувати емоційний стан за мімікою; відсутність реакції навіть на емоційно значущі події; міміка може з'являтися, але механічна, неусвідомлена; дитина майже не використовує жести для комунікації; жести мало пов'язані з мовленням; часто присутні повторювані,

стереотипні рухи, які не мають комунікативного змісту; немає спроб звернути увагу чи виразити потреби через жести.

Середній рівень порушень невербальної комунікації – зоровий контакт не типовий, але присутній; він є короткочасним або виникає лише в знайомих ситуаціях; дитина часто не стежить за людьми або предметами в полі зору; іноді не помічає візуально цікаві об'єкти; не завжди погляд відповідає комунікативній функції (може дивитись «повз», в очі – зрідка); емоції виражаються, але нечітко або не у повній відповідності до ситуації; вираз обличчя часто одноманітний або слабо відображає емоції; може бути спонтанна реакція, але складно з усвідомленим контролем; жести використовуються частково або без визначеної системи, можуть бути випадковими або не завжди зрозумілими для інших, мало пов'язані з іншими формами комунікації; дитина зрідка ініціює контакт жестами, більше для функціональних дій; вона може уникати дотиків, іноді спостерігається небажання бути в людних місцях.

Низький рівень порушень невербальної комунікації (мінімальні порушення) – зоровий контакт в нормі або з незначними особливостями; дитина стежить за оточенням і людьми в полі зору; встановлює та утримує зоровий контакт із співрозмовником, виявляє інтерес до візуальних об'єктів, диференціює реакції на знайомих і незнайомих; погляд використовується як засіб комунікації – для привернення уваги, вираження симпатії чи протесту; її міміка яскраво виражає емоції, що відповідає ситуації; дитина спонтанно реагує мімікою на події; може свідомо регулювати вираз обличчя; використовує жести для вираження потреб, для ініціації комунікації; жести цілеспрямовані, пов'язані з мовленням; наявна адаптивність до звуків, дотиків, людних місць.

Під час **четвертого етапу** для **оцінки порушень міжособистісних взаємин** у дошкільників з РСА застосовували анкетування та **Functional emotional assessment scale (FEAS)** – шкалу функціонально-емоційної оцінки, розроблену С. Відер (Serena Wieder) і С. Грінспеном (Stanley Greenspan) для

вивчення соціально-емоційного і комунікативного розвитку дитини (див. додаток Г). FEAS містить 6 основних компонентів, які відображають поступальний розвиток здатності до емоційної взаємодії.

Компонент 1: Регуляція та інтерес до світу

- Здатність дитини бути в спокійному стані, зосередженою.
- Прояв уваги до людей, навколишнього середовища.
- Відповідь на сенсорні стимули.

Компонент 2: Формування прихильності та взаємної взаємодії

- Спонтанна посмішка, зоровий контакт, вираз емоцій.
- Взаємне задоволення від контакту з дорослим.
- Здатність до соціального обміну.

Компонент 3: Цілеспрямована взаємодія (двосторонній обмін)

- Ініціація комунікації (погляд, міміка, звуки, жести).
- Відповідь на ініціацію з боку дорослого.
- Включення у прості «розмови» – мімічні, моторні, вокальні.

Компонент 4: Соціальна проблема / спільне вирішення

- Здатність продовжувати цикли спілкування.
- Стратегічні дії для досягнення мети через соціальну взаємодію.
- Емоційно насичена поведінка (радість, смуток, розчарування).

Компонент 5: Використання ідей у грі та комунікації

- Символічна гра, уявні сценарії.
- Гнучке використання іграшок / предметів для відображення емоцій чи досвіду.

- Вираження внутрішнього емоційного світу.

Компонент 6: Зв'язування ідей та логічне мислення

- Здатність пов'язувати події, причини, наслідки.
- Розуміння відмінностей між уявним і реальним.
- Вираження емоцій через складну мову або символи.

Процедура проведення FEAS полягає у тому, що здійснюється відеозапис структурованої 15-хвилинної ігрової сесії за участю дитини й дорослого (батьків або спеціаліста). Використовуються три групи іграшок:

- a) символічні (ляльки, кухоньки, машинки, телефон тощо),
- b) тактильні/сенсорні (текстурні іграшки, пісок, бісер, музичні),
- c) вестибулярні/рухові (м'ячі, гойдалки, дошки для обертання).

Оцінювання проводиться за шкалою, де 2 – повне засвоєння навички, 0 – повна її відсутність. Кожна поведінка оцінюється за шкалою: 0 – відсутнє або зрідка; 1 – трапляється деякий час; 2 – постійно.

За даними обстеження визначено такі рівні порушень міжособистісних взаємин у дітей із РСА:

Високий рівень порушень міжособистісних взаємин – характерна відсутність базової соціально-емоційної відповіді; поведінка є ізольованою, часто самостимулювальною; немає ініціативи до контакту або реакції на дорослого або однолітків; дитина дезорганізована, не ініціює жодної взаємодії, не реагує на дії інших; не підтримує “коло” спілкування, не проявляє інтересу до соціального контакту. Ігрова діяльність: немає символічної гри, ігри стереотипні або ритуальні.

Помірний рівень порушень міжособистісних взаємин – соціальні навички проявляються рідко й неузгоджено; міжособистісна взаємодія обмежена, має ригідні або штучні форми; дитина потребує постійної стимуляції з боку дорослого, може бути спокійною, але легко втрачає фокус уваги або сильно реагує на сенсорні подразники, іноді ініціює контакт, але не продовжує його, реагує вибірково. Спільне вирішення: відповідає лише на знайомі дії; потребує підказок. Ігрова діяльність: присутні окремі елементи символічної гри, але вони ригідні або шаблонні, ігрові сценарії обмежені.

Середній рівень порушень міжособистісних взаємин – присутні елементи міжособистісної взаємодії, однак із затримками, недостатньо гнучкі; соціальна поведінка формується за взірцем, не завжди відповідає контексту; взаємодія можлива, але часто ініціюється дорослим. Дитина здатна

зосереджено діяти з підтримкою, реагує на прості запити, може ініціювати гру; у простих ситуаціях підтримує комунікацію, але втрачає послідовність. Ігрова діяльність: використовує символи, рольові елементи, але гра бідна на емоції.

Низький рівень порушень (відносна норма) міжособистісних взаємин

– дитина активно залучена до соціальної взаємодії, демонструє гнучку, змістовну поведінку у різних контекстах, самостійно ініціює і підтримує міжособистісні стосунки; вміє зосередитися, адекватно реагує на сенсорні подразники; підтримує емоційний контакт, виявляє симпатію, захоплення, турботу. Двобічна взаємодія: легко вступає в комунікацію, підтримує її, відгукується; ініціює обмін ідеями, будує ланцюги спілкування, реагує на нові ситуації. Ігрова діяльність: символічна, сюжетна, емоційно виразна.

Отже, узагальнення теоретичних підходів до вивчення комунікативної діяльності дітей з розладами спектра аутизму та добір відповідних психодіагностичних інструментів дали змогу сформувати науково обґрунтовану методичну базу для подальшого емпіричного дослідження. Обрані методики – шкала оцінки дитячого аутизму CARS, спостереження за невербальною поведінкою (А. Сімко), а також шкала функціонально-емоційної оцінки FEAS – дають можливість комплексно оцінити вербальні та невербальні засоби комунікації, мотивацію до взаємодії, прагматичні функції мовлення та елементи міжособистісних стосунків.

Специфіка комунікативних проявів дітей із РСА вимагає не лише аналізу мовленнєвих характеристик, а й урахування невербальних, емоційно-регуляторних та інтерактивних компонентів взаємодії. Такий підхід дозволяє не лише діагностувати рівень сформованості комунікативної діяльності, а й обґрунтувати потребу в упровадженні засобів альтернативної та додаткової комунікації (ААС), які можуть компенсувати дефіцит природних форм спілкування у цих дітей. Запропонований діагностичний комплекс є доцільним для виявлення індивідуальних особливостей комунікації та слугуватиме основою для подальшого планування корекційно-розвивальної роботи.

2.2. Аналіз рівня сформованості елементів альтернативної комунікації у дітей 5–6 років із РСА

Формування комунікативної поведінки у старших дошкільників із розладом спектра аутизму має специфічні особливості, що зумовлені як нейробіологічною природою самого порушення, так і індивідуальними відмінностями кожної дитини. Комунікація при РСА розглядається не лише як мовленнєве вираження, а як здатність до соціального взаємозв'язку, спільної уваги та обміну інформацією. Саме ці аспекти зазнають значних порушень, що потребує цілеспрямованого розвитку через спеціальні методики та підтримку дорослого оточення.

Вивчення теоретико-методологічного матеріалу дозволило нам розробити анкету для батьків і педагогічного персоналу з метою емпіричного вивчення дошкільників із розладами спектру аутизму. Анкета передбачала вивчення рівня сформованості навичок мовлення, міжособистісних взаємин, вербальної і невербальної комунікації. Відповідно до вказаних компонентів нами було виокремлено 4 субтести для емпіричного вивчення змістових засад комунікації та її базових основ. Розглянемо кожний компонент окремо.

