

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет охорони здоров'я, соціальної роботи та психології
Кафедра психології та педагогіки

Кваліфікаційна робота

На здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

на тему: **«Вплив методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з розладами аутичного спектру»**

Виконала: студентка 4-ого року навчання,

Спеціальності 053 Психологія

Шніткова Марія Олексіївна

Наукова керівниця: Яковенко О.В., старший викладач

Рецензент: Шульга Т.В.

Кваліфікаційна робота захищена з оцінкою _____

Секретар АК _____

«_____» _____ 2026 р.

АНОТАЦІЯ

Шніткова М. О. Вплив методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру.

Робота присвячена вивченню актуальної проблеми впливу методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з розладами аутичного спектру. У першому розділі представлено теоретичний огляд поняття розладів аутичного спектру у дітей дошкільного віку, зокрема детально розглянуто сучасні погляди на РАС, характерні порушення та акцентовано увагу на концепції нейровідмінності. Було визначено погляди на розлади аутичного спектру вітчизняних та зарубіжних дослідників, охарактеризовано особливості соціальної комунікації у дітей дошкільного віку з РАС. Також було описано засади методу Денверської моделі раннього втручання, його зв'язок з іншими методами втручання та віковою психологією. Зокрема було проаналізовано методологічну основу ESDM.

У другому розділі описано методики та продемонстровано результати емпіричного дослідження впливу методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з розладами аутичного спектру. Дослідження полягало у порівнянні двох зрізів даних: на початку втручання та після 3 місяців надання втручання. Для оцінювання було використано методики M-CHAT, CASD, а також чек-лист ESDM. Результати дослідження демонструють позитивну динаміку у розвитку соціальної комунікації серед групи.

У третьому розділі подано спрощений опис індивідуальної програми втручання за методом ESDM, що включає віху розвитку, ціль, а також етапи її досягнення.

Ключові слова: розлади аутичного спектру, вербальна поведінка, нейровідмінність, ESDM, АВА, соціальна комунікація, дошкільний вік,

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТОДУ ВТРУЧАННЯ ESDM НА ПОКРАЩЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ	4
1.1 Теоретичний аналіз поняття розладів аутичного спектру у дітей дошкільного віку.....	4
1.2 Особливості розвитку соціальної комунікації у дітей з РАС.....	9
1.3 ESDM як метод втручання для дітей дошкільного віку з РАС.....	16
Висновки до першого розділу.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТОДУ ВТРУЧАННЯ ESDM НА ПОКРАЩЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ	23
2.1 Загальна характеристика вибірки та методів дослідження.....	23
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	25
Висновки до другого розділу.....	42
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВТРУЧАННЯ ЗА МЕТОДОМ ESDM ДЛЯ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ	45
3.1 Методологічні засади розробки програми втручання за методом ESDM для дітей з розладами аутичного спектру.....	45
3.2 Структура програми втручання за методом ESDM для дітей з розладами аутичного спектру.....	48
Висновки до третього розділу.....	54
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58
ДОДАТКИ.....	63

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

Протягом останнього десятиліття у світі прослідковується тенденція до збільшення кількості випадків діагностування РАС у дітей дошкільного віку. Епідеміологічна ситуація в Україні також тяжіє до цієї тенденції: аналіз динаміки захворюваності свідчить про зростання поширеності РАС серед дитячого населення майже в 10 разів у період з 2008 по 2020 роки (Л. О. Турова 2024). Із збільшенням кількості випадків діагностування РАС (розладів аутичного спектру) у дітей дошкільного віку зростає кількість викликів не тільки для сімей дітей з особливими потребами, а й для суспільства, що вчиться адаптовуватися, приймати та створювати відповідні умови для осіб, що мають нейровідмінність, та їхнього близького оточення. Зокрема, важливою частиною залишається обізнаність населення про природу аутизму, його прояви, а також доказові методи втручання, що можуть покращити психічне та соціальне благополуччя сімей, що виховують дітей з РАС.

Проблема аутизму обґрунтована в роботах зарубіжних та вітчизняних дослідників, а саме: Л. Каннер, Г. Аспергер, О. Ловаас, Л. Вінг, Дж. Гулд, А. Літман, Т. Скрипник, І. Логвінова, Н. Базима, О. Мороз та ін.

Кількість досліджень у сфері аутизму зростає відповідно, у зв'язку з чим з'являється необхідність розвивати методи втручання та модифікувати їх, зважаючи на актуальні дані. Одним з таких методів є ESDM – Денверська модель раннього втручання. В її основі лежить дитиноцентрований підхід, сучасні праці з сфери вікової психології та робиться особливий акцент на важливості розвитку комунікації у дітей з РАС.

У психологічній літературі над методами раннього втручання працювали такі зарубіжні та вітчизняні вчені, як: С. Роджерс, Дж. Доусон, Р. та Л. Коєгель, Б. Інгерсолл, І. Шульга, А. Мухіна, В. Міронова, М. Козак та ін.

У дослідженнях, присвячених аутизму, особлива увага приділяється дефіцитарності соціальної комунікації. Недостатність навичок у цій вісі

розвитку суттєво обмежує можливості дитини до сприйняття та взаємодії з дорослими та однолітками. Відповідно, у контексті корекційної роботи актуальним є пошук ефективних методів розвитку комунікативної активності, а навички соціальної комунікації стають пріоритетними під час втручання. Денверська модель раннього втручання (ESDM) орієнтована на ігрову діяльність дитини, як провідну, у рамках методу також приділяється особлива увага ігровим рутинам, під час яких з'являються численні можливості для комунікації. Важливо дослідити та охарактеризувати вплив методу втручання ESDM на розвиток комунікативних навичок у дітей з РАС дошкільного віку задля кращого розуміння особливостей комунікації з ними та актуалізації принципів роботи при ранньому втручанні.

Об'єкт дослідження – особливості комунікації у дітей з РАС

Предмет дослідження – вивчення впливу методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з РАС

Мета дослідження - теоретично проаналізувати та емпірично дослідити вплив методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з РАС та розробити програму раннього втручання для покращення соціальної комунікації у дітей з РАС.

Гіпотеза – Застосування методу втручання ESDM покращує навички соціальної комунікації у дітей з РАС.

Завдання дослідження:

1. Теоретично дослідити особливості соціальної комунікації у дітей з РАС дошкільного віку, а також проаналізувати психологічну літературу з питання аутизму та методів втручання, зокрема ESDM.
2. Емпірично дослідити вплив методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з РАС дошкільного віку.
3. Розробити програму втручання на основі методу ESDM для покращення соціальної комунікації у дітей з РАС дошкільного віку.

Наукова новизна полягає у доповненні та поглибленні відомостей про особливості соціальної комунікації у дітей з РАС дошкільного віку.

Практичне значення полягає в отриманні результатів, що можуть бути використані психологами та іншими фахівцями для розробки практичних рекомендацій, спрямованих на покращення соціальної комунікації у дітей з РАС. Отримані результати сприятимуть наданню якіснішої корекційної роботи з дітьми з РАС та покращенню психічного благополуччя сімей, що ними опікуються.

Апробація роботи була проведена під час проходження 1 та 2 туру конкурсу «Завтра.UA» за підтримки Фонду Віктора Пінчука.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТОДУ ВТРУЧАННЯ ESDM НА ПОКРАЩЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1 Теоретичний аналіз поняття розладів аутичного спектру у дітей дошкільного віку

Аналізуючи психологічну та медичну літературу з теми аутизму та розладів аутичного спектру, можна простежити, наскільки великих змін зазнала дефініція терміну, опис проявів аутизму, а також загальна перспектива опису питання.

Т. Скрипник (2010) виділяє 4 головні етапи становлення науки про аутизм та класифікує їх відповідно періодів: донозологічний, доканнерівський, каннерівський та післяканнерівський.

На донозологічному етапі (до початку XX ст.) аутизм ще не виділявся як медична чи психологічна категорія, а розглядався під призмою релігійних та міфологічних уявлень. Дітей з аутичними рисами описували як «юродивих», «блаженних» або «дітей ельфів». Історична література того часу (наприклад, описи «диких дітей» або «феноменальних рахувальників») фіксувала лише окремі девіації поведінки, не поєднуючи їх у цілісний синдром. (J.Despert, 1938; C.Bradley, 1942)

Доканнерівський період (1900-ті – 1943 рр.) характеризується першими спробами клінічного опису симптомів у межах психіатрії. Вперше термін аутизм у 1911 році ввів психіатр Е. Блейлер, як опис симптоматики шизофренії, а саме: «...відхід від реальності у людей із шизофренією» (Crespi, B. J., 2010). Проте такий погляд не забезпечував характеристику аутизму як окремого синдрому, а скоріше виступав симптоматикою іншого розладу. У радянській психіатрії фундамент для майбутніх досліджень аутизму було закладено у 30-х – 40-х роках минулого століття через вивчення клінічних особливостей дитячої шизофренії та порушень, зумовлених патологіями центральної нервової системи. У цей період значний внесок зробила Г. Сухарева, яка у 1925 році опублікувала детальний клінічний опис групи дітей, чия симптоматика

(соціальна ізоляція, прагнення до самотності, сенсорна чутливість) повністю відповідає сучасному розумінню РАС. Проте на той час ці стани все ще розглядалися як прояви «шизоїдної психопатії». (Скрипник Т.В., 2010)

Каннерівський етап (1943 – кінець 1970-х) розпочався з публікації Лео Каннера «Аутичні порушення афективного контакту» (1943), де аутизм уперше було виокремлено як самостійну нозологічну одиницю — «ранній дитячий аутизм». Л. Каннер описував цей стан, як: «нездатність дітей з самого початку життя звичайним чином вступати у стосунки з людьми та ситуаціями». За його дослідженнями, головною рисою у дітей з РАС виступала «крайня аутична самотність», через яку дитина ігнорувала та не сприймала інформацію з навколишнього середовища.(Kanner L., 1943) У цьому випадку, відмінність від шизофренії можна охарактеризувати як початкову нездатність вступати у стосунки з оточуючими, а не набутий відхід від них.

У цей період важливий внесок у дослідження аутизм зробив також Г. Аспергер. Незалежно від Л. Каннера, Аспергер досліджував один з розладів аутичного спектра, згодом названий синдромом Аспергера. У 1944 педіатр опублікував статтю, у якій описав чотирьох дітей із паттерном труднощів, який він назвав "аутичною психопатією". Особливістю був розвиток мовлення: при хороших мовленнєвих навичках, соціальна інтеграція дітей була порушена. (Asperger H., 1944)

Порівнюючи дослідження Каннера та Аспергера, можна помітити значні відмінності у описі аутизму. У той час як діти Каннера часто описувалися як такі, що мають затримку мовлення та значні когнітивні порушення, випадки Аспергера характеризувалися хорошими мовленнєвими навичками та відносно високим інтелектом. Також Аспергер зазначив, що моторна незграбність була загальною рисою дітей, за якими він спостерігав, що впливало на їхню координацію та поставу. Ця особливість була майже відсутня в оригінальних клінічних звітах Каннера. Спільним у дослідженнях вчених був опис фундаментального дефіциту дітей з РАС. І Каннер, і Аспергер використовували термін «аутичний» для опису фундаментальної соціальної ізоляції цих дітей.

Обидва визнавали, що первинне порушення полягало в нездатності дітей формувати нормальні соціальні стосунки та брати участь у взаємній взаємодії. До причин таких труднощів належали труднощі із зоровим контактом, стереотипія слів та рухів, а також опір змінам. Також у роботах обох дослідників зазначено, що незалежно від походження аутизму, соціальний дефект зберігається протягом усього життя. (Kanner L., 1943; Asperger H., 1944)

Четвертий, післяканнерівський період (1980-ті – 1990-ті роки) характеризується відходом від позицій самого Л.Каннера у поглядах на аутизм, перегляду етіології, патогенезу та класифікації аутизму. (Скрипник Т. В., 2010) Визначальними постатями для цього періоду можна назвати Л. Вінг та Дж. Гулд, які акцентували на необхідності виявлення спільних дефіцитів у різних групах дітей, замість пошуку окремих симптомів.

Лорна Вінг та Джудіт Гулд виокремили тріаду порушень — у соціальній взаємодії, комунікації та паттернах поведінки, що часто зустрічалися разом у дітей з різними рівнями інтелекту (Wing, L., & Gould, J., 1979). Центральним дефіцитом є порушення соціальної взаємодії, що виявляється у нездатності дитини звичайним чином вступати у стосунки з людьми. Л. Вінг довела, що цей прояв може варіюватися від повної самоізоляції до активної, але специфічної та односторонньої соціальності, притаманної опису Аспергера (Klin, A., McPartland, J., & Volkmar, F. R., 2005). Сфера порушень соціальної комунікації охоплює труднощі у використанні як вербальних, так і невербальних засобів зв'язку. Психологічні експерименти післяканнерівського періоду показали, що проблеми мовлення зумовлені не відсутністю мотивації, а «поганим розумінням значення сказаних слів» та контексту спілкування (Verhoeff B., 2013).

