

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

О. І. Пархоменко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З РАС
В ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

2025

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини
Кафедра психології та соціології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: “Психологічний супровід дітей з РАС в інклюзивному освітньому середовищі”

Здобувачка вищої освіти спеціальності 053 Психологія,

ОПП “Психологія”, групи ПС-241зм.

О. І. Пархоменко

Керівник роботи: к.психол.н., доц.

А. М. Османова

Рецензент: канд.психол.наук, доц.каф.психології,

соціальної роботи та педагогіки

Відкритого міжнародного університету

розвитку людини “Україна”

О. О. Поджинська

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини
Кафедра психології та соціології
Освітній ступень магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма "Психологія"

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю. О.

"03" вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Пархоменко Оксани Іванівни

1. Тема роботи: Психологічний супровід дітей з РАС в інклюзивному освітньому середовищі".

Керівник роботи: А. М. Османова - канд.психол.наук, доц., доцент кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від "02" вересня 2025 року, N 141/15.04

2. Строк подання студентом роботи до захисту "10" грудня 2025 року

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи - 110 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний

експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки).

6. Консультанти розділів:

Розд іл	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Османова А. М. - к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Османова А. М. - к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Османова А. М. - к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

7. Дата видачі завдання: “03” вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи	04.09.2025 р. - 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. - 16.10.2025 р.	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. - 24.10.2025 р.	
4	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу	25.10.2025р.- 31.10.2025 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формульованого експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 р. - 03.11.2025 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання	04.11.2025 р. -	

	висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	08.12.2025 р.	
7	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. - 10.12.2025 р.	
8	Представлення роботи на зовнішню рецензію	11.12.2025 р. - 14.12.2025 р.	
9	Перевірка роботи на академічний плагіат	15.12.2025 р. - 17.12.2025 р.	
10	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту	18.12.2025 р. - 21.12.2025 р.	
11	Захист кваліфікаційної роботи	22.12.2025 р. - 27.12.2025 р.	

Здобувачка вищої освіти

Пархоменко О. І.

Керівник роботи:

к. психол. н., доц.

Османова А. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 110 с., рис. – 2, табл. – 7, літератури – 81 дж., додатків – 2

У кваліфікаційній роботі представлено теоретичні та практичні засади психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра в умовах інклюзивної освіти. Розкрито сутність і клініко-психологічні характеристики розладів аутистичного спектра, проаналізовано сучасні підходи до організації інклюзивного освітнього середовища та визначено ключові напрями психологічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами.

Охарактеризовано теоретичні основи інклюзивної освіти в Україні та світі, особливості функціонування інклюзивно-ресурсних центрів, специфіку комунікативного, емоційного та соціального розвитку дітей з РАС. Узагальнено методи психологічного супроводу, що застосовуються у роботі з дітьми з аутизмом.

Проведено експеримент, у межах якого визначено вихідний рівень комунікативних умінь, емоційної регуляції та соціальної взаємодії дітей з РАС. Розроблено й апробовано комплексну програму психологічного супроводу, що включала арт-терапію, музикотерапію, інтерактивні групові заняття та сенсорні вправи. Експериментально підтверджено ефективність програми: після формувального впливу у дітей з РАС спостерігалось покращення комунікативних навичок, зниження рівня тривожності, підвищення емоційної стабільності та активності у соціальній взаємодії.

Ключові слова: РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА, ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД, АРТ-ТЕРАПІЯ, МУЗИКОТЕРАПІЯ, СОЦІАЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ, КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ, ОСОБЛИВІ ОСВІТНІ ПОТРЕБИ, ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИЙ ЦЕНТР.

ABSTRACT

The qualification work presents the theoretical and practical principles of psychological support for children with autism spectrum disorders in inclusive education. The essence and clinical and psychological characteristics of autism spectrum disorders are revealed, modern approaches to organizing an inclusive educational environment are analyzed, and key areas of psychological support for children with special educational needs are identified.

The theoretical foundations of inclusive education in Ukraine and the world are characterized, the features of the functioning of inclusive resource centers, the specifics of the communicative, emotional and social development of children with ASD are described. The methods of psychological support used in working with children with autism are summarized.

An experiment was conducted, within the framework of which the initial level of communicative skills, emotional regulation and social interaction of children with ASD was determined. A comprehensive program of psychological support was developed and tested, which included art therapy, music therapy, interactive group classes and sensory exercises. The effectiveness of the program has been experimentally confirmed: after formative influence, children with ASD showed improved communication skills, decreased anxiety, increased emotional stability, and activity in social interaction.

Key words: AUTISM SPECTRUM DISORDERS, INCLUSIVE EDUCATION, PSYCHOLOGICAL SUPPORT, ART THERAPY, MUSIC THERAPY, SOCIAL INTERACTION, COMMUNICATION SKILLS, SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS, INCLUSIVE RESOURCE CENTER

ЗМІСТ

ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1	13
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА	13
1.1 Сутність і клініко-психологічні характеристики РАС (розладів аутистичного спектра)	13
1.2. Теоретичні основи інклюзивної освіти в Україні та світі	27
1.3. Психологічний супровід як система підтримки дитини з РАС	40
Висновки до першого розділу	44
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	46
2.1 Аналіз організації інклюзивного середовища у закладах загальної дошкільної освіти.....	46
2.2. Методи психологічного супроводу дітей з РАС	51
2.3. Оцінка ефективності впроваджених методик та труднощі в реалізації психологічного супроводу.....	72
Висновки до другого розділу	78
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РАС В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ.....	80
3.1. Методологічні та організаційні засади експерименту	80
3.2 Програма психологічного супроводу дітей з РАС	85
3.3 Аналіз результатів експерименту	92
Висновки до третього розділу	97
ВИСНОВКИ	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	100
ДОДАТОК	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна освіта в Україні спрямована на забезпечення рівних можливостей для всіх дітей, незалежно від особливостей їхнього розвитку. Одним із ключових напрямів освітньої політики є розвиток інклюзивної освіти, що дозволяє дітям з особливими освітніми потребами реалізовувати свій потенціал у звичайних навчальних закладах. Особливого значення в цьому контексті набуває психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), оскільки саме ці діти потребують системної підтримки для адаптації, соціалізації та ефективного навчання.

Проблема психологічного супроводу дітей із розладами аутистичного спектра є однією з найактуальніших у сучасній психолого-педагогічній науці. За останнє десятиліття спостерігається стрімке зростання кількості дітей, яким діагностують аутизм, що зумовлює необхідність удосконалення системи підтримки таких дітей у закладах освіти. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, частота РАС у світі сягає 1 випадку на 100 дітей, і цей показник продовжує зростати. В Україні за останні роки також спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей із подібними порушеннями, що вимагає посилення уваги з боку держави, освітян і психологічної спільноти.

Розлади аутистичного спектра суттєво впливають на комунікативну, емоційну та когнітивну сфери розвитку дитини, що створює складнощі в навчанні, соціальній адаптації та побудові взаємодії з однолітками і педагогами. Саме тому питання ефективного психологічного супроводу таких дітей набуває особливої значущості. Зокрема, актуальними є пошук дієвих форм і методів роботи, створення сприятливого психологічного клімату в інклюзивних класах, розробка індивідуальних програм розвитку та взаємодії з батьками.

Теоретичні та практичні аспекти проблеми вивчалися як зарубіжними, так і українськими науковцями. Основоположниками вивчення аутизму вважаються Л. Каннер та Г. Аспергер, які вперше описали клінічні прояви цього стану. У подальшому значний внесок у розробку психологічних підходів до

підтримки дітей із РАС зробили Б. Бетелгейм, Е. Шоплер, К. Лорд, Т. Гіллберг, С. Барон-Коен, які досліджували механізми комунікації, соціальної взаємодії та корекції поведінки. В українській науці проблематику аутизму розглядали Т. М. Шкварська, Т. М. Скрипник, Н. М. Панченко, О. В. Поступна, Н. І. Провальна, К. С. Гальчин, які підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу до підтримки таких дітей у системі освіти.

Актуальність теми зумовлена зростанням кількості дітей з аутизмом, потребою у кваліфікованих фахівцях, які здатні забезпечити індивідуальний підхід у процесі навчання, а також необхідністю інтеграції наукових підходів і практичного досвіду в розробку ефективної системи психолого-педагогічного супроводу.

Об'єктом дослідження є психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектра в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Предметом – методи, форми та напрями організації психологічного супроводу дітей з РАС у закладах освіти.

Мета роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та практичному аналізі системи психологічного супроводу дітей з РАС, визначенні ефективних шляхів її вдосконалення.

1. Проаналізувати теоретичні засади психологічного супроводу дітей із розладами аутистичного спектра (РАС), враховуючи сучасні наукові підходи та нормативно-правові документи України й міжнародних організацій, а також класифікації DSM-5 і МКХ-11 та клініко-психологічні особливості таких дітей.

2. Дослідити структуру та роль інклюзивно-ресурсних центрів у комплексній оцінці розвитку дитини, формуванні індивідуальної програми розвитку (ІПР) та координації взаємодії між педагогами, психологами та батьками.

3. Оцінити ефективність психокорекційних методик (АВА-терапія, сенсорна інтеграція, арт- і LEGO-терапія, альтернативна комунікація) у роботі

з дітьми з РАС, виявити результати та труднощі реалізації психологічного супроводу.

4. Обґрунтувати напрями вдосконалення системи психологічного супроводу дітей із РАС в умовах інклюзивного навчання та розробити практичні рекомендації для фахівців, педагогів і батьків щодо забезпечення ефективної підтримки.

Методологічна та теоретична основа дослідження. Методологічну основу становлять принципи системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного та компетентнісного підходів, які забезпечують цілісне розуміння розвитку дитини в освітньому середовищі. Теоретичною базою стали положення Л. С. Виготського, О. Р. Лурії, Ж. Піаже, Б. Ф. Скіннера, К. Роджерса, а також сучасні концепції інклюзивної освіти (І. Таранченко, Н. Панченко, С. Кульбіда, Т. Шкварська).

Методами дослідження стали: теоретичний аналіз і систематизація наукових джерел з проблеми дослідження; педагогічне та психологічне спостереження за дітьми з РАС; бесіда та анкетування педагогів і батьків; психодіагностичні методики оцінки когнітивного, емоційного та комунікативного розвитку; психокорекційний експеримент (констатувальний та формувальний етапи); кількісний і якісний аналіз результатів із використанням статистичних методів обробки даних (SPSS for Windows).

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до вивчення системи психологічного супроводу дітей із РАС, узагальненні ефективних методів роботи з урахуванням вітчизняного та зарубіжного досвіду, а також у розробці рекомендацій щодо вдосконалення практичної діяльності фахівців інклюзивних закладів освіти.

Теоретичне значення дослідження. Результати роботи розширюють уявлення про психологічні механізми адаптації дітей із аутизмом до умов інклюзивного навчання, уточнюють понятійно-категоріальний апарат

проблеми та обґрунтовують доцільність комплексного підходу в організації супроводу.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані результати можуть бути використані у практиці роботи психологів, педагогів, асистентів учителів, фахівців ІРЦ, а також у підготовці студентів психологічних і педагогічних спеціальностей. Розроблені рекомендації можуть бути впроваджені в систему підвищення кваліфікації педагогічних працівників та у практику інклюзивних навчальних закладів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

1.1 Сутність і клініко-психологічні характеристики РАС (розладів аутистичного спектра)

У сучасному суспільстві все частіше спостерігається зростання кількості дітей, які мають особливості розвитку. Розлади аутистичного спектра (англ. Autism Spectrum Disorder – ASD), які часто називають просто «аутизм», – одна з найбільш важливих проблем сучасної нейропедіатрії. Це зумовлено насамперед високою поширеністю цієї патології в дітей, а також її великим впливом на якість життя дитини та її родини. У межах інклюзивної освіти дитина з РАС розглядається як рівноправний учасник освітнього процесу, розвиток і навчання якого потребують індивідуалізованого та системного підходу. У кожному класі чи групі може бути одна або декілька таких дітей, які сприймають навколишній світ інакше.

Варто зазначити, що від здобуття незалежності України і до тепер спостерігається стійка тенденція до збільшення кількості дітей з діагнозом Розлад аутистичного спектра (РАС). Так, за даними Міністерства охорони здоров'я у 2005 році в Україні було зареєстровано близько 680 дітей з діагнозом аутизм [35]. За 5 років (з 2009 по 2013 рік) захворюваність на РАС зросла на 194% [22, с. 71]. У 2017 році кількість таких дітей становила вже приблизно 7,5 тисяч. Сьогодні ж за даними електронної системи охорони здоров'я України зареєстровано 20 936 дітей до 18 років з діагнозом «аутизм». Таким чином, в Україні спостерігається зростання кількості дітей з діагнозом РАС приблизно на 30 % щороку [64].

З огляду на тенденцію до зростання кількості випадків РАС у світі й в Україні, питання його вивчення набуває особливої актуальності. Розуміння сутності цього розладу та його клініко-психологічних характеристик, а також проявів розладів аутистичного спектра є необхідною передумовою для формування адекватної системи психологічного супроводу дітей в інклюзивному освітньому середовищі.

Історія вивчення аутизму налічує вже понад століття і починається з перших спроб описати атипові форми поведінки та соціальної взаємодії у дітей. Різні дослідники XIX–XX століть фіксували прояви, які сьогодні відносять до розладів аутистичного спектра, але системного наукового визначення тоді ще не існувало.

Першим дослідником, який науково описав аутизм як окремий клінічний синдром, вважається Лео Каннер (Leo Kanner) – американський психіатр австрійського походження. У 1943 році він опублікував працю «Autistic Disturbances of Affective Contact» («Аутистичні порушення афективного контакту») [74], в якій описав 11 дітей, що мали спільні риси: соціальну замкненість, труднощі у встановленні емоційного контакту, схильність до стереотипних дій і потребу в одноманітності. Саме Каннер уперше ввів термін «ранній дитячий аутизм» (Early Infantile Autism) і вважав його вродженим порушенням розвитку емоційного зв'язку з оточенням [81].

Незалежно від Каннера, у 1944 році австрійський лікар і педагог Ганс Аспергер (Hans Asperger) у Відні опублікував роботу «Autistic Psychopathy in Childhood» [73], де описав дітей із збереженим інтелектом, але значними труднощами у соціальній взаємодії, комунікації та емпатії. Згодом цей стан отримав назву «синдром Аспергера».

У другій половині XX століття, завдяки розвитку нейропсихології та дитячої психіатрії, стало зрозуміло, що описані Каннером і Аспергером стани – це різні прояви єдиного спектра порушень, який сьогодні визначається як розлади аутистичного спектра.

Сьогодні розлади аутистичного спектра розглядаються як багатофакторне та багатовимірне явище, що знаходиться на перетині медицини, психології, педагогіки, соціології та нейронаук. Такий міждисциплінарний підхід зумовлений тим, що аутизм охоплює не лише медичні аспекти функціонування нервової системи, а й психологічні механізми емоційного розвитку, комунікації, соціальної адаптації та навчання. Сучасні науковці підкреслюють, що РАС не можна зводити лише до патології – це особливий тип нейророзвитку, який потребує глибокого розуміння та індивідуального підходу.

У дослідження проблеми РАС активно долучаються представники різних галузей: медики аналізують нейробіологічні механізми і генетичні чинники; психологи – закономірності пізнавальної діяльності, емоційного реагування та поведінкові особливості; педагоги – питання інклюзивного навчання та адаптації освітнього середовища; соціологи – соціальну інтеграцію та формування толерантного ставлення суспільства. Така комплексність досліджень дає змогу розглядати РАС не лише як клінічний діагноз, а як соціально-психологічне явище, що впливає на всі сфери життєдіяльності дитини.

Саме тому сучасне розуміння РАС вимагає всебічного підходу – поєднання медичних, психологічних, педагогічних і соціальних знань, що дозволяє створити ефективну систему підтримки дітей із цим розладом у контексті інклюзивної освіти. Зважаючи на багатогранність феномену аутизму, різні науковці пропонують власні підходи до визначення сутності розладів аутистичного спектра. Кожне трактування цього поняття відображає певний аспект – медичний, психологічний, педагогічний або соціальний. Такий різнобічний погляд дозволяє глибше зрозуміти природу РАС, причини його виникнення та особливості прояву у дітей різного віку.

Для систематизації наукових підходів у таблиці нижче подано узагальнені визначення поняття «розлади аутистичного спектра» (РАС), запропоновані провідними дослідниками у різні періоди розвитку науки, що дає

можливість простежити еволюцію наукових уявлень – від ранніх клінічних описів до сучасного розуміння аутизму як комплексного нейророзвиткового стану (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Визначення РАС за різними дослідниками

№	Автор / Джерело	Визначення РАС	Науковий підхід
1	Л. Каннер [70]	Розлад розвитку, що проявляється з раннього дитинства у вигляді труднощів у встановленні емоційного контакту, стереотипності поведінки та прагнення до одноманітності.	Медико-психологічний
2	Г. Аспергер [73, с. 28]	Стан, при якому дитина з нормальним інтелектом має труднощі у соціальній взаємодії, спілкуванні та емпатії; поведінка відзначається ригідністю та однобічністю інтересів.	Психологічний / педагогічний
3	Американська психіатрична асоціація [1]	Нейророзвитковий розлад, що характеризується стійкими порушеннями соціальної комунікації й взаємодії, а також обмеженими, повторюваними моделями поведінки та інтересів.	Клініко-психіатричний
4	Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду [7]	Група розладів розвитку, які відрізняються порушеннями у сфері соціального спілкування, атиповими моделями поведінки та сенсорними особливостями, з різним ступенем вираженості.	Медичний / нейробиологічний
5	Мальцев Д.В [32, с. 20]	Розлади аутистичного спектра – складні нейро-біохімічні та нейрогенетичні стани, які можуть бути асоційовані з генетичними дефіцитами фолатного циклу та супроводжуватись характерними біохімічними змінами; підкреслюється необхідність врахування метаболічних маркерів при діагностиці та терапії.	Медико-генетичний / біохімічний підхід (клінічні випадки, біохімічні маркери)

6	Праці громадських організацій та українських аналітичних оглядів	У практичних оглядах зазначається, що РАС в Україні розглядається не лише як медичний діагноз, а й як суспільна проблема: дефіцит підтримки, нерівний доступ до діагностики та реабілітації; визначення підкреслює потребу міждисциплінарної відповіді.	Практично-організаційний / соціально-практичний підхід (звітні дані, опитування батьків і фахівців).
7	Душка А. [16; 17]	РАС розглядається як нейророзвитковий стан, що вимагає системної організації інклюзивного навчання, адаптацій освітнього середовища, підтримки педагогічних кадрів у процесі інтеграції дітей із РАС.	Психолого-педагогічний / інклюзивний підхід
8	Мойсеєнко І., Білюк О., Приходько Т. [36, с. 96]	РАС – стан, який супроводжується специфічними порушеннями мовлення та комунікації, і ефективна підтримка дітей потребує логопедичних стратегій, адаптованих до потреб дітей із спектром аутизму.	Логопедичний / комунікативно-психологічний підхід

Таким чином, поняття «розлади аутистичного спектра (РАС)» у науковій літературі трактується багатогранно – залежно від галузі дослідження та підходу фахівців. У медичній сфері (за DSM-5, МКХ-11, Мальцевим Д.В.) РАС розглядаються як нейророзвиткові або біохімічно зумовлені стани, що мають складну клінічну етіологію. Психологи та педагоги (Л. Каннер, Г. Аспергер, Душка А., Білавич Г.) наголошують на поведінкових, соціальних і навчальних особливостях дітей із РАС, підкреслюючи значення адаптаційних і корекційно-розвивальних підходів.

Тривалий час поняття розладів аутистичного спектра (РАС) об'єднувалось у п'ять основних форм захворювань, які мають спільні риси, пов'язані з порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та повторюваною

поведінкою, але відрізняються специфічними клінічними проявами та віковими особливостями (рис. 1.1).

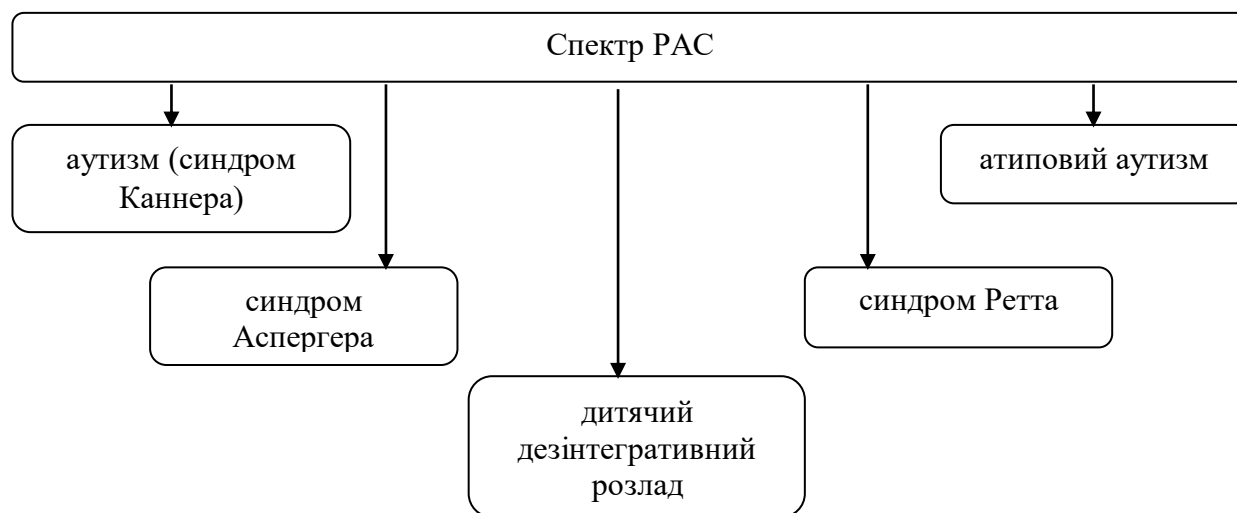


Рисунок 1.1 – Захворювання що входять до РАС

Синдром Каннера є класичною формою аутизму і описаний ще у 1943 році. Він проявляється з раннього дитинства і характеризується труднощами у соціальній взаємодії, обмеженою мовою або її відсутністю, стереотипними рухами та поведінкою, а також прагненням до одноманітності. Діти з аутизмом часто відсторонені від оточення, слабо реагують на емоції інших людей і потребують постійної підтримки у навчанні та побуті.