Субтест «Оцінка порушень мовлення» дозволив з'ясувати наявність у дітей здатності користуватись мовленням. Для батьків було запропоновано такі запитання: Чи володіла ваша дитина мовленням до 3-ох років? Чи може вона відповісти на прості запитання (наприклад, «Як тебе звати?», «Скільки тобі років?», «Що це?»)? Чи зрозумілою для інших людей є вимова вашої дитини? Чи будує вона прості речення з двох і більше слів (наприклад, «Мама, мені холодно»)? Чи розуміє прості запитання чи інструкції (наприклад, «Принеси олівці», «Де твоя іграшка?»)? Чи використовує мовлення для вираження своїх потреб і бажань (наприклад, «хочу їсти», «хочу їсти пити»)? Чи спостерігається нав'язливе повторення одних і тих самих фраз, чи повторює у відповідь останні слова, з якими до неї звертаються? Чи спостерігаються такі особливості як монотонність мовлення або незвичні

наголоси?

Окрім того, для емпіричного вивчення мовлення було застосовано Шкалу оцінки дитячого аутизму CARS (Childhood autism rating scale), яку розробили дослідники Е. Еммеріх, М. Еммеріх (субтест «Мовлення і затримка мовленнєвого розвитку»). За результатами проведення субтесту було отримано такі дані (табл. і рис. 2.2.1).

Таблиця 2.2.1

**Оцінка порушень мовлення у дошкільників із РСА та НР
(дані представлено у %)**

№ з/п	Рівень виразності порушень мовлення	Дошкільники із розладами спектру аутизму	Дошкільники із нормотиповим розвитком
1.	Високий	11,2%	0%
2.	Помірний	34,1%	28,7%
3.	Середній	31,3%	39,5%
4.	Низький	23,4%	31,8%

Аналіз результатів субтесту показав суттєві відмінності між дошкільниками з розладами спектра аутизму (РСА) та їхніми однолітками з нормотиповим розвитком.

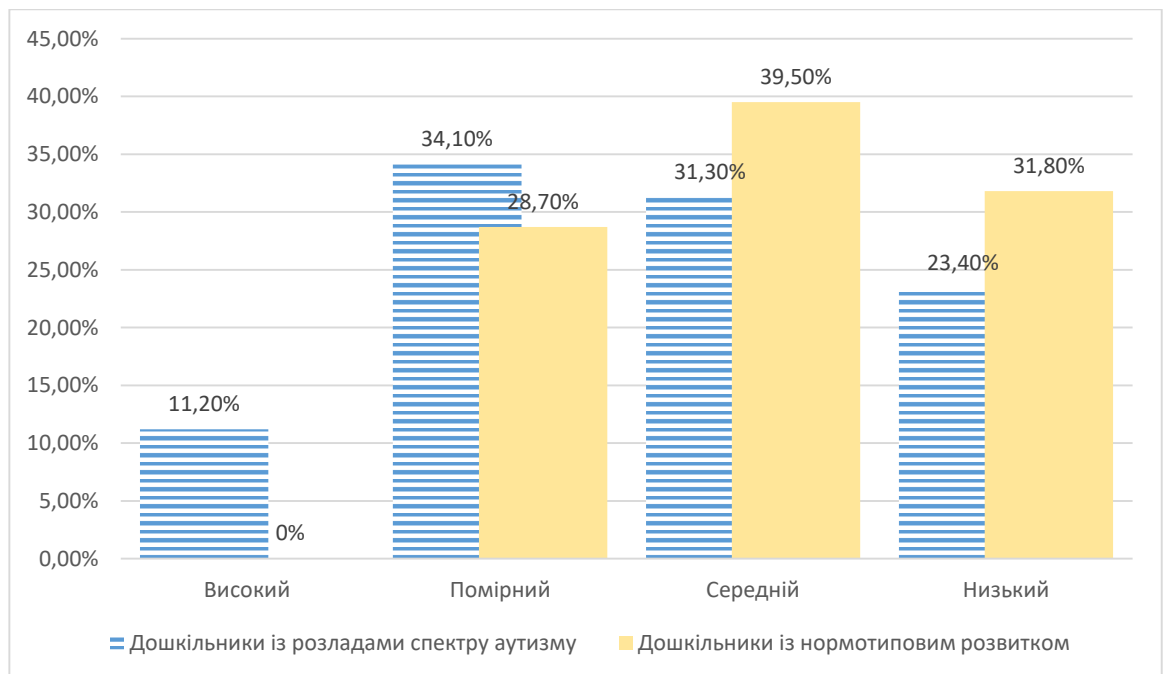


Рис. 2.2.1. Диференційний аналіз рівнів порушень мовлення у дошкільників із РСА і нормотиповим розвитком (дані подано у %)

У групі дітей з РСА 11,2% мають високий рівень виразності порушень мовлення, тоді як у групі з нормотиповим розвитком таких дітей не виявлено

зовсім. Помірні порушення спостерігаються у 34,1% дітей з РСА, що на 5,4% більше, ніж у контрольній групі. Середній рівень порушень мовлення виявлено у 31,3% дітей з РСА, що дещо нижче, ніж у дітей з нормотиповим розвитком (39,5%). Водночас лише 23,4% дітей з РСА мають низький рівень порушень, тоді як у контрольній групі цей показник становить 31,8%.

Загальні результати свідчать про те, що діти з РСА значно частіше мають виражені труднощі з використанням мовлення як інструменту комунікації.

Наступним, другим етапом стало застосування *Шкали оцінки дитячого аутизму CARS* (Childhood autism rating scale), яку розробили дослідники Е. Еммеріх, М. Еммеріх (субтест «Труднощі комунікативної взаємодії»). Окрім того, було опитано батьків з використанням *анкети і її субтесту «Оцінка порушень вербальної комунікації»*. Це передбачало уточнення таких запитань: Чи реагує Ваша дитина на звертання до неї на ім'я? Чи вміє вона ініціювати контакт, чи намагається заговорити з однолітками на майданчику, в парку? Чи здатна Ваша дитина самостійно попросити про допомогу? Чи буває так, що Ваша дитина ігнорує звернення інших людей? Чи ділиться вона своїми враженнями з близькими (наприклад, показує щось цікаве, розповідає про подію)? Чи відповідає на запитання вихователя? Чи буває так, що вона мовчатиме про біль або незручності, тому що терпіти їй легше, ніж звернутися до дорослого? Чи завжди відповідає доречно до контексту? За даними опитування отримано наступні результати (див. табл. 2.2.2).

Таблиця 2.2.2

Оцінка порушень вербальних комунікативних навичок у дошкільників РСА та НР (дані представлено у %)

№ з/п	Рівень виразності порушень комунікативної взаємодії	Дошкільники із розладами спектру аутизму	Дошкільники із нормотиповим розвитком
1. ...	Високий	25,2%	0%
2. ...	Помірний	30,1%	16,4%
3. ...	Середній	30,1%	52,3%
4. ...	Низький	14,6%	31,3%

Результати субтесту «Оцінка порушень вербальної комунікації» свідчать про наявність значних труднощів у дітей з розладами спектра аутизму

(РСА) щодо ефективної взаємодії з оточенням. Зокрема, високий рівень порушень комунікативної взаємодії виявлено у 25,2% дітей з РСА, тоді як серед дітей з нормотиповим розвитком таких випадків не зафіксовано. Помірні труднощі спостерігаються у 30,1% дітей з РСА, що майже вдвічі перевищує аналогічний показник контрольної групи (16,4%). Середній рівень порушень був виявлений у 30,1% дітей з РСА, тоді як серед їхніх однолітків із типовим розвитком – у 52,3%, що свідчить про переважання незначних порушень у останніх. Лише 14,6% дітей з РСА демонструють низький рівень порушень, тоді як у нормотипових дітей таких – 31,3%.

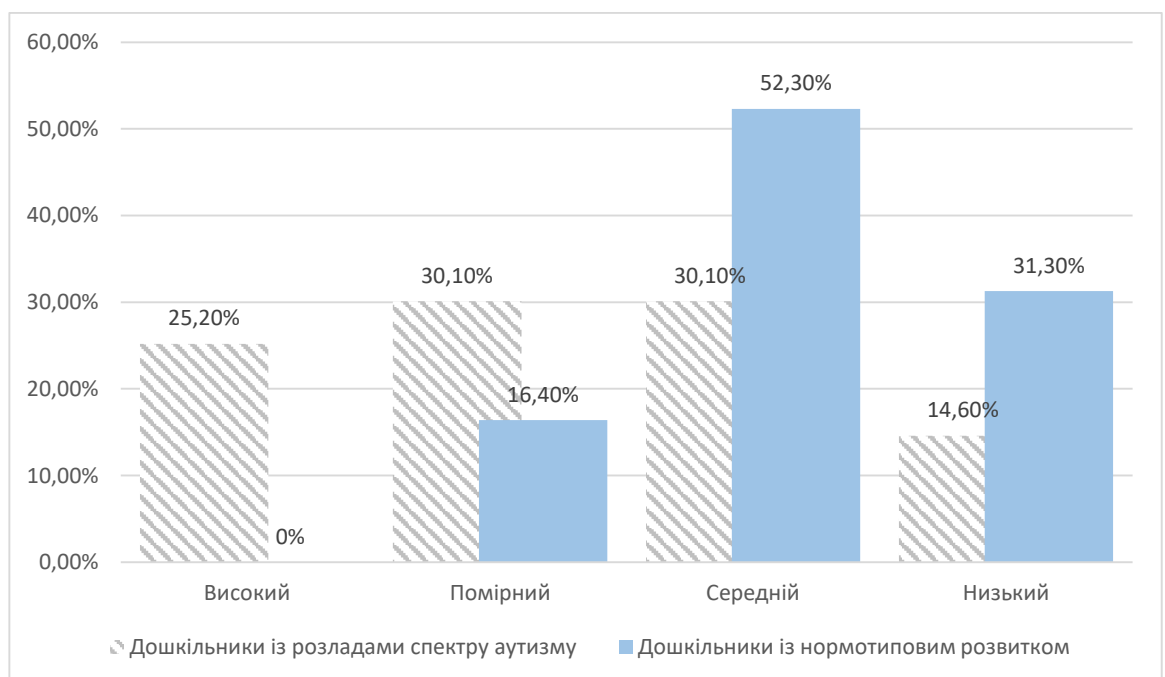


Рис. 2.2.2. Диференційний аналіз рівнів порушень вербальних комунікативних навичок у дошкільників із РСА і нормотиповим розвитком (дані подано у %)

Ці дані підтверджують, що дошкільники з РСА мають суттєві труднощі в ініціації й підтриманні вербального контакту, часто ігнорують звернення, не діляться враженнями та не завжди доречно реагують на комунікативні ситуації. Це свідчить про потребу в ранній корекційно-розвивальній роботі, спрямованій на формування базових навичок соціальної взаємодії та комунікації.

