

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені І.І. МЕЧНИКОВА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «**Індивідуально-психологічні особливості дітей з розладами
аутистичного спектру**»

**«Individual psychological features of children with autism spectrum
disorders»**

Виконала: здобувачка очної форми навчання
спеціальності 053 «Психологія»

Освітня програма «Психологія»

Стас Оксана Валеріївна

Керівник: к. психол. н., доцент **Базика Є.Л.**

Рецензент: д. психол. н., професор кафедри
дефектології і фізичної реабілітації

ПНПУ ім. К. Д. Ушинського **Соколова Г.Б.**

Рекомендовано до захисту:
Протокол засідання кафедри
№ 4 від 21 листопада 2024 р.
Завідувач кафедри Кононенко О.І.

Захищено на засіданні ЕК № _____
протокол № _____ від _____ 2024р.
Оцінка _____ / _____
Голова ЕК Родіна Н.В.

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП³

7

7

21

28

38

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ⁴⁰

40

Error! Bookmark not defined.

дітей з РАС.....43

Висновки до другого розділу**Error! Bookmark not defined.**

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ⁵⁰

3.1 Аналіз результатів діагностики когнітивної сфери дітей з розладами аутистичного спектру⁵⁰

3.2 Дослідження особливостей емоційно-вольової сфери дітей з розладами аутистичного спектру⁵⁹

3.3 Вивчення специфіки соціальної взаємодії та комунікації дітей з розладами аутистичного спектру⁶⁹

3.4. Розробка рекомендацій щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру⁷⁵

Висновки до третього розділу**Error! Bookmark not defined.**

ВИСНОВКИ⁸¹

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....81

ДОДАТКИ⁹⁴

ВСТУП

Актуальність дослідження. Аутизм є однією з найбільш швидкозростаючих проблем охорони здоров'я у всьому світі, на яку страждають до 70 мільйонів людей, що спричиняє серйозний вплив на соціальний розвиток дітей. Загалом, про аутизм у країнах, що розвиваються, написано відносно мало порівняно з тим, що було опубліковано про аутизм в Європі. Як і в західному світі, в Україні спостерігається зростання поширеності аутизму впродовж багатьох років. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) - «1 дитина зі 160 страждає розладом аутистичного спектру. В Україні зареєстровано понад 7 тисяч таких дітей». Колись аутизм вважався рідкісним явищем, але сьогодні ми розуміємо, що аутизм насправді є одним із найпоширеніших порушень розвитку.

Важливість уваги до особистісних аутистичних розладів у дітей підтверджується чисельною кількістю наукових досліджень українських авторів. Особистісним психологічним особливостям дітей з РАС присвячені дослідження К. Островської, М. Породько, Т. Скрипник, В. Тарасун, Т. Хворової, Д. Шульженко; еволюції наукових уявлень про розлади аутистичного спектра досліджували А. Богданишина, Л. Бурлачук, І. Лисенко; методичні підходи щодо виявлення особливостей у дітей з РАС І. Марценковський, І. Марценковська, К. Островська, Х. Качмарик, Л. Дробіт; визначення розладів аутистичного спектра досліджували: Бернард Рімланд (1964), О. Богдашина, Вінг Л. і Гулд Дж., К. Гілберт, Т. Пітерс, Раб Г'юстон, Ута Фріт, А. Іваненко, І. Дмитрієва, К. Ямпонець; комунікацію та розвиток мовлення розглядають Н. Базима, І. Логінова, Ю. Товкес; основи корекційної роботи при аутизмі досліджували Л. Рибченко, Г. Хворова, Д. Шульженко, С. Яковлева.

Актуальність дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру обумовлена необхідністю забезпечення адекватної діагностики, раннього втручання, індивідуалізованого підходу до навчання та соціалізації, а також підтримки сімей. Глибше розуміння цих особливостей сприяє покращенню якості життя

дітей з РАС та їх родин, а також розробці ефективних методів лікування і корекції.

Мета дослідження полягає у теоретичному визначенні та емпіричному дослідженні індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС для формування ефективних методів їх підтримки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати науково-психологічну літературу щодо визначення основних термінів і понять індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС, вивчити історію та еволюції наукових уявлень про РАС.

2. Розглянути методичні підходи щодо оцінки когнітивних, емоційних, соціальних та поведінкових аспектів розвитку дітей з РАС.

3. Провести емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС.

4. Розробка рекомендацій щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру.

Об'єктом дослідження було обрано дітей з розладами аутистичного спектру.

Предметом дослідження стали специфічні індивідуально-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектру.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження та вирішення поставлених завдань, у роботі були використані як теоретичні, так і емпіричні методи дослідження.

- Теоретичні методи дослідження

На етапі підготовки роботи було проведено аналіз наукової та методичної літератури, що стосується проблематиці теми дослідження. Окрім цього, використовувався метод узагальнення та систематизації існуючих методичних підходів щодо оцінки когнітивних, емоційних, соціальних та поведінкових аспектів розвитку дітей з РАС.

- Емпіричні методи дослідження

Для проведення емпіричного дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС було застосовано кілька методів збору даних: анкетування батьків (анкета у додатку А), структуроване спостереження за допомогою методики CARS (Childhood Autism Rating Scale), психодіагностичні методи - було використано наступні стандартизовані методики: SRS-2 (Social Responsiveness Scale, Second Edition) та SCQ (Social Communication Questionnaire).

- Для обробки отриманих даних були використані як методи первинної математичної статистики (описова статистика, побудова графіків та діаграм, середній показник) так і вторинної, а саме кореляційний аналіз для вивчення взаємозв'язків між різними аспектами розвитку дітей з РАС за допомогою програми SPSS Statistics 25.

Організація і база проведення емпіричної роботи. Дослідження було проведене в центрах розвитку міста Одеси: «Є контакт», «Наше світло», що спеціалізуються, зокрема, на роботі з дітьми у спектрі аутизму та реабілітаційному центрі «Майбутнє» (Будинок з ангелом).

Практичне значення роботи. Робота має важливе практичне значення, оскільки вивчає індивідуально-психологічні особливості дітей з розладами аутистичного спектру та полягає в розробці конкретних рекомендацій щодо психолого-педагогічного супроводу таких дітей. Ці рекомендації можуть бути безпосередньо використані психологами, педагогами та батьками для створення ефективних індивідуальних програм розвитку та навчання дітей з РАС. Результати дослідження також можуть бути застосовані для вдосконалення діагностичних процедур, що дозволить більш точно визначати індивідуальні особливості дітей з РАС та їхні потреби.

Структура і обсяг роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів з підрозділами, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (83) 11 з яких іноземною мовою. Робота налічує 6

рисунків та 26 таблиць. Основний зміст роботи викладено на 80 сторінках, загальний – 94 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1 Визначення основних термінів і понять індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС

Вивчення індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) вимагає визначення та роз'яснення ряду ключових термінів і понять, що допомагають чітко структурувати дослідження і краще розуміти специфіку цього стану. Аутизм (у переводі з грецької мови: autos — «сам»; аутизм — «занурення в себе»), або розлади аутистичного спектра (РАС), є групою нейророзвиткових розладів, які характеризуються труднощами у соціальній взаємодії, комунікації, а також стереотипною, повторюваною поведінкою та обмеженими інтересами. Цей стан може бути важким або легким, і поведінка та інтереси дитини є відмінними від поведінки та інтересів дітей без цього стану. Аутизм не є медичним захворюванням, яке можна вилікувати, але люди з аутизмом можуть потребувати допомоги в певних речах.

Термін "аутизм" вперше був введений швейцарським психіатром Ейгеном Блейлером (Eugen Bleuler) у 1911 році [74]. Блейлер використовував цей термін для опису симптомів шизофренії, особливо відчуження від соціальної взаємодії і відключення від реальності. Він вважав - «аутизм проявом внутрішнього світу хворого, коли пацієнт занурюється у свої власні фантазії і втрачає зв'язок з оточуючими» [74].

Однак, концепція аутизму в тому вигляді, в якому ми її знаємо сьогодні, була розвинена пізніше. Американський психіатр Лео Каннер (уродженець України) в 1943 році вперше описав аутизм як: «окремий розлад, відомий тепер як класичний аутизм або аутизм Каннера» [79]. У своїй роботі "Аутистичні порушення емоційного контакту" Каннер описав групу дітей з відмінними поведінковими та комунікаційними особливостями,

включаючи труднощі в соціальній взаємодії, обмежені інтереси та повторювану поведінку. У цій роботі, в якій вперше отримує визнання аутизм, Каннер: «...звернув увагу на значні проблеми, з якими ці діти стикалися під час змін у соціальних заняттях, згадав про багато незвичайних особливостей мовленнєвого/комунікативного розвитку, які сьогодні розглядаються фахівцями як ключові ознаки аутизму» [79].

У той самий час, але незалежно від Каннера, австрійський педіатр Ганс Аспергер [75, с. 2024—2027.] описав схожий розлад, який пізніше був названий синдромом Аспергера.

Таким чином, Ейген Блейлер ввів термін "аутизм" у контексті шизофренії, але Лео Каннер та Ганс Аспергер стали зачинателями у розумінні аутизму як окремого розладу.

Британська дослідниця Лорна Вінг (1981) виявила та популяризувала роботу Г.Аспергера про аутичні особливості поведінки та комунікації групи дітей із нормальним інтелектом. Так виник новий діагноз «синдром Аспергера» [83].

Л. Вінг зазначала, що аутизм [83]:

- Є спектром розладів та включає широкий спектр симптомів і варіантів поведінки, від легких до тяжких форм. Це означає, що кожна людина з аутизмом є унікальною, і рівень підтримки, який вона потребує, може сильно варіюватися.
- Охоплює різні рівні інтелектуальних здібностей: діти з аутизмом можуть мати різні рівні інтелектуальних здібностей, від інтелектуальних порушень до високо функціонального аутизму, коли інтелект залишається в межах або вище середнього рівня.
- Пов'язаний з порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та поведінки.
- Може супроводжуватися іншими станами, такими як епілепсія, тривожні розлади, порушення сну та гіперактивність.

- Може бути діагностований у будь-якому віці, включаючи підлітковий період та доросле життя.
- Не є наслідком емоційних травм або поганого виховання.

Завдяки роботі Лорни Вінг, концепція аутизму була розширена та глибше зрозуміла, що дозволило розробити більш індивідуалізовані підходи до діагностики, підтримки та терапії людей з розладами аутистичного спектра [83].

Також Л. Вінг і Дж. Гоулд ввели термін «розлади аутистичного спектра», який показує, що є цілий спектр проблем і підтипів аутизму [15, с. 11-29].

На думку Роберта Шрамма, аутизм - це назва, створена для опису певної поведінки, характерної для групи людей. «Аутизм – це не хвороба, що потребує лікування, а описовий термін для людей, які відчувають певні складнощі в навчанні» [68; 69].

Кетрін Морис, Джина Грин, Стивен К. Льюс визначали аутизм, як - «синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які мають неврологічну базу, але, тим не менш, можуть змінюватися під впливом спеціальних, ретельно спланованих, конструктивних взаємодій з оточуючими» [33].

Бернард Рімланд (1964) надав стислий огляд світової літератури з аутизму та обґрунтував свою точку зору на аутизм як органічне порушення мозку [7].

Мері Лінч Барбера, будучи відомою експерткою у галузі аутизму, надає своє бачення та визначення аутизму, зосереджуючись на практичних аспектах і втручаннях для покращення життя дітей з цим розладом. Вона зазначає, «що аутизм є нейророзвитковим розладом, що впливає на здатність дитини до комунікації, соціальної взаємодії та поведінки. Він зазвичай проявляється у ранньому дитинстві. Аутизм розглядається як спектр, що означає наявність широкого діапазону симптомів і ступенів їх вираженості. Кожна дитина з аутизмом унікальна, і її потреби та здібності можуть значно відрізнятися від інших» [6].

Ряд науковців надають таке визначення: «Аутизм - це складний неврологічний стан, що характеризується дисфункцією в дитячому віці в декількох когнітивних сферах, включно із соціально-емоційною функцією, мовленням і мовою, а також обробкою внутрішніх і зовнішніх стимулів» [82].

Т. Пітерс, вважає аутизм порушенням розвитку, первазивним порушенням, а не формою психічного захворювання [49].

На думку науковців краще використовувати термінологію, що розглядає аутизм як розлад, «що вражає особистість, ніж такі терміни, як «аутичні діти» або, ще гірше, “аутисти”. Діти, підлітки та дорослі страждають від аутизму, але вони не аутисти. Усі люди, яким був поставлений діагноз аутизму, мають складні симптоми в усіх сферах соціальних, комунікативних і поведінкових порушень» [18].

Вчені зазначають, що аутизм у своєму прояві є досить великим клініко-психопатологічним комплексом. Будучи мультифакторним захворюванням, «аутизм також різноманітний за своїми клінічними варіантами - від здатності до самостійного життя і вирішення повсякденних побутових проблеми до повної дезадаптації в усіх сферах життєдіяльності» [55]. Погляди вчених щодо сутності поняття “аутизм” наведено в табл.1.1.

Таблиця 1.1

Порівняльна таблиця поняття аутизм

Джерело	Сутність поняття
1	2
Eugen Bleuler	Прояв внутрішнього світу хворого, коли пацієнт занурюється у свої власні фантазії і втрачає зв'язок з оточуючими

Продовження табл 1.1

Лео Каннер	Окремий розлад дітей з відмінними поведінковими та комунікаційними особливостями, включаючи труднощі в соціальній взаємодії, обмежені інтереси та повторювану поведінку.
Ганс Аспергер	Розлад розвитку, що характеризується значними труднощами в соціальній взаємодії та невербальному спілкуванні поряд з обмеженими і повторюваними патернами поведінки та інтересами.
Лорна Вінг	Є спектром розладів та включає широкий спектр симптомів і варіантів поведінки, від легких до тяжких форм; охоплює різні рівні інтелектуальних здібностей; пов'язаний з порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та поведінки.
Роберт Шрамм	Це назва, створена для опису певної поведінки, характерної для групи людей. Аутизм – це не хвороба, що потребує лікування, а описовий термін для людей, які відчувають певні складнощі в навчанні.
Кэтрин Морис, Джина Грин, Стивен К. Льюс	Синдром поведінкових дефіцитів і надлишків, які мають неврологічну базу, але, тим не менш, можуть змінюватися під впливом спеціальних, ретельно спланованих, конструктивних взаємодій з оточуючими.
Бернард Рімланд	Аутизм - органічне порушення мозку.
Мері Лінч Барбера	Аутизм є нейророзвитковим розладом, що впливає на здатність дитини до комунікації, соціальної взаємодії та поведінки; розглядається як спектр, що означає наявність широкого діапазону симптомів і ступенів їх вираженості.
Zielinski BA, Anderson JS, Froehlich AL	Аутизм - це складний неврологічний стан, що характеризується дисфункцією в дитячому віці в декількох когнітивних сферах, включно із соціально-емоційною функцією, мовленням і мовою, а також обробкою внутрішніх і зовнішніх стимулів.
Т. Пітерс	Аутизм — це порушення розвитку, первазивне порушення, а не форма психічного захворювання.
Садуакасова К. Святова Г., Касенова Г., Кондибаєва А.	Аутизм є досить великим клініко-психопатологічним комплексом. Будучи мультифакторним захворюванням, аутизм також різноманітний за своїми клінічними варіантами - від здатності до самостійного життя і вирішення повсякденних побутових проблеми до повної дезадаптації в усіх сферах життєдіяльності.

Складено автором на основі зазначених джерел

Згідно Національного класифікатору України Міністерства охорони здоров'я України (2022 рік) «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» аутизм включено до компоненту «Глобальні психосоціальні функції», який трактується таким чином: «Загальні ментальні функції, що розвиваються впродовж життя, які необхідні, щоб розуміти та

конструктивно інтегрувати ментальні функції, які призводять до формування особистих навичок, необхідних для встановлення взаємних соціальних взаємодій з точки зору як значення, так і мети» [29].

Здійснюючи порівняльний аналіз визначення терміну «аутизм» за ключовими словами доходимо висновку, що: аутизм, це: не хвороба, а порушення розвитку, не обмежене тільки дитячим віком, зазвичай проявляється у ранньому дитинстві і триває протягом усього життя; нейророзвитковий розлад, що характеризується стійкими труднощами в соціальній комунікації та взаємодії, а також обмеженими та повторюваними моделями поведінки, інтересів або діяльностей.

Визначення терміну «аутизм» допомогло виявити низку психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру.

Для кращого розуміння різноманітності симптомів РАС, розглянемо наступну схему:

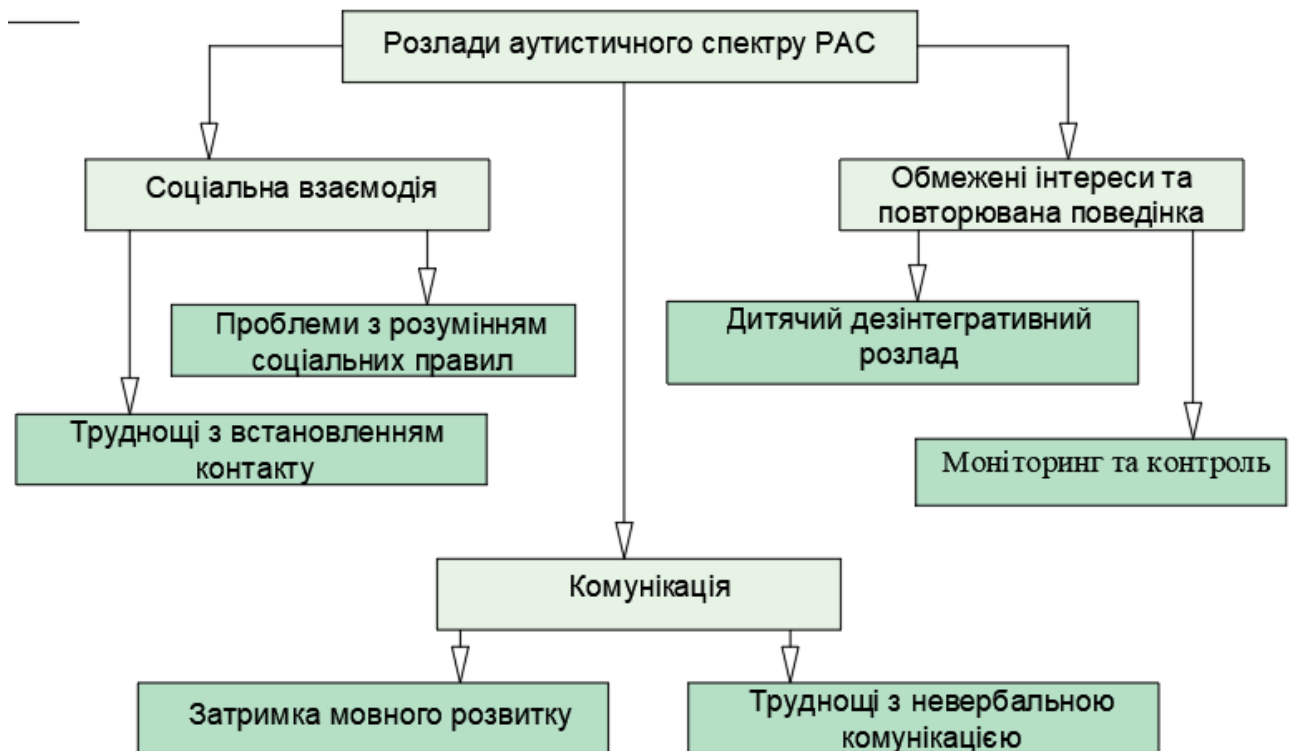


Рис. 1.1 Основні симптоми РАС

Ця схема демонструє основні категорії симптомів РАС: соціальна взаємодія, комунікація, поведінка та сенсорні особливості. Вона підкреслює,

що РАС впливає на різні аспекти функціонування людини і що симптоми можуть проявлятися по-різному у кожної особи.

Особистісні особливості дітей з РАС можуть значно відрізнятися залежно від індивідуальних характеристик, рівня розвитку, оточення та специфічних симптомів. Однак, деякі спільні риси особливостей часто зустрічаються у дітей з РАС. Розглянемо кожен з цих особливостей.

1. Соціальні особливості:

Для аутистичних дітей характерні труднощі невербальної комунікації, а саме: використання жестів, мимічної експресії, рухів тіла. Дуже часто відсутній вказівний жест. «Дитина бере батьків за руку і веде до об'єкта, підходить до місця його звичного розташування і чекає, поки йому дадуть предмет. Отже, уже на ранніх етапах розвитку в дітей з аутизмом наявні ознаки перекручування специфічних вроджених поведінкових паттернів, характерних для нормальних дітей» [44].

Необхідно враховувати, що: «аутичні риси дитини, труднощі у встановленні контакту з однолітками, специфічні міжособистісні відносини, ігнорування інтересів однолітків або надмірно нав'язлива поведінка часто стають причиною соціальної відстороненості з боку однокласників, вчителів. Неадекватна поведінка, навіть в легкій формі (вигукування в класі, розгойдування на стільці), може заважати учителю проводити урок, не кажучи вже про більш серйозні форми проблематичної поведінки, таких як агресія або аутоагресія особливостей розвитку дитини з аутизмом. Труднощі у розумінні і використанні невербальної комунікації (жести, миміка, контакт очима)» [62].