Синдром Аспергера описаний Гансом Аспергером у 1944 році. Основна особливість цього розладу – збережений інтелект і мовленнєві навички, проте дитина має труднощі у соціальній взаємодії, сприйнятті емоцій і невербальних сигналів [72, с. 121]. Також спостерігаються обмежені інтереси та ритуалізована поведінка. Діти з синдромом Аспергера зазвичай добре адаптуються в навчанні, але потребують підтримки у розвитку соціальних навичок [76].

Дитячий дезінтегративний розлад - рідкісний розлад характеризується тим, що дитина спочатку розвивається нормально, але після 2–4 років різко втрачає раніше набуті навички мови, соціальної взаємодії та самостійності. З'являються стереотипні форми поведінки, ізоляція від оточення та труднощі у

навчанні. Дитячий дезінтегративний розлад потребує інтенсивної реабілітації та підтримки сім'ї.

Синдром Ретта переважно зустрічається у дівчат і має генетичну природу. Дитина розвивається нормально протягом перших 6–18 місяців, після чого настає регрес розвитку: втрачаються мовленнєві та моторні навички, з'являються стереотипні рухи рук, порушується ходьба. Часто виникають когнітивні труднощі та епілептичні напади. Цей розлад потребує комплексного медичного та психологічного супроводу.

Неспецифічне первазивне порушення розвитку (атиповий аутизм) - включає випадки, коли прояви аутизму присутні, але не відповідають повністю критеріям інших форм спектру. Діти можуть мати помірні або часткові труднощі у соціальній взаємодії та комунікації, а стереотипна поведінка проявляється не постійно. Дана форма РАС часто вимагає індивідуального підходу до навчання та психологічного супроводу.

Сучасна наукова парадигма розглядає аутизм не як окремий розлад, а як спектр станів, які відрізняються за ступенем вираженості, поєднанням симптомів і рівнем підтримки, необхідної для повноцінного функціонування особи в суспільстві. Цей підхід закріплено у двох найавторитетніших міжнародних класифікаційних системах – DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) Американської психіатричної асоціації та МКХ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11-го перегляду) Всесвітньої організації охорони здоров'я.

У п'ятому виданні DSM (2013 р.) [1; 2] було здійснено суттєву реформу підходів до визначення аутизму. Якщо у попередніх версіях виділялися окремі діагнози – синдром Каннера, синдром Аспергера, первазивний розвитковий розлад тощо, – то в DSM-5 усі ці стани об'єднано під спільною категорією «розлад аутистичного спектра» (Autism Spectrum Disorder, ASD). Така уніфікація базується на ідеї континууму проявів, де різниця між формами аутизму полягає не у якісній відмінності, а в ступені вираженості симптомів.

Відповідно до DSM-5, для встановлення діагнозу необхідна наявність двох основних груп симптомів:

- постійні дефіцити у соціальній комунікації та соціальній взаємодії, які охоплюють труднощі у встановленні емоційного контакту, відсутність або обмеженість невербальної поведінки (зоровий контакт, міміка, жести), а також проблеми у формуванні, підтриманні та розумінні соціальних відносин;
- обмежені, повторювані та стереотипні патерни поведінки, інтересів або діяльності, що включають повторювані рухи (стереотипії), ригідність мислення, ритуалізовану поведінку, надмірну прихильність до певних предметів або інтересів, а також гіпо- чи гіперреакції на сенсорні стимули (звук, світло, дотик тощо) [2].

Крім того, симптоми мають проявлятися у ранньому дитинстві, порушувати адаптаційні можливості дитини й не пояснюватися іншими психічними або інтелектуальними розладами. DSM-5 також передбачає зазначення специфікаторів, що відображають наявність чи відсутність інтелектуального порушення, мовленнєвих труднощів або супутніх медичних станів.

З метою індивідуалізації підтримки DSM-5 запровадив три рівні вираженості РАС:

- рівень 1 – потребує підтримки: помірні труднощі соціальної комунікації; без підтримки спостерігаються значні порушення;
- рівень 2 – потребує значної підтримки: виражені дефіцити, що перешкоджають соціальній взаємодії навіть при наявності допомоги;
- рівень 3 – потребує дуже значної підтримки: глибокі порушення комунікації, мінімальна соціальна взаємодія, виражені стереотипії. [2].

Таким чином, DSM-5 фокусується не на категоріях, а на індивідуальному профілі функціонування дитини та ступені необхідної підтримки, що відповідає сучасній концепції нейрорізноманіття.

Остання редакція Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), офіційно затверджена ВООЗ у 2019 р., також перейшла до спекτροвої моделі аутизму. У ній застосовується загальна назва – Autism Spectrum Disorder (6A02), яка охоплює всі варіанти аутичних проявів, незалежно від рівня інтелекту або мовленнєвого розвитку.

МКХ-11 визначає РАС як порушення нейророзвитку, що характеризується стійкими труднощами соціальної взаємодії та комунікації, у поєднанні з обмеженими, повторюваними моделями поведінки, інтересів чи діяльності. Симптоми проявляються з раннього дитинства та істотно впливають на навчання, соціалізацію і повсякденне функціонування [5, с. 55].

Відмінністю МКХ-11 є введення детальніших специфікацій, які дозволяють фахівцям точніше описувати клінічний профіль дитини. Наприклад:

- із або без інтелектуальної недостатності;
- із або без порушення мовлення;
- із асоційованими медичними або генетичними станами;
- із поведінковими чи емоційними розладами [7].

МКХ-11 наголошує на гетерогенності проявів РАС, що дозволяє гнучкіше підходити до діагностики й підтримки осіб із «м'якими» або атиповими формами аутизму.

Обидві системи класифікації мають спільну концептуальну основу – єдиний спектр аутизму з індивідуальною варіативністю симптомів. Проте DSM-5 більше зорієнтована на клінічну діагностику і визначення рівня підтримки, тоді як МКХ-11 – на міжнародну уніфікацію, медичну документацію та епідеміологічний облік [7].

Структуру опису симптомів: DSM-5 має жорстко структуровані критерії (A–E), тоді як МКХ-11 описує симптоми більш узагальнено, надаючи фахівцям простір для клінічного судження.

Рівні підтримки у DSM-5 вони формалізовані (рівень 1–3), тоді як у МКХ-11 акцент зроблено на характеристиці супутніх розладів та функціональних обмежень.

Сенсорна гіперчутливість у DSM-5 вона визначається як один із основних діагностичних критеріїв, тоді як у МКХ-11 – як супутня особливість поведінки.

Загалом обидві класифікації відображають зміну парадигми – перехід від медичної до нейропсихологічної моделі аутизму, де на перший план виходить підтримка розвитку дитини, а не усунення симптомів. Вони також сприяють гармонізації міжнародних діагностичних стандартів, спрощуючи міждисциплінарну взаємодію психологів, психіатрів, педагогів і сімейних консультантів.

Отже, сучасна система класифікації РАС за DSM-5 та МКХ-11 ґрунтується на спільному розумінні аутизму як спектра нейророзвиткових порушень, що характеризуються варіативністю проявів і потребують індивідуального підходу до кожної дитини. Визнання спектрової природи аутизму дало змогу відійти від застарілої категоризації та спрямувати увагу фахівців на реальні потреби, адаптивні можливості та соціальну інтеграцію осіб із РАС.

Клініко-психологічні характеристики дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) є надзвичайно різноманітними, однак можна виокремити низку типових особливостей, які визначають їхній психічний розвиток, поведінку та особливості соціальної взаємодії.

Передусім, центральною ознакою РАС є порушення соціальної комунікації та взаємодії. У більшості дітей спостерігаються труднощі у встановленні та підтриманні контакту з іншими людьми. Вони можуть уникати

зорового контакту, не реагувати на звертання на ім'я або намагаються комунікувати лише в межах власних потреб (наприклад, щоб отримати бажаний предмет). У деяких випадках дитина може взагалі не використовувати мовлення або має ехолалії – повторює окремі слова чи фрази, не усвідомлюючи їхнього змісту. Навіть за наявності мовлення воно часто носить формальний, монологічний характер, без урахування контексту спілкування чи емоцій співрозмовника [8, с. 91].

Ще однією характерною рисою є стереотипність поведінки. Діти з РАС часто повторюють одні й ті самі рухи – це можуть бути махання руками, розгойдування тулуба, крутіння предметів, упорядкування речей у певній послідовності тощо. Такі дії мають саморегуляційний характер і допомагають дитині впоратися з тривогою або сенсорним перевантаженням. У поведінці часто помітна рутинність і прагнення до незмінності, будь-які порушення звичних порядків можуть викликати сильну емоційну реакцію – плач, агресію або відмову від співпраці [12, с. 26].

Не менш важливим компонентом є особливості сенсорного сприйняття. У дітей з аутизмом спостерігається підвищена або, навпаки, знижена чутливість до звуків, запахів, світла, дотиків. Наприклад, деякі діти надто болісно реагують на гучні звуки чи яскраве світло, інші ж можуть не відчувати фізичного болю або не реагувати на холод. Такі сенсорні порушення призводять до того, що дитина часто «закривається» від зовнішнього світу, уникає певних стимулів або шукає специфічні відчуття (наприклад, трє руками різні поверхні, крутиться довкола себе).

Емоційна сфера дітей із РАС також має низку особливостей. Емоції часто проявляються одноманітно, без вираженої міміки чи інтонацій. Дитина може не розуміти емоцій інших людей, не розпізнавати радість, сум чи злість, що суттєво ускладнює міжособистісну взаємодію. Водночас, у деяких випадках аутичні діти проявляють підвищену емоційну чутливість, можуть легко

збуджуватись або, навпаки, закриватися у собі в ситуаціях емоційного перенавантаження.

Особливості соціальної взаємодії полягають у тому, що діти з аутизмом мають труднощі у встановленні дружніх стосунків, у грі з однолітками, часто обирають індивідуальні ігри, які не потребують спільних дій або діалогу. У колективі вони можуть виглядати відстороненими, не залученими до групових процесів, що потребує постійної підтримки з боку педагога та психолога [24, с. 124].

З точки зору когнітивного розвитку, спостерігається нерівномірність інтелектуального профілю: поряд із затримками в одних сферах (мовлення, соціальні навички) можуть проявлятися надзвичайні здібності в інших – наприклад, у запам'ятовуванні, конструюванні, математичних обчисленнях або роботі з візуальними образами. Саме тому дітей із РАС часто називають «нерівними в розвитку».

У цілому, клініко-психологічний портрет дитини з РАС визначається поєднанням порушень соціальної взаємодії, комунікації, сенсорної інтеграції та поведінкових стереотипів, що потребує комплексного психологічного супроводу, індивідуального підходу та тісної співпраці всіх учасників освітнього процесу – педагогів, психологів і батьків.

У сучасному науковому розумінні розлади аутистичного спектра сприймаються як нейророзвитковий феномен, що проявляється у ранньому дитинстві, але має довічний характер. Дане явище характеризується широкою варіабельністю проявів – від виражених порушень із високою потребою в підтримці до легших форм із мінімальним втручанням.

У дітей з РАС спостерігається помітна варіабельність когнітивного профілю – від вираженої затримки розвитку до нормального або навіть високого рівня інтелекту. Поширеними є труднощі у виконанні виконавчих функцій: гнучкості мислення, плануванні, переключенні уваги, робочій пам'яті. Також дослідники звертають увагу на здатності розуміти думки, наміри, емоції

інших. У багатьох дітей із РАС ця навичка розвинена слабо, що впливає на соціальну адаптацію та навчання.

Основні симптоми РАС, як зазначає К. С. Гальчин, пов'язані з порушеннями у сфері соціальної взаємодії та комунікації. Це включає:

- труднощі у встановленні і підтриманні контактів;
- обмежене або незвичне використання невербальних засобів (жести, міміка, зоровий контакт);
- проблеми у веденні діалогу, у формуванні вікових дружніх стосунків;
- труднощі у розумінні соціальних сигналів і регулюванні власної поведінки у соціальному контексті [8, с. 68].

Діти з РАС часто мають сенсорні особливості, наприклад гіперчутливість чи гіпочутливість до звуків, світла, дотику, текстур чи смаків. Ці сенсорні відмінності можуть згодом спричиняти підвищену тривожність, уникання стимулів або навпаки – активне пошук стимуляції.

Що стосується поведінки, то типовими є повторювані або стереотипні дії (махання руками, розгойдування, підстрибування), ритуалізовані моделі поведінки, вузькі інтереси чи одноманітність середовища. Ці риси можуть суттєво впливати на можливості дитини адаптуватись у звичайному освітньому середовищі.

Адаптивні навички (самообслуговування, соціальна поведінка, незалежність у побуті) часто можуть не відповідати потенціалу когнітивних функцій дитини – іноді діти з нормальним інтелектом мають значні труднощі у самостійності та соціальній інтеграції [8, с. 71].

Часто разом із РАС спостерігаються супутні розлади – тривожні стани, порушення уваги чи гіперактивності (СДУГ), епілепсія, порушення сну, емоційні й поведінкові труднощі.

Емоційна саморегуляція у дітей із РАС часто є ускладненою через підвищену дратівливість, спалахи гніву або проблеми самоконтролю.

Розлад спектра аутизму – клінічний діагноз, який зазвичай ставить лікар на основі повідомленої та безпосередньо оглянутої поведінки підозрілої особи. Відповідно до оновлених діагностичних критеріїв у DSM-5-TR, щоб отримати діагноз розладу спектра аутизму, людина повинна мати «постійний дефіцит соціального спілкування та соціальної взаємодії» та «обмежені, повторювані моделі поведінки, інтересів, або діяльності». Така поведінка повинна початися в ранньому дитинстві й впливати на здатність людини виконувати повсякденні завдання. Крім того, симптоми не можна повністю пояснити розладом інтелектуального розвитку або глобальною затримкою розвитку [29, с. 64].

Таким чином, у результаті аналізу сутності та клініко-психологічних характеристик розладів аутистичного спектра (РАС) встановлено, що дане явище є складним, багатофакторним і багатовимірним феноменом, який поєднує медичні, психологічні, педагогічні та соціальні аспекти розвитку дитини. РАС належать до групи нейророзвиткових розладів, що проявляються ще у ранньому дитинстві і характеризуються порушеннями соціальної взаємодії, комунікації, емоційної сфери та поведінки.

Дослідження показують, що в Україні спостерігається стійка тенденція до зростання кількості дітей із діагнозом РАС, що актуалізує потребу у вдосконаленні системи ранньої діагностики, психологічного супроводу та інклюзивної освіти. Історичний розвиток уявлень про аутизм – від праць Л. Каннера та Г. Аспергера до сучасних класифікацій DSM-5 і МКХ-11 – засвідчує еволюцію підходів від вузько клінічного трактування до комплексного розуміння РАС як варіанту нейророзвитку.

Проведений теоретичний аналіз підтвердив, що сучасні вчені розглядають РАС не лише як медичний діагноз, а як особливий спосіб пізнання світу, який потребує міждисциплінарної підтримки. У структурі РАС виокремлюють п'ять основних форм: синдром Каннера, синдром Аспергера, дитячий дезінтегративний розлад, синдром Ретта та атиповий аутизм, кожна з яких має свої клінічні особливості та ступінь вираженості порушень.

Клініко-психологічні характеристики РАС охоплюють широкий спектр проявів – від когнітивних і сенсорних до соціально-комунікативних та емоційно-поведінкових. Для дітей із цим розладом характерна індивідуальна варіативність розвитку, що визначає потребу в персоналізованому підході до діагностики, навчання та психологічної допомоги.

Отже, сутність розладів аутистичного спектра полягає не лише у наявності певних порушень розвитку, а й у специфічному типі функціонування нервової системи, який зумовлює особливості сприйняття, мислення та соціальної поведінки дитини. Ефективна робота з такими дітьми потребує комплексної взаємодії медиків, психологів, педагогів і сім'ї, спрямованої на максимальну адаптацію, розвиток потенціалу та підвищення якості життя дитини з РАС.

1.2. Теоретичні основи інклюзивної освіти в Україні та світі

Інклюзивна освіта як явище має глибоке історичне коріння, хоча її сучасне розуміння сформувалося лише у XX–XXI століттях. Протягом століть суспільне ставлення до людей із порушеннями розвитку змінювалося від ізоляції та опіки до визнання їхнього права на повноцінне життя та освіту. Еволюція цих поглядів відображає не лише розвиток педагогіки, а й гуманізації соціальної свідомості загалом.

Історично дефектологія – це галузь педагогіки, що вивчала навчання й виховання дітей з порушеннями розвитку (переважно зору, слуху, мовлення, інтелектуального або опорно-рухового апарату). Проте у XXI столітті цей термін поступово замінюють на поняття спеціальна (корекційна) педагогіка та інклюзивна освіта, оскільки слово «дефект» має стигматизуючий відтінок. Сучасна освітня парадигма акцентує не на «недоліках» особи, а на бар'єрах середовища, необхідності підтримки, рівних можливостях і правах людини [11, с. 8].

У добу античності та Середньовіччя переважали уявлення про «природну неповноцінність» людей із порушеннями розвитку. Особи з фізичними або психічними відмінностями часто зазнавали ізоляції, а допомога, якщо й надавалася, мала характер опіки або монастирської благодійності. Лише поодинокі філософи, як-от Сократ чи Платон, висловлювали думки про виховання людей із особливими потребами, але це не набуло системного характеру.

У XVI–XVII століттях з’являються перші спроби системного навчання осіб із сенсорними порушеннями. Іспанський монах Педро Понсе де Леон і вчений Хуан Пабло Бонет започаткували перші методи навчання глухих, використовуючи жести та ручну абетку. Саме в цей час у Європі формується розуміння того, що навіть без слуху чи мови людина здатна до навчання й розвитку [11, с. 13].

У XVIII–XIX століттях починає активно розвиватися спеціальна освіта. Шарль-Мішель де л’Епе у Парижі створює першу школу для глухих, у якій застосовувалася система жестової мови. У Німеччині Самуель Гайніке пропагує «усний метод» навчання. Пізніше в США Томас Галодет і Лоран Клерк започатковують традиції освіти глухих, що згодом призвело до заснування Коледжу Галодета. Водночас розвивається освіта сліпих. У 1784 році Валентен Аї відкриває перший навчальний заклад для сліпих у Парижі, а у 1820-х Луї Брайль створює рельєфно-крапковий шрифт, який кардинально розширив можливості письма та читання.

Французький лікар Жан Ітар (відомий випадком «дикуна з Аверона») і його учень Едуар Сеген започатковують принципи індивідуалізації навчання, системних сенсомоторних вправ та послідовної корекційної роботи. У цей час з’являються спеціальні школи для різних категорій дітей, формується професійна спільнота вчителів спеціальної освіти.

На межі XIX–XX століть формується так звана медична модель підходу до особливих потреб. Розвиваються клінічні дослідження, психометрія (тест

Біне—Сімона), класифікації порушень, з'являються логопедія та нейропсихологія. Освітня допомога починає базуватися на діагностиці, але часто сприймається як «лікування дефекту», а не як педагогічний процес [11, с. 18].

У період СРСР створюється потужна система спеціальних інтернатів та наукових установ. Лев Виготський формулює ідею соціальної компенсації, підкреслюючи, що розвиток дитини з особливими потребами опосередковується культурою, мовою та спільною діяльністю. Його колега Олександр Лурія закладає основи нейропсихології навчання. Формуються окремі напрями: тифлопедагогіка (навчання дітей із порушеннями зору), сурдопедагогіка (слуху), олігофренопедагогіка (інтелектуального розвитку), логопедія (мовлення).

Попри значний науковий розвиток, модель освіти залишалася сегрегаційною – діти з порушеннями навчалися окремо, у спеціальних школах або інтернатах, що призводило до ізоляції, обмежувало соціальну інтеграцію та можливості для спільного навчання.

Інклюзивна освіта як сучасна педагогічна концепція почала формуватися у другій половині XX століття під впливом глобальних соціальних змін. Зростаюча увага до прав людини, рівних можливостей та соціальної справедливості стимулювала переосмислення традиційних моделей освіти, де особи з порушеннями розвитку або з особливими освітніми потребами навчалися окремо. Інклюзія з'явилася як відповідь на необхідність забезпечити право кожної дитини на навчання у спільному освітньому просторі, а не через ізоляцію чи сегрегацію.

Витоки інклюзивної освіти тісно пов'язані з міжнародним рухом за права осіб з інвалідністю, який активізувався після прийняття Універсальної декларації прав людини (1948 р.) [10], що проголосила основоположні права людини, включно з правом на освіту. Подальшим важливим кроком стало прийняття Декларації прав розумово відсталих осіб (1971 р.) [14], яка вперше

системно окреслила необхідність забезпечення соціальної та освітньої інтеграції дітей та дорослих із порушеннями інтелектуального розвитку.