Третій елемент тріади стосується обмеженості символічної гри та наявності стереотипних паттернів поведінки (Wing, L., & Gould, J., 1979). Ці поняття тракуються як, притаманні дітям з РАС, труднощами з гнучким реагуванням на зміни, що проявляється у «наполегливому прагненні до одноманітності»

Впровадження тріади дозволило науковцям «визнати основні спільні риси

спектра аутизму» (Kent R. J. et al., 2013), що зрештою призвело до об'єднання різних підтипів у категорію РАС у класифікації DSM-5. Відмова від субкатегорій (синдром Аспергера, дитячий аутизм, PDD-NOS) на користь єдиного парасолькового терміна — розлади аутичного спектра (РАС) стала важливою тенденцією післяканнерівського періоду.

У більш сучасних роботах прослідковується тенденція до переходу сприйняття аутизму, як дефіцитарного стану або дитячого психозу, до концепції особливого типу нейророзвитку. Актуальне визначення базується на діагностичних стандартах DSM-5, де аутизм трактується як розлад аутичного спектра (РАС) — єдиний парасольковий термін, що об'єднує різні рівні клінічних проявів у межах єдиного континууму. Паралельно з клінічним визначенням у науковому дискурсі зміцнюється концепція нейровідмінності (American Psychiatric Association, 2013).

Парадигма нейровідмінності припускає, що аутизм є однією з форм варіацій у розмаїтті типів розвитку — відмінність, яку слід пристосовувати та підтримувати, а не як дефіцит чи розлад, який потрібно виліковувати. Це дозволяє змістити фокус з «виправлення» людини на підтримку її індивідуального потенціалу та покращення якості життя шляхом адаптації середовища. Нейровідмінність тісно пов'язана з соціальною моделлю інвалідності, яка розрізняє "порушення" людини та "інвалідність" — результат середовища, яке не спроможне задовольнити потреби цієї людини (Pellicano, E., & den Houting, J., 2022)

Попри труднощі у класифікації розладів аутичного спектру та різний ступінь вираження аутичних рис у дітей дошкільного віку, наразі виокремлено чотири основні фенотипи аутизму, що мають різне генетичне підґрунтя. Дослідження А. Літман, Н. Соєрвальд та ін. (2025) стало критично важливим у розумінні біології, спадковості, траєкторії та клінічних проявів аутизму. Вчені базувалися на використанні генеративного моделювання сумішей для декомпозиції цієї гетерогенності на основі даних великих когорт (SPARK та Simons Simplex Collection). Відповідно до результатів, було виявлено чотири

клінічно релевантні класи, кожен з яких розрізняється за тяжкістю основних симптомів та наявністю супутніх станів. Клас 1 характеризувався високим рівнем основних симптомів аутизму, значними затримками розвитку, а також нижчими когнітивними та мовленнєвими здібностями порівняно з іншими класами; до Класу 2 увійшли особи з помірними основними симптомами, але вищими показниками супутніх інтерналізуючих симптомів, таких як тривожність та проблеми, пов'язані з настроєм; Клас 3 вирізнявся відносно високим когнітивним функціонуванням, проте вираженими обмеженими та повторюваними формами поведінки (RRB), які суттєво впливали на повсякденне життя; Клас 4 представляв підгрупу з найм'якшими порушеннями соціальної комунікації та взаємодії, що часто демонстрували кращі адаптивні навички в багатьох сферах (.Litman, A., Sauerwald, N., Green Snyder, L. et al. 2025).

Розуміння цих чотирьох фенотипів дозволяє не обмежуватися одним діагнозом РАС, а прогнозувати розвиток дитини та підбирати терапію, яка відповідатиме конкретному генетичному та клінічному профілю.

Варто зазначити, що попри важливість генетичного чинника виникнення аутизму, наразі не існує єдиної підтвердженої концепції причин виникнення цього стану. Проте, одним із ключових аспектів сучасного підходу є визнання аутизму як поліетіологічного стану. Аутизм розглядається як складний розлад, що виникає внаслідок поєднання генетичних факторів та факторів навколишнього середовища. Дослідження підтверджують, що на ризики виникнення аутизму впливають такі зовнішні чинники, як інфекції або вплив токсинів під час вагітності, вік батьків, тощо. Також певні прояви можуть бути більш вираженими, якщо дитина отримувала травматичний досвід або переживала серйозні захворювання. Особливістю взаємодії середовища та генів є ще й те, що вона є двосторонньою, а саме: генетичні фактори можуть підвищувати вразливість до факторів навколишнього середовища, або ж фактори навколишнього середовища можуть запускати експресію специфічних генів. Таким чином, сучасні наукові уявлення про РАС відомі як результат

взаємодії генетичних чинників із факторами навколишнього середовища. Вплив чинників навколишнього середовища може призводити до серйозних порушень розвитку головного мозку, зокрема, несприятливо впливати на диференціацію нейронів, синаптогенез та мієлінізацію аксонів (Кирилова, Л. Г., Мірошников, О. О., & Юзва, О. О., 2020)

1.2 Особливості розвитку соціальної комунікації у дітей з РАС

Соціальна комунікація є важливою частиною життєдіяльності людини, а також грає ключову роль у процесі розвитку дитини. Цей процес забезпечує обмін інформацією, налагодження взаємодії з оточенням та, як наслідок, покращення соціального благополуччя. Одним з головних компонентів тріади порушень при аутизмі є порушення саме соціальної комунікації. Українські дослідники розглядають соціальну комунікацію, як обмін між людьми або іншими соціальними суб'єктами цілісними знаковими повідомленнями, у яких відображені інформація, знання, ідеї, емоції тощо (Різун, В. В., 2011).

У процесі людської взаємодії передача інформації здійснюється за допомогою двох основних знакових систем комунікації: вербальної та невербальної. Вербальна комунікація базується на цілеспрямованій словесній передачі повідомлення, де найбільш універсальним засобом виступає мовлення. Вона використовується переважно для передачі фактичної інформації (Мізіна, О., 2016). У дітей з РАС порушення вербальної комунікації може розглядатися як коморбідна патологія, що тісно пов'язана з основним діагнозом. Супутнім діагнозом часто є «порушення мовлення», що виявляється через низькі показники за стандартизованими тестами, такими як CELF (Clinical evaluation of language fundamentals) або PLS (Preschool language scale). Значна частина дітей з РАС у дошкільному віці перебуває на превербальному рівні, що визначається як використання менше ніж 25 функціональних слів (Frye, R. E., Slattery, J. Delhey, L. Furgerson, B., Strickland, T., Tippet, M., ... & Quadros, E. V., 2018).

Окрім майже повної відсутності використання функціональних слів, у дітей з РАС спостерігаються й інші виражені дефіцити, що стосуються самої

структури та використання мови. До них відносять порушення займенникової системи, що виражається у специфічних помилках у використанні особових займенників (наприклад, говоріння про себе у третій особі); невідповідне мовлення, що визначається як використання мовленнєвих конструкцій, які не відповідають соціальному контексту або правилам етикету; ехолалію (Лещук, Г. В., 2016).

Г. Лещук (2016) виділяє також декілька рівнів розвитку вербальної комунікації у дитини, на яких існує ризик виникнення порушень. На рівні неусвідомленої вербалізації дитина може видавати звуки або слова, не маючи на меті вплинути на іншу людину; це може бути інструментом самозаспокоєння або реакцією на зовнішні події. Стадія відсторонення характеризується поведінкою, що демонструє повну незацікавленість у процесі спілкування, де будь-яка комунікація носить випадковий характер. На партнерські стадії труднощі виникають у здатності дитини комунікувати у нових середовищах. Прикладом є ситуація, де дитина розмовляє вдома, проте у школі може почати використовувати лише завчені фрази або ігнорувати співрозмовника.

Розглядаючи вербальну комунікацію, варто звернутися до роботи Б. Скіннера «Вербальна поведінка» (1957). У цій роботі Скіннер розглядає мовлення та його компоненти не з площини форми, а з площини функції, та розподіляє вербальні операнти відповідно до їх функцій, тобто наслідку, який викликає певна поведінка. У дітей з РАС часто першою формою усвідомленої комунікації виступає саме манд (Лещук, Г. В., 2016). «Манд — це вербальний оперант, у якому реакція підкріплюється характерним наслідком і, таким чином, перебуває під функціональним контролем відповідних умов депривації або аверсивної стимуляції» (Skinner, B. F., 1957). Тобто манд виступає певним запитом, з яким дитина звертається до дорослого, щоб отримати бажаний предмет, або попросити прибрати небажаний.

Іншим важливим аспектом є «такт» — оперант, що відповідає за контакт із фізичним середовищем. Скіннер зазначає (1957): «Такт можна визначити як вербальний оперант, у якому реакція певної форми викликається (або

принаймні посилюється) конкретним об'єктом, подією або властивістю об'єкта чи події». Для дошкільників із РАС характерно, що вони можуть мати навички найменування (такт), але не вміти формувати запит (манд), що створює бар'єр у задоволенні їхніх потреб та соціальній інтеграції (Лещук, Г. В., 2016).

Скіннер (1957) акцентує на тому, що вербальна поведінка завжди має наслідки: «Вербальна поведінка — це поведінка, що підкріплюється через посередництво інших людей». При РАС ми спостерігаємо дефіцит соціальної мотивації, що виявляється у відсутності очного контакту та ігноруванні присутності іншої людини як потенційного партнера по комунікації. Таким чином, соціальне підкріплення часто не працює природним шляхом.

Окрім вербальної комунікації важливо розглянути, етап, що їй передуює, а саме процес довербальної комунікації. Під цим поняттям розуміється цілеспрямоване використання як вербальних, так і невербальних актів, таких як жести, вокалізації або погляд, для передачі повідомлення іншій особі (Sandbank, M., Woynaroski, T., Watson, L. R., Gardner, E., Keçeli Kaysili, B., & Yoder, P., 2017). У дітей з розладами аутичного спектру (РАС) цей процес має свої специфічні особливості та часто характеризується значними затримками або дефіцитом.

Довербальна комунікація є ранньою соціально-комунікативною навичкою, яка готує ґрунт для розвитку гнучкого та спонтанного експресивного мовлення. За результатами дослідження приблизно 25-30% дітей з РАС протягом життя не можуть розвинути ці здібності повною мірою. Відповідно до цих показників важливо зважати на особливу роль довербальної комунікації, як форми взаємодії з дитиною з РАС. Основними компонентами та предикторами розвитку довербальної комунікації є навички спільної уваги, моторна імітація та навички предметної гри. (Sandbank, M., Woynaroski, T., Watson, L. R., Gardner, E., Keçeli Kaysili, B., & Yoder, P., 2017).

Таким чином, довербальна комунікація являє собою складну систему навмисних актів (жестів, поглядів, вокалізацій), спрямованих на взаємодію

дитини з оточуючими. Для дітей з РАС формування цих навичок є критично важливим, оскільки навмисна комунікація готує ґрунт для розвитку гнучкого та спонтанного експресивного мовлення. У випадках, коли розвиток мовлення затримується, невербальні методи стають основним засобом соціалізації.

Окрім довербальної та вербальної системи комунікації, не менш важливою у розвитку дитини є роль невербальної комунікації. Невербальна комунікація є складним процесом обміну інформацією, що доповнює або замінює мовленнєві засоби. За І. Ковалинською (2014), невербальна комунікація — це спілкування за допомогою жестів (мови жестів), міміки, рухів тіла й деяких інших засобів, за винятком мовних». У сучасних дослідженнях окрім набору жестів додається низка інших соціальних навичок. Зокрема у шкалах оцінки ранньої соціальної комунікації використовується також перевірка трьох типів навичок невербальної комунікації, а саме: розділеної уваги, запиту та соціальної взаємодії (Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J., 2008).

Процес формування невербальних навичок у дітей з РАС часто характеризується як дефіцитарний або деформований. Зазначається, що у дитини не формується зоровий контакт, вона не дивиться в очі дорослого та не простягає руки з проханням, щоб її взяли на руки. Натомість у дитини з нормотиповим розвитком ці навички проявляються доволі часто (Базима, Н. В., & Мороз, О. В., 2013).

Зоровий контакт є комунікативним актом, який дитина використовує як соціальний сигнал для дорослого. А. Сенджу та М. Джонсон (2009) підкреслюють його багатофункціональність. Зокрема зоровий контакт може моделювати поточну та/або наступну обробку соціальної інформації, використовуватися дитиною для регулювання черговості у розмові, тощо. Людина використовує зоровий контакт для сприйняття та передачі соціальних намірів і емоційних станів. Також було виявлено функцію погляду як стимулу для уваги: прямий погляд утримує або захоплює увагу спостерігача. Така

поведінка часто спостерігається у немовлят: нейротипові немовлята воліють дивитися на обличчя з прямим поглядом, що може бути важливою передумовою для подальшого розвитку соціальної комунікації.

