

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова  
Навчально-науковий педагогічний інститут імені В.О. Сухомлинського

*Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти*

«Допущений до захисту»

Завідувач кафедри Шапочка К.А

 (підпис)  
«8» грудня 2025 р.

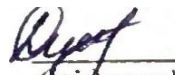
**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему:

**«Формування комунікації у дітей з розладами аутистичного спектра молодшого дошкільного віку за допомогою АВА-терапії»**

Виконав: студент 6841мз групи

  
(підпис)

**Дяченко Н.О.**

Керівник роботи: к.п.н., доцент

  
(підпис)

**Середа І.В.**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Навчально науковий педагогічний інститут імені В.О. Сухомлинського

Кафедра Спеціальної та інклюзивної освіти

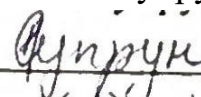
Спеціальність А6 Спеціальна освіта

Освітня програма «Спеціальна освіта. Логопедія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Гарант освітньої програми

Супрун М.О.



(підпис)

«1» грудня 2025 р.

**ЗАВДАННЯ  
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студенту Дяченко Надії Олександрівні

1. Тема роботи: *«Формування комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру молодшого дошкільного віку за допомогою АВА-терапії»*

Керівник роботи к.п.н. Середа Ірина Валеріївна

1. Затверджені наказом ректора № 1383-УЧ від «26» листопада 2025 року

2. Термін подання роботи: до 01.12.2025

3. Вихідні дані по роботі: фахова література, спеціальна науково-педагогічна література з тематики досліджуваного питання, матеріали конференцій, репозитарій університету.

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів):

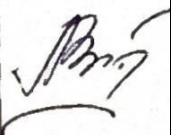
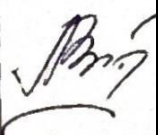
**Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.**

**Розділ 2. ДІАГНОСТИКА РІВНІВ СФОРМОВАНOSTІ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.**

**Розділ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РАС ЗАСОБАМИ АВА-ТЕРАПІЇ.**

Перелік презентаційних матеріалів **виконаний в програмі Power Point.**

## 5. Консультанти розділів роботи

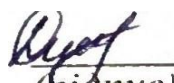
| Розділ                                                                                                                                          | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата                                                                          |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                 |                                           | завдання видав                                                                        | завдання прийняв                                                                      |
| <b>Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ</b> | К.п.н., доцент<br>Кисличенко В.А.         |    |    |
| <b>Розділ 2. ДІАГНОСТИКА РІВНІВ СФОРМОВАНOSTІ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>                    | К.п.н., доцент<br>Кисличенко В.А.         |   |   |
| <b>Розділ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РАС ЗАСОБАМИ АВА-ТЕРАПІЇ</b>                   | К.п.н., доцент<br>Кисличенко В.А.         |  |  |

Дата видачі завдання 01.11.2024 р.

### Календарний план

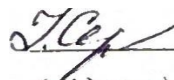
| №  | Назва етапів роботи                                                                                         | Терміни виконання етапів роботи | Примітка |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|
| 1  | Вивчення літературних джерел з предмета дослідження                                                         | Жовтень 2024                    | Виконано |
| 2  | Складання розгорнутого плану магістерської роботи та ознайомлення керівника з планом кваліфікаційної роботи | Листопад 2024                   | Виконано |
| 3  | Робота над написанням Розділу 1                                                                             | Грудень 2024                    | Виконано |
| 4  | Розробка критеріально-показникової бази дослідження                                                         | Січень 2025                     | Виконано |
| 5  | Розробка діагностичного інструментарію дослідження                                                          | Лютий 2025                      | Виконано |
| 6  | Проведення діагностичних зрізів та аналіз отриманих даних                                                   | Березень 2025                   | Виконано |
| 7  | Робота над написанням Розділу 2                                                                             | Квітень-Травень 2025            | Виконано |
| 8  | Проведення повторних зрізів за результатами проведеної роботи                                               | Вересень 2025                   | Виконано |
| 9  | Робота над написанням Розділу 3                                                                             | Вересень-Жовтень 2025           | Виконано |
| 10 | Оформлення магістерської роботи                                                                             | Жовтень 2025                    | Виконано |
| 11 | Передача магістерської роботи рецензенту для рецензування                                                   | Листопад 2025                   | Виконано |
| 12 | Передача магістерської роботи науковому керівникові для написання відгуку                                   | Листопад 2025                   | Виконано |
| 13 | Попередній захист магістерської роботи                                                                      |                                 | Виконано |
| 14 | Захист магістерської роботи                                                                                 |                                 | Виконано |

Студент

  
(підпис)

Дяченко Н.О

Керівник роботи

  
(підпис)

Середа І.В.

## АНОТАЦІЯ

**Дяченко Н.О. «Формування комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру молодшого дошкільного віку за допомогою АВА-терапії».** Кваліфікаційна робота магістра зі спеціальності А6 «Спеціальна освіта», освітньої програми «Спеціальна освіта. Логопедія». Миколаїв: Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова. 2025 рік. 117 сторінок.

У кваліфікаційній роботі висвітлено проблему формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектра засобами АВА-терапії. Здійснено комплексний аналіз психолого-педагогічної літератури щодо особливостей комунікативного розвитку дітей з РАС, визначено специфіку вербальних і невербальних засобів спілкування та чинники, що впливають на формування соціально-комунікативної адаптованості дітей з РАС. Уточнено зміст ключових понять дослідження — «комунікація», «комунікативні навички», «невербальні засоби комунікації», «соціально-комунікативна адаптованість», «прикладний аналіз поведінки».

У другому розділі представлено критеріально-показникову базу діагностики рівня сформованості комунікації у дітей з РАС, яка охоплює три критерії: вербальна комунікація, невербальні засоби комунікації та соціально-комунікативна адаптованість. Оцінювання здійснювалося за шістьма показниками, що дозволило комплексно визначити сильні та слабкі сторони комунікативної поведінки дітей і виявити потреби у цілеспрямованому педагогічному впливі. Аналіз результатів констатувального етапу засвідчив переважання середніх та низьких рівнів сформованості комунікативних навичок у більшості дітей.

У третьому розділі розроблено, впроваджено та експериментально перевірено ефективність авторської дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС, побудованої за чотири етапами: мотиваційно-орієнтаційний, первинне формування

комунікативних навичок, розвиток та закріплення комунікації, генералізація та інтеграція навичок у соціальне середовище. Кожен етап передбачає використання АВА-технік (pairing, mand training, tact training, рольові ігри), індивідуалізованих стимулів, системи підкріплень та адаптованих. Отримані дані підтверджують доцільність упровадження запропонованої моделі у практику роботи з дітьми з РАС в умовах дошкільної освіти.

**Ключові слова:** розлади аутистичного спектра, комунікація, вербальні та невербальні засоби спілкування, соціально-комунікативна адаптованість, прикладний аналіз поведінки, спеціальна освіта.

## ANNOTATION

**Diachenko N.O. "Formation of Communication in Young Preschool Children with Autism Spectrum Disorders through ABA Therapy".** Master's Thesis in Specialty A6 "Special Education," Educational Program "Special Education. Speech Therapy." Mykolaiv: Admiral Makarov National University of Shipbuilding, 2025. 117 pages.

The master's thesis addresses the problem of forming communication in young preschool children with autism spectrum disorders (ASD) through the means of Applied Behavior Analysis (ABA) therapy. A comprehensive analysis of psychological and pedagogical literature on the peculiarities of communicative development in children with ASD has been conducted, the specificity of verbal and nonverbal means of communication has been determined, and the factors influencing the formation of socio-communicative adaptability in children with ASD have been identified. The content of the key concepts of the study has been clarified — "communication," "communicative skills," "nonverbal means of communication," "socio-communicative adaptability," and "applied behavior analysis."

The second chapter presents the system of criteria and indicators for diagnosing the level of communication development in children with ASD, which includes three criteria: verbal communication, nonverbal means of

communication, and socio-communicative adaptability. The assessment was carried out according to six indicators, which made it possible to comprehensively determine the strengths and weaknesses of children's communicative behavior and to identify the need for targeted pedagogical intervention. The analysis of the results of the ascertaining stage revealed a predominance of medium and low levels of communicative skills development in most children.

The third chapter describes the development, implementation, and experimental verification of the effectiveness of the author's didactic model for forming communication in young preschool children with ASD, structured into four stages: motivational-orientational, initial formation of communicative skills, development and consolidation of communication, and generalization and integration of skills into the social environment. Each stage involves the use of ABA techniques (pairing, mand training, tact training, role-playing games), individualized stimuli, reinforcement systems, and adapted social scenarios. The obtained data confirm the feasibility of introducing the proposed model into the practice of working with children with ASD in preschool education settings.

**Keywords:** autism spectrum disorders, communication, verbal and nonverbal means of communication, socio-communicative adaptability, applied behavior analysis, special education.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                                              | Стор. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| ВСТУП.....                                                                                                                                                                                   | 10    |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ<br>ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ<br>МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ<br>АУТИЧНОГО СПЕКТРА .....                                      | 17    |
| 1.1. Розлади аутичного спектра: визначення, діагностика,<br>етіологія та клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей<br>молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра..... | 17    |
| 1.2. Комунікативний розвиток дітей з розладами аутичного<br>спектра: мовленнєвий та немовленнєвий аспекти.....                                                                               | 24    |
| 1.3. Теоретичні основи використання АВА-терапії як<br>інструменту формування та розвитку комунікативних навичок дітей<br>з розладами аутичного спектра.....                                  | 33    |
| Висновки до першого розділу .....                                                                                                                                                            | 38    |
| РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА РІВНІВ СФОРМОВАНOSTІ<br>КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА<br>МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....                                                             | 41    |
| 2.1. Визначення критеріїв, показників сформованості<br>комунікації дітей молодшого дошкільного віку з розладами<br>аутичного спектра.....                                                    | 41    |
| 2.2. Аналіз діагностичних даних, отриманих на<br>констатувальному етапі експериментального дослідження.....                                                                                  | 58    |
| Висновки до другого розділу.....                                                                                                                                                             | 72    |
| РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ<br>ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО<br>ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РАС ЗАСОБАМИ АВА-ТЕРАПІЇ.....                                                            | 74    |
| 3.1. Теоретико-методичні засади розробки та аналіз                                                                                                                                           |       |

|                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| продуктивних етапів експериментальної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії.....               | 74  |
| 3.2. Аналіз результатів впровадження запропонованої моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії..... | 87  |
| Висновки до розділу 3.....                                                                                                                           | 96  |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                                                        | 99  |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                                                      | 101 |
| ДОДАТКИ.....                                                                                                                                         | 117 |

## ВСТУП

### *Актуальність дослідження.*

Сучасний розвиток медичної, психологічної та педагогічної наук зумовив суттєвий прогрес у сфері ранньої діагностики розладів аутичного спектра. На сьогодні у світі, зокрема у США, існують стандартизовані методики, які дають змогу виявити ознаки аутизму вже у віці близько 1,5 років (V. Anderson, B. Prizant, A. Schuler, E. Shopler, R. Reichler, A. Bashford, H. Sturm, E. Fernell, Ch. Gillberg, L. Wing, A. Bondy, L. Frost, P. Howlin). В Україні, завдяки впровадженню сучасних діагностичних інструментів та підвищенню кваліфікації фахівців, встановлення діагнозу РАС можливе вже в середньому з 2,5–3 років, що є значним прогресом у порівнянні з попередніми десятиліттями, коли діагностика мала менш розвинену науково-методичну базу, а перші корекційні заходи розпочиналися здебільшого лише перед вступом дитини до школи (Н. Базима, В. Бочелюк, Т. Гладун, Т. Коломоєць, С. Конопляста, Т. Куценко, Г. Лопатіна, К. Островська, Т. Скрипник, В. Тарасун, Д. Шульженко). [7, 13,36, 42,128,138]

Попри позитивну динаміку в сфері раннього виявлення розладів аутичного спектра (РАС), питання розробки та апробації ефективних методик корекції та розвитку різних компонентів психічної та когнітивної діяльності дітей цієї нозологічної категорії залишаються актуальними. Особливого значення набуває формування комунікативних навичок, оскільки саме комунікація є ключовою умовою соціалізації, засвоєння знань та інтеграції дитини у суспільне середовище. Порушення комунікативної сфери дітей з РАС, що проявляються у зниженні ініціативи до спілкування, труднощах у використанні як вербальних, так і невербальних засобів спілкування, потребують цілеспрямованого та науково обґрунтованого корекційного впливу.

Одним з ефективних сучасних підходів до розвитку комунікації у дітей з розладами аутичного спектра є прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА-терапія). Цей метод, базуючись на

принципах поведінкової психології, передбачає поетапне навчання, використання системи підкріплень, індивідуалізацію завдань та інтеграцію навчання у природне середовище дитини. У міжнародній практиці АВА-терапія визнана науково обґрунтованою технологією, що має доведену ефективність у формуванні соціальних та комунікативних умінь (В. Prizant, А. Schuler, А. Bondy, L. Frost, P. Howlin). Водночас в українському контексті дослідження щодо адаптації та впровадження АВА-терапії у роботу з дітьми молодшого дошкільного віку з РАС є недостатніми, що зумовлює необхідність їхнього подальшого наукового розроблення (Н. Базима, К. Островська, В. Тарасун). [7, 63, 124, 129, 138]

Таким чином, актуальність нашого дослідження визначається поєднанням зростаючих можливостей ранньої діагностики розладів аутичного спектра, потребою у розробці та апробації ефективних методик формування комунікації та перспективністю впровадження АВА-терапії у вітчизняну практику логопедичної та корекційно-розвиткової роботи.

*Об'єктом* дослідження визначено комунікативну діяльність дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра.

*Предметом* - модель формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії.

*Метою дослідження:* є теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії.

Зазначена мета реалізується через виконання таких *завдань дослідження:*

1. Проаналізувати науково-педагогічну літературу з проблеми формування і розвитку комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра та визначити ключові поняття дослідження.

2. Визначити та обґрунтувати критерії та показники для оцінки рівня сформованості комунікативної сфери дітей молодшого дошкільного віку з РАС.

3. Теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії.

Для досягнення мети та реалізації завдань дослідження було застосовано комплекс взаємопов'язаних методів наукового пізнання, що забезпечили цілісність, послідовність та достовірність отриманих результатів.

*Теоретичні методи дослідження* — аналіз, синтез, порівняння, класифікація, систематизація, узагальнення — використовувалися для опрацювання філософських, психологічних, педагогічних, логопедичних та медичних джерел, а також сучасних нормативно-правових документів і міжнародних рекомендацій, що регламентують організацію допомоги дітям з розладами аутичного спектра. Застосування цих методів дало змогу:

- визначити науково-теоретичні засади формування комунікативних навичок у дітей з РАС;
- конкретизувати клініко-психолого-педагогічні особливості розвитку дітей молодшого дошкільного віку з РАС;
- обґрунтувати сутність, принципи та структурні компоненти моделі формування комунікації із застосуванням методів АВА-терапії.

*Емпіричні методи* — педагогічне спостереження, бесіда, анкетування батьків та педагогів, діагностичне тестування, аналіз продуктів ігрової та мовленнєвої діяльності дітей з РАС, педагогічний експеримент — дали змогу зібрати первинну інформацію щодо особливостей комунікативного розвитку та ефективності корекційної діяльності з даною категорією дітей. Зокрема:

- за допомогою констатувального експерименту було визначено рівні сформованості комунікативних навичок у дітей молодшого дошкільного віку з РАС та окреслено характерні труднощі їхнього мовленнєвого і немовленнєвого спілкування;

- у процесі формувального експерименту здійснено апробацію ефективності програми формування комунікації із застосуванням методів АВА-терапії;
- спостереження та бесіди дозволили відстежити динаміку розвитку комунікації, виявити індивідуальні особливості реагування на різні корекційні прийоми, визначити оптимальні умови та ресурси для їх реалізації.

*Методи математичної статистики* — кількісний та якісний аналіз, математична обробка результатів із представленням їх у вигляді таблиць — були використані для інтерпретації даних констатувального та формувального етапів експериментального дослідження. Застосування статистичного аналізу забезпечило об'єктивність, достовірність і репрезентативність отриманих результатів, що дозволило сформулювати науково обґрунтовані висновки щодо ефективності впровадження запропонованої дидактичної моделі формування комунікації дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії.

*Теоретичне значення дослідження* полягає у подальшій розробці та уточненні науково-методичних засад формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії. У межах роботи уточнено та конкретизовано понятійно-термінологічний апарат, зокрема, зміст понять: «комунікативний розвиток», «розлади аутичного спектра», «АВА-терапія», що формує наукове підґрунтя для подальших теоретичних досліджень у галузі логопедії, спеціальної педагогіки та психології.

У дослідженні запропоновано експериментальну модель формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС, яка враховує специфіку їх мовленнєвого, когнітивного, сенсорного та емоційно-вольового розвитку. Модель ґрунтується на системному та індивідуалізованому підходах, передбачає поетапну реалізацію корекційно-

розвиткової роботи із застосуванням принципів прикладного аналізу поведінки, зокрема структурованого навчання, підкріплення та інтеграції завдань у природне середовище дитини. У її структурі виокремлено ключові принципи, напрями, змістові блоки та методичні інструменти розвитку комунікативних навичок.

Теоретично обґрунтовано доцільність використання міждисциплінарного підходу, що передбачає взаємодію логопеда, дефектолога, психолога, фахівця з АВА-терапії, вихователя та батьків дитини з метою формування стійких і генералізованих комунікативних навичок. Такий підхід розширює наукове уявлення про механізми становлення комунікативної діяльності у дітей з РАС та сприяє інтеграції сучасних поведінкових технологій у систему спеціальної освіти.

Отримані результати можуть слугувати теоретичною основою для подальшої розробки методичних систем формування комунікації у дітей з РАС в різних умовах освітнього та реабілітаційного середовища, а також сприяти створенню концептуальних підходів до підготовки фахівців, здатних ефективно впроваджувати методи АВА-терапії у практику корекційно-розвиткової роботи.

*Практичне значення дослідження* полягає у розробці, теоретичному обґрунтуванні, апробації та впровадженні в освітню та корекційно-розвиткову практику експериментальної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії. Запропонована модель є цілісною системою корекційно-розвиткових заходів, спрямованих на розвиток вербальних і невербальних комунікативних навичок з урахуванням індивідуальних сенсорних, когнітивних, емоційно-вольових та мовленнєвих особливостей дітей даної нозологічної категорії.

У межах кваліфікаційного дослідження нами було створено практичний інструментарій для організації та проведення корекційно-розвиткової роботи, який включає:

- діагностичні матеріали для виявлення рівня сформованості комунікативних навичок дітей молодшого дошкільного віку з РАС за визначеними критеріями та показниками;
- систему вправ, ігор та завдань, розроблених на основі принципів АВА-терапії (Discrete Trial Training, Natural Environment Teaching, Verbal Behavior Approach), спрямованих на розвиток мовленнєвих, соціальних та імітаційних умінь;
- методичні рекомендації для логопедів, дефектологів, фахівців з АВА-терапії та вихователів щодо організації індивідуальної та групової роботи з дітьми з РАС, із залученням активної участі батьків у формуванні та закріпленні комунікативних навичок у домашньому середовищі.

Матеріали дослідження можуть бути використані у практичній діяльності вчителів-логопедів, дефектологів, фахівців з АВА-терапії, вихователів закладів дошкільної освіти, практичних психологів, а також керівників спеціальних та інклюзивних освітніх закладів. Застосування розробленої моделі сприятиме підвищенню ефективності розвитку комунікативної сфери дітей з РАС, покращенню їх соціальної адаптації, формуванню передумов для успішної інтеграції їх в освітнє середовище.

Отримані результати також можуть бути використані в системі підвищення кваліфікації педагогічних працівників з метою удосконалення професійної компетентності у сфері логопедії, спеціальної педагогіки та сучасних поведінкових технологій, зокрема щодо впровадження АВА-терапії у роботу з дітьми дошкільного віку з РАС.

*Апробація результатів дослідження:* матеріали дослідження були представлені у збірнику матеріалів за результатами Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Сучасна логопедія: інноваційні технології, у збірнику студентських наукових праць «Освіта осіб з особливими освітніми потребами: теорія і практика» ННПІ імені В.О. Сухомлинського НУК ім. адмірала Макарова.

*Експериментальна база дослідження:* експериментальне дослідження проводилось на базі ЗДО №140 ММР та КЗ «Інклюзивно-ресурсний центр №2» в місті Миколаєві.

*Структура та обсяг роботи.* Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 126 сторінок, з них 109 сторінок основного тексту. Робота містить 12 таблиць, 6 рисунків та 1 схему.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ  
ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ  
МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО  
СПЕКТРА**

### **1.1. Розлади аутичного спектра: визначення, діагностика, етіологія та клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра**

Проблема наукового визначення поняття «розлади аутичного спектра» (РАС) перебуває у полі уваги багатьох наукових галузей — медицини, психології та педагогіки, що зумовлює існування кількох взаємопов'язаних підходів до його трактування.

З позицій медицини РАС розглядаються як група нейророзвиткових розладів, що характеризуються стійкими порушеннями у сфері соціальної взаємодії, комунікації та наявністю стереотипних, обмежених інтересів і поведінкових патернів. Відповідно до МКХ-10-го та 11-го переглядів та DSM-5, розлади аутичного спектра об'єднують окремо визначені раніше нозології, зокрема ранній дитячий аутизм, синдром Аспергера та інші первазивні розлади розвитку. Клінічні дослідження (Н. Sturm, Е. Fernell, Ч. Gillberg, Л. Wing) підкреслюють, що симптоматика цих порушень проявляється вже на ранніх етапах розвитку і має стійкий, хронічний характер, варіюючись за ступенем вираженості від легких до глибоких форм. [143, 145]

У психології «розлади аутичного спектра» розглядаються як комплекс особливостей психічного розвитку, що включає специфічні труднощі у формуванні соціальної взаємодії, розвитку емоційної сфери, комунікативної поведінки та когнітивних процесів. Дослідники (В. Prizant, А. Schuler, К. Островська, В. Тарасун) відзначають порушення здатності до спільної уваги, знижену або відсутню потребу у соціальному контакті, труднощі в розумінні та вираженні емоцій, схильність до ригідних схем поведінки. Психологічний підхід акцентує увагу на внутрішніх механізмах формування цих особливостей та їх впливі на загальний психічний розвиток дитини. [67, 96, 138]

У педагогіці поняття «розлади аутичного спектра» розглядається крізь призму особливих освітніх потреб дитини. РАС визначаються як

стійкий комплекс порушень, що обумовлює необхідність адаптації змісту, методів і форм навчання, створення спеціальних умов для розвитку комунікативних, соціальних і пізнавальних навичок. Науковці (Н. Базима, Г. Лопатіна, Т. Скрипник, А. Bondy, L. Frost) підкреслюють, що ефективне навчання дітей з РАС потребує індивідуалізованого підходу, використання спеціальних технологій, зокрема методів поведінкової терапії, альтернативної та додаткової комунікації. [51, 92, 124]

Таким чином, клінічний підхід дозволяє описати РАС у категоріях медичної діагностики та симптоматики, психологічний — виявити механізми і закономірності розвитку, а педагогічний — визначити стратегії та умови навчання та корекції. Комплексне поєднання цих підходів створює цілісне уявлення про природу РАС та формує підґрунтя для побудови ефективних програм розвитку комунікації у дітей.

Отже, аналізуючи різні підходи до визначення РАС, ми визначаємо поняття *«розлади аутичного спектра»* як групу нейророзвиткових порушень, що мають стійкий та комплексний характер, які проявляються у специфічних труднощах соціальної взаємодії, комунікативної діяльності (як вербальної, так і невербальної) та у наявності обмежених, стереотипних форм поведінки та інтересів. Вони зумовлені особливостями функціонування центральної нервової системи та супроводжуються якісними змінами у когнітивній, емоційно-вольовій, сенсорній та поведінковій сферах.

У сучасній медичній практиці для опису та діагностики розладів аутичного спектра використовуються міжнародно визнані класифікаційні системи, зокрема Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), нова редакція Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) та «Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів» 5-го видання (DSM-5). Їхнє узгоджене використання забезпечує єдині підходи до постановки діагнозу та дозволяє проводити порівняльний аналіз клінічних даних на міжнародному рівні. [77]

Як зазначає Т. Скрипник, Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), досі широко використовується у практиці українських лікарів та фахівців міждисциплінарних команд, зокрема у сфері дитячої психіатрії та неврології. У МКХ-10 РАС належать до розділу F84 «Загальні розлади психологічного розвитку», їх представлено як окремі нозологічні одиниці: ранній дитячий аутизм (F84.0), атиповий аутизм (F84.1), синдром Ретта (F84.2), інші дезінтегративні розлади дитячого віку (F84.3), гіперактивний розлад, пов'язаний з порушенням інтелектуального розвитку та стереотипними рухами (F84.4), синдром Аспергера (F84.5) тощо. Така класифікація дозволяє деталізувати діагноз залежно від проявів та особливостей перебігу розладу, однак розглядає аутизм не як спектр, а як низку відносно окремих порушень. [90, 149]

У 2022 році ВООЗ офіційно запровадила Міжнародну класифікацію хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), перехід на яку поступово відбувається і в Україні. У новій редакції здійснено концептуальний перегляд підходів до діагностики РАС: замість окремих нозологічних форм застосовується інтегроване поняття «розлади аутичного спектра» (код 6A02), що охоплює різні варіанти проявів — від легких до тяжких, із зазначенням рівня підтримки, якого потребує дитина. У МКХ-11 РАС визначаються за наявністю двох основних груп симптомів:

- стійкі порушення соціальної комунікації та соціальної взаємодії у різних контекстах;
- обмежені, стереотипні або повторювані моделі поведінки, інтересів чи діяльності.