Одними із найбільш інформативних у діагностичному контексті стали *Програма спостережень А. Сімко* (субтести «Погляд», «Міміка», «Жести») та

Анкета «Вивчення комунікативної поведінки дошкільників із РСА»
(субтест «Оцінка порушень невербальної комунікації та візуального сприймання»)

За субтестом «Оцінка порушень невербальної комунікації та візуального сприймання» здійснено постановку таких запитань: Чи уникає Ваша дитина погляду в очі? Чи розуміє, коли хтось показує на предмет вказівним жестом? Чи реагує дитина відповідно, коли бачить, що хтось сердитий або робить зауваження (наприклад, припиняє недостойну поведінку)? Чи може дитина відрізнити прості вираження емоцій: радість, злість, смуток, байдужість? Чи намагається вона змінити свою поведінку у відповідь на жести або вираз обличчя інших людей (наприклад, зупиняється, коли бачить суворий погляд)? Чи прагне до фізичного контакту з іншими (обійми, дотик), коли їй потрібна підтримка або коли радіє? Чи бувають у неї стереотипні рухи (погойдується, розмахує руками, кружляє). Чи проявляє гіперчутливість до дотиків? Відомості про результати обстеження представлено у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3.

**Оцінка порушень невербальної комунікації
та візуального сприймання у дошкільників РСА та НР
(дані представлено у %)**

№ з/п	Рівень виразності порушень невербальної комунікації	Дошкільники із розладами спектру аутизму	Дошкільники із нормотиповим розвитком
1....	Високий	40,2%	0%
2....	Помірний	31,5%	12,7%
3....	Середній	25,9 %	57,9%
4....	Низький	2,4 %	29,4%

Результати субтесту «Оцінка рівня сформованості невербальної комунікації та візуального сприймання» засвідчили істотні розбіжності між дошкільниками з розладами спектра аутизму (РСА) та дітьми з нормотиповим розвитком. Зокрема, високий рівень порушень спостерігається у 40,2% дітей з РСА, тоді як у контрольній групі цей показник дорівнює 0%. Помірні порушення виявлено у 31,5% дітей з РСА, що вдвічі більше, ніж серед типово розвинених дітей (12,7%). Середній рівень порушень спостерігається у 25,9% дітей з РСА, тоді як у дітей з нормотиповим розвитком цей показник становить

57,9%, що свідчить про наявність певних, але не критичних труднощів. Лише 2,4% дітей з РСА мають низький рівень порушень, у той час як у контрольній групі таких – 29,4%.

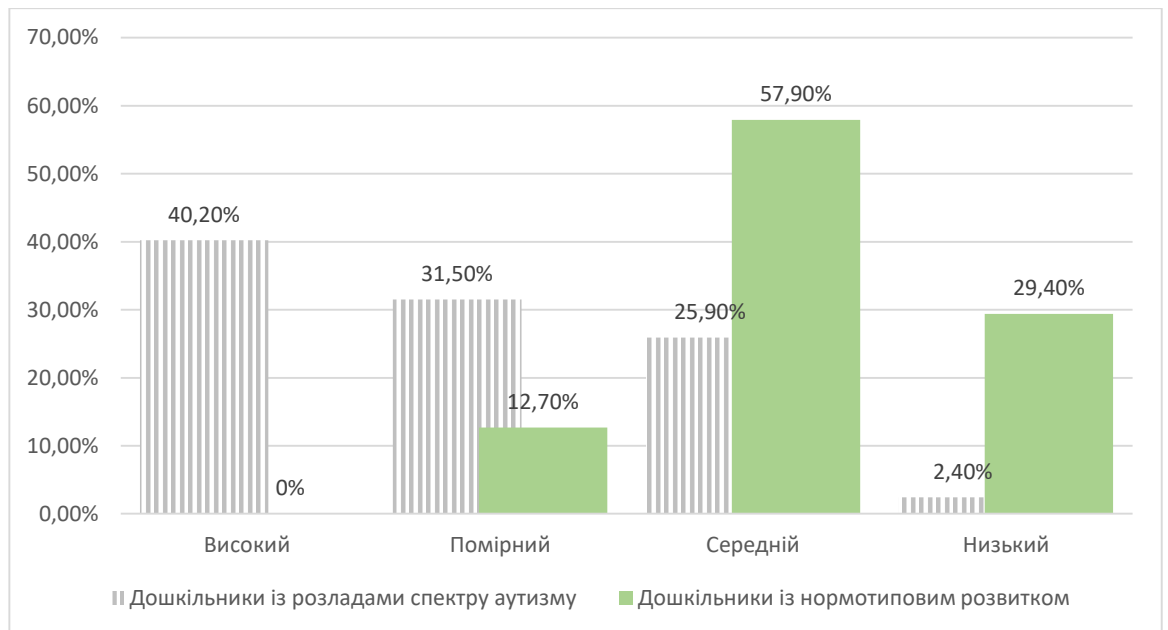


Рис. 2.2.3. Диференційний аналіз рівнів порушень невербальної комунікації та візуального сприймання у дошкільників із РСА і нормотиповим розвитком (дані подано у %)

Отримані дані підтверджують, що у більшості дітей з РСА спостерігаються виразні труднощі з підтриманням зорового контакту, розумінням невербальних сигналів, виявленням емоцій, а також з реагуванням на жести, міміку та тілесні прояви. Також характерними є ознаки сенсорної гіперчутливості та стереотипної поведінки. Це вказує на необхідність цілеспрямованої роботи над розвитком невербальної взаємодії як основи соціальної компетентності.

Результати емпіричного дослідження за *Шкалою функціонально-емоційної оцінки*, розробленою дослідниками С. Відер, С. Грінспен і субтестом «Оцінка рівня сформованості міжособистісних взаємин» було визначено за низкою запитань: Чи виявляє дитина інтерес до однолітків, чи прагне гратися з ними? Чи долучається до групових ігор? Чи розуміє правила гри (черга, обмін, дозвіл взяти іграшку у товариша)? Чи має дитина друзів у групі або на майданчику? Чи розуміє дитина, коли хтось засмучений чи наляканий? Чи прагне узгоджувати хід дій під час спільної діяльності «що

робимо далі?»), «давай будемо по черзі це робити»)? Чи спостерігаються у грі рутинні дії без розгорнутого сюжету? Чи спостерігаються випадки неадекватної поведінки через нерозуміння або неможливість самовираження? Дані обстеження представлено у таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4

**Оцінка порушень міжособистісних взаємин у дошкільників
РСА та НР (дані представлено у %)**

№ з/п	Рівень виразності порушень міжособистісних взаємин	Дошкільники із розладами спектру аутизму	Дошкільники із нормотиповим розвитком
1..	Високий	36,4%	0%
2..	Помірний	24,6%	8,7%
3..	Середній	20,4%	39,7%
4..	Низький	18,6%	51,6%

Результати емпіричного дослідження за субтестом «Оцінка рівня сформованості міжособистісних взаємин» свідчать про значні труднощі у соціальній взаємодії дітей з розладами спектра аутизму (РСА).