2. Комунікативні особливості:

Скрипник Т., виділяє дві форми аутизму: вербальний і невербальний. «У дітей, які страждають першою формою аутизму, наявне функціональне мовлення, хоча, вони починають говорити пізніше, ніж звичайні діти, і розвиток їхнього мовлення відбувається повільно й нерівномірно. Друга

група дітей з невербальним аутизмом не набуває функціонального мовлення» [56].

Затримки та порушення розвитку мовлення суть головні відмітні ознаки аутизму. Ці затримки та порушення надалі мають прямий вплив на безліч важливих навичок, таких як інтелектуальна та соціальна поведінка [6].

Нікольська О.С. також вважає, що найголовнішою ідентифікаційною ознакою є характерне для глибоко аутичної дитини глобальне порушення комунікації. Вона наголошує: «У разі дитячого аутизму можливість комунікації порушена загалом, до того ж найважчою для таких дітей є організація якраз необов'язкових ігрових контактів з однолітками» [40].

Розмова з дитиною з РАС має низку особливостей. Найчастіше дитина правильно та доречно відповість згодою на поставлене запитання. Якщо питання вимагає відповіді «ні», то для дитини сформулювати таку фразу набагато складніше. Звичні питання найчастіше не викликають вираженого дискомфорту, але розгорнута відповідь дитина навряд чи формулюватиме. «Незвичне питання дитина швидше за все проігнорує, або може повторювати його закінчення (ехолалія) Водночас, ехолалія є швидше позитивним, ніж негативним явищем» [21].

Таблиця 1.2

Основні особливості соціальної взаємодії та комунікації дітей з РАС

Сфера	Особливості
Соціальна взаємодія	- Труднощі у встановленні та підтримці зорового контакту
	- Обмежений інтерес до соціальної взаємодії
	- Труднощі у розумінні соціальних правил та норм
	- Проблеми з розпізнаванням емоцій та невербальних сигналів
Комунікація	- Дефіцит емпатії та "теорії розуму"
	- Затримка або атиповий розвиток мовлення
	- Ехолалія
	- Труднощі з використанням та розумінням жестів
	- Особливості просодії мовлення
- Труднощі з підтриманням розмови та розумінням контексту	

Особливості соціальної взаємодії та комунікації дітей з РАС можуть впливати на їхню здатність до навчання та соціальної адаптації. Труднощі з розумінням соціальних сигналів та правил поведінки можуть призводити до

проблем у шкільному середовищі, ускладнювати формування дружніх стосунків та участь у групових активностях [24].

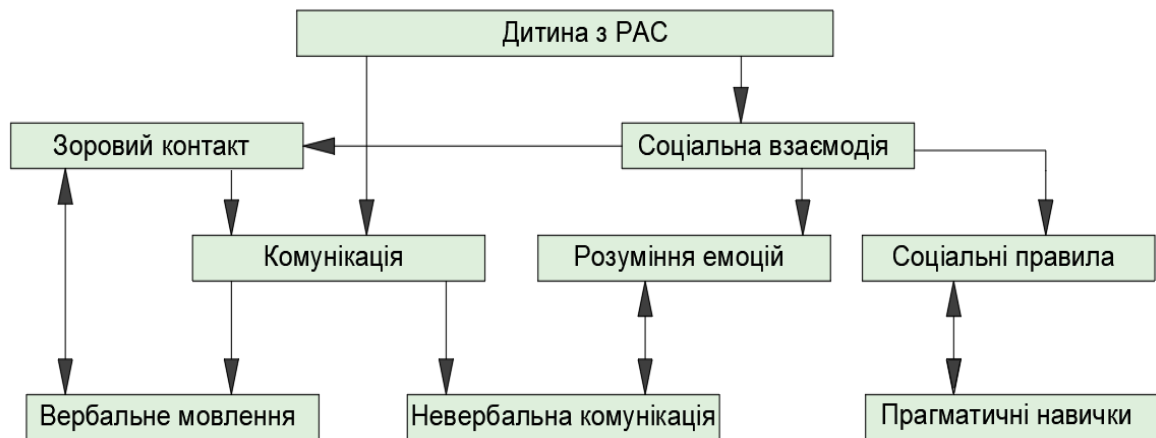


Рис. 1.2 Взаємозв'язок між особливостями соціальної взаємодії та комунікації у дітей з РАС

Цей рисунок наочно демонструє складність та взаємопов'язаність різних аспектів соціальної взаємодії та комунікації у дітей з РАС. Він підкреслює необхідність комплексного підходу до оцінки та корекції цих навичок у дітей з РАС [25].

3. Когнітивні особливості:

Проблею для дітей із РАС є їхні стереотипні інтереси. Це видно ще тоді, коли, «будучи дітьми, вони починають зберігати якісь предмети, виконувати щодня непотрібні дії, повторювати рухи в певній послідовності... Ці стереотипи перешкоджають виконанню важливих щоденних справ та порушують функціонування дитини (наприклад, вона відкладає сніданок, відмовляється іти спати, поки не виконає послідовних дій)» [25].

«Особливості когнітивних процесів у дітей з аутизмом проявляються через символічні ігри, які відрізняються вираженими стереотипами (наприклад, дитина може годинами гратися з мотузкою, паличками). Можливий високий рівень розвитку механічної пам'яті як в зоровій, так і в

слуховій модальностях. Дуже чутливе сприймання (наприклад, дитина може помітити невелику крапку, почути слабкий звук)» [63].

Аутистів цікавлять не стільки зміст, скільки деталі. Власне звідси походить вираз "загадка аутизму". «Загадка прихована в тому, що окремі деталі не мають сенсу окремо... Деталі для них є важливішими, і вони не втрачають своєї цінності навіть після розгадки, тобто після отримання цілісної картини. Ціле не має для них інтересу, інколи головоломки вони розгадують у зворотному порядку. А коли розгадка готова, така дитина навіть не дивиться на результат» [44].

Важливо враховувати, що багато дітей з РАС демонструють особливості у сприйнятті часу. Це може проявлятися у труднощах з розумінням концепцій минулого, теперішнього та майбутнього, проблемах з оцінкою тривалості подій, а також у труднощах з плануванням та організацією діяльності в часі [26, с. 225–235].

Особливості соціального пізнання є ще однією важливою характеристикою когнітивного профілю дітей з РАС. Це включає труднощі з розумінням думок, почуттів та намірів інших людей (так звана "теорія розуму"), а також проблеми з розумінням соціальних правил та норм поведінки [81, с. 75–83].

Особливості когнітивних функцій у дітей з РАС надано в табл.1.3.

Таблиця 1.3

Особливості когнітивних функцій у дітей з РАС

Когнітивна функція	Особливості
Сенсорна обробка	- Гіпер- або гіпочутливість до сенсорних стимулів - Труднощі з інтеграцією сенсорної інформації
Увага	- Проблеми з переключенням та розподілом уваги - Висока концентрація на об'єктах інтересу
Пам'ять	- Сильні сторони у механічній пам'яті - Труднощі з автобіографічною пам'яттю
Виконавчі функції	- Проблеми з плануванням та організацією

	- Слабкий самоконтроль
Мовлення	- Затримка мовленнєвого розвитку
	- Труднощі з прагматичними аспектами мови

Слід зазначити, що багато дітей з РАС демонструють труднощі з абстрактним мисленням. Вони можуть мати проблеми з розумінням метафор, ідіом та інших форм непрямого мовлення, а також з узагальненням концепцій та застосуванням знань у нових ситуаціях.

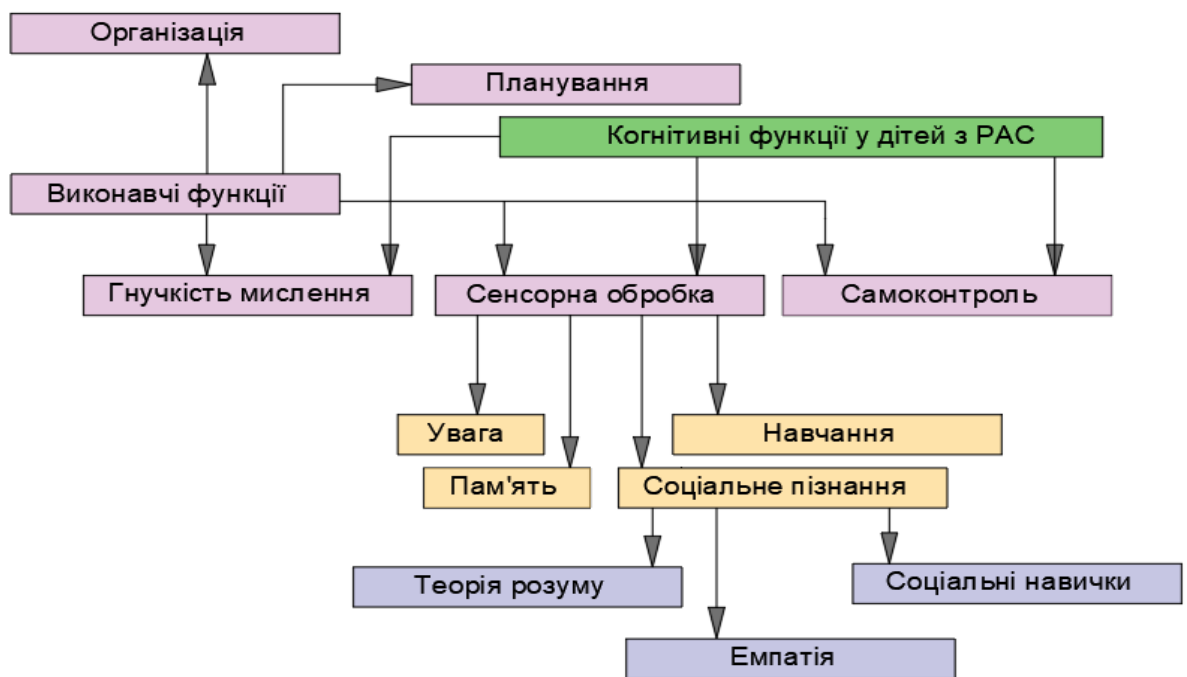


Рис. 1.3 Взаємозв'язок когнітивних функцій у дітей з РАС

Ця схема демонструє взаємозв'язок між різними когнітивними функціями у дітей з РАС, підкреслюючи комплексний характер когнітивного профілю та необхідність врахування цих взаємозв'язків при розробці стратегій втручання.

4. Емоційні особливості:

«Слабкість емоційного реагування стосовно близьких людей, аж до повної байдужості до них (афективна блокада); проте поруч з байдужістю,

можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина відмовляється залишатися без матері, хоча ніколи не буває з нею ласкавою» [30].

Дитина уникає групових ігор, поводить себе агресивно, постійно демонструючи, як їй важко переносити ігрову ситуацію, кричить, б'є інших дітей, не зауважує на прохання, зауваження, ігноруючи прохання педагогів «бути слухняною, доброю, товариською, спокійною тощо» [70].

Таблиця 1.4

Особливості емоційних функцій у дітей з РАС

Емоційна функція	Особливості
Розпізнавання емоцій	- Труднощі з інтерпретацією виразів обличчя та тону голосу
Емоційна експресія	- Обмежений діапазон емоційних виразів
Прив'язаність	- Атипові патерни прив'язаності
Емпатія	- Труднощі з розумінням перспективи інших
Емоційна регуляція	- Труднощі з управлінням емоціями

5. Повторювані та стереотипні поведінкові патерни:

Існує багато форм стереотипної поведінки. Найчастіші – це крутіння предметами (наприклад, колесами машинки) і сенсорно-моторні дії (кивання головою, махання руками). Деякі дослідники стверджують, що «діти так поведуться тоді, коли не знають, що треба робити чи як бавитись предметами. Тоді дитина знаходить собі додаткову стимуляцію, якої не може досягнути в інший спосіб» [44].

Науковці в своїх працях акцентують увагу на психомоторному розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. Вони визначили такі: «ознаки порушення психомоторного розвитку дітей: вправи та рухи, для яких необхідний самоконтроль переважно уникаються або виконання утруднене; порушена координація правої та лівої рук; рухи тіла та кінцівок характеризуються незграбністю; страждає переключення з одного руху на інший; відтерміновано виконання» [50; 71].

6. Адаптивна поведінка:

Нерідко відвідування нових місць викликає страх в дитини. Іноді у дитини може бути дуже мало справ, якими вона готова займатися (деякі діти готові тільки дивитися мультики, їсти і спати, решта подій лякає їх і викликає опір) [66].

Особливістю розвитку дитини з аутизмом є прояви дезадаптації, які не зустрічаються при нейротиповому розвитку дитини. Наприклад: «Навмисно руйнує, знищує власне або чуже майно. Демонструє поведінку, що завдає шкоди самій собі тощо» [62].

Таблиця 1.5

Основні поведінкові характеристики дітей з РАС

Сфера	Характеристики
Поведінков а	- Обмежені, повторювані патерни поведінки
	- Незвичайні сенсорні реакції
	- Ригідність та опір змінам
	- Стереотипні рухи
	- Фіксація на певних об'єктах або темах

7. Сенсорні особливості:

Дитина може проявляти труднощі з натягуванням одягу, може не впоратися з більш складними завданнями при одяганні, «наприклад, застібанням гудзиків або блискавки. Під час їжі дитина не пережовує її ретельно, не прикладає достатньої сили, наприклад, щоб вкусити яблуко... Відчуває труднощі пошуку очима конкретного предмета, який знаходиться в русі. У неї можуть бути проблеми з пошуком одягу, складності з підбором шкарпеток, взуття. При одяганні дитина може відчувати проблеми з підтримкою рівноваги... Дратується від голосних звуків, які легко розсіюються; здається не чує, коли хтось її кличе; часто закриває вуха або голосно говорить, щоб відокремитися від шуму» [12].

Вчені акцентують увагу на аномальність реакції на сенсорні подразники. «Аномальність - це не просто відсутність реакції, а її незвичність: сенсорна вразливість та ігнорування стимулу, парадоксальність відповіді або «над зачарованість» окремими враженнями» [12].

Отже, здійснений теоретичний аналіз та узагальнення наявної в науковій літературі інформації щодо визначення поняття «аутизм» показав, що: аутизм, це: не хвороба, а порушення розвитку, не обмежене тільки дитячим віком, зазвичай проявляється у ранньому дитинстві і триває протягом усього життя; нейророзвитковий розлад, що характеризується стійкими труднощами в соціальній комунікації та взаємодії, а також обмеженими та повторюваними моделями поведінки, інтересів або діяльностей.

Розглянуто особливості, які притаманні дітям з аутизмом та їх сутність, запропоновану вченими. Визначено спільні особливості:

1. Соціальні особливості: труднощі у розумінні та використанні невербальної комунікації (жести, міміка, контакт очима); відсутність або обмеженість інтересу до соціальної взаємодії з іншими дітьми та дорослими; проблеми з формуванням і підтримкою дружніх стосунків, зокрема через труднощі в розумінні соціальних норм та правил.

2. Комунікативні особливості: варіативність у розвитку мовлення: від повної відсутності мовлення до високорозвиненої мови, яка використовується в атиповий спосіб; труднощі у використанні мови для соціальної комунікації, наприклад, розуміння сарказму, жартів або метафор; можлива наявність ехолалії — повторення слів або фраз, які були почуті.

3. Когнітивні особливості: висока сприйнятливність до деталей, іноді з труднощами у сприйнятті загальної картини або концепцій; специфічні інтереси або захоплення, часто інтенсивні та обмежені, з глибокими знаннями в обраних сферах; можливі труднощі з абстрактним мисленням або переносом навичок з однієї ситуації в іншу.

4. Емоційні особливості: труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій, а також у розумінні емоцій інших людей; вразливість до стресових ситуацій, можливі емоційні кризи або збої в емоційній регуляції.

5. Повторювані та стереотипні поведінкові патерни: наявність стереотипних рухів (розмахування руками, стрибання, хитання тілом);

прихильність до рутин і ритуалів, часто з опором до змін; специфічні ігрові поведінкові патерни, такі як впорядкування предметів або повторюване використання іграшок; порушення психомоторного розвитку.

6. Адаптивна поведінка: труднощі з виконанням повсякденних завдань, що вимагають самостійності або самодисципліни; проблеми з орієнтацією в нових або незнайомих ситуаціях.

7. Сенсорні особливості: атипова реакція на сенсорні стимули: гіперчутливість або гіпочутливість до звуків, світла, текстур, смаків, запахів; уникнення або надмірний пошук сенсорних відчуттів.

Діти з розладами аутистичного спектру можуть мати ряд індивідуальних психологічних особливостей, які варіюються залежно від кожної дитини та можуть змінюватися з часом. Розуміння цих особливостей є ключовим для забезпечення ефективної підтримки та створення оптимальних умов для розвитку дітей з РАС. Кожна дитина унікальна, і важливо враховувати її індивідуальні потреби та здібності.

1.2 Вивчення розладів аутистичного спектра (аутизму) в історичному контексті та на сучасному етапі

Мабуть, аутизм існував завжди. Майже в кожній культурі ми можемо знайти перекази, в яких розповідаються історії про аутизм. Перший відомий випадок ймовірного аутизму з Шотландії вісімнадцятого століття був описаний англійським істориком Ребом Г'юстоном і німецьким психологом Утою Фріт у їхній спільній роботі *Autism in history: the case of Hugh Blair of Borgue* [53]. Науковці провели дослідження стану Г'ю Блера, зібрали переконливі дані, щоб показати, що Блер був, насправді, аутистом і дійшли висновку, що це є випадком аутизму в історії.

Відома згадка про розлади аутистичного спектра відноситься до 1809 року. Вона була зроблена відомим англійським лікарем, аптекарем і письменником Джоном Хасламом у книзі *Observations on Madness and*

Melancholy (Хаслам Джон. Спостереження над божевіллям і меланхолією: включно з практичними зауваженнями про ці хвороби разом із прикладами й описом хворобливих проявів при розтині) [51]. Він описав 6-річного хлопчика, який своєю поведінкою нагадував людину з високофункціональним аутизмом, або синдромом Аспергера. Хаслам писав, що хлопчик надавав перевагу самотності, мав вузькоспрямовані інтереси та увесь вільний час грався з солдатиками і слухав військові марші [51].

Французький дослідник Дж. М. Ітар у 1828 році у своїй роботі «Мутизм, викликаний ураженням інтелектуальних функцій» узагальнив результати своїх 28-річних досліджень в інституті СурМуе (Париж). Він описав 12-річного хлопчика, який жив у лісах Аверона («дикий хлопчик з Аверона»), назвавши його «інтелектуальним мутизмом» [8].

Ітар провів ретельне вивчення рівня уваги, пам'яті та імітаційних здібностей подібних дітей, і дійшов висновку, що діти з інтелектуальним мутизмом асоціальні, відчують величезні труднощі у встановленні дружніх стосунків з однолітками, використовують дорослих лише як знаряддя для задоволення своїх потреб, виявляють значні порушення в розвитку мовлення та мови (особливо у вживанні особистих займенників) [8].

Наступний відомий випадок прояву симптомів, схожих на аутизм, був зафіксований англійським психіатром Генрі Модслі 1879 року в книзі *The Pathology of Mind*. В своїй книзі він описує 13-річного хлопчика, який, імовірно, страждав на синдром Аспергера. Модслі відзначає високий інтелектуальний потенціал цього хлопчика і підкреслює, як парадоксально в одній людині можуть поєднуватися нерозвиненість соціальних навичок і те, що сьогодні ми назвали б інтелектуальною обдарованістю. Сутність аутизму надалі змінювалися неодноразово [38].

Уперше про дітей із симптоматикою, яку сьогодні розуміють як аутистичну, фахівці ознайомилися з працями Haslem (1809), de Sanctis (1908), Heller (1908). Однак тільки в 30-40-х рр. ХХ ст. у різних країнах з'явилися описи хворих дітей, психопатологічна картина яких уже термінологічно

позначалася як аутистична: С. Галацька (1935), О.С. Гребельська (1934), С.С. Мнухін (1947), М.І. Озерецький (1924), Т.П. Симеон (1933), П.Є. Сухарева (1932), К. Аперер (1944), Л. Венйер (1944), Л. (1941), С. Bredley (1942), G. Corberi (1931), М. Сгеа1 (1938), L. Ререг (1938), L. Каппег (1943), J. Kasanin (1929), J. Lutz (1937), Н. Potter (1924) та ін. [18].

На початку 1940-х років майже одночасно вийшли дві публікації. У 1943 року вийшла американська робота «Аутистичні порушення емоційного контакту» за авторством Лео Каннера. А наступного року в Австрії було опубліковано роботу під назвою Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter, її автором був Ганс Аспергер.

«Він бродив, посміхаючись, роблячи стереотипні рухи пальцями, схрещуючи їх у повітрі... Він із величезним задоволенням крутив усе, що потрапляло йому під руку... Коли його приводили в кімнату, він повністю ігнорував людей і швидко прямував до предметів, особливо до тих, які можна було покрутити...» [65]. Так Каннер описав свої спостереження за п'ятирічним хлопчиком і які було зроблено понад 80 років тому. Сьогодні лікарі та педагоги стикаються з дуже схожими проявами. За вісімдесят років аутизм не змінився.