Додатково враховуються супутні порушення, зокрема інтелектуальний дефіцит або відставання у розвитку мовлення. Такий підхід відображає сучасне уявлення про аутизм як спектральний розлад,

варіативний за проявами, але єдиний за етіо-патогенетичною природою. [148]

В роботах Д. Шульженко зазначається, що «Діагностичний та статистичний посібник із психічних розладів» 5-го видання, виданий Американською психіатричною асоціацією у 2013 році, суттєво вплинув на формування сучасних діагностичних стандартів. У DSM-5 усі діагнози, які раніше розглядалися окремо — аутичний розлад, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад дитячого віку та інші загальні розлади розвитку — були об'єднані в єдину діагностичну категорію «Autism Spectrum Disorder». Критерії діагнозу включають:

- дефіцити у соціальній комунікації та соціальній взаємодії;
- обмежені та повторювані патерни поведінки, інтересів або діяльності;
- симптоми, що проявляються у ранньому дитинстві та призводять до клінічно значущих обмежень у функціонуванні. [113, 117]

DSM-5 також передбачає оцінку тяжкості РАС за рівнями підтримки (від «потребує підтримки» до «потребує значної підтримки»), що наблизило його підхід до моделі, прийнятої у МКХ-11.

Таким чином, сучасна діагностика РАС ґрунтується на поступовому відході від вузьких нозологічних категорій до інтегративного спектрального підходу, що дозволяє більш точно відображати індивідуальні особливості розвитку та потреби дитини, а також забезпечує узгодженість між клінічними, психологічними та педагогічними стратегіями підтримки.

Як зазначає В. Тарасун, етіологія розладів аутичного спектра має багатфакторний характер і досі залишається предметом активних наукових дискусій. Упродовж останніх десятиліть дослідники запропонували низку пояснювальних моделей — від соціально-психологічних до нейробіологічних, — частина з яких була згодом спростована, тоді як інші отримали підтвердження в емпіричних дослідженнях. [98]

Перші спроби пояснити походження аутизму належать Л. Каннеру, який висунув гіпотезу про так званих «холодних батьків» — високоінтелектуальних, але емоційно відсторонених людей, поведінка яких, на його думку, створює несприятливий психологічний клімат для розвитку дитини. [130,131] Ця концепція мала значний вплив на формування громадської думки, проте пізніші дослідження не підтвердили існування причинно-наслідкового зв'язку між особистісними характеристиками батьків і виникненням аутизму. Проблеми комунікації в сім'ях, де виховуються діти з РАС, нині розглядаються переважно як вторинні, обумовлені труднощами взаємодії з дитиною, а не як першопричина розладу. Подібного розвитку зазнала також гіпотеза соціального стресу, згідно з якою аутизм пов'язували з несприятливими життєвими подіями (смерть чи розлучення батьків, фінансові труднощі). Емпіричні дані не виявили статистично значущих відмінностей у частоті таких подій серед дітей з аутизмом та їхніх однолітків із нормотиповим розвитком. [123, 138]

Важливим кроком у розумінні механізмів РАС стала когнітивно-психологічна концепція емоційно-когнітивного функціонування, або «теорія розуму» (Theory of mind), розроблена С. Барон-Коеном, У. Фріт, А. Леслі та іншими дослідниками. Вона описує здатність людини інтерпретувати переконання, наміри та емоційні стани інших осіб, прогнозуючи їхню поведінку на основі вербальних і невербальних сигналів. Більшість дітей з типовим розвитком оволодівають цими навичками у віці 3–5 років, тоді як у дітей з РАС спостерігається специфічний дефіцит, який призводить до так званої «розумової сліпоти». Це ускладнює їх участь у рольових іграх, побудову міжособистісних стосунків і використання мовлення в соціальному контексті. Як вважають Дж. Гермелін і Н. О'Коннор, причиною таких обмежень можуть бути ранні біологічні порушення, що перешкоджають виокремленню соціально значущої інформації серед множини стимулів. [60, 127]

Біологічна концепція РАС передбачає, що розлад може виникати під впливом поєднання генетичних, пренатальних і перинатальних факторів. Приблизно у 10–12% осіб з аутизмом виявляють хромосомні аномалії. До значущих факторів також належать інфекційні захворювання матері під час вагітності (зокрема краснуха), вплив токсичних речовин, гіпоксія плода, а також ускладнення під час пологів. З 1980-х років увагу дослідників привертають дані нейрофізіологічних досліджень, зокрема аномалії мозочка, описані Е. Куршеном, які можуть бути пов'язані з порушенням уваги, труднощами у сприйнятті невербальних сигналів та інтерпретації соціальної інформації. [98]

В. Панчук зазначає, що сучасна наука розглядає аутизм (розлади аутичного спектра) як результат взаємодії кількох біологічних факторів, які впливають на розвиток центральної нервової системи та призводять до стійких порушень соціальної комунікації, поведінкової регуляції та когнітивної діяльності. Мультифакторний підхід дозволяє не лише пояснити різноманітність клінічних проявів РАС, а також визначити перспективні напрями їх корекції та підтримки, зокрема у сфері розвитку комунікативних навичок, що є центральним завданням нашого дослідження. [69]

Багато дослідників (Н. Базима, К. Островська, Т. Скрипник, Д. Шульженко та ін.) зазначають, що клінічна картина розладів аутичного спектра у дітей молодшого дошкільного віку відзначається значною варіативністю проявів та ступеня їх вираженості, однак завжди визначається поєднанням стійких порушень у сферах соціальної взаємодії, комунікації та поведінки. Ці порушення виникають на ранніх етапах розвитку та зберігаються впродовж усього життя, формуючи специфічний профіль розвитку дитини. [7, 63, 92, 110]

На думку Д. Шульженко, у соціально-комунікативній сфері типовими є труднощі у встановленні та підтримці соціальних контактів. Діти з РАС молодшого дошкільного віку часто не проявляють інтересу до спілкування з однолітками та дорослими або демонструють нетипові форми

взаємодії. Характерним є зниження або повна відсутність зорового контакту, обмежене використання міміки, жестів та пози для вираження емоцій. Порушена здатність до спільної уваги — дитина рідко слідкує за напрямом погляду чи жесту дорослого, не реагує на спроби залучення до спільної діяльності, що ускладнює процеси навчання та соціалізації. [111]

Як зазначає Н. Базима у мовленнєвому розвитку та комунікації порушення охоплюють як вербальні, так і невербальні сторони спілкування. Частина дітей не оволодіває мовленням або має значне відставання у його формуванні, інші ж використовують окремі слова чи фрази без комунікативної мети. Часто спостерігаються ехолалії — механічне повторення почутого, порушення інтонаційно-мелодичного оформлення висловлювань, монотонність голосу. Словниковий запас може бути обмеженим, а прагматичний аспект — недостатньо розвиненим, що проявляється у невмінні ставити запитання, обмінюватися інформацією, виражати власні емоції та підтримувати елементарний діалог. [5,6]

Поведінкові особливості дітей з РАС часто мають стереотипний та ригідний характер. Типовими є повторювані рухи (махання руками, покачування тулуба), ритуалізовані дії та фіксовані інтереси. Діти можуть виявляти надмірну прихильність до певних предметів чи ігрових сценаріїв, наполягати на незмінності порядку розташування речей. Важливим компонентом клінічної картини є сенсорні порушення, що можуть проявлятися у вигляді гіпер- або гіпочутливості до звуків, світла, дотику, смаку чи запахів, істотно впливаючи на поведінку та навчально-виховну діяльність. [13]

У частини дітей з РАС спостерігаються супутні порушення, серед яких — труднощі у розвитку дрібної та загальної моторики, порушення координації рухів, труднощі у регуляції поведінки та емоційних реакцій. Можливими є інтелектуальні порушення різного ступеня, прояви гіперактивності, тривожні стани, епілептичні напади. Ступінь вираженості цих симптомів є індивідуальним і залежить від варіанта перебігу РАС, що

потребує ретельної діагностики та розробки індивідуалізованих програм корекційно-розвиткової роботи. [19]

Отже, розлади аутичного спектра є складним, багатовимірним феноменом, який охоплює медичні, психологічні та педагогічні аспекти та вимагає інтегративного підходу до діагностики, розуміння етіології та розробки корекційно-розвиткових стратегій. Сучасні міжнародні класифікації, зокрема МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5, відображають еволюцію поглядів від розгляду аутизму як окремих нозологічних форм до єдиного спектрального розладу, що дозволяє враховувати індивідуальні відмінності у проявах та потребах дітей. Етіологія РАС розглядається як мультифакторна, з провідною роллю біологічних і генетичних чинників, які взаємодіють із середовищними впливами. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей молодшого дошкільного віку з РАС свідчить про стійкі труднощі у сферах соціальної взаємодії, комунікації, поведінки та сенсорної перцепції, що часто супроводжуються іншими порушеннями розвитку. Усвідомлення комплексної природи РАС створює наукове підґрунтя для розробки ефективних індивідуалізованих програм підтримки, спрямованих на розвиток комунікативних і соціальних навичок, підвищення адаптаційного потенціалу та покращення якості життя дитини.

## **1.2. Комунікативний розвиток дітей з розладами аутичного спектра: мовленнєвий та немовленнєвий аспекти**

Комунікація в сучасній науковій літературі розглядається як багатопланове явище, що охоплює процеси обміну інформацією, встановлення взаємодії та досягнення взаєморозуміння між людьми. У визначенні цього поняття науковці акцентують увагу на різних аспектах його сутності.

Так, за визначенням К. Островської, комунікація — це процес передавання та сприйняття інформації, який відбувається з використанням вербальних і невербальних засобів та забезпечує формування спільного

інформаційного поля між учасниками взаємодії. [63] В. Тарасун підкреслює, що комунікація у педагогічному процесі є провідним механізмом соціалізації та розвитку особистості, адже саме через неї дитина засвоює суспільно значущі способи діяльності та культурні зразки мовлення. [96] Н. Базима трактує комунікацію як базову умову пізнання дитиною навколишнього світу, наголошуючи на її ролі в становленні пізнавальної активності та емоційної сфери. [7]

Зарубіжні дослідники також надають різнопланові інтерпретації поняття «комунікація». В. Prizant і А. Schuler визначають її як інтерактивний процес обміну значеннями, у якому беруть участь щонайменше два суб'єкти, а взаєморозуміння досягається шляхом інтеграції мовленнєвих та немовленнєвих сигналів. [138] А. Bondy та L. Frost розглядають комунікацію у контексті розвитку альтернативних і додаткових засобів взаємодії, підкреслюючи, що вона передбачає не лише передавання інформації, а також формування наміру спілкування та здатності ініціювати контакт. [124]

Для дітей молодшого дошкільного віку комунікація є не лише механізмом обміну інформацією, а й ключовим чинником психічного та особистісного розвитку. Як зазначає Г. Лопатіна, у віковому діапазоні 3–4 років відбувається перехід від переважно ситуативно-дійового до пізнавально-особистісного спілкування, що забезпечує розширення словникового запасу, оволодіння елементарними граматичними структурами та розвиток інтонаційної виразності мовлення. [53] Т. Скрипник підкреслює, що у цей період інтенсивно формуються невербальні засоби комунікації — міміка, жести, погляд — які разом із мовленнєвими компонентами забезпечують повноцінну взаємодію дитини з оточенням. [91]

Таким чином, комунікація у дошкільному віці виконує подвійну функцію: являється інструментом розвитку пізнавальних, мовленнєвих та соціальних умінь і водночас показником сформованості цих сфер.

Порушення комунікативної компетентності, особливо на ранніх етапах розвитку дитини, можуть призводити до подальших труднощів у навчанні, соціалізації та емоційній адаптації, що особливо актуально в умовах розладів аутичного спектра.

Комунікація як соціальний процес у науковому розумінні розглядається як одна з ключових форм соціальної взаємодії, спрямована на обмін інформацією, смислами, емоціями та діями між людьми, що забезпечує підтримку соціальних зв'язків і регуляцію спільної діяльності. На думку багатьох дослідників, комунікація виступає провідним механізмом формування та розвитку особистості, оскільки саме через взаємодію з іншими індивід засвоює соціальний досвід, норми та цінності. [4] Н. Базима підкреслює, що у дошкільному та молодшому шкільному віці комунікація виступає головним каналом соціалізації, а отже, впливає на формування морально-ціннісних орієнтацій, мислення та емоційної сфери. [6]

У структурі соціальної комунікації, за визначенням В. Тарасун та М. Шеремет, взаємодія включає як вербальні (усне та писемне мовлення), так і невербальні засоби (міміка, жести, інтонація, просторове розташування, тактильний контакт), які мають бути взаємопов'язаними для досягнення ефективності. Саме ця інтеграція забезпечує не лише передачу інформації, а й регуляцію міжособистісних відносин. [108]

Для дітей дошкільного віку комунікація як соціальний процес має особливе значення, оскільки в цей період закладаються базові навички взаємодії: розуміння соціальних ролей, здатність враховувати позицію іншого, формування емпатії та елементарних навичок вирішення конфліктів. За словами К. Островської, О. Корнєв зазначає, що своєчасне формування цих умінь прямо впливає на успішність подальшого навчання, оскільки комунікативна компетентність є основою колективної навчально-виховної діяльності. [64] Комунікація для дітей з РАС набуває подвійного сенсу: з одного боку, вона є засобом інтеграції у соціум, з іншого — сферою

найбільших труднощів, оскільки при РАС страждає як ініціація, так і підтримка взаємодії. Саме тому дослідники, зокрема О. Баєнська та С. Конопляста, наголошують на необхідності цілеспрямованої корекційної роботи, яка враховує специфіку як мовленнєвих, так і немовленнєвих аспектів спілкування. [4, 42]

Як підкреслює Л. Виготський, оволодіння комунікацією є результатом інтеріоризації зовнішніх соціальних дій: дитина спочатку засвоює вербальні та невербальні засоби спілкування у спільній діяльності з дорослим, а згодом переносить їх у внутрішній план, що забезпечує розвиток мислення і регуляцію поведінки. На його думку, комунікативний розвиток тісно пов'язаний із становленням вищих психічних функцій — уваги, пам'яті, мислення та довільної регуляції. [8]

Т. Скрипник наголошує, що формування комунікативної функції можливе лише за умови достатньої зрілості центральної нервової системи, сенсорних аналізаторів (слухового, зорового) та ефективної роботи мовленнєво-рухового апарату. Процес комунікативного розвитку проходить кілька ключових етапів: становлення слухо-мовленнєвого сприймання, розвиток здатності інтерпретувати інтонаційні та мімічні сигнали, засвоєння фонематичних та лексико-граматичних засобів, інтеграція вербальної та невербальної складових у цілісну систему спілкування. Важливим чинником є поєднання наслідування та творчої комунікативної діяльності — дитина не лише копіює почуті чи побачені зразки, а й активно моделює власні повідомлення. [88, 91]

Як зазначає Д. Шульженко, О. Запорожець розглядав комунікативний розвиток як діяльнісно обумовлений процес, у якому слово та інші комунікативні засоби виступають інструментами організації взаємодії. Він підкреслював, що потреба у спілкуванні формується в умовах активної предметної та соціальної діяльності, коли називання предметів, опис дій та вираження емоцій набувають змісту через практичне використання у взаємодії з оточенням. [113]

При розладах аутичного спектра цей природний механізм значно ускладнюється. По-перше, як зазначає Т. Скрипник, у дітей з РАС часто спостерігається несформованість комунікативної функції: навіть володіючи певним словниковим запасом або набором жестів, вони не завжди застосовують їх для ініціації чи підтримки взаємодії. По-друге, відповідно до концепції Виготського, обмежена соціальна взаємодія гальмує процес інтеріоризації, через що комунікативні засоби не переходять у внутрішній план і не стають регуляторами мислення та поведінки. По-третє, за спостереженнями О. Запорожця, зниження інтересу до спільної діяльності та предметної взаємодії у дітей з РАС призводить до того, що вербальні та невербальні сигнали втрачають свою організуючу функцію і використовуються поза комунікативним контекстом, набуваючи рис автономності. [93]

Таким чином, у нормі комунікативний розвиток є результатом взаємодії біологічних передумов і соціального досвіду, тоді як при РАС порушення соціальної взаємодії, зниження комунікативної мотивації та специфічні особливості сенсорної обробки інформації зумовлюють уповільнення, фрагментарність та якісну своєрідність формування комунікативних умінь та навичок.

Комунікативний розвиток дітей молодшого дошкільного віку з РАС має комплексний характер і охоплює як мовленнєву, так і немовленнєву сфери, при цьому порушення проявляються вже на ранніх етапах онтогенезу та мають стійку тенденцію до збереження у подальшому розвитку дитини (М. Шеремет, Н. Базима, Я. Багрій). [3, 108] На думку О. Баєнської, Ю. Безсмертної та Т. Грітченко, для цієї категорії дітей характерні труднощі ініціації та підтримки міжособистісної взаємодії, обмежений репертуар комунікативних стратегій та вибірковість у використанні наявних засобів спілкування. [4, 10, 26]

Однією з провідних ознак є порушення ініціації контакту. Як зазначає L. Wing, діти з РАС рідко самостійно починають спілкування,

уникають ситуацій, що вимагають вербальної або невербальної взаємодії, та можуть демонструвати байдужість або неадекватність реакцій на комунікативні ініціативи інших. [145,146] Це зумовлено зниженим рівнем соціальної мотивації та обмеженим розвитком спільної уваги (Н. Sturm, В. Prizant). [138]

Мовленнєвий аспект комунікації у дітей з РАС, за даними В. Тарасун, Д. Шульженко та О. Баєнської, характеризується значною затримкою або відсутністю мовленнєвого розвитку. Навіть за наявності словникового запасу він використовується поза комунікативним контекстом. [4, 96, 112] Часто спостерігаються ехолалії, ригідність мовних конструкцій, збіднена інтонаційна виразність, а також порушення темпо-ритмічної організації мовлення (А. Schuler, Е. Shopler). Важливо підкреслити, що проблеми виникають не лише на рівні вираження, але й на рівні розуміння: розуміння зверненого мовлення носить вибіркового характер, а інструкції, які виходять за межі усталених шаблонів, можуть ігноруватися. [141]

Немовленнєві засоби комунікації у дітей з РАС, як вказують К. Островська, Т. Куценко та В. Бочелюк, є обмеженими та нетиповими. Міміка часто бідна або не відповідає ситуації спілкування, жести — стереотипні чи відсутні, зоровий контакт — нетривалий або повністю відсутній. [13, 47, 64] Як наголошує Т. Грітченко, відсутність сформованих невербальних засобів спілкування значно ускладнює формування спільної уваги та соціальної взаємодії. [26]

У відповідь на такі труднощі у світовій та вітчизняній практиці (А. Bondy, Л. Frost, Н. Базима, В. Тарасун) застосовуються альтернативні та додаткові системи комунікації. Зокрема, система PECS (Picture Exchange Communication System) довела свою ефективність у формуванні первинних комунікативних умінь у дітей, які не використовують мовлення або мають обмежений словниковий запас. Використання візуальних стратегій, піктограм, карток та комунікативних планшетів дає змогу зменшити бар'єр

у спілкуванні, розширити репертуар комунікативних дій та створити умови для інтеграції вербальних і невербальних засобів у єдину систему. [6,7, 96]

Таким чином, як узагальнюють в своїх роботах Я. Багрій та L. Wing, специфіка комунікативного розвитку дітей з РАС полягає у поєднанні обмежень у ініціації контакту, вибіркового розумінні мовлення та недостатньому використанні невербальних засобів спілкування. Це обумовлює необхідність комплексного корекційно-розвиткового підходу, спрямованого на формування як мовленнєвої, так і немовленнєвої складової комунікації з урахуванням індивідуальних особливостей дитини. [3, 146]

Взаємозв'язок між мовленнєвим та невербальним компонентами комунікації у дітей з розладами аутичного спектра є одним із ключових аспектів, що визначає якість і результативність їх взаємодії з соціальним оточенням. У нормі вербальні та невербальні засоби спілкування формують єдину інтегровану систему: мовленнєве висловлювання підкріплюється жестами, мімікою, поглядом, інтонаційною виразністю, що забезпечує повноту передавання інформації та адекватність її сприймання (Л. Виготський, О. Запорожець). Така інтеграція дозволяє дитині з раннього віку не лише називати об'єкти і дії, а й передавати емоційний стан, наміри та регулювати поведінку співрозмовника. [100]

На думку К. Островської, мовленнєвий і невербальний компоненти комунікації розвиваються у тісному взаємозв'язку, взаємно стимулюючи один одного. Використання жестів і міміки на ранніх етапах стає основою для розуміння символічної функції мовлення, а оволодіння вербальними засобами збагачує репертуар невербальних сигналів, роблячи їх більш цілеспрямованими та змістовними. [64]

При розладах аутичного спектра цей природний зв'язок часто порушений. Як зазначає Я. Багрій, у дітей з РАС нерідко спостерігається або недостатній розвиток невербальних засобів спілкування, або їх використання без зв'язку з мовленнєвим супроводом. Наприклад, дитина може вимовляти фразу, не супроводжуючи її поглядом чи жестом, або

навпаки — використовувати жест без вербального оформлення. [3] За даними О. Баєнської та С. Коноплястої, у таких випадках інформація, що передається, стає неповною або незрозумілою для співрозмовника, що знижує ефективність комунікації. [4, 42]

Важливо підкреслити, що у дітей з РАС може бути розбалансованість у співвідношенні між цими двома компонентами. Як свідчать дослідження Ю. Безсмертної, вербальні навички можуть бути відносно розвиненими, але використовуватися лише для стереотипних фраз, без залучення невербальної підтримки. У протилежному випадку — за відсутності сформованого мовлення — дитина може застосовувати жести чи систему альтернативної комунікації (зокрема, PECS), але ці засоби часто обмежуються передаванням базових потреб, не виконуючи ширшої соціально-інтерактивної функції. [10]

Роль раннього втручання у подоланні комунікативних труднощів у дітей з розладами аутичного спектра визнається провідними вітчизняними та зарубіжними науковцями як один із ключових чинників успішної соціалізації та адаптації (Я. Багрій, О. Баєнська, Н. Базима, Т. Скрипник, В. Тарасун, М. Шеремет, В. Prizant, Е. Shopler). У сучасних концепціях розвитку комунікації підкреслюється, що період від народження до 5 років є критично важливим для формування базових комунікативних умінь, оскільки в цей час відбувається інтенсивне становлення нейронних зв'язків, що забезпечують інтеграцію мовленнєвих і немовленнєвих компонентів взаємодії.

Як зазначає В. Тарасун, своєчасне виявлення перших ознак комунікативних труднощів — зокрема, відсутності реакції на ім'я, обмеженого використання жестів, відсутності ініціації контактів — створює передумови для раннього початку цілеспрямованої корекційної роботи. Раннє втручання дозволяє запобігти закріпленню дисфункціональних моделей поведінки та сформувати у дитини альтернативні, більш ефективні способи взаємодії з оточенням. [93]

На думку Я. Багрій, програми раннього втручання повинні бути комплексними, охоплювати розвиток мовленнєвих, когнітивних та соціально-емоційних навичок, а також враховувати індивідуальний профіль сильних і слабких сторін дитини. Особливе значення має інтеграція роботи з сім'єю, адже батьки виступають головними партнерами у процесі формування комунікативних стратегій. [3]

Дослідження Д. Шульженко свідчать, що інтенсивність та систематичність корекційно-розвиткових занять безпосередньо впливають на темпи засвоєння комунікативних умінь. Впровадження структурованих методик, що поєднують мовленнєві та невербальні засоби, сприяє підвищенню ініціативності дитини у спілкуванні та розширенні репертуару комунікативних дій. [112]

Таким чином, раннє втручання при РАС має на меті не лише компенсацію вже наявних порушень, а також запобігання їх подальшому ускладненню шляхом формування альтернативних і функціональних комунікативних стратегій. Ефективність цього процесу значно підвищується за умови застосування науково обґрунтованих поведінкових підходів, зокрема прикладного аналізу поведінки (АВА-терапії), який поєднує системність, структурованість та індивідуалізацію впливу, створюючи оптимальні умови для розвитку комунікації у дітей з розладами аутичного спектра.

### **1.3. Теоретичні основи використання АВА-терапії як інструменту формування та розвитку комунікативних навичок дітей з розладами аутичного спектра**

Прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА) є науково обґрунтованим підходом, що сформувався на основі принципів біхевіоризму та теорії оперантного обумовлювання Б. Ф. Скіннера. Його розвиток пов'язують насамперед з іменем Івара Ловааса, який у 1960–1970-

х роках розробив і впровадив структуровану інтенсивну програму поведінкової терапії для дітей з аутизмом. Як зазначають Е. Larsson та S. Wright, Ловаас розглядав поведінкове втручання не як окрему техніку, а як комплексну систему формування соціально значущої поведінки через систематичне застосування наукових методів аналізу та модифікації поведінки. [135] Його підхід, заснований на поетапному формуванні навичок, передбачав індивідуалізацію цілей, чітке визначення цільових поведінкових реакцій та використання підкріплення як ключового механізму навчання.

Подальший розвиток АВА відзначався інтеграцією принципів поведінкового аналізу у сферу корекційної педагогіки та спеціальної освіти. Як підкреслює Р. Шрамм, АВА не є вузько спеціалізованою методикою, а виступає універсальним інструментом, придатним для адаптації до різних контингентів дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з розладами аутичного спектра. Основна мета цього підходу — навчання нових адаптивних форм поведінки та зменшення небажаних, що заважають соціальній інтеграції дитини. [109]

З позицій сучасної дефектології та логопедії А. Федорова розглядає АВА-терапію як методологічно цілісну технологію, що ґрунтується на трьох взаємопов'язаних компонентах: функціональному аналізі поведінки (визначення передумов і наслідків поведінкових реакцій), плануванні індивідуалізованих програм розвитку та систематичному зборі та аналізі даних щодо ефективності втручання. Цей підхід вимагає чіткого формулювання навчальних цілей у термінах спостережуваної поведінки, що забезпечує можливість об'єктивної оцінки результатів. [103]

Узагальнюючи вказане вище, можна зазначити, що історичний розвиток АВА-терапії пройшов шлях від експериментальної психології до широкого визнання в практиці роботи з дітьми з РАС. Теоретичні засади цього підходу базуються на ідеї, що будь-яка поведінка, у тому числі комунікативна, піддається аналізу, структурованому вивченню та

цілеспрямованому формуванню за умови дотримання принципів науково обґрунтованого поведінкового втручання.