У 1989 році ухвалено Конвенцію ООН про права дитини, якою вперше в історії міжнародного правового законодавства визначено пріоритети інтересів дитини в суспільстві та наголошено на необхідності особливої турботи про дітей інвалідів. Головним положенням Конвенції є визнання права всіх без винятку дітей на одержання освіти: «Держави визнають право дитини на освіту» [25].

Сучасна освітня концепція щодо навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я була заявлена на «Всесвітній конференції з освіти осіб з особливими потребами: доступ та якість», що проводилася за підтримки ЮНЕСКО в Іспанії 7–10 червня 1994 року. Результатом конференції стали розробка й ухвалення «Саламанкської декларації» [54] та «Рамок дій щодо освіти осіб з особливими потребами», де офіційно закріплено принцип рівного права на навчання для всіх дітей, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, соціальних або емоційних особливостей. Документ підкреслив, що загальноосвітні школи мають забезпечувати умови для навчання дітей із різними потребами у спільному класі, створюючи середовище, що підтримує різноманіття та розвиток кожного учня.

Так, у Передмові «Саламанкської декларації» зазначено, що ці документи базуються на принципі включення дітей-інвалідів у загальноосвітній навчальний процес шляхом визнання необхідності діяти в напрямі створення «школи для всіх» – закладів, які об'єднують усіх, ураховують відмінності, сприяють процесу навчання й відповідають індивідуальним потребам дітей [54]. Така політика повинна бути складовою педагогічної стратегії та нової соціально-економічної політики, що вимагає кардинальної реформи загальноосвітніх навчальних закладів. Саме на основних положеннях цієї Декларації базується сучасна концепція інклюзивної школи – «школи для всіх». Цей документ засвідчив, що впродовж тривалого часу проблеми людей із

розумовими й фізичними вадами ускладнювалися обмеженими можливостями суспільства, яке концентрувало основну увагу на недоліках, а не на потенційних можливостях цих осіб. Інклюзивні школи мають не лише забезпечити високоякісною освітою всіх дітей, а й сприяти усуненню дискримінаційних установок і настроїв, створювати сприятливу атмосферу у громадах для розвитку інклюзивного суспільства, змінюючи перспективи соціального устрою.

У результаті інклюзія стала не лише формою організації навчального процесу, але й філософією освітнього простору, заснованою на цінностях поваги до індивідуальності, толерантності та взаємоповаги. Поступово ідея інклюзивної освіти набула глобального характеру: вона стала складовою державної освітньої політики у більшості країн світу. Інклюзія розглядається як комплексна система, що поєднує педагогічні, психологічні та соціальні підходи, спрямовані на забезпечення максимального розвитку потенціалу кожної дитини та її участі в соціумі.

В Україні процес формування інклюзивної освіти розпочався одразу після проголошення незалежності України в 1991 році, коли держава почала переорієнтовуватися на міжнародні стандарти прав людини та забезпечення рівного доступу до освіти для всіх дітей. На ранньому етапі розвитку система спеціальної освіти передбачала переважно сегреговані форми навчання, коли діти з особливими освітніми потребами здобували освіту у спеціальних школах, інтернатах або класах для дітей з порушеннями розвитку.

Перехід до реалізації моделі інклюзивної освіти практично був визначений Україною ратифікацією у 1991 р. Конвенції ООН про права дитини [25]. Документ висуває вимоги до держави щодо приведення національного законодавства у відповідність до цієї «всесвітньої конституції прав дитини», яка проголошує право на освіту на підставі рівних можливостей. Правові механізми Конвенції спрямовані на захист дітей з інвалідністю від дискримінації [33, с. 106].

Важливим етапом розвитку інклюзивної освіти стало ратифікування Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006 р.) [26], яка закріпила зобов'язання держави створювати умови для навчання всіх дітей у загальноосвітніх закладах, незалежно від фізичних, інтелектуальних чи соціальних особливостей. Конвенцію ратифікували 79 держав, вона стала першою міжнародною угодою, що зобов'язує захищати права інвалідів.

Важливим нормативно-правовим кроком стала ухвала Закону України «Про освіту» від 05.09.2017 №2145-VIII [47], де вперше на законодавчому рівні визначено поняття «інклюзивне навчання» та закріплено обов'язок держави і закладів освіти забезпечувати підтримку дітей із особливими освітніми потребами.

Одночасно було реалізовано практичні кроки щодо створення інфраструктури для інклюзії: Наказ Міністерства освіти і науки України «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр» від 12.07.2017 № 545 [49] заклав правову основу діяльності центрів, які забезпечують комплексну підтримку дітей з особливими освітніми потребами та їхніх сімей, проводять оцінку розвитку дитини і допомагають педагогам у впровадженні адаптивних освітніх програм. Інклюзивно-ресурсні центри стали ключовим елементом системи інклюзивної освіти в Україні, створюючи умови для ефективного навчання дітей у спільних класах і підвищуючи професійну компетентність педагогів.

Цікаву та одночасно чітку та стислу періодизацію розвитку інклюзивної освіти в Україні висуває О. Матрос, яка поділяє її на декілька основних етапів (табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

Періодизація розвитку інклюзивної освіти в Україні

№	Період	Характеристика
1	I етап (1991–2000 рр.)	Функціонування української системи спеціальної освіти розпочалось з ратифікації міжнародних документів щодо дотримання прав людини, а також визнання в основних законодавчих актах України права на здобуття освіти всіма громадянами, у тому числі й з особливими потребами, у загальноосвітньому просторі. Основна тенденція I етапу – «державоцентриська» освітня система з прикметними ознаками інституалізації та жорсткої регламентації освітнього процесу у спеціальних навчальних закладах.
2	II етап (2001–2010 рр.)	Розвиток системи освіти осіб з особливими потребами характеризується спробами переведення закладів спеціальної освіти з режиму інерційного функціонування в режим випереджувального інноваційного поступу та значною активізацією стихійного інтегрування дітей з особливими потребами до загальноосвітніх навчальних закладів на тлі ствердження інклюзивної освіти в демократичних країнах.
3	III етап (2011 р. – донині)	Характеризується основною тенденцією в освіті дітей з особливими потребами, що полягає в оптимізації спеціальних навчальних закладів та впровадженні інклюзивної освіти на теренах України. Зокрема, на тлі зростання (на 0,5 %) загальної чисельності дітей з інвалідністю значно скоротилася мережа спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів та у понад 1,5 рази зменшилася кількість учнів з особливими потребами у них. Вагомий здобуток цього періоду – упровадження інклюзивної освіти: системи освіти, що передбачає надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього

		закладу за місцем проживання. Утім невизначеність на державному рівні законодавчо-нормативних та організаційно-фінансових механізмів інклюзивної освіти значно стримує цей процес.
--	--	--

Джерело: сформовано автором за даними [33, с. 108]

Сучасне розуміння інклюзивної освіти виходить за рамки окремої форми навчання. Це так звана педагогічна філософія, що ґрунтується на цінностях рівності, поваги до різноманітності та індивідуального підходу до кожного учня. Інклюзія поєднує гуманістичні ідеї, наукові дослідження і практичний досвід різних країн, забезпечуючи рівний доступ до якісної освіти, соціальну інтеграцію та розвиток потенціалу кожної дитини. Сьогодні інклюзивна освіта сприймається як ключовий компонент освітньої політики України, що формує культуру поваги до різноманітності, підтримує принципи соціальної справедливості та сприяє розвитку суспільства, відкритого для всіх його членів.

Сучасна інклюзивна освіта у світі розвивається на основі принципів прав людини, рівних можливостей та соціальної справедливості. Вона стала важливим напрямом освітньої політики більшості держав, адже забезпечення доступу до якісної освіти кожній дитині розглядається не як пільга, а як невід’ємне право. У центрі сучасної інклюзивної парадигми – не лише інтеграція дітей з особливими освітніми потребами у звичайне шкільне середовище, а й створення такого освітнього простору, який визнає різноманіття, враховує індивідуальні можливості та формує культуру толерантності.

У країнах Північної Європи – Фінляндії, Швеції, Норвегії, Данії – інклюзивна освіта є основним підходом до організації навчального процесу. Тут держава приділяє особливу увагу підтримці дітей з труднощами у навчанні або порушеннями розвитку ще з дошкільного віку. Наприклад, у Фінляндії понад 23 % школярів отримують різні форми додаткової або спеціальної підтримки, з яких понад третина навчається у звичайних класах. Основними механізмами

забезпечення інклюзії є індивідуальні навчальні плани, асистенти вчителів, психологічно-педагогічна підтримка та спеціальні корекційні програми. Система освіти цієї країни ґрунтується на трирівневій моделі допомоги: загальній підтримці, посиленій підтримці та спеціальній підтримці [18, с. 407].

У Швеції кожен навчальний заклад має команду підтримки (психолог, логопед, соціальний педагог), яка супроводжує учнів із труднощами у навчанні. Освіта організована так, щоб дитина якомога довше могла залишатися в звичайному класі. У Норвегії концепція «школи для всіх» реалізується з 1990-х років і закріплена на законодавчому рівні. Держава фінансує навчальні заклади, де всі діти, незалежно від особливостей розвитку, мають рівні права на освіту та участь у шкільному житті [18, с. 407-408].

У Сполучених Штатах Америки політика інклюзії почала активно розвиватися ще у 1970-х роках після ухвалення Закону про освіту осіб з обмеженими можливостями (Individuals with Disabilities Education Act – IDEA). Даний закон гарантував право кожної дитини з особливими освітніми потребами на безкоштовну освіту у найменш обмежувальному середовищі, тобто у звичайному класі поряд із ровесниками. Кожен учень має індивідуальний навчальний план (IEP), який розробляється мультидисциплінарною командою спеціалістів – педагогів, психологів, логопедів, соціальних працівників та батьків.

Сьогодні в США близько 7,5 мільйонів учнів, або 15 % усіх школярів, навчаються за програмами спеціальної освіти відповідно до IDEA. Американська система робить акцент на технологічних інноваціях – використанні допоміжних пристроїв, цифрових платформ, спеціального програмного забезпечення, що полегшує навчання дітям із різними порушеннями. Крім того, у США широко розвинена інфраструктура підтримки сімей – центри консультування, програми адаптації, курси підготовки для педагогів [8, с. 31].

У Великобританії, Франції, Італії та Німеччині інклюзія має комбінований характер. З одного боку, активно впроваджується інклюзивне навчання в загальноосвітніх школах, а з іншого – зберігаються спеціалізовані заклади для дітей з глибокими або множинними порушеннями.

У Німеччині, наприклад, понад 60 % дітей з особливими освітніми потребами навчаються у звичайних школах. Решта відвідують спеціальні заклади, але регулярно беруть участь у спільних культурних, спортивних чи навчальних заходах зі звичайними школярами. Така модель поєднує переваги індивідуального підходу та соціальної інтеграції. У Великобританії інклюзивна політика базується на Children and Families Act (2014), який гарантує індивідуальну освітню підтримку (Education, Health and Care Plan) для кожної дитини, що цього потребує. Французька система розвиває підхід «школа для всіх» через створення інклюзивних класів (ULIS), у яких працюють спеціально підготовлені педагоги й асистенти.

На сучасному етапі інклюзивна освіта в Україні розвивається як важливий напрям державної освітньої політики, що ґрунтується на принципах рівності, доступності та недискримінації. Її метою є створення умов для здобуття якісної освіти всіма дітьми, незалежно від наявності особливих освітніх потреб, фізичних чи психічних порушень. Формування інклюзивного підходу є складовою реалізації міжнародних зобов'язань, а також положень Закону України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII [47], який закріплює право кожної дитини на інклюзивне навчання та передбачає створення інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) для надання психолого-педагогічної підтримки.

Згідно з офіційними статистичними даними Міністерства освіти і науки України [34], станом на 1 січня 2025 року в країні функціонує понад 7 600 інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти, де навчається близько 15 300 дітей з особливими освітніми потребами (ООП). У закладах загальної середньої освіти діє понад 33 000 інклюзивних класів, у яких навчається понад 47 600

учнів з ООП. Крім того, у спеціальних класах загальноосвітніх закладів навчається понад 6 100 дітей, а у спеціальних дошкільних групах – близько 34 500 вихованців. Дані показники вказують на динамічне зростання кількості дітей, охоплених інклюзивним навчанням, та поступове розширення можливостей для їхньої соціалізації у звичайному освітньому середовищі (рис. 1.2).

Статистичні дані

За оперативними статистичними даними станом на 01.01.2025:

- кількість інклюзивних груп закладів дошкільної освіти - 7658, в них вихованців з особливими освітніми потребами – 15297,
- кількість інклюзивних класів закладів загальної середньої освіти – 33397, в них учнів з особливими освітніми потребами – 47610,
- кількість спеціальних груп закладів дошкільної освіти - 3 027, в них вихованців з особливими освітніми потребами - 34 531,
- кількість спеціальних класів закладів загальної середньої освіти – 728, в них учнів з особливими освітніми потребами – 6179.

За останні п'ять років кількість учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивних класах закладів загальної середньої освіти збільшилась майже удвічі.

Рисунок 1.2. Статистичні дані [34]

Разом із тим, за даними аналітичних досліджень, рівень розвитку інклюзивної освіти в Україні все ще залишається нерівномірним у різних регіонах. Деякі області мають більш розвинену інфраструктуру та кадрове забезпечення, тоді як інші стикаються з браком підготовлених фахівців, відсутністю належного фінансування та архітектурної доступності. Зокрема, за результатами опитувань, близько 85 % директорів закладів дошкільної освіти повідомили, що у їхніх закладах є інклюзивні групи, проте лише 63 % вихователів мають практичний досвід роботи з дітьми з ООП. Це в свою чергу вказує на потребу у подальшому підвищенні кваліфікації педагогічних кадрів, розробленні методичних рекомендацій і психолого-педагогічному супроводі [44, с. 129].

Для системного розвитку інклюзії Кабінетом Міністрів було розроблено «Національну стратегію розвитку інклюзивної освіти на 2024–2029 роки» [49],

яка передбачає удосконалення механізмів міжвідомчої взаємодії, забезпечення доступності навчальних закладів, розвиток мережі ІРЦ, підготовку фахівців інклюзивного профілю та впровадження інноваційних освітніх технологій. Особлива увага приділяється цифровізації освітнього процесу, використанню асистивних технологій, дистанційних форм навчання, що особливо актуально в умовах воєнного стану та переміщення дітей.

Отже, аналізуючи сучасний стан інклюзивної освіти в Україні можна помітити чималий прогрес у створенні правових, організаційних і соціальних передумов для рівного доступу до освіти. Водночас розвиток цієї сфери вимагає подальшого зміцнення кадрового потенціалу, оновлення навчально-методичної бази, підвищення суспільної обізнаності та фінансової підтримки держави. Інклюзивна освіта поступово стає не лише педагогічною практикою, а й філософією сучасного освітнього простору, що ґрунтується на цінностях гуманізму, поваги до різноманітності та соціальної інтеграції кожної дитини.

В цілому, розвиток інклюзивної освіти у світі відбувається в межах глобальної парадигми прав людини, рівних можливостей і соціальної справедливості. Більшість розвинених країн уже давно інтегрували інклюзію в систему національної освіти, розглядаючи її не як додаткову форму навчання, а як основний принцип організації освітнього процесу. Водночас Україна, попри значні успіхи останніх років, усе ще перебуває на етапі активного формування ефективної системи інклюзивної освіти.

У країнах Північної Європи (Фінляндія, Норвегія, Швеція) інклюзивна модель вважається базовою. Там понад 95 % дітей із особливими освітніми потребами навчаються у звичайних школах. Основний акцент робиться на ранній діагностиці труднощів розвитку, багаторівневій підтримці учнів та тісній співпраці педагогів, психологів і соціальних працівників. Освітні заклади мають автономію в адаптації програм, а вчителі регулярно проходять курси з інклюзивної педагогіки. Держава забезпечує фінансування асистентів учителя,

індивідуальні навчальні плани (ІЕР) та психологічний супровід, що дозволяє створити максимально комфортне середовище для всіх дітей [50, с. 211].

У Сполучених Штатах Америки інклюзивна освіта розвивається на основі Закону про освіту осіб з інвалідністю (Individuals with Disabilities Education Act – IDEA), ухваленого ще у 1975 році. Цей закон гарантує дітям із порушеннями розвитку право на безкоштовну, якісну освіту у найменш обмежувальному середовищі. У США понад 90 % дітей з інвалідністю відвідують звичайні школи, а близько 70 % – навчаються у загальних класах більшу частину часу. Американська система широко застосовує асистивні технології, електронні ресурси, логопедичну та поведінкову терапію, що забезпечує високий рівень участі учнів з особливими освітніми потребами у навчальному процесі [52, с. 101].

У Західній Європі (Велика Британія, Німеччина, Франція) інклюзивна політика базується на законодавчих актах про рівні права, однак практично поєднує інтегровані й спеціальні моделі навчання. Наприклад, у Німеччині приблизно 40 % дітей з ООП навчаються у спеціальних школах, тоді як решта інтегровані у загальноосвітні класи. У Франції активно розвивається система супровідних педагогів, які допомагають дитині під час навчання, а у Великій Британії створено центри спеціальної педагогічної підтримки, що співпрацюють зі школами на регіональному рівні [57, с. 91].

На цьому тлі Україна демонструє поступову позитивну динаміку. Якщо у 2015 році в інклюзивних класах навчалася лише близько 2 700 дітей, то станом на 2025 рік їхня кількість перевищила 47 000 осіб. В Україні діє понад 700 інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) [51], які проводять комплексну оцінку розвитку дітей, розробляють рекомендації для педагогів та забезпечують міждисциплінарну підтримку. Проте, на відміну від багатьох європейських країн, у нашій державі ще зберігається значна кількість спеціальних шкіл і класів, а сама інклюзія часто має формальний характер через нестачу ресурсів, кваліфікованих кадрів і належного фінансування і [59, с. 32].

У порівнянні з провідними країнами світу, Україна перебуває на етапі переходу від моделі інтеграції до моделі повноцінної інклюзії. Якщо в США чи Скандинавії головна увага приділяється адаптації освітнього середовища до потреб дитини, то в Україні все ще поширений підхід пристосування дитини до існуючої системи освіти. Водночас позитивними тенденціями є розвиток нормативної бази, підготовка асистентів учителів, розширення мережі ІРЦ та впровадження інформаційних технологій у навчанні дітей з особливими освітніми потребами.

Отже, аналіз світового й українського досвіду вказує, що інклюзивна освіта є не лише педагогічною інновацією, а й соціальним індикатором зрілості держави. Країни, які досягли успіху в цьому напрямі, спираються на системну підтримку держави, мультидисциплінарний підхід та формування толерантного суспільства. Україна впевнено рухається цим шляхом, поступово наближаючись до міжнародних стандартів, однак потребує подальших зусиль у сфері кадрової підготовки, фінансування та практичного впровадження принципів інклюзивності у всі рівні освіти.

1.3. Психологічний супровід як система підтримки дитини з РАС

Психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) виступає однією з головних складових ефективного функціонування інклюзивної освіти. Його головна мета полягає у створенні сприятливих умов для всебічного розвитку дитини, забезпеченні її адаптації до освітнього середовища та соціуму, а також у наданні комплексної підтримки педагогам і батькам. Як зазначають Р. Процюк та Л. Прохоренко [42, с. 272; 40], система психологічного супроводу має бути інтегрованою складовою інклюзивного навчального процесу, що поєднує діагностику, корекційно-розвиткову роботу, психопросвіту та консультативну допомогу.

Поняття психологічного супроводу передбачає системну, цілеспрямовану діяльність психолога, педагога, логопеда, соціального працівника та батьків, які спільно створюють індивідуальну траєкторію розвитку дитини. Важливо підкреслити, що особи з аутизмом характеризуються унікальними когнітивними та емоційними особливостями, тому робота з ними не може бути стандартизованою. Кожна дитина з РАС має свій темп розвитку, власний спосіб сприйняття інформації, специфіку емоційних реакцій і соціальної взаємодії. Саме тому особлива увага повинна бути приділена індивідуальним траєкторіям розвитку, які передбачають диференційований підхід до навчання, спілкування та психологічної підтримки.

Психологічний супровід дітей з аутизмом, за сучасними підходами, охоплює кілька основних напрямів:

- діагностичний – вивчення особливостей психоемоційного стану, рівня пізнавальної діяльності, сенсорних особливостей, соціальної поведінки дитини. Це дає змогу визначити індивідуальні потреби та розробити персоналізовану програму допомоги;
- корекційно-розвитковий – передбачає застосування спеціальних психотерапевтичних методик, таких як когнітивно-поведінкова терапія (СВТ), сенсорна інтеграція, методика прикладного аналізу поведінки (АВА-терапія), арттерапія, музикотерапія тощо;
- психопросвітницький – робота з педагогами та батьками, спрямована на формування адекватного розуміння природи аутизму, розвиток навичок ефективної взаємодії з дитиною;
- консультативно-підтримувальний – надання емоційної та інформаційної підтримки родині, профілактика емоційного вигорання батьків і педагогів;
- моніторинговий – постійне відстеження динаміки розвитку дитини, оцінка ефективності психолого-педагогічних впливів, корекція індивідуальної програми.