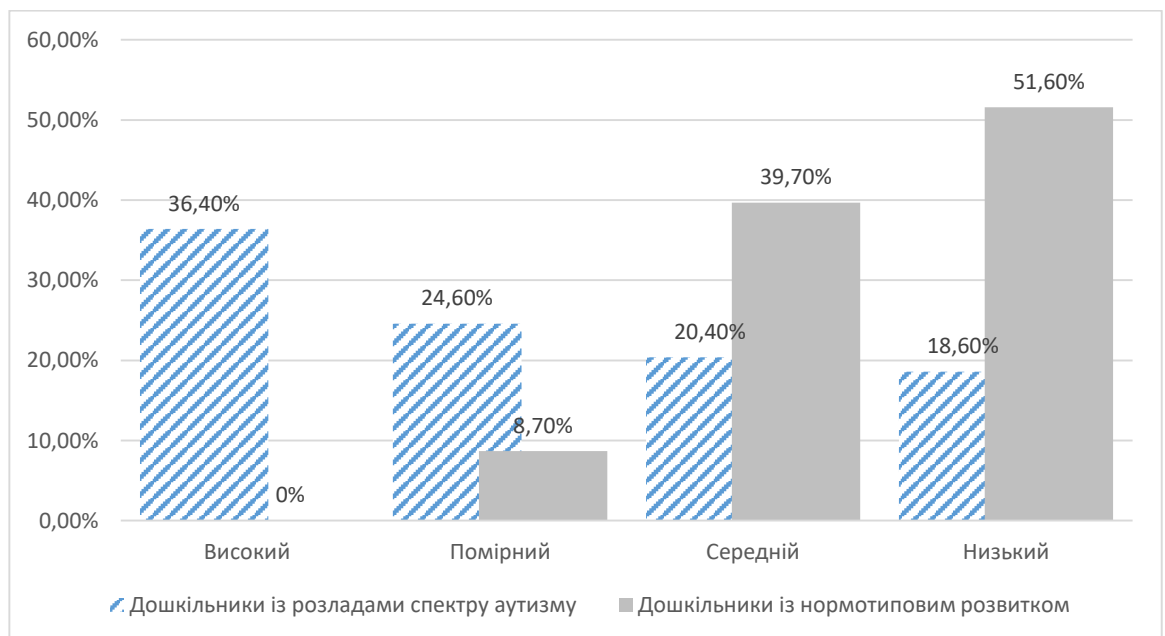


Рис. 2.2.4. Диференційний аналіз рівнів порушень міжособистісних взаємин у дошкільників із РСА і нормотиповим розвитком (дані подано у %)

Зокрема, високий рівень порушень зафіксовано у 36,4% дітей з РСА, тоді як серед дітей із нормотиповим розвитком таких випадків не виявлено. Помірні порушення мають 24,6% дітей з РСА, що суттєво перевищує аналогічний показник контрольної групи (8,7%). Середній рівень порушень

спостерігається у 20,4% дітей з РСА, тоді як у дітей з типовим розвитком цей показник сягає 39,7%, що свідчить про певні труднощі соціалізації, хоча й не критичні. Лише 18,6% дітей з РСА демонструють низький рівень порушень, тоді як серед нормотипових дітей цей показник становить 51,6%.

Дані свідчать про низький рівень залученості дітей з РСА до спільної діяльності, нерозуміння правил гри, труднощі у вираженні емоцій і неадекватні поведінкові реакції. Також виявлено переважання рутинної, малозмістовної гри, що ускладнює формування дружніх стосунків і навичок співпраці. Це підтверджує потребу у спеціальних програмах розвитку міжособистісної взаємодії для таких дітей.

Загальні результати емпіричного дослідження засвідчили, що дошкільники з розладами спектра аутизму мають значно вищий рівень порушень у всіх основних сферах комунікативного та соціального розвитку порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком. Найбільш виразні труднощі спостерігаються у сфері невербальної комунікації та міжособистісних взаємин, що підтверджується високим відсотком дітей із відповідними порушеннями. Також значна частина дітей з РСА демонструє порушення мовлення та вербальної комунікації, які ускладнюють повноцінну взаємодію з оточенням. У нормотипової групи переважають середній і низький рівні порушень, що вказує на природні вікові коливання, а не на патологічні труднощі. Виявлені відмінності є статистично значущими та вказують на системність порушень комунікативної поведінки у дітей з РСА. Це підкреслює необхідність раннього виявлення таких особливостей і впровадження індивідуально спрямованих корекційно-розвивальних програм.

Отже, основними особливостями мовлення та комунікації дітей з РСА є:

1. Затримка або відсутність мовлення – у старшому дошкільному віці (5-6 років) значна кількість дітей із РСА не мають сформованого активного мовлення; використовують обмежений запас слів; можуть демонструвати ехолалії (повторення чужих слів або фраз); зрідка ініціюють мовленнєву взаємодію. Натомість у них може розвиватися альтернативна комунікація –

через жести, картинки, планшети або поведінку, що має комунікативне значення (підведення до об'єкта, крик, погляд тощо). Характерним є обмеження в прагматичній функції мовлення – навіть якщо мовлення присутнє, воно не слугує для досягнення комунікативних цілей (просити, ділитись, заперечувати, вітати). Діти можуть говорити, але не «спілкуватися»: їх висловлювання механічні, не враховують адресата, одноманітні.

2. Багато дошкільників з аутизмом не відчують природної потреби у взаємодії з однолітками та іншими людьми. Вони можуть демонструвати соціальну ізоляцію, уникати спілкування, не реагувати на звернення, що утруднює навчання й розвиток комунікативних навичок. Характерною є неоднорідність розвитку – комунікативна діяльність часто розвивається асинхронно: у них можуть бути добре розвинуті окремі навички (наприклад, називання предметів), але відсутня здатність до діалогу або розуміння запитань. Це потребує індивідуального підходу до формування комунікації.

3. Порушення невербальної комунікації – комунікація у дошкільників з РСА часто позбавлена адекватного зорового контакту; міміки, інтонації; спільної уваги (дитина не розділяє з іншими свої інтереси, не вказує на предмети). Це ускладнює як розуміння дитиною мовлення інших, так і її здатність бути зрозумілою без слів.

4. Порушення міжособистісних взаємин – у цьому віці у дошкільників із НР активно розвивається рольова гра як засіб соціальної взаємодії. Однак у дітей з РСА вона часто носить сенсомоторний характер, позбавлена уяви та соціальної спрямованості. Це знижує можливості для розвитку міжособистісних взаємин у спільній діяльності з однолітками.

Як бачимо з результатів дослідження, дошкільники з РСА демонструють складні порушення у комунікативній сфері, що охоплюють вербальні і невербальні компоненти. Ці труднощі пов'язані з особливостями соціальної взаємодії і мотиваційної сфери. Для ефективного розвитку комунікації необхідна послідовна підтримка: використання засобів альтернативної та додаткової комунікації, структурованого підходу, активне залучення родини.

РОЗДІЛ 3.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ РСА

3.1. Принципи, підходи та методи формування альтернативної комунікації у дітей із РСА

Дослідження принципів, підходів і методів формування альтернативної комунікації у дітей із розладом спектра аутизму (РСА) є надзвичайно актуальним з огляду на сучасні потреби інклюзивної освіти, практики корекційної педагогіки та соціального включення таких дітей. Комунікація – це ключ до соціальної адаптації. Неможливість повноцінно спілкуватися призводить до соціальної ізоляції, поведінкових розладів і фрустрації. Альтернативна комунікація дає змогу висловлювати думки, емоції, потреби, що є основою для формування взаємодії в родині, школі, суспільстві.

В умовах інклюзивної освіти педагоги мають бути готовими до роботи з дітьми, які не володіють мовленням. Альтернативна комунікація – один із найважливіших інструментів у такій роботі. Підготовка фахівців із спеціальної педагогіки, логопедії, психології потребує актуальних науково-методичних напрацювань у цій сфері. Згідно з Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, кожна дитина має право на ефективну комунікацію. Альтернативна комунікація – це засіб забезпечення доступу до освіти, культури, охорони здоров'я, соціального життя. Розвиток цифрових технологій (айпади, комунікативні додатки, пристрої ААС) відкриває нові можливості для немовленнєвих дітей. Це вимагає постійного оновлення знань і аналізу сучасних підходів до використання новітніх засобів альтернативної комунікації.

Принципи формування альтернативної комунікації у дітей з розладом спектра аутизму (РСА) базуються на урахуванні індивідуальних особливостей

розвитку дитини, труднощів у вербальному спілкуванні та потребі у функціональному засобі взаємодії з оточенням.

Одним із ключових принципів формування альтернативної комунікації у дітей із РСА є *індивідуалізація підходу*. Насамперед, фахівцями здійснюється оцінка рівня розвитку. Формування комунікації починається з детальної оцінки когнітивних, сенсорних, мовленнєвих і соціальних навичок дитини. Важливим є урахування сенсорного профілю. Діти з РСА часто мають сенсорну гіпер- або гіпочутливість, що впливає на вибір засобів комунікації (наприклад, візуальні vs. тактильні системи). Окрім того, корекційну роботу з формування мовлення та комунікативних навичок слід будувати на сильних сторонах дитини. Наприклад, при збереженому зоровому сприйманні доцільно використовувати візуальні символи чи картинки (PECS).

Наступним принципом, на якому будується корекційна робота з дітьми з РСА є *функціональність комунікації*. Альтернативна комунікація має бути практично корисною для дитини – вона повинна дозволяти висловлювати бажання, потреби, відмову, запитання, ініціацію контакту. Спілкування має бути соціально значущим, тобто мати змістовну цінність для дитини в її щоденному житті.

Серед низки інших визначальним є *принцип системності і послідовності*. У роботі з дітьми застосовується структурований підхід: комунікативних навичок навчають у чіткій, логічній послідовності (від простого до складного). Важливою є регулярність і повторюваність. Постійне використання системи у різних умовах і ситуаціях сприяє закріпленню навичок.

У межах проведеного формувального експерименту особливо значущим є *принцип мультидисциплінарної співпраці*. Формування альтернативної комунікації здійснюється за участю команди фахівців: логопеда, дефектолога, психолога, батьків, терапевтів (АВА, ОТ). Батьки та близьке оточення мають бути залучені до процесу, навчені користуватися системою і підтримувати її використання в домашньому середовищі.