Атиповий зоровий контакт у дитини з РАС пояснюється кількома гіпотезами. Одна з можливих причин уникнення зорового контакту полягає у тому, що мережа 'соціального мозку'... не є спеціалізованою для обробки зорового контакту в осіб з РАС. Інша гіпотеза полягає у сприйнятті дитиною з РАС погляду як загрозового стимулу, та відповідного його уникнення з метою мінімізувати неприємне збудження. Дитина з РАС може використовувати комунікативні акти по окремоті, проте у дослідженнях відзначають відсутність певної комбінації цих актів. У дослідженнях зазначається, що група дітей з РАС використовувала менш складні комбінації поведінкових актів для спілкування (Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J., 2008).

Прості жести дитина з РАС може використовувати без соціального контексту, наприклад, простягати руку, але не супроводжувати це зверненням на дорослого поглядом або вокалізацією (Базима, Н. В., & Мороз, О. В., 2013, стор. 8). Також поведінкова активність дитини була спрямована переважно на маніпуляції з предметами, а не на співрозмовника. Часто жести використовуються лише для задоволення потреб (прохань), а не для соціального обміну (Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J., 2008).

Важливою складовою невербальної комунікації також є міміка та здатність аналізувати вираз обличчя людини. У дітей з РАС міміка часто є недостатньою або невідповідною соціальній ситуації. Її описують як маловиразну, характерним є погляд повз комунікативного партнера. Діти можуть невідповідно використовувати погляд, жести, вирази обличчя, їм важко регулювати оптимальну дистанцію (Базима, Н. В., & Мороз, О. В., 2013, стор. 2).

Розпізнавання та використання відповідної міміки у соціальній взаємодії необхідне, оскільки інформація, отримана з виразу обличчя допомагає пояснювати та передбачати поведінку інших людей. Також обробка інформації з обличчя є одним із найперших механізмів соціального залучення. Відповідно до Дарвіна (1872), здатність розпізнавати базові емоції є вродженою, і вже у немовлячому віці дитина спонтанно реагує на емоційні вирази. Тож до основних функцій міміки можна віднести передачу емоційного стану, регуляцію соціальної поведінки, формування розуміння психічного стану іншого та прогнозування дій інших людей.

Дослідження показують, що діти з аутизмом приділяють менше уваги емоційним виразам обличчя, ніж діти з нормотиповим розвитком. Повною мірою діти з РАС враховують емоційні вирази лише тоді, коли їх значущість підсилена ситуаційними умовами. (Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L., 2006). Таким чином, вираз обличчя дорослого для дитини з аутизмом не є безумовно значущим стимулом, та потребує додаткових мотиваційних умов або контексту. За результатами дослідження було також виявлено, що діти з аутизмом частіше класифікували обличчя за неемоційними ознаками, ніж діти з типовим розвитком, тобто, вони звертали увагу на окуляри, форму обличчя або інші візуальні деталі. . (Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L., 2006). Ще однією атиповою рисою розпізнавання міміки є особливості зорової стратегії. Діти з аутизмом менше фіксують увагу на очах і більше — на роті, що формує специфічний спосіб інтерпретації міміки (Gehdu, B. K., Tsantani, M., Press, C., Gray, K. L., & Cook, R., 2023). Це також може бути пов'язано з низьким рівнем використання зорового контакту, або його повного уникання.

Іншою особливістю сприйняття та відтворення міміки є частота та спонтанність використання. У дітей з РАС спостерігається дефіцит автоматичного наслідування мімічних виразів. Частина дітей здатна імітувати вираз, якщо дати відповідну інструкцію, проте вона рідко робить це спонтанно

(Sato, W., Sawada, R., Uono, S., Yoshimura, S., Kochiyama, T., Kubota, Y., ... & Toichi, M., 2017).

На основі досліджень І. Логвінової (2013), до особливостей соціальної комунікації у дітей з РАС можна додати такі риси, як нездатність самотійно ініціювати звертання до дорослого, а також дефіцит розділеної уваги. Це підтверджується також і в інших дослідженнях. За результатами роботи дослідників визначається, що Ранні соціально-комунікативні труднощі при аутизмі включають порушення ранньої тріадичної комунікації, що охоплює розділену увагу та, можливо, навички діадичної черговості». Також особливо вираженим є дефіцит ініціації: «Діти з аутизмом мали відносно незначні дефіцити у реагуванні на розділену увагу та більш серйозні дефіцити в ініціюванні розділеної уваги» (Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J., 2008).

Навички розділеної уваги є критично важливими у процесі розвитку дитини. Цей період є періодом інтенсивного навчання, якому сприяє природна цікавість дітей до людей, що їх оточують. У дітей із типовим розвитком ці ранні соціальні переваги уваги закладають основу для пізнання навколишнього світу людей та навчання на його прикладі. Значна частина цього навчання відбувається за допомогою спільної уваги — здатності координувати увагу між людьми та об'єктами спільного інтересу (Thurman, A. J., & Dimachkie Nunnally, A., 2022).

За визначенням поняття розділеної уваги є здатність двох осіб одночасно зосереджуватися на одному і тому самому об'єкті або події під час соціальної взаємодії. За формами вона поділяється на реактивну спільну увагу, під якою мається на увазі здатність дитини слідувати за поглядом або жестами іншої людини, та ініціативну спільну увагу, що характеризується використанням дитиною зорового контакту та жестами, щоб спрямувати увагу іншого на об'єкт або подію з метою поділитися досвідом (Qaraqe, M., Varghese, E. B., Qadir, I., Al-Thani, D., & Baroudi, C. T., 2026). У дітей з РАС частіше спостерігається

майже повна відсутність ініціативної спільної уваги, тоді як здатність реагувати на ініціативу дорослого може бути збережена на певному рівні (MacDonald, R., Anderson, J., Dube, W. V., Geckeler, A., Green, G., Holcomb, W., Mansfield, R., & Sanchez, J., 2006).

М. Караке виділяє три рівні такої взаємодії. Найбазовішим рівнем є спільний погляд, коли дві особи одночасно дивляться на один і той самий об'єкт, не обов'язково усвідомлюючи, що їхня увага є спільною. Наступним рівнем є діадична увага, яка передбачає обмін мімікою, голосовими проявами та мовленням. Найвищим рівнем є тріадична увага, коли дві особи не лише зосереджують увагу на одному й тому ж об'єкті, а й усвідомлюють, що їхня увага є скоординованою. Це вимагає розуміння напрямку погляду та інтенціональності, що характеризується тим, що особа переводить погляд то на об'єкт, то на соціального партнера (Meindl J. N. & Cannella-Malone H. I., 2011). У дітей з РАС часто спостерігається відсутність «тріадичного» розуміння, що проявляється у нездатності дитини усвідомити факт спільності досвіду споглядання на один і той самий предмет з дорослим.

1.3 ESDM як метод втручання для дітей дошкільного віку з розладами аутичного спектру

Сучасні методи втручання для дітей дошкільного віку з РАС наголошують на важливості ранніх та інтенсивних інтервенцій. Одним з передових методів у терапії аутизму у дітей дошкільного віку є денверська модель раннього втручання (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 22).

Денверська модель раннього втручання відноситься до методів натуралістичного поведінкового втручання – NDBI. Протягом 1980-х та 1990-х років паралельно з розвитком АВА відбувся "вибух" нових досліджень у галузі дитячого розвитку. Було визнано, що соціальні стосунки є критичним контекстом для навчання у немовлят. Почали з'являтися методи, що використовують природні винагороди замість штучних. Тобто, у якості підкріплення навички використовувалися контекстуально відповідні

мотиваційні предмети або події (Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., ... & Halladay, A., 2015).

Особливістю методів групи NDBI є впровадження у природних умовах. Також вони передбачають спільний контроль між дитиною та терапевтом, використовують природні наслідки та різноманітні поведінкові стратегії для навчання навичок, що відповідають рівню розвитку та є необхідними передумовами. Стратегія природнього поведінкового втручання передбачає надання інструкції або можливості відповісти в контексті обраної дитиною діяльності або звичної рутини. Мета — підвищити мотивацію дитини до участі та використовувати досягнення дитиною її власної мети як позитивний наслідок (Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., ... & Halladay, A., 2015).

До групи методів NDBI окрім ESDM належать також IT, PRT, EMT, RIT, JASPER, Project ImPACT, та SCERTS.

Початком історії ESDM вважається запуск групової програми втручання, розробленою С. Роджерс та її командою, для дітей з РАС у віці 24-60 місяців. Оскільки аутизм розглядався як розлад соціальної комунікації, основною метою програми стала побудова з дітьми близьких, довірливих стосунків, які стали б фундаментом для їхнього майбутнього соціального та комунікативного розвитку. У цей період також була розроблена методика сенсорно соціальних ігор. Під поняттям сенсорно-соціальних ігор маються на увазі спільні ігри, у яких кожен з учасників сконцентрований на ігровому партнері, при цьому протягом всього процесу взаємодії домінують взаємне задоволення та залученість (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 34).

Таким чином, ESDM спрямовано на розвиток якісно нових способів соціальної взаємодії, таких як: здатність ініціювати комунікацію; емоційно реагувати на партнера; підтримувати соціальний цикл; розуміти наміри іншого; адаптуватися до соціальних сигналів; брати участь у спільній грі як у провідній діяльності дошкільного віку. Результативність моделі забезпечує низка провідних механізмів. За соціальним моделюванням дитина засвоює нові

способи взаємодії через спостереження за дорослим, який демонструє цілісні цикли взаємодії — ініціювання контакту, підтримку спільної діяльності, емоційне реагування та завершення соціального епізоду. Використання принципу зони найближчого розвитку полягає у створенні дорослим умов для появи природних способів спілкування, де цільова поведінка має бути доступною, але водночас містити елемент виклику, що стимулює розвиток нової форми поведінки. Зростання мотивації у ESDM забезпечується використанням індивідуальних інтересів дитини, чутливим реагуванням на її ініціативи та негайним соціальним підкріпленням (Міронова, В., 2025).

Основним форматом втручання ESDM є гра. У старших дошкільників гра є також способом засвоєння соціальних компетенцій та набутті соціального досвіду. Завдяки ігровому наслідуванню і рольовому перевтіленню він знайомиться з нормами і моделями поведінки і взаємин дітей і дорослих людей, які стають зразками для його власної поведінки (Кубата, Н. П., & Айзенбарт, М. М., 2018) Спільні ігри включають у себе предмети та заняття, які доступні у звичному середовищі дитини дошкільного віку та є основою всього навчання, яке відбувається під час спільної діяльності. Для денверської моделі раннього втручання характерною рисою є те, що у центрі взаємодії знаходиться дитина та її вибір — дорослий слідує за вибором матеріалів, завдання та на основі цього вирішується хід заняття. (Bruner J. S., 1977)

Значний вплив на ESDM та утворення його методології становлять дослідження та методики прикладного аналізу поведінки та тренінгу ключових реакцій (PRT). Прикладний аналіз поведінки, або ж АВА це метод, заснований О. І. Ловаасом на принципах теорії оперантного обумовлення Б. Ф. Скіннера, щоб допомогти в лікуванні дітей з діагнозом РАС. За своєю суттю, АВА — це практика використання психологічних принципів теорії навчання для впровадження змін у поведінці. Однією з фундаментальних моделей АВА є модель АВС (антецеденти, поведінка та наслідки), у якій маніпулювання антецедентами та/або наслідками поведінки має на меті збільшити, зменшити або змінити поведінку. Метод включає різноманітні техніки, такі як навчання

окремими блоками (DTT), підкріплення, згасання, моделювання та натуралістичне навчання (Gitimoghaddam, M., Chichkine, N., McArthur, L., Sangha, S. S., & Symington, V., 2022). Хоча АВА визнана доказовим методом у роботі з дітьми з РАС, через історичний контекст батьки або опікуни дітей можуть сприймати таке втручання негативно. Таке ставлення часто пов'язано з застосуванням професором І. Ловаасом жорстоких та неетичних методів корекції, проте варто зазначити, що сучасна АВА не використовує методів покарань, а також намагається редукувати використання харчових заохочень на користь природних соціальних стимулів (Мухіна, А. Ю., 2018)

PRT також становить основу методології ESDM та базується на принципах навчання за прикладним аналізом поведінки, проте має певні відмінності. Методики PRT були розроблені, щоб оптимально підвищувати мотивацію дитини до взаємодії з дорослим. Ключові мотиваційні та навчальні стратегії у рамках PRT включають:

1. Використання підкріплень, що стосуються безпосередньо цілей та реакцій дитини;
2. Створення можливості вибору для дитини у рамках навчального епізоду
3. Чергування нових та вже опанованих завдань;
4. Заохочення спроби, незалежно від точності відповіді дитини;
5. Використання завдань та ігор, які є мотиваційними для дитини;
6. Поділ контролю над матеріалами та взаємодією між дитиною та вчителем;

PRT вважається також одним з емпіричних методів розвитку навичок комунікації у дітей з РАС (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 73)

Однією з ключових засад ESDM є формування емоційно значущої соціальної взаємодії. Дорослий виступає не як інструктор, а як партнер у грі. До основних стратегій побудови взаємодії належать слідування за ініціативою дитини, позиціонування обличчям до обличчя, емоційна експресивність, спільна увага та черговість. Інтеграція методів АВА та PRT відбувається у грі та повсякденних рутинах, а навчальні елементи вбудовані у активність дитини.