За даними Інституту спеціальної педагогіки і психології імені М. Ярмаченка НАПН України [41], ефективність психологічного супроводу дітей з РАС значно підвищується за умов командного підходу, коли з дитиною працюють не лише вчителі, а й психолог, логопед, дефектолог, асистент учителя та соціальний педагог. Така мультидисциплінарна взаємодія дозволяє забезпечити цілісність освітнього процесу, зменшити ризики емоційного перевантаження дитини та підвищити рівень її соціалізації.

У контексті сучасної української освіти важливим інституційним елементом є інклюзивно-ресурсні центри (ІРЦ), які створені у кожній територіальній громаді. Вони надають комплексну психолого-педагогічну підтримку дітям з особливими освітніми потребами, зокрема з аутизмом. Станом на 2024 рік в Україні функціонувало понад 750 ІРЦ, які обслуговують близько 170 тисяч дітей (за даними МОН України) [34]. У межах їхньої діяльності здійснюється оцінка розвитку дитини, визначення особливих освітніх потреб, складання індивідуальної програми розвитку (ІПР) та надання рекомендацій педагогічним працівникам і батькам.

Особливе місце у психологічному супроводі займає емоційна підтримка. Діти з РАС часто відчують труднощі у вираженні почуттів, розумінні емоцій інших людей, сприйнятті невербальних сигналів. Тому психологічна робота спрямована на розвиток емоційного інтелекту, навчання розпізнаванню та адекватному реагуванню на емоційні стани. Важливу роль тут відіграють методики соціальних історій, рольові ігри, спільна творча діяльність, які сприяють формуванню навичок соціальної взаємодії.

Психологічний супровід дитини з РАС передбачає не лише індивідуальну роботу, але й створення інклюзивного мікросередовища, у якому дитина відчуває безпеку, прийняття й підтримку, що включає адаптацію простору, навчальних матеріалів, темпу занять, форм зворотного зв'язку, а також формування позитивного ставлення з боку однолітків. Як підкреслює М. М. Процюк, саме доброзичлива атмосфера та толерантність освітнього

середовища визначають успішність інклюзивного навчання більше, ніж формальні показники успішності.

У зарубіжних країнах (зокрема у США, Канаді, Великій Британії, Швеції) психологічний супровід дітей з аутизмом ґрунтується на моделі раннього втручання, де допомога розпочинається вже у віці 2–3 років. За даними Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC, 2022), своєчасна психологічна та педагогічна підтримка у ранньому віці підвищує шанси дитини на успішну соціальну адаптацію на 60–70%. В Україні така практика лише починає активно впроваджуватись – створюються пілотні програми раннього розвитку при ІРЦ та у деяких дошкільних закладах.

Таким чином, психологічний супровід дитини з РАС у системі інклюзивної освіти виступає не лише як форма допомоги, а як цілісна система підтримки, що охоплює всі сфери життєдіяльності дитини – когнітивну, емоційну, соціальну та поведінкову. Його ефективність залежить від професійної взаємодії фахівців, розуміння батьками особливостей розвитку своєї дитини, а також від рівня готовності суспільства приймати дітей з особливими потребами як рівноправних учасників освітнього процесу. Психологічний супровід у сучасних умовах стає запорукою формування гармонійної, самостійної особистості, здатної до інтеграції у суспільство та реалізації власного потенціалу.

Висновки до першого розділу

У першому розділі розкрито сутність поняття «розлади аутистичного спектра», описано клініко-психологічні характеристики дітей з РАС, серед яких: труднощі комунікації, стереотипність поведінки, особливості сенсорного сприйняття, емоційної сфери та соціальної взаємодії. Розглянуто сучасні підходи до класифікації РАС згідно з DSM-5 та МКХ-11. Особлива увага приділена індивідуальним траєкторіям розвитку таких дітей, що потребують диференційованого підходу в освіті.

Встановлено, що кожна дитина з аутизмом має унікальний профіль розвитку, тому важливим є створення індивідуальної траєкторії навчання і психологічного супроводу, яка враховує особливості сприйняття, мислення, емоційного реагування та соціальної поведінки. Успішність такої підтримки залежить від раннього виявлення особливостей розвитку, комплексної оцінки фахівцями різних напрямів (психологом, логопедом, дефектологом, педагогом) та активної участі родини у процесі навчання і корекції.

Здійснено порівняльний аналіз вітчизняного й зарубіжного досвіду впровадження інклюзивної освіти дітей з РАС. У розвинених країнах світу – США, Канаді, Великій Британії, Швеції, Фінляндії – формування інклюзивного середовища ґрунтується на державних програмах підтримки, широкому спектрі психолого-педагогічних послуг і застосуванні інноваційних методик. В Україні інклюзивна освіта активно розвивається, зокрема завдяки функціонуванню інклюзивно-ресурсних центрів, оновленню законодавства, удосконаленню професійної підготовки педагогів та підвищенню суспільної обізнаності щодо аутизму.

Узагальнення теоретичного матеріалу дозволяє дійти висновку, що ефективність психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра визначається комплексністю, міждисциплінарністю та орієнтацією на індивідуальні потреби дитини. Інклюзивне освітнє середовище має стати простором прийняття, розвитку та рівних можливостей, де кожна

дитина зможе реалізувати свій потенціал і набути позитивного соціального досвіду.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

2.1 Аналіз організації інклюзивного середовища у закладах загальної дошкільної освіти

Організація інклюзивного середовища у закладах дошкільної освіти є одним із головних напрямів державної політики України у сфері забезпечення рівного доступу дітей до якісної освіти. На дошкільному етапі закладаються основи соціалізації, формуються базові навички комунікації, пізнання та емоційного розвитку, що робить цей період особливо важливим для дітей з особливими освітніми потребами (ООП), зокрема для дітей з розладами аутистичного спектра (РАС). Саме тому створення інклюзивного середовища у дитячих садках розглядається як передумова успішної інтеграції дитини у подальшу систему освіти [41].

Сучасна модель інклюзивного дошкільного закладу ґрунтується на таких принципах: доступність, гуманізація освітнього процесу, індивідуалізація навчання, партнерство з родиною, міждисциплінарна співпраця фахівців.

Основне завдання полягає у створенні безпечного, комфортного та стимулюючого середовища, яке враховує індивідуальні потреби кожної дитини. Для цього здійснюється адаптація навчальних програм, модифікація освітнього простору, використання спеціальних методик, а також забезпечення кваліфікованого психолого-педагогічного супроводу.

В Україні розвиток інклюзивної дошкільної освіти активізувався після ухвалення Закону України «Про освіту» (2017 р.) [41], Закону «Про дошкільну освіту» (2021 р., у новій редакції) [46], та Наказу МОН № 1041 від 22.09.2020 року [49], яким затверджено Типові форми індивідуальної програми розвитку дитини з особливими освітніми потребами. Дані нормативні документи

визначають правові засади впровадження інклюзії, а також порядок створення спеціальних умов для дітей з ООП у дитсадках.

Інклюзивно-ресурсний центр (ІРЦ) є спеціалізованою установою, створеною з метою забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти у відповідних умовах. Правове підґрунтя діяльності ІРЦ визначено Положенням про інклюзивно-ресурсний центр [53], затвердженим постановою Кабінету Міністрів України, яке регламентує порядок утворення, основні завдання, функції та організаційну структуру центрів.

Згідно з нормативними документами, ІРЦ функціонує як багатoproфільна установа, що забезпечує системний і кваліфікований супровід дитини з особливими освітніми потребами. Організаційна структура центрів може відрізнятися залежно від розмірів і регіональних особливостей, проте у своїй основі вона передбачає наявність керівника (директора або відповідальної особи), а також міждисциплінарної команди фахівців – практичних психологів, спеціальних (корекційних) педагогів/дефектологів, логопедів, фахівців із соціальної роботи та, за потреби, ерготерапевтів, фізичних реабілітологів чи інших вузьких спеціалістів. Така кадрова конфігурація забезпечує комплексний підхід до оцінки та підтримки дитини.

ІРЦ виконує кілька взаємопов'язаних функцій, що мають вирішальне значення для організації інклюзивної освіти.

Перша функція - проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини. Центри здійснюють комплексне обстеження розвитку дитини (психолого-педагогічну оцінку), яке може проводитися за місцем навчання, проживання або безпосередньо в ІРЦ. Оцінка охоплює вивчення когнітивного, мовленнєвого, емоційно-поведінкового та адаптивного функціонування дитини; у процесі також залучаються батьки або інші законні представники. Наявність письмової заяви батьків є передумовою для початку обстеження. Термін проведення оцінки регламентується локальними та

урядовими нормами і, як правило, не перевищує встановлених строків (наприклад, в окремих умовах – до одного місяця з моменту подання заяви).

Друга - розробка індивідуальної програми розвитку (ІПР). На основі результатів комплексної оцінки ІРЦ формує рекомендації щодо освітнього супроводу дитини і разом із педагогічним колективом та батьками бере участь у розробці ІПР – документа, що містить цілі розвитку, очікувані результати, корекційно-розвивальні заходи, строки їхнього виконання й відповідальних осіб. ІПР є оперативним інструментом індивідуалізації навчання; її розроблення та впровадження здійснюються командою психолого-педагогічного супроводу з обов'язковою участю батьків і представника закладу освіти. ІПР підлягає щорічному перегляду й корекції відповідно до динаміки розвитку дитини.

Третя - надання психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових послуг. ІРЦ надає безпосередні послуги: індивідуальні й групові корекційні заняття, консультації для батьків і педагогів, тренінги з питань організації інклюзивного навчання, а також сприяє у забезпеченні доступу до допоміжних засобів (візуальні розклади, адаптаційні матеріали, засоби ААС тощо). Центр також формує рекомендації щодо адаптації освітнього середовища та навчальних програм у конкретному закладі.

І остання - координація взаємодії між закладом освіти, сім'єю та місцевими службами. ІРЦ забезпечує комунікацію і координацію дій між учасниками освітнього процесу: педагогічним колективом закладу, фахівцями центру та батьками. Центри проводять консультування вчителів та асистентів, беруть участь у нарадах команди супроводу та сприяють залученню додаткових ресурсів з боку місцевих органів влади чи громадських ініціатив [39, с. 156].

ІРЦ виступає своєрідним мостом між потребами дитини та можливостями закладу освіти. Ефективна взаємодія ґрунтується на низці принципів: добровільності та інформованої згоди батьків, міждисциплінарності, індивідуалізації, послідовності заходів та регулярного моніторингу. Практичні форми співпраці включають:

- консультації й супервізії педагогів через проведення методичних нарад, практичних тренінгів, спільне планування занять відповідно до ІПР;
- навчання батьків: інструктажі, тренінги та інформаційні сесії щодо реалізації рекомендацій вдома (у тому числі ведення щоденників прогресу);
- щомісячний чи кварталний моніторинг - відстеження динаміки розвитку за визначеними індикаторами; корекція ІПР за підсумками моніторингу [51];

Інклюзивно-ресурсні центри відіграють центральну роль у забезпеченні комплексної оцінки розвитку дітей з особливими освітніми потребами, розробці та впровадженні ІПР, а також у координації діяльності між закладом освіти, фахівцями та сім'єю. Правильне функціонування ІРЦ – це не лише питання формального виконання положень, а насамперед забезпечення міждисциплінарного, клієнтоорієнтованого й ресурсно-забезпеченого підходу, що гарантує дитині реальні можливості для навчання та соціальної інтеграції

За даними Міністерства освіти і науки України, станом на 2024 рік у країні функціонує понад 5 500 інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти, у яких навчається понад 18 тисяч дітей з особливими освітніми потребами [31]. При цьому спостерігається щорічна позитивна динаміка – кількість таких груп зростає в середньому на 10–12% щороку [27, с. 45]. Найбільше інклюзивних закладів функціонує у м. Києві, Дніпропетровській, Львівській, Харківській та Одеській областях. Зростає й кількість інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) – станом на 2024 рік їх налічується понад 700, і вони охоплюють близько 90% територіальних громад України.

Організація інклюзивного середовища передбачає кілька важливих компонентів:

- фізичний простір – створення безбар'єрного середовища (пандуси, зручні санвузли, спеціальні меблі), зон відпочинку, сенсорних кімнат,

логопедичних кабінетів. Такі умови сприяють комфорту дітей і запобігають перевантаженню;

- освітній компонент – адаптація навчальних програм відповідно до вікових та психофізичних особливостей дітей з ООП. Педагоги використовують ігрові, сенсорні та комунікативні методики, які допомагають формувати базові життєві навички;
- кадрове забезпечення – у закладах інклюзивного типу обов’язково працює асистент вихователя, який допомагає дитині з особливими освітніми потребами брати участь у спільній діяльності. Також у процесі беруть участь психолог, логопед, дефектолог, соціальний педагог;
- психолого-педагогічний супровід – здійснюється командою фахівців, які спільно з батьками розробляють індивідуальну програму розвитку (ІПР). Регулярно проводяться спостереження, консультації, корекційні заняття;
- соціалізація та взаємодія з однолітками – важливою складовою є формування у дітей без ООП толерантного ставлення, емпатії та готовності до спілкування з дітьми, які мають інші потреби [17, с. 20].

Особливої уваги потребує підготовка педагогів до роботи в умовах інклюзії. Дослідження Українського інституту розвитку освіти свідчить [19; 55], що близько 60% вихователів дитячих садків відзначають недостатність практичних навичок у сфері інклюзивної педагогіки, а понад 45% потребують додаткових знань з психології дітей з аутизмом. У зв’язку з цим МОН України та НАПН активно впроваджують програми підвищення кваліфікації, створюють онлайн-платформи та методичні рекомендації щодо інклюзивного навчання в дошкільній. Одним із таких ресурсів є Всеукраїнський портал підтримки інклюзивної освіти, який забезпечує обмін досвідом між педагогами та доступ до навчальних матеріалів [60; 61].

Не менш важливою складовою інклюзивного середовища є співпраця з родиною. Батьки виступають активними учасниками освітнього процесу, беруть участь у складанні ІПР, спільних консультаціях і тренінгах. Позитивна взаємодія між сім'єю та педагогічним колективом дозволяє узгодити підходи до виховання, забезпечити послідовність і стабільність у поведінкових моделях дитини.

Водночас існують певні проблеми у впровадженні інклюзивного підходу на дошкільному рівні: обмежене матеріально-технічне забезпечення, нестача фахівців вузької спеціалізації, нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами, а також недостатній рівень суспільної поінформованості. Проте, попри ці труднощі, в Україні спостерігається поступова позитивна динаміка, а державна стратегія розвитку освіти до 2030 року визначає розбудову інклюзивного середовища як один із пріоритетів.

Отже, інклюзивне середовище у закладах дошкільної освіти – це не лише сукупність педагогічних і матеріальних умов, а передусім ціннісна система, що ґрунтується на прийнятті, підтримці та визнанні унікальності кожної дитини. Розвиток інклюзії в дошкільній є запорукою формування гуманного суспільства, де кожна дитина, незалежно від її особливостей, має рівне право на освіту, розвиток і щасливе дитинство.

2.2. Методи психологічного супроводу дітей з РАС

Психологічний супровід дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) є важливою складовою комплексної системи інклюзивної освіти, спрямованої на створення сприятливих умов для розвитку, навчання та соціалізації таких дітей. Основною метою супроводу є допомога дитині в подоланні труднощів комунікації, емоційної регуляції, формуванні соціальних навичок, розвитку пізнавальної активності та самостійності.

Психолого-педагогічний супровід – це пролонгований процес, спрямований на попередження виникнення (або усунення) у дітей з особливими освітніми потребами дестабілізаційних чинників, формування їхніх адаптивних функцій, забезпечення оптимального розвитку та здобуття ними якісної освіти в умовах навчального закладу [56, с. 51].

Компетентний психолого-педагогічний супровід здійснюється через визначені технології, що мають спрямованість на проектування та впровадження процесів супроводу. Серед цих технологій:

- технологія виявлення особливостей розвитку дитини, визначення її потреб для подальшого розроблення корекційно-розвивальної стратегії;
- технологія психопрофілактики як створення відповідних умов у закладі освіти з опорою на ресурси середовища;
- технологія системної корекційно-розвивальної роботи з дитиною з опорою на базові структури психічної організації;
- технологія проведення засідань групи супроводу, що визначає пріоритети, стратегію супроводу та розробляє індивідуальну програму розвитку дитини;
- технологія формулювання актуальних цілей за принципами цілепокладання SMART та узгодженого їх досягнення всіма учасниками групи супроводу;
- технологія командної взаємодії учасників групи супроводу;
- технологія самооцінки професійного розвитку педагогів (за методикою ISSA) та інші.

Кожна з цих технологій необхідна у процесі супроводу та різнобічно відтворює важливі складові фахової діяльності із супроводу дитини з аутизмом.

Відтак про наявність психолого-педагогічного супроводу можна стверджувати тоді, коли навколо дитини створюють міждисциплінарну групу (фахівці, які безпосередньо опікуються дитиною, батьки), яка розробляє для неї

індивідуальну програму розвитку й починає цілеспрямовано працювати над досягненням визначених у ній цілей.

Психолого-педагогічний супровід має такі етапи:

- підготовчий;
- адаптивний;
- повне залучення [43, с. 182].

На підготовчому етапі відбувається оцінка наявних в освітньому закладі можливостей і дефіциту; керівник освітньої установи обговорює з педагогічним колективом необхідність підготовки та впровадження навчання для дітей з особливими освітніми потребами (у тому числі дітей з аутизмом), а також необхідні ресурси для цього процесу.

Запроваджують також просвітницьку, консультативну та семінарсько-тренінгову роботу для батьків і дітей, які навчатимуться у класі з особливими дітьми.

На адаптаційному етапі здійснюється робота з об'єднання співробітників у міждисциплінарну групу (групу супроводу) – тренінги командної взаємодії, методичні об'єднання, майстер-класи тощо. На цьому етапі повинно відбутися:

- знайомство з дитиною та документацією з її супроводу (якщо дитині вже надавалася психолого-педагогічна допомога);
- представлення її фахівцем, який має певний досвід роботи з нею, або провів не менше двох зустрічей з дитиною та її родиною.

Початок осмисленої роботи з дитиною розпочинається із проведення психолого-педагогічної діагностики дитини. Члени групи супроводу також повинні оволодіти навичками ведення супровідної документації, яка організує послідовну й узгоджену співпрацю між ними та дає змогу відстежувати позитивну динаміку розвитку дитини. Найважливішим результатом роботи групи супроводу на цьому етапі є розробка індивідуальної програми розвитку дитини.

На етапі повного залучення фахівці сприяють найповнішій адаптації та соціалізації дитини. Фахівці групи супроводу здійснюють роботу:

- з методичного супроводу навчання, виховання й розвитку дитини;
- розробляють і використовують дидактичні матеріали, адаптують і модифікують освітній процес, навчальний план, цілі й завдання задля забезпечення індивідуальних потреб дитини з аутизмом та опрацювання педагогами відповідних методів роботи;
- розробляють критерії оцінювання навчальних досягнень дитини;
- апробують інноваційні форми, методи, технології роботи.

Оцінка досягнень дитини здійснюється в оптимальних для неї умовах (у найбільш сприятливому темпі, з використанням допоміжних засобів і ресурсів, за необхідності) і виявляє взаємодію таких компонентів освіти, як: знання та вміння дитини в даний період та здатність застосовувати їх на практиці. Таким чином, ефективність психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі залежить від згуртованої роботи групи супроводу, здатної працювати в режимі командної взаємодії та здійснювати повноцінну психолого-педагогічну допомогу дитині – створювати умови для відповідного для неї освітнього процесу, що фіксується в індивідуальній програмі розвитку з чітко прописаними: зовнішніми ресурсами (можливості освітнього середовища), внутрішніми ресурсами (потенціал дитини, який треба розкрити завдяки цілеспрямованій корекційно-розвивальній роботі), а також моніторингом процесів навчання й розвитку дитини, результати якого можуть спонукати до перегляду і вдосконалення цих процесів.

Перед тим як розпочати здійснювати систематичний вплив на розвиток дитини, необхідно визначити наявний стан її розвитку. Визначення стану розвитку дитини Для цього група фахівців, які безпосередньо взаємодіють з нею, вивчає можливості, сильні якості дитини, її інтереси, захоплення, вміння, а також її потреби та труднощі, з якими вона стикається. Безцінною в цьому контексті є взаємодія з батьками дитини, адже лише вони можуть компетентно

розкрити особливі прояви її індивідуальності (правда, інколи для цього їх самих треба переорієнтувати, щоб вони зосередились не тільки на недоліках, а й на сильних сторонах дитини; оцінили її потенціал з огляду на інтереси й уміння). Кожний з фахівців оцінює прояви дитини щодо тієї галузі, в якій він компетентний.

Так, психолог проводить тестування, яке дає змогу з'ясувати стан розвитку різних сторін психіки і насамперед – виокремити якісні показники, що характеризують соціально-емоційну сферу дитини:

- інтерес до людей;
- контакт очима, емоційний відгук;
- указівний жест;
- наслідування емоцій (соціальна посмішка);
- особливості її контакту та взаємодії;
- ігрова діяльність;
- емоційна реакція на ситуацію обстеження та під час виконання завдань;
- реакція на схвалення;
- реакція на невдачі;
- емоційна рухливість;
- емоційний стан у ситуації спілкування тощо.

Якісні показники, що характеризують діяльність дитини:

- наявність і стійкість інтересу до завдання;
- розуміння інструкції;
- самостійність виконання завдання;
- характер діяльності (цілеспрямованість та активність);
- темп і динаміка діяльності, особливості регуляції діяльності;
- працездатність;
- приймання допомоги.