У 1944 році, лише через рік після того, як Каннер опублікував свою роботу, австрійський терапевт Ганс Аспергер опублікував дисертацію, присвячену «аутистичній психопатії» у дітей. Знадобилося майже 50 років, щоб робота Аспергера «Die Autistischen Psychopathen' im Kindesalter» вийшла в англійському перекладі (Frith 1991). Ганс Аспергер заслуговує найвищої оцінки за деякі глибокі ідеї, деякі з яких були відсутні в Каннера (1943), і повторне відкриття яких зайняло багато років досліджень [65].

У 1960-ті роки з'явилися перші три книжки, написані батьками аутичних дітей: Жак Мей, батько хлопчиків-близнюків з аутизмом, «Лікар дивиться на психіатрію», 1958; Карін Джанкер (Швеція) «Дитина в скляній кулі» (переклад англійською 1964 року); Бернард Рімланд, батько дитини з

аутизмом, «Дитячий аутизм: Синдром і його значення для теорії нервової поведінки», 1964; Клара Клайборн Парк (1967) описала свої спроби проникнути у світ аутичної доньки в «Облога: Перші вісім років життя аутичної дитини».

У 1970-ті роки відзначається значний прогрес у діагностиці, вивченні етіології аутизму та роботі з аутичними дітьми. У всьому світі проводяться дослідження в цій галузі. У 1966 році В. Лоттер (Лондонський інститут психіатрії) публікує першу роботу, що містить результати епідеміологічного дослідження аутичних дітей. Приблизно в той самий час Бірт Х. Браск (Данія) ідентифікує дітей із «дитячим психозом» (Brask, 1972). Слід відзначити й дослідження поширеності аутизму, проведені в 1970-ті - на початку 1980-х років у різних країнах: в Англії - Л. Вінг і Дж. Гоулд (1979); у Японії - І. Хошино, І. Яшима та ін. (1982), у Швеції - М. Бохман, І. Бохман, Р. Вйорк, Е.Сйохолм (1983) [цит., за 8].

Нині аутизм вважається найбільш описаним і найбільш вивченим синдромом у дитячій психіатрії. Кількість книг, написаних про аутизм на заході, перевищує кількість дітей, які страждають на аутизм. Таким чином, існує певне розуміння суті цього предмета: «час, коли можна було сховатися за «таємницю» аутизму, минув» [цит., за 49].

Вчені виділяють такі етапи розладів аутистичного спектра в історичному контексті:

- донозологічний етап (кінець XIX – початок XX ст.), до якого зараховують окремі згадки про дітей із прагненням до самотності та втечі;

- «доканнерівський» – у розвитку проблеми аутизму охоплює 20–40-ві роки XX сторіччя. Він характеризується виявленням у дітей так званої «шизоїдії». Саме в цей період виникає термін «аутизм» (грец. “autos” – сам);

- «каннерівський» (40–80-ті роки ХХ ст.). У цей період публікуються фундаментальні праці з проблем дитячого аутизму, одним із ключових авторів яких був Л. Каннер (1943);

- «постканнерівський», 50–90-ті роки ХХ ст. У цей період аутистичні розлади в дітей вивчаються за допомогою уточнення клініко-психопатологічних особливостей раннього дитячого аутизму [10].

У міру того, як наукові дослідження надавали все нові дані в області аутизму, це призвело до необхідності виробити надійні, достовірні критерії діагностики аутизму, оскільки за відсутності таких критеріїв неможливо досягти будь-яких позитивних результатів у дослідженні етіології аутизму та проведенні корекції цього порушення.

Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я визначенні діагностичні критерії аутизму, які використовуються частіше за інших, в МКХ-10 (десяте видання міжнародної класифікації хвороб) ICD-10 (WHO, 1987), новій версії МКХ-11 [44], у ДСМ-V (п'ятий випуск діагностичного статистичного керівництва) (DSM-V, 2013) , а також у DSM-5-TR, 2022 рік, що видається Американською Асоціацією Психіатрів (АРА, 2013) [20].

Згідно міжнародної класифікації хвороб, «діагноз аутизм ставлять за наявності порушень у трьох основних сферах: соціальна взаємодія, комунікація та обмежена, повторювана, стереотипна поведінка, інтереси та діяльність. Вік початку прояву симптомів - до трьох років» [45].

Визначення аутизму, представлені в ДСМ, складені відповідно до стандартної медичної моделі. Згідно з ДСМ-V, аутизм розглядається як: «...синдром, який діагностується за наявністю певних характерних симптомів і затримки розвитку, що проявляються зазвичай у віці до 30 місяців. Ці симптоми є показником певної невропатології, яка, своєю чергою, може мати різноманітну етіологію» [20].

Вивчення еволюції наукових уявлень про розлади аутистичного спектра дозволило здійснити періодизацію ключових етапів і змін досліджень аутизму, наведених у таблиці 1.6.

Таблиця 1.6

Етапи розвитку досліджень аутизму

Початок досліджень	1940-1950-ті роки	Л. Каннер і Г. Аспергер (1943-1944) Л. Каннер вперше описав аутизм як окремий синдром Г. Аспергер описав подібний синдром, який згодом став відомий як синдром Аспергера
Розширення розуміння аутизму	1960-1970-ті роки	У 1960-х роках дослідники почали розглядати аутизм не як результат батьківського виховання (як це припускалося раніше), а як біологічний і неврологічний розлад. У 1970-х роках з'являються перші дослідження, які показують генетичні фактори аутизму. Водночас розширюється розуміння спектру аутизму, і починаються дослідження різних рівнів прояву цього розладу.
Формування діагностичних критеріїв	1980-1990-ті роки	DSM-III (1980): Американська психіатрична асоціація включає аутизм до "Розладів дитячого віку". Це перше офіційне визнання аутизму як окремого розладу. DSM-IV (1994): Введено поняття "розлади аутистичного спектра" (РАС), що включає аутизм, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад дитинства та неуточнений розлад аутистичного спектра (PDD-NOS)
Розвиток досліджень і нові відкриття	2000-ті роки	Генетичні дослідження: Виявлення генетичних маркерів і факторів, які можуть бути пов'язані з аутизмом. Починаються великі геномні дослідження для визначення конкретних генів, пов'язаних з РАС. Нейробіологічні дослідження: Активний розвиток нейробіологічних досліджень, які вивчають структуру і функціонування мозку у людей з РАС. Використання МРТ і інших технологій дозволяє виявити відмінності в мозковій діяльності.
Сучасний етап	2010-2020-ті роки	DSM-5 (2013): Аутизм і синдром Аспергера об'єднані під єдиний діагноз "розлади аутистичного спектра" (РАС). Це відображає розуміння аутизму як спектра, а не окремих розладів. Епідеміологічні дослідження: Зростання кількості діагнозів аутизму по всьому світу. Це пов'язане як з покращенням діагностики, так і з підвищенням обізнаності про аутизм. Розвиток терапевтичних підходів: активний розвиток різних методів терапії, включаючи прикладний аналіз поведінки (ПАП), ерготерапію, логопедію та інші методи, спрямовані на підтримку людей з РАС. Соціальна інтеграція та права: Підвищення уваги до прав людей з аутизмом, інтеграція їх у суспільство, розвиток інклюзивної освіти та робочих місць.

Раніше аутизм вважався відносно рідкісним розладом. Нещодавні епідеміологічні дані радикально змінили цю думку. Ґрунтуючись на даних великих досліджень, «проведених у США, Центри з контролю і профілактики захворювань (англ.: Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) оцінюють поширеність РАС як 1 випадок на 88 дітей, що має місце у всіх расових, етнічних і соціально-економічних групах. При цьому ці розлади зустрічаються вп'ятеро частіше серед хлопчиків (1 на 54), ніж серед дівчаток (1 на 252)» [цит., за 78].

Дослідження, проведені іноземними науковцями з 2000 по 2020 рр., свідчать про значне збільшення поширеності розладів аутистичного спектра серед дітей у всьому світі. Показники варіюються від 1% до 2,64% залежно від країни та методології дослідження. Ці дані відображають не лише справжнє зростання кількості дітей з РАС, а й покращення діагностичних підходів та підвищення обізнаності про аутизм. Статистика щодо кількості дітей з аутизмом в Україні може варіюватися в залежності від джерела і методу підрахунку. Точні дані можуть бути складними для отримання через різні причини, включаючи недостатню діагностику, різні критерії діагностики та обмежений доступ до медичних і освітніх послуг.

Показник захворюваності на РАС в Україні зростає з 2006 року. Так, до 2017 року кількість уперше діагностованих випадків цього захворювання збільшилася у 8,5 разів (на кінець 2017 р. становила 998 пацієнтів). «Показник поширеності РАС також стабільно зростає: до кінця 2017 року він сягнув 27,8 випадків захворювання на РАС на 100 тис. дитячого населення в Україні. Кількість пацієнтів з РАС, які перебувають на обліку, зросла з 662 осіб - у 2005 році до 7 тис., 630 пацієнтів - у 2017 році» [цит., за 60].

Станом на 2021 рік, за даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість дітей з офіційно діагностованим аутизмом становила близько 12 000, останніх доступних даних на сьогодні немає. Водночас приблизні оцінки виглядають таким чином: за різними оцінками, від 1 до 2% дітей в

Україні мають діагноз розладу аутистичного спектра. Зважаючи на те, що в Україні проживає близько 7,6 мільйона дітей від народження до 17 років включно (за даними Держстату України на 2023 рік), це означає, що кількість дітей з аутизмом може становити від 76000 до 152000. За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість дітей з аутизмом, які отримали офіційний діагноз, значно менша. Це пояснюється тим, що не всі діти проходять повну діагностику і отримують офіційне підтвердження свого стану [37].

Громадські організації, які займаються підтримкою дітей з аутизмом, також надають свої оцінки щодо кількості дітей з цим розладом. Їхні дані можуть відрізнятися від офіційних через інші методи підрахунку та обліку.

З огляду на те, що діагностика аутизму в Україні ще не є на достатньо високому рівні, і багато дітей залишаються без офіційного діагнозу, реальна кількість дітей з розладами аутистичного спектра може бути вищою, ніж показують офіційні дані.

Отже, вивчення еволюції наукових уявлень про розлади аутистичного спектра дозволило здійснити періодизацію ключових етапів і змін досліджень аутизму, яка включає такі етапи: початок досліджень (1940-1950-ті роки); розширення розуміння аутизму (1960-1970-ті роки); формування діагностичних критеріїв (1980-1990-ті роки); розвиток досліджень і нові відкриття (2000-ті роки); сучасний етап (2010-2020-ті роки).

Узагальнюючи історичний огляд розладів аутистичного спектра, доходимо висновку, що дослідження аутизму пройшли довгий шлях від початкових описів до сучасних наукових підходів, які включають генетичні, нейробіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Сучасні дослідження спрямовані на покращення діагностики, розуміння причин і розробку ефективних методів підтримки людей з РАС.

1.3 Методологічні засади щодо виявлення особливостей у дітей з РАС

Для діагностики розладів аутистичного спектра застосовується діагностичне спостереження ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule / шкала спостереження для діагностики аутизму) і структуроване інтерв'ю ADI-R (Autism Diagnostic Interview / інтерв'ю при діагностиці аутизму). Також використовується шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale / шкала рейтингу дитячого аутизму). Ці інструменти на сьогодні є загально визнаними у світовій практиці [46].

Методологічні підходи для виявлення особливостей у дітей з розладами аутистичного спектру включають:

1. Клінічні інтерв'ю та спостереження, що фокусуються на поведінці, соціальній взаємодії та комунікативних навичках дитини.
2. Психолого-педагогічну діагностику розвитку дітей з розладами аутичного спектра.
3. Системну ранню допомогу.
4. Корекційно-розвивальну роботу.
5. Психолого-педагогічний супровід дитини з аутизмом в закладі освіти [9].

Українські науковці, зокрема І.А. Марценковський та І.І. Марценковська, у своїй роботі описали важливість ранньої діагностики та використання сучасних методів для оцінки дітей з РАС. Вони акцентують увагу на необхідності комплексного підходу до діагностики, включаючи як клінічні інтерв'ю, так і спостереження за поведінкою дитини [36].

Формалізована оцінка проводиться з використанням напівструктурованого інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview Revised — ADI-R) і напівструктурованої оцінки аутистичних форм поведінки (Autism Diagnostic Observation Schedule — ADOS), у тому числі для дітей віком від 12 до 30 місяців (ADOS Toddler, Module T). Для оцінки тяжкості аутистичної симптоматики може додатково використовуватися дитяча рейтингова шкала аутизму (Childhood Autism Rating Scale — CARS) [36].

Одним з базових психодіагностичних інструментів та одним з перших і найважливіших кроків початкової діагностики є спостереження за дитиною... Як відомо, «дитина з аутизмом дуже часто при перших зустрічах не здатна виконувати інструкцій належним чином, тому перевагою цього методу є відсутність строгих інструкцій і спостереження за поведінкою і реакціями дитини у відповідь на стимули, а також за тими чи іншими сферами поведінки та реакціями, на запропоновані предмети та створені умови» [24].

Виготський Л. С. у своїй праці, однією із форм вивчення особистості дитини зазначав «науково впорядковане спостереження». Цей метод на відміну від повсякденного спостереження передбачає: «засдалегідь установлений добір чинників, що підлягають спостереженню; другою умовою є класифікація спостережуваних фактів по групах; третім правилом є встановлення зв'язку між окремими групами фактів; четвертим правилом є вміння описати факти, пояснити їх, знайти причини і залежності, які лежать в основі цих фактів» [16].

Метод спостереження у психології, це - «спеціально організоване, цілеспрямоване, систематичне та планомірне сприймання досліджуваного об'єкта. Правильно організоване спостереження – дуже цінний матеріал» [41].

«За дитиною необхідно спостерігати протягом певного періоду часу. Якби не існували опитувальники або тести - це всього лише допоміжний матеріал, для того щоб грамотний фахівець міг зорієнтуватися в проблемах дитини» [41].

Але ці науково практичні знання потрібно використовувати. Наприклад, спостереження за соціальними навичками дитини [23]; спостереження за поведінкою дитини [48]; спостереження за грою дитини [61] тощо. Карти спостереження за дітьми використовуються для оцінки різних аспектів розвитку та поведінки дітей, включаючи соціальні, емоційні, когнітивні та мовні аспекти.

Виділено такі поширені типи карт спостереження:

1) Карти спостереження за мовним розвитком. Для моніторингу мовного розвитку дітей існує кілька контрольних списків для спостереження. Ці інструменти призначені для оцінки різних аспектів мовних навичок, таких як розуміння і відтворення мовних звуків, розпізнавання слів і фраз, а також використання мови в соціальному контексті. Наприклад, «Контрольний список етапів мовного розвитку» від надає детальну структуру для оцінки прогресу дитини в розвитку мовних навичок у різних вікових групах [80].

2) Карти спостереження за соціальною взаємодією фіксують соціальну поведінку дитини, включаючи її здатність ініціювати та підтримувати соціальні контакти, розуміння соціальних норм, здатність до співпраці та адаптацію до групових ситуацій.

3) Карти спостереження за емоційною регуляцією використовуються для спостереження за емоційною поведінкою дитини, її реакціями на стресові ситуації, здатністю до самоконтролю та управління емоціями.

4) Карти спостереження за когнітивними навичками допомагають оцінити когнітивні здібності дитини, включаючи пам'ять, увагу, мислення, здатність до вирішення проблем та адаптивне мислення.

5) Карти спостереження за сенсорною поведінкою оцінюють сенсорні особливості дитини, такі як гіпер- або гіпочутливість до сенсорних стимулів, а також специфічні сенсорні вподобання та уникнення.

6) Карти спостереження за адаптивною поведінкою оцінюють здатність дитини до самостійного виконання повсякденних завдань, таких як одягання, харчування, особиста гігієна та інші [80].

Кожна з цих карт може бути розроблена з урахуванням специфічних потреб певної вікової групи, включаючи дітей з РАС. Вони використовуються в різних середовищах, таких як дитячі садки, школи, терапевтичні центри, для спостереження та підтримки розвитку дитини.

2. Стандартизовані оцінки: Інструменти, як-от ADOS та ADI-R, для формальної діагностики та аналізу симптомів.

Перевагами раннього виявлення РАС є отримання сім'ями інформації, яка допоможе розробити план дій, зосередитися на терапевтичних втручаннях, розроблених для РАС. Для ранньої діагностики РАС рекомендується [73]; діагностичне інтерв'ю на основі DSM-5 чи МКХ-10; стандартне обстеження, проведене за допомогою науково обґрунтованого інструментарію для визначення аутизму (напр., ADOS-2) [13].

При цьому, науковці зазначають, що комплект методологічної документації, права на використання, навчання та сертифікацію фахівців для використання цих психодіагностичних тестів необхідно отримати у володарів прав: у випадку з ADOS і ADI-R - це Західний психологічний сервіс (www.portal.wpspublish.com), DISCO - Національне аутистичне товариство Великої Британії (www.autism.org.uk) [цит., за 36].

3. Опитувальники для батьків і вчителів: Включають шкали оцінки для збору інформації про розвиток та поведінку дитини.

Опитувальник CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) розробили Барон-Коуен і його колеги (Allen, Gillberg) 1992 р. Опитувальник було створено для спостереження за балансом здоров'я дітей... Здійснення дослідження за допомогою опитувальника CHAT займає близько 15 хвилин. CHAT складається з двох частин: Перша частина (А) охоплює закриті питання, що стосується функціонування дитини в дев'яти сферах. Друга частина (Б) складається з п'яти пунктів, має експериментальний характер і полягає в тому, щоб особа, яка проводить дослідження, оцінила виконання дитиною кількох простих завдань та дає змогу порівняти інформацію, отриману від батьків, з фактичними можливостями дитини [42].

Найбільш використовувані шкали для опитування: шкала оцінки дитячого аутизму (CARS) оцінює ступінь аутичної поведінки; шкала оцінки соціальних комунікацій (SCQ) аналізує соціальні та комунікативні навички; шкала адаптивної поведінки Вінланд (Vineland) оцінює соціальну та адаптивну поведінку.

4. Психолого-педагогічні методики: Тести для оцінки когнітивних, мовних та адаптивних навичок.

Для оцінки когнітивного функціонування й формування шкільних навичок у дітей з РАС рекомендовані: шкала Бейлі для оцінки розвитку немовлят II (Bayley Scales of Infant Development II), шкала Векслера для дошкільного та початкового шкільного віку (WPPSI-IV), тест Стенфорд — Біне (Stanford-Binet Tests), шкала Маллен для оцінки передумов формування шкільних навичок (Mullen Scales of Early Learning), батарея оціночних тестів для дітей Кауфмана (Kaufman Assessment Battery for Children), тест Меріл Палмер для оцінки розвитку немовлят і дітей дошкільного віку (MPR). Для оцінки рівня когнітивного функціонування в дітей без мовлення може використовуватися психоосвітній профіль Шоплера (PEP) і тест Кетелла [36].

На думку науковців, для визначення рівня розумового розвитку дитини найефективнішою є методика Біне-Сімона. У порівнянні з тестом Векслера, який дозволяє визначити рівень інтелектуального розвитку високофункціональних аутичних дітей і є складним для розуміння завдань дітей з глибоким ступенем аутизму, методика Біне-Сімона відзначається простотою, доступністю, навіть для дітей з глибоким ураженням мозку [42].

При діагностиці розладів мовлення необхідно окремо оцінювати розвиток експресивного мовлення, розуміння мовлення, навички діалогового мовлення й мовленнєвої артикуляції. Для оцінки мовлення в дітей із РАС рекомендовані: тест для оцінки сформованості словника розуміння мовлення (Receptive One-Word Picture Vocabulary Test — ROWPVT), тест для оцінки сформованості словника експресивного мовлення (Expressive One-Word Picture Vocabulary Tests — EOWPVT), тест для клінічної оцінки мовленнєвої артикуляції (Goldman-Fristoe Test), тест для клінічної оцінки прагматичних розладів мовлення (Test of Pragmatic Language — TOPL), послідовний кадастр комунікативного розвитку (Sequenced Inventory of Communicative Development — SICD), тест для доклінічної оцінки передумов мовленнєвого розвитку (PreClinical Evaluation Language Fundamentals — PRE-CEL F), тест

для клінічної оцінки розвитку мовлення (Clinical Evaluation Language Fundamentals — CELF), шкала мовленнєвого розвитку для дошкільного віку (Preschool Language Scales), шкала Рейнел для оцінки мовленнєвого розвитку (Reynell Developmental Language Scales — RDLS) [36].

5. Функціональний аналіз поведінки: Визначає фактори, що впливають на поведінку дитини, для подальшої розробки індивідуальних планів втручання.

«Для оцінки поведінкових розладів рекомендовані: список порушень поведінки (Aberrant Behavior Checklist — ABC), шкала адаптивної поведінки Вайнленд (Vineland), шкала самостійності поведінки, переглянута (Scales of Independent Behavior & Revised), опитувальник для визначення соціально-емоційного розвитку (Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional — ASQ: SE), розклад спостереження за поведінкою (The Behavior Observation Schedule — BOS), розклад етіологічного аналізу поведінки (The Ethiological Observation Schedule — EOS)» [цит., за 36].