Комунікація розглядається як центральна ціль ESDM, а для її розвитку використовуються стратегії моделювання, імітації та розширення висловлювань. Сесія також має певну структуру чергування активних та спокійних активностей, високий темп взаємодії та часту зміну активності, хоча С. Роджерс та Дж. Доусон наголошують на необхідній гнучкості відповідно до потреб дитини. Перевагою Денверської моделі раннього втручання є можливості для генералізації здобутих навичок у різних середовищах, з різними людьми та у різних контекстах. Це досягається включенням у роботу батьків, як терапевтів та акцент на рутині дитини. (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 53-73).

Специфікою методу ESDM є також цільова група, а саме діти у віці від 12 до 60 місяців. Однією з причин таких вікових обмежень є стиль взаємодії у моделі – навчання через гру може менше підходити дітям старшого віку. (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 45) Ще однією причиною є особливості розвитку мозку дитини та висока нейропластичність у цьому віці. Нейропластичність — це здатність мозку змінювати свою структуру та функції у відповідь на досвід, навчання та зовнішні впливи. У дітей молодшого віку цей процес особливо активний і відіграє ключову роль у формуванні когнітивних, моторних та емоційних навичок. У ранньому дитинстві нейропластичність забезпечує динамічне формування зв'язків між нейронами, що безпосередньо впливає на всі сфери життєдіяльності дитини, зокрема це когнітивні та сенсорні функції, адаптація, а також здатність до навчання. Після 7 років функціональні зв'язки стають більш стабільними, що зменшує гнучкість мозку (Шульга, І., 2025).

Переважаючою ціллю раннього втручання є розвиток соціальної комунікації. До фундаментальних засобів взаємодії дитини відносяться жести, зоровий контакт, посмішка, інтонація. Такі засоби допомагають налагоджувати взаємодію незалежно від здатності дитини говорити. Раннє втручання також зосереджене на розвитку рецептивного мовлення, тобто здатності розуміти звернене мовлення дорослого та його жести. Одним з факторів розвитку

комунікації є рівень навичок гри дитини та моделюючі ситуації у взаємодії. Втручання у методі ESDM сприяє кращому орієнтуванню на соціальні стимули, а не предмети (Козак, М., 2023). Зважаючи на цю тезу, Денверська модель раннього втручання є оптимальною у виборі терапії саме через принцип навчання через гру дитини.

У результаті дослідження, яке було опубліковано 26 жовтня 2012 року в Журналі Американської Академії Дитячої та Підліткової Психіатрії з публікацією під назвою «Раннє поведінкове втручання і його вплив на нормалізацію активності мозку у молодших дітей з аутизмом», було виявлено, що діти, які отримували певну терапію, проявляли активність, аналогічну здоровим дітям, коли вони спостерігали за людьми, а не за предметами. Ця реакція була подібною до тих, яку демонстрували нормотипові діти, які брали участь у дослідженні, в той час як аутичні діти, які отримували інші види втручань, виявляли протилежну реакцію. (Кукуруза, Г. В., 2013).

Важливим акцентом ESDM є акцент на навичках імітації. ESDM робить акцент на вихованні соціальної взаємодії, мови та когнітивного розвитку через імітацію, причому покращення імітаційних здібностей вважається однією з її сильних сторін. Діти, які отримували терапію ESDM виявили менше соціально-прагматичних проблем і покращення у соціальній комунікації, включаючи здатність ініціювати взаємодії, установлювати візуальний контакт та імітувати дії інших. До стратегій, що підтримують розвиток імітації також відносяться стратегії природнього навчання, що використовуються в ESDM, а саме: слідування за ініціативою дитини, імітація її поведінки, а також надання підказок і моделювання (Xiao, S., & Li, J., 2025).

Висновки до першого розділу

У результаті дослідження поняття розладів аутичного спектру у дітей дошкільного віку, особливостей розвитку соціальної комунікації у дітей з розладами аутичного спектру та Денверської моделі раннього втручання

(ESDM), як методу втручання, у психологічній літературі вдалося детальніше проаналізувати дану проблему.

Було з'ясовано, що порушення соціальної комунікації є центральним дефіцитом при РАС, який охоплює як вербальну, так і невербальну сфери. Для дітей дошкільного віку з РАС характерними є значні затримки у розвитку довербальних навичок (спільної уваги, імітації, жестів), атиповий зоровий контакт та труднощі у розумінні соціальних намірів оточуючих.

Було встановлено, що РАС є поліетіологічним станом, що виникає внаслідок складної взаємодії генетичних чинників та факторів навколишнього середовища. У сучасній парадигмі нейровідмінності увага акцентується на підтримці індивідуального потенціалу дитини та адаптації середовища, а не на виправленні дефіцитів.

Денверська модель раннього втручання (ESDM) визначена як один із найбільш ефективних натуралістичних поведінкових підходів (NDBI), що базується на поєднанні принципів прикладного аналізу поведінки (АВА), тренінгу ключових реакцій (PRT) та теорій дитячого розвитку. Головною особливістю методу є використання гри та повсякденних рутин як основного контексту для навчання, де дорослий виступає емоційно значущим партнером, слідуючи за ініціативою дитини.

Втручання за моделлю ESDM стимулює розвиток імітаційних здібностей та покращує соціально-прагматичні навички. Метод дозволяє трансформувати соціальні стимули у значущі для дитини, що є фундаментом для подальшого вдосконалення соціальної комунікації та загального психічного благополуччя дитини та її родини.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТОДУ ВТРУЧАННЯ ESDM НА ПОКРАЩЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

2.1 Загальна характеристика вибірки та методів дослідження

Для перевірки гіпотези щодо покращення соціальної комунікації у дітей з розладами аутичного спектру впровадженням методу втручання ESDM було проведено дослідження на базі Центру логопедії, раннього втручання та психологічної допомоги «Пелюстки». Вибірка складається з 10 дітей віком від 16 до 36 місяців, що пройшли огляд у лікаря психіатра та отримали висновок про ЗПР та/або РАС. Перед проведенням дослідження була отримана згода від батьків на участь у дослідженні. Сесії раннього втручання за методом ESDM проводилися 3 рази на тиждень, всього фахівцями центру було проведено 12 сесій з кожною дитиною. Відповідно до мети та завдань дослідження було використано три методики:

- Модифікований чек-лист для аутизму у малюків (Modified Checklist for Autism in Toddlers)** - стандартизований скринінговий інструмент, призначений для раннього виявлення ризику розладів аутичного спектра (РАС) у дітей віком від 16 до 30 місяців. Методика представлена у вигляді опитувальника для батьків та базується на даних про поведінку дитини та аналізі ранніх соціально-комунікативних проявів. Варто зазначити, що М-СНАТ є саме скринінговим, а не діагностичним інструментом, отже основною метою методики є підвищення чутливості до ранніх проявів РАС та своєчасне направлення на поглиблену діагностику. Опитувальник містить 20 питань, які охоплюють такі сфери розвитку, як: соціальна взаємодія, спільна увага, комунікація, імітація, гра, сенсорні та поведінкові особливості. Формат відповіді передбачає два варіанти: «Так», «Ні». Для підрахунку результатів відповідям надається числове значення, де «Так» = 1 (окрім питань 2, 5, 12, де «Так» = 0), «Ні» = 0. Відповідно до набраних балів визначається рівень ризику: низький (0-2), середній (3-7) та високий (8-20).

- **Чек-лист Денверської моделі раннього втручання (Early Start Denver Model (ESDM Curriculum Checklist))** – це стандартизований інструмент оцінки розвитку дитини дошкільного віку (12-60 місяців), який використовується для визначення поточного рівня розвитку, формування індивідуальної програми втручання, моніторингу динаміки змін. Чек лист являє собою контрольний список навичок, які є у репертуарі нейротипового дошкільника та включає чотири вікові рівні:

- 1) Перший рівень: 12-18 місяців
- 2) Другий рівень: 18-24 місяці
- 3) Третій рівень: 24-36 місяців
- 4) Четвертий рівень: 36-48 (60) місяців

До віх розвиток, що оцінюються, належать: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички, імітація, когнітивні навички, гра, дрібна моторика, велика моторика та поведінка. Кожній навичці присвоюється оцінка відповідно до ступеня сформованості:

- 1) A (Acquired) — навичка сформована і стабільно проявляється;
- 2) P (Partial) — навичка формується, проявляється частково;
- 3) N (Not yet) — навичка відсутня;

- **CASD (Childhood Autism Spectrum Disorder Screening)** – це скринінгова шкала для оцінки симптомів розладів аутичного спектра, що базується на критеріях DSM-5, та призначена для дітей віком від 1 до 16 років. Основною метою є раннє виявлення симптомів аутизму та запобігання пропуску випадків аутизму при інших порушеннях розвитку. CASD є єдиним діагностичним інструментом, що оцінює односпектральні розлади, а його достовірність виявлення дітей РАС у дітей складає 99,5%. У тесті пропонується визначити наявність 30 проявів за категоріями: проблеми з соціальною взаємодією, повторювані дії, порушення тілесної чутливості, відхилення у спілкуванні і розвитку, розлади настрою, проблеми з увагою та особистою безпекою. Результати тесту CASD

оцінюються шляхом підрахунку балів на основі відповідей на 30 пунктів, де одна позитивна відповідь дорівнює одному балу. Відповідно до кількості набраних балів, результати інтерпретуються, як: 0-14 балів – низька ймовірність РАС, 15 – підвищена ймовірність аутизму, 30 балів – висока ймовірність РАС.

Для формування фокус-групи дослідження та збору анамнестичних даних було протестовано 10 дітей за допомогою методики «Модифікований чек-лист для аутизму у малюків» у адаптації, стандартизації та валідації Т. Жимолостнової; опитувальник було заповнено батьками дітей. Для виявлення рівня прояву аутизму за допомогою методики CASD двічі було проведено тестування дітей, що потрапили у групу дослідження: на початку надання втручання (протягом перших двох тижнів) та через 3 місяці надання втручання; спостереження по кожній дитині проводив кваліфікований спеціаліст центру. Також під наглядом фахівців центру, які проводили втручання, двічі була проведена оцінка навичок дітей за допомогою чек листа Денверської моделі раннього старту (Early Start Denver Model (ESDM Curriculum Checklist) на початку втручання (протягом першого тижня) та через 3 місяці роботи з дітьми.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Метою дослідження було дослідити вплив методу втручання ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з РАС.

Результати тестування за методикою М-СНАТ продемонстровані у таблиці А.1 (див. дод. А). Відповідно до шкали категорій ризику, запропонованою Д. Л. Робінс, Д. Фейн та М. Бартон, у 8 дітей було виявлено високий ризик аутизму, інші 2 належать до групи середнього ризику, де максимальний бал відповідає значенню 19 з 20 можливих, мінімальний – 5, це дає можливість зробити висновок, що всі діти у вибірці знаходяться у групі ризику виявлення аутизму. (Рис. 2.1) Середнє значення показників відповідає

12,5 балам та категоризується, як зона високого ризику, що також підтверджує наявність у групи підвищений ризик РАС.

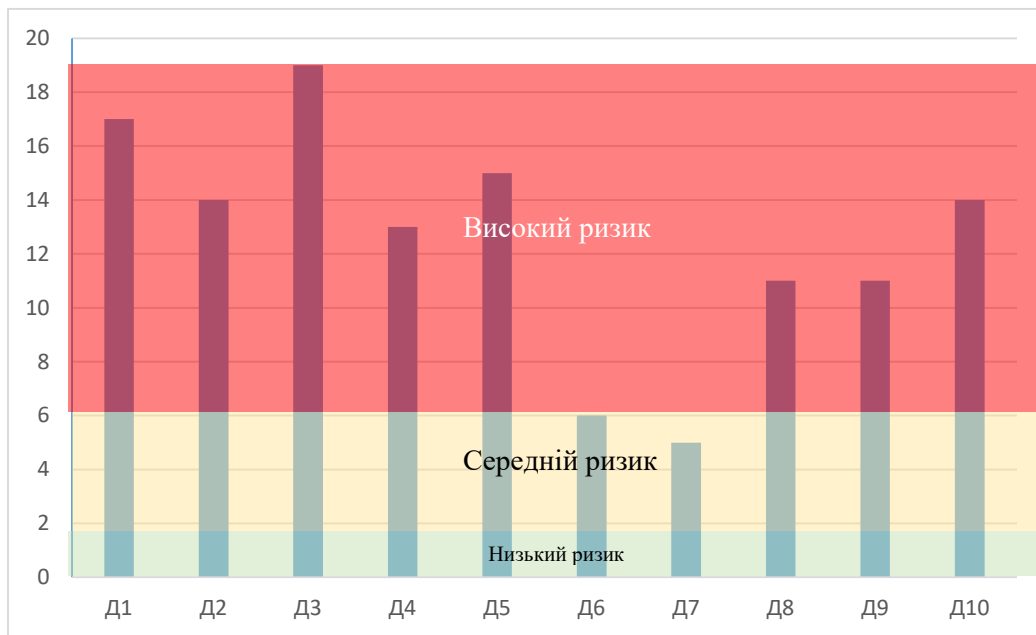


Рис. 2.1 Результати оцінювання ризику РАС за М-СНАТ

Отже, результати первинного скринінгу за методикою М-СНАТ засвідчують, що вибірка досліджуваних сформована з дітей, що мають підвищений ризик РАС. Отримані показники підтверджують доцільність подальшого поглибленого психодіагностичного обстеження кожної дитини.