Якісні показники, що характеризують особливості пізнавальної сфери і психомоторної функції дитини: особливості уваги, сприймання, пам'яті, мислення, мовлення; особливості психомоторної сфери (стан тону, загальної моторики, дрібної моторики, зорово-моторної координації, моторна швидкість, пластичність, рухове наслідування, тактильний контакт). Визначаючи особливості психічної організації дитини з аутизмом варто спиратись на загальні закономірності розвитку.

Логопед оцінює стан комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини. Для цього йому треба відійти від традиційного логопедичного підходу до обстеження, адже з аутичною дитиною важливо спочатку налагодити контакт, а потім у центрі уваги тримати саме її здатність до комунікації, ненав'язливо та в різних ситуаціях стимулюючи дитину до відгуку. Логопеду також варто визначити, що саме дитина може казати незалежно від дорослого (або яку вокалізацію виявляти), а що здатна вимовити, коли її активізують дорослі (щось подібне до актуальної та найближчої зон розвитку мовлення), щоб розкрити її мовленнєвий потенціал.

Корекційному педагогу бажано зосередитись на стані пізнавальної сфери дитини, зокрема на такій базовій характеристиці, як сенсорна інтеграція: як дитина сприймає інформацію з довкілля; який аналізатор домінує; чи є узгодженість між слуховим і зоровим, зоровим і тактильним, слуховим і пропріоцептивним та іншими аналізаторами; чи вбачає дитина зв'язки між предметами навколишнього середовища, чи сформоване в неї цілісне (полімодальне) сприймання.

Одним із завдань корекційного педагога може бути виявлення того, на який аналізатор (наприклад, зоровий, слуховий, кінестетичний) варто спиратись у процесі організації навчально-виховного процесу. Така робота надзвичайно важлива для дітей з аутизмом, адже сомато-сенсорний, сенсо- та психомоторний рівні є визначальними для їхнього розвитку [1; 3; 15].

Безпосередньо педагоги (вихователі та вчителі) аналізують рівень знань, умінь, навичок дитини у спеціально організованій навчальній, а також побутовій і трудовій діяльності (наприклад, наскільки дитина орієнтується в кількісних співвідношеннях та ознаках речей, має здатність до продуктивної діяльності тощо).

У сучасній практиці дошкільної освіти застосовується низка методів і підходів, які довели свою ефективність у роботі з дітьми з аутизмом. Їх вибір залежить від індивідуальних особливостей дитини, рівня її розвитку, інтересів та потреб. Психологічна підтримка має бути системною, міждисциплінарною та орієнтованою на родину.

Одним із головних напрямів психологічного супроводу дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) є поведінкова терапія, заснована на принципах прикладного аналізу поведінки (Applied Behavior Analysis – АВА). Це науково обґрунтований підхід, що визнаний у всьому світі найефективнішим методом корекції поведінкових і комунікативних порушень у дітей з аутизмом. Його ефективність підтверджена численними дослідженнями Американської психологічної асоціації (АРА) [1], Національного інституту здоров'я США (НІН) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [7].

Основна ідея АВА полягає у тому, що будь-яку поведінку можна змінити, якщо зрозуміти, які фактори її викликають і підтримують. Метод спрямований не лише на корекцію небажаних реакцій, а насамперед на формування нових, соціально прийнятних і функціональних навичок. Терапія базується на системному спостереженні, аналізі стимулів (що передують поведінці), самої поведінки та наслідків, які її закріплюють.

Одним із головних принципів прикладного аналізу поведінки є позитивне підкріплення. Це означає, що за кожну правильну дію дитина отримує схвалення, винагороду або емоційне заохочення, що стимулює повторення бажаної поведінки. Наприклад, якщо дитина правильно виконує

інструкцію чи звертається до дорослого, педагог або психолог підкріплює це словесною похвалою, улюбленою іграшкою або сенсорним стимулом.

Важливою особливістю АВА є поетапне навчання (shaping) [65; 71] – розбиття складних дій на невеликі, прості елементи, які поступово об'єднуються в єдину послідовність. Такий підхід дозволяє дитині з аутизмом засвоювати нові навички в індивідуальному темпі, без перевантаження. Наприклад, під час навчання самообслуговуванню дитина спочатку вчиться брати ложку, потім – підносити її до рота, і лише після цього – самостійно їсти.

Систематичність і повторюваність – ще один базовий принцип поведінкової терапії. Постійне закріплення правильних реакцій і дій формує стабільні поведінкові моделі, що з часом автоматизуються. Дослідження показують, що регулярні заняття за методикою АВА (від 20 до 40 годин на тиждень) протягом року можуть суттєво покращити когнітивний розвиток, мовлення й адаптивні навички дитини з РАС.

Важливе місце в АВА-терапії займає індивідуальний підхід. Для кожної дитини створюється індивідуальна програма розвитку (ІПР), у якій визначаються конкретні цілі: розвиток комунікативних навичок, навчання саморегуляції, зменшення стереотипних рухів, формування соціальної взаємодії. Програма реалізується фахівцем (поведінковим терапевтом) у співпраці з педагогами, психологами, логопедами та батьками.

У дошкільних закладах України методика АВА поступово набуває популярності. Вона активно впроваджується у межах програм психолого-педагогічного супроводу дітей із РАС, особливо в інклюзивних групах. Зокрема, в Інклюзивно-ресурсних центрах (ІРЦ) та спеціалізованих дитсадках психологи і дефектологи застосовують елементи поведінкової терапії для розвитку мовлення, концентрації уваги, соціальних навичок, побутової самостійності.

Практика показує, що діти, які регулярно займаються за принципами АВА, демонструють помітне покращення у сфері комунікації, зниження

тривожності, агресивності та кількості сенсорних перевантажень. Водночас покращуються показники академічної готовності до школи, що підтверджується дослідженнями Українського інституту розвитку освіти та Центру «Аутизм Україна» [66].

Важливою умовою ефективності цього методу є активна участь батьків. Фахівці проводять тренінги, де навчають дорослих застосовувати техніки поведінкової терапії вдома, створювати структуроване середовище, використовувати систему візуальної підтримки (планів, карток, піктограм). Це забезпечує послідовність виховних впливів і допомагає дитині переносити здобуті навички з терапевтичного середовища у повсякденне життя.

Серед ефективних стратегій АВА, що використовуються у роботі з дітьми дошкільного віку, варто відзначити:

- Discrete Trial Training (DTT) – навчання через чітко структуровані повторювані вправи;
- Natural Environment Teaching (NET) – закріплення навичок у природному середовищі через гру;
- Pivotal Response Training (PRT) – стимулювання ключових навичок (мотивації, ініціативи);
- Task Analysis – розкладання дій на послідовні кроки для полегшення навчання [79; 80].

Отже, поведінкова терапія (АВА) – це не просто набір технік, а цілісна система психологічного супроводу, що допомагає дитині з аутизмом адаптуватися до соціального середовища, навчитися контролювати власну поведінку, ефективно спілкуватися та розвиватися відповідно до своїх можливостей. Застосування цього методу у дошкільних закладах створює основу для успішної інклюзії, підвищення рівня самостійності та якості життя дитини і її родини.

Важливим елементом психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) є розвиток комунікативної компетентності –

здатності встановлювати контакт, обмінюватися інформацією, виражати власні думки, емоції та потреби. Порухення комунікації є однією з ключових характеристик аутизму, тому формування навичок спілкування посідає центральне місце у програмах психолого-педагогічної допомоги.

Для дітей, які мають обмежені можливості мовлення або не користуються усною мовою, активно застосовуються методи альтернативної та додаткової комунікації (AAC – Augmentative and Alternative Communication). Це система засобів, що допомагає дитині взаємодіяти зі світом, навіть якщо вона не може говорити традиційним способом. За даними Американської асоціації мовлення, мови та слуху (ASHA, 2022), використання AAC підвищує рівень соціальної активності дитини, зменшує прояви тривожності, фрустрації та агресії, що часто є наслідком неможливості висловити свої бажання чи почуття. До основних інструментів альтернативної комунікації належать:

- пікто-карти – зображення предметів, дій, емоцій або потреб, які дитина використовує для побудови речень чи запитів (система PECS – Picture Exchange Communication System) [77];
- жести і міміка – природні невербальні засоби, які закріплюються під час занять з логопедом або дефектологом;
- комунікатори – електронні пристрої чи планшети, на яких розміщені піктограми або кнопки із зображеннями та голосовими озвученнями;
- мобільні додатки AAC, такі як Proloquo2Go, TouchChat HD, CoughDrop, що дозволяють індивідуалізувати систему під конкретні потреби дитини [67].

Використання таких засобів сприяє розвитку соціальної взаємодії, допомагає дитині ініціювати контакт, розуміти звернене мовлення, розширює словниковий запас і створює основу для формування усного мовлення в майбутньому. В Україні елементи AAC впроваджуються у діяльність інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), де логопеди, психологи та спеціальні педагоги навчають дітей і батьків користуванню картками, комунікаторами та

жестами. Зокрема, система PECS активно використовується у практиці Центру «Аутизм Україна» та ряду дошкільних закладів м. Києва та Львова.

Важливим аспектом є співпраця з родиною – батьків навчають використовувати ті самі символи та картки вдома, що застосовуються у дитсадку. Це забезпечує послідовність і підвищує ефективність навчання. Дослідження українських психологів підтверджують, що впровадження ААС-технологій суттєво полегшує соціальну адаптацію дітей з РАС у дошкільному середовищі, особливо у групах інклюзивного типу.

Не менш важливим напрямом психологічного супроводу є сенсорна інтеграційна терапія – метод, розроблений американським терапевтом і нейропсихологом А. Дж. Айрес (A. Jean Ayres) ще у 1970-х роках [69, с. 67]. Його метою є нормалізація сприйняття сенсорних подразників (дотику, звуку, руху, зору, нюху) та формування адекватних реакцій на них. У дітей із РАС часто спостерігаються порушення сенсорної обробки: вони можуть надмірно реагувати на шум, світло, текстуру одягу або, навпаки, потребувати сильних стимулів, щоб відчувати себе «в тілі».

Сенсорна інтеграційна терапія спрямована на те, щоб дитина навчилася організовувати інформацію, яку отримує від органів чуття, і ефективно реагувати на неї. Заняття проводяться у спеціально облаштованих сенсорних кімнатах, де створюються умови для стимуляції різних аналізаторів – вестибулярного, пропріоцептивного, тактильного та зорового. У таких кімнатах використовуються:

- сенсорні гойдалки, тунелі, балансувальні дошки – для розвитку координації, рівноваги та просторового орієнтування;
- тактильні панелі, килимки, мішечки з різними матеріалами – для тренування чутливості;
- світлові елементи, бульбашкові колони, проектори – для зорової стимуляції та релаксації;

- музика і звуки природи – для формування позитивного емоційного фону.

Регулярні заняття із сенсорної інтеграції сприяють покращенню концентрації уваги, зменшенню гіперактивності, розвитку дрібної моторики, а також позитивно впливають на емоційний стан дитини. За даними досліджень Українського інституту розвитку освіти (2023) [49]. та ВООЗ (2021) [7], діти, які проходять сенсорну терапію двічі на тиждень протягом 6 місяців, демонструють зниження рівня тривожності на 30–40% і покращення соціальної взаємодії.

У практиці українських дошкільних закладів сенсорна інтеграційна терапія впроваджується у межах програм інклюзивного навчання. Вихователі, практичні психологи та асистенти вихователя використовують елементи сенсорної стимуляції під час ігор, фізичних вправ та творчих занять. Водночас розробляються індивідуальні сенсорні карти, що визначають, які стимули є комфортними для кожної дитини, а яких слід уникати.

Отже, розвиток комунікативної компетентності через застосування методів ААС, а також сенсорна інтеграційна терапія є невід’ємними складовими системи психологічного супроводу дітей з РАС у закладах дошкільної освіти. Їх використання дозволяє не лише компенсувати мовленнєві обмеження, а й забезпечити гармонійний психоемоційний розвиток дитини, підготувати її до активної участі у соціальному житті та подальшому навчанні в інклюзивному середовищі.

У системі психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) особливе місце посідають творчі та ігрові методи терапії, які дозволяють дитині вільно виражати свої емоції, формувати позитивні соціальні навички, розвивати саморегуляцію та комунікативні вміння. Зважаючи на специфіку аутизму – труднощі у вербальній комунікації, схильність до стереотипних дій, підвищену тривожність і сенсорну чутливість – саме арт-

терапевтичні, музичні та ігрові підходи виявляються найефективнішими для встановлення контакту, зниження напруження та стимулювання розвитку.

Арт-терапія (від англ. *art therapy*) – це метод психологічної допомоги, заснований на використанні художньої діяльності як способу вираження внутрішніх переживань і подолання емоційних труднощів. Дослідження показують, що діти з РАС часто мають труднощі у вербалізації емоцій, тому малювання, ліплення, аплікація, робота з кольором чи піском стають для них доступними засобами самовираження.

За даними Українського інституту розвитку освіти (2023), та Американської арт-терапевтичної асоціації (ААТА, 2022), систематичні заняття з арт-терапії сприяють зниженню рівня тривожності, підвищенню самооцінки, розвитку уяви та емоційної чутливості. Для дітей дошкільного віку ефективними є техніки малювання пальчиками, монотипії, колажу, ліплення з глини чи пластиліну, робота з природними матеріалами.

Арт-терапевт або психолог, який працює з дитиною, не оцінює результат художньої діяльності, а створює атмосферу прийняття та безпеки, де кожен малюнок чи виріб має емоційне значення. Через такі заняття дитина поступово навчається регулювати свої емоції, сприймати успіх і невдачу, а також проявляти інтерес до взаємодії з іншими. В українських дошкільних закладах арт-терапевтичні методи дедалі частіше інтегруються у розклад занять, особливо в інклюзивних групах, де працюють психологи та асистенти вихователя.

Не менш важливе місце у системі психологічного супроводу посідає музикотерапія – метод, що використовує звуки, ритм і музику для корекції емоційного стану та стимуляції когнітивного й мовленнєвого розвитку. Згідно з рекомендаціями Всесвітньої федерації музикотерапії (WFMT, 2022), музичні заняття особливо ефективні для дітей з аутизмом, оскільки ритмічна структура музики сприяє концентрації уваги, полегшує засвоєння нових слів і рухів, а мелодійність стимулює позитивні емоції.

Музико-терапевтичні сеанси можуть бути пасивними (прослуховування музики, спів) або активними (гра на музичних інструментах, імпровізація, рух під музику). Для дошкільнят із РАС часто використовуються барабани, ксилофони, дзвіночки, маракаси – інструменти, які не потребують спеціальної підготовки, але дають змогу виявити ініціативу та синхронізувати рухи.

Наукові дослідження (Geretsegger et al., *Cochrane Review*, 2022) - [66; 68], доводять, що діти, які регулярно займаються музикотерапією, демонструють покращення невербальної комунікації, збільшення тривалості зорового контакту, розвиток емоційної виразності. В українських практиках музикотерапія активно поєднується з рухливими іграми, логоритмікою та дихальними вправами, що позитивно впливає на координацію, увагу і загальний емоційний баланс дитини.

Одним із сучасних інноваційних методів роботи з дітьми з аутизмом є LEGO-терапія, яка поєднує ігрову діяльність з розвитком соціальних навичок. Цей підхід був розроблений у Кембриджському університеті (LeGoff & Gomez de la Cuesta, 2006) [78], і базується на тому, що конструювання LEGO створює природні умови для співпраці, комунікації, розподілу ролей та послідовності дій.

У груповій роботі кожна дитина виконує певну роль: «інженер» описує модель, «постачальник» шукає деталі, а «будівельник» з'єднує елементи. Така організація стимулює спілкування, вчить домовлятися, чекати своєї черги, слухати інших. За даними Національного центру аутизму Великої Британії (NAS, 2023), регулярні заняття LEGO-терапією протягом 3–6 місяців сприяють зростанню соціальної взаємодії та зменшенню ізоляції у 75% дітей із РАС.

В українських умовах LEGO-терапія поступово впроваджується у практику дошкільних закладів і центрів раннього розвитку. Зокрема, елементи цього методу використовуються у програмах Київського міського центру «Особлива дитина», де педагоги застосовують LEGO як інструмент групової взаємодії та розвитку когнітивних функцій.

У сучасній практиці психологічного супроводу дітей з РАС широке застосування отримала модель SCERTS (Social Communication, Emotional Regulation, Transactional Support) [75], розроблена Баррі Прізантом, Емі Вейдерман і Лорі Клаперс (США). Ця модель не є терапією у традиційному розумінні, а комплексною освітньо-психологічною системою, що спрямована на розвиток соціальної комунікації, емоційної регуляції та взаємної підтримки у соціальних взаємодіях.

Модель SCERTS передбачає побудову індивідуальної програми розвитку, яка охоплює всі сфери життя дитини – від гри до сімейного середовища. Вона акцентує увагу не лише на корекції труднощів, а на розвитку сильних сторін дитини, створенні умов для природної комунікації у щоденному житті. Психологи, педагоги й батьки працюють як єдина команда, допомагаючи дитині поступово оволодіти соціальними ролями, навчитися розпізнавати власні емоції та адекватно реагувати на ситуації.

Застосування моделі SCERTS у закладах дошкільної освіти України дає змогу формувати більш гармонійне, індивідуально орієнтоване інклюзивне середовище, у якому дитина з РАС відчуває безпеку, прийняття та підтримку, що сприяє не лише її когнітивному розвитку, а й емоційній стабільності, соціальній адаптації та зростанню самостійності.

Особливу увагу приділяють індивідуальним траєкторіям розвитку, оскільки кожна дитина з аутизмом має свій темп і специфіку освоєння навичок. На основі результатів психолого-педагогічного обстеження складається індивідуальна програма розвитку (ІПР), у якій визначаються цілі, методи, засоби навчання та способи оцінювання результатів. Важливо, щоб ІПР була гнучкою, періодично переглядалася та коригувалася відповідно до динаміки розвитку дитини.

Значну роль у психологічному супроводі дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) відіграє родина, адже саме вона є першим і найважливішим середовищем соціалізації дитини. Від рівня поінформованості,

психологічної готовності та емоційної стійкості батьків залежить не лише успішність освітнього процесу, але й загальний розвиток і благополуччя дитини. Сучасні дослідження (зокрема, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2023; Українського інституту розвитку освіти, 2024) [58, с. 285] свідчать, що ефективність інклюзивного навчання дітей із РАС значно підвищується за умови активної співпраці між сім'єю, педагогами та фахівцями психолого-педагогічного профілю.

Психологічний супровід родини дитини з аутизмом включає кілька основних напрямів роботи: консультативний, освітній, психотерапевтичний та соціально-підтримувальний. На початкових етапах фахівці допомагають батькам прийняти особливості розвитку дитини, подолати емоційні переживання, пов'язані з діагнозом, та сформувати реалістичні очікування щодо майбутнього. Це особливо важливо, оскільки перші реакції після встановлення діагнозу часто супроводжуються почуттям тривоги, провини чи безпорадності.

Важливою складовою є просвіта батьків щодо особливостей поведінки, сприйняття та комунікації дітей із РАС. Через індивідуальні консультації, тренінги та практичні заняття батьки отримують знання про те, як правильно реагувати на сенсорні чи емоційні труднощі дитини, як розвивати її мовлення, формувати побутові навички, застосовувати елементи поведінкової терапії вдома. Наприклад, у межах програм «Батьки як терапевти» (Parents as Co-Therapists) [77], які активно впроваджуються в країнах ЄС і підтримуються в Україні, дорослих навчають базових технік прикладного аналізу поведінки (АВА), системи візуальної підтримки та структурованих ігор.

Спільна участь родини у складанні та реалізації індивідуальної програми розвитку (ІПР) дитини є ключовим принципом сучасної інклюзивної освіти. Батьки надають інформацію про поведінку, інтереси, звички дитини у домашньому середовищі, що допомагає фахівцям краще визначати реалістичні цілі та способи їх досягнення. Водночас педагоги і психологи консультують

батьків щодо методів підтримки дитини поза межами дитячого садка, сприяючи узгодженню підходів до виховання та розвитку.

Психологічний супровід сім'ї також передбачає емоційну підтримку батьків. Дослідження Національного університету «Драгоманова» [61] вказують, що понад 70% батьків дітей з аутизмом стикаються з хронічним стресом, емоційним виснаженням та соціальною ізоляцією. Тому важливим напрямом роботи є створення груп психологічної взаємопідтримки, де батьки можуть ділитися досвідом, отримувати емоційну допомогу та рекомендації щодо подолання стресу. Такі групи активно функціонують при інклюзивно-ресурсних центрах (ІРЦ) та громадських організаціях, зокрема «Child.ua», «Асоціація батьків дітей з аутизмом» тощо.

Важливо зазначити, що ефективна взаємодія фахівців і батьків базується на принципах партнерства, довіри та взаємоповаги. Психолог не виступає у ролі контролюючого чи оцінювального спеціаліста, а радше стає фасилітатором – допомагає родині усвідомити власні ресурси, знайти внутрішню мотивацію та навчитися діяти послідовно й упевнено.

Головним аспектом є також інформаційна підтримка сімей, адже багато батьків, особливо у сільських громадах, мають обмежений доступ до фахової допомоги. Тому у рамках національних програм («Інклюзивна освіта: рівний доступ до якісної освіти для всіх дітей», 2023) [63, с. 41] створюються онлайн-ресурси, дистанційні консультації, вебінари та навчальні відеокурси для родин, які виховують дітей із РАС.