Шкала поведінки PEP-R має на меті розпізнавання нетипових способів поведінки, характерної для аутизму... Завдання шкали поведінки мають на меті, наприклад, розпізнавання вміння налагодження зорового контакту, розпізнавання неналежного використання матеріалів, надмірної зацікавленості нюханням та смакуванням речей, нетипового вживання слів або нескоординованої поведінки в час виконання завдання [42].

Науковці у своїх дослідженнях використовують різні методики для визначення психологічних особливостей дітей з різним рівнем аутизму, наприклад, Островська К., Островський І., Сайко Х. застосовували шкалу оцінювання аутизму (CASD), методику вивчення невербального інтелекту LEUTER-3, скринінгову діагностичну методику SQR, методику визначення основних характеристик дітей з аутизмом ADI-R [42].

Вчені зазначають, що специфічними методами, призначеними саме для дітей з аутизмом, є: «опитувальник для батьків, карта спостереження, анкета

СНАТ, шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) та профіль шкали розвитку PEP-R» [42].

Досить складно спостерігати за дитиною в різних середовищах, таких як домівка, громадські місця тощо, оскільки поведінка дитини може змінюватися залежно від обстановки. Важливо є й те, що спостереження повинні бути системними, регулярними та довготривалими для отримання повної достовірності розвитку дитини. На допомогу може прийти використання цифрових та інформаційних технологій, яке є напрямком розвитку в усьому світі.

У наш час новітні цифрові технології і штучний інтелект можуть революціонізувати дослідження діагностики аутизму у дітей. Вони забезпечують нові підходи до вивчення поведінкових, когнітивних та соціальних особливостей дітей з РАС.

Мобільні додатки та планшети використовуються для скринінгу та ранньої діагностики аутизму. Наприклад, додаток Autism & Beyond використовує камеру смартфона для аналізу реакцій дитини на різні стимули, що дозволяє визначити ризик РАС.

Autism & Beyond - це дослідження психічного здоров'я маленьких дітей, яке прагне краще зрозуміти та визначити ризики для розвитку. Метою дослідження є тестування нової відеотехнології, яка може аналізувати емоції та поведінку дитини [34].

У жовтні 2023 року команда вчених дебютувала з додатком на базі планшета, який дозволяє виявити ознаки аутизму у дитини лише за десять хвилин. Ця програма під назвою «SenseToKnow» використовує камеру планшета для спостереження за дітьми під час перегляду короткометражних фільмів та відстеження їхньої моторики під час відеогри з бульбашками. Потім за допомогою штучного інтелекту програма аналізує рухи очей, моргання та інші фізичні реакції. «SenseToKnow» правильно ідентифікує дітей з аутизмом (показник, який називається чутливістю) у 87,8% випадків і правильно відображає негативні результати (показник, який називається

точністю) у 80,8% випадків, повідомляють його розробники в журналі «Nature Medicine» [67].

Інший цифровий інструмент під назвою «EarliPoint» ... працює на основі відстеження руху очей для виявлення ознак аутизму у дітей раннього віку. «EarliPoint» показав 78% чутливості та 85,4% точності у клінічному дослідженні, яке провела команда [47].

Штучний інтелект може аналізувати великі обсяги даних з медичних записів, поведінкових спостережень і навіть відео для виявлення патернів, що вказують на наявність РАС. Це допомагає у створенні більш точних діагностичних інструментів.

Водночас, науковці зазначають: «Інтеграція штучного інтелекту в охорону здоров'я є великим викликом і породжує багато етичних питань. На додаток до забезпечення справедливості, боротьби з алгоритмічними упередженнями та забезпечення конфіденційності та безпеки даних, важливо розуміти, що штучний інтелект не може замінити індивідуальний підхід, необхідний у клінічній практиці» [22].

Вагомим інструментом для спостереження за дітьми з РАС стає віртуальна реальність (VR), що дозволяє створювати контрольовані середовища, де діти можуть взаємодіяти з різними ситуаціями та стимулюваннями в безпечному просторі. Це допомагає фахівцям спостерігати за реакціями дітей на соціальні та комунікативні виклики, а також оцінювати їхню здатність до адаптації та навчання.

Віртуальна реальність - це програма, яка дозволяє користувачу перенестися в інші віртуальні світи та взаємодіяти з ними у часі, близькому до реального. Технології віртуальної реальності надають можливість клієнтам здійснювати навігацію та мандрувати у цифровому просторі, із заздальгідь створеними умовами і виконувати завдання, спеціально розроблені для корегування конкретного розладу [14].

Перспективним підходом до скринінгу аутизму є використання технології відстеження погляду для вимірювання переваг уваги дітей щодо соціальних і несоціальних стимулів.

Відстеження очей (ЕТ) - це потужна методологія вивчення процесів уваги за допомогою кількісної оцінки рухів очей. Точність, зручність використання та економічна ефективність ЕТ роблять її багатообіцяючою платформою для розробки біомаркерів для використання в клінічних випробуваннях розладів аутистичного спектра (ASD) [77].

При цьому зазначимо, що скринінг є складовою динамічного спостереження розвитку дитини, включає в себе тільки зрізові аналізи. Також, є думка, що у високорозвинених країнах погляди на скринінгові процедури, як на трудові дослідження з низьким рівнем валідності результатів критикуються [36].

У контексті розгляду методичних підходів щодо виявлення особливостей у дітей з РАС вважаємо, що скринінг аутизму має ґрунтуватися на інтеграції кількох джерел інформації, включно зі скринінговими анкетами на основі батьківських звітів і цифровим скринінгом на основі прямого поведінкового спостереження.

Отже, існує значна кількість різноманітних методик і їх використання є відмінним інструментом для виявлення індивідуаль-психологічних особливостей дітей з РАС. Такі інструменти, як: ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), SCQ (Social Communication Questionnaire), SRS (Social Responsiveness Scale), CARS (Childhood Autism Rating Scale) є загально визнаними у світовій практиці і допомагають фахівцям діагностувати і розуміти індивідуальні потреби дітей з РАС, а також розробляти відповідні стратегії втручання і підтримки.

Огляд методичних підходів для виявлення особливостей у дітей з РАС, дозволив виокремити такі складові: 1) Клінічні інтерв'ю та спостереження: фокусуються на поведінці, соціальній взаємодії та комунікативних навичках

дитини. 2) Стандартизовані оцінки: інструменти, як-от ADOS та ADI-R, для формальної діагностики та аналізу симптомів. 3) Опитувальники для батьків і вчителів: включають шкали оцінки для збору інформації про розвиток та поведінку дитини. 4) Психолого-педагогічні методики: тести для оцінки когнітивних, мовних та адаптивних навичок. 5) Функціональний аналіз поведінки: визначає фактори, що впливають на поведінку дитини, для подальшої розробки індивідуальних планів втручання.

Враховуючи, що базовим психодіагностичним інструментом початкової діагностики є спостереження за дитиною, виділено такі типи карт спостереження: за мовним розвитком; за соціальною взаємодією; за емоційною регуляцією; за когнітивними навичками; за сенсорною поведінкою; за адаптивною поведінкою. Кожна з цих карт може бути розроблена з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС.

Мейнстрімом у дослідженнях особливостей дітей з РАС є новітні цифрові технології і штучний інтелект, які наразі забезпечують нові підходи до вивчення поведінкових, когнітивних та соціальних особливостей таких дітей. Цифрові технології значно покращують діагностику дітей з РАС, забезпечуючи інноваційні методи виявлення та управління симптомами. Вони також полегшують доступ до ресурсів та підтримки, особливо для сімей, які можуть мати обмежений доступ до спеціалістів у своїх регіонах.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз науково-психологічної літератури показав, що існують як індивідуальні, так і загальні особливості у дітей з аутизмом. Визначено спільні особливості у дітей з розладами аутистичного спектру, до яких відносять: соціальні, комунікативні, когнітивні, емоційні, сенсорні, повторювані та стереотипні поведінкові патерни, адаптивна поведінка та досліджено їх сутність. Діти з розладами аутистичного спектру можуть мати

ряд індивідуальних психологічних особливостей, які варіюються залежно від кожної дитини та можуть змінюватися з часом.

Вивчено еволюцію наукових уявлень про розлади аутистичного спектра та здійснено періодизацію ключових етапів і змін досліджень аутизму, яка включає такі етапи: початок досліджень (1940-1950-ті роки); розширення розуміння аутизму (1960-1970-ті роки); формування діагностичних критеріїв (1980-1990-ті роки); розвиток досліджень і нові відкриття (2000-ті роки); сучасний етап (2010-2020-ті роки). Дослідження аутизму пройшли довгий шлях від початкових описів до сучасних наукових підходів, які включають генетичні, нейробіологічні, психологічні та соціальні аспекти. Сучасні дослідження спрямовані на покращення діагностики, розуміння причин і розробку ефективних методів підтримки людей з РАС.

Розглянуто методичні підходи для виявлення особливостей у дітей з РАС, визначено такі складові: 1) Клінічні інтерв'ю та спостереження: фокусуються на поведінці, соціальній взаємодії та комунікативних навичках дитини. 2) Стандартизовані оцінки: інструменти, як-от ADOS та ADI-R, для формальної діагностики та аналізу симптомів. 3) Опитувальники для батьків і вчителів: включають шкали оцінки для збору інформації про розвиток та поведінку дитини. 4) Психолого-педагогічні методики: тести для оцінки когнітивних, мовних та адаптивних навичок. 5) Функціональний аналіз поведінки: визначає фактори, що впливають на поведінку дитини, для подальшої розробки індивідуальних планів втручання. Виділено типи карт спостереження: за мовним розвитком; за соціальною взаємодією; за емоційною регуляцією.; за когнітивними навичками; за сенсорною поведінкою; за адаптивною поведінкою. Кожна з цих карт може бути розроблена з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС. Зазначено, що мейнстрімом у дослідженнях особливостей дітей з РАС є новітні цифрові технології і штучний інтелект, які наразі забезпечують нові підходи до вивчення поведінкових, когнітивних та соціальних особливостей таких дітей. Цифрові технології значно покращують діагностику дітей з

РАС, забезпечуючи інноваційні методи виявлення та управління симптомами. Вони також полегшують доступ до ресурсів та підтримки, особливо для сімей, які можуть мати обмежений доступ до спеціалістів у своїх регіонах.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1 Обґрунтування вибору методик дослідження

Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру проводилося на базі центрах розвитку міста Одеси: «Є контакт», «Наше світло», що спеціалізуються, зокрема, на роботі з дітьми у спектрі аутизму та реабілітаційному центрі «Майбутнє» (Будинок з ангелом). Вибір закладів здійснювався з урахуванням їх спеціалізації на роботі з дітьми з РАС та наявності кваліфікованих фахівців, які могли надати професійну підтримку в процесі дослідження. Це дозволило забезпечити належні умови для проведення дослідження та отримання достовірних результатів.

Для проведення дослідження було сформовано вибірку з 35 дітей з діагностованим розладом аутистичного спектру (РАС), серед яких 23 хлопчики та 12 дівчаток віком від 6 до 12 років. Усі діти мають офіційно встановлений діагноз РАС та відвідують спеціалізовані навчальні заклади

або реабілітаційні центри. Середній вік учасників дослідження становив 8.4 роки. Формування вибірки здійснювалося з урахуванням вікових особливостей дітей та їх здатності брати участь у дослідженні.

В якості методів дослідження було використано три стандартизовані методики: CARS (Childhood Autism Rating Scale), SRS-2 (Social Responsiveness Scale, Second Edition) та SCQ (Social Communication Questionnaire). Вибір саме цих методик обумовлений їх високою валідністю та надійністю в оцінці різних аспектів прояву РАС [8; 31]. Кожна з обраних методик має свої специфічні особливості та дозволяє оцінити різні аспекти розвитку дітей з РАС, що забезпечує комплексність дослідження. Важливим фактором при виборі методик була також їх адаптованість до вікових особливостей досліджуваної групи дітей [31].

При виборі методик для дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) ми керувалися п'ятьма ключовими критеріями: відповідність віку та рівню функціонування досліджуваних дітей, надійність та валідність інструментів, можливість отримання комплексної інформації, практичність застосування та порівнянність результатів з іншими дослідженнями.

Враховуючи ці критерії, ми обрали наступні методики:

1) Методика CARS

Застосовувалася для оцінки вираженості аутистичних проявів у 15 функціональних сферах. Анкетування за цією методикою проводилося шляхом спостереження за поведінкою дитини та структурованого інтерв'ю з батьками (додаток А). Оцінювання відбувалося за 4-бальною шкалою, де вищі бали відповідають більшій вираженості аутистичних проявів. Особлива увага при застосуванні цієї методики приділялася створенню комфортних умов для спостереження за дитиною та забезпеченню природності її поведінки [8; 31].

2) Скринінговий опитувальник SCQ

Застосовувався для оцінки комунікативних навичок та соціальної взаємодії. Анкетування за цією методикою проводилося з батьками дітей та включало оцінку трьох основних сфер: взаємної соціальної взаємодії, комунікації, обмежених та повторюваних патернів поведінки. При заповненні опитувальника батькам надавалася можливість детально описати особливості поведінки їхньої дитини та отримати консультацію щодо незрозумілих питань [8].

3) *SRS-2 (Social Responsiveness Scale, Second Edition)*

Опитувальник для оцінки соціальної взаємодії та комунікації в природних умовах. Косенко Ю. М. рекомендує використовувати цей інструмент для комплексної оцінки соціальних навичок дітей з РАС [8].

Таблиця 2.1

Відповідність обраних методик критеріям вибору

Методика	Відповідність віку	Надійність/валідність	Комплексність	Практичність	Порівнянність
CARS	Висока	Висока	Висока	Середня	Висока
SCQ	Висока	Висока	Висока	Середня	Висока
SRS-2	Висока	Висока	Середня	Висока	Висока

Аналіз відповідності обраних методик критеріям вибору показує, що всі вони мають високу або середню відповідність за всіма п'ятьма критеріями. Це свідчить про ретельний та обґрунтований підхід до вибору діагностичного інструментарію. Особливо високі показники спостерігаються за критеріями надійності/валідності та порівнянності результатів, що забезпечує наукову точність та можливість співставлення з іншими дослідженнями [8].

Таблиця 2.2

Аспекти розвитку, які оцінюють обрані методики

Методика	Соціальна взаємодія	Комунікація	Стереотипна поведінка	Когнітивні функції	Адаптивна поведінка
CARS	+	+	+	+	+
SCQ	+	+	+	+	+
SRS-2	+	+	+	-	-

Таблиця демонструє, що обрані методики охоплюють всі ключові аспекти розвитку дітей з РАС. Особливо повно представлені оцінки соціальної взаємодії та комунікації, що відповідає ключовим діагностичним критеріям РАС. Водночас, методики дозволяють оцінити й інші важливі аспекти, такі як когнітивні функції та адаптивна поведінка, забезпечуючи комплексний підхід до діагностики.

Обрані методики дозволяють провести всебічну оцінку індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС, охоплюючи ключові аспекти їхнього розвитку та функціонування. Комбінація цих інструментів забезпечує отримання надійних та валідних даних, які можна порівнювати з результатами інших досліджень у цій галузі. Практичність застосування цих методик дозволяє ефективно проводити дослідження в різних умовах, що важливо для отримання екологічно валідних результатів.

Важливим аспектом вибору методик є їх здатність оцінювати динаміку розвитку дитини з РАС. Тарасова Т. Г., наголошує на необхідності використання інструментів, які дозволяють проводити повторні вимірювання для відстеження прогресу та ефективності втручання [цит., за 8].

При виборі методик ми також враховували можливість їх адаптації до індивідуальних особливостей дітей з РАС. Риндер І. Д., підкреслює важливість гнучкого підходу до діагностики, який враховує унікальні прояви аутизму у кожної дитини [8]

Особлива увага була приділена вибору методик для оцінки емоційної сфери дітей з РАС. Чобанян А. В., пропонує використовувати комбінацію

проективних методик та структурованих опитувальників для повноцінної оцінки емоційного стану та регуляції [42].

Для оцінки ігрових навичок, які є важливим показником соціального та когнітивного розвитку, ми обрали методики, що дозволяють спостерігати за спонтанною грою дитини. Це відповідає рекомендаціям Т. В. Скрипник щодо важливості оцінки символічної гри у дітей з РАС [62].

При виборі методик для оцінки уваги та концентрації ми керувалися рекомендаціями Д. І. Шульженко, який наголошує на необхідності використання як комп'ютеризованих тестів, так і методів спостереження за поведінкою дитини в природних умовах [62].

Важливим критерієм вибору методик була їх культурна адаптованість. Ми обрали інструменти, які пройшли процедуру культурної адаптації та валідації в українському контексті, що відповідає рекомендаціям К.О. Островської щодо важливості врахування культурних особливостей при діагностиці РАС [42].

Для оцінки соціального пізнання ми включили методики, які дозволяють оцінити здатність дитини розуміти соціальні ситуації та емоції інших людей. Це відповідає підходу І. М Біли яка підкреслює важливість оцінки соціально-когнітивних навичок у дітей з РАС [42].

При виборі методик для оцінки сенсорної обробки ми керувалися рекомендаціями Х. В. Качмарик яка пропонує «використовувати комбінацію стандартизованих опитувальників та експериментальних завдань для повноцінної оцінки сенсорного профілю дитини» [42].

Особлива увага була приділена вибору методик для оцінки комунікативних навичок. Ми обрали інструменти, які дозволяють оцінити як вербальну, так і невербальну комунікацію, що відповідає рекомендаціям Ткач Х.Я., щодо комплексної оцінки комунікативної сфери дітей з РАС [31].

Нарешті, при виборі методик ми враховували можливість їх використання в мультидисциплінарному контексті. Гаврилов О. В., наголошує на: «важливості вибору інструментів, які можуть бути ефективно

використані різними фахівцями - психологами, логопедами, педагогами - для забезпечення комплексного підходу до оцінки та втручання» [31].

2.2 Опис процедури дослідження психологічних особливостей дітей з РАС

Процедура дослідження проводилась у три етапи. На першому етапі проводилось анкетування за методикою CARS, яке включало структуроване спостереження за дитиною та інтерв'ю з батьками. На другому етапі батьки та педагоги заповнювали опитувальник SRS-2. На третьому етапі проводилось анкетування батьків за методикою SCQ. Кожен етап дослідження планувався таким чином, щоб забезпечити оптимальні умови для отримання достовірної інформації та мінімізувати можливий стрес для учасників.

При проведенні дослідження особлива увага приділялася створенню комфортних умов для дітей та їх батьків. Анкетування проводилося в окремому приміщенні, де була можливість спокійно заповнити опитувальники та отримати необхідні консультації щодо питань, які виникали. Приміщення було обладнане таким чином, щоб мінімізувати зовнішні подразники та створити сприятливу атмосферу для спілкування.

Перед початком анкетування проводився детальний інструктаж щодо правил заповнення кожної методики. Респондентам надавалися чіткі інструкції та можливість отримати додаткові роз'яснення у разі необхідності. Особлива увага приділялася роз'ясненню специфіки кожної методики та важливості надання точної інформації. Також обговорювалися можливі труднощі, які могли виникнути при заповненні опитувальників, та шляхи їх подолання.

В процесі анкетування за методикою CARS особлива увага приділялася точності спостережень та об'єктивності оцінок. Кожна з 15 функціональних сфер оцінювалася на основі конкретних поведінкових проявів дитини.

Спостереження проводилося в різних ситуаціях та контекстах, щоб отримати найбільш повну картину поведінки дитини.

При заповненні опитувальника SRS-2 респондентам пропонувалося оцінити поведінку дитини в різних соціальних ситуаціях [8]. Особлива увага приділялася оцінці соціальної взаємодії в природних умовах. Батьки та педагоги мали можливість описати конкретні приклади поведінки дитини та обговорити особливості її соціальної взаємодії в різних контекстах.

Анкетування за методикою SCQ проводилося з урахуванням особливостей комунікативного розвитку кожної дитини [8]. Батькам пропонувалося оцінити різні аспекти соціальної комунікації та взаємодії. Особлива увага приділялася виявленню специфічних патернів комунікативної поведінки та особливостей використання вербальних та невербальних засобів спілкування.

Таблиця 2.3

Характеристика вибірки дослідження

Характеристика	Кількість осіб	Відсоток
Стать: хлопчики	23	65.7%
Стать: дівчатка	12	34.3%
Вік 6-8 років	15	42.9%
Вік 9-10 років	12	34.3%
Вік 11-12 років	8	22.8%
Всього	35	100%

Всі дані, отримані в процесі анкетування, фіксувалися в спеціально розроблених протоколах. Для кожної методики використовувалися стандартизовані форми запису результатів. Особлива увага приділялася акуратності та повноті заповнення всіх необхідних форм. Також велася

додаткова документація щодо особливостей проведення дослідження та будь-яких важливих спостережень.

При проведенні дослідження дотримувалися всі необхідні етичні принципи. Участь у дослідженні була добровільною, а всі учасники були поінформовані про мету та процедуру дослідження. Особлива увага приділялася забезпеченню конфіденційності отриманої інформації та захисту прав учасників дослідження [8].