Невпинний пошук шляхів розв'язання проблем дошкільнків із РСА, пов'язаний із **принципом забезпечення насиченого комунікативного середовища**. Дитина має бути занурена у середовище, де є моделі альтернативного спілкування, з якими вона може взаємодіяти. Оточення повинне бути стимулюючим і підтримувальним, а дорослі – моделювати використання комунікативної системи у природних ситуаціях.

За можливості можна застосовувати **принцип поступової інтеграції ААК з вербальною комунікацією**. Альтернативна комунікація не виключає розвиток мовлення, а навпаки – може його стимулювати. Якщо з'являється або посилюється вербальне мовлення, система (ААК – augmentative and alternative communication) може бути адаптована або поступово згорнута.

Сучасна школа передбачає впровадження засад гуманістичної педагогіки, що визначає необхідність застосування принципу етичності і поваги до гідності дитини. Комунікаційна система має служити інтересам дитини, забезпечувати її автономію, зменшувати фрустрацію від нерозуміння. Важливо визнавати право дитини на самовираження в доступній для неї формі.

Як бачимо, формування альтернативної комунікації у дітей з РСА – це цілісний, гнучкий і гуманістичний процес, що ґрунтується на індивідуальних потребах, функціональності, поступовості навчання та міждисциплінарній співпраці. Його мета – забезпечити дитині ефективне, зручне та зрозуміле спілкування з довкіллям. Це значною мірою впливає на вибір методів навчання ААК.

Ґрунтовний опис **методів навчання дітей з РСА альтернативній комунікації (ААК)** охоплює конкретні дидактичні, психолого-педагогічні та корекційні методи, за допомогою яких здійснюється оволодіння дитиною альтернативним спілкуванням.

Одним із базових є **моделювання (модельне навчання)**. Суть його полягає у тому, що педагог або інша доросла особа демонструє правильне використання засобу альтернативної комунікації, наприклад: як обрати картку, натиснути символ на планшеті, використати жест тощо. Як

застосовується: педагог коментує власні дії та супроводжує їх вербально або жестом. Наприклад: «Я хочу пити» – при цьому педагог бере відповідну картку з зображенням напою. Цей метод забезпечує візуальну модель для імітації. Він стимулює розуміння функцій комунікації, а не лише механічне виконання.

Наступним методом є *інструктаж (вербальний або візуальний)*. Він полягає у наданні чітких, поетапних інструкцій щодо виконання завдання або комунікативної дії. Варіанти: вербальні інструкції («Покажи, що ти хочеш»); візуальні (послідовність картинок «Візьми → передай → отримай»). Такий інструктаж підвищує усвідомленість дій і сприяє формуванню алгоритмів поведінки в ситуаціях спілкування.

Для навчання дітей із РСА альтернативній комунікації широко застосовується *фізичне або вербальне підказування (prompting)*. Воно полягає у наданні допомоги в момент виконання дії, з метою поступового переходу до самостійності. Різновидами є: а) фізичне підказування: педагог допомагає дитині взяти картку, натиснути кнопку; б) жестове підказування: вказівка на предмет або символ; в) вербальне: словесна підказка або запитання («Що ти хочеш?»); г) візуальне: покажчик, стрілка або взірець виконання. Запропонований метод дає змогу коригувати поведінку в реальному часі та необхідний для формування правильного комунікативного патерну.

У контексті методології навчання ААК особливої ваги набуває *ланцюгове навчання (chain training)*. Його суть у розподілі складної дії на послідовність простих кроків, кожний з яких навчається окремо. Це здійснюється, до прикладу, у вигляді використання низки інструкцій комунікатора: «Увімкнути пристрій», «Знайти потрібну категорію», «Обрати символ», «Натиснути кнопку». Такий метод допомагає структурувати комунікативну поведінку. Він особливо ефективний для дітей із труднощами у плануванні та послідовності дій, що часто притаманно для дошкільників із РСА.

Також важливим для навчання альтернативній комунікації є *метод імітації (метод наслідування)*. Його суть полягає у формуванні навички

шляхом копіювання дитиною дій дорослого або однолітка. Використовується як етап первинного навчання, особливо коли дитина ще не розуміє функції комунікації. Часто поєднується з методами підкріплення і моделювання, що сприяє розвитку соціального навчання. Цей метод є важливим кроком до самостійного використання ААК.

Наступним є метод навчання ААК через гру – *ігрове моделювання*. Його призначення – в інтеграції комунікативного навчання в структуровані або вільні ігрові ситуації. До прикладу: дитина використовує комунікатор, щоб «замовити» іграшку; педагог грається з ляльками і показує комунікацію за допомогою жестів або карток. Завдяки таким діям цей метод створює мотиваційне середовище для навчання і забезпечує перенесення навичок у природні ситуації.

Не менш значущим для дошкільників із РСА *метод позитивного підкріплення (positive reinforcement)*. Його суть у закріпленні бажаної комунікативної поведінки шляхом винагороди, яка має значення для дитини. Наприклад, дитина натискає на комунікатор «Хочу печиво» → отримує печиво». Значущими також є похвала, обійми, час на улюблену гру тощо. Таким способом цей метод стимулює повторення комунікативної дії і допомагає дитині зрозуміти зв'язок між дією і результатом.

Широко вживаним методом є *ситуативне навчання (naturalistic teaching)*. Воно відбувається у реальних життєвих ситуаціях, а не лише в умовах занять. Приклади: «На кухні: навчити попросити воду», «У магазині: використання символів для запиту товару». Завдяки подібним діям метод формує функціональне використання ААК і сприяє генералізації навички в різних умовах.

Окрім того, у практиці роботи з дошкільниками із РСА обґрунтовано доцільність методу *використання соціальних історій (social stories)*. Це короткі розповіді, що пояснюють соціальні ситуації і моделюють правильну комунікативну поведінку. Приклади: «Коли я хочу гратись, я можу сказати: «Пограйся зі мною». Зображення, текст і символи, які використовуються у

межах методу мають бути максимально адаптовані до розуміння дитини. Таким чином, навчання допомагає формувати соціальні сценарії спілкування, а також знижує тривожність у незнайомих ситуаціях.

Дотично до означеної проблеми можна використати *метод технічного занурення (технологічного включення)*. Його суть в інтенсивному використанні комунікативних пристроїв у всіх сферах життя дитини – від дому до школи. Він включає щоденне використання додатків ААС, програмування пристрою під потреби дитини, залучення членів родини до навчання. Таким способом, метод забезпечує постійну доступність комунікації, підвищує автономність і впевненість дитини.

Слід зазначити, що методи навчання дітей із РСА альтернативній комунікації мають бути системними, структурованими, індивідуалізованими і обов'язково – практично значущими. Ключовим є поєднання методів у комплекс, з урахуванням особливостей дитини, її мотивації та рівня розвитку. Ефективність навчання забезпечується супровідною підтримкою дорослих, позитивною атмосферою та адаптацією до повсякденних умов.

Отже, альтернативна і додаткова комунікація (ААК) є необхідним інструментом забезпечення базового права дитини з розладом спектра аутизму на спілкування, соціальну взаємодію та самовираження. Актуальність дослідження принципів, підходів і методів формування альтернативної комунікації обумовлена зростанням кількості дітей із порушеннями мовлення внаслідок РСА, потребами інклюзивної освіти, гуманізацією підходів до навчання та розвитком сучасних технологій.

Процес навчання дітей із РСА альтернативній комунікації має базуватись на низці педагогічних і психологічних принципів: індивідуалізації, функціональності, системності, міждисциплінарності та етичності. Реалізація цих принципів забезпечується через поєднання методів навчання, які враховують особливості розвитку дитини, її сенсорний профіль, мотиваційні чинники та рівень когнітивних здібностей.

До ефективних методів навчання ААК належать: моделювання, фізичне

та візуальне підказування, ланцюгове навчання, імітація, позитивне підкріплення, ситуативне навчання, використання соціальних історій та інтеграція технологій. Їхнє поєднання у гнучкій індивідуальній програмі формує у дитини здатність функціонально користуватися засобами альтернативного спілкування в різних життєвих ситуаціях.

Зважаючи на це, наукове вивчення принципів, підходів і методів навчання ААК має як теоретичне, так і практичне значення для вдосконалення корекційної та педагогічної роботи з дітьми з РСА. Воно сприяє розробці ефективних індивідуальних програм навчання, забезпечує якісну підтримку в інклюзивному середовищі та підвищує якість життя дитини завдяки розвитку її комунікативної компетентності.

3.2. Методика формування навичок альтернативної комунікації у старших дошкільників 5–6 років із РСА

Старший дошкільний вік – це етап цілеспрямованої підготовки до навчання в умовах інклюзивної або спеціалізованої школи. Для успішного включення дитини у навчальний процес необхідні базові навички спілкування з дорослими та однолітками; здатність виражати свої потреби і розуміти інструкції; участь у спільній діяльності. Навчання альтернативній комунікації дозволяє дітям із РСА оволодіти функціональними комунікативними інструментами, які полегшують взаємодію з учителями та однолітками і знижують рівень дезадаптивної поведінки.

Це період, чутливий для розвитку комунікації. Вік 5–6 років відповідає сенситивному періоду розвитку мовлення та соціальної взаємодії. У нормі в цьому віці відбувається активне розширення словникового запасу; засвоєння граматичних структур; розвиток прагматичного аспекту мовлення (уміння вести діалог, виражати емоції, ставити запитання). У дітей із РСА цей період є особливо важливим для цілеспрямованого втручання, оскільки природний

розвиток мовлення часто ускладнений або порушений. Введення альтернативної комунікації в цей період компенсує відсутність або обмеженість вербального мовлення; сприяє формуванню базових комунікативних функцій – запиту, відмови, ініціювання контакту, відповіді; закладає фундамент для подальшого розвитку мовленнєвої або мультимодальної комунікації.