Первинна оцінка

Відповідно до етапів проведення дослідження, було проведено первинний скринінг за допомогою методики CASD, результати подані у вигляді таблиці Б.1 (див дод. Б). Отримані результати свідчать про варіативність рівня вираженості симптоматики РАС у групі. Мінімальний зафіксований показник становить 17 балів, максимальний — 26 балів із 30 можливих. Середнє значення дорівнює 20,5 бали, що відповідає критерію підвищеної ймовірності РАС та вказує на загалом підвищений рівень проявів симптоматики в обстежених дітей. (Рис. 2.1). Відповідно до критеріїв інтепретації шкали, запропонованої С. Д. Маєрс, можна стверджувати наявність у всіх досліджуваних ознак, характерних для розладів аутичного спектру. Водночас

спостерігається висока варіативність проявів, що демонструє неоднорідність клінічної картини РАС у межах вибірки.

Найбільш виражені порушення виявлені у сферах соціальної взаємодії та комунікації. Всі досліджувані демонструють труднощі у підтримці контакту, ініціюванні взаємодії та реакції на соціальні стимули, що відповідає клінічним характеристикам дітей дошкільного віку з РАС (American Psychiatric Association, 2013). Відповідні результати продемонстровані у таблиці 2.1, де представлені шкали «Соціальна взаємодія» та «Відхилення у спілкуванні і розвитку». Середній бал за цими шкалами дорівнює 7,4 з 10 можливих набраних, що вказує на наявність труднощів у соціальній взаємодії серед вибірки досліджуваних.

Таблиця 2.1

Конкретні результати першої оцінки за CASD

№	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д10
	Соціальна взаємодія									
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
2	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
5	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
Всього:	3	2	5	3	5	3	4	4	4	4
	Відхилення у спілкуванні і розвитку									
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1
22	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
23	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
24	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Всього	4	4	5	4	2	4	3	3	4	4

Середнє значення за шкалою «Порушення тілесної чутливості» дорівнює 6,6 з 10-ти можливих набраних балів, що дає можливість зробити висновки про

помірні порушення тілесної чутливості та наявність сенсорних особливостей у групі, зокрема гіпо- або гіперчутливості до зовнішніх стимулів.

Аналіз отриманих даних за шкалою «Повторювані дії» свідчить про значну представленість симптомів: у більшості дітей відзначаються стереотипні форми поведінки, ригідність та схильність до повторюваних паттернів активності.

Також серед вибірки спостерігається наявність розладів настрою, що підтверджується даними за шкалою «Розлади настрою». Зокрема кожен досліджуваний проявляє поведінку, вказану у пункті 25, а саме: гіперактивність, дратівливість, погана здатність до переживання невдач (низька толерантність до фрустрації); збудливість; схильність до істерик, агресії або аутоагресії (самопошкоджень) (Прокопчук, Н., 2023). Важливою особливістю є поява надмірної реакції на незначні події або явища, наприклад, включення в їхню гру, відволікання від поточної діяльності, тактильна близькість, укладання в сон, тощо.

Відповідно до наведених висновків, результати первинного скринінгу за шкалою CASD підтверджують наявність у всіх досліджуваних дітей комплексу симптомів, характерних для розладів аутичного спектру, з переважанням порушень у сфері соціальної комунікації. Зокрема, зафіксовані показники (у межах 17–26 балів) вказують на підвищену ймовірність наявності розладу та різний ступінь його проявів, що узгоджується з результатами скринінгу M-CHAT.

У таблиці В.1 (див дод. В) представлено результати первинного оцінювання учасників дослідження за шкалою чек листа Денверської моделі раннього втручання (Early Start Denver Model (ESDM Curriculum Checklist). У першому стовпці подано кодовані позначення навичок: літерні індекси відображають сферу розвитку (наприклад, РК — рецептивна комунікація),

перша цифра вказує на рівень оціночного листа, друга позначає порядковий номер навички в межах відповідної сфери.

Оцінювання було проведено під час взаємодії з дитиною методом спостереження, під час спостереження було оцінено рівень засвоєння та частоту прояву кожної навички, які було переведено у бальну шкалу від 0 до 2, відповідно таких рівнів засвоєння:

- 0 балів – навичка відсутня
- 1 бал - навичка формується, проявляється частково
- 2 бали – навичка сформована і стабільно проявляється

Відповідно до мети дослідження рівня розвитку соціальної комунікації, у роботі було використано лише частину віх розвитку, а саме: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички та імітація.

Під час первинного спостереження було виявлено суттєву різницю у навичках дітей. Попри наявність спільних діагностичних критеріїв РАС, досліджувані діти відрізнялися за якістю соціальної взаємодії, здатністю до підтримки спільної уваги, рівнем комунікативної ініціативи та особливостями реагування на соціальні стимули. Діти Д5, Д6, Д7, Д8, Д9, Д10 демонстрували вищий рівень навичок, відповідно доцільним стало більш глибоке дослідження та додаткова перевірка навичок з використанням 2-го рівня чек листу ESDM. У зв'язку з цим виникла необхідність розподілу дітей на 2 підгрупи: підгрупа А і підгрупа Б.

Основу розподілу складає біологічний вік, рівень сформованості навичок, показники симптоматики РАС, отримані під час первинного спостереження та діагностичного обстеження за методикою CASD. При розподілі було враховано такі критерії соціальної взаємодії, як:

- частота та доцільність використання зорового контакту;
- здатність дитини ініціювати та підтримувати взаємодію;
- рівень розуміння зверненого мовлення;

- сформованість навичок спільної уваги;
- використання довербальних засобів комунікації;
- сенсорні особливості;
- наявність поведінкових труднощів;
- рівень стереотипії у грі;

До підгрупи А увійшли діти Д1, Д2, Д3, Д4, Д5 віком від 16 до 24 місяців, що мали високі показники за методикою CASD та більший рівень прояву симптоматики РАС відповідно; досліджувані були оцінені за 1 рівнем чек листу ESDM. У дітей спостерігався значний дефіцит соціальної комунікації, значні труднощі у підтриманні спільної уваги та використанні довербальних засобів комунікації; протягом взаємодії зоровий контакт підтримувався з низькою частотою або був повністю відсутній.

Підгрупа Б складається з дітей Д6, Д7, Д8, Д9, Д10 віком від 24 до 36 місяців, що, зважаючи на результати спостереження за методикою CASD, мали менший рівень прояву РАС та були оцінені за 1 та 2 рівнями чек листу. Для них були характерними епізодичне використання зорового контакту, часткове реагування на ім'я та звернене мовлення, періодична ініціація контакту, а також вища готовність до взаємодії з дорослим у процесі гри. Попри менші труднощі у комунікації, рівень прояву симптоматики РАС залишався клінічно значущим.

Перший рівень чек листа ESDM відповідає віковому діапазону 12-18 місяців, другий рівень – 18-24 місяці, що є значно нижчим за біологічний вік дітей та свідчить про відставання у розвитку.

У таблиці 2.2 подано узагальнені результати первинного оцінювання за чек-листом Денверської моделі раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM). З метою проведення більш детального аналізу, отримані бали було переведено у відсотки, що відображають рівень сформованості навичок у межах кожної досліджуваної сфери розвитку. Відсоткове значення розраховувалося як співвідношення фактично набраних балів до максимально можливої кількості балів за відповідним блоком навичок. Представлення

результатів у такому форматі дозволяє здійснити порівняльний аналіз між підгрупами, незалежно від різної кількості оцінених навичок, а також більш наочно відобразити рівень сформованості соціальної комунікації за обраними сферами (рецептивна та експресивна комунікація, соціальні навички, імітація).

Таблиця 2.2

Узагальнені результати первинної оцінки за ESDM Curriculum Checklist

	Підгрупа А					Підгрупа Б				
Віха розвитку	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д10
Рецептивна комунікація	16,7%	40%	30%	23,2%	26,7%	60%	42%	56%	48%	78%
Експресивна комунікація	7,1%	42,9%	25%	25%	35,7%	75%	36,4%	40,4%	34,5%	26,8%
Соціальні навички	15%	65%	50%	55%	20%	70,3%	40,4%	52,7%	47,3%	28,4%
Імітація	0%	37,5%	0%	0%	12,5%	84,6%	23,1%	19,1%	7,7%	30,8%

Отримані результати демонструють нерівномірність розвитку досліджених віх. Серед обох підгруп відсоткове значення засвоєння навичок за кожною віхою розвитку тяжіє до середнього або нижче середнього з усіх можливих засвоєних навичок. Підгрупа А демонструє низькі результати у віхах рецептивної комунікації (26,8%) та експресивної комунікації (26,8%). Навички імітації майже не засвоєні (10%). Це свідчить про суттєві труднощі у засвоєнні нових навичок через наслідування, що є базовим механізмом навчання у дітей раннього віку. Навички з віхи розвитку «Соціальні навички» є найбільш розвиненими, середнє значення відповідає 41%.

Найвищі результати серед підгрупи А демонструє досліджуваний Д2 (рецептивна комунікація – 12 балів, експресивна комунікація – 12 балів, соціальні навички – 13 балів, імітація – 3 бали), що корелює з найнижчим, серед дітей підгрупи А, рівнем прояву симптомів РАС, досліджених за методикою CASD. Також досліджувані Д2 і Д5 єдині, хто продемонстрував наявність

навичок імітації серед першої підгрупи; у інших досліджуваних в цій підгрупі вони фактично відсутні.

Найнижчі результати серед досліджуваних варіюються за віхами розвитку, що свідчить про нерівномірність розвитку кожної досліджуваної дитини. У віхах рецептивної та експресивної комунікації найнижчі показники демонструє Д1 (5 балів і 2 бали відповідно), а у вісі соціальних навичок – Д5 (4 бали)

У підгрупі Б спостерігається значно вищий загальний рівень сформованості навичок. Найбільш розвиненою є рецептивна комунікація (56%), що свідчить про середній рівень засвоєння навичок, завдяки яким дитина розуміє звернену мову, інструкції та соціальні сигнали. Експресивна комунікація та соціальні навички є менш розвиненими, проте також знаходяться на середньому рівні засвоєння навичок, показники з цих віх становлять 42,8% і 47,80% відповідно.

Верхню межу показників, як і у випадку першої підгрупи, формують результати однієї дитини, а саме Д6 (рецептивна комунікація – 30 балів, експресивна комунікація – 39 балів, соціальні навички – 52 бали, імітація – 22 бали). Всі показники вищі за середнє значення, а рівень засвоєння навичок імітації тяжіє до максимального.

Мінімальні показники серед дітей підгрупи Б варіюються відповідно віх розвитку, де найнижчі показники у рецептивній комунікації (21 бал) демонструє Д7, у експресивній комунікації (14 балів) та соціальних навичках (21 бал) – Д10, імітації (2 бали) – Д9. Попри низький рівень засвоєння навичок, всі діти демонструють їх наявність на певному рівні формування, проте результати все ще є значно нижчими за вікову норму.

Клінічна характеристика, сформована за результатами методик CASD і М-CHAT у поєднанні з результатами первинного оцінювання за чек-листом

ESDM дозволяє виокремити низку потенційних ризиків для подальшого розвитку дітей та зробити висновки про їхній рівень розвитку на початку дослідження. Зокрема, у всієї групи спостерігається дефіцит соціальної комунікації, що проявляється у труднощах ініціювання взаємодії, обмеженому використанні комунікативних засобів та недостатній сформованості спільної уваги. Рівень експресивної комунікації дітей є значно нижчим у порівнянні з їхньою здатністю до розуміння зверненого мовлення та виражається асиметрією розвитку комунікативних навичок. Описані характеристики можуть призводити до фрустрації, та, як наслідок, появи труднощів у поведінці, зниженні частоти та рівня якості взаємодії з оточенням дитини. Низькі показники у сфері імітації свідчать про ризики обмеженої здатності до навчання, оскільки наслідування є базовим механізмом засвоєння нових навичок у ранньому віці.

Результати порівняльного аналізу підгруп показують, що досліджувані з підгрупи Б проявляють вищий рівень сформованості навичок у всіх сферах розвитку. Це може бути зумовлено старшим віком дітей, меншим ступенем вираженості симптоматики РАС та попередній набутий досвід навчання навичкам.