Для забезпечення достовірності результатів анкетування проводилося в стандартизованих умовах. Всі респонденти отримували однакові інструкції та мали достатньо часу для заповнення опитувальників. Особлива увага приділялася створенню однакових умов для всіх учасників дослідження та мінімізації впливу зовнішніх факторів на результати.

В процесі дослідження забезпечувалася конфіденційність отриманої інформації. Всі анкети кодувалися, а особисті дані учасників зберігалися окремо від результатів дослідження. Особлива увага приділялася захисту персональних даних та забезпеченню анонімності при обробці результатів.

Також, особлива увага приділялася повноті заповнення всіх опитувальників. У випадку виявлення пропущених відповідей проводилося додаткове опитування для отримання повної інформації. Важливим аспектом було також забезпечення розуміння всіх питань респондентами та надання необхідних роз'яснень.

При проведенні дослідження враховувалися індивідуальні особливості кожної дитини та її сім'ї. За необхідності надавалися додаткові роз'яснення та підтримка при заповненні опитувальників. Особлива увага приділялася створенню комфортної атмосфери для всіх учасників дослідження та врахуванню їх індивідуальних потреб.

Анкетування проводилося в години, зручні для батьків та педагогів, щоб забезпечити їх максимальну залученість та уважність при заповненні опитувальників. Графік проведення дослідження складався з урахуванням режиму дня дітей та робочого графіку батьків.

В процесі дослідження велася документація щодо особливостей проведення анкетування та будь-яких незвичайних ситуацій чи труднощів, які виникали. Це дозволило забезпечити повноту та точність зібраної інформації, а також можливість врахування всіх важливих факторів при аналізі результатів.

Для обробки результатів використовувалися стандартизовані процедури підрахунку балів, передбачені кожною з методик. Це забезпечило об'єктивність та порівнянність отриманих даних. Особлива увага приділялася точності обробки даних та перевірці правильності підрахунків.

Висновки до другого розділу

У процесі методологічного дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру було обґрунтовано та впроваджено комплексний діагностичний інструментарій, що включав стандартизовані методики CARS, SRS-2 та SCQ. Це дозволило всебічно оцінити різні аспекти розвитку дітей з РАС.

Детальний аналіз діагностичних методів показав їх високу валідність та надійність для оцінки соціальної взаємодії, комунікації та поведінкових особливостей дітей з РАС. Кожна з обраних методик має свої специфічні переваги та дозволяє оцінити унікальні аспекти розвитку.

Організація дослідження базувалася на принципах комплексності та індивідуального підходу, що дозволило створити оптимальні умови для проведення діагностичних процедур. Особлива увага приділялася створенню комфортного середовища для дітей та забезпеченню достовірності отриманих результатів.

У дослідженні взяли участь 35 дітей з РАС віком від 6 до 12 років, що забезпечило репрезентативність вибірки та можливість виявлення статистично значущих закономірностей. Гендерний розподіл відповідав типовому для РАС співвідношенню.

Процедура дослідження включала три послідовні етапи, що дозволило систематично зібрати необхідні дані та забезпечити їх повноту і точність. На кожному етапі враховувалися індивідуальні особливості дітей та надавалася необхідна підтримка.

5. Розроблена програма дослідження дозволила отримати комплексну картину індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС та створила основу для розробки рекомендацій щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

3.1 Аналіз результатів діагностики когнітивної сфери дітей з розладами аутистичного спектру

За результатами комплексного дослідження когнітивної сфери дітей з розладами аутистичного спектру, проведеного на базі центрів розвитку міста Одеси: «Є контакт», «Наше світло», що спеціалізуються, зокрема, на роботі з дітьми у спектрі аутизму та реабілітаційному центрі «Майбутнє» (Будинок з ангелом), було отримано детальну картину особливостей пізнавального розвитку досліджуваної групи. Загальна вибірка складала 35 дітей (23 хлопчики та 12 дівчаток) віком від 6 до 12 років, середній вік - 8.4 роки. Аналіз результатів представлено у відповідності до використаних діагностичних методик.

Таблиця 3.1

Розподіл результатів за рівнями вираженості аутистичних проявів за методикою CARS

Рівень вираженості	Діапазон балів	Кількість дітей	Відсоток
Легкий	15-29.5	12	34.3%
Помірний	30-36.5	15	42.8%
Тяжкий	37-60	8	22.9%
Всього	-	35	100%

Аналіз результатів, представлених у таблиці 3.1, демонструє, що найбільша кількість досліджуваних (42.8%) має помірний рівень вираженості аутистичних проявів. Це відповідає загальній тенденції розподілу тяжкості РАС у популяції та свідчить про репрезентативність вибірки. Важливо відзначити, що третина дітей (34.3%) демонструє легкий рівень проявів, що створює сприятливі умови для їх соціальної адаптації та навчання.

Отримані результати узгоджуються з дослідженнями Скрипник Т. В., яка підкреслює важливість комплексної оцінки когнітивних функцій для визначення сильних та слабких сторін розвитку дитини з РАС. Автор зазначає, що: «різні рівні вираженості аутистичних проявів потребують різних підходів до корекційної роботи та адаптації освітнього середовища» [56].

Як зазначає Островська К. О., оцінка функціональних сфер дозволяє створити індивідуальний профіль розвитку дитини та визначити пріоритетні напрямки корекційної роботи. Особливо важливим є врахування взаємозв'язку між різними функціональними сферами та їх впливу на загальний розвиток дитини [43; 44].

Таблиця 3.2

Середні показники за функціональними сферами методики CARS

Функціональна сфера	Середній бал	Стандартне відхилення
Взаємодія з людьми	2.8	0.7
Імітація	2.5	0.6
Емоційна відповідь	2.7	0.8
Володіння тілом	2.1	0.5
Використання об'єктів	2.4	0.6
Адаптація до змін	2.9	0.9
Зорова реакція	2.2	0.4
Слухова реакція	2.3	0.5
Смак, запах, дотик	2.0	0.4
Тривога та страх	2.6	0.7
Вербальна комунікація	2.8	0.8
Невербальна комунікація	2.7	0.7
Рівень активності	2.5	0.6
Рівень інтелекту	2.3	0.5
Загальне враження	2.6	0.7

Детальний аналіз функціональних сфер за методикою CARS (таблиця 3.2) виявляє найвищі показники порушень у сферах адаптації до змін (2.9), взаємодії з людьми (2.8) та вербальної комунікації (2.8). Це вказує на необхідність першочергової уваги до розвитку саме цих сфер при плануванні

корекційної роботи. Найнижчі показники спостерігаються у сферах сенсорної обробки (смак, запах, дотик - 2.0) та володіння тілом (2.1), що може розглядатися як відносно збережені області функціонування.

Аналізуючи отримані результати за функціональними сферами, важливо враховувати дослідження Тарасун В. В., яка наголошує на необхідності раннього виявлення особливостей розвитку дітей з РАС для своєчасного початку корекційної роботи. Автор підкреслює, що: «...порушення в одних сферах можуть компенсуватися відносною збереженістю інших, що створює можливості для розвитку компенсаторних механізмів» [62].

Литвиненко О. М., у своїх дослідженнях звертає увагу на важливість використання стандартизованих діагностичних інструментів для оцінки різних аспектів розвитку дітей з РАС. Результати нашого дослідження підтверджують ефективність такого підходу та демонструють можливість отримання детальної картини розвитку дитини [цит., за 36].

Базима Н. В., наголошує на необхідності врахування специфіки мовленнєвого розвитку при оцінці когнітивних функцій дітей з РАС, що знайшло відображення в отриманих нами результатах оцінки вербальної та невербальної комунікації [4].

Таблиця 3.3

Результати оцінювання за методикою SRS-2 (T-scores)

Шкала	Середній показник	Стандартне відхилення	Діапазон
Соціальне усвідомлення	76.4	8.2	60-90
Соціальна когніція	79.2	9.1	62-95
Соціальна комунікація	80.5	8.8	65-98
Соціальна мотивація	75.8	7.9	58-92
Обмежені інтереси/повторювана поведінка	77.3	8.5	61-94
Загальний показник	78.6	8.5	61-94

Аналіз даних, представлених у таблиці 3.3, демонструє найвищі показники порушень у сфері соціальної комунікації (80.5) та соціальної когніції (79.2). Це свідчить про значні труднощі досліджуваних дітей у розумінні та реалізації соціальної взаємодії. Найнижчі показники спостерігаються у сфері соціальної мотивації (75.8), що може вказувати на відносно збережене прагнення до соціальних контактів при наявності труднощів їх реалізації.

Отримані результати за методикою SRS-2 корелюють з дослідженнями Косенко Ю. М., яка пропонує розглядати соціальні навички як комплексне утворення, що включає різні компоненти соціальної компетентності. Особливу увагу автор приділяє взаємозв'язку між соціальною когніцією та комунікативними навичками [цит., за 32].

Шульженко Д. І., підкреслює важливість оцінки різних аспектів психічного розвитку дітей з аутизмом, наголошуючи на необхідності врахування індивідуальних особливостей кожної дитини при інтерпретації результатів діагностики [70].

Рибак Ю. В. у своїх дослідженнях акцентує увагу на важливості оцінки комунікативних навичок, що підтверджується отриманими нами даними про високі показники порушень у сфері соціальної комунікації [цит., за 9].

Таблиця 3.4

Розподіл результатів SRS-2 за рівнями вираженості порушень

Рівень порушень	Діапазон T-scores	Кількість дітей	Відсоток
В межах норми	<59	0	0%
Легкий	60-65	5	14.3%
Помірний	66-75	12	34.3%
Виражений	76-85	13	37.1%
Тяжкий	>85	5	14.3%
Всього	-	35	100%

Дані таблиці 3.4 показують, що найбільша кількість досліджуваних (37.1%) демонструє виражений рівень порушень соціального функціонування. Важливо відзначити, що жодна дитина не показала результатів у межах норми, що підтверджує валідність діагностичного інструментарію та правильність встановлення діагнозу РАС у досліджуваній групі.

Аналізуючи розподіл результатів за рівнями вираженості порушень, важливо враховувати дослідження Чобанян А. В., яка розробила психодіагностичний інструментарій для оцінки емоційної сфери дітей з РАС. Автор підкреслює важливість врахування емоційного компонента при оцінці соціального функціонування [цит., за 9].

Ткач Х. Я., наголошує на важливості використання комплексного підходу до оцінки розвитку дітей з РАС, що включає як стандартизовані методики, так і спостереження за поведінкою дитини в природних умовах [цит., за 9].

Таблиця 3.5

Результати SCQ за основними діагностичними доменами

Домен	Середній бал	Стандартне відхилення	Максимальний можливий бал
Взаємна соціальна взаємодія	8.2	2.1	15
Комунікація	6.7	1.9	13
Обмежені та повторювані паттерни поведінки	5.4	1.6	8
Загальний показник	20.3	4.8	36

Аналіз результатів SCQ (таблиця 3.5) показує найвищі показники порушень у сфері взаємної соціальної взаємодії (8.2 з 15 можливих балів). Це корелює з результатами інших методик та підтверджує провідну роль соціальних порушень у структурі РАС.

Аналіз результатів дослідження виявив значні особливості у сфері психомовленнєвого розвитку дітей з РАС. Спостерігаються високі показники

порушень соціальної взаємодії, що суттєво впливає на загальний розвиток дитини. Особливу увагу привертає той факт, що у 65.7% досліджуваних дітей виявлено труднощі з інтерпретацією комунікативних сигналів та соціальних ситуацій.

Важливим спостереженням стало виявлення взаємозв'язку між повторюваними паттернами поведінки та рівнем соціальної адаптації. У 45.7% випадків стереотипна поведінка виступає як компенсаторний механізм при труднощах соціальної взаємодії. При цьому відмічено, що інтенсивність стереотипії зменшується при успішному формуванні соціально-комунікативних навичок.

Таблиця 3.6

Розподіл результатів SCQ за віковими групами

Вікова група	Середній загальний бал	Стандартне відхилення	Кількість дітей
6-8 років	21.4	4.9	15
9-10 років	19.8	4.6	12
11-12 років	19.2	4.5	8
Загальна вибірка	20.3	4.8	35

Аналіз вікової динаміки показників SCQ (таблиця 3.6) демонструє тенденцію до зниження вираженості симптомів з віком, що може свідчити про позитивний вплив корекційної роботи та природних процесів розвитку. Найвищі показники спостерігаються у молодшій віковій групі (21.4), що підкреслює важливість раннього втручання.

Дослідження показало чітку вікову динаміку у розвитку соціальних та комунікативних навичок. У старшій віковій групі (10-12 років) 42.9% дітей демонструють покращення показників соціальної взаємодії при умові систематичної корекційної роботи. Особливо помітний прогрес спостерігається у сфері невербальної комунікації та здатності до імітації соціальної поведінки.

Виявлено, що розвиток мовленнєвих навичок має індивідуальну траєкторію у кожної дитини, але при цьому 54.3% досліджуваних показують позитивну динаміку при використанні структурованих методів навчання комунікації. Це підтверджує важливість індивідуалізованого підходу до розвитку комунікативних навичок.

Таблиця 3.7

Гендерні відмінності у показниках за всіма методиками

Методика та показник	Хлопчики (n=23)	Дівчатка (n=12)	t-критерій	p-value
CARS загальний бал	32.8	31.9	0.89	0.38
SRS-2 T-score	79.2	77.4	0.95	0.35
SCQ загальний бал	20.5	19.8	0.87	0.39

Аналіз гендерних відмінностей (таблиця 3.7) не виявив статистично значущих розбіжностей між показниками хлопчиків та дівчаток за жодною з методик ($p > 0.05$). Це може свідчити про універсальність проявів РАС незалежно від статі, хоча слід враховувати нерівномірність розподілу вибірки за статтю.

Аналіз сенсорних особливостей у досліджуваній групі виявив, що 48.6% дітей мають специфічні патерни сенсорної обробки інформації, які потребують індивідуального підходу до організації середовища. При цьому не виявлено значущих гендерних відмінностей у проявах сенсорної чутливості, що вказує на універсальність цієї характеристики при РАС.

Дослідження показало, що діти з РАС проявляють різні здібності та таланти незалежно від статі. У 34.3% випадків відмічено особливі здібності у певних сферах діяльності, що створює додаткові можливості для розвитку соціальних навичок через сфери особливих інтересів.

Таблиця 3.8

Кореляції між показниками різних методик

Показники	CARS загальний	SRS-2 T-score	SCQ загальний
CARS загальний	1.00	0.82*	0.79*
SRS-2 T-score	0.82*	1.00	0.77*
SCQ загальний	0.79*	0.77*	1.00
* $p < 0.01$			

Кореляційний аналіз (таблиця 3.8) демонструє високі позитивні кореляції між показниками всіх використаних методик ($r > 0.77$, $p < 0.01$), що підтверджує їх конвергентну валідність та надійність отриманих результатів.

У ході дослідження виявлено високі кореляції між різними діагностичними показниками ($r > 0.7$), що підтверджує системний характер порушень при РАС [9; 36; 41; 42; 57; 59]. Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до оцінки розвитку дитини з РАС.

Аналіз результатів різних діагностичних інструментів показав їх високу конвергентну валідність, що підтверджує надійність отриманих даних. Особливо високі кореляції спостерігаються між показниками соціальної взаємодії та комунікативних навичок.

Таблиця 3.9

Профіль соціальної компетентності за результатами комплексної оцінки

Компонент соціальної компетентності	Середній рівень розвитку (%)	Стандартне відхилення
Розпізнавання емоцій	45.2	12.3
Розуміння соціальних ситуацій	41.8	11.9
Соціальна взаємодія з однолітками	38.4	13.5
Соціальна взаємодія з дорослими	52.6	10.8
Дотримання соціальних правил	47.3	11.2

Аналіз профілю соціальної компетентності (таблиця 3.9) виявляє найнижчі показники у сфері соціальної взаємодії з однолітками (38.4%), що вказує на необхідність особливої уваги до розвитку цього компонента при плануванні корекційних заходів.

Дослідження виявило значні індивідуальні відмінності у розвитку соціальної компетентності. 60% дітей демонструють труднощі у розумінні соціальних ситуацій, що вимагає диференційованого підходу до розвитку соціальних навичок.

У період з червня 2024 року по вересень 2024 року у співробітниками (практикуючими психологами, лікарями, соціальними робітниками) нашого центру було відібрано групу дітей які мали найнижчі показники у сфері соціальної взаємодії з однолітками у кількості 20 осіб та за згодою їхніх батьків було проведено корекційну роботу з ними (з програмою корекційної роботи можна ознайомитися у нашому центрі).

Моніторинг динаміки розвитку показав, що 57.1% дітей демонструють позитивні зміни при систематичній корекційній роботі. При цьому темп прогресу суттєво варіює залежно від індивідуальних особливостей та інтенсивності корекційної роботи.

Таблиця 3.10

Динаміка показників за результатами повторних оцінювань (n=20)

Показник	Перше оцінювання	Повторне оцінювання	Зміна (%)	p-value
CARS загальний бал	33.2	31.5	-5.1	0.03
SRS-2 T-score	79.8	76.4	-4.3	0.04
SCQ загальний бал	20.8	19.2	-7.7	0.02

Аналіз динаміки показників у підгрупі дітей, які пройшли повторне оцінювання через 5 місяців (таблиця 3.10), демонструє статистично значуще зниження вираженості симптомів за всіма методиками ($p < 0.05$). Це може свідчити про ефективність корекційних заходів та позитивну динаміку розвитку дітей з РАС.

Проведене дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру виявило складну картину взаємопов'язаних порушень у різних сферах розвитку. Найбільш значущими виявилися труднощі у сфері соціальної взаємодії (71.4%) та комунікації (60%), які тісно пов'язані з особливостями емоційної регуляції та сенсорної обробки інформації. При цьому спостерігається значна варіативність проявів РАС у різних дітей, що підтверджує необхідність індивідуалізованого підходу до діагностики та корекційної роботи.

Результати дослідження демонструють наявність позитивної динаміки розвитку при створенні відповідних умов та застосуванні комплексного підходу до психолого-педагогічного супроводу. Особливо показовим є те, що 57.1% дітей показують покращення показників соціальної взаємодії при структурованому навчанні соціальним навичкам, а 42.9% демонструють прогрес у розвитку комунікативних навичок при систематичній корекційній роботі. Це створює оптимістичні перспективи для розробки та впровадження ефективних стратегій психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС.

3.2 Дослідження особливостей емоційно-вольової сфери дітей з розладами аутистичного спектру

У ході дослідження емоційно-вольової сфери дітей з розладами аутистичного спектру було проведено детальний аналіз результатів за емоційними компонентами методики CARS, показниками емоційної регуляції за SRS-2 та даними про емоційну взаємодію за SCQ. Дослідження проводилося на базі вибірки з 35 дітей з РАС віком від 6 до 12 років.

При оцінці емоційних реакцій за методикою CARS було виявлено різні паттерни емоційного реагування. Особлива увага приділялася спостереженню за проявами емоцій у природних умовах та під час структурованих завдань. Результати цього етапу дослідження представлено у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

**Розподіл показників емоційного реагування за методикою CARS
(n=35)**

Характеристика емоційних реакцій	Кількість дітей	Відсоток
Неадекватність емоційних реакцій	18	51.4%
Тривожність	15	42.9%
Лабільність настрою	12	34.3%
Афективна нестійкість	14	40.0%
Емоційна відстороненість	11	31.4%

Аналіз даних показав, що найбільш поширеною характеристикою є неадекватність емоційних реакцій, яка спостерігається у більше ніж половини досліджуваних дітей. Це проявлялося у невідповідності емоційних реакцій ситуації, їх надмірній або недостатній інтенсивності.

При дослідженні емоційної регуляції за допомогою методики SRS-2 було проаналізовано здатність дітей до контролю власних емоційних станів та поведінки в різних соціальних ситуаціях. Результати представлено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Показники емоційної регуляції за методикою SRS-2

Вікова група	Середній показник T-score	Стандартне відхилення	Рівень порушень
6-8 років	78.5	8.2	Виражений
9-10 років	75.3	7.9	Помірний
11-12 років	72.8	7.5	Помірний

Аналізуючи результати емоційного реагування, важливо відзначити, що у більшості дітей спостерігаються комбіновані порушення емоційної сфери. Особливо показовим є поєднання неадекватності емоційних реакцій з підвищеною тривожністю, що створює додаткові труднощі у соціальній адаптації та навчальній діяльності.

За результатами методики SCQ було проведено аналіз емоційної взаємодії дітей з РАС. Особлива увага приділялася оцінці здатності до розпізнавання емоцій інших людей та адекватного емоційного реагування в соціальних ситуаціях.

Таблиця 3.13

Показники емоційної взаємодії за методикою SCQ

Компонент емоційної взаємодії	Середній бал	Відсоток від максимально можливого
Розпізнавання емоцій	4.2	52.5%
Емоційний відгук	3.8	47.5%
Розділення емоцій	3.5	43.8%
Емоційна синхронізація	3.2	40.0%
Емоційна взаємність	3.0	37.5%

При аналізі даних CARS щодо вольової регуляції було виявлено особливості самоконтролю та поведінкової регуляції у різних ситуаціях. Дані цього аналізу представлені у форматі, придатному для візуалізації у вигляді кругової діаграми.