Методичні принципи прикладного аналізу поведінки ґрунтуються на системному підході до формування адаптивної поведінки та комунікативних навичок шляхом цілеспрямованої модифікації середовища та умов навчання. Як зазначає І. Середа, ключова особливість АВА-підходу полягає у його структурованості та поетапності, що передбачає детальне розбиття складної навички на окремі елементи, поступове вивчення кожного з них та подальшу інтеграцію їх у цілісну поведінкову модель. [83]

Б. М. Лінч підкреслює важливість поєднання поведінкового та вербально-поведінкового підходів, коли мовлення розглядається як форма поведінки, що підлягає формуванню за принципами оперантного обумовлювання. Вона наголошує, що формування комунікативних навичок у дітей з РАС вимагає ретельного підбору підкріплень (мотиваційних стимулів) та створення умов, у яких бажана поведінка матиме вищу ймовірність на повторення. [9]

Згідно з дослідженнями К. Ленъ, методичний арсенал АВА-терапії включає різні техніки, серед яких:

- Discrete Trial Training (DTT) — дискретне навчання, що передбачає послідовність чітко структурованих завдань із фіксованими стимулами та підкріпленням;
- Natural Environment Teaching (NET) — навчання в природному середовищі, коли нові навички формуються у звичних для дитини умовах і в контексті реальних життєвих ситуацій;
- Incidental Teaching — використання спонтанних можливостей для навчання під час щоденних взаємодій;
- Chaining (ланцюжки поведінки) та Shaping (поступове формування) як способи побудови складних навичок;

- Prompting and Fading — застосування підказок і поступове їх зменшення з метою досягнення самостійності виконання дії.

А. Мухіна та Н. Серомаха акцентують увагу на важливості функціонального аналізу поведінки як стартового етапу втручання, що дозволяє визначити причини та умови виникнення небажаної поведінки та розробити індивідуальний план корекції. Вони підкреслюють, що успішне впровадження технік АВА можливе лише за умови постійного моніторингу прогресу дитини та адаптації методів відповідно до динаміки її розвитку. [58]

З точки зору соціальної реабілітації, О. Грисюк відзначає, що ефективність АВА-терапії значно зростає за умови її інтеграції в повсякденну діяльність дитини, включення батьків та інших важливих дорослих у процес навчання. Це забезпечує генералізацію навичок — перенесення сформованої поведінки в нові контексти та ситуації. [25]

Отже, методичні принципи АВА-терапії визначають її як науково обґрунтовану, структуровану та індивідуалізовану систему роботи з дитиною з РАС, у якій поєднуються стандартизовані техніки та гнучка адаптація до унікальних потреб кожної дитини.

Прикладний аналіз поведінки є одним із найбільш досліджених і доказово обґрунтованих підходів у формуванні та розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутичного спектра. Як зазначають І. Мойсеєнко, О. Білюк та Т. Приходько, ефективність АВА в роботі логопеда зумовлена її здатністю системно впливати як на вербальний, так і на невербальний компоненти комунікації, використовуючи індивідуалізовані програми, що базуються на результатах функціонального аналізу поведінки. [57]

Ю. Почкун підкреслює, що АВА-підхід дозволяє подолати один із ключових бар'єрів у комунікативному розвитку дітей з РАС — відсутність або низький рівень ініціації взаємодії. Завдяки системі підкріплень, ретельному структуруванню навчального середовища та розбиттю

комунікативних дій на менші за обсягом, досяжні кроки дитина поступово набуває вміння починати спілкування, підтримувати його та реагувати на звернення. [72]

Є. Зозуля та М. Бухрякова відзначають, що однією з важливих переваг АВА є можливість поєднання роботи над мовленнєвими та альтернативними формами комунікації (жести, візуальні підказки, PECS), що особливо актуально для дітей з вираженими мовленнєвими порушеннями. Вони підкреслюють, що цей підхід сприяє розвитку функціональної комунікації — здатності використовувати доступні засоби для досягнення комунікативної мети в різних ситуаціях. [33]

О. Бавольська та В. Кисличенко наголошують на ефективності інтеграції АВА-технік із методами візуалізації у роботі з дошкільниками. Використання наочних схем, піктограм, комунікативних карток підвищує розуміння інструкцій, зменшує рівень тривожності та стимулює активність у взаємодії з дорослими та однолітками. Поєднання поведінкових стратегій та візуальної підтримки створює умови для поступового переходу від невербальних засобів спілкування до вербальних форм. [2]

Узагальнюючи, можна зазначити, що роль АВА-терапії у розвитку комунікації дітей з РАС полягає у:

- підвищенні мотивації до взаємодії;
- формуванні ініціативи у спілкуванні;
- розвитку функціональних вербальних і невербальних навичок;
- забезпеченні генералізації комунікативних умінь у різних середовищах;
- створенні умов для переходу від альтернативних засобів комунікації до мовленнєвого спілкування.

Таким чином, АВА-терапія виступає не лише як інструмент корекції поведінки, а як комплексна технологія формування комунікативної

компетентності, яка враховує індивідуальні потреби дитини та забезпечує її поступову інтеграцію в соціальне середовище.

АВА-терапія, як підкреслює О. Ярмолук, є однією з найбільш досліджених та стандартизованих методик у сфері корекційної допомоги дітям з розладами аутичного спектра, що спирається на науково обґрунтовану базу, підтверджену численними емпіричними дослідженнями. Її концептуальний фундамент складають принципи поведінкового аналізу, які забезпечують систематичне формування нових умінь і корекцію небажаної поведінки через чітко структуровані програми навчання. [116]

Серед ключових переваг АВА-підходу дослідники (О. Ярмолук, А. Мухіна, К. Лень) відзначають індивідуалізацію навчання, що передбачає побудову програм з урахуванням рівня розвитку, наявних навичок та інтересів конкретної дитини; системність і структурованість, завдяки якій складні дії розкладаються на дрібні елементи, що уникає перевантаження та сприяє поступовому засвоєнню; високу ефективність у формуванні комунікації, зокрема завдяки інтеграції вербальних і невербальних засобів та використанню альтернативних систем (PECS, жести, візуальні підказки); можливість генералізації сформованих умінь у різних контекстах (сімейному, освітньому, ігровому середовищах); а також об'єктивність оцінки прогресу шляхом кількісного вимірювання результатів.

Водночас, науковці (О. Ярмолук, О. Бавольська, К. Лень) наголошують на певних обмеженнях цього методу: високій затратності ресурсів, що потребує значних часових, фінансових та кадрових вкладів; необхідності високої кваліфікації фахівців, адже помилки у впровадженні здатні призвести до формування нефункціональних чи механічних навичок; ризику надмірної механізації, коли за недостатньої варіативності завдань комунікативні дії залишаються шаблонними і не переносяться у природне середовище; а також неуніверсальності підходу, оскільки діти з певними сенсорними, емоційно-вольовими чи когнітивними особливостями потребують додаткової адаптації програм. Таким чином, АВА-терапія

демонструє значний потенціал для розвитку комунікативних навичок у дітей з РАС, однак її результативність безпосередньо визначається професійною компетентністю спеціалістів, комплексністю впливу та гармонійним поєднанням з іншими методами корекційно-розвиткової роботи.

З огляду на викладені теоретичні положення, можна стверджувати, що АВА-терапія має потужний потенціал для цілеспрямованого формування та розвитку комунікативних навичок у дітей з розладами аутичного спектра за умови науково обґрунтованого підходу, індивідуалізації програм та високої професійної підготовки фахівців. Усвідомлення переваг і обмежень цього методу дозволяє обрати оптимальні стратегії роботи, уникнути типових помилок і забезпечити сталі позитивні результати. Саме тому подальший виклад роботи зосереджено на аналізі й апробації ефективних практичних рішень, спрямованих на підвищення рівня комунікативної компетентності дітей з РАС засобами АВА-терапії у реальних умовах корекційно-розвиткової взаємодії.

### **Висновок до 1 розділу**

В процесі теоретичного аналізу наукових підходів до формування та розвитку комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра було з'ясовано, що саме комунікативна сфера є однією з найбільш вразливих і потребує цілеспрямованого, системного та індивідуалізованого педагогічного та корекційного втручання. Розкриття сутності ключових понять дослідження – «комунікація», «розлади аутичного спектра», «АВА-терапія» або «прикладний аналіз поведінки» – дозволило окреслити теоретичні орієнтири для подальшого практичного впровадження корекційних стратегій.

Комунікація розглядається як багатовимірний процес соціальної взаємодії, що охоплює вербальні та невербальні засоби обміну інформацією, емоціями та намірами. Для дітей з РАС характерними є порушення як у

мовленнєвих, так і в немовленнєвих компонентах комунікації: обмеженість або відсутність мовлення, труднощі в його функціональному використанні, порушення інтонаційного та просодичного оформлення мовлення, а також недостатнє застосування невербальних засобів спілкування (жести, міміка, зоровий контакт). Такі труднощі обумовлюються як біологічними чинниками, так і специфічними особливостями соціальної взаємодії, що підтверджується дослідженнями Н. Базими, Т. Скрипник, М. Шеремет, Д. Шульженко та інших сучасних українських і зарубіжних науковців.

Аналіз специфіки комунікативного розвитку при РАС показав, що діти цієї нозологічної категорії часто мають знижену мотивацію до ініціації контактів, обмежене розуміння зверненого мовлення, труднощі у підтриманні діалогу та засвоєнні соціальних норм спілкування. Невербальний компонент, який у нормі підкріплює та доповнює мовленнєву взаємодію, у дітей з аутизмом часто є фрагментарним або не використовується у соціально значущих контекстах. Це зумовлює необхідність застосування спеціальних технологій розвитку комунікативної компетентності, серед яких провідне місце займають методи альтернативної та додаткової комунікації (зокрема система PECS) та спеціалізовані програми поведінкового навчання.

Узагальнення сучасних теоретичних і методичних положень дозволило визначити потенціал прикладного аналізу поведінки (АВА-терапії) як ефективного інструменту формування вербальних і невербальних комунікативних навичок у дітей з РАС. Досвід і концепції, розроблені зарубіжним дослідником І. Ловасом та його послідовниками, а також адаптовані сучасними українськими дослідниками (К. Лень, О. Ярмолук, М. Шеремет та ін.), підтверджують, що системність, структурованість та індивідуалізація АВА-підходу створюють умови для поступового формування необхідних умінь, їх генералізації та перенесення у природні соціальні ситуації.

Таким чином, теоретичний аналіз дає підстави стверджувати, що комунікативний розвиток дітей молодшого дошкільного віку з РАС є складним і багатофакторним процесом, який потребує раннього виявлення порушень, застосування комплексного підходу, поєднання методів поведінкового навчання, альтернативної комунікації та інтеграції дитини у різноманітні соціальні контексти. Успішна реалізація таких заходів сприятиме не лише подоланню комунікативних труднощів, а також підвищенню якості життя дитини, її адаптації та інтеграції у суспільство.

## **РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА РІВНІВ СФОРМОВАНOSTІ КОМУНІКАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА**

## **2.1. Визначення критеріїв та показників сформованості комунікації дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра**

Аналіз результатів констатувального етапу дослідження здійснювався з метою визначення вихідного рівня сформованості комунікативних навичок у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра, зокрема — рівня розвитку вербальної комунікації, невербальних засобів спілкування та соціально-комунікативної адаптованості, які виступають провідними компонентами у структурі міжособистісної взаємодії та спілкування.

З метою емпіричної перевірки теоретичних положень, отриманих у результаті методологічного аналізу проблеми формування та розвитку комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС, було організовано експериментальне дослідження із застосуванням методу прикладного аналізу поведінки (АВА-терапії) як провідного інструменту корекційно-розвиткової роботи. Експериментальна частина передбачала:

- вивчення психолого-педагогічних характеристик дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра;
- узагальнення сучасних наукових підходів до розвитку вербальної та невербальної комунікації з урахуванням принципів і технік АВА-терапії;
- добір валідних методик і діагностичних завдань для виявлення рівня сформованості комунікативних умінь за визначеними критеріями та показниками.

Емпіричне дослідження здійснювалося на базі ЗДО №140 ММР «Малютко» та інклюзивно-ресурсних центрів міста Миколаєва впродовж навчального року — з вересня 2024 року по вересень 2025 року.

До участі у дослідженні було залучено 16 дітей віком 3–4 років, з яких 8 мали офіційно підтверджений діагноз РАС, а інші 8 відповідали

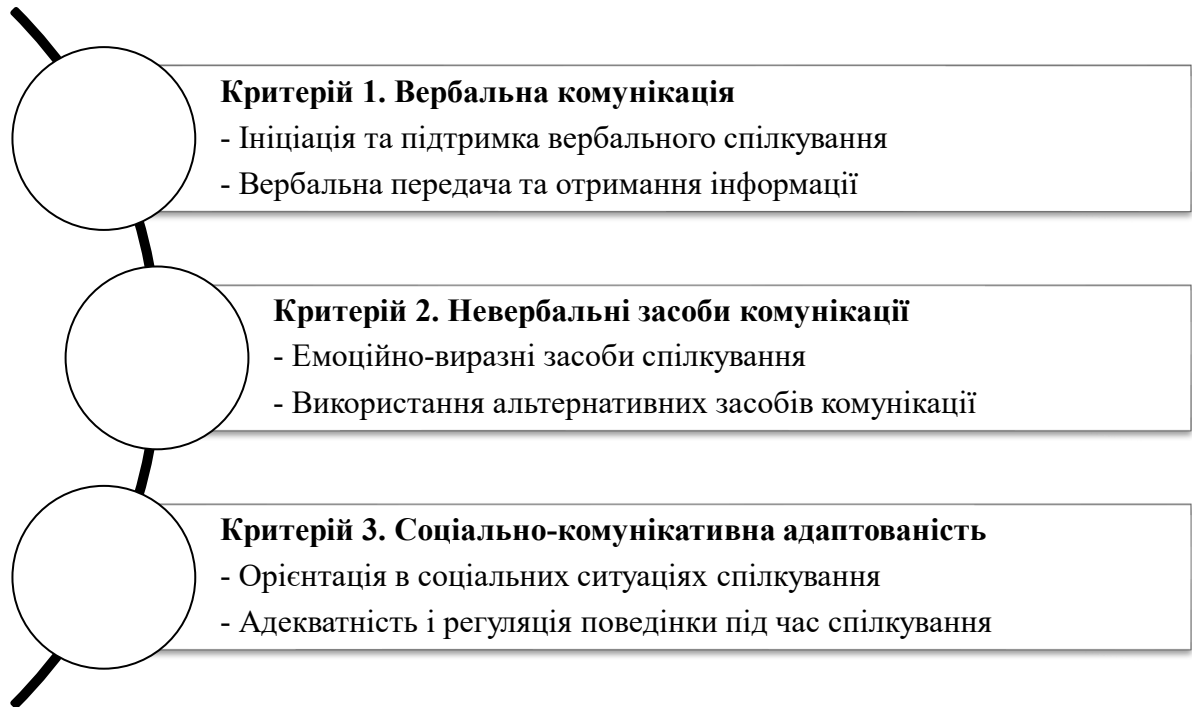
віковим нормам розвитку. Діагностичні зрізи та заходи корекційно-розвиткового спрямування проводилися у ранкові години — у період найвищої пізнавальної активності дітей.

У реалізації програми дослідження брали участь вихователі, асистенти вихователів, вчителі-дефектологи, вчителі-логопеди та інші фахівці, які забезпечували науково-методичний супровід, а також здійснювали безпосереднє впровадження АВА-методик у формуванні комунікативних навичок дітей.

Діагностичний етап експерименту мав на меті визначення обґрунтованих критеріїв та відповідних показників оцінювання рівнів сформованості комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра із застосуванням АВА-терапії як методичної основи.

У процесі розробки критеріїв діагностики враховувалося, що критерієм виступає значуща ознака, яка дозволяє об'єктивно та однозначно оцінити стан досліджуваного феномена, а також забезпечити його кількісне або якісне вимірювання. Визначені нами критерії та показники подано у схемі 2.1.

Схема 2.1



В контексті нашого дослідження перший визначений нами критерій — вербальна комунікація — визначається як сукупність мовленнєвих умінь і навичок дитини молодшого дошкільного віку, спрямованих на ініціацію, підтримку та здійснення обміну інформацією в процесі міжособистісної взаємодії та спілкування. Цей критерій відображає здатність дитини не лише починати та підтримувати вербальний контакт, але й адекватно передавати та отримувати повідомлення, виражати власні потреби, бажання, емоції та реагувати на звернене мовлення, що є ключовим показником сформованості комунікативної компетентності у дітей з розладами аутичного спектра.

Перший показник критерію «вербальна комунікація» — *ініціація та підтримка вербального спілкування* — визначається як здатність дитини молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра самостійно розпочинати мовленнєвий контакт з партнером по взаємодії та підтримувати його впродовж комунікативної ситуації. Цей показник охоплює вміння вербально звертатися до іншої особи з метою привернення уваги, запитання чи висловлення прохання, а також зберігати діалогову

активність шляхом відповідей, уточнень або коментарів. Діагностичні завдання для оцінки сформованості цього показника представлені нижче:

*Завдання №1 «Привітання та встановлення контакту»*

*Мета:* оцінити здатність дитини самотійно ініціювати вербальне звертання до дорослого та підтримувати контакт у межах короткої соціальної ситуації.

*Хід виконання:* Дорослий заходить у кімнату, де перебуває дитина, вітається з нею («Привіт, [ім'я дитини]!»). Спостерігається реакція дитини: чи відповість вона, чи проявить ініціативу у привітанні. Після цього дорослий пропонує просте запитання («Як у тебе справи?», «Що ти зараз робиш?»). За необхідності використовується мінімальна вербальна чи візуальна підказка (жест, міміка) для стимуляції відповіді.

*Обладнання:* відсутнє (можливе використання візуальних карток із фразами-привітаннями).

*Примітка для діагноста:* оцінювати не лише факт вербальної реакції, але й ступінь самотійності, емоційної виразності та здатності підтримати обмін репліками.

*Шкала оцінювання:*

0 балів — відсутня реакція, дитина не вітається і не відповідає навіть після підказки.

1 бал — вітається лише після прямої підказки, не підтримує подальший діалог.

2 бали — вітається після непрямой підказки, відповідає на запитання, але без ініціативи продовжити спілкування.

3 бали — самотійно вітається, відповідає на запитання, іноді ставить зустрічне запитання або коментар.

4 бали — самотійно ініціює привітання, відповідає та активно підтримує діалог, виявляє емоційний інтерес.

### *Завдання №2 «Запроси до гри»*

*Мета:* визначити здатність дитини ініціювати вербальне спілкування у контексті спільної діяльності.

*Хід виконання:* Дорослий пропонує дитині набір іграшок (наприклад, машинки, ляльки, кубики) і починає грати самостійно. Дитині дається можливість спостерігати за грою. Дорослий створює ситуацію, коли для продовження гри дитині потрібно попросити предмет або запропонувати взаємодію (наприклад, відсутній кубик потрібного кольору або місце для машинки). Фіксується, чи дитина вербально звернеться до дорослого із проханням або пропозицією.

*Обладнання:* набір іграшок, що передбачає взаємодію (конструктор, сюжетні іграшки).

*Примітка для діагноста:* звертати увагу на форму звернення (односкладове слово, фраза, розгорнуте речення) та ініціативність.

#### *Шкала оцінювання:*

0 балів — відсутня вербальна ініціація, спроби отримати предмет невербальні або відсутні.

1 бал — вербальне звернення лише після прямої інструкції.

2 бали — вербальне звернення після непрямого стимулу (паузи, погляду).

3 бали — самостійно звертається з короткою фразою або словом.

4 бали — самостійно звертається з розгорнутим проханням або пропозицією, підтримує короткий діалог.

### *Завдання №3 «Продовж розмову»*

*Мета:* перевірити здатність дитини підтримувати вербальну взаємодію у діалогічній формі.

*Хід виконання:* Дорослий починає короткий діалог на знайому тему («Ти любиш морозиво?», «Яка в тебе улюблена іграшка?»). Після відповіді дитини ставить уточнювальне або додаткове запитання, стимулюючи

розвиток теми. Фіксується кількість і якість реплік дитини без додаткових підказок.

*Обладнання:* можливе використання карток із зображеннями предметів або ситуацій для стимулювання розмови.

*Примітка для діагноста:* оцінювати не лише факт відповіді, але й уміння ставити зустрічні запитання чи робити коментарі.

*Шкала оцінювання:*

0 балів — не відповідає, уникає контакту.

1 бал — відповідає лише односкладово після прямої інструкції.

2 бали — відповідає після непрямого стимулу, але не розвиває тему.

3 бали — відповідає і дає короткі уточнення або коментарі.

4 бали — відповідає, уточнює, ставить зустрічні запитання та підтримує тему розмови.

*Вербальна передача та отримання інформації* у контексті нашого дослідження — це здатність дитини молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра чітко та зрозуміло формулювати усні висловлювання для передачі повідомлень, описів, прохань чи відповідей, а також адекватно сприймати та відтворювати вербальну інформацію, отриману від співрозмовника, з урахуванням контексту та комунікативної ситуації.

*Завдання №1 «Розкажи, що ти бачиш»*

*Мета:* оцінити здатність дитини вербально описувати об'єкти та ситуації, а також передавати інформацію у зрозумілій для співрозмовника формі.

*Хід виконання:* дитині пропонують зображення знайомих предметів або сюжетної картинки (наприклад, гра на майданчику, прогулянка з собакою). Педагог просить: «Розкажи, що ти бачиш на картинці». За необхідності використовуються непрямі підказки («А що робить хлопчик?», «Що знаходиться поруч?»). Фіксується обсяг, послідовність та зрозумілість переданої інформації.

*Обладнання:* набір сюжетних картинок, карток PECS (за потреби).

*Примітка для діагноста:* оцінювати повноту відповіді, логічність викладу та використання граматично правильних конструкцій.

*Шкала оцінювання:*

0 балів — не описує зображення навіть після підказки.

1 бал — називає окремі предмети лише після прямої інструкції.

2 бали — описує фрагменти, але без логічної послідовності.

3 бали — описує картинку короткими, але логічними фразами.

4 бали — дає повний, логічний і зрозумілий опис з використанням зв'язних речень.

*Завдання №2 «Передай повідомлення»*

*Мета:* перевірити здатність дитини передати просту вербальну інформацію іншій особі.

*Хід виконання:* педагог просить дитину передати іншому дорослому (або дитині) просте повідомлення («Скажи, щоб він приніс нам м'яч»). Дитина самостійно або з підказкою виконує завдання. Фіксується, чи зміг учасник правильно сформулювати і передати зміст повідомлення.

*Обладнання:* іграшки або предмети, які можна використати в повідомленні.

*Примітка для діагноста:* важливо оцінювати точність відтворення змісту і здатність зберегти ключову інформацію.

*Шкала оцінювання:*

0 балів — не передає повідомлення.

1 бал — передає лише окремі слова після прямої інструкції.

2 бали — передає неповну або змінену інформацію.

3 бали — передає зміст правильно, але у скороченій формі.

4 бали — передає повідомлення повністю і чітко, без втрати змісту.

*Завдання №3 «Відповідай на запитання за змістом»*

*Мета:* оцінити здатність дитини сприймати вербальну інформацію та давати адекватну відповідь.

*Хід виконання:* педагог читає або розповідає короткий текст (2–3 речення), наприклад: «Кіт сидів на вікні і дивився на пташку. Пташка сіла на дерево». Дитині ставляться запитання за змістом: «Де сидів кіт?», «На що дивився кіт?», «Куди сіла пташка?». За потреби допускається повторення запитання або використання карток-підказок.

*Обладнання:* картки із зображенням персонажів оповідання (за необхідності).

*Примітка для діагноста:* оцінювати правильність і повноту відповіді, а також розуміння логіки подій.

*Шкала оцінювання:*

0 балів — не відповідає на запитання.

1 бал — відповідає лише після прямої підказки, відповіді часто неправильні.

2 бали — відповідає правильно на окремі запитання, але непослідовно.

3 бали — відповідає правильно і логічно на більшість запитань.

4 бали — відповідає повно, правильно і без додаткових підказок.

Невербальні засоби комунікації у нашому дослідженні — це сукупність немовленнєвих способів передачі та сприймання інформації, які доповнюють або замінюють вербальне спілкування, сприяючи встановленню та підтримці комунікативного контакту в дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра.

Перший показник другого критерію - емоційно-виразні засоби спілкування — здатність дитини використовувати міміку, погляд, інтонацію, позу та інші виразні рухи тіла для передавання власних емоцій, настрою, ставлення до ситуації чи співрозмовника, а також для підтримання комунікативного контакту.

*Завдання №1 «Вгадай емоцію»*

*Мета:* визначити здатність дитини розпізнавати та відтворювати емоційні стани через міміку.

*Хід виконання:* Дорослий демонструє дитині картки із зображенням обличч людей з різними емоціями (радість, сум, здивування, злість, страх). Після кожної демонстрації дорослий запитує: «Що відчуває ця людина?» та пропонує дитині спробувати показати цю емоцію обличчям. Додатково пропонується впізнати емоцію за мімікою дорослого без використання картки.

*Обладнання:* набір емоційних карток (5 основних емоцій), дзеркало.

*Примітка для діагноста:* у разі труднощів дитині можна дати підказку (словесну чи показову). Фіксується не тільки точність впізнавання, але й адекватність відтворення.

*Шкала оцінювання:*

4 бали — правильно впізнає та адекватно відтворює всі емоції.

3 бали — впізнає  $\geq 4$  емоції, відтворює більшість.

2 бали — впізнає  $\geq 3$  емоції, відтворення обмежене або частково адекватне.

1 бал — впізнає  $\leq 2$  емоції, відтворення мінімальне.

0 балів — не впізнає та не відтворює жодної емоції.

*Завдання №2 «Емоційний голос»*

*Мета:* оцінити здатність дитини передавати емоційний стан за допомогою інтонації.