Первинна оцінка за методикою ESDM Curriculum check-list дозволяє охарактеризувати базовий рівень навичок у групи досліджуваних дітей. Зокрема, важливим є порівняння між двома підгрупами дітей, що дозволяє прослідкувати динаміку кожної з підгруп окремо та зробити висновки у наступних етапах дослідження.

Обмежений обсяг та гетерогенність вибірки може ускладнювати узагальнення результатів на ширше коло дітей з РАС. Індивідуальні особливості кожної дитини можуть суттєво впливати на загальну картину, зумовлюючи високу варіативність показників, що було висвітлено під час поділу дітей на дві підгрупи.

Повторна оцінка

Опитувальник М-СНАТ не використовувався під час вторинної оцінки, адже його необхідність, як інструменту для збору анамнестичного матеріалу, втратила актуальність. У таблиці Г.1 (див. дод. Г) наведено результати другої оцінки досліджуваної групи за методикою CASD. На рис. 2.2 представлено порівняльний графік середніх значень показників групи досліджуваних за кожною групою симптомів на початку впровадження втручання та через 3 місяці впровадження втручання за методом ESDM, де спостерігається загальна тенденція до зниження рівня проявів симптомів РАС.

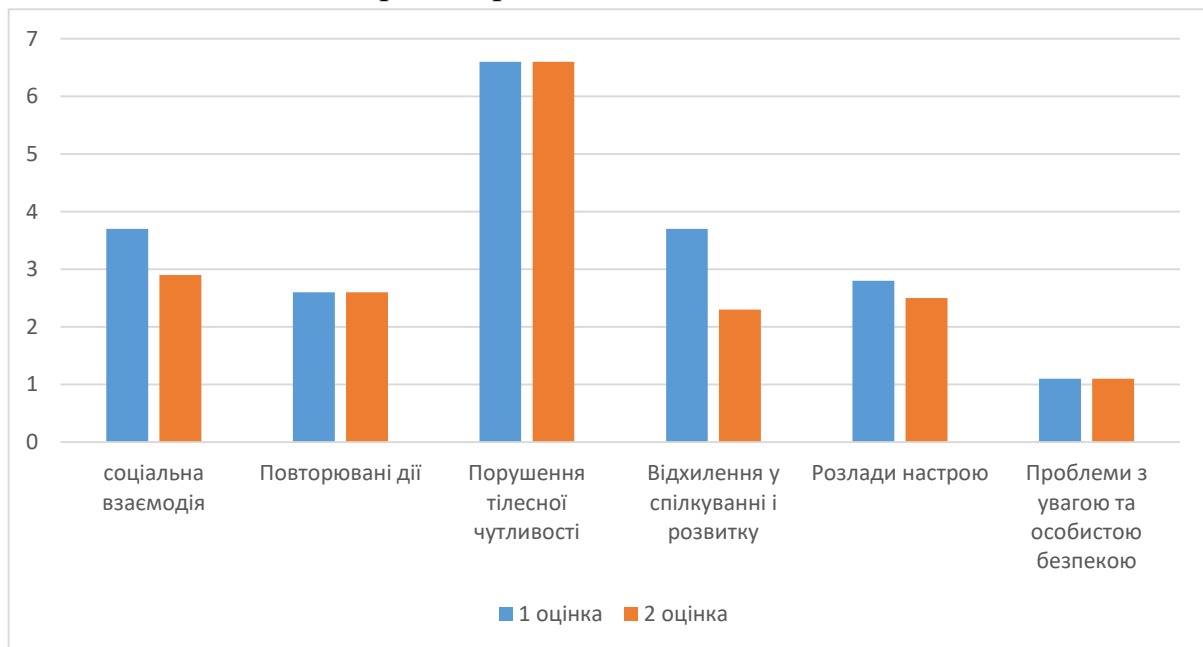


Рис. 2.2. Порівняння оцінки за CASD до/після втручання

Найбільш виражена різниця помітна за шкалами «Соціальна взаємодія» і «Відхилення у спілкуванні і розвитку», вона складає -0,8 і -1,4 бали відповідно, що свідчить про суттєве покращення комунікативних навичок, зокрема здатності дітей ініціювати контакт, підтримувати якісну взаємодію з дорослими та однолітками. Також позитивна динаміка спостерігається за шкалою «Розлади настрою», вона складає -0,3 бали. Це свідчить про часткове покращення емоційної регуляції дітей. Потенційно зниження проявів за цією категорією може бути пов'язано з зниженням фрустрації та зменшення поведінкових проблем відповідно.

Динаміка за шкалами «повторювані дії», «порушення тілесної чутливості» і «проблеми з увагою та особистою безпекою» не спостерігається. Відсутність змін у сфері повторюваних дій може бути пов'язана з тим, що стереотипні форми поведінки є однією з найбільш стійких характеристик розладів аутичного спектра.

Стабільність показників за шкалою порушень тілесної чутливості може пояснюватися особливостями сенсорної обробки у дітей з РАС. Сенсорні порушення часто потребують спеціалізованих сенсорно-інтеграційних підходів, також варто зазначити, що метод ESDM фокусується саме на соціальній комунікації та грі дитини, тому покращення сенсорного сприйняття не було включено у роботу. Відсутність динаміки у показниках уваги та особистої безпеки може бути зумовлена складністю формування довільної регуляції у дітей з РАС раннього віку. Формування уваги, самоконтролю та здатності до ідентифікації небезпек, є тривалим онтогенетичним процесом, а отже відповідні навички можуть бути менш чутливими до змін у короткі часові проміжки та потребувати більш тривалого втручання.

Для визначення динаміки формування та частоти прояву навичок, через 3 місяці після початку впровадження втручання було проведено повторну оцінку навичок за чек листом ESDM та проаналізовано кількісні та якісні зміни у сферах розвитку досліджуваних дітей, результати продемонстровано у таблиці Д.1 (див. дод. Д). На рис. 2.3 та 2.4 зображені гістограми первинної та повторної оцінки для обох підгруп.

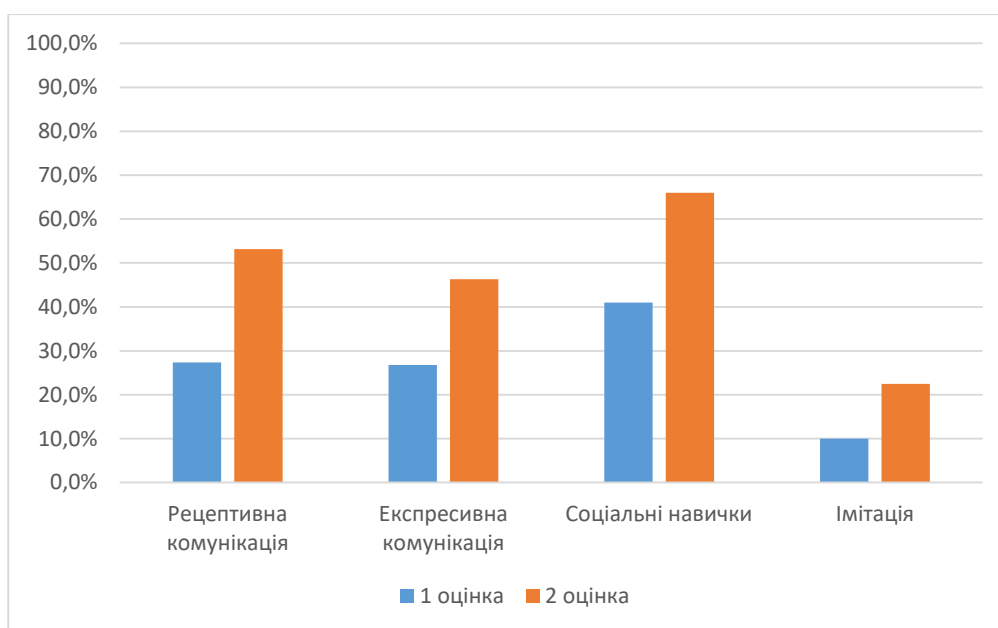


Рис. 2.3 Рівень прояву навичок за чек листом ESDM для підгрупи А

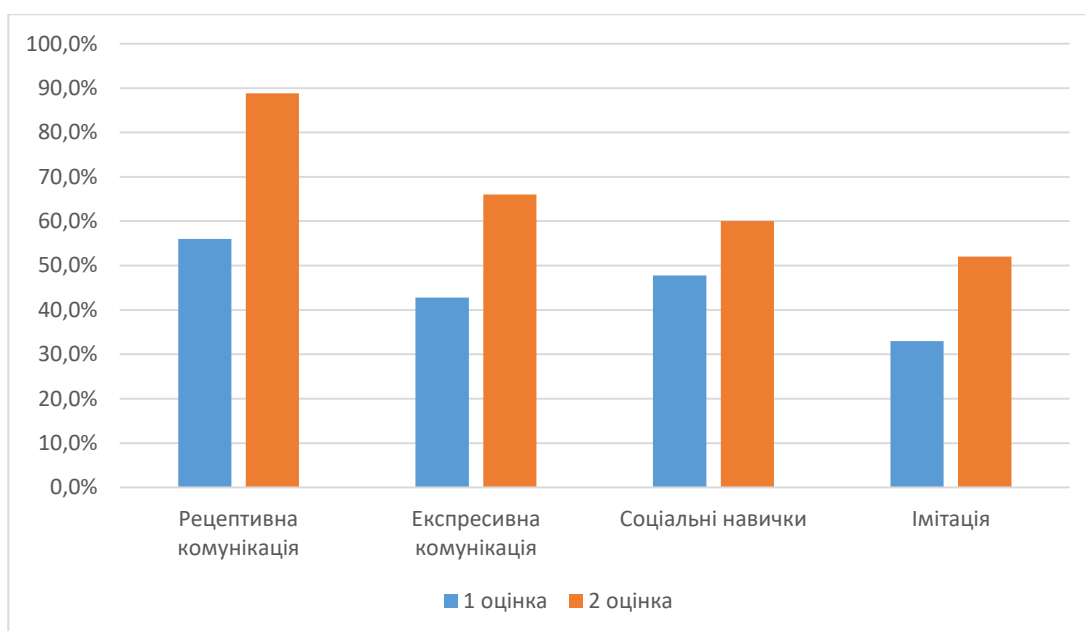


Рис. 2.4 Рівень прояву навичок за чек листом ESDM для підгрупи Б

Порівняння первинної та повторної оцінки демонструє позитивну динаміку розвитку соціальної комунікації у обох підгрупах досліджуваних. Стабільний приріст навичок спостерігається у сферах рецептивної комунікації, експресивної комунікації, соціальних навичок та імітації, що свідчить про помірні покращення рівня соціальної комунікації у досліджуваних дітей. В обох підгрупах найбільший приріст спостерігається у сфері рецептивної

комунікації, різниця показників становить 25,8% у підгрупі А і 32,8% у підгрупі Б, що демонструє покращення у здатності розуміти звернене мовлення, виконувати прості інструкції, слідувати за вказівним жестом дорослого та реагувати на інші загальноприйняті жести.

Результати підгрупи А свідчать про помірний прогрес розвитку соціальних навичок, де різниця показників між двома оцінками складає 25%, що вказує на підвищення здатності дітей підтримувати взаємодію, розділяти спільну увагу з дорослим, тощо. Позитивну динаміку також зафіксовано у сфері експресивної комунікації, рівень сформованості та частота прояву навичок зросла на 19,2%, що свідчить про зменшення у дітей труднощів у вираженні власних потреб та користуванні доверабельних або вербальних засобів комунікації. Приріст навичок імітації є незначним (12,5%), що вказує на труднощі у засвоєнні дітьми відповідних навичок та потребує додаткового дослідження причин низької динаміки.

Підгрупа Б демонструє схожу з підгрупою А динаміку розвитку, проте помічається менший приріст навичок у сфері соціальних навичок. Різниця між оцінками складає 12,2%, що вказує на незначний прогрес у порівнянні з досліджуваними з підгрупи А. Відмінність у динаміці підгруп полягає також у розвитку імітації – підгрупа Б демонструє більший приріст навичок, що становить 19% та свідчить про покращення здатності до наслідування. Спостерігається також значний приріст навичок у сфері експресивної комунікації (23,2%), що свідчить про позитивні зміни у здатності дітей до ініціюванні взаємодії з дорослим, використанні невербальних та/або вербальних засобів комунікації, тощо.

Різниця у прирості навичок між двома підгрупами є незначною та складає 1,2%, що свідчить про однаковий рівень ефективності втручання для дітей з різним початковим рівнем навичок.

Покращення соціальної комунікації дітей узгоджуються з зменшенням вираженості симптомів РАС за результатами повторної оцінки за CASD, що підтверджує надійність отриманих емпіричних даних.