У 5–6 років діти інтенсивно засвоюють норми соціальної поведінки, рольову гру, взаємодію в групі. У дітей із РСА без належної комунікативної підтримки відбувається соціальна ізоляція, загострення фрустрації через неможливість виразити себе, посилення стереотипної та агресивної поведінки. ААК виступає не лише як засіб спілкування, а й як інструмент соціалізації, що дозволяє дитині брати участь у спільній діяльності, встановлювати відносини з однолітками, долучатися до навчального середовища.

Вікова пластичність мозку в дошкільному періоді дозволяє ефективно формувати нові нейронні зв'язки, зокрема в мовленнєвих і соціально-когнітивних центрах. Навчання ААК у цей період має вищу ефективність порівняно з пізнішими етапами, потенціал до переносу навички на природне мовлення у частини дітей, більшу гнучкість у підборі методів навчання (з урахуванням сенсорного та когнітивного профілю дитини). Діти 5–6 років починають засвоювати елементи емоційної регуляції та самостійності. Альтернативна комунікація допомагає виразити емоційний стан словами або символами, а не через крик чи агресію; просити допомогу, повідомляти про дискомфорт або потребу в перерві, що є основою для запобігання ескалації поведінкових проблем.

У 5–6 років діти зазвичай відвідують дошкільні заклади освіти, де створені умови для індивідуальної та групової роботи; доступна допомога фахівців (дефектолога, логопеда, асистента); активно впроваджується інклюзивна практика, що передбачає використання ААК у комунікації дитини з педагогами та однолітками. Зважаючи на це, можемо стверджувати, що старший дошкільний вік (5–6 років) є оптимальним періодом для початку або

інтенсифікації навчання дітей з РСА альтернативній комунікації. У цей період спостерігається висока нейропластичність, мотивація до соціальної взаємодії, готовність до навчання, а також потреба в комунікативних засобах для ефективного включення в шкільне життя. Своєчасне запровадження ААК у цьому віці сприяє зниженню ризику вторинних порушень, покращенню якісних показників розвитку, забезпеченню успішної соціалізації та інклюзивної освіти (див. додаток Д).

Крок 1. Застосування піктограм у роботі з дошкільниками з РСА

1. Візуальне структурування поведінки («візуальний розклад»); мета: зниження тривожності, забезпечення передбачуваності, розвиток саморегуляції.

2. Метод «вибору» (Choice-making with symbols); мета: розвиток самостійності, ініціативності, зменшення поведінкових проблем.

3. Вправа «Що я відчуваю»; мета: розвиток емоційного самовираження, зниження емоційного напруження.

4. Техніка «Соціальні історії з піктограмами»; мета: формування соціальних сценаріїв і адаптивної поведінки в конкретних ситуаціях.

5. Техніка «Піктограма-комунікативна заміна» (Functional Communication Training); мета: зниження агресії або самоушкоджувальної поведінки через навчання альтернативи.

Навчальні ситуації із застосуванням піктограм

Ситуація 1: «Комунікативна книга бажань»

Дитина має зошит або планшет з піктограмами: напої, їжа, ігри, дії. Під час занять або в побуті вона показує на картинку, яку обирає. Використовується, коли дитина ще не говорить або має недостатньо сформоване мовлення.

Ситуація 2: «Мовчазний діалог»

Педагог або логопед спілкується з дитиною винятково через піктограми.

Ситуація 3: «Навчи друга»

Дитина з РСА разом з однолітком граються у гру за сценарієм із

пiктограм.

Ситуацiя 4: «День за пiктограмами»

Весь день у класi або вдома спiлкування лише через зображення.

Крок 2. Застосування жестового мовлення у роботi з дошкiльниками з РСА

1. Використання базових жестiв (натуралiстичне жестове мовлення); мета: використання простих, iнтуїтивно зрозумiлих жестiв у щоденних ситуацiях.

2. Система «Makaton»; мета: поєднання жестiв, символiв i мовлення.

– початкове введення ключових слiв; починають з 10–15 найбільш потрібних слiв (дiї, об'єкти, потреби). приклад: «їсти», «пити», «мама», «ще», «стоп», «туалет», «спати», «будь ласка»;

– комбiнування жестiв у простi фрази;

– використання в iгрових та побутових ситуацiях.

3. Система «Sign supported speech (SSS)» або жестова пiдтримка мовлення; основна iдея: акцент на ключових словах у фразi – жести супроводжують усне мовлення, але не замiнюють його.

4. Тактильне жестове мовлення (Tactile Signing) – адаптацiя жестової мови, яка передбачає дотикове сприйняття жестiв через руки.

5. Використання дитячих пiсень i iгор з жестами; мета: розвиток моторики, уваги, соцiальних навичок.

6. Метод PECS з елементами жестiв (Picture Exchange Communication System) – базується на обмiнi зображеннями, вiн може поєднуватися з жестами.

Крок 3. Застосування фотографiй у роботi з дошкiльниками з РСА

Використання фотографiй забезпечує дiтям iз РСА чiткi й передбачуванi вiзуальнi опори, що знижує тривожнiсть i покращує розумiння iнструкцiй.

1. Вправа «Фото-що-вибираєш? (Choice Photo Board)»; мета: розвивати навички виявлення власних потреб i робити запит.

2. Фото-послiдовнiсть (Photo Sequence Cards); мета: розумiння

послідовності подій і планування дій.

3. Фото-щоденник (Photo Daily Schedule); мета: зниження тривожності від невизначеності й розвиток концепції часу.

4. Фото-казка (Photo Storytelling); мета: тренування словникового запасу, побудова фраз і послідовності думок.

5. Фото «Що сталося?» (Photo Prompting); мета: розпізнавання емоцій, прогнозування подій, розвиток експресивної мови.

6. Фото-запитання (Photo Request Exchange); мета: навчитися формувати запит, відпрацювати соціальну взаємодію.

7. Фото-впізнавання (Photo Matching Game); мета: увага до деталей, візуальне сприйняття, слово–змістова відповідність.

8. Фото «Що немає?» (Odd-One-Out with Photos); мета: категоризація, абстрактне мислення та порівняння.

Крок 4. Застосування комунікативних книг у роботі з дошкільниками з РСА

Впровадження технік роботи з комунікативними книгами (communication books) забезпечують дітям із РСА структурований візуальний канал для вираження потреб і емоцій, що знижує фрустрацію та сприяє самостійності.

1. Техніка «Вибір на сторінці» (Choice Page); метод підходить для дітей із низьким моторним контролем або труднощами фокусування.

2. Техніка «Партнерське сканування (Partner-Assisted Scanning)»; дорослий називає символ. Коли дитина зупиняє палець або подає інший сигнал (поглядом, звуком), дорослий фіксує вибір і читає слово.

3. Техніка «Розклад-книга (Book-Schedule)»; мета: допомагає знизити тривожність від невідомості та розвиває розуміння концепції часу.

4. Техніка «Соціальні історії в книзі (Social Story Book)»; мета: підготувати до нових ситуацій і відпрацювати соціальні навички.

5. Техніка «Коментування» (Commentary Book)»; мета: техніка розвиває експресивну мову й навички побудови фраз.

6. Техніка «Кореговані підказки та поступове відпрацювання (Prompting Hierarchy)»; спочатку дорослий дає максимальну підказку (тримання руки дитини над символом), потім – мінімальну (погляд, жест).

Крок 5. Використання електронних пристроїв як засобу альтернативної комунікації з дошкільниками з РСА

Електронні пристрої забезпечують швидкий та інтуїтивно дозований доступ до мовлення, що особливо важливо для дітей із РСА, які можуть мати труднощі з вербальною експресією.

1. Використання мовних додатків на планшеті (Speech-Generating Apps); налаштування «ядра» слів – створення на головному екрані 10–15 найчастіше вживаних слів.

2. Сенсорні комунікатори з однією кнопкою (Single-Message Voice Output); натисни на червону кнопку, коли хочеш...

3. Відео-моделювання та відео-підказки; мета: покрокове відео-підказування

4. Візуальні сценарії (Visual Scene Displays, VSD); на фото розміщено «гарячі зони», які реагують звуком.

5. Символьні клавіатури з предикативною мовою (Core-Vocabulary Keyboards); дитина вчиться шукати слово за місцем на екрані, а не за формою символу.

6. Електронні розклади та таймери; за допомогою фото/піктограм визначено порядок денних активностей.

Вищезазначені техніки можна комбінувати й адаптувати під індивідуальні потреби кожного дошкільника: рівень моторики, мовленнєві навички та сенсорні особливості.

Отже, ААК (Alternative Augmentative Communication) представляє сукупність методів, стратегій і засобів (жести, піктограми, фотографії, комунікативні книги, електронні пристрої тощо), які підтримують або замінюють усне мовлення у людей із порушеннями спілкування. Мета ААК – забезпечити ефективний обмін інформацією, задоволення потреб і розвиток

комунікативних навичок у тих, хто не може повноцінно користуватися вербальною мовою. Вона ґрунтується на індивідуальному підході й емпірично обґрунтованих методиках для максимального залучення візуального, тактильного або електронного каналів комунікації.