Отже, робота з родиною – це невід'ємна складова психологічного супроводу дитини з аутизмом, що передбачає не лише навчання педагогічним і комунікативним стратегіям, а й глибоку емоційну підтримку, розвиток батьківської компетентності та залучення сім'ї до освітнього процесу. Саме партнерська взаємодія між фахівцями та батьками створює основу для стабільного емоційного розвитку дитини, формування її впевненості, автономності та позитивного ставлення до навчання.

Таким чином, ефективна робота з родиною в межах психологічного супроводу дітей із РАС є запорукою успішної інклюзії та соціальної адаптації, оскільки саме сім'я виступає постійним джерелом любові, підтримки й стабільності, необхідних для гармонійного розвитку кожної дитини.

Слід зазначити, що ефективність методів психологічного супроводу дітей з РАС безпосередньо залежить від професійної компетентності фахівців. Тому важливим є системне підвищення кваліфікації педагогів і психологів у сфері інклюзивної освіти, обмін досвідом, участь у семінарах, онлайн-курсах і практикумах, спрямованих на вдосконалення навичок роботи з дітьми з аутизмом.

Отже, психологічний супровід дітей із розладами аутистичного спектра є багатокомпонентною системою, що охоплює поведінкові, комунікативні, сенсорні та емоційно-творчі методи. Його ефективність визначається комплексним підходом, командною роботою спеціалістів і родини, а також створенням безпечного, доброзичливого середовища, у якому кожна дитина має можливість розкривати свій потенціал і поступово інтегруватися у суспільство.

Організація психокорекційної роботи з дітьми з розладами спектра аутизму (РСА) у закладах освіти потребує індивідуального підходу, врахування рівня розвитку кожної дитини, її емоційного стану та особливостей сприйняття навколишнього світу. На базі місцевої школи, у складі якої функціонує інклюзивний клас, було проведено психокорекційну роботу за індивідуальною методикою Т. М. Шкварської, спрямованою на розвиток навчальної поведінки, комунікативних і соціальних навичок, а також на формування вмінь адаптації до умов колективу.

У межах інклюзивної групи, де здійснювалось дослідження та психологічний супровід, навчалось 15 дітей, серед було обрано трьох дітей, які мали розлад аутистичного спектра (РАС). Робота з цими дітьми вимагала системного, диференційованого підходу та тісної взаємодії між педагогами, психологом і батьками. Психологічний супровід здійснювався на основі

індивідуальних освітніх траєкторій, які враховували особливості розвитку, потреби та рівень соціальної адаптації кожної дитини.

Перша дитина – Андрій, 5 років. Діагноз «розлад аутистичного спектра» встановлено у віці 3 років. Хлопчик має високий рівень інтелектуального розвитку, але виявляє труднощі у встановленні соціальних контактів. Уникає зорового контакту, часто захоплений однотипними діями, такими як сортування предметів за кольором або формою. Мовлення розвинене фрагментарно – вживає короткі фрази, здебільшого для вираження власних потреб. У роботі з Андрієм ефективними виявилися елементи поведінкової терапії (АВА) та сенсорної інтеграції, які допомогли знизити рівень тривожності й розширити коло соціальної взаємодії.

Друга дитина – Марійка, 6 років. Діагноз підтверджено у 2,5 роки. Дівчинка вирізняється емоційною чутливістю, часто реагує на гучні звуки, яскраве світло або нове оточення сльозами та відстороненістю. Мовлення обмежене, проте активно використовує картки зі зображеннями (метод альтернативної та додаткової комунікації – ААС) для висловлення бажань. Психологічна робота була спрямована на розвиток емоційної регуляції та розширення словникового запасу. Особливе місце посідала арт-терапія, що дала змогу Марійці через малюнок і кольори виражати свої емоції та налагоджувати контакт із дорослими.

Третя дитина – Назар, 5 років. Діагноз встановлено у віці 4 років. Хлопчик відзначається гіперактивністю, схильністю до стереотипних рухів (розгойдування, плескання руками). Спостерігаються труднощі з концентрацією уваги та регуляцією поведінки. Для Назара розроблено індивідуальний план занять із використанням сенсорної інтеграційної терапії, музикотерапії та LEGO-терапії. Всі методи сприяли розвитку координації рухів, підвищенню мотивації до спільної діяльності й покращенню навичок соціальної взаємодії.

Робота з кожною дитиною здійснювалась у співпраці з родинами. Проводились регулярні консультації, тренінги для батьків та спільні заняття, що допомагало узгоджувати стратегії виховання вдома й у дитячому садку. Особлива увага приділялась формуванню стабільного емоційного середовища, у якому дитина відчувала себе прийнятою, зрозумілою та захищеною.

Індивідуальна робота з кожною дитиною будувалася з урахуванням таких аспектів: формування правильної поведінки у соціумі; розвиток зорового контакту; удосконалення комунікативних навичок і соціальних зв'язків; стимулювання пізнавальних процесів; організація роботи у мікрогрупі.

Першочерговим завданням було формування так званої «навчальної поведінки» – здатності дитини адекватно реагувати на запропоновані вимоги, концентрувати увагу, виконувати інструкції та підтримувати взаємодію з педагогом.

Під час початкового етапу навчання діти засвоювали прості інструкції в умовах максимально чітко організованої ситуації. Інструкції озвучувалися поруч із дитиною, предмети для маніпуляції розміщувалися перед нею, а навчальний простір був структурованим і зрозумілим. Поступово умови ускладнювалися: збільшувалася дистанція між дитиною та педагогом, змінювалося розташування предметів, вводився елемент вибору. Такий підхід дозволяв розвивати здатність до концентрації уваги, довільності дій та контролю власної пози під час занять.

На цьому етапі особлива увага приділялася формуванню зорового контакту, що є ключовим показником зосередженості дитини. Для цього використовувалися різноманітні прийоми: під час озвучення інструкцій у руках фахівця утримувався яскравий предмет, який природно привертав погляд дитини; застосовувалися гойдалки, які призупинялися доти, доки дитина не встановить зоровий контакт; іноді увагу переводили на інші завдання, заохочуючи спонтанний погляд у напрямку педагога.

Сформована навчальна поведінка ставала основою для подальшого оволодіння дітьми соціально прийнятними моделями спілкування. У процесі занять діти вчилися реагувати на вказівки, наслідувати дії дорослого, виконувати послідовності рухів (секвенції), дотримуватися правил поведінки під час спільної діяльності.

Важливим компонентом психокорекційної роботи стало використання інтерактивних книг і соціальних історій, розроблених відповідно до індивідуальних особливостей дітей. Соціальні історії, метод яких уперше запропонувала Керол Грей (США), допомагають дитині зрозуміти соціальні правила та адаптуватися до щоденних ситуацій. Вони представляють собою короткі розповіді з ілюстраціями, що моделюють типові побутові або навчальні ситуації. Такі історії пояснюють значення простих соціальних дій – привітання, дотримання черги, миття рук, звернення по допомогу. Інтерактивний формат книги дозволяє дитині самостійно маніпулювати окремими елементами – «знімати» ковдру, «надягати» одяг тощо, що підвищує рівень залученості та сприяє формуванню практичних навичок.

Використання соціальних історій у поєднанні з елементами ігрової діяльності сприяло розвитку мовлення, емоційного самоконтролю, розширенню кола спілкування, зниженню рівня тривожності. Крім того, завдяки візуальному поданню інформації діти краще розуміли причинно-наслідкові зв'язки між подіями та власними діями.

Корекційно-розвивальні заняття проводилися за структурованою схемою, що включала:

1. Вітання – створення емоційного контакту та налаштування на роботу;
2. Імітаційні вправи – відтворення основних і дрібних рухів, наслідування дій дорослого;
3. Стимулювання пізнавальних процесів – робота з сенсорними еталонами (колір, форма, розмір), картками для розвитку пам'яті, уваги, мислення;

4. Імітація дій із предметами – розвиток логічного мислення, узагальнення понять, оволодіння маніпулятивними навичками;
5. Практична частина – виконання творчих завдань (аплікація, пластилін, робота в альбомі);
6. Рефлексія – підбиття підсумків, закріплення позитивного досвіду.

Робота здійснювалася у кількох формах: індивідуальні заняття, заняття в підгрупах, заняття у групі та заняття у відкритому соціальному середовищі (відвідування театрів, музеїв, екскурсії). Такий підхід забезпечував поступовий перехід від індивідуальної до колективної взаємодії, сприяв соціалізації та закріпленню набутих навичок у реальних життєвих ситуаціях.

Корекційна діяльність проводилася систематично, двічі на тиждень, у співпраці з учителями, логопедом, дефектологом і батьками. Спільна робота всіх учасників освітнього процесу забезпечувала єдність вимог і стабільність середовища, що є необхідною умовою ефективної соціально-педагогічної реабілітації дітей з розладами спектра аутизму.

2.3. Оцінка ефективності впроваджених методик та труднощі в реалізації психологічного супроводу

Психологічний супровід дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) здійснювався протягом двох тижнів на базі інклюзивного класу місцевої школи. Метою роботи було забезпечення емоційної підтримки, розвиток комунікативних навичок і саморегуляції, а також створення умов для позитивної соціальної взаємодії у груповому середовищі. Заняття проводилися індивідуально та в малих групах із використанням комплексу сучасних психокорекційних методик, серед яких – система індивідуальної психокорекційної роботи за Т. М. Шкварською, елементи АВА-терапії,

сенсорна інтеграція, арт- і музикотерапія, методи альтернативної комунікації (AAC) та LEGO-терапія.

До дослідження було залучено трьох дітей із підтвердженим діагнозом РАС – Андрія (5 років 8 місяців), Марійку (5 років 2 місяці) та Назара (6 років 1 місяць). Усі діти навчалися в інклюзивному класі та мали різні прояви порушень: від повної відсутності мовлення до труднощів соціальної взаємодії, нестійкої емоційної поведінки, сенсорної гіперчутливості та порушень уваги.

Андрій мав діагноз «аутизм середнього ступеня», встановлений у віці трьох років. На початку роботи він уникав зорового контакту, часто відвертався, не реагував на звертання, уникав дотику та нових людей. Його поведінка свідчила про високий рівень тривожності та страх перед невідомим. Основна мета роботи полягала у формуванні почуття безпеки, розвитку емоційного контакту та поступовому розширенні комунікативних можливостей. У роботі використовувались вправи на імітацію рухів, стимулювання сенсорного сприйняття, елементи спільної гри. Уже наприкінці другого тижня Андрій почав реагувати на звертання по імені, утримував короткий зоровий контакт, наслідував дії дорослого та приймав участь у простих ігрових сценаріях, що свідчило про підвищення рівня довіри та зниження емоційного напруження.

Марійка, у якої аутизм діагностували у віці трьох років, мала виражені порушення мовлення та чутливість до звукових і тактильних подразників. Дівчинка рідко вступала у взаємодію, часто закривала вуха при гучних звуках, уникала дотику. Для полегшення комунікації застосовувалися методи альтернативної комунікації – система карток із піктограмами (PECS), жести та візуальні підказки. Уже через кілька днів вона почала обирати картки для вираження своїх потреб, що стало першим кроком до комунікаційної активності. Арт-терапевтичні заняття – малювання пальчиками, аплікації з кольорового паперу, робота з пластиліном – допомогли виражати емоції

невербально, знижували рівень тривожності та сприяли розвитку сенсорної регуляції.

Назар, із діагнозом «атиповий аутизм з проявами гіперактивності», мав труднощі з концентрацією уваги, часто перебивав дорослих, не міг довго утримуватись на одному виді діяльності. Для корекційної роботи було обрано елементи поведінкової терапії (АВА) та сенсорної інтеграції. Сенсорні вправи – гойдання на балансувальних дошках, ходіння по доріжках із різною текстурою, вправи з м'ячами – допомагали стабілізувати нервову систему, а LEGO-терапія розвивала навички послідовності дій і командної роботи. До кінця другого тижня Назар демонстрував помітне зниження гіперактивності, міг утримувати увагу до 10–12 хвилин, дотримувався інструкцій, а його рівень емоційної стабільності значно підвищився.

Результати спостереження показали виражену позитивну динаміку за основними напрямками психічного розвитку дітей із РАС:

- емоційна стабільність – зменшення тривожності, агресивності, кількості афективних спалахів;
- комунікативна активність – збільшення кількості звернень до дорослого, поява спроб наслідування, ініціація коротких діалогів;
- мотиваційна сфера – посилення зацікавленості у спільній діяльності, розвиток ініціативності
- когнітивна активність – усвідомлене виконання інструкцій, поліпшення концентрації уваги, формування елементарних навчальних навичок.

Особливу роль у підвищенні ефективності психологічного супроводу відіграла емоційна підтримка – створення для дитини відчуття безпеки, прийняття та стабільності. Діти з РАС надзвичайно чутливі до змін, тому доброзичлива атмосфера, послідовність дій і терпляче ставлення психолога мали вирішальне значення. Позитивний емоційний фон допомагав знизити

рівень страху, активізував пізнавальні процеси й підвищував готовність до взаємодії.

Попри позитивні результати, під час дослідження було виявлено низку труднощів у реалізації психологічного супроводу. Найпомітнішою була обмеженість часу адаптації дітей до нового спеціаліста, що ускладнювало встановлення глибокого довірливого контакту у перші дні. Також спостерігалася варіативність батьківської участі: не всі родини системно виконували рекомендації психолога вдома, що знижувало ефективність роботи. Важливою проблемою залишалася недостатність матеріально-технічної бази закладу – нестача сенсорних матеріалів, дидактичних ігор, засобів ААС-комунікації.

У цілому, результати двотижневої роботи показали, що навіть у короткий період професійно організований психологічний супровід здатен значно покращити стан дітей із РАС. Успішність реалізації таких програм безпосередньо залежить від комплексності підходу, міждисциплінарної взаємодії фахівців (психолога, логопеда, дефектолога, асистента вчителя) та активної участі сім'ї.

Психологічна підтримка дітей із РАС – це не лише корекційна робота, а й процес формування довіри, прийняття та стабільного емоційного зв'язку. Вона допомагає дитині поступово відкриватися світові, знижує рівень стресу та сприяє адаптації у соціумі. Навіть короткочасна взаємодія, побудована на емпатії, послідовності та позитивному підкріпленні, може стати важливим кроком до розкриття потенціалу таких дітей і забезпечення їм рівних можливостей у навчанні та розвитку.

На основі отриманих результатів і спостережень під час психологічного супроводу доцільно визначити такі подальші кроки роботи з дітьми з РАС та їхніми родинами.

По перше, психологічна підтримка має бути безперервною, з чітким дотриманням індивідуальної траєкторії розвитку кожної дитини.

Рекомендовано проводити індивідуальні заняття не рідше 2–3 разів на тиждень, з поєднанням сенсорних, комунікативних і когнітивних завдань. Варто продовжити використання методів АВА-терапії, арт- і музикотерапії, LEGO-терапії, а також удосконалювати комунікативні навички за допомогою ААС-системи.

По друге, діти з РАС особливо потребують чіткої структури дня, послідовності у вимогах і стабільних емоційних реакцій дорослих. Тому вчителям і батькам важливо узгодити правила взаємодії, створити «зону безпеки», де дитина почуватиметься спокійно та впевнено.

По третє, потрібно поступово залучати дітей до спільних ігор, групових занять і проектів, що сприяє розвитку комунікативних умінь і адаптації до колективу. Доцільно організовувати пари або малі групи з нейротиповими дітьми для розвитку навичок співпраці, наслідування та толерантного спілкування.

В подальшому, психолог повинен регулярно проводити індивідуальні консультації та групові тренінги для батьків, де пояснює особливості поведінки дитини, навчає методів підтримки, позитивного підкріплення та сенсорної регуляції вдома. Варто запровадити щоденник спостережень, у якому фіксуватимуться зміни в поведінці дитини вдома і в закладі освіти.

Для підвищення ефективності корекційної роботи потрібна координація дій між психологом, логопедом, дефектологом, педагогом і асистентом учителя. Спільне планування занять, обмін спостереженнями та щотижневі консультації дозволяють адаптувати програму під індивідуальні потреби кожної дитини.

Особлива увага має бути приділена емоційному стану батьків, адже виховання дитини з РАС часто супроводжується хронічним стресом і відчуттям безпорадності. Доцільно організовувати групи психологічної підтримки, де батьки можуть ділитися досвідом, отримувати професійні поради та моральну підтримку.

Рекомендовано проводити регулярне психологічне обстеження кожні 3–6 місяців для відстеження прогресу за такими показниками, як увага, емоційна регуляція, соціальна взаємодія, мовлення, що дасть змогу вчасно скоригувати індивідуальні програми розвитку.

В цілому, подальша робота з дітьми з РАС має бути системною, послідовною та орієнтованою не лише на корекцію порушень, а й на розвиток особистості дитини в цілому. Головним чинником успіху залишається єдність дій команди фахівців і батьків, а також створення позитивного емоційного середовища, у якому дитина може розвиватися у власному темпі, відчуючи підтримку, прийняття й любов.

Висновки до другого розділу

Другий розділ присвячено всебічному аналізу організації інклюзивного освітнього середовища та практики психологічного супроводу дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) у дошкільних і загальноосвітніх закладах. Детально розкрито структуру та функції інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ), які виконують ключову роль у забезпеченні комплексної оцінки розвитку дитини, визначенні її освітніх потреб, розробці індивідуальної програми розвитку (ІПР), а також у координації взаємодії між педагогами, психологами, логопедами, асистентами вчителів і батьками. Встановлено, що діяльність ІРЦ є основою для реалізації міждисциплінарного підходу, який забезпечує цілісне бачення дитини та формування оптимальних умов її навчання й соціальної адаптації.

У розділі систематизовано та проаналізовано провідні психокорекційні методики, що використовуються у практиці супроводу дітей з аутизмом. Особлива увага приділена поведінковим технологіям – прикладному аналізу поведінки (АВА-терапії), який спрямований на формування адаптивних моделей поведінки через позитивне підкріплення та поступове навчання новим навичкам. Описано також арт-терапевтичні, музикотерапевтичні, ігрові та сенсорно-інтеграційні методи, які сприяють розвитку емоційної сфери, уяви та соціальної взаємодії. Методи альтернативної та додаткової комунікації (PECS, соціальні історії, інтерактивні книги) показали високу ефективність у дітей із порушеннями мовлення, оскільки забезпечують можливість вираження потреб і налагодження базового контакту з оточенням.

Розкрито значення індивідуальної психокорекційної методики Т. М. Шкварської, що поєднує принципи структурованого навчання, імітаційних вправ та сенсорної стимуляції. Практичне застосування методики в умовах інклюзивного класу показало її ефективність у підвищенні рівня концентрації уваги, розвитку зорового контакту, формуванні навчальної поведінки й елементарних соціальних умінь.

Здійснена оцінка результатів психокорекційної роботи засвідчила, що ефективність психологічного супроводу дітей із РАС визначається не лише методичним забезпеченням, а й міждисциплінарною взаємодією фахівців, активною участю батьків та створенням сприятливого емоційного клімату в освітньому середовищі. Водночас виявлено низку труднощів, пов'язаних із недостатньою матеріальною базою закладів освіти, браком кваліфікованих кадрів і потребою в систематичному підвищенні рівня професійної компетентності педагогів.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що системний, комплексний та індивідуально орієнтований підхід до психологічного супроводу дітей з аутизмом забезпечує позитивну динаміку їхнього когнітивного, емоційного й соціального розвитку. Розроблення ефективних програм підтримки та подальше вдосконалення інклюзивних практик мають стати пріоритетом освітньої політики й практичної психології в Україні.

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РАС В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

3.1. Методологічні та організаційні засади експерименту

У попередніх двох розділах було з'ясовано теоретичні засади психологічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) в умовах інклюзивної освіти, охарактеризовано специфіку їхнього емоційного, комунікативного та соціально-поведінкового розвитку, а також проаналізовано головні труднощі, з якими стикаються діти з РАС під час навчання у загальноосвітніх закладах. Окрему увагу було приділено сучасним підходам до організації психолого-педагогічної підтримки та важливості комплексного супроводу, що поєднує діагностичну, корекційну та освітню складові. Узагальнені теоретичні положення дали можливість визначити напрями та зміст подальшого експериментального дослідження.

У другому розділі було детально представлено індивідуальні психолого-педагогічні характеристики трьох дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) – Андрійка, Назара та Марійки, а також результати первинного діагностичного обстеження, проведеного на засадах методики Т. М. Шкварської. На підставі отриманих даних було визначено специфічні труднощі, властиві кожній дитині: порушення розвитку комунікативних умінь, недостатня соціальна ініціатива, труднощі у взаємодії з однолітками, а також знижена емоційна регуляція. Саме з цими дітьми систематично проводилися індивідуальні та групові корекційні заняття у межах формувального етапу, який описаний у попередньому розділі.

Разом із тим, індивідуальні заняття з трьома дітьми з РАС не вичерпували загальної логіки експерименту. Оскільки дослідження

проводилося в умовах інклюзивного освітнього середовища, важливо було не лише працювати з дітьми, які мають найбільш виражені труднощі, а й оцінювати загальну ситуацію розвитку всього класного колективу. Тому водночас усі 30 дітей брали участь у спостереженні, діагностиці та аналізі взаємодій, що і дало змогу сформувати цілісне уявлення про соціальний клімат інклюзивного класу.