*Хід виконання:* Дитині пропонується вимовити короткі фрази («Привіт!», «Я тебе чекаю», «Дякую!») з різною інтонацією: радісно, сумно, здивовано, сердито. Дорослий попередньо демонструє приклад кожної інтонації. Дитина повторює за зразком, а потім пробує самостійно. Обладнання: картки з написаними або намальованими ситуаціями, які викликають певні емоції; аудіозаписи прикладів інтонацій (за потреби).

*Примітка для діагноста:* оцінюється природність і відповідність інтонації заданому емоційному стану.

*Шкала оцінювання:*

4 бали — передає інтонацією всі запропоновані емоції без помилок.

3 бали — передає  $\geq 4$  емоції з невеликими неточностями.

2 бали — передає  $\geq 3$  емоції, але з помітними труднощами.

1 бал — передає  $\leq 2$  емоції, здебільшого невідповідно.

0 балів — не передає емоцій інтонаційно.

*Завдання №3 «Покажи, як ти почуваєшся»*

*Мета:* визначити спонтанне використання невербальних засобів для вираження емоцій у контексті знайомих ігрових ситуацій.

*Хід виконання:* Дитині пропонується серія міні-сценок (наприклад: «Ти отримав подарунок», «Улюблена іграшка зламалася», «Тебе хвалять», «Ти виграв у гри»). Завдання — показати, як вона почувалася б у цій ситуації, без слів, лише мімікою, жестами або позою. Дорослий спостерігає і фіксує адекватність реакції.

*Обладнання:* сюжетні картки або іграшки для інсценізації.

*Примітка для діагноста:* особлива увага на спонтанність і різноманітність невербальних проявів.

*Шкала оцінювання:*

4 бали — адекватно і виразно демонструє емоції в усіх сценках.

3 бали — адекватно демонструє емоції у більшості сценок ( $\geq 4$  із 5).

2 бали — адекватність у половині сценок (3 із 5).

1 бал — адекватність у  $\leq 2$  сценках, виразність низька.

0 балів — відсутність або невідповідність невербальних проявів.

Другий показник другого критерію - використання альтернативних засобів комунікації — уміння дитини застосовувати невербальні символічні засоби (жести, піктограми, комунікативні картки, систему PECS та інші візуальні чи тактильні інструменти) для вираження потреб, бажань, повідомлень та розуміння звернених до неї сигналів у разі обмежених або відсутніх вербальних можливостей.

Представляємо три діагностичні завдання для показника «використання альтернативних засобів комунікації» у дітей молодшого

дошкільного віку з РАС, з урахуванням можливостей PECS, жестової мови та візуальної підтримки.

*Завдання №1 «Скажи за допомогою картки»*

*Мета:* оцінити вміння дитини використовувати систему PECS або інші картки з зображеннями для вираження потреби чи бажання.

*Хід виконання:* перед дитиною викладають кілька знайомих предметів (іграшка, печиво, олівець, книжка) та відповідні картки із їх зображенням. Дорослий пропонує: «Покажи, що ти хочеш» або «Дай мені картку того, що ти хочеш». Поступово вводяться більш складні інструкції, наприклад: «Покажи, що потрібно, щоб малювати», або пропонуються двоетапні запити («Спочатку покажи картку олівця, потім картку альбому»).

*Обладнання:* набір PECS-карток або аналогів з 6–8 зображеннями знайомих предметів.

*Примітка для діагноста:* фіксується швидкість, точність вибору та самостійність дитини у використанні карток.

*Шкала оцінювання:*

4 бали — швидко і правильно обирає картки у всіх ситуаціях, без підказок.

3 бали — правильно обирає у більшості випадків ( $\geq 4$  із 5), потребує мінімальних підказок.

2 бали — виконує половину завдань правильно, потребує допомоги.

1 бал — правильно виконує  $\leq 2$  завдання, з інтенсивною підтримкою дорослого.

0 балів — не використовує картки навіть із підказкою.

*Завдання №2 «Попроси жестом»*

*Мета:* перевірити здатність дитини використовувати вказівні, емоційні або символічні жести для передачі прохання чи повідомлення.

*Хід виконання:* перед дитиною розміщують знайомі предмети або їжу, але так, щоб дитина не могла дістати їх самостійно. Дорослий чекає на спонтанну реакцію дитини або каже: «Попроси у мене» (без слів, лише

жестом). Ускладнений варіант — використання символічних жестів («пити», «спати», «читати»), які дитина вивчала раніше.

*Обладнання:* набір знайомих предметів, можлива підказка у вигляді картки з зображенням жесту.

*Примітка для діагноста:* важливо оцінювати як спонтанні, так і відтворювані жести.

*Шкала оцінювання:*

4 бали — самостійно та адекватно використовує жести у всіх ситуаціях.

3 бали — використовує жести у більшості випадків ( $\geq 4$  із 5), іноді потребує підказки.

2 бали — виконує половину завдань, часто з підказкою.

1 бал — використовує жести рідко та з труднощами.

0 балів — не використовує жести.

*Завдання №3 «Розкажи історію за картинками»*

*Мета:* перевірити здатність дитини використовувати візуальні підказки (серію зображень) для побудови повідомлення або пояснення ситуації.

*Хід виконання:* дитині пропонують серію картинок, що зображують просту дію або сюжет (наприклад, «дівчинка миє руки», «хлопчик грає з м'ячем», «кіт їсть»). Завдання — викласти картинки в правильній послідовності та «розповісти» історію за ними за допомогою жестів або карток. У разі труднощів дозволяється комбінувати невербальні засоби з поодинокими словами.

*Обладнання:* набори картинок із простими сюжетами (3–4 зображення).

*Примітка для діагноста:* оцінюється послідовність, адекватність вибору карток та логічність передачі повідомлення.

*Шкала оцінювання:*

4 бали — самостійно і правильно будує послідовність та передає зміст.

3 бали — виконує завдання з мінімальною допомогою, 1–2 помилки у порядку.

2 бали — виконує завдання з допомогою дорослого, допускає  $\geq 3$  помилки.

1 бал — вибудовує хаотичну послідовність, повідомлення неясне.

0 балів — не може виконати завдання навіть із допомогою.

Соціально-комунікативна адаптованість у контексті нашого дослідження визначається як здатність дитини молодшого дошкільного віку з РАС ефективно орієнтуватися у різних ситуаціях міжособистісної взаємодії, адекватно реагувати на соціальні стимули, регулювати власну поведінку та емоційні прояви відповідно до вимог середовища. Цей критерій інтегрує як мовленнєві, так і поведінкові компоненти комунікації та є важливим показником рівня соціальної адаптації дитини.

Перший показник третього критерію «орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування» — уміння дитини розпізнавати типові соціальні ситуації, розуміти їх контекст, ідентифікувати ролі та дії учасників взаємодії, а також визначати власну поведінкову стратегію відповідно до умов. Нижче представлені завдання для оцінки цього показника:

#### *Завдання №1 «Вибір відповідної поведінки»*

*Мета:* визначити здатність дитини розпізнавати соціальну ситуацію та обирати адекватну поведінкову реакцію.

*Хід виконання:* дитині демонструють 3–4 зображення (або короткі сценки, розіграні дорослими), що відображають різні ситуації: привітання, гра з однолітком, отримання подарунка, очікування у черзі. Дитину просять показати або сказати, як треба діяти в кожному випадку.

*Обладнання:* картки із зображенням соціальних ситуацій або відеофрагменти тривалістю 5–10 секунд.

*Примітка для діагноста:* звертати увагу на те, чи дитина самостійно обирає реакцію, чи потребує підказки; оцінювати швидкість і точність вибору.

*Шкала оцінювання:*

0 — не впізнає ситуацію, не пропонує реакцію, відмовляється від участі;

1 — впізнає ситуацію після багаторазових підказок, реакція неточна або неадекватна;

2 — впізнає більшість ситуацій, але потребує часткової підказки для вибору поведінки;

3 — самостійно впізнає ситуації, пропонує адекватну реакцію у більшості випадків;

4 — впізнає усі ситуації, обирає адекватну поведінку швидко та без підказок.

*Завдання №2 «Що відбувається?»*

*Мета:* перевірити здатність дитини розуміти контекст соціальної взаємодії та описувати його.

*Хід виконання:* демонструють зображення або коротке відео із взаємодією двох чи більше людей (наприклад, один допомагає іншому підняти іграшку). Дитину запитують: «Що вони роблять?» та «Що ти б зробив у цій ситуації?».

*Обладнання:* серія з 4–5 сюжетних картинок або відеофрагментів.

*Примітка для діагноста:* важливо оцінювати не лише опис дії, а й запропоновану дитиною поведінку у ролі учасника ситуації.

*Шкала оцінювання:*

0 — не описує ситуацію, не пропонує реакції;

1 — описує ситуацію лише після прямої підказки, реакція недоречна;

2 — описує ситуацію у спрощеному вигляді, реакція частково відповідає контексту;

3 — описує ситуацію і пропонує в більшості випадків адекватну поведінку;

4 — описує ситуацію чітко, пропонує доречну поведінку у всіх випадках.

*Завдання №3 «Вибери, що підходить»*

*Мета:* оцінити вміння дитини співвідносити предмети, дії чи фрази з відповідною соціальною ситуацією.

*Хід виконання:* дитині показують картку із ситуацією (наприклад, «день народження») і три варіанти дій або фраз («Давай грати», «Вітаю з днем народження!», «До побачення»). Необхідно обрати правильний варіант.

*Обладнання:* набір карток із зображенням ситуацій та трьома підписаними варіантами реакцій (текстові або у вигляді піктограм).

*Примітка для діагноста:* спостерігати, чи дитина орієнтується у виборі самостійно, чи користується підказками.

*Шкала оцінювання:*

0 — не вибирає правильний варіант, навіть після підказки;

1 — обирає правильний варіант після кількох підказок;

2 — обирає правильний варіант після мінімальної підказки у половині випадків;

3 — обирає правильний варіант у більшості випадків самостійно;

4 — обирає правильний варіант у всіх випадках швидко і без підказок.

Другий показник третього критерію - «адекватність і регуляція поведінки під час спілкування» — здатність дитини контролювати власні емоції, рухи та мовленнєві висловлювання, уникати імпульсивних або соціально неприйнятних дій, а також підтримувати відповідний до ситуації рівень активності та залученості.

### *Завдання №1 «Спілкування під час гри»*

*Мета:* визначити, чи здатна дитина дотримуватися правил спільної гри та регулювати свою поведінку відповідно до реакцій партнера.

*Хід виконання:* дитині пропонують просту гру з дорослим або іншим учасником (наприклад, «передай м'яч» чи «збери пазл разом»). Спостерігається, чи чекає дитина своєї черги, реагує на дії іншого, дотримується інструкцій.

*Обладнання:* м'яч, набір пазлів або інша парна настільна/рухлива гра.

*Примітка для діагноста:* оцінювати рівень самоконтролю, здатність чекати, зберігати позитивний тон під час взаємодії.

#### *Шкала оцінювання:*

0 — не бере участі або поводить хаотично, не реагує на партнера;

1 — бере участь лише після багаторазових підказок, часто порушує правила;

2 — дотримується правил частково, потребує постійного нагадування;

3 — переважно дотримується правил і коригує поведінку після одного нагадування;

4 — самостійно регулює поведінку, дотримується правил упродовж всієї гри.

### *Завдання №2 «Відповідь на емоційну реакцію»*

*Мета:* оцінити здатність дитини адекватно реагувати на емоційний стан співрозмовника.

*Хід виконання:* дорослий у процесі спілкування демонструє різні емоції (радість, сум, здивування) і дивиться, як дитина реагує. Потім задається коротке питання чи пропонується дія (наприклад, «Я засмутився, допоможи мені знайти іграшку»).

*Обладнання:* сюжетні картки з емоціями або безпосереднє відтворення емоцій діагностом.

*Примітка для діагноста:* фіксувати як вербальні, так і невербальні реакції, а також швидкість і адекватність відповіді.

*Шкала оцінювання:*

- 0 — не реагує на емоційний стан іншого;
- 1 — реагує після багаторазових підказок, реакція неадекватна;
- 2 — реагує на деякі емоції, потребує допомоги у виборі правильної реакції;
- 3 — реагує на більшість емоцій адекватно, іноді потребує підказки;
- 4 — самостійно і доречно реагує на всі продемонстровані емоції.

*Завдання №3 «Правильна поведінка в ситуації»*

*Мета:* перевірити здатність дитини регулювати свою поведінку залежно від умов спілкування.

*Хід виконання:* дитині пропонують 3–4 короткі сценарії (наприклад, «ти в бібліотеці», «ти на дитячому майданчику», «ти на святі») і запитують: «Що можна робити?» та «Що не можна робити в цій ситуації?».

*Обладнання:* сюжетні картки або фото із зазначеними соціальними місцями.

*Примітка для діагноста:* звертати увагу на розуміння соціальних норм, уміння обґрунтувати вибір поведінки.

*Шкала оцінювання:*

- 0 — не розуміє ситуації, відповіді випадкові або відсутні;
- 1 — дає правильну відповідь лише на одне питання після кількох підказок;
- 2 — дає частково правильні відповіді, потребує допомоги для уточнення;
- 3 — самостійно дає більшість правильних відповідей, іноді потребує підказки;
- 4 — самостійно і чітко дає правильні відповіді на всі питання.

Адаптація діагностичних завдань для дітей молодшого дошкільного віку (3–4 роки) передбачає спрощення інструкцій, скорочення часу

виконання та використання наочного, яскравого й емоційно привабливого матеріалу. Діти цього віку ще не завжди можуть утримувати увагу тривалий час, тому завдання мають бути короткими, з чітким початком і кінцем, а також супроводжуватися мімікою, жестами та інтонаційними підказками діагноста. Усі інструкції подаються в простій, зрозумілій формі, з використанням знайомих дитині слів і ситуацій, максимально наближених до її повсякденного досвіду. При оцінюванні враховується не лише правильність виконання, а й прояви ініціативи, емоційної залученості та здатності реагувати на підтримку дорослого. Крім того, важливо забезпечити ігровий характер взаємодії, щоб діагностика відбувалася в атмосфері психологічного комфорту, що особливо актуально для дітей з РАС.

Отже, визначення критеріїв та показників сформованості комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра дало змогу науково обґрунтувати структуру досліджуваного феномена та забезпечити об'єктивність подальшої діагностики. Виокремлення трьох основних критеріїв — вербальної комунікації, невербальних засобів спілкування та соціально-комунікативної адаптованості — дозволило комплексно охопити мовленнєві, поведінкові та емоційно-соціальні компоненти взаємодії дитини. Розроблені показники й адаптовані діагностичні завдання створюють валідну основу для виявлення індивідуальних особливостей комунікативного розвитку та визначення напрямів подальшого корекційно-розвиткового впливу засобами АВА-терапії.

## **2.2. Аналіз діагностичних даних, отриманих на констатувальному етапі експериментального дослідження**

У контексті експериментального дослідження формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії, рівні сформованості показників критерію

«вербальна комунікація» розглядаються як індикатори ступеня мовленнєвої залученості, здатності ініціювати та підтримувати діалог, а також ефективно передавати та отримувати інформацію у процесі міжособистісної взаємодії.

*Показник «ініціація та підтримка вербального спілкування»*

Високий рівень — дитина самостійно та охоче ініціює вербальне спілкування у різних ситуаціях, вміє підтримувати діалог, ставити запитання та відповідати на них, змінювати тему розмови відповідно до контексту, зберігати активність протягом тривалого часу без додаткової стимуляції.

Достатній рівень — дитина переважно ініціює спілкування у знайомих ситуаціях, підтримує діалог за допомогою коротких реплік або відповідей, іноді ставить прості запитання, потребує незначних підказок для продовження взаємодії.

Середній рівень — дитина рідко ініціює вербальну взаємодію, відповіді здебільшого короткі, без розвитку теми, активність підтримується лише за умови постійного стимулювання з боку дорослого.

Низький рівень — ініціація спілкування відсутня, відповіді стереотипні або не відповідають на запитання, дитина швидко втрачає інтерес до діалогу, часто уникає вербального контакту.

*Показник «вербальна передача та отримання інформації»*

Високий рівень — дитина чітко і логічно формулює висловлювання, послідовно передає зміст подій або повідомлень, дає розгорнуті та адекватні відповіді на запитання, розуміє та виконує вербальні інструкції різної складності.

Достатній рівень — дитина передає інформацію загалом зрозуміло, але може допускати незначні неточності або пропуски, відповіді здебільшого правильні, розуміння інструкцій зберігається, хоча іноді потребує повторення.

Середній рівень — передача інформації неповна або фрагментарна, висловлювання не завжди послідовні, у відповідях спостерігається

обмежений словниковий запас, розуміння інструкцій можливе лише при їх спрощенні.

Низький рівень — дитина має значні труднощі у формулюванні висловлювань, інформація передається непорядковано або з використанням стереотипних фраз, відповіді часто не відповідають на запитання, інструкції навіть простого рівня виконуються частково або не виконуються.

Таке розмежування рівнів дозволяє цілеспрямовано оцінювати стан та динаміку розвитку вербальної комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра, своєчасно вносити зміни до змісту та форм корекційно-розвиткової роботи, а також адаптувати педагогічну підтримку відповідно до індивідуальних потреб кожної дитини на різних етапах формування комунікативної компетентності.

Результати діагностики дітей з нормотиповим розвитком за першим критерієм — «вербальна комунікація» — подано у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

|                                    | Кількість дітей, які пройшли діагностику              |       |       |      |                                                   |       |       |      |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------------------------------------------------|-------|-------|------|
|                                    | <i>ініціація та підтримка вербального спілкування</i> |       |       |      | <i>вербальна передача та отримання інформації</i> |       |       |      |
|                                    | В                                                     | Д     | С     | Н    | В                                                 | Д     | С     | Н    |
| <i>Кількість продіагностованих</i> | 2                                                     | 4     | 2     | 0    | 2                                                 | 4     | 2     | 0    |
| <i>Відсоток (%)</i>                | 25,0%                                                 | 50,0% | 25,0% | 0,0% | 25,0%                                             | 50,0% | 25,0% | 0,0% |

Аналіз результатів діагностики дітей з нормотиповим розвитком за першим критерієм — «вербальна комунікація» — свідчить про високий загальний рівень сформованості як ініціації та підтримки вербального спілкування, так і вербальної передачі та отримання інформації.

За показником «ініціація та підтримка вербального спілкування» більшість дітей (50,0%) перебувають на достатньому рівні, чверть (25,0 %) демонструють високий рівень, а ще 25,0% — середній. Низького рівня не зафіксовано, що вказує на сформованість базових навичок ініціювання та підтримання діалогу в межах вікової норми.

Аналогічна тенденція спостерігається і за показником «вербальна передача та отримання інформації»: 50,0% дітей мають достатній рівень, 25,0% — високий, а ще 25,0% — середній. Відсутність низького рівня свідчить про здатність дітей ефективно обмінюватися інформацією, ставити та відповідати на запитання, зберігаючи логічну й послідовну структуру висловлювань.

Отримані дані підтверджують, що у дітей з нормотиповим розвитком уже в молодшому дошкільному віці сформовано фундамент для подальшого вдосконалення комунікативних умінь, що дозволяє використовувати цю групу як надійний орієнтир у порівняльному аналізі з дітьми з РАС на наступних етапах дослідження.

Результати діагностики дітей з РАС за першим критерієм — «вербальна комунікація» — подано у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

|                                    | Кількість дітей, які пройшли діагностику              |      |       |       |                                                   |      |       |       |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|-------|-------|---------------------------------------------------|------|-------|-------|
|                                    | <i>ініціація та підтримка вербального спілкування</i> |      |       |       | <i>вербальна передача та отримання інформації</i> |      |       |       |
|                                    | В                                                     | Д    | С     | Н     | В                                                 | Д    | С     | Н     |
| <i>Кількість продіагностованих</i> | 0                                                     | 0    | 3     | 5     | 0                                                 | 0    | 3     | 5     |
| <i>Відсоток (%)</i>                | 0,0%                                                  | 0,0% | 37,5% | 62,5% | 0,0%                                              | 0,0% | 37,5% | 62,5% |

Аналіз результатів діагностики дітей з РАС за першим критерієм — «вербальна комунікація» — демонструє суттєво нижчий рівень сформованості як умінь ініціювати та підтримувати вербальне спілкування, так і навичок вербальної передачі та отримання інформації, порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком.

За показником «ініціація та підтримка вербального спілкування» більшість дітей (62,5%) перебувають на низькому рівні, а ще 37,5 % — на середньому. Високого та достатнього рівнів не зафіксовано, що свідчить про значні труднощі у самостійному початку діалогу, підтриманні теми розмови та збереженні мовленнєвого контакту.

Аналогічна ситуація спостерігається за показником «вербальна передача та отримання інформації»: 62,5% дітей перебувають на низькому рівні, 37,5% — на середньому, і жодна дитина не продемонструвала високого чи достатнього рівня. Це вказує на обмеженість у вмінні формулювати та передавати повідомлення, недостатню здатність ставити та розуміти запитання, а також на фрагментарність мовленнєвих відповідей.

Отримані результати підтверджують, що у дітей молодшого дошкільного віку з РАС вербальна комунікація перебуває на початковому або неповному етапі становлення, що обумовлює потребу у цілеспрямованому корекційно-розвитковому впливі, зокрема із застосуванням методів АВА-терапії для стимулювання мовленнєвої ініціативи та розширення можливостей обміну інформацією.

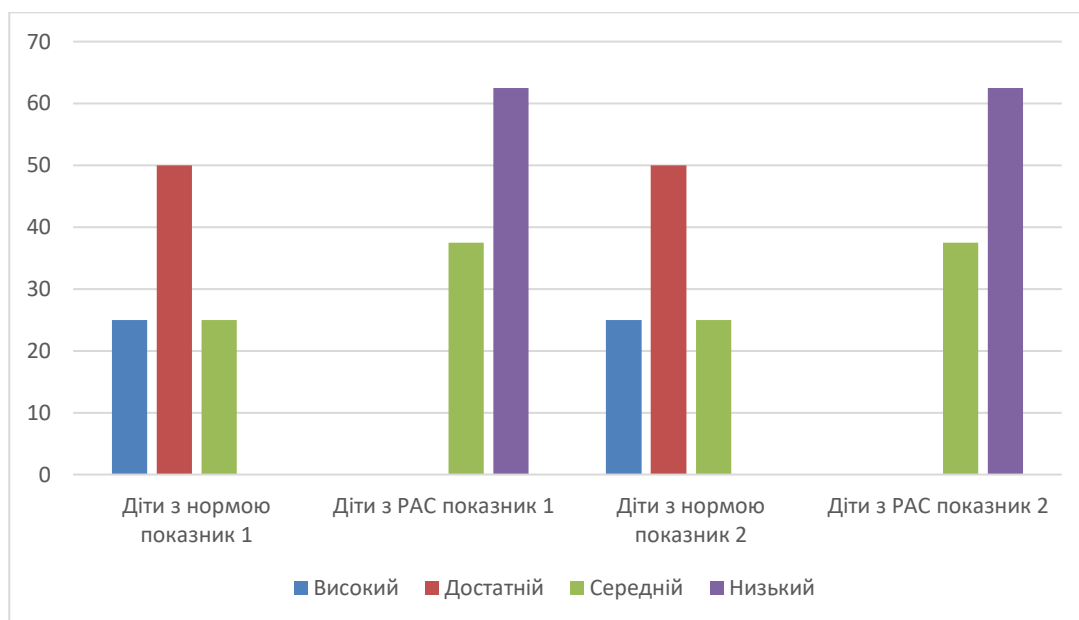


Рис. 2.1. Показники рівнів сформованості вербальної комунікації у дітей з нормотиповим розвитком та у дітей з РАС

Переходимо до другого критерію: невербальні засоби комунікації.

#### *Показник «емоційно-виразні засоби спілкування»*

Високий рівень — дитина вільно та доречно використовує міміку, інтонацію, вираз очей для передавання емоційного стану та підтримки комунікативного контакту; емоційні реакції відповідають ситуації спілкування та змінюються відповідно до контексту. Достатній рівень — дитина здебільшого використовує міміку та інтонацію для вираження емоцій, однак іноді вони є недостатньо виразними або менш точними; емоційні реакції переважно адекватні ситуації, але можливі окремі стереотипні прояви.

Середній рівень — дитина рідко застосовує міміку або інтонацію, вони є бідними та маловиразними; емоційні реакції часто шаблонні, інколи не відповідають ситуації, що ускладнює встановлення комунікативного контакту.

Низький рівень — дитина практично не використовує міміку чи інтонацію у спілкуванні; емоційні реакції відсутні або є неприродними й

неадекватними ситуації, що призводить до зниження ефективності комунікації.

*Показник «використання альтернативних засобів комунікації»*

Високий рівень — дитина активно та доречно користується альтернативними засобами комунікації (жести, піктограми, картки PECS, комунікатори) у поєднанні з вербальним мовленням; здатна самостійно обирати потрібний засіб відповідно до ситуації.

Достатній рівень — дитина переважно користується альтернативними засобами комунікації, але робить це за підказкою або в обмежених ситуаціях; іноді ініціює їх використання самостійно.

Середній рівень — дитина застосовує альтернативні засоби комунікації лише після багаторазового стимулювання з боку дорослого; вибір засобу часто не відповідає комунікативній ситуації.

Низький рівень — дитина не користується альтернативними засобами комунікації навіть за умов стимуляції; відсутнє розуміння їх призначення та способу використання.

Результати діагностики дітей з нормотиповим розвитком за першим критерієм — «невербальні засоби комунікації» — подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

|                                    | Кількість дітей, які пройшли діагностику   |       |      |      |                                                        |       |      |      |
|------------------------------------|--------------------------------------------|-------|------|------|--------------------------------------------------------|-------|------|------|
|                                    | <i>емоційно-виразні засоби спілкування</i> |       |      |      | <i>використання альтернативних засобів комунікації</i> |       |      |      |
|                                    | В                                          | Д     | С    | Н    | В                                                      | Д     | С    | Н    |
| <i>Кількість продіагностованих</i> | 4                                          | 4     | 0    | 0    | 4                                                      | 4     | 0    | 0    |
| <i>Відсоток (%)</i>                | 50,0%                                      | 50,0% | 0,0% | 0,0% | 50,0%                                                  | 50,0% | 0,0% | 0,0% |

Аналіз результатів діагностики дітей з нормотиповим розвитком за критерієм «невербальні засоби комунікації» свідчить про високий рівень сформованості досліджуваних показників у більшості учасників.