Піктограми: Choice Boards, Visual Schedules, PECS, First–Then Boards, Social Stories, Sentence Strips, Matching Games.

Жестове мовлення: Натуралістичні жести, Makaton (ключові слова й комбінування), SSS (жестова підтримка мовлення), повторення жестів із відео, тактильне жестове мовлення із поступовим переходом від hands-over-hands до самостійності.

Фотографії: Choice Photo Board, Photo Sequence Cards, Photo Daily Schedule, Photo Storytelling, Photo Prompting, Photo Request Exchange, Photo Matching Game, Odd-One-Out.

Комунікативні книги: Choice Page, Partner-Assisted Scanning, Book-Schedule, Social Story Book, Commentary Book, Prompting Hierarchy.

Електронні пристрої: Speech-Generating Apps (ядро слів), Single-Message Communicators (BigMack, GoTalk), відео-моделювання, Visual Scene Displays із гарячими точками, LAMP-клавіатури, електронні розклади та таймери.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати теоретичних і емпіричних досліджень психолого-педагогічних засад формування альтернативної комунікації у дітей РСА дошкільного віку, можна виокремити низку науково обґрунтованих висновків.

Теоретичний аналіз та узагальнена характеристика підходів до вивчення розладів спектру аутизму охоплює такі ключові наукові та практичні підходи: Медичний зосереджується на діагностиці розладу як неврологічного або нейропсихіатричного захворювання, розглядаючи РДА як порушення розвитку мозку, що проявляється в атиповій соціальній поведінці, мовленнєвих труднощах і сенсорній чутливості. Психологічний трактує РСА як результат порушень когнітивного й емоційного розвитку дитини, наголошуючи на труднощах у розвитку емоційного контакту, теорії розуму та порушеннях прив'язаності. Педагогічний розглядає РСА як психолого-педагогічну проблему, що потребує створення спеціальних умов для розвитку дитини, з акцентом на індивідуальному підході, адаптації навчального середовища та розвитку комунікативних навичок через альтернативні методики, такі як ПЕКС чи ТЕАССН. Інтегративний підхід поєднує медичні, психологічні, педагогічні та соціальні чинники, розглядаючи РДА як багатофакторний і багаторівневий розлад, що використовується у системах інклюзивної освіти та мультидисциплінарної підтримки дітей із залученням психологів, педагогів, логопедів, реабілітологів і батьків. Ці підходи дозволяють комплексно оцінити природу раннього дитячого аутизму та ефективно планувати підтримку дитини з РСА.

Фундаментальним чинником у подоланні аутистичних проявів та основою розвитку дітей із розладами спектру аутизму є комунікативна діяльність. У дітей дошкільного віку вона є багатогранною і тісно пов'язаною з усіма психічними процесами і властивостями – мовленням, сприйманням, мисленням, емоціями. У старшому дошкільному віці комунікація стає не лише

засобом спілкування, а й інструментом пізнання світу, соціалізації та саморегуляції. Це критично важливий період, коли закладається фундамент для подальшої успішної адаптації в школі та суспільстві. Водночас, у дітей дошкільного віку з розладами спектру аутизму комунікативні навички залишаються недостатньо розвиненими, що підтверджується численними теоретичними та емпіричними дослідженнями. Це обґрунтовує необхідність подальшого вивчення комунікації та застосування її альтернативних засобів.

Аналіз альтернативних засобів комунікації дав змогу серед них виокремити візуальні (жестове мовлення, картинки, картки PECS), і високотехнологічні (електронні), зокрема планшети з голосовими програмами. Обидві категорії мають важливе значення для підтримки комунікативних навичок у дошкільників із РСА. Візуальні засоби є доступними й легкими для впровадження, тоді як технологічні системи забезпечують гнучкість, озвучення та індивідуалізацію. У роботі з дошкільниками з РСА альтернативні засоби комунікації сприяють розвитку мовлення, зменшенню фрустрації, покращенню поведінки та активній участі в навчанні. Вибір конкретного засобу залежить від рівня розвитку дитини, її потреб і контексту взаємодії.

2. Узагальнення теоретичних підходів до вивчення комунікативної діяльності дітей із РСА дало змогу підібрати відповідні експериментальні та сформувані науково обґрунтовану методичну базу для подальшого емпіричного дослідження. Для дослідження було обрано три методики: 1) шкалу оцінки дитячого аутизму CARS; 2) спостереження за невербальною поведінкою (за А. Сімко); 3) шкалу функціонально-емоційної оцінки FEAS. Вони уможливили комплексно оцінити функції мовлення, вербальні та невербальні засоби комунікації та особливості міжособистісних стосунків дітей із РСА.

Специфіка комунікативних проявів дітей із РСА вимагає не лише аналізу мовленнєвих характеристик, а й урахування вербально-комунікативних, невербальних і міжособистісних компонентів взаємодії. Такий підхід дозволяє

діагностувати рівень сформованості комунікативної діяльності, і, на основі цього, обґрунтувати необхідність упровадження альтернативної та додаткової комунікації, що компенсує дефіцит природних форм спілкування у цих дітей. Запропонований діагностичний комплекс є доцільним для виявлення індивідуальних особливостей комунікації і слугуватиме основою для подальшого планування корекційно-розвивальної роботи.

Основними особливостями мовлення та комунікації дітей із РСА є: затримка або відсутність мовлення – у старшому дошкільному віці багато дітей не мають сформованого активного мовлення, використовують обмежений словниковий запас, можуть демонструвати ехолалії та зрідка ініціюють мовленнєву взаємодію. Натомість у них розвивається альтернативна комунікація через жести, картинки, планшети або поведінку з комунікативним значенням (погляд, крик, підведення до об'єкта). Часто мовлення не виконує прагматичну функцію – воно не слугує для досягнення комунікативних цілей. Діти можуть говорити, але не «спілкуватися», їхні висловлювання є механічними, одноманітними, без врахування адресата. Багато дошкільників з аутизмом не відчують природної потреби у взаємодії, можуть демонструвати соціальну ізоляцію, уникати спілкування, що ускладнює навчання. Розвиток комунікативних навичок у дітей з РСА часто відбувається асинхронно, що потребує індивідуального підходу. Порушена невербальна комунікація – недостатній зоровий контакт, міміка, інтонація, спільна увага, що ускладнює взаєморозуміння. Також у дошкільників із РСА спостерігається порушення міжособистісних взаємин, а рольова гра має сенсомоторний характер без соціальної спрямованості.

Результати дослідження підтверджують, що дошкільники з РСА мають складні порушення комунікативної сфери, що охоплюють як вербальні, так і невербальні компоненти, пов'язані із соціальною взаємодією та мотивацією. Для ефективного розвитку комунікації потрібна цілісна система підтримки, що включає альтернативні засоби комунікації, структурований підхід і активне залучення сім'ї. З огляду на це, можна стверджувати, що

альтернативна комунікація є необхідним інструментом реалізації права дитини з РСА на спілкування, соціальну взаємодію та самовираження.

3. Навчання дітей із РСА альтернативній комунікації має базуватись на педагогічних і психологічних принципах індивідуалізації, функціональності, системності, міждисциплінарності та етичності. Ці принципи реалізуються через комбінацію методів, що враховують особливості комунікативного розвитку і сенсорний профіль дитини. Ефективні методи навчання ААК включають моделювання, ланцюгове навчання, імітацію, позитивне підкріплення, ситуативне навчання, соціальні історії, інтеграцію технологій та ін. Наукове вивчення принципів, підходів і методів навчання ААК сприяє розробці ефективних індивідуальних програм, підтримує інклюзивне навчання та покращує якість життя дітей через розвиток їхньої комунікативної компетентності.

Альтернативна комунікація – це сукупність методів, стратегій і засобів (жести, піктограми, фотографії, комунікативні книги, електронні пристрої), які підтримують або замінюють усне мовлення у людей із порушеннями спілкування. Метою ААК є забезпечення ефективного обміну інформацією, задоволення потреб і розвитку комунікативних навичок у тих, хто не може повноцінно користуватися вербальним мовленням. Зважаючи на це, у процесі роботи з дошкільниками із РСА максимально залучають візуальний, тактильний чи електронний канали комунікації.

Основними видами ААК, які доцільно застосовувати у роботі з дітьми є піктограми (Choice Boards, Visual Schedules, PECS, First–Then Boards, Social Stories), жестове мовлення (натуралістичні жести, Makaton, тактильне жестове мовлення), фотографії (Choice Photo Board, Photo Sequence Cards, Photo Storytelling), комунікативні книги (Choice Page, Partner-Assisted Scanning, Social Story Book) та електронні пристрої (Speech-Generating Apps, Single-Message Communicators, відео-моделювання, Visual Scene Displays, LAMP-клавіатури). Цей комплекс методів і засобів забезпечує широкий спектр можливостей для розвитку альтернативної комунікації у дітей із РСА.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альтернативна комунікація: навчально-методичний посібник / уклад. А.В. Сімко. Кам'янець-Подільський : Вид. Ковальчук О.В., 2024. 144 с.
2. Віконечко : програма розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку від 3 до 7 років / за заг. ред. Сак Т. В. Тернопіль : Мандрівець, 2015. 304 с.
3. Гілберт К., Пітерс Т. Аутизм. Медичний і педагогічний вплив. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 200 с.
4. Гладун Т. О. Розвиток соціальної компетентності батьків, які виховують дитину з розладами спектру аутизму: можливості кіномистецтва. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету*. 2018. Вип. (1). С. 56-62.
5. Горішна Н. Сімейно-орієнтований підхід до надання соціальних послуг сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю. *Соціологія та соціальна робота в умовах національних та регіональних викликів*. 2019. С. 24-25.
6. Дурманенко, Є. Соціальна робота з дітьми з розладами аутистичного спектра. *Humanitas*. 2021. Вип. (1). С. 15-21.
7. Душка А. Особливості виховання дитини з РСА у сімейних умовах. Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент. 2013. Вип. (14). С. 169-178.
8. Єжова Т.Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. *Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами»*. 2011. №8 (10). С. 73–80.
9. Єсип М. Відеоінтерактивний тренінг на допомогу сім'ям з дітьми з розладом спектру аутизму (РСА): психологічний погляд. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017. Вип. 6 (1). С. 191-196.
10. Крет Я. В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом : моногр. Запоріжжя: Запоріз. нац. ун-т, 2007. 608 с.