Для більш детального дослідження ефективності втручання було проведено індивідуальний аналіз динаміки по кожному досліджуваному, результати представлені у таблиці 2.5

Таблиця 2.3

Відсоток приросту навичок за чек листом ESDM в обох підгрупах

Віхи розвитку	Підгрупа А					Підгрупа Б				
	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д10
Рецептивна комунікація	33,3%	20%	3,3%	46,7%	26,7%	30%	30%	40%	48%	12%
Експресивна комунікація	10,7%	21,4%	17,8%	32,1%	14,3%	21,2%	25%	44,2%	7,7%	21,1%
Соціальні навички	15%	15%	15%	30%	50%	19%	16,2%	12,1%	10,8%	1,4%
Імітація	12,5%	13,5%	0%	12,5%	25%	11,5%	20,2%	38,5%	30,7%	0%
Середнє значення	17,8%	17,5%	9%	30,3%	29,00%	20,39%	22,85%	33,70%	24,33%	8,63%

Д1 – середній приріст складає 17,8%, у досліджуваного спостерігається помірна позитивна динаміка. Найбільший приріст зафіксовано у сфері рецептивної комунікації, показник складає – 33,3%, що дозволяє зробити висновок про покращення здатності розуміння зверненого мовлення. Менш вираженою є динаміка у сферах експресивної комунікації (10,7%) та імітації (12,5%), що вказує на певні труднощі у розвитку певних навичок, зокрема ініціювання контакту, навички повідомляти про свої потреби та наслідування.

Д2 – середній приріст складає 17,4%, досліджуваний демонструє рівномірний та помірний приріст навичок за кожною віхою розвитку.

Найбільша динаміка спостерігається у сфері експресивної комунікації (21,43%), що свідчить про більшу здатність до комунікації після впровадження програми втручання.

Д3 – середній приріст складає 9,03%, що свідчить про низьку динаміку розвитку. Також дитина демонструє найнижчий приріст серед усіх досліджуваних, зокрема майже відсутня динаміка у таких віхах розвитку, як рецептивна комунікація (3,3%) та імітація (0%). Це вказує на значні труднощі у розумінні зверненої мови та здатності наслідування. Також можна зробити висновок про низьку ефективність впровадження втручання.

Д4 – середній приріст складає 30,33%, що свідчить про значну позитивну динаміку. Значне покращення спостерігається у рецептивній (46,7%) та експресивній комунікації (32,1%), а також у соціальних навичках (30%), що свідчить про комплексний розвиток соціальної комунікації та вказує на потенційну високу ефективність втручання.

Д5 – середнє значення показників приросту складає 29%, що свідчить про позитивну динаміку розвитку. У досліджуваного спостерігається певна варіативність розвитку навичок: у сфері соціальних навичок показник приросту складає 50%, що є максимальним значенням серед усіх дітей. Позитивна динаміка у рецептивній комунікації (26,7%) та імітації (25%) свідчить про значному покращенні навичок, що відповідають за розуміння зверненої мови та наслідування. Зокрема, можна зробити припущення стосовно зв'язку покращення навичок імітації та соціальних навичок.

Д6 – середній приріст складає 20,4%, що свідчить про помірний середній приріст навичок. Зокрема найбільш вираженим є розвиток рецептивної комунікації (30%), показники у сферах соціальних навичок (15%) та імітації (13,5%) свідчать про більш низький рівень розвитку у зазначених сферах.

Д7 – середній показник приросту складає 22,9%, найвищий приріст спостерігається у рецептивній комунікації (30%) та імітації (20,2%). Це свідчить про покращення здатності до навчання через наслідування та розуміння мовлення.

Д8 – досліджуваний демонструє найвищий середній приріст серед усіх дітей, показник складає 33,7%. Найбільш значні зміни спостерігаються у сферах експресивної комунікації (44,2%) та імітації (38,5%). Це свідчить про активний розвиток здатності до ініціації взаємодії, навичок повідомлення про свої потреби та здатності до наслідування.

Д9 – середній приріст складає 24,3%. Показники досліджуваного характеризуються нерівномірністю розвитку, де найбільший приріст спостерігається у сфері рецептивної комунікації (48%), а найнижчий – у експресивній (7,7%). Це свідчить про асиметрію розвитку, проте результати втручання загалом можна визначити, як ефективні.

Д10 – середній приріст складає 8,6%, що є найнижчим показником серед усіх досліджуваних. Розвиток у сферах імітації та соціальних навичок майже відсутній, показники складають 0% і 1,4% відповідно, що свідчить про збереження значних труднощів у соціальній комунікації.

Помірна позитивна динаміка спостерігається у 8 досліджуваних дітей, 2 демонструють незначний приріст навичок. Зміни у розвитку соціальної комунікації виявлені як на показниках групи, так і при індивідуальному аналізі кожної досліджуваної дитини.

Для перевірки статистичної значущості змін у розвитку, отриманих у результаті впровадження втручання за методом ESDM, було використано Т-критерій Вілкоксона для зв'язаних вибірок в обох підгрупах. У таблиці 2.4 наведено результати статистичного аналізу показників.

Таблиця 2.4

Результати статистичного аналізу

Підгрупа	Кількість спостережень (n)	Сума позитивних рангів (W ⁺)	Сума позитивних рангів (W ⁻)	Емпіричне значення (T)	Критичне значення (T _{крит.})
Підгрупа А	4	10	0	0	0
Підгрупа Б	4	10	0	0	0

Результати статистичного аналізу вказують на наявність стійкої позитивної динаміки за всіма досліджуваними віхами розвитку в обох групах. У підгрупі А розраховане емпіричне значення Т-критерію Вілкоксона становить $T = 0$, що при обсязі вибірки $n = 4$ відповідає критичному значенню $T_{\text{крит}} = 0$ на рівні значущості ($p \leq 0,05$). Аналогічна тенденція простежується і в підгрупі Б, де за всіма показниками зафіксовано приріст навичок. Отримане емпіричне значення $T = 0$ відповідає $p \leq 0,05$.

Обидва значення підтверджують статистичну значимість змін та позитивний вплив втручання на розвиток дітей. За результатами розрахунків, гіпотеза про випадковість змін була відхилена.

Водночас варто враховувати низку похибок, які могли виникнути під час повторного оцінювання. Насамперед це потенційний рівень суб'єктивності, що міг впливати на дані, отримані методом спостереження, та інтерпретацію поведінки досліджуваних. Також на результати, отримані за методиками CASD та ESDM Curriculum check list могли вплинути такі фактори, як емоційний та фізичний стан дітей під час оцінювання, мотивація до взаємодії з дорослим або рівень ресурсу дитини. Попри переведення значень у відсотки, використання

різних рівнів чек листа ESDM також може створювати перешкоди для прямого порівняння показників.

Відповідно до отриманих даних можна зробити висновок про підтвердження гіпотези про те, що застосування методу втручання ESDM покращує навички соціальної комунікації у дітей з РАС. Всі досліджувані діти демонструють позитивну динаміку у рівні сформованості навичок, що необхідні для розвитку соціальної комунікації. Також спостерігається незначне зменшення проявів РАС у групи досліджуваних після 3-х місячного впровадження втручання. Важливо зазначити, що рівень розвитку є варіабельним та індивідуальним для кожної дитини, відповідно двоє учасників дослідження демонстрували позитивний, проте незначний приріст навичок. Обидві підгрупи дітей демонстрували приблизно однаковий прогрес, отже початковий рівень навичок не мав суттєвого впливу на вразливість віх розвитку до втручання за моделлю ESDM.

Висновки до другого розділу

Було проведено емпіричне дослідження на предмет впливу впровадження Денверської моделі раннього втручання на розвиток соціальної комунікації у дітей дошкільного віку з РАС. У дослідженні взяло участь 10 дітей віком від 16 до 36 місяців, що мають висновок лікаря психіатра про ЗПР та/або РАС, втручання надавалося протягом 3-х місяців фахівцями центру логопедії, раннього втручання та психологічної допомоги «Пелюстки»; загалом з кожною дитиною було проведено 12 сесій. Перед проведенням дослідження була отримана згода від батьків на участь дітей у дослідженні.

Перший етап дослідження складався з скринінгу дітей за допомогою методики М-СНАТ (Л. Робінс, Д. Фейн та М. Бартон) з метою виявлення рівня ризику РАС, формування відповідної вибірки для подальшого дослідження та збору анамнестичного матеріалу. Середній показник складає 12,5 балів з 20-ти можливих, мінімальний – 5, максимальний – 20, відповідно, отримані

результати підтвердили наявність у досліджуваних середнього або високого ризику РАС та дозволили продовжувати дослідження з групою дітей.

На другому етапі дослідження була проведена первинна оцінка за методиками CASD та ESDM Curriculum check list з метою визначити рівень проявів симптоматики РАС, рівень сформованості навичок та частоту прояву. Бали, отримані під час первинного скринінгу за CASD варіювалися від 17 до 26 з 30 можливих, що відповідає рівню підвищеної вираженості симптоматики РАС.

Відповідно до віку, різного рівня наявних навичок та вираженості симптоматики РАС на початку дослідження, дітей було поділено на 2 підгрупи: підгрупу А і підгрупу Б. Підгрупа А була оцінена за 1 рівнем чек листу ESDM, підгрупа Б за 1 і 2 рівнями. Було встановлено, що початкові показники за такими віхами розвитку, як: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички та імітація, у підгрупі А були нижчими, ніж у підгрупі Б, що свідчить про початково різний рівень розвитку дітей.

За результатами повторної оцінки за CASD було зафіксовано зниження рівня прояву симптоматики РАС за шкалами «соціальна взаємодія» (–0,8 бала) та «відхилення у спілкуванні і розвитку» (–1,4 бала), а також менш виражене зниження за шкалою «розлади настрою» (–0,3 бала), що свідчить про покращення соціальних, комунікативних навичок, а також зменшення поведінкових труднощів, спричинених розладами настрою.

Результати повторного оцінювання за чек-листом ESDM продемонстрували суттєвий приріст у всіх досліджуваних сферах. Найбільший приріст спостерігався у сфері рецептивної комунікації, що вказує значне покращення здатності розуміти звернене мовлення, слідувати інструкціям та реагувати на соціальні сигнали після впровадження програми втручання за методом ESDM.

Індивідуальний аналіз показав, що найвищий середній приріст зафіксовано у дітей Д8 (33,7%), Д4 (30,33%) та Д5 (29%), тоді як найнижчі

показники спостерігаються у дітей Д3 (9,03%) та Д10 (8,63%). Відповідно до результатів, було підтверджено індивідуальний характер розвитку дітей із РАС та варіативність ефективності втручання.

Статистичну надійність та відхилення гіпотези про випадковість змін у розвитку було перевірено застосуванням критерію Вілкоксона для залежних вибірок. В обох підгрупах емпіричне значення критерію становить $T = 0$ при критичному значенні $T_{\text{крит}} = 0$ ($n = 4$; $p \leq 0,05$), що свідчить про статистично значущі зміни ($p \leq 0,05$).

У результаті дослідження, гіпотеза про те, що застосування методу втручання ESDM покращує навички соціальної комунікації у дітей з РАС була підтверджена. Всі досліджувані показали позитивну динаміку розвитку навичок соціальної комунікації після 3-х місячного впровадження втручання за методом Денверської моделі раннього втручання ESDM. При цьому динаміка розвитку залишається варіабельною між дітьми та потребує більш детального дослідження у майбутньому.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВТРУЧАННЯ ЗА МЕТОДОМ ESDM ДЛЯ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

3.1 Методологічні засади розробки програми втручання за методом ESDM для дітей з розладами аутичного спектру

Розробка програми втручання ґрунтується на результатах, отриманих під час теоретичного аналізу психологічної літератури та емпіричного дослідження. Було підтверджено ефективність втручання за методом ESDM та покращення навичок соціальної комунікації у дітей дошкільного віку, що мають діагноз РАС або знаходяться у групі високого ризику РАС. У програмі враховано практичні принципи реалізації Денверської моделі раннього втручання, а також описано методологічні засади розробки програми втручання за відповідним методом.

Методологічну основу Денверської моделі раннього втручання (ESDM) становить низка підходів, насамперед це оригінальна Денверська модель, модель міжособистісного розвитку при аутизмі, створена С. Роджерс і Б. Пеннінгтон у 1991, модель аутизму, як розладу соціальної мотивації, Дж. Доусон, тренінг ключових реакцій (PRT) та прикладний аналіз поведінки (АВА). Важливим є також залучення напрацювань з галузі вікової психології, зокерма сучасні уявлення про процес навчання у ранньому розвитку немовлят та малюків. (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 45)

Одним з головних принципів побудови програми за методом ESDM є акцент на соціальній значимості цілей програми та врахування контексту дитини. Цей принцип реалізується через підхід навчання у природному середовищі (NET), у межах якого використовуються заохочення, вбудовані у діяльність, а також ті мотиваційні предмети або події, які є значимими для дитини у конкретний момент часу. Таким чином, продовження діяльності виступає у ролі підкріплювача та збільшує шанси на повторення поведінки у майбутньому. А для розвитку навички прохання використовуються ті предмети, які обирає сама дитина. (NET)

Перевагою такого підходу та використання природних стимулів є покращення здатності до генералізації навички. Тобто, дитина вчиться відразу у відповідних контекстах та рідко потребує додаткових процедур для узагальнення набутих навичок.