Щодо показника «емоційно-виразні засоби спілкування», 50,0% дітей продемонстрували високий рівень, що характеризується вільним та доречним використанням міміки, інтонації й емоційних реакцій для підтримки комунікативного контакту. Решта 50,0% дітей перебувають на достатньому рівні, коли емоційна виразність загалом адекватна ситуації, але іноді менш точна чи потребує додаткового стимулювання з боку дорослого. Показників середнього та низького рівнів не виявлено, що свідчить про сформовану здатність дітей цієї групи ефективно виражати емоції у спілкуванні.

Аналогічна динаміка спостерігається і за показником «використання альтернативних засобів комунікації». Половина дітей (50,0%) перебувають на високому рівні, активно й доречно використовуючи жести, візуальні підказки або інші допоміжні засоби поряд із вербальним мовленням. Ще 50,0% показали достатній рівень, коли альтернативні засоби застосовуються переважно за ініціативою дорослого або в обмежених контекстах. Середній і низький рівні відсутні, що свідчить про сформовану здатність дітей ефективно поєднувати вербальні та невербальні засоби комунікації у повсякденній взаємодії.

Таким чином, діти з нормотиповим розвитком у цій вибірці демонструють гармонійне поєднання емоційної виразності та вміння користуватися додатковими каналами комунікації, що створює сприятливі умови для успішної соціальної взаємодії.

Результати діагностики дітей з РАС за першим критерієм — «невербальні засоби комунікації» — подано у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

|                                    | Кількість дітей, які пройшли діагностику   |       |       |       |                                                        |       |       |       |
|------------------------------------|--------------------------------------------|-------|-------|-------|--------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|                                    | <i>емоційно-виразні засоби спілкування</i> |       |       |       | <i>використання альтернативних засобів комунікації</i> |       |       |       |
|                                    | В                                          | Д     | С     | Н     | В                                                      | Д     | С     | Н     |
| <i>Кількість продіагностованих</i> | 0                                          | 1     | 4     | 3     | 0                                                      | 1     | 4     | 3     |
| <i>Відсоток (%)</i>                | 0,0%                                       | 12,5% | 50,0% | 37,5% | 0,0%                                                   | 12,5% | 50,0% | 37,5% |

Аналіз результатів діагностики дітей з РАС за критерієм «невербальні засоби комунікації» свідчить про суттєві труднощі у сформованості як емоційно-виразних, так і альтернативних засобів спілкування.

За показником «емоційно-виразні засоби спілкування» високого рівня не виявлено. Лише 12,5 % дітей досягли достатнього рівня, що проявляється у частковій адекватності міміки та інтонацій, але з обмеженою варіативністю емоційних реакцій та необхідністю додаткового стимулювання з боку дорослого. Половина дітей (50,0%) перебувають на середньому рівні, коли емоційні прояви наявні, проте є менш виразними, часто шаблонними та не завжди відповідають контексту ситуації. Ще 37,5 % дітей мають низький рівень, що характеризується бідністю або відсутністю емоційних реакцій, мінімальним використанням міміки та інтонації, а також труднощами у підтриманні комунікативного контакту.

Подібна тенденція простежується і за показником «використання альтернативних засобів комунікації». Високого рівня не зафіксовано, а достатній рівень виявлено лише у 12,5 % дітей, які можуть частково та з підтримкою дорослого застосовувати жести, візуальні підказки чи інші допоміжні засоби. Половина учасників (50,0 %) перебувають на середньому рівні, коли альтернативні засоби використовуються епізодично, переважно

за ініціативою дорослого та без стійкого перенесення у нові комунікативні ситуації. Ще 37,5 % дітей мають низький рівень, що проявляється відсутністю або вкрай обмеженим використанням будь-яких невербальних допоміжних стратегій.

Отримані результати підтверджують, що діти з РАС у досліджуваній вибірці мають значно нижчий рівень сформованості невербальних засобів комунікації порівняно з дітьми з нормотиповим розвитком. Це зумовлює потребу у цілеспрямованій корекційно-розвитковій роботі, зокрема із застосуванням елементів АВА-терапії, для формування емоційної виразності та ефективного використання альтернативних засобів спілкування.

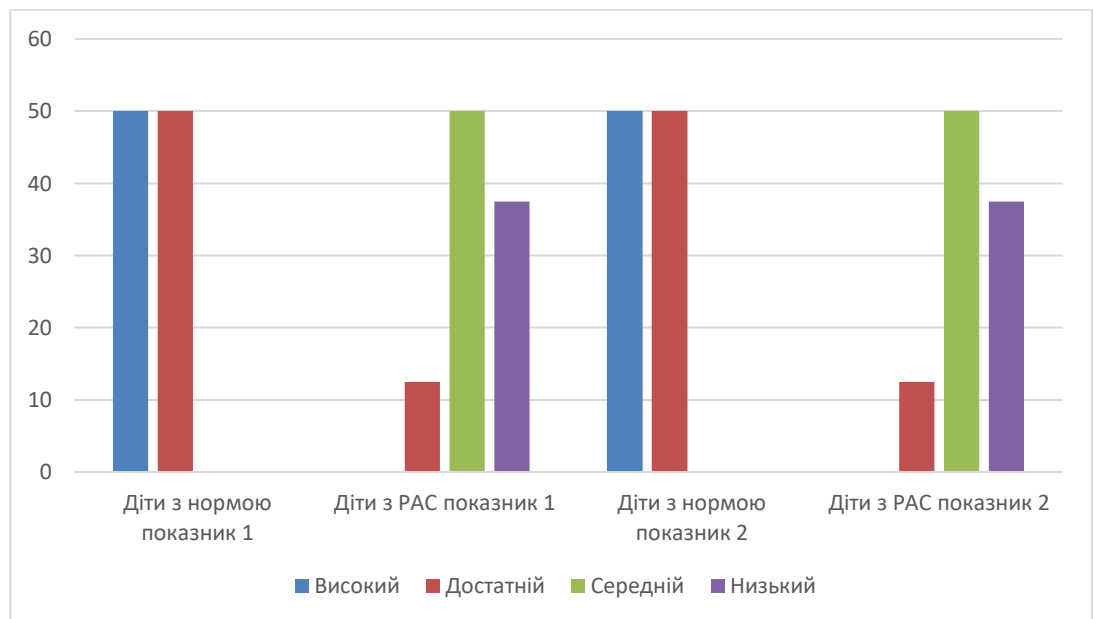


Рис. 2.2. Показники рівнів сформованості показника – невербальні засоби комунікації у дітей з нормотиповим розвитком та у дітей з РАС

Переходимо до діагностики за третім критерієм: соціально-комунікативна адаптованість.

Показник *«орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування»*:

Високий рівень — дитина впевнено розпізнає та розуміє різні соціальні ситуації, правильно інтерпретує поведінку та емоції інших, адекватно обирає способи реагування. Самостійно ініціює включення у

спілкування, швидко адаптується до зміни контексту, зберігає комунікативну активність упродовж усього контакту.

Достатній рівень — дитина розуміє більшість соціальних ситуацій, зазвичай адекватно реагує на поведінку та емоції інших, але потребує незначної допомоги дорослого для правильного вибору реакції. Ініціює спілкування переважно у знайомих умовах, іноді губиться у нових контекстах.

Середній рівень — дитина частково орієнтується в соціальних ситуаціях, розпізнає лише найочевидніші емоційні сигнали та комунікативні наміри. Часто потребує підказок або стимуляції для початку чи підтримки контакту. Реакції можуть бути уповільненими або невідповідними контексту.

Низький рівень — дитина не розрізняє соціальні ситуації та емоційні сигнали оточення, не проявляє ініціативи у взаємодії, уникає або ігнорує комунікативні спроби інших. Реакції відсутні або хаотичні, без урахування контексту.

Показник *«адекватність і регуляція поведінки під час спілкування»*

Високий рівень — дитина демонструє стабільну, соціально прийнятну поведінку у процесі спілкування, вміє контролювати емоційні прояви та імпульсивні дії, дотримується черговості реплік, виявляє повагу до співрозмовника. Легко переходить від одного виду діяльності до іншого без значних ускладнень.

Достатній рівень — поведінка загалом адекватна, але іноді спостерігаються імпульсивні реакції або труднощі з емоційною регуляцією. Дитина намагається дотримуватися правил комунікації, проте потребує нагадування або мінімальної підтримки дорослого.

Середній рівень — поведінка часто втрачає адекватність у нових або емоційно насичених ситуаціях, проявляються труднощі з контролем імпульсів, можливі перебивання співрозмовника, різка зміна теми чи

відмова від контакту. Необхідна постійна підтримка дорослого для збереження комунікативного процесу.

Низький рівень — поведінка у спілкуванні є неструктурованою, хаотичною, з частими спалахами негативних емоцій або відходом від взаємодії. Дитина не дотримується правил комунікації, ігнорує вказівки дорослого, не проявляє здатності до саморегуляції.

Результати діагностики дітей з нормотиповим розвитком за першим критерієм — «соціально-комунікативна адаптованість» — подано у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

|                                    | Кількість дітей, які пройшли діагностику             |       |      |      |                                                               |       |      |      |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|------|------|---------------------------------------------------------------|-------|------|------|
|                                    | <i>Орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування</i> |       |      |      | <i>Адекватність і регуляція поведінки під час спілкування</i> |       |      |      |
|                                    | В                                                    | Д     | С    | Н    | В                                                             | Д     | С    | Н    |
| <i>Кількість продіагностованих</i> | 4                                                    | 4     | 0    | 0    | 4                                                             | 4     | 0    | 0    |
| <i>Відсоток (%)</i>                | 50,0%                                                | 50,0% | 0,0% | 0,0% | 50,0%                                                         | 50,0% | 0,0% | 0,0% |

Аналіз результатів діагностики дітей з нормотиповим розвитком за критерієм «соціально-комунікативна адаптованість» свідчить про високий загальний рівень сформованості як орієнтації в соціальних ситуаціях, так і адекватності та регуляції поведінки під час спілкування.

Зокрема, половина дітей (50,0%) у кожному показнику продемонстрували високий рівень — вони впевнено орієнтувалися в різних соціальних ситуаціях, самостійно ініціювали контакт, швидко адаптувалися до зміни контексту, а також стабільно дотримувалися правил комунікації, регулювали поведінку та емоційні прояви.

Ще 50,0% дітей перебували на достатньому рівні, що передбачало наявність сформованих соціально-комунікативних навичок, але з окремими епізодами потреби у мінімальній підтримці дорослого — наприклад, для вибору адекватної реакції або контролю імпульсивних дій.

Середній та низький рівні сформованості у жодної дитини не виявлені, що вказує на відсутність виражених труднощів у сфері соціально-комунікативної адаптованості серед досліджуваних з нормотиповим розвитком. Таким чином, ця група характеризується достатньою готовністю до ефективної взаємодії у різних комунікативних контекстах.

Результати діагностики дітей з РАС за першим критерієм — «соціально-комунікативна адаптованість» — подано у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

|                                    | Кількість дітей, які пройшли діагностику             |      |       |       |                                                               |      |       |       |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|------|-------|-------|---------------------------------------------------------------|------|-------|-------|
|                                    | <i>Орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування</i> |      |       |       | <i>Адекватність і регуляція поведінки під час спілкування</i> |      |       |       |
|                                    | В                                                    | Д    | С     | Н     | В                                                             | Д    | С     | Н     |
| <i>Кількість продіагностованих</i> | 0                                                    | 0    | 4     | 4     | 0                                                             | 0    | 4     | 4     |
| <i>Відсоток (%)</i>                | 0,0%                                                 | 0,0% | 50,0% | 50,0% | 0,0%                                                          | 0,0% | 50,0% | 50,0% |

Аналіз результатів діагностики дітей з РАС за критерієм «соціально-комунікативна адаптованість» демонструє суттєві труднощі у сфері орієнтації в соціальних ситуаціях та регуляції поведінки під час спілкування.

Жодна дитина не показала високого чи достатнього рівня сформованості обох показників, що свідчить про відсутність повноцінно сформованих умінь швидко адаптуватися до комунікативного контексту,

правильно інтерпретувати соціальні сигнали та адекватно регулювати власні дії у процесі взаємодії.

Половина дітей (50,0%) перебуває на середньому рівні — вони частково розпізнають соціальні ситуації та можуть орієнтуватися в них за умови постійної підтримки дорослого, але їхня реакція залишається нестабільною та залежною від підказок. Аналогічно, регуляція поведінки в цій групі є вибірковою: діти можуть дотримуватися правил лише в знайомих ситуаціях, тоді як у нових умовах втрачають контроль або демонструють імпульсивні, неадаптовані дії.

Ще 50,0% мають низький рівень сформованості — вони не орієнтуються у більшості соціальних контекстів, часто ігнорують або не розуміють комунікативних сигналів, виявляють емоційну нестабільність, аморфність або стереотипні дії, що ускладнює встановлення та підтримку взаємодії з оточенням.

Такі результати вказують на потребу в цілеспрямованій та інтенсивній корекційно-розвитковій роботі, спрямованій на розвиток гнучкості поведінки, розуміння соціальних сигналів та формування навичок адекватної реакції у процесі спілкування.

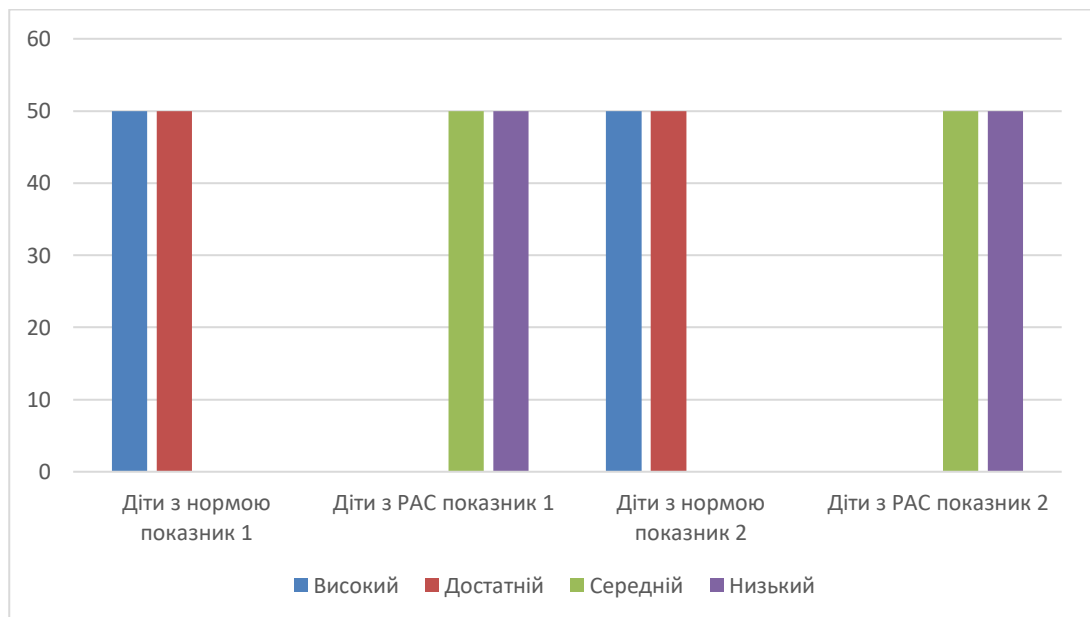


Рис. 2.3. Показники рівнів сформованості показника – соціально-комунікативна адаптованість у дітей з нормотиповим розвитком та у дітей з РАС

Результати діагностики засвідчили істотну різницю між дітьми з нормотиповим розвитком і дітьми з РАС за всіма критеріями сформованості комунікації. Якщо у дітей з типовим розвитком переважають високий та достатній рівні, то у дітей з РАС домінують середній та низький рівні, що виявляється у труднощах ініціації та підтримки вербального спілкування, передачі та отримання інформації, обмеженому використанні невербальних засобів, слабкій орієнтації у соціальних ситуаціях та недостатній регуляції поведінки. Це підтверджує наявність комплексних комунікативних труднощів, що потребують системного, індивідуалізованого корекційного впливу з використанням ефективних методів, зокрема елементів АВА-терапії.

## **Висновки до розділу 2**

Проведене констатувальне дослідження дало змогу всебічно проаналізувати рівень сформованості комунікативних навичок у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра та порівняти його з показниками дітей із нормотиповим розвитком. У межах експерименту визначено три основні критерії комунікації — вербальна комунікація, невербальні засоби спілкування та соціально-комунікативна адаптованість, кожен з яких розкрито через відповідні показники та перевірено за допомогою комплексу валідних діагностичних завдань, адаптованих до вікових і психофізіологічних особливостей дітей 3–4 років.

Отримані результати підтвердили, що у дітей з РАС комунікативна сфера характеризується системними порушеннями, які охоплюють як мовленнєві, так і поведінкові та емоційні компоненти спілкування. За критерієм вербальної комунікації більшість дітей з РАС виявили низький рівень розвитку — спостерігалися труднощі у ініціації та підтримці діалогу, обмежений словниковий запас, фрагментарність висловлювань та слабе розуміння зверненого мовлення. Це свідчить про потребу у створенні

спеціальних педагогічних умов для стимуляції мовленнєвої активності та розвитку навичок обміну інформацією.

За критерієм невербальних засобів комунікації виявлено значні відмінності між дітьми з РАС та їхніми ровесниками з нормотиповим розвитком. У більшості дітей з аутичними проявами емоційна виразність була зниженою, міміка та інтонаційна варіативність — обмеженими, а використання альтернативних засобів комунікації (жестів, піктограм, карток PECS) — епізодичним або відсутнім. Такі результати вказують на необхідність розвитку невербальних каналів спілкування як компенсаторного механізму у формуванні комунікативної компетентності.

Щодо критерію соціально-комунікативної адаптованості, діти з РАС виявили труднощі в орієнтації у соціальних ситуаціях, розпізнаванні емоцій інших людей та регуляції власної поведінки під час спілкування. Переважна більшість учасників цієї групи перебували на середньому та низькому рівнях сформованості зазначених показників, що свідчить про їхню соціальну неадаптованість та потребу у системній педагогічній підтримці.

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження засвідчили наявність глибоких і комплексних комунікативних порушень у дітей з розладами аутичного спектра, які проявляються у вербальній, невербальній та соціально-комунікативній сферах. Ці результати стали емпіричною основою для подальшої розробки та впровадження дидактичної моделі формування комунікації засобами АВА-терапії, спрямованої на стимулювання мовленнєвої активності, розвиток соціальної взаємодії та підвищення рівня комунікативної компетентності дітей молодшого дошкільного віку з РАС.

### РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РАС ЗАСОБАМИ АВА-ТЕРАПІЇ

#### 3.1. Теоретико-методичні засади розробки та аналіз продуктивних етапів експериментальної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії

У межах реалізації завдань даного дослідження другим — формувальним — етапом експериментальної роботи передбачалося науково-методичне обґрунтування та практична перевірка ефективності розробленої дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії. До участі у формувальному етапі було залучено 8 дітей з РАС віком 3–4 роки (орієнтовні психолого-педагогічні характеристики представлені у Додатку А), яких розподілено на дві підгрупи: експериментальну (ЕГ — 4 дитини), з якою реалізовувалася розроблена модель, та контрольну (КГ — 4 дитини), які навчалися без використання спеціально розроблених АВА-методик. У кожній групі половина дітей мала діагностований загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) 1 рівня, а інша половина — ЗНМ 2 рівня. Початкові діагностичні зрізи засвідчили приблизно однаковий рівень сформованості вербальної комунікації, невербальних засобів спілкування та соціально-комунікативної адаптованості у дітей обох груп, що забезпечило достовірність та об'єктивність подальшого порівняльного аналізу результатів упровадження моделі. Психолого-педагогічні характеристики дітей експериментальної та контрольної груп представлені в додатку А.

**Таблиця 3.1**

#### Контрольна група

| Ім'я дитини | Вік дитини | Нозологія        |
|-------------|------------|------------------|
| Дамір Л.    | 3,5 років  | РАС, ЗНМ 1 рівня |
| Влад К.     | 3 роки     | РАС, ЗНМ 2 рівня |
| Марія Р.    | 4 роки     | РАС, ЗНМ 2 рівня |

|         |           |                  |
|---------|-----------|------------------|
| Даня Т. | 3,5 років | РАС, ЗНМ 1 рівня |
|---------|-----------|------------------|

**Таблиця 3.2****Експериментальна група**

| <b>Ім'я дитини</b> | <b>Вік дитини</b> | <b>Нозологія</b> |
|--------------------|-------------------|------------------|
| Лера Ш.            | 3,3 роки          | РАС, ЗНМ 1 рівня |
| Рома Ч.            | 4 роки            | РАС, ЗНМ 1 рівня |
| Аня Р.             | 3,5 років         | РАС, ЗНМ 2 рівня |
| Іван Б.            | 3,5 років         | РАС, ЗНМ 2 рівня |

У ході формувального етапу експериментального дослідження нами було створено та впроваджено дидактичну модель формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії, адаптовану до їхніх вікових та мовленнєвих особливостей. Структуру та зміст моделі подано у таблиці 3.3. У нашому експерименті було використано комплекс елементів терапевтичного впливу, адаптованих до вікових, мовленнєвих і сенсорних особливостей учасників експерименту.

Одним із ключових інструментів став метод дискретного пробного навчання (Discrete Trial Training, DTT), що передбачав поетапне формування цільових комунікативних умінь. Кожне навчальне завдання розбивалося на прості кроки, які відпрацьовувалися послідовно. Структура проби включала чітку інструкцію, реакцію дитини, підкріплення та короткий інтервал перед наступною пробою. Такий підхід забезпечував передбачуваність, зрозумілість та високий рівень структурованості навчання, що є особливо важливим для дітей з РАС.

Систематичне використання підкріплення (Reinforcement) виступало основним мотиваційним чинником. У роботі застосовували як первинне підкріплення (улюблені іграшки, ласощі, сенсорні предмети), так і соціальне (похвала, оплески, обійми). Поступово матеріальні стимули замінювалися соціальними, що сприяло природнішій мотивації до спілкування.

Використовувалася також стратегія змінного підкріплення для підтримання інтересу та зменшення ризику звикання.

Для розвитку послідовних комунікативних дій використовувалося формування ланцюгів поведінки (Chaining). Залежно від індивідуальних особливостей дітей застосовувалися прямий або зворотній ланцюг, що дозволяло крок за кроком формувати повну послідовність комунікативних дій — від ініціації контакту до завершення діалогу.

Важливе значення мало застосування підказок (Prompting) різних типів: вербальних (словесні інструкції), жестових (вказівки, показ), фізичних (допомога у виконанні руху) та візуальних (картки PECS, піктограми, сюжетні зображення). З часом інтенсивність підказок зменшувалася (fading), що забезпечувало розвиток самостійності у виконанні комунікативних дій.

Особливе місце у роботі займала технологія Picture Exchange Communication System (PECS) як ефективний альтернативний засіб комунікації для дітей з недостатнім рівнем вербального мовлення. Через поетапне навчання діти оволодівали вмінням ініціювати обмін інформацією за допомогою зображень, що згодом інтегрувалося у вербальне спілкування.

Закріплення та генералізація сформованих комунікативних навичок відбувалося у межах натурального середовища навчання (Natural Environment Teaching, NET). Окрім структурованих занять, робота проводилася у природних для дитини ситуаціях — під час прогулянки, гри, прийому їжі, що сприяло перенесенню навичок у реальне повсякденне життя.

Весь процес супроводжувався постійним аналізом і реєстрацією даних. Фіксувалася кількість і якість спроб, рівень успішності, реакція на підкріплення, що дозволяло оперативно коригувати індивідуальні програми та підвищувати ефективність застосованих методик (додаток Б).

Таким чином, використання комплексу елементів АВА-терапії у нашій роботі не лише сприяло формуванню цільових комунікативних умінь,

але й забезпечувало створення передбачуваного, структурованого та мотивуючого середовища, яке підвищувало залученість дітей до процесу взаємодії та спілкування.

Таблиця 3.3

| Етап                                                                     | Зміст                                                                                                          | Засоби                                                                                    | Форми роботи                                                                            | Педагогічні умови                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Перший етап:</b><br><i>Мотиваційно-орієнтаційний</i>                  | налагодження емоційного контакту;<br>визначення мотиваційних стимулів;<br>створення передбачуваного середовища | Улюблені іграшки;<br>сенсорні матеріали;<br>візуальні розклади;<br>підкріплювальні картки | Індивідуальні ігрові сесії;<br>pairing;<br>сенсорні ігри                                | Сенсорно-комфортне середовище;<br>структурованість простору;<br>позитивний емоційний фон                           |
| <b>Другий етап:</b><br><i>Первинне формування комунікативних навичок</i> | Формування реакції на ім'я;<br>навчання запитувати предмет/дію;<br>розвиток невербальних засобів               | Картки PECS (1–2 фази); підказки (жести, візуальні, фізичні); мотиваційні предмети        | Структуровані заняття за АВА-протоколом;<br>mand training;<br>моделювання поведінки     | Передбачуване середовище;<br>індивідуальний підбір підкріплень;<br>чергування структурованих та ігрових завдань    |
| <b>Третій етап:</b><br><i>Розвиток та закріплення комунікації</i>        | Діалогічні форми (привітання, прощання); коментування дій; розвиток емоційної виразності                       | Картки емоцій; відеомоделі; PECS (3–4 фази); сюжетні картинки                             | Індивідуальні та підгрупові заняття; tact training;<br>рольові ігри                     | Адаптовані соціальні сценарії;<br>поєднання вербальних і невербальних засобів; поступове ускладнення завдань       |
| <b>Четвертий етап:</b><br><i>Генералізація та інтеграція навичок</i>     | Використання комунікації у побуті;<br>спілкування з різними людьми;<br>закріплення альтернативних засобів      | Картки PECS (5–6 фази); реальні предмети; фото та відеоматеріали                          | Спільні ігри з однолітками;<br>побутові ситуації;<br>екскурсії;<br>тренінги для батьків | Регулярне застосування навичок у природних умовах; залучення соціальних партнерів;<br>інтегровані форми діяльності |

*Дидактична модель формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії*

*Мета моделі:* поетапне формування та розвиток вербальних і невербальних комунікативних навичок у дітей молодшого дошкільного віку з РАС шляхом використання структурованих та індивідуалізованих методів АВА-терапії, спрямованих на підвищення соціальної залученості, ініціації спілкування та розширення комунікативного репертуару.