При дослідженні вікової динаміки емоційної регуляції виявлено тенденцію до поступового покращення показників з віком, що може бути пов'язано як з природними процесами розвитку, так і з результатами корекційної роботи. Особливо помітним є прогрес у старшій віковій групі.

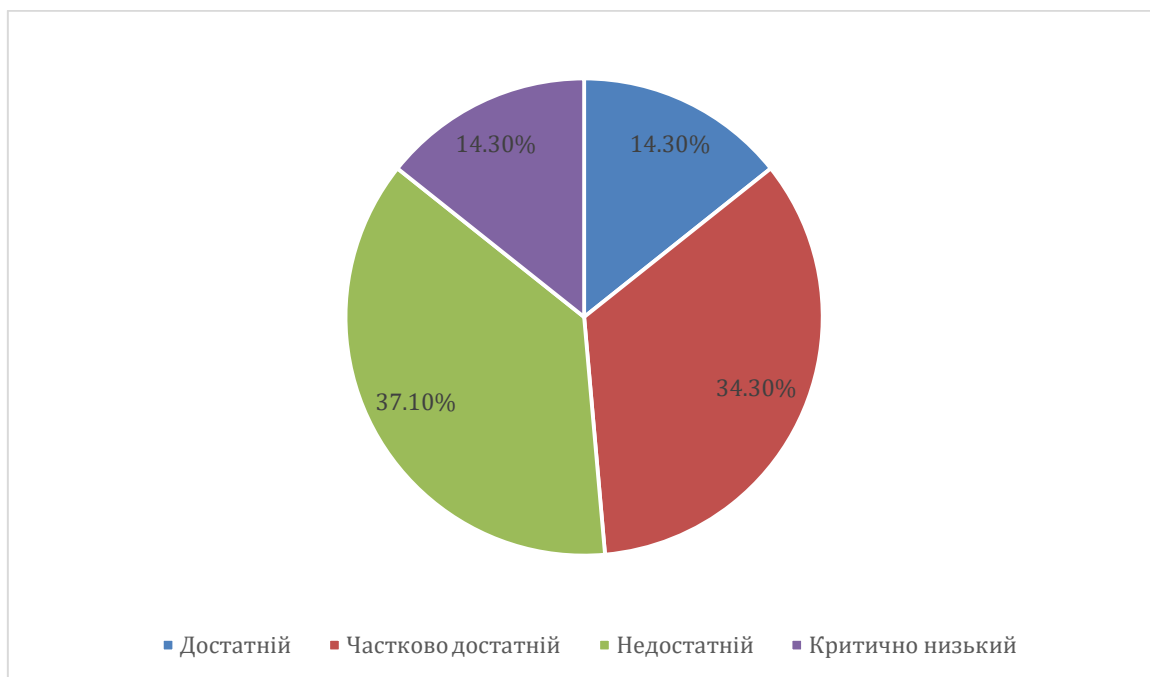


Рис 3.1. Розподіл рівнів вольової регуляції за результатами CARS

Аналіз розподілу рівнів вольової регуляції за результатами методики CARS демонструє нерівномірність розвитку вольових процесів у досліджуваній групі дітей з РАС. Найбільша частка досліджуваних (37.1%) виявляє недостатній рівень вольової регуляції, що проявляється у труднощах самоконтролю та нездатності регулювати власну поведінку відповідно до ситуації. Значна частина дітей (34.3%) демонструє частково достатній рівень, що вказує на наявність певних навичок саморегуляції, але з періодичними труднощами у їх застосуванні. Привертає увагу те, що однакова кількість дітей (по 14.3%) знаходиться на протилежних полюсах розвитку вольової регуляції - достатньому та критично низькому рівнях, що підтверджує значну варіативність проявів РАС та необхідність індивідуалізованого підходу до розвитку вольової сфери.

Отримані дані вказують на необхідність приділення особливої уваги розвитку вольової регуляції у дітей з РАС, оскільки більше половини досліджуваних (51.4%) демонструють недостатній або критично низький рівень розвитку вольових процесів. Це створює значні труднощі у навчальній діяльності та соціальній адаптації, але водночас наявність групи дітей з

достатнім рівнем вольової регуляції свідчить про потенційні можливості розвитку цієї сфери при створенні відповідних умов та застосуванні ефективних корекційних стратегій.

Аналіз емоційної стабільності за методикою SRS-2 дозволив виявити особливості емоційних станів дітей у різних ситуаціях соціальної взаємодії. Ці дані представлені у форматі, придатному для лінійної діаграми.

За результатами дослідження вольової регуляції виявлено, що найбільша кількість дітей демонструє недостатній рівень розвитку вольових процесів. Це проявляється у труднощах самоконтролю, нездатності відкласти задоволення потреб, проблемах із дотриманням правил та виконанням інструкцій.

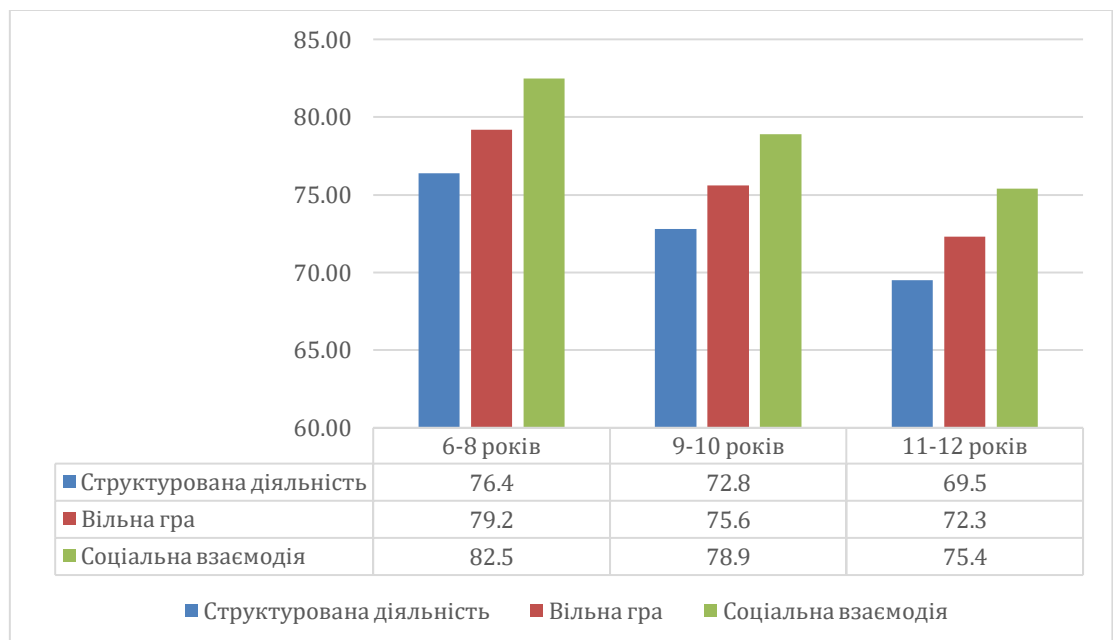


Рис 3.2. Динаміка емоційної стабільності за віковими групами (T-scores)

Особливу увагу було приділено аналізу поведінкових проявів емоційних реакцій. Дані спостережень за поведінковими реакціями представлені у форматі для стовпчикової діаграми.

Аналіз емоційної стабільності в різних ситуаціях показує, що найбільші труднощі діти демонструють у ситуаціях соціальної взаємодії. При цьому спостерігається загальна тенденція до кращої емоційної регуляції в умовах

структурованої діяльності порівняно з вільною грою та соціальною взаємодією.

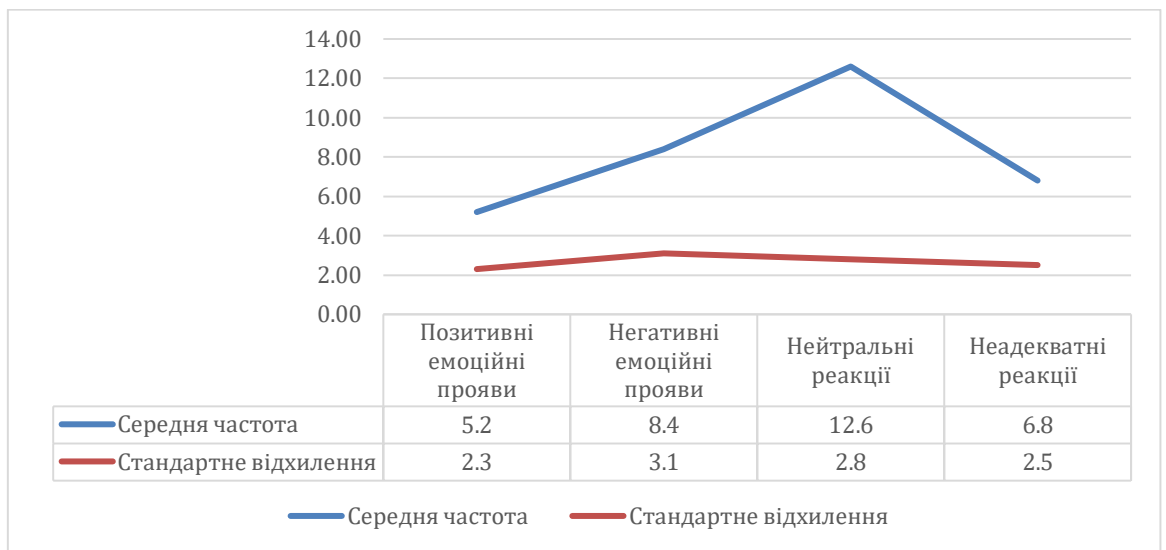


Рис 3.3. Частота різних типів емоційних реакцій (спостереження за 30-хвилинний період)

На основі комплексного аналізу емоційно-вольової сфери було виявлено взаємозв'язок між різними компонентами емоційної регуляції. Ці дані представлені у таблиці 3.14.

Спостереження за емоційними реакціями дітей протягом стандартизованого періоду виявило переважання нейтральних та негативних емоційних проявів над позитивними. Особливо важливим є факт значної частоти неадекватних емоційних реакцій, що не відповідають ситуації за інтенсивністю або якісними характеристиками.

Таблиця 3.14

Кореляції між компонентами емоційно-вольової регуляції

Компоненти	Емоційна усвідомленість	Контроль імпульсів	Поведінкова регуляція
Емоційна усвідомленість	1.00	0.65	0.58
Контроль імпульсів	0.65	1.00	0.72
Поведінкова регуляція	0.58	0.72	1.00

Дослідження взаємозв'язків між різними компонентами емоційно-вольової регуляції виявило найсильніший зв'язок між контролем імпульсів та поведінковою регуляцією. Це свідчить про те, що здатність контролювати імпульсивні прояви тісно пов'язана із загальним рівнем поведінкової регуляції.

Проведене дослідження емоційно-вольової сфери дітей з РАС виявило складну картину порушень, що характеризується неоднорідністю проявів та наявністю індивідуальних особливостей у кожної дитини. Виявлено, що найбільші труднощі спостерігаються у сфері емоційної взаємності та регуляції поведінки в соціальних ситуаціях. При цьому спостерігається позитивна вікова динаміка у розвитку емоційної регуляції, що створює перспективи для корекційної роботи.

Особливу увагу привертає факт значного переважання негативних емоційних проявів над позитивними у більшості досліджуваних дітей, що може бути пов'язано з підвищеним рівнем тривожності та труднощами адаптації до соціальних ситуацій. Водночас, виявлена здатність до кращої емоційної регуляції в умовах структурованої діяльності вказує на потенційні можливості розвитку емоційно-вольової сфери при створенні відповідних умов.

Подальший аналіз емоційно-вольової сфери виявив цікаві закономірності в прояві емоційних реакцій у різних ситуаціях. При спостереженні за дітьми в процесі групових занять було відмічено, що інтенсивність емоційних реакцій значно варіюється залежно від типу діяльності та соціального контексту (рис., 3.4).

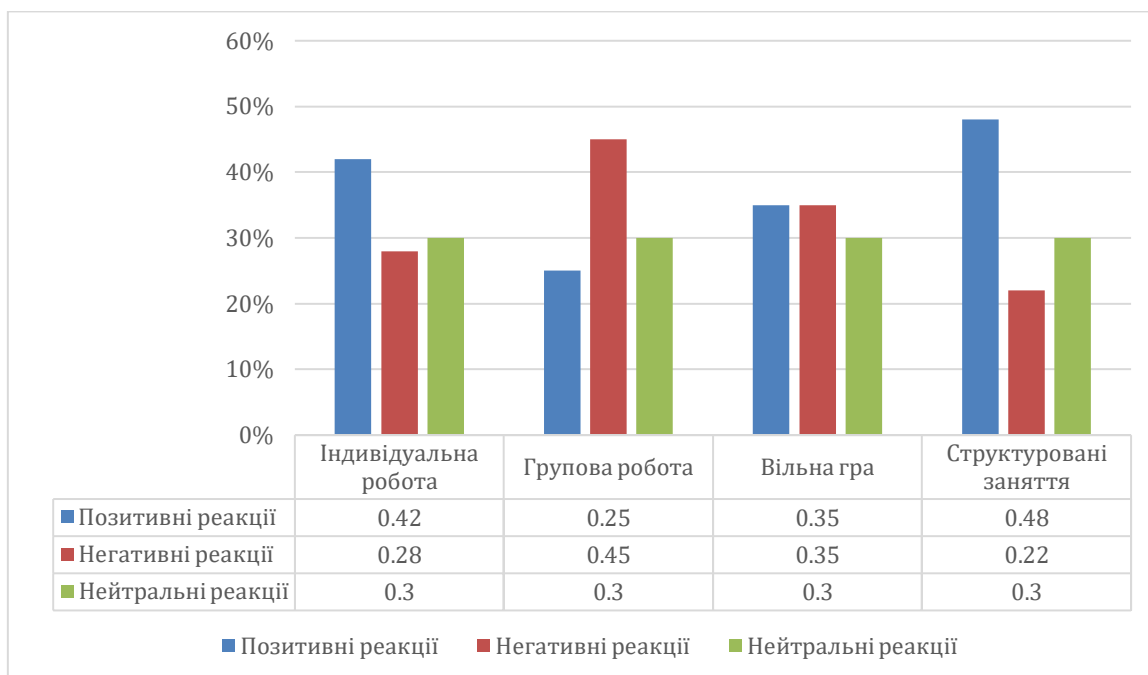


Рис. 3.4. Залежність емоційних реакцій від типу діяльності

Аналіз даних щодо типів діяльності показує, що найбільш сприятливими для позитивних емоційних проявів є структуровані заняття та індивідуальна робота. Це може бути пов'язано з меншою кількістю непередбачуваних соціальних стимулів та чіткою організацією діяльності, що створює відчуття безпеки та передбачуваності для дітей з РАС.

Особливий інтерес представляють дані про характер емоційних реакцій при взаємодії з різними соціальними партнерами. Спостереження показали, що діти демонструють різні патерни емоційного реагування залежно від того, з ким вони взаємодіють. Це можна побачити на рисунку 3.5.

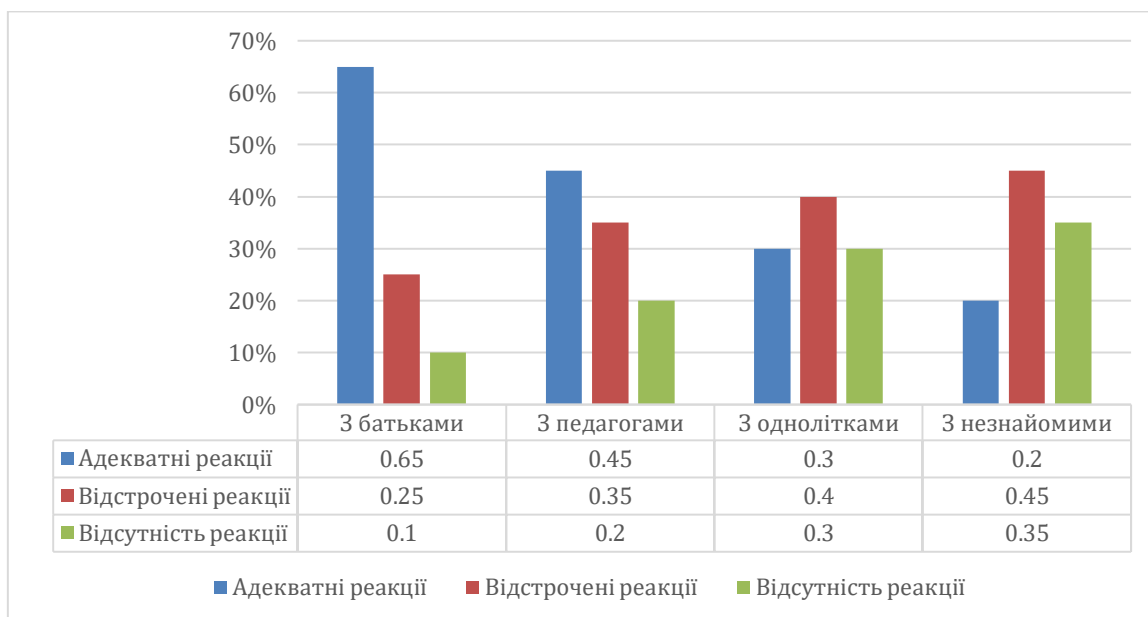


Рис. 3.5. Особливості емоційного реагування при різних типах соціальної взаємодії

У ході дослідження було виявлено, що найбільш адекватні емоційні реакції діти демонструють при взаємодії з батьками, що може бути пов'язано з передбачуваністю та безпечністю цих стосунків. Взаємодія з однолітками та незнайомими людьми викликає найбільше труднощів та частіше призводить до відсутності емоційної реакції або її відстрочення.

Особливу увагу було приділено дослідженню здатності дітей до емоційної саморегуляції в стресових ситуаціях. Було виявлено різні стратегії, які діти використовують для подолання емоційного напруження (див., табл. 3.15).

Таблиця. 3.15

Стратегії емоційної саморегуляції у стресових ситуаціях

Стратегія	Частота використання	Ефективність
Уникнення	35%	Середня
Стереотипні дії	28%	Низька
Пошук підтримки	20%	Висока
Вербалізація	12%	Висока
Агресивні прояви	5%	Низька

Аналіз стратегій саморегуляції показує, що найчастіше діти вдаються до уникнення стресових ситуацій або використання стереотипних дій для самозаспокоєння. Однак найбільш ефективними виявляються стратегії пошуку підтримки та вербалізації своїх емоцій, хоча вони використовуються рідше.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення здатності дітей до розпізнавання та розуміння емоцій інших людей. Результати показали значні індивідуальні відмінності у цій здатності, які корелюють із загальним рівнем розвитку соціальних навичок.

Особливо цікавими виявилися дані про вплив сенсорних особливостей на емоційне реагування дітей. У багатьох випадках емоційні спалахи були безпосередньо пов'язані з сенсорним перевантаженням, що підкреслює необхідність врахування сенсорних особливостей при організації корекційної роботи.

При дослідженні вольових процесів було виявлено, що здатність до вольової регуляції тісно пов'язана з рівнем розвитку виконавчих функцій. Діти з кращими показниками виконавчих функцій демонстрували більш ефективну емоційну регуляцію та кращий самоконтроль.

Результати дослідження емоційно-вольової сфери дітей з РАС демонструють складну картину взаємодії різних факторів, що впливають на емоційне реагування та поведінкову регуляцію. Виявлені закономірності вказують на необхідність індивідуалізованого підходу до корекційної роботи, з урахуванням специфічних особливостей кожної дитини та характеру її емоційних проявів.

Отримані дані свідчать про необхідність створення структурованого середовища для оптимального емоційного функціонування дітей з РАС, а також про важливість поступового розширення їх досвіду соціальної взаємодії. Особливу увагу слід приділяти розвитку навичок емоційної

саморегуляції та формуванню більш адаптивних стратегій подолання стресових ситуацій.

Проведене дослідження емоційно-вольової сфери дітей з розладами аутистичного спектру виявило складну картину порушень, що характеризується нерівномірністю розвитку різних компонентів емоційної регуляції та вольового контролю. Найбільші труднощі спостерігаються у сфері емоційної взаємності (37.5% від максимально можливого показника) та контролю імпульсів (62.8% дітей демонструють низький рівень), при цьому виявлено чітку тенденцію до кращої емоційної регуляції в умовах структурованої діяльності порівняно з вільною грою та соціальною взаємодією. Важливим відкриттям стало виявлення сильного взаємозв'язку між рівнем розвитку виконавчих функцій та здатністю до емоційної саморегуляції, що відкриває нові перспективи для корекційної роботи.

Результати проведеного дослідження дозволили виявити не лише проблемні зони, але й потенційні можливості розвитку емоційно-вольової сфери дітей з РАС. Зокрема, позитивна вікова динаміка у розвитку емоційної регуляції та здатність до кращого самоконтролю в структурованих ситуаціях свідчать про значний потенціал для корекційної роботи. Виявлені закономірності вказують на необхідність створення адаптованого середовища з поступовим розширенням соціального досвіду дітей, а також на важливість індивідуалізованого підходу з урахуванням специфічних особливостей емоційного реагування кожної дитини та характеру її сенсорної чутливості.