Головну увагу під час експерименту було зосереджено на розробленні та впровадженні комплексної програми психологічного супроводу дітей з РАС, яка охоплювала усю вибірку з 30 дітей двох інклюзивних класів. А, головною метою експериментальної частини стало дослідження ефективності програми психологічного супроводу дітей з РАС в умовах інклюзивного освітнього середовища. Основний акцент був на оцінці змін у розвитку комунікативних умінь, емоційної регуляції та навичок соціальної взаємодії після впровадження спеціально розробленої програми супроводу. Сутність експерименту полягала у порівнянні показників, отриманих на констатувальному етапі, з результатами, зафіксованими після реалізації формувального впливу, що дозволило оцінити динаміку розвитку дітей з РАС і визначити дієвість запропонованих психолого-педагогічних заходів та розробленої програми.

Експеримент проводився на базі місцевого закладу загальної середньої освіти, у якому функціонують два інклюзивні класи. До вибірки увійшли 30 дітей молодшого шкільного віку, які стали учасниками діагностичних, спостережних та формувальних процедур (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Структура вибірки

Категорія дітей	Кількість	Особливості
Діти з РАС	10	Офіційно підтверджений висновок ІРЦ; різні рівні підтримки
Діти типового розвитку	20	Навчаються у спільних класах; постійна взаємодія з дітьми з РАС
Усього	30	2 інклюзивні класи по 15 дітей

Експеримент складався з трьох послідовних етапів: констатувального, формувального та контрольного (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Структура та зміст експериментального дослідження

Етап	Зміст роботи	Методи	Вибірка
Констатувальний	Визначення вихідного рівня комунікативних умінь і соціальної взаємодії	1. Методика Т. М. Шкварської. 2. Спостереження. 3. Опитування педагогів	30 дітей
Формувальний	Проведення програми психологічного супроводу: заняття, ігри, тренінги, індивідуальна робота	1. Індивідуальні та групові заняття. 2. Соціально-комунікативні вправи	1. 3 основні учасники. 2. Спостереження за всіма дітьми
Контрольний	Повторна діагностика ефективності програми	1. Методика Т. М. Шкварської. 2. Авторські карти спостереження	30 дітей

На констатувальному етапі визначався первинний рівень таких показників як:

- уміння вступати в контакт з однолітками;
- здатність підтримувати взаємодію;
- участь у спільних видах діяльності;
- емоційні реакції в типових шкільних ситуаціях;
- адаптивність у структурі класу.

Використовувалася методика Т. М. Шкварської, що дозволила кількісно оцінити рівень комунікативних умінь, а також спостереження особливостей дітей з РАС.

На формувальному етапі здійснювався психологічний супровід трьох дітей з РАС (Андрійко, Марійка, Назар). Програма включала:

- індивідуальні корекційно-розвивальні заняття (1 раз на тиждень);
- групові заняття в класі, спрямовані на соціальну взаємодію (2 рази на тиждень);
- сенсорні та емоційно-регуляційні вправи;
- ігрові комунікативні техніки;
- взаємодію з педагогами для підтримки змін у шкільному середовищі.

Для цих трьох дітей була організована індивідуальна корекційна робота, описана в попередньому розділі. Однак, важливо підкреслити, що паралельно проводилися спостереження, аналіз взаємодії та групові заняття з усіма 30 дітьми, оскільки формування толерантного й підтримувального класного середовища є одним із надважливих факторів успішної соціальної адаптації дітей з РАС.

І на останньому - контрольному етапі було проведено повторну діагностику всіх учасників, що дозволило:

- порівняти результати «до» і «після»;
- оцінити вплив програми;
- встановити тенденції соціального розвитку класного колективу;
- визначити зміни у психологічному стані трьох основних респондентів.

Експеримент базувався на таких науково-методичних принципах: індивідуально-диференційованого підходу; комплексності психолого-педагогічного впливу; урахування особливостей РАС; опори на сильні сторони дитини; природовідповідності (заняття в реальних навчальних умовах); етичності, безпечності та добровільності участі.

Такий підхід дозволив одночасно оцінити:

- індивідуальну динаміку дітей з РАС;
- групову динаміку інклюзивного класу;

- взаємний вплив процесів підтримки, що відбувалися на рівні класного середовища.

Варто зазначити, що проведення занять лише з трьома дітьми не дозволило б оцінити повною мірою ефективність психологічного супроводу, оскільки успішність розвитку дітей з РАС значною мірою залежить від якості соціальної взаємодії з однолітками та від психологічного клімату в класі. Саме тому було розроблено уніфіковану програму, яка охопила всіх учнів двох інклюзивних класів і була спрямована на:

- формування толерантного середовища;
- розвиток соціальних навичок усіх дітей;
- моделювання ситуацій успішної взаємодії;
- підвищення рівня прийняття й підтримки дітей з РАС;
- зменшення ізоляції та труднощів у включенні до колективу.

Отже, формувальний етап експерименту мав цілісний характер і ґрунтувався на поєднанні індивідуальної терапевтичної роботи з трьома дітьми та групової соціально-розвивальної програми для всього класу.

Таким чином, на першому етапі експерименту було окреслено основні методологічні та організаційні засади експерименту, що дали можливість цілісно спланувати перевірку ефективності психологічного супроводу дітей з РАС. Було визначено склад учасників, умови проведення, етапи експерименту та особливості їх реалізації в інклюзивних класах. Виокремлення трьох дітей для поглибленої роботи та паралельне дослідження всієї вибірки із 30 учасників забезпечили комплексність підходу та створили необхідні передумови для подальшого аналізу результатів формувального впливу.

3.2 Програма психологічного супроводу дітей з РАС

У процесі дослідження брали участь 30 дітей, серед яких 10 дітей з розладом аутистичного спектру (РАС) та 20 дітей загального розвитку. Під час спостереження були помічені наступні особливості. Дітям з РАС притаманна обмежена соціальна взаємодія, труднощі у вербальному та невербальному спілкуванні, низький рівень саморегуляції, підвищена чутливість до сенсорних подразників. Натомість, у дітей загального розвитку спостерігались емоційні коливання, періодична тривожність, потреба у розвитку співпраці та навичок самоконтролю.

Для роботи з усіма 30 учасниками була розроблена комплексна програма психологічного супроводу, що поєднує:

- арт-терапію – розвиток емоційного самовираження та регуляції;
- музикотерапію – стабілізація емоційного стану та концентрації уваги;
- групові інтеграційні заняття – формування комунікативних навичок і взаємодопомоги;
- ігрові та сенсорні вправи – розвиток соціальних та когнітивних навичок.

Теоретичною та методологічною основою розробленої програми стали положення провідних українських та зарубіжних дослідників у сфері арт- та музикотерапії, а також роботи з дітьми з РАС (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

Структура програми психологічного супроводу дітей з РАС

Блок програми	Кількість занять	Основні завдання
Діагностично-мотиваційний	2 заняття	Встановлення контакту з дітьми, первинна діагностика емоційного та поведінкового стану, формування мотивації до участі
Розвивальний	8 занять	Розвиток емоційної регуляції, соціальних навичок та самовираження

Заключний	2 заняття	Закріплення результатів, інтеграція навичок.
-----------	-----------	--

Програма передбачала послідовне проходження трьох основних блоків: діагностично-мотиваційного, розвивального та заключного, що дозволяє забезпечити поступове формування навичок емоційної регуляції, самовираження та соціальної взаємодії. Методичне забезпечення програми психологічного супроводу дітей з РАС базувалось на використанні комплексного підходу, що поєднує арт-терапію, музикотерапію та групові інтерактивні вправи. Дані методи обрано з урахуванням особливостей емоційного, сенсорного та соціального розвитку дітей з РАС, а також результатів попередньої діагностики 30 учасників програми (табл. 3.4).

Таблиця 3.4.

Методи роботи у програмі психологічного супроводу дітей з РАС

Метод роботи	Цільове призначення	Очікуваний результат
Арт-терапія	Вираження та усвідомлення емоцій, розвиток творчого самовираження	Зниження тривожності, розвиток навичок емоційної саморегуляції
Музикотерапія	Релаксація, стабілізація емоцій	Розвиток слухової уваги та емоційної стабільності
Групові інтерактивні вправи	Розвиток комунікації та соціальної взаємодії	Покращення співпраці, формування навичок взаємодопомоги

Програма реалізовувалася щодня протягом 2 тижнів, із заняттями по 90 хвилин, що дозволяло забезпечити регулярність та ефективність психологічного впливу.

Заняття були побудовані таким чином, щоб забезпечити безпечне середовище для висловлення емоцій, формування довіри в групі та розвитку комунікаційних навичок. Кожне заняття мало чітку структуру, яка включає вступну частину для налаштування на роботу та створення атмосфери довіри, основні практичні вправи для розвитку емоційної, сенсорної та соціальної

компетентності, а також завершальну рефлексію для обговорення переживань та закріплення отриманих навичок.

Варто зазначити, що програма передбачає поступове ускладнення завдань: від знайомства з власними емоціями та базових технік самовираження до колективних творчих проєктів і підсумкового інтегрування навичок. Такий підхід дозволяє максимально ефективно оцінити індивідуальні особливості дітей, стимулювати їхню активність, підтримати розвиток емоційного інтелекту та сприяти соціальній інтеграції.

Заняття 1.

«Знайомство та сенсорна інтеграція»

Мета заняття: встановлення контакту з дітьми, оцінка сенсорних та емоційних особливостей, формування довіри.

Час: 90 хв.

Вступ (15 хвилин). Знайомство учасників та створення безпечної атмосфери в групі. Пояснення дітям, що заняття спрямоване на дослідження емоційного стану через творчість та музику.

Прийняття правил групової роботи (10 хвилин):

- добровільна участь;
- право сказати «стоп»;
- повага до почуттів інших;
- без оцінювальне ставлення до робіт;
- підтримка одне одного.

Арт-терапевтична вправа «Мій настрій у кольорах» (25 хвилин)

Діти створюють індивідуальні малюнки свого емоційного стану, використовуючи кольори, форми та лінії. Після роботи обговорюють свої відчуття з групою.

Музико-терапевтична вправа «Музичний настрій» (20 хвилин)

Передбачає використання простих музичних інструментів або записів для вираження поточного настрою та емоцій.

Групові інтерактивна гра «Сенсорний лабіринт» (15 хвилин)

Діти виконують завдання у групах, спрямовані на розвиток сенсорної інтеграції та взаємодії.

Завершальна рефлексія (5 хвилин). Коротке обговорення вражень, формулювання домашнього завдання – спостерігати за власними емоціями протягом дня.

Заняття 2.

«Емоційна експресія через арт-терапію»

Мета заняття: розвиток самовираження та усвідомлення власних емоцій.

Час: 90 хв.

Вступ (15 хвилин). Обговорення вражень від попереднього заняття та від домашнього завдання.

Арт-терапевтична вправа «Моє емоційне дерево» (35 хвилин).

Діти малюють дерево, де коріння – їхні ресурси, стовбур – актуальні емоції, гілки – очікування та бажані зміни.

Музико-терапевтична вправа «Звуки настрою» (20 хвилин).

Діти створюють короткі музичні імпровізації, що відображають емоційний стан, обговорюють відчуття, які виникають.

Групові інтерактивна гра «Передай емоцію» (15 хвилин).

Передача емоційного стану через рухи, міміку або звуки між учасниками.

Завершальна рефлексія (5 хвилин). Обговорення відчуттів та спостережень, короткий підсумок заняття.

Заняття 3.

«Музико-терапевтичні техніки релаксації»

Мета заняття: зниження тривожності, формування навичок концентрації та саморегуляції.

Час: 90 хв.

Вступ (10 хвилин). Огляд емоційного стану дітей, пояснення значення релаксації.

Музико-терапевтичні вправи (45 хвилин).

Передбачають:

- слухання спокійної музики;
- створення власних музичних патернів за допомогою простих інструментів;
- ритмічні ігри та дихальні вправи під музику.

Групова інтерактивна гра «Музичний колаж» (25 хвилин).

Діти спільно створюють композицію, де кожен додає свій елемент. Це сприяє концентрації та командній взаємодії.

Завершальна рефлексія (10 хвилин). Обговорення відчуттів після музичної практики, підведення підсумків релаксаційних технік.

Заняття 4.

«Соціальна інтеграція через групові ігри»

Мета заняття: розвиток комунікації та співпраці.

Час: 90 хв.

Вступ (10 хвилин). Обговорення попереднього досвіду та очікувань від заняття.

Групові інтерактивні вправи та рольові ігри (50 хвилин).

1. Сенсорні ігри на розвиток уваги та взаємодії.
2. Рольові ігри для покращення соціальної взаємодії.
3. Інтерактивні завдання у парах та малих групах.

Музико-терапевтична вправа (20 хвилин).

Слухання ритмічної музики та синхронізація рухів у групі для розвитку відчуття командної взаємодії.

Завершальна рефлексія (10 хвилин). Обговорення досвіду співпраці та вражень, підведення підсумків заняття.

Заняття 5-6.

Робота з негативними емоціями

Мета заняття: навчити дітей розпізнавати, висловлювати та трансформувати складні емоції.

Час: 90 хв.

Вступ (10 хвилин). Огляд емоцій, що виникли протягом тижня, підготовка до роботи з негативними станами.

Арт-терапевтична вправа «Перетворення емоцій» (40 хвилин).

Діти малюють образ негативної емоції та разом з ведучим трансформують її у позитивний або нейтральний образ.

Музико-терапевтична вправа «Емоційний звук» (20 хвилин).

Створення коротких музичних фрагментів, що відображають перетворення негативних емоцій у позитивні.

Групова інтерактивна гра «Підтримка друга» (15 хвилин).

Учасники обговорюють та підтримують один одного, використовуючи отримані навички трансформації емоцій.

Завершальна рефлексія (5 хвилин). Обговорення змін у емоційних станах та вражень від роботи.

Заняття 7.

«Творчі колективні проекти»

Мета заняття: зміцнення командної взаємодії та довіри у групі.

Час: 90 хв.

Вступ (10 хвилин). Підготовка дітей до колективної творчості та пояснення цілей заняття.

Колективні арт- та музичні проекти (50 хвилин):

- створення колективного малюнка;
- спільне створення музичної композиції;

- інтерактивні вправи на розвиток співпраці.

Групова інтерактивна гра «Командний виклик» (20 хвилин).

Виконання завдань, що потребують командної взаємодії та креативного підходу.

Завершальна рефлексія (10 хвилин). Обговорення досвіду командної роботи та вражень від спільної творчості.

Заняття 8.

«Закріплення навичок»

Мета заняття: інтеграція набутих навичок, підготовка до самостійного використання технік.

Час: 90 хв.

Вступ (10 хвилин). Обговорення попереднього досвіду та досягнень дітей.

Арт- та музичні вправи (50 хвилин).

Повторення головних технік, застосованих на попередніх заняттях, з акцентом на самостійність у використанні.

Групові інтерактивні обговорення (20 хвилин).

Обговорення способів застосування навичок у повсякденному житті та взаємної підтримки.

Завершальна рефлексія (10 хвилин). Підведення підсумків, обговорення планів для подальшого розвитку.

Заняття 9-10.

«Підсумкове інтегрування досвіду»

Мета заняття: оцінка досягнень, закріплення позитивних змін, створення плану подальшого розвитку.

Час: 90 хв.

Вступ (10 хвилин). Рефлексія пройденого шляху, обговорення змін у емоційному та соціальному стані.

Презентація індивідуальних та групових робіт (50 хвилин). Діти демонструють результати арт- та музичної роботи, обговорюють досягнення та прогрес.

Групові інтерактивні вправи «План майбутнього» (20 хвилин).

Визначення способів застосування набутих навичок у повсякденному житті, формулювання особистих цілей.

Завершальна рефлексія (10 хвилин). Обговорення відчуттів від програми, підведення підсумків, закріплення позитивних змін.

Розроблена програма психологічного супроводу дітей з РАС, що поєднує арт-терапію, музико-терапію та групові інтерактивні вправи, сприяє розвитку емоційної регуляції, соціальних навичок та самовираження дітей. Щоденні заняття протягом двох тижнів дозволили встановити довірливі відносини в групі, оцінити індивідуальні особливості учасників та формувати навички конструктивної взаємодії. Практичне застосування програми показало підвищення мотивації до участі, зниження тривожності, розвиток концентрації та емоційного благополуччя, що підтверджує її ефективність і доцільність використання у роботі з дітьми з РАС та дітьми загального розвитку.

3.3 Аналіз результатів експерименту

Для оцінки ефективності розробленої програми психологічного супроводу дітей з РАС в умовах інклюзивної освіти було проведено повторне спостереження та оцінку учасників після двотижневого циклу занять. До впровадження програми спостерігалися значні труднощі у соціальній взаємодії, емоційній регуляції та самовираженні. Діти з РАС показували обмежене використання невербальних та вербальних засобів вираження емоцій, схильність до ізоляції, тривожність під час групових активностей та труднощі у сприйнятті соціальних сигналів. У дітей загального розвитку, які перебували в інклюзивній групі, відзначалися окремі труднощі у взаємодії з однолітками з

РАС, нерівномірна активність у групових іграх та недостатній розвиток навичок емпатії.

Після двотижневого експерименту спостерігалися суттєві позитивні зміни у всіх учасників програми. У дітей з РАС значно підвищилася активність у групових завданнях, вони частіше ініціювали контакт із однолітками, брали участь у музичних та арт-терапевтичних вправах, демонстрували розвиток емоційної гнучкості та розширення репертуару способів вираження почуттів. У дітей загального розвитку покращилася здатність до співпраці, підвищилася чутливість до емоцій інших, вони частіше пропонували підтримку одноліткам, стали більш уважними під час спільних завдань і активно взаємодіяли в групових інтерактивних іграх.

Для наочності проведено порівняльний аналіз результатів до та після проведення програми (табл. 3.5).

Таблиця 3.5.

Динаміка розвитку емоційної регуляції, самовираження та соціальної інтеграції у дітей з РАС та дітей загального розвитку

Показник	Група	До програми	Після програми	Динаміка, %	Примітка
Здатність розпізнавати власні емоції	Діти з РАС	30%	70%	+40	Покращилася здатність називати емоції та відчувати їх
Здатність керувати емоційними станами	Діти з РАС	25%	65%	+40	Діти навчилися заспокоювати себе через творчі та музичні вправи
Активність у групових завданнях	Діти з РАС	20%	60%	+40	Зросла ініціативність у спілкуванні та ігрових вправах

Вираження почуттів через творчість	Діти з РАС	35%	80%	+45	Діти активно використовували кольори та ритм для самовираження
Рівень тривожності	Діти з РАС	Високий: 70%	Високий: 20%	-50	Помітне зниження тривожності під час роботи в групі
Розвиток навичок співпраці	Діти загального розвитку	45%	85%	+40	Діти активно включали однолітків у спільну діяльність
Емпатія та чутливість до почуттів інших	Діти загального розвитку	40%	80%	+40	Підвищилася здатність реагувати на емоції дітей з РАС
Участь у групових іграх	Діти загального розвитку	50%	90%	+40	Зросла соціальна активність та ініціативність
Навички вирішення конфліктів	Діти загального розвитку	35%	70%	+35	Діти стали частіше застосовувати взаємодопомогу для розв'язання суперечок
Впевненість у соціальних контактах	Діти загального розвитку	40%	75%	+35	Покращилась здатність встановлювати дружні стосунки

Аналіз отриманих даних вказує на комплексний і системний позитивний вплив програми психологічного супроводу дітей з РАС. Найбільш суттєва динаміка спостерігається у сфері емоційної регуляції, самовираження та соціальної інтеграції. Підвищення здатності дітей усвідомлювати власні емоції, контролювати емоційні реакції та ефективно взаємодіяти з однолітками

свідчить про значний прогрес у розвитку їхніх емоційних та соціальних компетенцій.

Регулярне застосування арт-терапевтичних та музикотерапевтичних методик у поєднанні з груповими інтерактивними вправами сприяло зниженню рівня тривожності та стабілізації емоційного стану дітей. Крім того, діти проявляли більшу відкритість до самовираження та краще усвідомлювали власні емоції, що є важливою складовою психологічного розвитку та адаптації в інклюзивному середовищі.

Позитивні зміни також спостерігалися у соціальній сфері. Підвищилась активність дітей у групових взаємодіях, зросла емпатія та здатність до співпраці. Використання інтерактивних ігор та спільних творчих вправ допомогло дітям навчитися підтримувати один одного, враховувати почуття однолітків і діяти в команді, що сприяє ефективній соціальній адаптації в навчальному процесі.

На основі отриманих результатів можна сформулювати низку рекомендацій щодо подальшого психологічного супроводу дітей з РАС. По-перше, доцільно регулярно включати арт- і музикотерапевтичні вправи в щоденний освітній процес, що допоможе підтримувати емоційну стабільність та стимулювати розвиток творчого самовираження.

По-друге, групові інтерактивні ігри слід інтегрувати у щоденну діяльність класу для зміцнення соціальних зв'язків та формування навичок співпраці. Одночасно рекомендується проводити індивідуальні заняття з дітьми, які мають високий рівень тривожності, використовуючи техніки дихання, музичні релаксації та короткі творчі вправи для розвитку емоційної регуляції.

Не менш важливим є постійний моніторинг прогресу дітей. Ведення «Щоденника емоцій» та регулярні спостереження дозволяють відстежувати зміни у самовираженні та соціальній взаємодії, що допомагає коригувати програму відповідно до потреб кожної дитини.

Важливо також надавати підтримку батькам та педагогам через консультації та рекомендації щодо використання технік арт- і музикотерапії у домашньому та навчальному середовищі. Це дозволяє продовжувати ефект програми поза межами спеціалізованих занять і сприяє формуванню стабільних адаптивних стратегій подолання стресу.