*Перший етап: Мотиваційно-орієнтаційний етап*

*Мета:* встановлення базового контакту з дитиною, створення мотивації до взаємодії, зниження рівня тривожності.

*Завдання:*

- налагодження емоційного контакту через улюблені ігри та сенсорні активності;
- визначення мотиваційних стимулів (іграшки, предмети, діяльність);
- створення передбачуваного та безпечного середовища (візуальні розклади, маркери зон).

*Педагогічні умови:*

- забезпечення сенсорно-комфортного середовища без надлишкових подразників;
- використання індивідуально підібраних підкріплень для створення мотивації;
- постійний емоційно-позитивний контакт з дитиною;
- чітка структурованість простору та режиму.

*Зміст:*

- налагодження емоційного контакту;
- визначення мотиваційних стимулів;
- створення передбачуваного середовища з чіткими межами.

*Засоби:*

- улюблені іграшки дитини;
- сенсорні матеріали (м'які кубики, тактильні панелі, м'ячі);
- візуальні розклади, піктограми, фото;
- підкріплювальні картки (stickers, жетони).

*Форми роботи:*

- індивідуальні ігрові сесії;
- сенсорні ігри;
- «pairing» — поєднання присутності дорослого з позитивними підкріпленнями.

*Другий етап: Етап первинного формування комунікативних навичок*

*Мета:* стимулювати ініціацію та реакцію у вербальному й невербальному спілкуванні.

*Завдання:*

- формування реакції на ім'я та прості інструкції;
- розвиток ініціації (запит предмета, показ, звернення до дорослого);
- тренування невербальних засобів (жести, погляд, міміка).

*Педагогічні умови:*

- організація безпечного та передбачуваного середовища з мінімумом відволікаючих факторів;
- індивідуальний підбір методів підкріплення для стимуляції ініціації;
- регулярне чергування структурованих завдань та ігрових активностей;
- залучення сім'ї для підкріплення сформованих навичок вдома.

*Зміст:*

- формування реакції на ім'я;

- розвиток вмінь запитувати предмет чи дію;
- тренування невербальних засобів (жести, погляд, міміка).

*Засоби:*

- картки PECS (1–2 фази);
- підказки (жести, візуальні, фізичні);
- предмети високої мотиваційної цінності.

*Форми роботи:*

- структуровані індивідуальні заняття за АВА-протоколом;
- вправи «mand training»;
- моделювання поведінки;
- короткі рольові ігри з дорослим.

*Третій етап: Етап розвитку та закріплення комунікації*

*Мета:* розширення комунікативних можливостей, поєднання вербальних і невербальних засобів, включення у прості соціальні ситуації.

*Завдання:*

- формування діалогічних форм (привітання, прощання, прості запитання-відповіді);
- навчання коментуванню та опису дій;
- розвиток емоційної виразності та розпізнавання емоцій інших.

*Педагогічні умови:*

- використання соціальних сценаріїв, адаптованих до віку та можливостей дитини;
- обов'язкове поєднання вербальних і невербальних засобів комунікації;
- забезпечення емоційної підтримки у процесі нових соціальних взаємодій;
- створення умов для поступового збільшення складності завдань.

*Зміст:*

- діалогічні форми (привітання, прощання, запитання-відповіді);
- коментування дій;
- розвиток емоційної виразності.

*Засоби:*

- картки емоцій;
- відеомоделі поведінки;
- PECS (3–4 фази);
- сюжетні картинки.

*Форми роботи:*

- індивідуальні та підгрупові заняття;
- рольові ігри;
- вправи «tact training»;
- інсценізація знайомих побутових ситуацій.

*Четвертий етап: Етап генералізації та інтеграції навичок*

*Мета:* перенесення сформованих комунікативних навичок у різні контексти, розширення соціального досвіду.

*Завдання:*

- закріплення комунікативних навичок у побуті, на прогулянках, під час групових занять;
- навчання самостійного використання вербальних і невербальних засобів;
- залучення сім'ї до підтримки сформованих навичок.

*Методи та прийоми:*

- «generalization training» (тренування в різних умовах);
- спільні ігри з однолітками;
- участь у побутових діях з коментуванням;
- PECS (5–6 фази).

*Педагогічні умови:*

- забезпечення можливості регулярного застосування навичок у природних умовах;
- залучення різних соціальних партнерів (однолітки, вихователі, родичі);
- використання інтегрованих форм діяльності (екскурсії, спільні заходи);
- системна робота з батьками для підтримки сформованих навичок вдома.

*Зміст:*

- застосування комунікації у побуті, на прогулянках, у групі;
- використання сформованих навичок у спілкуванні з різними людьми;
- закріплення альтернативних засобів комунікації.

*Засоби:*

- картки PECS (5–6 фази);
- реальні предмети для побутових ситуацій;
- фото та відеоматеріали для нагадування про послідовність дій.

*Форми роботи:*

- спільні ігри з однолітками;
- участь у побутових справах з коментуванням;
- екскурсії та відвідування публічних місць;
- тренінги для батьків.

*Очікувані результати впровадження дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку засобами АВА-терапії:*

- зростання рівня ініціації та підтримки комунікації;
- розширення словникового запасу та активного використання простих фраз;

- розвиток емоційно-виразних засобів спілкування;
- підвищення соціальної адаптованості та здатності до регуляції поведінки в процесі взаємодії.

Нижче представлені орієнтовні плани занять, які можна використовувати в межах впровадження дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії:

#### Заняття №1

Етап моделі: мотиваційно-підготовчий

Тема: «Вітання та встановлення контакту»

Мета:

- Формувати ініціацію вербального та невербального контакту.
- Навчати відповідати на прості вербальні звернення.
- Розвивати позитивне ставлення до комунікативної взаємодії.

Завдання:

- Закріпити реакцію на власне ім'я.
- Відпрацювати просту вербальну форму вітання («Привіт»).
- Формувати навичку встановлення зорового контакту.

Матеріали та обладнання:

- Іграшка-мотиватор (улюблена дитиною).
- Візуальні картки із зображенням дітей, що вітаються.
- Позитивне підкріплення (стікери, смайлики, улюблені ласощі).

Хід заняття (з елементами АВА):

- Мотиваційний етап (1хв) — пред'явлення улюбленої іграшки, вербальне звернення: «Привіт, [ім'я]!».
- Тренування цільової дії (5–7 хв):
- Техніка Discrete Trial Training (DTT): короткі чіткі інструкції, підкріплення після кожної правильної реакції.
- Візуальна підказка — картка з дитиною, що вітається.

- Фізична підказка (легкий дотик руки) для встановлення зорового контакту.
  - Закріплення (2–3 хв) — ігрова ситуація: вихователь або лялька «вітаються» з дитиною у різних положеннях (сидячи, стоячи).
  - Підкріплення: похвала, смаколик, обійми (за згоди дитини).
- Очікуваний результат: дитина реагує на власне ім'я, встановлює зоровий контакт, вимовляє або відтворює жест вітання у 60–70% спроб.

## Заняття №2

Етап моделі: формування комунікативних дій

Тема: «Прошу та даю»

Мета:

- Розвивати навичку вербальної передачі інформації («Дай», «Хочу»).
- Використовувати альтернативні засоби комунікації (жести, PECS).
- Формувати взаємодію «запит — отримання».

Завдання:

- Навчити виражати потребу у предметі за допомогою слова або жесту.
- Закріпити використання карток PECS (рівень 2 — передача картки дорослому).
- Розвивати розуміння взаємозалежності дії та результату.

Матеріали та обладнання:

- Набір карток PECS (зображення іграшок, їжі, предметів).
- Іграшки та смаколики, які дитина любить.
- Стіл і коробка з предметами.

Хід заняття (з елементами АВА):

- Мотивація (1 хв) — показ бажаного предмета, створення «бар'єру доступу».
- Тренування (7–8 хв):

- Використання техніки Prompting — спочатку фізична допомога у передачі картки або вимові слова, потім поступове зменшення підказок.
  - Підкріплення негайно після правильної дії (отримання предмета + словесна похвала).
  - Генералізація (3 хв) — зміна дорослого, якому дитина передає картку або говорить «Дай».
  - Підкріплення: миттєве надання бажаного предмета, емоційна підтримка.
- Очікуваний результат: дитина у 70% випадків ініціює запит вербально або через PECS.

### Заняття №3

Етап моделі: генералізація та інтеграція навичок

Тема: «Граємо разом»

Мета:

- Закріпити навички ініціації та підтримки комунікативного контакту.
- Розвивати емоційно-виразні засоби спілкування.
- Формувати соціально-комунікативну адаптованість у групових іграх.

Завдання:

- Залучати дитину до спільної гри з дорослим/іншими дітьми.
- Використовувати вербальні фрази («Давай разом», «Твоя черга», «Моя черга»).
- Підкріплювати адекватну поведінку у соціальній ситуації.

Матеріали та обладнання:

- Настільна гра з простими правилами (пірамідка, сортер, «Лото»).
- Картки з емоціями для візуальної підтримки.
- Система жетонів для підкріплення.

Хід заняття (з елементами АВА):

- Вступ (1–2 хв) — демонстрація гри, виклик інтересу.
- Основна частина (8–10 хв):
- Використання Incidental Teaching — спонтанне підкріплення ініціативних комунікативних дій у грі.
- Візуальні підказки для емоцій («радість», «здивування»).
- Поступове ускладнення завдання: передача ходу іншому, коментування дій.
- Завершення (2 хв) — похвала за активну участь, вручення жетонів, обмін жетонів на бажаний предмет.
- Підкріплення: система жетонів, емоційна похвала, доступ до бажаної гри чи предмета.

Очікуваний результат: дитина ініціює та підтримує вербальний контакт, адекватно реагує на зміну черги, виражає емоції під час гри.

Розроблена нами дидактична модель формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії вирізняється комплексністю, поетапністю та орієнтацією на індивідуальні потреби кожної дитини. Вона враховує як вікові особливості, так і супутні мовленнєві порушення (ЗНМ 1 та 2 рівня), забезпечуючи поступове ускладнення завдань та адаптацію методичних прийомів відповідно до можливостей вихованців. Інтеграція елементів прикладного аналізу поведінки (система підкріплень, Discrete Trial Training, Incidental Teaching, поетапне зменшення допомоги, використання візуальних та фізичних підказок) дозволяє цілеспрямовано формувати як вербальні, так і невербальні компоненти комунікації, підвищуючи рівень ініціації та підтримки спілкування, здатність до вербальної передачі й отримання інформації, використання емоційно-виразних і альтернативних засобів взаємодії. Чітка структурованість моделі, поетапність впровадження та орієнтація на генералізацію набутих умінь у різних соціальних ситуаціях забезпечують не лише стійкий прогрес у комунікативному розвитку, а й

сприяють соціальній адаптації дітей, зменшенню проявів стереотипної поведінки та підвищенню їхньої залученості до спілкування.

### **3.2. Аналіз результатів впровадження запропонованої моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії**

У межах контрольного етапу нашого експериментального дослідження, спрямованого на формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії, було здійснено систематизацію, аналіз та наукове узагальнення емпіричних даних, отриманих на констатувальному та формувальному етапах педагогічного експерименту.

Після завершення формувального етапу проведено повторне діагностичне обстеження учасників дослідження з використанням тих самих методик та діагностичних інструментів, що застосовувалися на початковому етапі, що забезпечило валідність і надійність результатів. Аналіз отриманих даних виявив позитивну динаміку у рівнях сформованості вербальної комунікації, невербальних засобів спілкування та соціально-комунікативної адаптованості у дітей експериментальної групи. Це підтвердило ефективність розробленої дидактичної моделі, адаптованої до вікових особливостей дітей 3–4 років і реалізованої з використанням елементів АВА-терапії.

Порівняльні дані оцінки *першого критерію – вербальна комунікація* представлені в Таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Стан сформованості першого критерію – *вербальна комунікація* – на констатувальному та контрольному етапах дослідження

|                                                                  | Експериментальна група |              |              |              | Контрольна група |             |              |              |
|------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------|--------------|--------------|
| Рівень                                                           | В                      | Д            | С            | Н            | В                | Д           | С            | Н            |
| <i>Початок ФЕ-Ініціація та підтримка вербального спілкування</i> | 0,0%<br>(0)            | 0,0%<br>(0)  | 25,0%<br>(1) | 75,0%<br>(3) | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |
| <i>Кінець ФЕ-Ініціація та підтримка вербального спілкування</i>  | 0,0%<br>(0)            | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)  | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |
| <i>Початок ФЕ-Вербальна передача та отримання інформації</i>     | 0,0%<br>(0)            | 0,0%<br>(0)  | 25,0%<br>(1) | 75,0%<br>(3) | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |
| <i>Кінець ФЕ-Вербальна передача та отримання інформації</i>      | 0,0%<br>(0)            | 25,0%<br>(1) | 75,0%<br>(3) | 0,0%<br>(0)  | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |

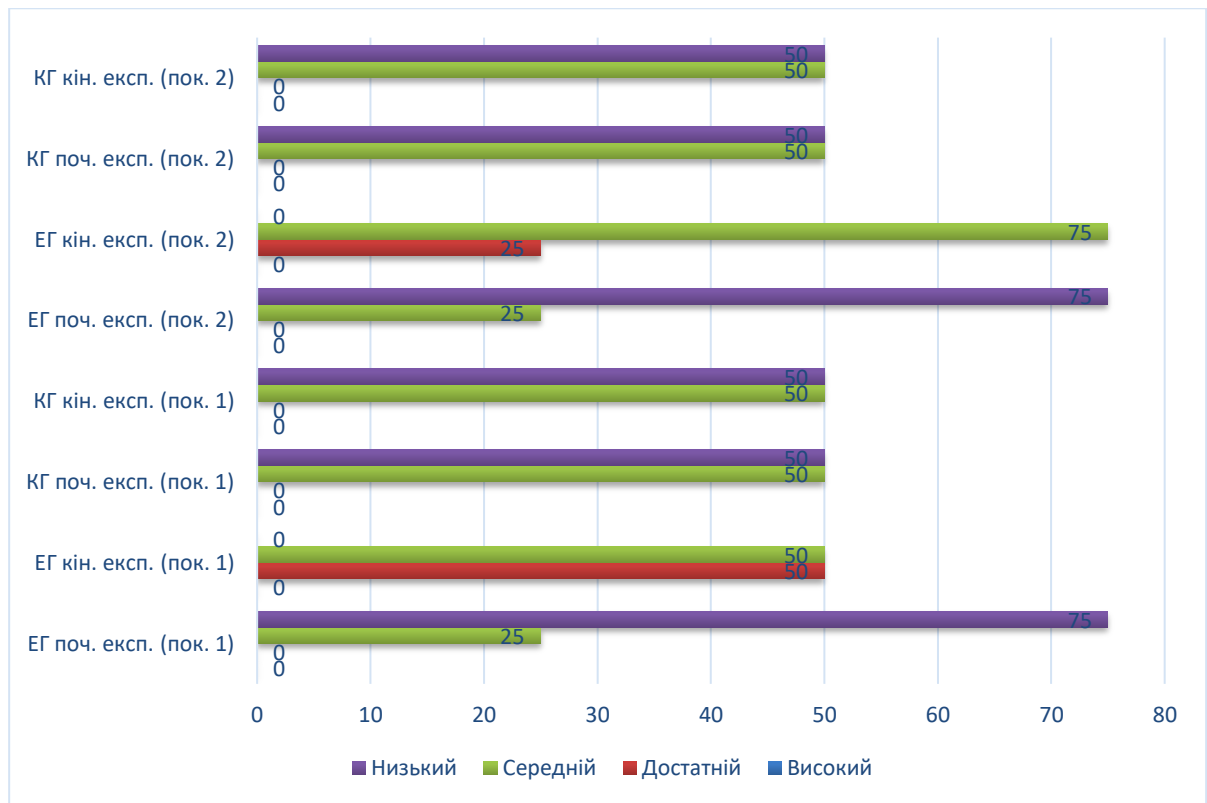


Рис. 3.1. Показники рівнів сформованості першого критерію на контрольному етапі експериментального дослідження

Аналіз результатів сформованості першого критерію — «вербальна комунікація» — на констатувальному та контрольному етапах дослідження показав суттєві відмінності у динаміці розвитку між експериментальною та контрольною групами.

На початку формувального експерименту більшість дітей обох груп мали низький рівень як за показником «ініціація та підтримка вербального спілкування», так і за показником «вербальна передача та отримання інформації». В експериментальній групі 75,0 % учасників (3 дитини) демонстрували низький рівень і лише 25,0 % (1 дитина) — середній рівень сформованості, тоді як у контрольній групі спостерігався більш збалансований розподіл між середнім (50,0 %) і низьким (50,0 %) рівнями.

Після завершення формувального етапу, під час якого з дітьми експериментальної групи реалізовувалась розроблена дидактична модель із використанням елементів АВА-терапії, відбулося помітне підвищення рівня сформованості обох показників. Так, за «ініціацією та підтримкою

вербального спілкування» у 50,0 % дітей рівень підвищився до достатнього, а ще у 50,0 % — до середнього, при цьому повністю зник низький рівень. Аналогічна позитивна динаміка спостерігалася і за показником «вербальна передача та отримання інформації»: 25,0 % дітей досягли достатнього рівня, 75,0 % — середнього, а низький рівень не було зафіксовано.

Натомість у контрольній групі показники залишилися на початкових значеннях: 50,0 % дітей зберегли середній рівень, а 50,0 % — низький, що свідчить про відсутність істотних змін без цілеспрямованого формувального впливу.

Отже, результати підтверджують ефективність застосованої нами дидактичної моделі, орієнтованої на формування вербальної комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС засобами АВА-терапії, яка дозволила підвищити рівень як ініціації та підтримки вербального спілкування, так і вербальної передачі та отримання інформації.

Порівняльні дані оцінки *другого критерію – невербальні засоби комунікації* представлені в Таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Стан сформованості другого критерію – *невербальні засоби комунікації* – на констатувальному та контрольному етапах дослідження

|                                                                   | Експериментальна група |              |              |              | Контрольна група |              |              |              |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Рівень                                                            | В                      | Д            | С            | Н            | В                | Д            | С            | Н            |
| <i>Початок ФЕ-Емоційно-виразні засоби спілкування</i>             | 0,0%<br>(0)            | 0,0%<br>(0)  | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)      | 25,0%<br>(1) | 50,0%<br>(2) | 25,0%<br>(1) |
| <i>Кінець ФЕ-Емоційно-виразні засоби спілкування</i>              | 0,0%<br>(0)            | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)  | 0,0%<br>(0)      | 25,0%<br>(1) | 50,0%<br>(2) | 25,0%<br>(1) |
| <i>Початок ФЕ-Використання альтернативних засобів комунікації</i> | 0,0%<br>(0)            | 0,0%<br>(0)  | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)      | 25,0%<br>(1) | 50,0%<br>(2) | 25,0%<br>(1) |
| <i>Кінець ФЕ-Використання альтернативних засобів комунікації</i>  | 0,0%<br>(0)            | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)  | 0,0%<br>(0)      | 25,0%<br>(1) | 50,0%<br>(2) | 25,0%<br>(1) |

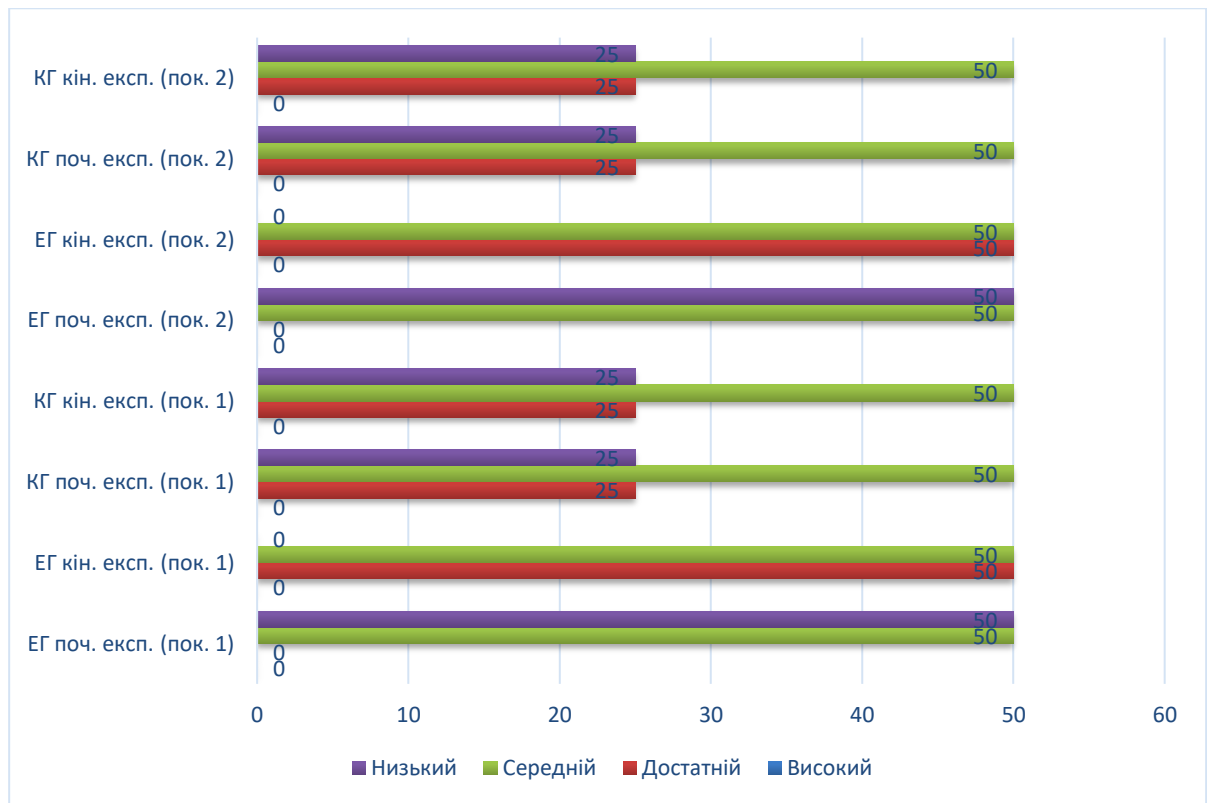


Рис. 3.2. Показники рівнів сформованості другого критерію на контрольному етапі експериментального дослідження

Аналіз результатів сформованості другого критерію — *«невербальні засоби комунікації»* — на констатувальному та контрольному етапах дослідження показав помітні позитивні зміни лише у дітей експериментальної групи, з якими проводилася цілеспрямована робота за розробленою дидактичною моделлю з використанням елементів АВА-терапії.

На початку формувального етапу в експериментальній групі за обома показниками («емоційно-виразні засоби спілкування» та «використання альтернативних засобів комунікації») спостерігалася домінування середнього та низького рівнів: по 50,0 % дітей на кожному з них. Високий і достатній рівні не були зафіксовані. У контрольній групі результати були дещо кращими: 25,0 % дітей мали достатній рівень, 50,0 % — середній і 25,0 % — низький, що зумовлювалося загалом кращими стартовими можливостями окремих учасників.

Після завершення формувального етапу в експериментальній групі відбулася виразна позитивна динаміка: половина дітей (50,0 %) за кожним показником досягла достатнього рівня, а решта зберегла середній рівень. Низький рівень було повністю усунуто. Це свідчить про ефективність комплексного підходу, що поєднував розвиток емоційної виразності, вміння передавати емоції невербальними засобами та використання альтернативних систем комунікації (жести, піктограми, візуальні підказки).

У контрольній групі жодних істотних змін не зафіксовано: зберігся початковий розподіл рівнів — 25,0 % достатній, 50,0 % середній, 25,0 % низький. Це підтверджує, що без цілеспрямованого педагогічного впливу покращення у сфері невербальної комунікації у дітей з РАС не відбувається або має незначний спонтанний характер.

Таким чином, впровадження елементів АВА-терапії у межах нашої моделі дало змогу не лише усунути низькі показники, а й вивести частину дітей на достатній рівень сформованості невербальних засобів комунікації, що є важливим кроком у їхній соціальній та комунікативній адаптації.