11. Ковальова О., Варіна Г. Концептуалізація сімейно центрованого підходу в процесі розвитку адаптивних ресурсів батьків, які виховують дітей з особливими потребами. *Topical Issues of Society Development in the Turbulence Conditions: Conference Proceedings of the International Scientific Online Conference*. Bratislava. 2020. Вип. 1. С. 351–360.
12. Куценко Т.О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2013. Вип. 4 (2). С. 209–218.
13. Марценковський І.А., Бікшасва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: метод. реком.; Київ, 2009. 46 с.
14. Оксенюк О. Соціальний супровід сім'ї дитини з особливими потребами. *Social work and education*. 2018. Вип. 5(1). С. 38–46.
15. Олексюк Н. Соціалізація дітей з особливими потребами у сім'ях та побудова внутрішньосімейних стосунків. *Вісник Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника*. 2014. Вип. I (I). С. 119-125.
16. Олексюк Н. Соціальна підтримка батьків дітей з особливими потребами як актуальна проблема. *Науковий вісник Мукачівського державного університету*. 2019. Вип. 2 (10). С.63-66.
17. Островська К. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. Львів: Тріада плюс. 2012. 520
18. Павленко ТВ. Основні психологічні підходи визначення поняття «комунікація». *Актуальні проблеми психології*. 2016. Т. IX. Вип. 9. С. 368–376.
19. Панкратов О. Методи розвитку мовлення у дітей з аутизмом. *Аутизон+ : психолого-педагогічний клуб для дітей з особливими освітніми потребами*. 2023. <https://aytuzon.com.ua/metodu-rozvtutky-movlennya/>

20. Поліщук В., Лещук Г. Толерантність як особистісна характеристика в умовах імплементації інклюзивної освіти. *Social Work and Education*. 2020. Вип. 7(3). С. 338-346.
21. Помогайбо В.М., Березан О.І., Петрушов А.В. Генетика розладів аутистичного спектру. *Світ медицини та біології*. 2017. Вип. 1(59). С. 208-212.
22. Портницька Н.Ф., Соложенцева М.В., Тичина І.М. Психологічне благополуччя батьків дітей з інвалідністю: кризи і ресурси. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. Костюка НАПН України*. 2019. Вип. VI(16). С. 230-237.
23. Рибак О. А. Теоретичний аналіз проблеми виховання дитини в сім'ї батьків з інвалідністю. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2015. Вип. 29. С. 78-83.
24. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. Львів : Колесо, 2009. 168 с.
25. Рибченко Л.К. Психологічна та соціальна адаптація дітей з аутизмом. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. 2014. Вип. 26. С. 387-392.
26. Семигіна Т.В., & Столярик О.Ю. Якість життя сімей, які виховують дітей з аутизмом: концепція та чинники. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна*. 2019. Вип. 18. С. С. 84-89.
27. Синьов В.М., & Шульженко Д.І. Психологія інклюзивної освіти учнів зі спектром інтелектуальних та аутистичних порушень. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. Вип. 9 (2). С. 190-205.
28. Скрипник Т.В., Бірюкова К.Д., & Савченко М.Р. Використання психоосвітнього профілю для планування психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом у закладах освіти. *Сучасний рух науки : матеріали ІХ міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (Дніпро, 2-3 грудня 2019 р.)* Дніпро, 2019. Т.3. С. 295.

29. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму: моногр. Київ : Фенікс, 2010. 368 с.
30. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В.І. Бондаря. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.
31. Столярик О. Стигматизація осіб з розладами спектру аутизму та членів їхніх родин як феномен та як процес. *Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму*. 2019. Вип. 3. С. 44-57.
32. Сухіна І.В. Родинно-орієнтований підхід у контексті комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2014. Вип. 5. С. 182-192.
33. Танасієнко О.В. Аутизм, сім'я, суспільство: роздуми напередодні одного благодійного проекту. *Сімейна політика в Україні: пробл. перспективи розвитку: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 04 квіт. 2018 р.)* Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. 2018. 174 с.
34. Тарасун В.В. Концепція нейропсихологічної діагностики стану соціоемоційного розвитку дитини з аутизмом. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. 2013. Вип. 24. С. 226-233.
35. Тарасун В.В., Хворова Г.М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Київ : Наук. світ., 2004. 100 с.
36. Усатенко Г.В. Практичні аспекти створення символів альтернативної та додаткової комунікації для відновлення комунікативних навичок у людей з афазіями. *Наукові студії з соціальної та політ. психології*. 2021.
37. Хамітов Н.В. Комунікація : енцикл. сучасної України / ред.: І.М. Дзюба, А.І. Жуковський. 2006. URL: https://esu.com.ua/search_articles.php?id=4422
38. Химко М.Б. Психологічні чинники батьківського ставлення до дітей з аутизмом: гендерний аспект. *Збірник матеріалів науково-практичної конференції «Гендерна освіта–ресурс розвитку паритетної демократії»*. Київ, 2011. 789 с.

39. Царькова О.В. Почуття провини як компонент психологічного клімату у родині, де росте дитина з особливими потребами. *Наука і освіта*. 2015. Вип. 7. С. 115-120.
40. Чайка М.С., Усатенко Г.В., Кривоногова О.В. Теорія та практика використання альтернативної комунікації для осіб з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. Київ : ФОП Усатенко Г. В., 2021. 80 с.
41. Чуприков А.П., Винник М.І., Багрій Я.Т. Розлади спектру аутизму : навч.-метод. посіб. Івано-Франківськ : Вид-во ІФДМА, 2005. 48 с.
42. Шульженко Д.І. Етична та психокорекційна складові інклюзивної системи навчання учнів із інтелектуальними та аутистичними порушеннями. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова*. 2018. Вип. 35. С. 173-180.
43. Яблуновська Л. Генеза становлення соціальної роботи з дітьми-аутистами. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова*. 2018. Вип. 25. С. 133-142.
44. Allik H, Larsson, J & Smedje H. Health-related quality of life in parents of school- age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2006. № 4 (1). P. 1-8.
45. Altieri M.J., & von Kluge S. Family functioning and coping behavior in parents of children with autism. *Journal of Child and Family Studies*. 2009. №18. P.83-92.
46. Bailey B., & Arciuli J. Indigenous Australians with autism: A scoping review. *Autism*. 2020. 24(5). P. 1031-1046.
47. Bakar R.A. Understanding support for parents of autistic children through a whatsapp group. *Asia Proceedings of Social Sciences*. 2019. №4(2). P. 17-120.
48. Bakare M.O., Taiwo O.G., Bello-Mojeed M.A., & Munir K.M. Autism Spectrum Disorders in Nigeria: A Scoping Review of Literature and Opinion on Future Research and Social Policy Directions. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2019. 30(3). P. 899.

49. Bu H., & Duan W. Strength-Based Flourishing Intervention to Promote Resilience in Individuals With Physical Disabilities in Disadvantaged Communities: A Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice*. 2021. №31(1). P. 53 – 64.
50. Chiri G., & Warfield M.E. Unmet need and problems accessing core health care services for children with autism spectrum disorder. *Maternal and child health journal*. 2012. 16(5). P. 1081-1091.
51. Crook C., & Garratt D. (2005). The positivist paradigm in contemporary social science research. *Research methods in the social sciences*. P.207-214.
52. Dardas L.A., & Ahmad M.M. Quality of life among parents of children with autistic disorder: *A sample from the Arab world*. *Research in developmental disabilities*. 2014. №35(2). P. 278-287.
53. DuBay M., Watson L. R., & Zhang W. In search of culturally appropriate autism interventions: Perspectives of Latino caregivers. *Journal of autism and developmental disorders*, 2018. №48 (5). P. 1623-1639.
54. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision. *The global standard for diagnostic health information. Reference Guide*. 2022. icd.who.int.
55. Lee G.K., Lopata C., Volker M.A. Health-related quality of life of parents of children with high-functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2009. №24. P.227-239.
56. Meadan H., Halle J., Ebata A. Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children*. 2010. №77. P.7-36.
57. Pennefather J., Hieneman M., Raulston T. J., & Caraway N. (2018). Evaluation of an online training program to improve family routines, parental well-being, and the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, P.21-26.
58. Sharifi V. Current Status of Health and Social Services for Children with Autism in Iran: Parents' Perspectives. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2019. №14. P. 76.