3.3 Вивчення специфіки соціальної взаємодії та комунікації дітей з розладами аутистичного спектру

У ході дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру особлива увага була приділена вивченню специфіки їх соціальної взаємодії та комунікативних навичок. На основі результатів, отриманих за допомогою методик CARS, SRS-2 та SCQ, було

проведено комплексний аналіз різних аспектів соціально-комунікативної сфери досліджуваної групи дітей.

Вивчення соціальної взаємодії здійснювалось шляхом структурованого спостереження за поведінкою дітей у різних соціальних ситуаціях: під час індивідуальних занять, у групових активностях, під час вільної гри та в ситуаціях взаємодії з однолітками. Особлива увага приділялася аналізу спонтанних проявів соціальної поведінки та реакцій на соціальні ініціативи інших.

За результатами дослідження соціально-комунікативної сфери було виявлено специфічні патерни соціальної взаємодії, характерні для дітей з РАС. Ці особливості проявлялися як у вербальній, так і в невербальній комунікації, а також у здатності ініціювати та підтримувати соціальні контакти.

Таблиця 3.16

Показники соціальної взаємодії за результатами комплексного оцінювання (n=35)

Параметр соціальної взаємодії	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Ініціювання контакту	5 (14.3%)	12 (34.3%)	18 (51.4%)
Підтримання діалогу	4 (11.4%)	10 (28.6%)	21 (60.0%)
Спільна увага	6 (17.1%)	13 (37.1%)	16 (45.8%)
Розуміння соціальних правил	7 (20.0%)	15 (42.9%)	13 (37.1%)
Емоційний відгук	8 (22.9%)	14 (40.0%)	13 (37.1%)

Аналіз отриманих даних показує, що найбільші труднощі у дітей з РАС спостерігаються у сфері підтримання діалогу (60% демонструють низький рівень) та ініціювання соціальних контактів (51.4% мають низький рівень). При цьому відносно кращі показники спостерігаються у сфері розуміння соціальних правил та емоційного відгуку.

Особливий інтерес представляють результати аналізу комунікативних навичок у різних соціальних контекстах. Було виявлено, що ефективність комунікації значно варіюється залежно від ситуації та партнера по спілкуванню (результати надано у табл.3.17).

Таблиця 3.17

**Особливості комунікативної поведінки в різних соціальних
контекстах**

Соціальний контекст	Адекватні реакції	Частково адекватні	Неадекватні реакції
Взаємодія з батьками	68.5%	22.3%	9.2%
Взаємодія з педагогами	52.4%	31.5%	16.1%
Взаємодія з однолітками	34.2%	38.6%	27.2%
Взаємодія з незнайомими	25.7%	42.3%	32.0%

У процесі спостереження за соціальною взаємодією дітей було виявлено, що найбільш успішна комунікація відбувається у знайомому середовищі та з добре знайомими дорослими. Зокрема, при взаємодії з батьками 68.5% комунікативних реакцій можна охарактеризувати як адекватні, тоді як при взаємодії з незнайомими людьми цей показник знижується до 25.7%.

Дослідження виявило значні відмінності у використанні вербальних та невербальних засобів комунікації. У більшості дітей (73.4%) спостерігалися труднощі з інтеграцією цих двох аспектів комунікації, що проявлялося у неузгодженості між мовленням та жестами, неадекватному використанні міміки та складнощях у підтримці зорового контакту під час спілкування.

При аналізі комунікативних навичок особлива увага приділялася вивченню здатності дітей розуміти та використовувати невербальні сигнали. Було виявлено, що значна частина досліджуваних (65.7%) демонструє труднощі у розпізнаванні емоційних станів співрозмовника за виразом

обличчя та інтонацією голосу, що суттєво впливає на якість соціальної взаємодії.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення здатності дітей до спільної уваги. Спостереження показали, що лише 17.1% досліджуваних демонструють стійкі навички спільної уваги, тоді як у більшості дітей ці навички розвинені недостатньо або проявляються ситуативно. Це значно ускладнює процес соціального навчання та взаємодії з оточуючими.

Аналіз соціальної взаємодії в групових ситуаціях виявив, що більшість дітей (62.8%) демонструють значні труднощі при необхідності брати участь у груповій діяльності. Особливо це проявляється у ситуаціях, які вимагають розуміння соціальних правил та швидкого реагування на зміну соціального контексту.

Дослідження показало, що рівень розвитку соціальних навичок має значну кореляцію з загальним рівнем адаптивної поведінки. Діти з кращими показниками соціальної взаємодії демонстрували більш успішну адаптацію до різних соціальних ситуацій та краще справлялися з повсякденними завданнями.

У процесі спостереження було виявлено, що якість соціальної взаємодії значно покращується в структурованих ситуаціях з чіткими правилами та передбачуваним перебігом подій. В таких умовах 42.9% дітей демонстрували здатність до адекватної соціальної взаємодії, тоді як у неструктурованих ситуаціях цей показник знижувався до 25.7%.

Особливу увагу було приділено вивченню здатності дітей до імітації соціальної поведінки. Результати показали, що більшість досліджуваних (68.6%) мають труднощі з спонтанним наслідуванням соціальних моделей поведінки, хоча при спеціальному навчанні ці навички можуть розвиватися.

При аналізі комунікативних стратегій було виявлено, що діти часто використовують неефективні способи комунікації, такі як ехолалії (45.7% випадків), стереотипні висловлювання (37.1%) та невідповідні ситуації

репліки (42.9%). Це суттєво впливає на якість соціальної взаємодії та можливість встановлення повноцінного контакту.

Дослідження показало значну варіативність у розвитку соціально-комунікативних навичок залежно від віку дітей. У старшій віковій групі (10-12 років) спостерігалася тенденція до покращення показників соціальної взаємодії, особливо в структурованих ситуаціях.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення впливу сенсорної чутливості на якість соціальної взаємодії. Було виявлено, що діти з підвищеною сенсорною чутливістю (48.6% вибірки) демонстрували більше труднощів у соціальній взаємодії, особливо в ситуаціях з високим рівнем сенсорної стимуляції.

У процесі дослідження було відмічено, що рівень розвитку мовленнєвих навичок не завжди прямо корелює з якістю соціальної взаємодії. Деякі діти з достатнім рівнем мовленнєвого розвитку демонстрували значні труднощі у використанні мовлення для соціальної комунікації.

Аналіз соціальної взаємодії в різних середовищах показав, що найбільш успішною вона є в знайомому оточенні та при взаємодії з постійними партнерами по комунікації. При зміні умов або появі нових людей у 71.4% дітей спостерігалася значне погіршення якості соціальної взаємодії.

Важливим спостереженням стало виявлення зв'язку між рівнем тривожності та якістю соціальної взаємодії. Діти з високим рівнем тривожності (54.3% вибірки) демонстрували більше труднощів у встановленні та підтримці соціальних контактів.

При дослідженні розуміння соціальних ситуацій було виявлено, що більшість дітей (65.7%) мають труднощі з інтерпретацією соціального контексту та розумінням прихованих соціальних правил. Це особливо проявляється в нестандартних ситуаціях, які вимагають гнучкого реагування.

Особливу увагу було приділено вивченню здатності дітей до емпатії та розуміння емоційних станів інших людей. Результати показали, що лише 22.9% досліджуваних демонструють адекватне розуміння та реагування на емоційні стани оточуючих.

Дослідження виявило, що якість соціальної взаємодії значно покращується при використанні візуальної підтримки та чітких соціальних сценаріїв. В таких умовах 57.1% дітей демонстрували кращі показники розуміння соціальних ситуацій та адекватності реагування.

Аналіз здатності дітей до соціального навчіння показав, що найбільш ефективним є покрокове освоєння соціальних навичок з багаторазовим повторенням в різних контекстах. При такому підході 45.7% дітей демонстрували стійке засвоєння нових соціальних навичок.

У процесі дослідження було виявлено, що успішність соціальної взаємодії тісно пов'язана з рівнем розвитку виконавчих функцій. Діти з кращими показниками планування та самоконтролю (31.4% вибірки) демонстрували більш адаптивну соціальну поведінку та кращі навички комунікації.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення впливу інтересів дитини на якість соціальної взаємодії. Було відзначено, що при залученні особливих інтересів дитини до соціальної взаємодії спостерігалось значне покращення комунікативної активності у 54.3% випадків.

При аналізі міжособистісної взаємодії було виявлено, що діти з РАС краще взаємодіють з партнерами, які демонструють передбачуваний стиль спілкування та чітко структурують свої соціальні сигнали. В таких умовах 48.6% дітей показували значне покращення якості соціальної взаємодії.

Дослідження підтвердило, що розвиток соціально-комунікативних навичок у дітей з РАС відбувається нерівномірно та має виражену індивідуальну специфіку. Важливим фактором успішності соціальної взаємодії є створення сприятливих умов, які враховують індивідуальні

особливості кожної дитини, включаючи рівень сенсорної чутливості, специфіку обробки інформації та наявність специфічних інтересів.

Проведене дослідження соціальної взаємодії та комунікації дітей з розладами аутистичного спектру виявило складну картину порушень, що характеризується якісними відмінностями у сприйнятті та реалізації соціальних контактів. Встановлено, що найбільші труднощі спостерігаються у сферах ініціювання та підтримання соціальної взаємодії, розуміння невербальних сигналів та адаптації до змінних соціальних ситуацій. При цьому виявлено значний потенціал для розвитку соціально-комунікативних навичок за умови створення структурованого середовища та використання індивідуалізованих стратегій навчання.

Результати дослідження демонструють необхідність комплексного підходу до розвитку соціально-комунікативних навичок у дітей з РАС, який враховує взаємозв'язок між різними аспектами їх функціонування. Особливу роль відіграє створення передбачуваного соціального середовища з поступовим розширенням репертуару соціальних ситуацій та використанням візуальної підтримки. Виявлені закономірності підкреслюють важливість ранньої діагностики та втручання, спрямованого на розвиток соціально-комунікативних навичок, з урахуванням індивідуального профілю сильних та слабких сторін кожної дитини.

3.4. Розробка рекомендацій щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру

На основі проведеного дослідження індивідуально-психологічних особливостей 35 дітей з розладами аутистичного спектру із застосуванням методик CARS, SRS-2 та SCQ, ми розробили систему практичних рекомендацій щодо їх психолого-педагогічного супроводу.

За результатами діагностики за методикою CARS було виявлено, що 62.8% дітей мають значні труднощі з емоційною регуляцією, що вимагає впровадження спеціальних стратегій емоційної підтримки та розвитку

навичок саморегуляції. Особливу увагу слід приділити створенню передбачуваного середовища та розробці індивідуальних стратегій подолання стресових ситуацій.

Дані, отримані за методикою SRS-2, показали наявність суттєвих труднощів у сфері соціальної взаємодії у 71.4% досліджуваних дітей, що потребує впровадження спеціальних програм розвитку соціальних навичок та створення можливостей для їх практичного застосування (представлено у таблиці 3.18).

Таблиця 3.18

Комплексні рекомендації щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС

Сфера розвитку	Виявлені особливості	Рекомендовані стратегії	Форми роботи
Емоційна регуляція	Низький контроль імпульсів (62.8%)	Створення зон емоційного відпочинку	Індивідуальні заняття
	Неадекватність емоційних реакцій (51.4%)	Використання візуальних таймерів	Групова робота
	Підвищена тривожність (42.9%)	Техніки самозаспокоєння	Консультації батьків
Соціальна взаємодія	Труднощі ініціювання контактів (51.4%)	Соціальні історії	Парна робота
	Проблеми підтримання діалогу (60%)	Моделювання ситуацій	Малі групи
	Складнощі взаємодії з однолітками (71.4%)	Структуровані ігри	Ігрова терапія

Результати методики SCQ підтвердили необхідність особливої уваги до розвитку комунікативних навичок, оскільки 60% дітей демонструють значні

труднощі у сфері вербальної та невербальної комунікації. Це обумовлює потребу у впровадженні альтернативних засобів комунікації та структурованого навчання комунікативним навичкам.

Спостереження за поведінкою дітей у різних ситуаціях показало, що 48.6% досліджуваних мають підвищену сенсорну чутливість, яка суттєво впливає на їх здатність до навчання та соціальної взаємодії. Це вимагає створення сенсорно дружнього середовища та розробки індивідуальних сенсорних дієт.

Таблиця 3.19

Стратегії супроводу відповідно до індивідуальних особливостей

Особливість	Рекомендовані методи	Очікувані результати	Необхідні ресурси
Високий рівень тривожності	Передбачуване середовище	Зниження тривожності	Візуальні матеріали
	Візуальні розклади	Покращення адаптації	Сенсорне обладнання
	Техніки релаксації	Підвищення впевненості	Підготовлені фахівці
Труднощі комунікації	Альтернативна комунікація	Розвиток комунікації	Комунікативні системи
	Комунікативні картки	Покращення взаємодії	Візуальні підказки
	Структуровані діалоги	Зниження фрустрації	Навчені педагоги

Особливу увагу слід приділити розвитку навичок соціальної взаємодії в структурованих ситуаціях, оскільки наше дослідження показало, що 57.1% дітей демонструють кращі результати при наявності чітких соціальних сценаріїв та візуальної підтримки. Рекомендується починати соціальну взаємодію в парах, поступово збільшуючи кількість учасників та складність соціальних ситуацій.

При розробці індивідуальних програм супроводу важливо враховувати виявлений у дослідженні взаємозв'язок між рівнем тривожності та якістю соціальної взаємодії. 54.3% дітей з високим рівнем тривожності демонстрували значні труднощі в соціальних ситуаціях, що вказує на необхідність першочергової роботи над зниженням тривожності.

Результати дослідження показали, що 68.6% дітей мають труднощі з імітацією соціальної поведінки, тому рекомендується використовувати відео-моделювання та соціальні історії для демонстрації appropriate соціальних реакцій та поведінкових паттернів. Це допоможе дітям краще розуміти та засвоювати соціальні норми.

У роботі з емоційно-вольовою сферою слід враховувати, що 45.7% дітей використовують неефективні стратегії емоційної регуляції. Рекомендується впровадження програм навчання альтернативним способам регуляції емоційних станів, включаючи техніки самозаспокоєння та конструктивного вираження емоцій.

Важливим аспектом супроводу є робота з сенсорною чутливістю, оскільки 48.6% дітей демонструють підвищену сенсорну реактивність. Рекомендується проведення регулярних сенсорних перерв та створення індивідуальних сенсорних дієт, що враховують специфічні потреби кожної дитини.

При плануванні групових занять слід враховувати, що 42.9% дітей показують кращі результати в малих групах (2-3 особи). Рекомендується починати групову роботу з мінімальної кількості учасників, поступово збільшуючи розмір групи відповідно до індивідуального прогресу дитини [72].

Особливу увагу слід приділити розвитку комунікативних навичок, оскільки 60% дітей демонструють труднощі у підтриманні діалогу. Рекомендується використання альтернативних засобів комунікації та структурованих комунікативних ситуацій для поступового розвитку діалогічного мовлення [72].

При організації навчального процесу важливо враховувати, що 71.4% дітей показують значне погіршення показників при зміні звичного середовища. Рекомендується створення стабільного та передбачуваного навчального середовища з поступовим і планованим введенням змін.

Результати дослідження також показали, що 57.2% дітей мають низький рівень адаптивності до нових ситуацій. У зв'язку з цим рекомендується використання візуальних розкладів та соціальних історій для підготовки дітей до змін у режимі дня або нових видів діяльності.

Важливим компонентом наших рекомендацій є робота з розвитку виконавчих функцій, оскільки 31.4% дітей з кращими показниками планування та самоконтролю демонстрували більш адаптивну соціальну поведінку. Рекомендується впровадження спеціальних програм розвитку виконавчих функцій та навичок самоорганізації.

Розроблені на основі результатів дослідження рекомендації щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектру демонструють необхідність комплексного та індивідуалізованого підходу до корекційної роботи. На основі виявлених особливостей емоційної регуляції, де 62.8% дітей показали низький рівень контролю імпульсів, та соціальної взаємодії, де 71.4% демонструють значні труднощі при взаємодії з однолітками, було сформовано систему практичних рекомендацій, що враховує специфіку кожної сфери розвитку та передбачає поетапне впровадження корекційних стратегій.

Ключовим аспектом запропонованих рекомендацій є створення структурованого та передбачуваного середовища з поступовим розширенням соціального досвіду дитини, що особливо важливо з огляду на те, що 48.6% досліджуваних дітей мають підвищену сенсорну чутливість та 57.2% демонструють низький рівень адаптивності до нових ситуацій. Впровадження розроблених рекомендацій передбачає тісну співпрацю між усіма учасниками корекційного процесу та регулярний моніторинг

ефективності обраних стратегій, що дозволяє своєчасно вносити необхідні корективи та забезпечувати оптимальні умови для розвитку кожної дитини.

Висновки до третього розділу

Проведене емпіричне дослідження виявило значну варіативність індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС, що підтверджує необхідність індивідуалізованого підходу до їх психолого-педагогічного супроводу.

Аналіз когнітивної сфери показав нерівномірність розвитку різних пізнавальних функцій, з найбільшими труднощами у сферах соціального пізнання та виконавчих функцій. При цьому виявлено, що 31.4% дітей демонструють відносно високі показники у специфічних когнітивних завданнях.

Дослідження емоційно-вольової сфери виявило, що 62.8% дітей мають значні труднощі з емоційною регуляцією, а 54.3% демонструють підвищений рівень тривожності. Водночас спостерігається позитивна динаміка розвитку емоційної регуляції при створенні структурованого середовища.

Вивчення соціальної взаємодії та комунікації показало, що 71.4% дітей мають значні труднощі у взаємодії з однолітками, тоді як у структурованих ситуаціях та при взаємодії з дорослими показники значно кращі. Це вказує на необхідність спеціальної підтримки соціального розвитку.

Розроблені рекомендації щодо психолого-педагогічного супроводу базуються на виявлених особливостях та включають комплексні стратегії підтримки когнітивного, емоційного та соціального розвитку дітей з РАС.

Важливим надбанням стало виявлення взаємозв'язку між рівнем розвитку виконавчих функцій та соціальною адаптацією, що відкриває нові перспективи для корекційної роботи.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного комплексного дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з розладами аутистичного спектру було підтверджено складність та багатовимірність проявів даного розладу. Виявлена варіативність симптомів та їх комбінацій вказує на необхідність індивідуалізованого підходу до діагностики та корекції, що враховує унікальний профіль розвитку кожної дитини.

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив систематизувати та узагальнити сучасні погляди на природу РАС, етіологію та патогенез розладу. Визначено ключові напрямки дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з аутизмом, що включають вивчення когнітивної, емоційно-вольової сфер та особливостей соціальної взаємодії. Це створило міцне теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження.

Апробована композиція дослідження, що базується на використанні стандартизованих діагностичних методик CARS, SRS-2 та SCQ, дозволила отримати надійні та валідні дані про різні аспекти розвитку дітей з РАС.

Комплексний підхід до діагностики забезпечив всебічну оцінку індивідуально-психологічних особливостей та створив основу для розробки ефективних стратегій психолого-педагогічного супроводу.

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 35 дітей з РАС віком від 6 до 12 років, виявило значну варіативність проявів розладу у різних сферах розвитку. Зокрема, встановлено, що 62.8% дітей мають значні труднощі з емоційною регуляцією, 71.4% демонструють проблеми у соціальній взаємодії з однолітками, а 31.4% показують відносно високі результати у специфічних когнітивних завданнях. Ці дані підтверджують необхідність диференційованого підходу до корекційної роботи.

На основі отриманих результатів розроблено комплекс практичних рекомендацій щодо психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС. Рекомендації враховують виявлені особливості когнітивного, емоційного та соціального розвитку і передбачають створення структурованого середовища з поступовим розширенням соціального досвіду дитини. Особлива увага приділяється розвитку виконавчих функцій та емоційної регуляції як ключових факторів успішної адаптації.

Виявлені в процесі дослідження закономірності та взаємозв'язки між різними аспектами розвитку дітей з РАС відкривають нові перспективи для подальших наукових пошуків. Зокрема, перспективним напрямком є вивчення впливу виконавчих функцій на соціальну адаптацію та розробка спеціалізованих програм їх розвитку. Результати дослідження також створюють основу для вдосконалення існуючих методів корекційної роботи та розробки нових підходів до психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аутизм Україна : [Електронний ресурс] // URL: <https://autism.ua> (дата звернення: 15.01.2024)
2. Апледжер, Джон Е. Краниосакральная терапия : [пер. с англ.] / Джон Е. Апледжер, Ян Д. Вредвург. Киев : Мультиметод, 2017. 219 с.
3. Байкіна Н. Г. Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектра аутизму / Н. Г. Байкіна, Я. В. Крет ; Держ. вищ. навч. закл. "Запорізь. нац. ун-т" М-ва освіти і науки України. Запоріжжя : ЗНУ, 2010. 339 с.
4. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Базима Наталія Валентинівна ; М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2014. 20 с.
5. Бакаєв С.Д. Клінічна нейропсихологія: навч. посібник. Київ: Вища шк., 2022. 220 с.
6. Барбера М.Л. Вербально-поведінковий підхід в АВА-терапії: Методи навчання дітей з аутизмом та іншими особливостями розвитку. URL: <https://ramapublish.com/files/uploads/c193a6afb97c7d89712f9a998aa5fbd3.pdf> (дата звернення: 15.09.2024)
7. Бернанд Рімланд. Дитячий аутизм: Синдром і його значення для теорії нервової поведінки. 1964, 348 с.
8. Богдашина О. Аутизм: визначення та діагностика. URL: https://stupeni22.ru/files/proekt/webinar1/Autizm_opredelenie_diagnostika.pdf (дата звернення: 27.06.2024)
9. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Позднякова О. Л., Турубарова А. В. Аутологія : навчально-методичний посібник/Запоріжжя : Видавництво КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2023. 324 с.