Порівняльні дані оцінки *третього критерію* — *соціально-комунікативна адаптація* представлені в Таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Стан сформованості третього критерію – *соціально-комунікативна адаптація* – на констатувальному та контрольному етапах дослідження

|                                                                          | Експериментальна група |              |              |              | Контрольна група |             |              |              |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|-------------|--------------|--------------|
| Рівень                                                                   | В                      | Д            | С            | Н            | В                | Д           | С            | Н            |
| <i>Початок ФЕ-Орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування</i>          | 0,0%<br>(0)            | 0,0%<br>(0)  | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |
| <i>Кінець ФЕ-Орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування</i>           | 0,0%<br>(0)            | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)  | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |
| <i>Початок ФЕ-Адекватність і регуляція поведінки під час спілкування</i> | 0,0%<br>(0)            | 0,0%<br>(0)  | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |
| <i>Кінець ФЕ-Адекватність і регуляція поведінки під час спілкування</i>  | 0,0%<br>(0)            | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) | 0,0%<br>(0)  | 0,0%<br>(0)      | 0,0%<br>(0) | 50,0%<br>(2) | 50,0%<br>(2) |

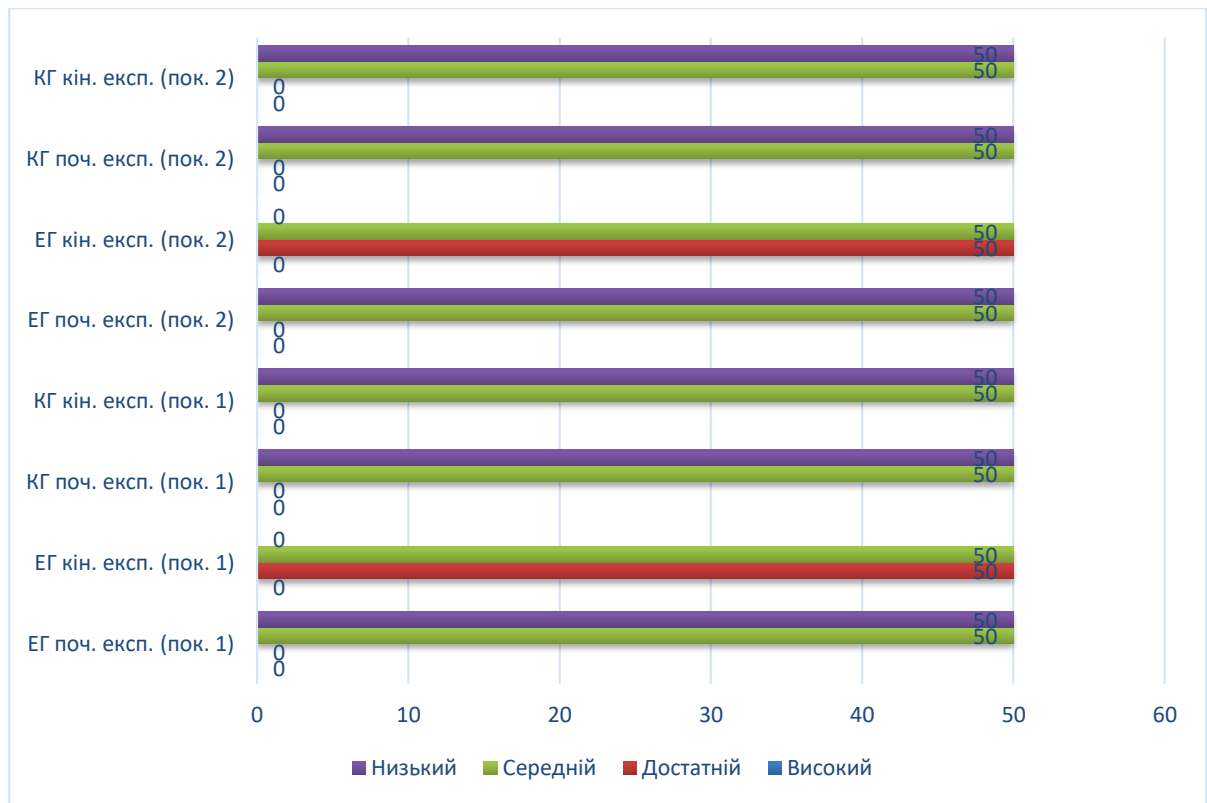


Рис. 3.3. Показники рівнів сформованості третього критерію на контрольному етапі експериментального дослідження

Аналіз результатів сформованості третього критерію — «соціально-комунікативна адаптованість» — на констатувальному та контрольному етапах дослідження свідчить про наявність позитивних зрушень лише у дітей експериментальної групи, з якими реалізовувалася розроблена нами дидактична модель із використанням елементів АВА-терапії.

На початку формувального етапу показники за обома параметрами («орієнтація в соціальних ситуаціях спілкування» та «адекватність і регуляція поведінки під час спілкування») в експериментальній і контрольній групах були однаковими: 50,0% дітей мали середній рівень, 50,0% — низький; високий і достатній рівні були відсутні. Це вказувало на однакову стартову позицію учасників і підтверджувало валідність подальшого порівняльного аналізу.

Після завершення формувального етапу в експериментальній групі відбулися значні зміни: половина дітей (50,0%) досягла достатнього рівня, а решта зберегла середній рівень, тоді як низькі показники були повністю

усунуті. Це свідчить про розвиток у дітей здатності орієнтуватися у типових соціальних ситуаціях, адекватно реагувати на зміну умов комунікації та регулювати власну поведінку відповідно до вимог середовища.

У контрольній групі протягом усього експерименту розподіл рівнів залишився незмінним — 50,0% середній і 50,0% низький, що свідчить про відсутність самостійного прогресу у сфері соціально-комунікативної адаптованості без цілеспрямованого педагогічного впливу.

Отже, результати підтверджують, що запропонована нами модель із використанням АВА-терапевтичних методів є ефективною для підвищення рівня соціально-комунікативної адаптації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС, оскільки сприяє переходу від низьких до достатніх показників і створює основу для подальшого формування стійких комунікативних навичок.

За результатами контрольного етапу експериментального дослідження встановлено, що у дітей експериментальної групи, з якими реалізовувалася розроблена нами дидактична модель формування комунікації засобами АВА-терапії, спостерігається чітка позитивна динаміка за всіма критеріями — «вербальна комунікація», «невербальні засоби комунікації» та «соціально-комунікативна адаптованість». Зокрема, відбулося зростання частки дітей із достатнім рівнем сформованості показників, усунення низьких рівнів і зменшення частки середніх показників, що свідчить про ефективність цілеспрямованого педагогічного впливу. У контрольній групі зміни носять мінімальний або відсутній характер, що підтверджує визначальну роль систематичної корекційно-розвиткової роботи з використанням АВА-методів у розвитку комунікативної сфери дітей молодшого дошкільного віку з РАС.

### **Висновки до розділу 3**

У межах третього розділу було розроблено та впроваджено дидактичну модель формування комунікації у дітей молодшого

дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії. Модель ґрунтується на принципах індивідуалізації, структурованості, поетапності та системності педагогічного впливу, що забезпечує поступовий розвиток вербальних і невербальних форм спілкування. Вона передбачає чотири основні етапи: мотиваційно-орієнтаційний, етап первинного формування комунікативних навичок, етап розвитку та закріплення комунікації, а також етап генералізації та інтеграції сформованих умінь у природне середовище дитини. Кожен етап має чітко визначену мету, завдання, педагогічні умови, засоби та форми організації діяльності, що забезпечує логічну послідовність переходу від елементарних актів взаємодії до стійких комунікативних дій.

У ході реалізації моделі використовувалися основні методи АВА-терапії — дискретне пробне навчання, система підкріплення, поетапне формування ланцюгів поведінки, застосування різних видів підказок із поступовим їх зменшенням, а також альтернативні засоби комунікації (зокрема система обміну зображеннями) та навчання у природному середовищі. Їхнє поєднання забезпечило структурованість процесу навчання, підтримку мотивації та формування стабільних комунікативних зв'язків. Важливою умовою ефективності моделі стала активна участь батьків, які брали участь у спеціальних тренінгах та допомагали закріплювати набуті дитиною навички у домашньому середовищі. Це сприяло генералізації та підвищенню стійкості отриманих результатів.

Результати контрольного етапу експерименту засвідчили чітку позитивну динаміку у дітей експериментальної групи за всіма критеріями: вербальна комунікація, невербальні засоби спілкування та соціально-комунікативна адаптованість. У дітей спостерігалось зростання рівня ініціації та підтримки спілкування, розширення словникового запасу, збільшення кількості коректних реакцій, розвиток емоційної виразності та здатності орієнтуватися в соціальних ситуаціях. Низькі показники були повністю усунуті, а більшість дітей досягла середнього та достатнього

рівнів сформованості відповідних умінь. У контрольній групі суттєвих змін не відзначено, що підтверджує відсутність спонтанного розвитку комунікативної сфери без цілеспрямованого педагогічного впливу.

Отже, розроблена дидактична модель формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії довела свою ефективність. Її впровадження забезпечує не лише зростання рівня мовленнєвого та соціально-комунікативного розвитку, але й створює умови для довготривалої генералізації сформованих навичок у різних життєвих ситуаціях. Модель є науково обґрунтованою, практично дієвою та методично прозорою, що надає їй потенціал для подальшого використання у системі інклюзивної та спеціальної дошкільної освіти.

## ВИСНОВКИ

У результаті проведеного теоретико-методологічного аналізу, експериментального дослідження та апробації дидактичної моделі формування комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з розладами аутичного спектра засобами АВА-терапії сформульовано низку ключових висновків.

У межах кваліфікаційної роботи здійснено системний теоретичний аналіз сучасних науково-педагогічних підходів до формування комунікативної компетентності у дітей з РАС. Уточнено зміст базових понять дослідження – «комунікація», «розлади аутичного спектра», «прикладний аналіз поведінки» – які становлять концептуальну основу організації навчально-корекційного процесу. Встановлено, що для дітей з РАС характерні значні труднощі у сфері вербального та невербального спілкування, низька мотивація до комунікативної взаємодії, недорозвиненість емоційної виразності та обмеженість комунікативної адаптованості, що зумовлює потребу у спеціально організованому, поетапному педагогічному впливі.

Нами було розроблено валідну систему критеріїв і показників оцінювання рівня сформованості комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС: «вербальна комунікація», «невербальні засоби комунікації» та «соціально-комунікативна адаптованість». Запропоновані критерії дозволили здійснити об'єктивну кількісно-якісну діагностику та виявити значне відставання дітей з РАС від однолітків з типовим розвитком.

В процесі формуючого експерименту реалізовано через наукове обґрунтування, розробку та експериментальну перевірку дидактичної моделі формування комунікації, побудованої за чотирма етапами: мотиваційно-орієнтаційний, первинне формування комунікативних навичок, розвиток та закріплення комунікації, генералізація та інтеграція навичок у соціальне середовище. Кожен етап передбачав використання АВА-технік

(pairing, mand training, tact training, рольові ігри), індивідуалізованих стимулів, системи підкріплень та адаптованих соціальних сценаріїв.

Ефективність моделі підтверджено результатами формувального експерименту, проведеного протягом 2024–2025 н.р. за участю 8 дітей з РАС віком 3–4 роки (по 4 у ЕГ та КГ). Початкові діагностичні зрізи засвідчили подібний рівень сформованості навичок у двох групах. Після впровадження розробленої дидактичної моделі в експериментальній групі за критерієм «вербальна комунікація» частка дітей із достатнім рівнем ініціації та підтримки вербального спілкування зросла з 0 % до 50 %, а низький рівень зменшився з 75 % до 0 %; за показником «вербальна передача та отримання інформації» кількість дітей із достатнім рівнем підвищилася з 0 % до 25 %, із повним зникненням низького рівня (з 75 % до 0 %). За критерієм «невербальні засоби комунікації» частка дітей із достатнім рівнем емоційно-виразних засобів зросла з 0 % до 50 %, а використання альтернативних засобів комунікації — з 0 % до 50 %. За критерієм «соціально-комунікативна адаптованість» кількість дітей із достатнім рівнем орієнтації у соціальних ситуаціях і регуляції поведінки під час спілкування зросла з 0 % до 50 %.

У контрольній групі суттєвої динаміки не виявлено: більшість дітей зберегли середні та низькі рівні за всіма показниками.

Таким чином, результати дослідження підтверджують доцільність і практичну значущість авторської дидактичної моделі як ефективного засобу розвитку вербальних і невербальних аспектів комунікації та підвищення рівня соціально-комунікативної адаптованості у дітей молодшого дошкільного віку з РАС. Перспективи подальших досліджень убачаються у вдосконаленні індивідуальних маршрутів розвитку дитини, розширенні можливостей міждисциплінарного супроводу та розробці адаптованих програм інтеграції дітей з РАС у природні соціально-комунікативні середовища.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Академічний тлумачний словник української мови. URL: <http://sum.in.ua/s/provokacija>.
2. Бавольська О., Кисличенко В. Візуалізація як ефективний інструмент формування комунікативно-мовленнєвих навичок у дошкільників. «Вересень». 2023. Т. 3. №. 98. С. 104–114.
3. Багрій Я. Т. Дитячий аутизм : монографія. К., 2009. 200 с.
4. Баєнська О. та ін. Порушення комунікативної поведінки при розладі аутичного спектру // Міністерство освіти і науки України, Уманський державний педагогічний університет ім. П. Тичини, Хмельницький національний університет, Кафедра психології та педагогіки. 2018, С. 60.
5. Базима Н. Вивчення мовленнєвої активності дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. Збірник наукових праць Кам'янець – Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. Кам'янець- Подільський : Медобори-2006, 2013. Вип. 23. Ч. 3 С. 22-30.
6. Базима Н. В. Обґрунтування методики формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. Наук.-метод. ж-л «Логопедія», 2015. № 7. С. 13-17.
7. Базима Н. В. Розвиток мовлення дітей з аутизмом. Інклюзивна освіта. Харків: Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 144 с.
8. Базима Н. В. Формування мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.03. Київ, 2014. 22 с
9. Барбера Мері Лінч. Дитячий аутизм та вербально-поведінковий підхід (The Verbal Behavior Approach): Навчання дітей з аутизмом та пов'язаними розладами. Київ: Видавничий дім «СВАРОГ», 2023. 268 с.

10. Безсмертна Ю. та ін. Передумови формування комунікативної функції мовлення у дітей старшого дошкільного віку з аутистичними порушеннями / Редакційна колегія. – 2022. – С. 126.

11. Бодарева М. І. Інтерференція PECS і системи П. Гальперіна як оптимізація мовленнєвих розладів. Інноваційна педагогіка. Видавничий дім «Гельветика», 2020. Вип. 25. Том 1. С. 130–132.

12. Боряк О., Косенко Ю. Альтернативна комунікація як засіб розвитку мовленнєвої діяльності дітей з комплексними порушеннями. Актуальні питання гуманітарних наук. Вип 35, том 1, 2021. с.264-270

13. 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.

14. Бочелюк В., Панов М., Жадленко І. Психолого-педагогічні особливості корекційної роботи з розвитку комунікативної функції дітей з розладами аутичного спектру молодшого шкільного віку//Перспективи та інновації науки. – 2021. – №. 5 (5).

15. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Класифікація розладів аутичного спектру // Перспективи та інновації науки. – 2022. – № 9 (14).

16. Братишко Т. Особливості АВА-терапії при роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Наукові інновації та передові технології. 2024. №5(33). С. 1334–1344

17. Бугрин О., Василюк А. Інформаційна система візуалізації розкладу для дітей із особливими потребами. Інформація, комунікація, суспільство 2021. 2021. С. 59.

18. Вакуленко Ю. В. Важливість диференційної діагностики розладів аутичного спектру // Актуальные проблемы современной науки. – 2017. – С. 22–24.

19. Вакуленко Ю. В. Сенсорна дисфункція та її корекція в дітей із розладами аутичного спектру // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». – 2018. – № 4. – С. 277–281.
20. Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 (ред. В. Т. Бусел). Київ: Перун, 2005. VIII. 1728 с.
21. Виноградова К. Н. Мова та комунікація при аутизмі. Аутизм та порушення розвитку. 2015. № 2(47). С. 17–28.
22. Гладун Т. О. Розвиток соціальності дітей з розладами аутичного спектру: соціально-педагогічний дискурс проблеми // Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. – 2015. – №. 8. – С. 294-302.
23. Гладун Т. О., Харченко С. Я. Соціально-правовий захист дитинства: проблеми та перспективи. Соціально-правові та організаційноуправлінські аспекти роботи працівників соціальної й освітньої сфери з різними суб'єктами сучасного соціуму : тези доповідей Всеукр. Наук.-практ. Конф. (Харків ; Куряж, 15 грудня 2016 р.). Харків : ФОП Петров В. В., 2016. С. 102–107.
24. Грабовська С.Л., Островська К.О. Проект програми комплексної допомоги дітям із спектром аутизму та їх сім'ям./ Матеріали науково-практичної конференції «Допомога дитині з аутизмом: проблеми та шляхи вирішення». Львів, 2009. С.54-58.
25. Грисюк О. Є. АВА-терапія в соціальній реабілітації дітей дошкільного віку, хворих на аутизм. Інновації в підготовці та професійній діяльності фахівців соціальної галузі : матеріали всеукр. наук. практ. конф., м. Харків, 24 листопада 2017 р. С. 24-25.
26. Грітченко Т. Я. Особливості комунікації у дітей із розладами аутичного спектра. Модернізація освітнього середовища: проблеми та перспективи: матеріали п'ятої міжнародної науково-практичної конференції. Умань. 2019. С. 63–65.
27. Дефектологічний словник: навч. посіб. за ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. Київ: «МП Леся», 2011. 528 с.

28. Душка А.Л. Психологічний супровід родин дітей з розладами аутистичного спектра в умовах стресу: методичні рекомендації; Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. Київ, 2022. 99 с.

29. Єжова Т. Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами». 2011. №8 (10). С. 73–80.

30. Желтова М., Урсуленко Ю. Характеристика основних критеріїв діагностування та провідні методи корекції розладів аутистичного спектру. Молодий вчений. 10 (122). 2023. С. 83-88

31. Заверико Н. В., Мацкевич Ю. Р., Авраменко У. В. Сучасні технології соціально-педагогічної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2019. N 64. С. 30–35.

32. Зайченко Г. Д. Формування комунікативних навичок у дітей з розладами аутичного спектра шляхом використання ігрових прийомів //Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2013. – №. 4 (2). – С. 122-131.

33. Зозуля Є. І., Бухрякова М. М. АВА-терапія як один з корекційних методів роботи з дітьми з аутизмом. Topical problems of modern science and possible solutions : зб. матеріалів IV Міжн. наук.-практ. конф. Дубай, ОАІ, 2017. С. 45–50.

34. Кісельова Н. В. Особливості корекційно-педагогічної допомоги дітям з раннім дитячим аутизмом //Таврійський вісник освіти. – 2013. – №. 4. – С. 149-153.

35. Коломоець Т. Г., Распутіна А. Ю. Розвиток мовлення засобом глобального читання за методикою Г. Домана // The 10th International Scientific and Practical Conference “Innovations and Prospects of World

Science” (May 25–27, 2022). Vancouver, Canada: Perfect Publishing, 2022. – С. 454.

36. Коломоєць Т. Г., Савенко О. С., Осадча Д. В. Використання альтернативної комунікації у навчанні дітей з розладами аутистичного спектру // The 8th International Scientific and Practical Conference “European Scientific Discussions” (June 20–22, 2021). Rome, Italy: Potere della ragione Editore, 2021. – С. 211.

37. Коломоєць, Т. Г. Розвиток мовлення дітей із аутизмом сучасними дидактичними засобами. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: науковий журнал. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2020. № 8 (102). С. 27–40.

38. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посіб. Вид. допов. та переробл. Київ : Вид. гр. «АТОПОЛ», 2011. 274 с.

39. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». Наук. Кер. Та заг. Ред. Т. В. Скрипник. Київ: «Гнозис», 2013. 200 с.

40. Конвенція про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів): ратифіковано Законом України від 16.12.2009 № 1767-VI. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71) (дата звернення: 14.07.2025).

41. Кононова М. М., Єланська Д. В. Особливості формування комунікативних навичок у старших дошкільників з розладами аутистичного спектра: навчально-методичний посібник. Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка. 2020. 75 с.

42. Конопляста С. Ю. Ранній дитячий аутизм – проблеми теорії та практики // Вісник. – 2022. – С. 96.

43. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. / за наук. ред. В. В. Тарасун. — Київ : Наук. світ, 2004. — 100 с.

44. Крет Я.В. Рання діагностика та корекція психомоторики дітей з аутизмом / Я.В.Крет. Запоріжжя: Запорізький нац. Ун-т, 2007. 228 с.
45. Куценко Т. О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2013. Вип. 4 (2). С. 209–218.
46. Куценко Т. О. Комплексна модель навчання дітей з розладами аутичного спектра SCERTS//Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2014. – №. 6. – С. 84-90.
47. Куценко Т. О. Розвиток комунікації у дітей з аутизмом: методичні рекомендації. Київ, 2019. 28 с
48. Лень К. О. АВА-терапія при аутизмі. The 6th International scientific and practical conference «World science: problems, prospects and innovations» (February 23-25, 2021) Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2021. 792 p. 2021. С. 433.
49. Літвінова О. В. Особливості процесу діагностики дітей з аутизмом//Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. – 2013. – №. 22 (2). – С. 243-249.
50. Логвінова І. П. Особливості формування невербальних засобів комунікативної діяльності у дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму. – 2013.
51. Лопатіна Г. О. Методичні основи системи спілкування за допомогою обміну картками. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2014. Випуск 27. С.110-113.
52. Лопатіна Г. О. Методичні основи системи спілкування за допомогою обміну картками. – 2014.
53. Лопатіна Г.О. Особливості використання системи графічних символів у роботі з дітьми з аутизмом. Комунікація для всіх: матеріали ІХ Східно- та Центральноєвропейської альтернативної та допоміжної

комунікації (за ред. В. М. Синьова, М. К. Шеремет). Київ: ДІА, 2013. С. 65-69.

54. Миронова С. Концептуальні основи підготовки вчителя-дефектолога до корекційної роботи у спеціальних закладах // Вісник Львівського університету. Серія педагогічна. 2003. Вип. 17. С. 19–24.

55. Мірошник О. Клініко-нейрофізіологічні та структурні особливості нервової системи у дітей раннього віку з розладами аутистичного спектру : дис. канд. мед. наук: 14.01.15. Харків, 2018. 192 с.

56. Мойсеєнко І. М. Модель формування сенсомоторних компетенцій у дітей з розладами аутичного спектра дошкільного віку. *Scientifik research of the XXI centur. Volume 1: collective monograph / Compiled by V. Shpak; Chairman of the Editorial Board S. Tabachnikov. Sherman Oaks, Los Angeles : GS publishing service, 2021. Розд. Pedagogikal sciences. С. 219-233*

57. Мойсеєнко, І. М., Білюк, О. Г., Приходько, Т. П. (2024). Аналіз методів та стратегій логопедичної роботи для розвитку мовлення та комунікаційних навичок у дітей з РАС. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*, 1(3 (110)), 95-105.

58. Мухіна А. Ю., Серомаха Н. Є. Особливості застосування методу прикладного аналізу поведінки дітей з розладами аутистичного спектру/ А.Ю. Мухіна, Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки. 2019. №1 (324) березень. Ч.2. С.62-69.

59. Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру: Методичний посібник. Суми: НВВ СОППО. 2016. 60 с.

60. Недозим І. В., Скрипник Т. В., Прохоренко Л. І., Ярмола Н. А., Ліблінг М. М., Лебединська К. С., Нікольська О. С. Особливості встановлення контакту та взаємодії з дітьми дошкільного віку з розладами аутичного спектра за допомогою ігрової діяльності // Редакційна колегія. – 2021. – С. 98.

61. Нормативно-правова база Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://mon.gov.ua>. (дата звернення 10.07.2025)

62. Остапенко Н.В. Сенсорна інтеграція як основа цілісного розвитку дітей з особливими потребами. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості: зб. Наук. Праць за матер. II Міжнар. Наук.-практ. Конф. (м. Херсон, 26–27 верес. 2019 р.) Херсон : ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 222-225

63. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги: навч. Посібник. Львів: Вид. центр ЛНУ імені Івана Франка. 2006. 110 с.

64. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. Монографія. Львів : Тріада плюс, 2012. 520 с.

65. Островська К., Химко М., Кудрявцева Ю. Особливості реабілітації дітей з аутизмом та їх родин. Львів : Тріада плюс. 2007. 44 с.

66. Островська К.О., Химко М.Б. Гіперактивність із дефіцитом уваги у дітей з аутизмом: прояви та способи допомоги. Методичний посібник. Львів.: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 40 с.

67. Островська К.О., Химко М.Б. Проблеми психологічної діагностики аутичних дітей. Методичні рекомендації для проведення практичних занять з курсу “Дитячий аутизм: проблеми психологічної допомоги”, Львів, Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 38 с.

68. Павленко Т. В. Основні психологічні підходи визначення поняття «комунікація» // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. Том. IX, Загальна психологія. Етнічна психологія. Історична психологія. Київ, 2016. Вип. 9. С. 368–376.

69. Панчук В.Л. Аутизм. Рання діагностика / В.Л.Панчук // Дитина з особливими потребами. Інклюзивна освіта. Дефектологія. Корекційна педагогіка. №12(12). 2015. С. 5-10.

70. Плахтій М., Куралова Я. Психологічні та фізіологічні особливості розвитку дітей з розладами аутичного спектру. Науковий Вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Психологічні Науки. С.152-157.

71. Породько М. І. До питання психомоторного розвитку дошкільників із аутистичним спектром порушень. Науковий часопис. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Збірник наукових праць. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. Серія 19. Вип. 32. С. 69-73.

72. Почкун Ю. О. Вивчення досвіду застосування новітніх корекційних технологій у роботі з аутичними дітьми. Збірник наукових праць. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова. 2016. Ч (2) №32. С. 78-83.

73. Програма розвитку дітей дошкільного віку зі спектром аутистичних порушень: лист Міністерства освіти і науки України від 11.09.2013 № 1/11-13887 /Н. С. Анреєва та ін. ; за ред. О. М. Шульженко. Київ, 2013. 207 с.

74. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / Сухіна І. В., Скрипник Т., Риндер І. / Київ-Чернівці: «Букрек», 2017 р. С. 34

75. Рибак Ю. В., Мурашук О. М. Корекційно-розвивальна робота із формування комунікативної компетенції засобами альтернативної комунікації з дітьми із розладами спектру аутизму //Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. – 2013. – №. 23 (3). – С. 241.

76. Рибченко Л. К. Педагогічні умови організації корекційної роботи з аутичними дітьми: дис. канд. пед. наук : 13.00.03 / Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2019. 190 с.

77. Рібцун Ю. В. Медичний аспект міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень// Професійний довідник учителя-логопеда дошкільного навчального закладу. – Харків, 2013. – С. 129–139.

78. Роджерс С., Доусон Д., Лори Висмара А. Денверська модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ : Видавництво «Сварог», 2010. 642 с.

79. Савінова Н. В., Серeda I. В., Стельмах Н. В. Корекційно-виховна діяльність педагога у сучасних закладах освіти: монографія. Миколаїв: Іліон, 2019. 190 с.