Отже, результати експериментального дослідження підтверджують високу ефективність системного психологічного супроводу дітей з РАС в умовах інклюзивного навчання. Використання арт- і музикотерапевтичних методів у поєднанні з груповими інтерактивними вправами сприяє стабілізації емоційного стану, розвитку самовираження, соціальної інтеграції та формуванню навичок співпраці. Дані результати надають підстави для системного впровадження таких програм у практику інклюзивної освіти.

Висновки до третього розділу

Проведене експериментальне дослідження підтвердило високу ефективність психологічного супроводу дітей з РАС в умовах інклюзивної освіти. Результати спостережень і порівняльний аналіз показників до та після впровадження програми вказують на комплексний позитивний вплив на емоційний стан, самовираження та соціальну інтеграцію учасників.

Впроваджені методи арт- і музикотерапії у поєднанні з груповими інтерактивними вправами сприяли зниженню рівня тривожності, підвищенню стабільності емоційного стану та розвитку навичок усвідомленого самовираження. Діти стали більш відкритими до взаємодії з однолітками, проявляли активність у групових завданнях, демонстрували покращену здатність до співпраці та взаємодопомоги, що свідчить про підвищення соціальної адаптованості.

Повторна діагностика підтвердила статистично значущі позитивні зміни у всіх досліджуваних сферах: емоційній регуляції, соціальній активності, розвитку творчого потенціалу та формуванні адаптивних стратегій подолання стресу.

На основі отриманих результатів сформульовано рекомендації щодо подальшого психологічного супроводу дітей з РАС, серед яких регулярне включення арт- і музико-терапевтичних вправ у навчальний процес, інтеграція групових інтерактивних ігор для розвитку соціальних навичок, індивідуальна робота з емоційної регуляції, постійний моніторинг прогресу та підтримка педагогів і батьків. Таким чином, результати експерименту вказують на доцільність системного застосування комплексної програми психологічного супроводу, яка спрямована на розвиток емоційної стабільності, самовираження та соціальної інтеграції дітей з РАС в умовах інклюзивного середовища, та можуть слугувати науковою основою для подальшого впровадження подібних програм у практику інклюзивної освіти.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження підтверджено, що ефективний психологічний супровід дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) є ключовою складовою успішного функціонування інклюзивного освітнього середовища. Забезпечення належної психологічної підтримки створює умови для гармонійного розвитку особистості дитини, її адаптації до соціуму, формування стійкої мотивації до навчання та позитивного емоційного стану.

На основі теоретичного аналізу визначено сутність поняття «розлади аутистичного спектра», розкрито клініко-психологічні характеристики дітей із РАС, що охоплюють порушення комунікації, стереотипність поведінки, особливості сенсорної переробки інформації, емоційної регуляції та соціальної взаємодії. Розглянуто сучасні підходи до класифікації розладів відповідно до міжнародних стандартів DSM-5 та МКХ-11, що забезпечує уніфікацію діагностичних критеріїв і сприяє вибору ефективних стратегій психологічної допомоги.

Практична частина дослідження підтвердила важливість індивідуального підходу до організації психокорекційної роботи з дітьми, які мають аутизм. Застосування комплексних методик (індивідуальна психокорекційна методика Т. М. Шкварської, АВА-терапія, сенсорна інтеграція, арт-терапія, альтернативна комунікація, LEGO-терапія) дало змогу досягти помітних позитивних змін у розвитку дітей: підвищення рівня комунікативної активності, поліпшення концентрації уваги, зниження тривожності та агресивності, зростання соціальної взаємодії. Водночас виявлено низку труднощів, пов'язаних із недостатнім ресурсним забезпеченням закладів освіти та обмеженим залученням батьків до корекційного процесу, що вимагає подальшої організаційної підтримки з боку держави.

З'ясовано, що ефективність супроводу значною мірою залежить від професійної підготовки педагогічних кадрів. Підвищення рівня їхньої психологічної компетентності, сформованість емпатії, толерантності та вміння

працювати з дітьми, які мають складні порушення розвитку, є передумовою успішного впровадження інклюзивної освіти. Не менш важливим напрямом є впровадження інноваційних методик, зокрема цифрових технологій, мобільних застосунків і робототерапії, що сприяють підвищенню мотивації дітей, розвитку комунікаційних навичок та інтеграції у соціальне середовище.

Психологічний супровід дітей із РАС має базуватися на принципах гуманізму, індивідуалізації, партнерства та системності. Важливим є не лише розвиток когнітивної та комунікативної сфер, а й формування позитивної самооцінки, упевненості у власних силах, уміння долати стрес і налагоджувати взаємини з оточенням.

Отже, результати дослідження дають підстави стверджувати, що системна, цілеспрямована й міждисциплінарна робота фахівців забезпечує підвищення ефективності інклюзивного навчання дітей з аутизмом. Подальші наукові пошуки мають бути спрямовані на розробку моделей комплексного психологічного супроводу, упровадження сучасних технологій моніторингу розвитку дітей та створення у кожному закладі освіти психологічно комфортного середовища, яке сприятиме повноцінному особистісному, емоційному та соціальному розвитку дітей із РАС.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. URL: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 03.11.2025).
2. Американська психологічна асоціація (APA). URL: <https://www.apa.org/> (дата звернення: 03.11.2025).
3. Баликова О. В., Істоміна І. О. Розвиток інклюзивної освіти з кордоном. *European Journal of Natural History*. 2015. № 16. С. 19–21.
4. Бех І. Д. Особистісно орієнтоване виховання: теоретико-технологічні засади. Київ : Либідь, 2003. 280 с.
5. Білик Т. П. Соціальна адаптація дітей з розладом аутичного спектру. *Нива знань*. 2018. № 4. С. 55–59.
6. Висоцька М. І. Особливості психологічного супроводу батьків, які виховують дітей з розладами аутистичного спектра. *Peculiarities of psychological support for parents raising children with autism spectrum disorders* : кваліфікаційна робота бакалавра. Одеса, 2024. 77 с.
7. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). ВООЗ, 2022. URL: <https://icd.who.int/> (дата звернення: 03.11.2025).
8. Гальчин К. С. Розлади спектра аутизму в дітей: клініко-психопатологічні особливості перебігу : монографія. Житомир : Вид. О. О. Євснок, 2018. 176 с.
9. Гладун Т. О. Розвиток соціальної компетентності батьків, які виховують дитину з розладами спектру аутизму. *Наук. зап. Бердян. держ. пед. ун-ту. Серія: Пед. науки*. 2018. Вип. 1. С. 56–62.
10. Головна. Аутизм. URL: <https://www.autism.ua/> (дата звернення: 03.11.2025).

11. Гончарова О. П. Інклюзивна педагогіка: теорія і практика. Київ : Академія, 2021. 256 с.
12. Губанова Н. В. Аутизм: методичні аспекти діагностики та корекції. Харків : Основа, 2020. 192 с.
13. Данилюк Є. Є. Соціальна адаптація дітей з особливими потребами: методичні засади. Київ : Освіта України, 2019. 144 с.
14. Декларація про права розумово відсталих осіб : Декларація № 995_119 від 20.12.1971 | ZAKONONLINE - Право знати!. URL: https://zakononline.ua/documents/show/169900_169900 (дата звернення: 03.11.2025).
15. Дубовик К. В. порушення моторного розвитку у дітей з розладами аутистичного спектра. *Укр. вісн. психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 4. С. 42–44.
16. Душка А. Л. Дитина з розладами аутистичного спектра. Харків, 2018. 32 с.
17. Душка А. Організація навчання дітей з РАС в інклюзивному класі. *Особлива дитина: навчання і виховання*. Вип. 117(1). 2025. С. 7–20.
18. Жадько О. А. Становлення та розвиток інклюзивної освіти: світовий досвід. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. 2024. № 35. С. 405–413.
19. Інститут спеціальної педагогіки НАПН України. URL: <https://ispukr.org.ua/> (дата звернення: 03.11.2025).
20. Качмарик Х. В. Особливості організації психологічної корекції дітей з аутизмом у дошкільній установі. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2017. Вип. 33. С. 148–154.
21. Калинюк С. С. Інклюзивна освіта: адаптація до потреб особистості у світлі антропоцентричних цінностей. *Правова держава*. 2023. № 52. С. 21–28.
22. Кирилова Л. Г., Мірошников О. О., Грабовенська І. О. Розлади аутистичного спектра як ранні порушення нейророзвитку в дітей. *ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГІЇ ім. Б.М. Маньковського*. 2017. № 1. С. 71–78.

23. Кобець О. В. Психологічна підтримка батьків дітей із розладами аутистичного спектру. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2025. № 1. С. 60–65.
24. Когутяк Н. Проблеми міждисциплінарних досліджень у епідеміології аутизму. *Психологія*. 2018. Вип. 22. С. 123–128.
25. Конвенція про права дитини : Конвенція Орг. Об'єдн. Націй від 20.11.1989 : станом на 16 листоп. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення: 03.11.2025).
26. Конвенція про права осіб з інвалідністю : Конвенція ООН від 13.12.2006 : станом на 19 черв. 2023 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text (дата звернення: 03.11.2025).
27. Крикуненко Ю. О. Проблема соціалізації аутистів в сучасному суспільстві. *Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Корекц. педагогіка та спец. психологія*. 2018. Вип. 35. С. 43–47.
28. Кульбіда С. Інклюзивна освіта осіб з особливими освітніми потребами у європейському досвіді. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. № 25. С. 108-123.
29. Лаєвська Н. Процес соціалізації. Діти молодшого шкільного віку з раннім дитячим аутизмом у сучасному суспільстві. *Психолог*. 2018. № 11–12. С. 64–76.
30. Лурія О. С. Діти з аутизмом: психологічний супровід і підтримка. Київ : Генеза, 2020. 240 с.
31. Любунь Ю. Інклюзивна освіта: проблеми та перспективи. *Collection of scientific papers «ЛЮГОΣ»*. 2024. № 29. С. 426–428.
32. Мальцев Д. В. Результати вивчення показників біохімічного профілю у дітей з РАС. *Імунологія та алергологія: наука і практика*. 2021. №1–2. С. 19–28.

33. Матрос О. Історія становлення інклюзивної освіти в незалежній Україні: соціально-правовий аспект. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2022. Вип. 1 (4). С. 105–108.
34. Міністерство освіти і науки України. статистичні дані. URL: <https://mon.gov.ua> (дата звернення: 03.11.2025).
35. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/search> (дата звернення: 03.11.2025).
36. Мойсеєнко І. М., Білюк О. Г., Приходько Т. П. Аналіз методів та стратегій логопедичної роботи для розвитку мовлення у дітей з РАС. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2024. № 3 (110). С. 95–105.
37. Новікова О. А. Соціально-психологічні умови розвитку дітей з розладами аутичного спектра. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Ун-ту «Україна»*. 2017. № 14. С. 152–155.
38. Орлянська А. В. Проблема психолого-педагогічної корекції поведінки дітей раннього віку з РАС. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2017. Вип. 34. С. 62–67.
39. Островська К. О. Методи діагностично-корекційної роботи з дітьми з аутизмом. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. Вип. 9 (1). С. 156–167.
40. Панченко Н. М. Педагогіка інклюзії : навч. посібник. Харків : Основа, 2020. 204 с.
41. Портал ІРЦ. URL: <https://ircenter.gov.ua/> (дата звернення: 03.11.2025).
42. Помогайбо В. М. Генетика розладів аутистичного спектру. *Світ медицини та біології*. 2017. № 1. С. 208–212.
43. Породько М. І. Методи оцінювання психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з РАС. *Актуальні питання корекц. освіти*. 2017. Вип. 9 (1). С. 181–191.

44. Поступна О. В., Шведун В. О. Розвиток інклюзивної освіти через призму статистичних даних. *Вісник НТУ «ХПІ». Серія: Актуальні проблеми розвитку українського суспільства*. 2024. № 2. С. 127–132.
45. Провальна Н. І. Психологічна готовність фахівців інклюзивної освіти до роботи з дітьми з РАС. *Психологічні перспективи*. 2022. № 40. С. 149–166.
46. Про дошкільну освіту : Закон України від 06.06.2024 № 3788-IX : станом на 1 січ. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3788-20#Text> (дата звернення: 03.11.2025).
47. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII : станом на 31 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text> (дата звернення: 03.11.2025).
48. Про повну загальну середню освіту : Закон України від 16.01.2020 № 463-IX : станом на 31 жовт. 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text> (дата звернення: 03.11.2025).
49. Про схвалення Нац. стратегії розвитку інклюзивного навчання до 2029 року : Розпорядж. КМУ від 07.06.2024 № 527-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/527-2024-p#Text> (дата звернення: 03.11.2025).
50. Процюк Р. Г., Прохоренко Л. І. Стратегії психологічного супроводу дітей з особливими потребами в інклюзивному освітньому середовищі. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2024. № 15 (1). С. 272–282.
51. Ресурсний центр підтримки інклюзивної освіти | Інститут післядипломної освіти. URL: https://rcpio.ippo.kubg.edu.ua/?page_id=3461 (дата звернення: 03.11.2025).
52. Рогова Г. В. Психологія особистості : підручник. Київ : Каравела, 2021. 320 с.

53. Розлади спектру аутизму | Центр "Коло сім'ї". Центр здоров'я та розвитку "Коло сім'ї". URL: <https://k-s.org.ua/resources/mh-academy/autism/> (дата звернення: 03.11.2025).
54. Саламанська декларація про принципи, політику та практичну діяльність у галузі освіти осіб з особливими освітніми потребами : Декларація ЮНЕСКО від 10.06.1994. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_001-94#Text (дата звернення: 03.11.2025).
55. Скрипник Т. М. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі. Київ : Плеяди, 2015. 56 с.
56. Скрипник Т. В., Ганевіч С. М., Ільїна Г. О. Моделювання програми становлення адаптивних навичок у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом. *Актуальні питання у сучасній науці*. 2024. № 1 (19). С. 746–756.
57. Супрун Г. В. Особливості соціально-психологічної адаптації дітей з аутизмом у дошкільному віці : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2017. 20 с.
58. Сухіна І. В. Родинний супровід дітей раннього віку з розладами аутичного спектру. *Актуальні питання корекц. освіти*. 2017. Вип. 9 (1). С. 243–250.
59. Таранченко І. В. Інклюзивне навчання в Україні: досвід і перспективи. Київ : Либідь, 2019. 288 с.
60. Український інститут розвитку освіти. *UIPO*. URL: <https://uied.org.ua/?s=2023> (дата звернення: 03.11.2025).
61. Український державний університет імені Михайла Драгоманова. *LIBNAS | LIBRARY PORTAL OF NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES OF UKRAINE*. URL: <https://irbis-nbuv.gov.ua/OSUA/NSOU0000218> (дата звернення: 03.11.2025).
62. Шевчук Г. Й. Інклюзивна освіта у вищій школі: виклики та перспективи. *Академічні студії. Серія «Педагогіка»*. 2021. № 3. С. 151–157.

63. Шкварська Т. М. Психологічний супровід дітей з розладами спектра аутизму : навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський, 2017. 152 с.
64. 2 квітня – день поширення інформації про аутизм | Центр громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я України | МОЗ. URL: https://phc.org.ua/news/2-kvitnya-den-poshirennya-informacii-pro-autizm?utm_source (дата звернення: 03.11.2025).
65. About Autism. Home of DIRFloortime® (Floortime). URL: https://www.icdl.com/parents/about-autism?msclkid=e5e58a4195a31b54421fe375d10e4bef&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=ICDL%20-%20Autism%20General&utm_term=autism%20children&utm_content=Autism%20In%20Children (date of access: 01.12.2025).
66. Autism Parenting Magazine. *autismparentingmagazine*. URL: https://www.autismparentingmagazine.com/?gc_id=363753150&h_ad_id&msclkid=2dd79bbd460615d5a181f28902ab6fa9 (date of access: 01.12.2025).
67. Autism spectrum disorder - Symptoms and causes. *Mayo Clinic*. URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder/symptoms-causes/syc-20352928> (date of access: 01.12.2025).
68. BBC Bitesize. Is my child autistic? How can I support them? - BBC Bitesize. *BBC Bitesize*. URL: <https://www.bbc.co.uk/bitesize/articles/z32sdnb> (date of access: 01.12.2025).
69. Bryson S. A., Corrigan S. K., McDonald T. P., Holmes C. Characteristics of children with autism spectrum disorders who received services through community mental health centers. *Autism*. 2008. № 12(1). pp. 65-82.
70. Bateman K. J., Schwartz I. S., & Gauvreau A. N. It takes a team: working together to meet the needs of young children with autism spectrum disorder in an inclusive setting. *Inclusive Practices*. 2022. № 1(4). pp. 132-138.
71. Child.ua. URL: <https://child.ua/en/> (date of access: 03.11.2025).

72. Eckes T., Buhlmann U., Holling, H. D. Möllmann A. Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder—a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 2023. № 23(1). pp. 133.
73. Hans Asperger. Autistic Psychopathy in Childhood. - <https://blogs.uoregon.edu/autismhistoryproject/archive/hans-asperger-autistic-psychopathy-in-childhood-1944>
74. Liao M., Duan H., Wang G. Application of machine learning techniques to detect the children with autism spectrum disorder. *Journal of Healthcare Engineering*. 2022. №1.
75. NHS website. Signs of autism in children. *nhs.uk*. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/autism/signs/children/> (date of access: 01.12.2025).
76. Signs that a child or adult may be autistic. *National Autistic Society*. URL: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/topics/diagnosis/before-diagnosis/signs-that-a-child-or-adult-may-be-autistic> (date of access: 01.12.2025).
77. UNICEF. Inclusive Education. URL: <https://www.unicef.org/education/inclusive-education> (date of access: 03.11.2025).
78. UNESCO. Education transforms lives. URL: <https://www.unesco.org/en/education> (date of access: 03.11.2025).
79. What is autism. *National Autistic Society*. URL: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/what-is-autism> (date of access: 01.12.2025).
80. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/> (date of access: 03.11.2025).
81. World Autism Awareness Day. United Nations. URL: <https://www.un.org/en/observances/autism-day> (date of access: 03.11.2025).

ДОДАТОК А

За останні п'ять років кількість учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивних класах закладів загальної середньої освіти збільшилась майже удвічі.

Навчальний рік	Кількість учнів з особливими освітніми потребами	Кількість інклюзивних класів
2020/2021	25078	18681
2021/2022	32686	23216
2022/2023	33861	24995
2023/2024	40354	29321
2024/2025 (оперативна інформація)	47610	33397

ДОДАТОК Б



Що таке інклюзивне навчання?

Інклюзивне навчання – система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників.



*ООП – особливі освітні потреби. Особа з особливими освітніми потребами – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту.



Як розпочати навчання дитини в інклюзивному класі?

Поради для батьків / законних представників дитини з особливими освітніми потребами

- 1 Батьки подають заяву про зарахування до школи / про створення інклюзивного класу та висновок ІРЦ* про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини
- 2 Школа обов'язково створює інклюзивний клас і команду ППС** із залученням батьків
- 3 Команда ППС розробляє ІПР*** дитини
- 4 Батьки ознайомлюються з ІПР і підписують її
- 5 Школа створює умови для навчання дитини відповідно до ІПР та забезпечує психолого-педагогічні та корекційно-розвиткові послуги
- 6 У школі вводиться посада асистента вчителя та (за відповідного висновку) асистента дитини

*ІРЦ – інклюзивно-ресурсний центр: <http://ircenter.gov.ua>

**Команда ППС – команда психолого-педагогічного супроводу. Відповідно до Наказу МОН № 609 від 08.06.2018 року, до неї входять: директор закладу чи його заступник, учителі, асистент учителя, практичний психолог, батьки, асистент дитини та всі інші особи, залучені до освітнього процесу.

***ІПР – індивідуальна програма розвитку дитини. Це документ, що забезпечує індивідуалізацію навчання особи з особливими освітніми потребами, закріплює перелік необхідних психолого-педагогічних, корекційних потреб/послуг для розвитку дитини та розробляється групою фахівців із обов'язковим залученням батьків дитини з метою визначення конкретних навчальних стратегій та підходів до навчання.

Команда психолого-педагогічного супроводу дитини з ООП*



Завдання

- Збирати інформацію про особливості розвитку учня, його інтереси, труднощі та освітні потреби
- Розробити ІПР** учня з ООП, моніторити її виконання та коригувати відповідно до динаміки розвитку учня
- Переглядати ІПР і визначати прогрес розвитку учня щонайменше двічі на рік
- За потреби розробити індивідуальний освітній план відповідно до особливостей розвитку учня
- Адаптувати освітнє середовище до особливих освітніх потреб учня
- Інтегрувати учня з ООП в освітнє середовище
- Сформувати дружнє та неупереджене ставлення до учня з ООП у дитячому та педагогічному колективі



Склад

Постійні учасники

- директор/заступник директора з навчально-виховної роботи
- вчитель початкових класів/класний керівник
- інші вчителі
- асистент вчителя
- практичний психолог
- соціальний педагог
- вчитель-дефектолог
- вчитель-реабілітолог
- батьки/законні представники дитини з ООП

Залучені фахівці (за потреби)

- медичний працівник закладу освіти
- лікар
- асистент дитини
- спеціалісти системи соціального захисту/служби у справах дітей



*ООП – особливі освітні потреби. Особа з особливими освітніми потребами – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту.
 **ІПР – індивідуальна програма розвитку. Це документ, що забезпечує індивідуалізацію навчання особи з особливими освітніми потребами, закріплює перелік необхідних психолого-педагогічних, корекційних потреб/послуг для розвитку дитини та розробляється групою фахівців з обов'язковим залученням батьків дитини з метою визначення конкретних навчальних стратегій та підходів до навчання.