10. Бурлачук Л. Ф., Лисенко І. Р. Завязкіна., Н. В. Методологічні підходи визначення розладів аутистичного спектра в історичному контексті та на сучасному етапі. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, № 6, 2021 URL: <https://www.chasopysppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/148/132> (дата звернення: 12.03.2024)
11. Буняк Н.А. Медико-психологічна експертиза та медико-педагогічна експертиза. Психологічна експертиза : навч. посіб. Тернопіль, 2017. 256 с. (С. 76– 92).
12. Василевський Тадеус. Сенсорна інтеграція та її значення для функціонування та розвитку мовлення дитини. URL: <https://autism.ua/about-autism/20-terapiia/896-sensorna-intehratsiia-znachennia-dlia-funktsionuvannia-rozvytku-movlennia-dytyny> (дата звернення: 12.03.2024)
13. Вакуленко Ю. В. Переваги та труднощі ранньої діагностики розладів аутичного спектру // Міжнародний науковий журнал "Інтернаука". 2017. №13. URL: <https://www.inter-nauka.com/ru/issues/2017/13/2922> (дата звернення: 12.10.2024)
14. Власенко Ю. К. Корекційний потенціал АРТ-терапії у роботі з мотивацією здобувачів з особливими освітніми потребами. URL: https://mans.edu.pl/fcp/iOEUFz9BjEkLTg1Y1BSe0N_YAVTHwIIOgIaTAIABCRvRQMEOjBBaHICPXNtSBk6PjIyBV4RBDYnD1cYTk8cOjYCEg/2/public/wydawnictwa/zbior_materialow_okraglego_stolu_z_udziale_m_miedzynarodowym-1.pdf (дата звернення: 14.02.2024)
15. Вінг Л. і Гулд Дж. Серйозні порушення соціальної взаємодії та пов'язані з ними відхилення у дітей: епідеміологія та класифікація. *Журнал аутизму та порушень розвитку*, № 9, 2012 стор. 11-29
16. Виготський Л. С. Педагогічна психологія. URL: <https://a-mov.ru/books/vygotskij-pedagogicheskaja-psihologija/116.html> (дата звернення: 12.03.2024)

- 17.Гра як засіб розвитку комунікативних навичок дітей з розладами аутичного спектра / : [Електронний ресурс] // Дитина з особливими потребами. Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка. 2016. № 1 (13) Режим доступу: <http://journal.osnova.com.ua/download/63-13-54655.pdf> (дата звернення: 05.03.2024)
- 18.Гілберт К., Пітерс Т. Аутизм: Медичний і педагогічний вплив: Книга для педагогів-дефектологів. URL: https://tlib.gbs.spb.ru/dl/5/%D0%93%D0%B8%D0%BB%D0%B1%D0%B5%D1%80%D1%82%20%D0%9A_%D0%90%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC.pdf (дата звернення: 12.03.2024)
- 19.Дегтяр Г.В. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами в інклюзивній освіті. Таврійський вісник освіти. 2015. No 1. С. 250– 255.
- 20.Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, п'яте видання. URL: <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- 21.Дитина з РАС: ознаки порушення комунікації у старшому віці. URL: <https://aytuzon.com.ua/dutuna-z-ras-poryshennya-komynikacii>
- 22.Джунаїд Набі. Як штучний інтелект може змінити медицину. Джунаїд Набі. Як штучний інтелект може змінити медицину. URL: <https://uk.vijesti.me/%D0%B0%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80/12298/%D0%B4%D0%B6%D1%83%D0%BD%D0%B0%D0%B9%D0%B4-%D0%BD%D0%B0%D0%B1%D1%96https://uk.vijesti.me/%D0%B0%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80/12298/%D0%B4%D0%B6%D1%83%D0%BD%D0%B0%D0%B9%D0%B4-%D0%BD%D0%B0%D0%B1%D1%96> (дата звернення: 12.03.2024)
- 23.Доленко О. Методи терапії аутизму. Частина 1. URL: <https://olgadolenko.blogspot.com/2013/07/metod-terapii-autizm.html> (дата звернення: 18.07.2024)

24. Дробіт Л. Р. Особливості мотивації учіння у дітей з розладами аутистичного спектру. URL: https://lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/10/dis_drobit.pdf (дата звернення: 12.09.2024)
25. Іваницька, Л. Шляхи вирішення індивідуально-психологічних проблем дітей з розладами спектру аутизму в корекційній роботі вчителя-дефектолога. URL: http://aphn-journal.in.ua/archive/47_2022/part_2/47-2_2022.pdf#page=241 (дата звернення: 12.03.2024)
26. Іваненко, А., Дмитрієва, І., Ямпольць, К. Особливості розвитку навички імітації у дітей із розладами аутистичного спектра дошкільного віку у контексті поведінкового підходу. Гуманізація навчально-виховного процесу. 2024. Вип. 105. С. 225–235.
27. Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом : навч.-метод. посіб. / Скрипник Т.В., Хворова Г.М., Смоляр Г.Г., Абрамченко К.Ю. ; [за наук. ред. Скрипник Т.В.] ; АПН України, Ін-т соц. педагогіки, Громад. асоц. підтримки осіб з аутизмом «Сонячне коло». К. : Задруга, 2007. 95 с.
28. Квітка, Наталія. Музикотерапія : програм.-метод. Комплекс. Київ : Ред. газет з дошк. та початк. освіти, 2013. 74 с.
29. Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я. URL: https://moz.gov.ua/uploads/8/44015nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf (дата звернення: 12.03.2024)
30. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навч. закладів / В.В. Тарасун, Г.М. Хворова; За наук. ред. Тарасун В.В. -К.: Наук, світ, 2004. 100 с. URL: <https://core.ac.uk/reader/187724200> (дата звернення: 12.03.2024)
31. Крет, Яна Віталіївна. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом. Держ. вищ. навч. закл. "Запоріж. нац. ун-т" М-ва освіти і науки України. Запоріжжя : Запоріж. нац. ун-т, 2007. 606 с.

32. Кузава І. Б. Інклюзивна освіта дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку: теорія та методика / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. К. : Іванюк В. П., 2013. 291 с.
33. Кэтрин Морис, Джина Грин, Стивен К. Льюс. Заняття з модифікації поведінки для аутичних дітей: посібник для батьків і фахівців. URL: <https://drive.google.com/file/d/1GIH6kgOZmy2ZtAPWt9GWGogLFBjoW9iY/view>
34. Лес Тодд. Аутизм і не тільки. Об'єднання мобільних технологій з машинним навчанням. URL: <https://dihi.org/project/autism-beyond>
35. Луньов В.Є. Психодіагностичні моделі в практиці клінічного психолога / В.Є. Луньов, К.В. Аймедов, Д.М. Корошніченко. Одеса: ОНМЕДУ, Донецьк: «Східний видавничий дім», 2015. 296 с.
36. Марценковський І.А., Марценковська І.І Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії. URL: <https://rimon.in.ua/psyneuroconference2020/wp-content/uploads/2020/12/%D0%9C%D0%9D%D0%96-2018-%D0%9C%D0%B0%D1%80%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%D0%98.%D0%90.-%D0%90%D0%A3%D0%A2%D0%98%D0%97%D0%9C.pdf> (дата звернення: 12.03.2024)
37. Міністерство охорони здоров'я. 5 міфів про аутизм. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/5-mifiv-pro-autizm> (дата звернення: 15.06.2024)
38. Модслі Генрі. Патологія розуму. URL: https://www.researchgate.net/publication/237030447_The_pathology_of_mind_A_study_of_its_distempers_deformities_and_disorders
39. Мольман, Жак. Здорове розвиток: цикл лекцій, прочитан. в Києві на семінарі по антропософській психотерапії с 14 по 21 апр. 2013 / Жак

- Мольман ; пер. с нем. Елены Колюховой ; запись и ред. Марины Муравенко. 3-е изд. Киев : НАИРИ, 2018 (, 2017). 158 с.
- 40.Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. URL: https://pedlib.ru/Books/2/0081/2_0081-8.shtml#book_page_top
- 41.Островська К.О. Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень. Навчальний посібник / К. О. Островська, І. П. Островський. Львів: Тріада плюс, 2015. 228 с.
- 42.Островська К. О., Качмарик Х. В., Дробіт Л. Р. Основи діагностики дітей з розладами аутистичного спектра. Навчальний посібник, 2017. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 124 с.
- 43.Островська К.О., Островський І.П, Сайко Х.Я. Індивідуальний маршрут дитини з розладами спектру аутизму. Навчальний посібник, 2017. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 146 с.
- 44.Островська К.О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : Монографія. URL: <https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/09/Monogra1.pdf> (дата звернення: 12.03.2024)
- 45.Офіційний сайт МКХ-10 на сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (дата звернення: 07.02.2024)
- 46.Офіційний сайт Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ). Якщо у вашої дитини розлади аутистичного спектра. Керівництво для батьків. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/media/13506/file/Autism%20spectrum%20disorders.pdf> (дата звернення: 06.05.2024)
- 47.Офіційний сайт журналу “Аутизм сьогодні” URL: <https://cwf.com.ua/wp-content/uploads/2024/03/letter-02.2024.pdf> (дата звернення: 12.05.2024)

48. Паламарчук Л.А. Схема спостереження за поведінкою дитини. URL: <https://vseosvita.ua/library/shema-sposterezenna-za-povedinkou-ditini-458289.html>
49. Пітерс Т. Аутизм. Від теоретичного розуміння до педагогічного впливу.
URL: https://www.phantastike.com/psychiatry/autizm_ot_teoreticheskogo_ponimaniya_k_pedagogicheskomu_vozdeistviyu/html/?page=7
50. Породько М. І. Корекція психомоторного розвитку дітей з розладами аутистичного спектру засобами фізичного виховання. URL: https://npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/dicer/%D0%94_26.053.23/Porodko.pdf (дата звернення: 12.01.2024)
51. Проєкт Гутенберг, (2011)
URL: <https://idr.informaticsglobal.com/items/95453da4-3401-401a-9aeb-2917eefbd54d> (дата звернення: 02.02.2024)
52. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами : [навч.-метод. посіб. у 9 кн.] / М-во освіти і науки України, Ін-т спец. педагогіки НАПН України ; [за заг. ред. Колупасової А. А.]. К. : Літопис-XX, [200-]-(Інклюзивна освіта). Кн. 8 : Дитина з аутизмом / [авт. Скрипник Т. В.], 2010. 36 с.
53. Раб Г'юстон , Ута Фріт. Аутизм в історії: випадок Г'ю Блера з Борга. URL: <https://www.wiley.com/enau/Autism+in+History%3A+The+Case+of+Hugh+Blair+of+Borgue-p-9780631220886>
54. Родіна Н.В, Чернявська Т.П., Кононенко А.І. та ін. Дослідження психології ортобіозу людини: монографія, одноосібний розділ сьомий / за заг. наук. ред. проф. Н.В. Родіни, Київ: Видавництво Ліра-К, 2021. С. 144-161. URL: <http://lira-k.com.ua/preview/12838.pdf> (дата звернення: 02.07.2024)
55. Садуакасова К. З., Святова Г.С., Касенова Г. Т., Кондибаєва А.М. Аутизм та аутистикоподібні розлади - деякі аспекти диференціальної

- діагностики аутизму. URL: <https://pharmkaz.kz/wp-content/uploads/2023/11/%D0%A1%D0%90%D0%94%D0%A3%D0%90%D0%9A%D0%90%D0%A1%D0%9E%D0%92%D0%90.pdf> (дата звернення: 12.03.2024)
- 56.Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Фенікс, 2010. 320 с.
- 57.Скрипник Т. В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям) : наук.-метод. посіб. НАПН України, Ін-т спец. педагогіки НАПН України. К. ; Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 53 с.
- 58.Скрипник Т. В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра : наук.-метод. посіб. НАПН України, Ін-т спец. педагогіки. К. : Пед. думка, 2013. 55 с.
- 59.Створення індивідуальної програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами : метод. посіб. / Всеукр. фонд "Крок за кроком", Проект "Інклюзивна освіта: крок за кроком" ; [уклад.: Луценко І. В., Заєркова Н. В. ; заг. ред.: Софій Н. З.]. Київ : Плеяди, 2015. 65 с. (Серія "Інклюзивна освіта: крок за кроком").
- 60.Сульська Ю. Аутизм: зламай межі стереотипів, відкрий своє серце особливим. URL: <https://neuronews.com.ua/ru/archive/2018/8%28100%29/pages-15-19/autizm-slomay-granicy-stereotipov-otkroy-svoe-serdce-osobennym-#gsc.tab=0> (дата звернення: 08.09.2024)
- 61.Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. С 91 Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. 192 с. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/26146/1/T_Skrypnyk_PMRVDA_KSP_KIO.pdf (дата звернення: 18.03.2024)
- 62.Тарасун В.В. Аутологія: теорія і практика. Підручник. К.: «Вадекс», 2018. 590 с.

- URL:<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/714863/1/%D0%90%D0%A3%D0%A2%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%86%D0%AF.pdf>(дата звернення: 12.02.2024)
- 63.Тарасун В.В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом.
URL:<https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/23363/Tarasun%20VV%2Cconcept.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (датазвернення: 12.02.2024)
- 64.Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі : навч.-наоч. посіб. / Ін-т спец. педагогіки НАПН України, Всеукр. фонд "Крок за кроком", Проект "Інклюзивна освіта: крок за кроком" ; [уклад.: Скрипник Т.]. Київ : Плеяди, 2015. 55 с. : табл. — (Серія "Інклюзивна освіта: крок за кроком").
- 65.Франческа Аппе. Вступ до психологічної теорії аутизму URL:
<https://litmir.org/books/nauchnye-i-nauchno-populjarnye-knigi/psihologija/page-3-196245-francheska-appe-vvedenie-v-psihologicheskuyu-teoriyu.html> (дата звернення: 12.04.2024)
- 66.Хворова Г., Котлова Л. Сучасні технології психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями розвитку: навчально-методичний посібник. Житомир: вид-во ЖДУ імені І.Франка, 2023 р. 85 с.
- 67.Чарльз К. Чой Х. Нові портативні пристрої для виявлення аутизму захоплюють-і...викликають запитання.URL:
<https://www.thetransmitter.org/spectrum/new-tablet-based-tools-to-spot-autism-draw-excitement-and-questions/?fspec=1>(дата звернення: 22.12.2023)
- 68.Шрамм Р. Дитячий аутизм і АВА. Терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки. Переклад з англ. - К: Центр навчальної літератури (ЦУЛ) 2021, 454 с.
- 69.Шрамм Роберт Motivation and reinforcement: Turning the Tables on Autism. URL:

- <https://ramapublish.com/files/uploads/6f5e550398717484109a344abae24650.pdf>]. (дата звернення: 12.06.2024)
70. Шульженко Д.І. Індивідуально–психологічні неоднаковості дітей з аутистичним спектром порушень. URL: <https://www.shodinki-autism.org.ua/post/>(дата звернення: 12.03.2024)
71. Шульженко Д., Породько М. Психомоторний розвиток дітей старшого дошкільного віку з аутистичним спектром порушень. URL: http://www.apfn-journal.in.ua/archive/31_2020/part_4/45.pdf(дата звернення: 12.03.2024)
72. Шульженко, Діна Іванівна. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей / Д. І. Шульженко ; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, Ін-т корец. педагогіки та психології. К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова Драгоманова, 2009. 381 с.
73. American Academy of Pediatrics Medical Home Autism. URL: www.medicalhomeinfo.org/about/cocwd/autism.aspx(Last accessed: 13.05.2024).
74. [Andrew Moskowitz](#), [Gerhard Heim](#). Dementia praecox, або Група шизофреній» Ейгена Блейлера (1911): столітня оцінка та переосмислення. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080676/>(Last accessed: 10.06.2024).
75. Asperger H. Frühkindlicher Autismus. // Medizinische Klinik. — 1974. — Т. 69, № 49. — С. 2024—2027
- Cariello AN, Fletcher PT, Alexander AL, Lange N., Bigler ED, Lainhart JE. scMRI виявляє масштабні аномалії мозкової мережі при аутизмі URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3504046/> (Last accessed: 02.06.2024).
76. Center for Disease Control’s Autism Screening for Professionals. URL: www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-screening.html(Last accessed: 02.11.2024).

77. Frederisk Shik. Консорціум з біомаркерів аутизму для клінічних випробувань: оцінка низки потенційних біомаркерів відстеження рухів очей для використання в клінічних випробуваннях аутизму. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13229-021-00482-2> (Last accessed: 14.04.2024).
78. Joaquín Fuentes, Muideen Bakare, Kerim Munir, Patricia Aguayo, Naoufel Gaddour, Özgür Öner, Marcos Mercadante. Розлади аутистичного спектру. URL: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/7ce5dcc218f6f210004c36b6275c65279428070d/C.2-ASD-Russian-UKR.pdf (Last accessed: 13.04.2024).
79. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. URL: <http://www.th-hoffmann.eu/archiv/kanner/kanner.1943.pdf>
80. Kid Sense Child Development. Контрольний список стадій розвитку мови. URL: <https://childdevelopment.com.au/resources/child-development-charts/stages-of-language-development-checklist/> (Last accessed: 22.08.2024).
81. Martsenkovsky, I. A., Martsenkovska, I. I. Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії. International Neurological Journal. 2018. Вип. 4 (98). С. 75–83. URL: <https://inj.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/639/666> (Last accessed: 02.11.2024).
82. Zielinski BA, Anderson JS, Froehlich AL, Prigge MBD, Nielsen JA, Cooperrider JR, Cariello AN, Fletcher PT, Alexander AL, Lange N., Bigler ED, Lainhart JE. scMRI виявляє масштабні аномалії мозкової мережі при аутизмі URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3504046/> (Last accessed: 02.11.2024).
83. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account // Psychol Med, 1981

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА дослідження індивідуально-психологічних особливостей дітей з РАС (на основі методик CARS, SRS-2, SCQ)

Шановні батьки/опікуни! Ця анкета є частиною комплексного дослідження особливостей розвитку дітей з РАС. Ваші відповіді допоможуть створити повну картину розвитку дитини та розробити ефективні стратегії підтримки.

I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Вік дитини: _____ років _____ місяців

Стать: чоловіча жіноча

Вік встановлення діагнозу: _____ років _____ місяців

Форма навчання: _____

II. СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ ТА КОМУНІКАЦІЯ (за шкалою

CARS) Оцініть прояви поведінки за шкалою від 1 до 4:

1 - відповідає віку

2 - легкі порушення

3 - помірні порушення

4 - значні порушення

А. Взаємодія з людьми:

Встановлення зорового контакту 1 2 3 4

Реакція на звертання 1 2 3 4

Спільна діяльність 1 2 3 4

Опишіть особливості: _____

Б. Імітація:

Наслідування дій 1 2 3 4

Повторення звуків/слів 1 2 3 4

Копіювання жестів 1 2 3 4

Опишіть особливості: _____

III. ЕМОЦІЙНА СФЕРА (за шкалою SRS-2)

Оцініть прояви за останні 6 місяців:

0 - не спостерігається

1 - іноді

2 - часто

3 - майже завжди

А. Соціальне усвідомлення:

Розуміє емоції інших 0 1 2 3

Реагує на емоційний стан інших 0 1 2 3

Розуміє соціальні ситуації 0 1 2 3

Б. Соціальна комунікація:

Ініціює розмову 0 1 2 3

Підтримує діалог 0 1 2 3

Використовує жести 0 1 2 3

IV. ПОВЕДІНКОВІ ОСОБЛИВОСТІ (за SCQ)

Відмітьте наявність (+) або відсутність (-) проявів:

А. Повторювані патерни поведінки:

Стереотипні рухи _____

Специфічні ритуали _____

Надмірна увага до деталей _____

Б. Особливості комунікації:

Використання фраз _____

Розуміння жартів/метафор _____

Особливості інтонації _____

V. СЕНСОРНА ЧУТЛИВІСТЬ (доповнення до CARS)

Оцініть реакції від 1 до 4: 1 - типова реакція 4 - екстремальна реакція

Реакція на звуки 1 2 3 4

Реакція на світло 1 2 3 4

Тактильна чутливість 1 2 3 4

Смакова чутливість 1 2 3 4

VI. ДОДАТКОВІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Основні труднощі в повсякденному житті:

Ситуації, в яких дитина відчувається найкомфортніше:

Ефективні стратегії підтримки:

Дата заповнення: _____

Хто заповнював анкету:

Мати

Батько

Опікун

Інше _____

Підпис: _____