80. Сайко Х. Я. Суб'єктно-особистісна готовність корекційного педагога до виховання дітей з аутизмом. – 2016.

81. Серeda I. В. Використання технологій корекційно-виховної роботи у практичній діяльності спеціальних педагогів //Актуальні питання гуманітарних наук. Вип 27, том 4, 2020. С.212-217. DOI <https://doi.org/10.24919/2308-4863.4/27.204007> (Index Copernicus).

82. Серeda I. В., Кисличенко В. А. Спеціальна педагогіка з основами спеціальної дидактики: Навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу. Частина I / I. В. Серeda, В. А. Кисличенко. Миколаїв: МНУ імені В. О. Сухомлинського, 2020. 164 с.

83. Серeda I. Стратегії розвитку вербальної і невербальної комунікації у дітей з розладами спектру аутизму на основі АВА-підходу // Рецензент. – 2025. – № 8. – С. 43.

84. Серeda I.В. Організація навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Педагогічні науки : зб. Наук. Пр. / за ред. Проф. Тетяни Степанової. № 1(68) Миколаїв, 2020. С. 257-262

85. Серeda I.В. Психолого-педагогічні основи корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в контексті технологічного підходу // Педагогічний процес: теорія і практика (серія: Педагогіка). №1-2 (60–61), 2018. С.146-152. DOI: <https://doi.org/10.28925/2078-1687.2018.1-2.146152> (Index Copernicus).

86. Синельникова Д., Туренко Н. М. Комунікаційна система обміну зображеннями в роботі з аутистами. – 2017.
87. Сільберман С. Що приховує аутизм. Майбутнє нейрорізноманіття. Київ: Наш формат, 2021. 512 с.
88. Скрипник Т., Супрун Г. (2015) Дитина з аутизмом у закладі освіти: Методичні рекомендації. Київ: Плеяда. 20 с.
89. Скрипник Т. В. Сенсорна інтеграція як підґрунтя цілісного розвитку дітей з аутизмом. Особлива дитина : навчання і виховання. 2016. № 4. С. 24–31.
90. Скрипник Т. В. Системно-феноменологічний підхід до діагностики та корекції розвитку дітей з аутизмом : дис...д-ра психол.наук : 19.00.08 / Скрипник Тетяна Вікторівна ; Ін-т спец. Педагогіки НАПН України. – К., 2010. – 385 арк.
91. Скрипник Т. В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутистичного спектра: навч.-метод. Посібник / Т. В. Скрипник. – К. : Гнозис, 2013. – 60 с.
92. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму / Т. В. Скрипник. – К. : Видавництво «Фенікс», 2010.– 388 с.
93. Скрипник Т.В. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом (на допомогу фахівцям): науково-методичний посібник. Київ: Видавництво Фенікс, 2010. 59 с.
94. Словник іншомовних слів, за редакцією члена-кореспондента АН УРСР О. С. Мельничука - 1-е видання, Київ: Головна редакція «Українська радянська енциклопедія» (УРЕ), 1974.776 с.
95. Султанова Н. В. Освітня інтеграція дітей з обмеженими можливостями як соціально-педагогічна проблема. Педагогічний альманах.2014. Вип. 24. С. 249-255.
96. Тарасун В. Аутологія: теорія і практика: підручник. Київ : «Вадекс», 2018. 590 с.

97. Тарасун В. В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації). – 2005.

98. Тарасун В. В. Нейробіологія розвитку і навчання дитини. Теорія і практика аутології. Основи психосоматики. Київ: Книга-плюс. 2017. 304 с.

99. Ткач Х. Обстеження мовленнєвого розвитку дітей з аутизмом і тяжкими порушеннями мовлення на основі поведінкового підходу. Київ : Видавництво «Мандрівець», 2020. 132 с.

100. Турубарова А. В. Технологія FLOORTIME терапії у психокорекційній роботі з дітьми із порушеннями аутистичного спектру. Тиждень науки-2022: зб. Наук. Статей за матеріалами науково-практичної конференції серед студентів, викладачів, науковців, молодих учених і аспірантів (м. Запоріжжя, 18-22 квітня 2022 р.). Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2022. С. 1642-1644

101. Український дефектологічний словник за ред. Л. В. Вавіна, А. М. Висоцька, В. В. Засенко та ін. К.: Милосердя України, 2001. 211 с

102. Універсальний словник-енциклопедія (УСЕ) [Електронний ресурс] (ред. М. В. Попович). URL: <http://slovopedia.org.ua/29/53392-0.html> (дата звернення 20.07.2025)

103. Федорова А. К. Теоретико-методологічні підходи до використання АВА-терапії в роботі з дітьми з порушеннями інтелектуального розвитку. Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя (НДУ імені Миколи Гоголя). 2023. С. 128.

104. Філософський енциклопедичний словник. НАН України, Ін-т філософії імені Г. С. Сковороди (редкол.: В. І. Шинкарук (голова) та ін.). Київ: Абрис, 2002.

105. Флегонтова Н.М. Короткий словник актуальних педагогічних термінів. КНУТД, 2013. 55 с.

106. Чайка М. С., Усатенко Г. В., Кривоногова О. В. Теорія та практика використання альтернативної комунікації для осіб з особливими

освітніми потребами: навчально-методичний посібник. Київ: ФОП Усатенко Г. В., 2021. 80 с

107. Шагар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2007. 640 с.

108. Шеремет М. К., Базима Н. В. Корекційно-розвивальна робота з розвитку комунікативної функції мовлення у дітей з аутистичними порушеннями старшого дошкільного віку. Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки. 2015. Вип. 5(2). С. 369–378.

109. Шрам Р. Дитячий аутизм і АВА. Київ : Видавництво «Сварог», 2020. 140 с.

110. Шульженко Д. Генезис понять і категорій аутизму //Науковий часопис НПУ ім. МП Драгоманова. – 2005. – №. 3. – С. 244-258.

111. Шульженко Д. І. Аутизм – не вирок : наук.-метод. Посіб. Київ : Кальварія, 2010. 224 с.

112. Шульженко Д. І. Корекційний розвиток аутичної дитини : (книга для батьків та педагогів). Київ : Д. М. Кейдун, 2011. 344с.

113. Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом : монографія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2017. 444 с.

114. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей. Київ: Слово, 2009. 381 с.

115. Юнусова А. А., Бессонова Є. М. Гра як засіб розвитку комунікативних навичок дітей з розладами аутичного спектра. Дитина з особливими потребами. 2016. № 1. С. 7–9.

116. Ярмолюк О. Г. АВА-терапія як сучасна технологія корекційної роботи з дітьми з РАС (переваги та недоліки). Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. № 4 (363). 2024. С. 166–173.

117. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

118. American Speech-Language & Hearing Association (ASHA). (1989). Competencies for speech-language pathologists providing services in augmentative communication. ASHA, 31, 107–110.

119. Anderson V. Assessing executive functions in children: biological, psychological, and developmental considerations // Pediatric Rehabilitation. - 2001. - Vol. 4, No. 3. - P. 119-136.

120. Anderson, A. E. (2002). Augmentative communication and autism : A comparison of sign language and the Picture Exchange Communication System. Doctoral dissertation, University of California at Santa Barbara, 2001. Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering, 62, 4269.

121. Asperger H. Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 1944. № 117 (1). P. 76-136.

122. Asperger H., Frith U. T. 'Autistic psychopathy' in childhood. – 1991.

123. Autism: the facts/Simon Baron-Cohen and Patrick Bolton / (Oxford medical publications) (The facts). Oxford University Press. 1993.

124. Bondy A. Frost L. A Picture's Worth PECS and Other Visual Communication Strategies in Autism Second Edition [Child&Family Behavior Therapy](#), 2011, 34 (2):163-166 DOI:[10.1080/07317107.2012.684657](#)

125. Boyd B. A. et al. Research in autism education: Current issues and future directions. The SAGE handbook of autism and education. 2019. P. 593–605.

126. Crowell A. Judith, Keluskar J., Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. Comprehensive Psychiatry. 2019. Vol. 90. P. 21-29.

127. Gernsbacher M. A., Yergeau M. Empirical failures of the claim that autistic people lack a theory of mind. Archives of Scientific Psychology. 2019. T. 7. №. 1. P. 102.

128. Gillberg C. Autism and pervasive developmental disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1990. № 31. P. 99–119.

129. Howlin, P. (2006). Augmentative and alternative communication systems for children with autism. In T. Charman & W. Stone (Eds.), *Social and communication development in autism spectrum disorders*. New York: The Guildford Press. pp. 236–266.

130. Kanner L. Early infantile autism // *The Journal of pediatrics*. – 1944.

131. Kanner L. et al. Autistic disturbances of affective contact // *Nervous child*. – 1943. – T. 2. – №. 3. – C. 217-250.

132. Kanner L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 // *Journal of autism and childhood schizophrenia*. – 1971. – T. 1. – №. 2. – C. 119-145.

133. Kanner L., Asperger H. *Introduction to Autism*. – 2016.

134. Kaufman B.N. *Przebudzenie naszego syna. Zwycięstwo miłości nad chorobą*. Warszawa, 1994.– 180s.

135. Larsson E. V., Wright S. O. Ivar Lovaas (1927–2010). *The Behavior Analyst*. 2011. T. 34. №. 1. P. 111.

136. Lerman, D. C., Vorndran, C. M., Addison, L., & Kuhn, S. C. (2004). Preparing teachers in evidence-based practices for young children with Autism. *School Psychology Review*, 34, 510-526.

137. Martins, M. P., & Harris, S. L. (2006). Teaching children with autism to respond to joint attention initiations. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 51-68.

138. Prizant, B. and Schuler, A. (1987). Facilitating communication: language approaches. In: D.Cohen and A.Donnellan (Eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley and Sons.

139. Randall P., Parker J. *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*. Gdańsk, 2001.

140. Rutter M. Diagnosis and definition. *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*, Plenum Press /Eds.M. Rutter, E. Schopler. New York, 1978. P. 1-25.

141. Shopler E., Reichler R., Bashford A. *Profi Psychedukacyjny PEPR*.– Gdansk: SPOA, 1995.

142. Stichter J. P. et al. Current issues and trends in the education of children and youth with autism spectrum disorders. Handbook of special education. Routledge, 2017. P. 394–410.

143. Sturm H, Fernell E, Gillberg Ch. Autism spectrum disorders in children with normal intellectual levels; associated impairments and subgroups. *Develop Med Child Neurol* 2004; 46(7): 444-7.

144. Webber, J., & Scheuermann, B. (2008). Educating students with autism: A quick start manual. Austin, TX: Pro-Ed, Inc.

145. Wing L. The handicaps of autistic children—a comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1969. № 10.C. 1–40.

146. Wing L., (2005), Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner'a. W. Frith U (red.). PZWL, Warszawa, 2005: 115-49.

147. Wong C. et al. Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015. T. 45. P. 1951–1966.

148. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Електронний ресурс]. – Geneva: WHO, 2019. – Режим доступу: <https://icd.who.int/en> – (дата звернення: 10.08.2025)

149. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10) [Електронний ресурс]. – Geneva: WHO, 1992. – Режим доступу: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> – (дата звернення: 10.08.2025)

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Психолого-педагогічні характеристики дітей з РАС

##### Контрольна група

##### 1. Дамір Л., 3,5 років, РАС, ЗНМ 1 рівня

Дитина спокійна у звичних умовах, але у незнайомому середовищі може проявляти тривожність та уникати зорового контакту. Мовленнєвий розвиток відповідає 1 рівню ЗНМ: словниковий запас обмежений, переважають окремі слова та звуконаслідування, фразове мовлення відсутнє. Ініціація спілкування відбувається рідко, переважно з близькими дорослими, для задоволення базових потреб. Невербальні засоби (жести, міміка) використовуються ситуативно, часто нецілеспрямовано. У грі переважає маніпуляція предметами, сюжетно-рольові ігри відсутні. Соціальна взаємодія з однолітками не ініціюється, дитина схильна до індивідуальної діяльності.

##### 2. Влад К., 3 роки, РАС, ЗНМ 2 рівня

Хлопчик активний, інколи гіперактивний, легко відволікається, але зацікавлюється завданнями з яскравим наочним матеріалом. Мовлення просте, складається з коротких фраз та словосполучень, спостерігаються граматичні помилки, спрощення звукової структури слів. Вербальну комунікацію ініціює, але часто не підтримує діалог; відповіді можуть бути неповними або не за змістом запитання. Використання невербальних засобів обмежене, емоційна виразність знижена. Потребує візуальної підтримки та чітких інструкцій у комунікативних ситуаціях. У групі з однолітками може проявляти інтерес, але швидко втрачає контакт.

##### 3. Марія Р., 4 роки, РАС, ЗНМ 2 рівня

Дівчинка спокійна, охоче виконує завдання в індивідуальній формі, але у групових ситуаціях тримається осторонь. Мовлення досить розгорнуте, але аграматичне, спостерігається обмежений словник за темами, що не пов'язані з особистим досвідом. Ініціацію спілкування здійснює

рідко, зазвичай у відповідь на запит. Використовує деякі жести для підтримки вербального висловлювання, але мімічна виразність маловиражена. Під час гри переважає повторення знайомих дій, інтерес до нових сюжетів знижений. Соціальні правила засвоює повільно, потребує нагадування та моделювання ситуацій.

#### **4. Даня Т., 3,5 років, РАС, ЗНМ 1 рівня**

Хлопчик активний, допитливий, але часто діє імпульсивно. Мовлення представлено окремими словами, звукокомплексами та простими звуконаслідуваннями; фрази не формує. Потреби та бажання частіше виражає невербально (вказівними жестами, підведенням до об'єкта), інколи — вокалізаціями. Зоровий контакт нетривалий, увага нестійка. У взаємодії з однолітками спостерігається паралельна гра без включення у спільну діяльність. Емоційні реакції яскраві, але переважно імпульсивні та не завжди адекватні ситуації. Потребує постійної підтримки дорослого для регуляції поведінки.

### **Експериментальна група**

#### **1. Лєра Ш., 3,3 роки, РАС, ЗНМ 1 рівня**

Дівчинка малорухлива у нових або соціально насичених ситуаціях, проявляє аморфність поведінки, іноді сидить без активної залученості до процесу. Мовленнєвий розвиток відповідає 1 рівню ЗНМ: окремі звуки, звукокомплекси, рідкісні ізольовані слова; фразове мовлення відсутнє. Часто уникає зорового контакту, ініціацію комунікації здійснює переважно через жест «підведення» дорослого до потрібного предмета. Мімічна виразність бідна, емоційні реакції одноманітні, часто відсутні адекватні відповіді на емоції інших людей. У грі виконує стереотипні дії — перекладає предмети з місця на місце, розкладає в ряд, повторює одні й ті ж рухи. Потребує чіткої інструкції та візуальної підтримки для включення в активність.

## **2. Рома Ч., 4 роки, РАС, ЗНМ 1 рівня**

Хлопчик гіперактивний, часто діє імпульсивно, не чекає інструкції дорослого, легко відволікається на сторонні подразники. Мовлення обмежене окремими словами та вокалізаціями, у спілкуванні спостерігаються звукові ехолалії. Прагнення до вербальної комунікації низьке, частіше використовує невербальні засоби — вказівні жести або тягне за руку дорослого. Мімічна виразність знижена, емоції швидко змінюються, іноді виникають неадекватні афективні реакції (сміх без причини, крик). У грі переважають стереотипні маніпуляції з предметами: обертання, кидання, ритмічне постукування. Потребує коротких, чітких інструкцій та повторення завдань у незмінній формі.

## **3. Аня Р., 3,5 років, РАС, ЗНМ 2 рівня**

Дівчинка переважно пасивна в комунікативній діяльності, часто відмовляється від участі у спільних іграх. Мовлення складається з коротких фраз, але з вираженими аграматизмами та порушенням звукової структури слів. Ініціація спілкування обмежена, здебільшого у відповідь на запитання. Може використовувати жести для підкріплення висловлювань, однак у більшості випадків комунікація залишається фрагментарною. Мімічні реакції одноманітні, іноді відсутні у відповідь на звернення. У грі спостерігаються елементи стереотипних дій та повторення знайомих сценаріїв. Потребує стимулювання до використання мовлення у різних видах діяльності.

## **4. Іван Б., 3,5 років, РАС, ЗНМ 2 рівня**

Хлопчик моторно активний, але діяльність часто носить хаотичний та імпульсивний характер. Мовлення представлено простими фразами, словниковий запас обмежений, спостерігаються ехолалії. У більшості випадків відповідає лише на прямі запитання, рідко ініціює власні висловлювання. Використовує жести для позначення бажань або вказівки на предмети. Емоційна сфера нестабільна — від різкого збудження до повної байдужості. У грі часто повторює однакові дії з предметами, демонструє

труднощі у переході від одного виду діяльності до іншого. Потребує постійної підтримки уваги та чіткої організації завдань.

## Додаток Б

### ЩОДЕННИК СПОСТЕРЕЖЕНЬ

**за формуванням комунікації у дітей молодшого дошкільного віку з РАС  
засобами АВА-терапії**

ПІБ дитини: \_\_\_\_\_

Вік: \_\_\_\_\_

Дата проведення: \_\_\_\_\_

Сесія №: \_\_\_\_\_

Тривалість: \_\_\_\_\_

Фахівець: \_\_\_\_\_

#### 1. Кількість спроб виконання цільової дії

(зазначити загальну кількість ініційованих або запропонованих спроб)

Кількість спроб: \_\_\_\_\_

#### 2. Якість виконання

(позначити відповідно до критеріїв спостереження)

0 – відмова від виконання

1 – виконання з повною фізичною підказкою

2 – виконання з частковою фізичною або візуальною підказкою

3 – виконання з вербальною або жестовою підказкою

4 – самостійне виконання без підказки

Оцінка якості: \_\_\_\_\_

#### 3. Рівень успішності виконання завдання

(позначити відсоток або частку успішних виконань від загальної кількості спроб)

Успішність: \_\_\_\_\_ %

#### 4. Реакція на підкріплення

(описати тип використаного підкріплення та реакцію дитини)

Приклади:

- Позитивна реакція (радість, усмішка, повторення дії)
- Нейтральна реакція (відсутність емоційних проявів)
- Негативна реакція (відмова, плач, роздратування)

Запис: \_\_\_\_\_

### **5. Коментарі фахівця**

(особливості поведінки, зміни у виконанні, реакція на середовище, взаємодія з іншими)

---



---



---

Підпис фахівця: \_\_\_\_\_

## **Додаток В**

### **Рекомендації щодо використання засобів АВА-терапії для педагогів закладів дошкільної освіти**

#### **1. Організаційно-методичні засади впровадження АВА-терапії**

- Забезпечити попереднє ознайомлення педагогічного колективу з основами прикладного аналізу поведінки (АВА) через тренінги, семінари, майстер-класи.
- Скласти індивідуальні профілі розвитку кожної дитини з урахуванням її мовленнєвих, когнітивних, сенсорних та соціально-емоційних особливостей.
- Планувати роботу з урахуванням коротких сесій (5–10 хвилин) з чергуванням активних та спокійних завдань.
- Використовувати поетапне навчання: від простих дій з інтенсивним підкріпленням — до ускладнених соціально-комунікативних ситуацій.

## **2. Використання основних технік АВА в умовах ЗДО**

- Pairing (налагодження контакту) — на початковому етапі створювати позитивний асоціативний зв'язок з педагогом через спільну гру, використання улюблених предметів та активностей дитини.
- Mand training (навчання запиту) — формувати здатність дитини ініціювати запити на предмети, дії чи допомогу через вербальні або альтернативні засоби (картки PECS, жести).
- Tact training (називання) — розширювати словник дитини шляхом називання предметів, дій, ознак у побутових та ігрових ситуаціях.
- Рольові ігри та соціальні сценарії — моделювати типові ситуації (привітання, прохання, спільна гра) з поступовим зменшенням підказок.

## **3. Засоби та матеріали**

- Використовувати картки системи PECS на різних етапах (від обміну карткою — до побудови фраз і описів).
- Створювати візуальні розклади дня та інструкційні послідовності для діяльності.
- Застосовувати реальні предмети, фото та відеоматеріали для навчання та генералізації навичок.
- Використовувати підкріплювальні картки або токени для фіксації досягнень та мотивації.

## **4. Педагогічні умови ефективності**

- Підтримувати сенсорно-комфортне середовище з мінімумом відволікаючих подразників.
- Забезпечувати структурованість простору: чітко визначені зони для занять, ігор, відпочинку.
- Дотримуватися послідовності дій і передбачуваності завдань.
- Застосовувати позитивне підкріплення одразу після бажаної поведінки.
- Регулярно взаємодіяти з батьками для узгодження підходів і перенесення навичок у домашнє середовище.

## 5. Моніторинг та корекція роботи

- Вести щоденник спостережень із фіксацією досягнень і труднощів дитини.
- Коригувати навчальні цілі залежно від динаміки розвитку та мотиваційних змін.
- Залучати психолога та логопеда до комплексної оцінки ефективності застосованих технік.

## Додаток Г

### Рекомендації для батьків дітей молодшого дошкільного віку з РАС щодо використання засобів АВА-терапії вдома

#### 1. Створення сприятливих умов для навчання та спілкування

- Забезпечте **тихий, організований простір** без зайвих подразників, де дитина зможе займатися та грати.
- Використовуйте **передбачуваний розпорядок дня** — це знижує тривожність і допомагає дитині почуватися впевнено.
- Формуйте **емоційно позитивний фон**: більше похвали, усмішок та заохочення за будь-які кроки до спілкування.

#### 2. Використання основних елементів АВА-терапії вдома

- **Pairing (налагодження контакту)** — проводьте більше часу в спільній грі з улюбленими іграшками та активностями дитини, щоб ви асоціювалися з позитивними емоціями.
- **Mand training (навчання запитів)** — стимулюйте дитину просити предмети чи допомогу словами, жестами або картками PECS; реагуйте швидко, щоб закріпити зв'язок між проханням та результатом.
- **Tact training (називання)** — називайте предмети, дії та емоції у побутових ситуаціях, заохочуйте повторювати чи показувати їх.
- **Соціальні сценарії та рольові ігри** — відпрацьовуйте прості ситуації: вітання, прощання, прохання про допомогу, гра з іграшками разом.

### 3. Матеріали та засоби, які можна використовувати вдома

- Картки PECS для обміну картинкою та поступового формування фраз.
- Фото предметів і людей з оточення дитини для тренування називання та впізнавання.
- Прості сюжетні картинки для коментування дій.
- Таблиці з підкріпленням (стікери, зірочки) для мотивації.

### 4. Поради для щоденної взаємодії

- Говоріть з дитиною **короткими та чіткими фразами**, супроводжуючи слова жестами чи картинками.
- Використовуйте **природні ситуації для навчання**: під час приготування їжі, прогулянки, ігор.
- Завжди **підкріплюйте бажану поведінку** — словами, обіймами, улюбленою грою чи ласощами.
- Не квапте дитину — дайте їй час на реакцію.
- Будьте послідовними: якщо запровадили певне правило чи метод, дотримуйтеся його всі члени родини.

### 5. Співпраця з фахівцями

- Обмінюйтеся з педагогами та логопедом інформацією про досягнення та труднощі дитини вдома.
- Погоджуйте вдома ті ж цілі та методи, які застосовуються в закладі освіти, щоб забезпечити **генералізацію навичок**.
- Ведіть простий **щоденник спостережень**, де фіксуйте нові слова, жести, комунікативні реакції.

## Додаток Д

**Покроковий план для батьків дітей молодшого дошкільного віку  
з РАС щодо інтеграції засобів АВА-терапії у щоденний розпорядок**

**Ранок (підготовка до дня)**

**Мета:** активізувати дитину, налагодити емоційний контакт, закріпити побутові навички.

- Pairing (налагодження контакту) — почніть день з улюбленої активності (коротка гра, обійми, улюблена пісня).
- Mand training (навчання запитів) — під час сніданку запропонуйте дитині вибрати напій або страву за картками PECS чи фотографіями.
- Tact training (називання) — називайте предмети, якими користуєтеся («ложка», «тарілка», «сік»), і заохочуйте повторювати.
- Соціальні сценарії — відпрацюйте вітання («Доброго ранку!») з членами сім'ї.

**День (прогулянка, ігри, побутові ситуації)**

**Мета:** розвиток комунікації в природному середовищі, генералізація навичок.

- Tact training — на прогулянці називайте предмети та дії («машина їде», «листя зелене»), стимулюйте дитину повторювати або показувати.
- Mand training — запропонуйте дитині попросити іграшку, гойдалку чи ласощі, використовуючи слова, жести або PECS.
- Емоційна виразність — грайте в «емоційне дзеркало»: показуйте картки з емоціями («радість», «сум») та відтворюйте їх разом.
- Рольові ігри — моделюйте короткі сюжети: «магазин», «кафе», «гості» з простими діалогами.

**Вечір (завершення дня, підбиття підсумків)**

**Мета:** закріплення навичок, розвиток послідовного мовлення, підкріплення досягнень.

- Коментування дій — під час вечірніх процедур («ми миємо руки», «ми чистимо зуби») називайте кожну дію та заохочуйте дитину повторювати.
- Читання або перегляд картинок — використовуйте сюжетні картинки для опису («хлопчик їсть яблуко») і стимулюйте дитину розповідати.
- Позитивне підкріплення — підсумуйте день, похваліть дитину за успіхи (словами, обіймами, улюбленим заняттям).
- Завершальний ритуал — пісенька, колискова або тихе спілкування, щоб створити відчуття безпеки перед сном.

### **Поради для ефективності**

- Використовуйте короткі інструкції та чітку артикуляцію.
- Завжди чітко підкріплюйте правильну реакцію (словесно, жестом, улюбленою дією чи ласощами).
- Не перевантажуйте дитину одразу багатьма завданнями — інтегруйте вправи у природні ситуації.
- Дотримуйтеся послідовності: однакові сигнали, слова, жести вдома та в дитсадку.
- Ведіть щоденник досягнень, щоб бачити прогрес і обговорювати його з педагогами.