До характерних рис Денверської моделі раннього втручання належать також такі компоненти, як: акцент на міжособистісній взаємодії фахівця та дитини, розвиток спонтанної імітації міміки, рухів та дій з предметами, акцент на розвитку, як вербальних, так і невербальних форм комунікації, акцент на когнітивних аспектах ігрової діяльності у процесі парних повторюваних ігор, а також тісна співпраця з батьками (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 46)

Програма за ESDM створюється індивідуально для кожної дитини і розрахована на 12 тижнів та включає у себе розвиток навичок рецептивної комунікації, експресивної комунікації, спільної уваги, соціальних навичок, імітації, гри, когнітивних навичок, навичок дрібної та великої моторики. Також враховуються навички самообслуговування, проте вони реалізуються переважно батьками по-за межами центру. Цілі програми формуються на основі запиту батьків, даних із списку цільових навичок ESDM та клінічного заключення інших фахівців, які працюють з дитиною. Припускається, що дитина має досягти визначених цілей за 3 місяці, відповідно програма передбачає високу інтенсивність втручання у визначений період (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 119).

Відповідно до кількості сесій, у яких дитина бере участь протягом тижня, кількість цілей може корегуватися. Наприклад, якщо дитина займається тричі на тиждень, оптимальною є програма з 12-ти цілей, що враховує кожну віху розвитку період (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 120).

Кожна ціль у програмі за методом ESDM побудована за певною структурою. Вона включає такі компоненти:

1. Опис антецеденту, тобто ситуації, у якій описана поведінка проявлятиметься та дискримінативний стимул, що підвищує шанс прояву поведінки
2. Детальний опис поведінки, її топографія, яку може спостерігати дорослий
3. Критерій досягнення цілі
4. Критерій узагальнення навички дитиною

Формування цілі за наданим планом дозволяє більш ефективно працювати різним фахівцям та батьками дитини (Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 102).

Під час реалізації програми втручання для досягнення кожної цілі застосовуються різні види підказок, як способу підтримки у досягненні цільової поведінки. Інтенсивність підказки зменшується від першого до останнього етапу реалізації цілі, а самі підказки мають декілька видів та класифікуються за рівнем підтримки. У ESDM градація вибудована таким чином:

1. Повна фізична підказка. Підказка з найбільшим рівнем підтримки, де дорослий допомагає дитині виконати дію з фізичною допомогою, тримаючи її руки.
2. Часткова фізична підказка. Дорослий може фізично направити руки дитини у правильному напрямку. Часткові фізичні підказки також можуть градуватися відповідно інтенсивності
3. Моделювання. Дорослий демонструє дитині дію з предметом, яку необхідно виконати, після чого дитина повторює цю дію.
4. Вербальна підказка. Дорослий надає додатковий вербальний стимул, необхідний для прояву поведінки.
5. Жестова підказка. Дорослий використовує загальноприйняті жести для підтримки дитини. Наприклад, це може бути використання вказівного жесту, щоб дитина показала на правильний предмет. Під час написання етапів реалізації цілі, вид жесту також прописується з метою уніфікації роботи різних фахівців.

(Rogers, S. J., & Dawson, G., 2010, стор. 135-150).

У навчальних ситуаціях підказка надається від найменшої до найбільшої, що сприяє зменшенню ризику залежності від підказки, а також збільшенням можливостей дитини демонструвати цільову поведінку самостійно.

Важливо зауважити, що метод ESDM не передбачає насильницьких дій у сторону дитини, примусу та самовільного покарання дитини. Принциповим залишається слідування за ініціативою дитини, фокус на її інтересах, забезпечення зменшення фрустрації та підтримки співпраці дитини і дорослого.

3.2 Структура програми втручання за методом ESDM для дітей з розладами аутичного спектру

Надалі нами описано приклад програми розвитку за методом ESDM. З метою збереження конфіденційності, дитині присвоєно ім'я «Настя». У додатку продемонстровано первинну оцінку Насті, на основі якої побудована програма. Індивідуальна програма також включає навички з віх розвитку, які не були розглянуті у емпіричному дослідженні, зокрема це навички гри, когнітивні здібності та навички самообслуговування. Цілі з розділів «Дрібна моторика» та «Велика моторика» реалізуються через підбір відповідних іграшок та активностей. У додатку Е викладена повна програма з етапами досягнення кожної цілі, у цьому розділі описано спрощений варіант прикладів досягнення кожної цілі та коментарі до неї.

Рецептивна комунікація 1.7. Під час взаємодії, коли дорослий кличе Настю по імені, Настя обертається і дивиться на дорослого у 80% випадків, у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) на звертання 4-х різних дорослих (мама, тато, фахівець, вихователь)

Ціль полягає у здатності дитини реагувати на ім'я та є важливою у контексті розуміння мовлення. Для формування цієї навички можна використати такий алгоритм дій:

1. Коли Настя не зайнята важливою діяльністю, покличте її на ім'я та одночасно з цим надайте приємний для неї предмет або почніть забавляти.
2. З часом можна замінювати місцями надання предмету або початок забавки з іменем. Тобто, спочатку кликати на ім'я, і після того, як Настя відреагує, заохочувати її. Також у майбутньому варто збільшувати тривалість часу між покликом на ім'я та наданням предмету або початком забавки. Наприклад, спочатку ця тривалість складатиме 1 секунду, потім 3 секунди і т.д. Коли Настя стабільно реагуватиме на ім'я, можна прибирати надання заохочення.
3. Важливо впевнитися, що Насті дійсно подобається те, що їй пропонує дорослий та намагатися не кликати на ім'я у неприємних ситуаціях – у таких випадках можна називати дитину пестливими словами (наприклад, «сонечко», «зайчик» і т.д.)

Рецептивна комунікація 1.9. Під час читання, коли дорослий вказує на картинку у книжці, Настя слідкуватиме за вказівним жестом дорослого і дивитиметься на картинку у 80% (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних книжок.

До сфери рецептивної комунікації відноситься також здатність дитини реагувати на невербальну комунікацію та розуміння загальноприйнятих жестів. Навичка слідкувати за вказівним жестом дорослого є важливою у контексті навчання та здобуття нового досвіду дитиною.

1. Під час читання книжки з Настею вкажіть на картинку і відразу після того, як Настя зверне на неї увагу, полоскочіть її, або поставте на зображення відповідну іграшкову тваринку або інший предмет, пов'язаний з тематикою книжки.
2. На початку варто обирати книжки, де на 1 сторінці розташоване 1 зображення, щоб Насті було легше помітити, куди вказує дорослий. З

часом можна збільшувати кількість картинок на сторінці до двох, трьох та п'яти зображень.

3. Намагайтеся обирати книжки з тематикою, що подобається Насті та використовувати у навчанні мінімум 5 різних книжок для кращого узагальнення навички.

Експресивна комунікація 1.6 Під час взаємодії, коли дорослий тримає мотиваційний предмет, Настя вказує на предмет пальцем з метою попросити у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних предметів.

Вказівний жест є важливими засобом доверабельної комунікації і використовується дитиною у якості прохання за умови відсутності достатньої кількості вербальних навичок. Для навчання вказівному жесту можна використати такий алгоритм зменшення підказок:

1. Коли Ви граєтеся з Настею і вона тягнеться до бажаного предмету, сформууйте її долонь у вказівний жест, назвіть предмет та віддайте.
2. З часом можна зменшувати рівень підтримки, торкаючись долоні Насті, а потім моделюючи вказівний жест власною рукою.
3. Намагайтеся надавати підказку не дуже інвазивно, а також вчасно зменшувати рівень підказки.

Експресивна комунікація 1.7. Під час гри, коли дорослий блокує доступ до бажаного предмету, Настя встановлюватиме зоровий контакт з дорослим з метою отримати бажаний предмет у 80% випадків, у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних предметів.

Зоровий контакт є невербальною формою комунікації та важливий у розвитку наполегливості дитини та її розвитку її спілкування. Встановлюючи його, дитина привертає увагу дорослого до себе та може використати у якості прохання. Для тренування цієї навички доцільно використати метод

«шейпінгу», коли дорослий поступово ускладнює умови для отримання заохочення.

1. Коли Ви граєтеся з дитиною і тримаєте її улюблену іграшку, зробіть паузу і дочекайтеся ініціативи Насті. Піднесіть предмет якомога ближче до обличчя, щоб їй було простіше спіймати Ваш погляд. Після того, як дитина встановить зоровий контакт, віддайте іграшку та похваліть дитину.
2. З часом намагайтеся збільшувати відстань між обличчям та іграшкою, поступово відводячи іграшку в бік або донизу.
3. Важливо не нав'язуватися, не заглядати дитині близько в обличчя та не надавати коментарів, наприклад: «подивися!», щоб уникнути фрустрації дитини.

Соціальні навички 1.2 Під час сенсорно соціальних ігор, коли дорослий робить паузу, Настя робитиме чіткий моторний рух, щоб продовжити гру у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних сенсорно соціальних ігор.

Сенсорно соціальні ігри є важливою складовою соціальних навичок та сприяють покращенню соціальної комунікації дитини. Можливість дати підказку для продовження такої гри є ключовою у здатності дитини підтримувати приємну соціальну взаємодію.

1. Під час сенсорно соціальної гри з Настею зробіть паузу 2 секунди та протягніть її руку до себе або постукайте її рукою по тілу, після цього продовжіть гру.
2. З часом зменшуйте підказку, легенько підштовхуючи її руки у правильному напрямку або моделюючи відповідний моторний рух.
3. Важливо не робити фізичні підказки дуже інвазивними або неприємними для Насті. Також можна моделювати різні рухи для

різних сенсорно соціальних ігор, щоб розширити репертуар жестів дитини та зробити їх більш доречними для контексту гри.

Імітація 2.6. Під час гри, коли дорослий виконує 3+ ігрові дії з предметами, Настя повторює ці дії у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)

Другий рівень чек листа ESDM включає у себе більш складні навички імітації. Зокрема описана вище ціль необхідна для здатності дитини імітувати ланцюжок дій та логічно поєднувати їх у грі.

1. Під час гри з Настею виконайте ланцюжок, що складається мінімум з трьох ігрових дій. Наприклад, це може бути такий порядок: відкрити коробку, дістати іграшкові кеглі, поставити їх у ряд, збити кеглі м'ячем. Після того, як Настя повторить першу дію, виконайте інші дії її руками та похваліть або емоційно відреагуйте на гру.
2. З часом зменшіть інтенсивність підказки, підштовхуючи її руки у правильному напрямку. Коли Настя виконуватиме дії з описаним рівнем підтримки, зменшіть підказку, повторно моделюючи інші рухи із своїм набором іграшок.
3. Важливо, щоб обрана гра подобалась Насті та результат виконання дій був значимим для неї. Також намагайтеся використовувати різні комбінації у різних іграх з метою уникнення «завченості» лише одного ланцюжка дій.

Когнітивні навички 2.2 Під час взаємодії, коли дорослий дає ідентичні предмети різного розміру, Настя сортує їх за 3-ма розмірами у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)

Розвиток когнітивних навичок формується у знайомих для дитини контекстах або рутинах, тому цю досягнення цієї цілі більш доречно пов'язати з темою гри. Наприклад, після завершення гри можна попросити Настю

розкласти іграшки відповідно їх розміру – великі в один контейнер, маленькі – в інший. Не рекомендується перетворювати взаємодію в окреме завдання, де дитина має розсортувати предмети за столом або по-за контекстом гри.

Гра 2.3 Під час взаємодії, коли дорослий дає ляльку та реквізит до неї, Настя виконуватиме функціональні дії стосовно ляльки з використанням реквізиту у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних дій.

Під функціональними діями мається на увазі відтворення побутових дій, що відповідають контексту гри. Ціль обрана з метою переходу дитини до рівня символічної гри та розвитку уяви.

1. Коли Настя гратиметься з лялькою, покладіть поруч реквізит для гри. Пограйтеся певний час у спосіб Насті, а потім зробіть паузу, та рукою дитини виконайте функціональну дію з лялькою. Наприклад, погодуйте іграшковим печивом або почистіть зуби.
2. Алгоритм зменшення підказки може бути таким: вкласти відповідний предмет у руку Насті; змодельовати дію з власним реквізитом; зачекати самотійної реакції дитини.
3. Щоб узагальнити навичку, допомагайте Насті виконувати мінімум 5 різних дій у різних ігрових епізодах. Кінцевим результатом має бути самотійне виконання функціональних дій.

Навички самообслуговування 1.12 Після миття рук, коли дорослий нагадає витерти руки, Настя самотійно витиратиме руки рушником у 80% випадків у 3-х різних середовищах (центр, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)

Навички з розділу самообслуговування необхідні для підвищення самотійності та незалежності дитини у побутових справах. Для тренування цієї цілі можна використати такий алгоритм зменшення підказки:

1. Дорослий допомагатиме Насті витерти руки, тримаючи її за руки та виконуючи відповідні рухи
2. Настя витиратиме руки після того, як дорослий направить її руки у правильному напрямку
3. Настя витиратиме руки після того, як дорослий вкаже на рушник
4. Настя витиратиме руки після нагадування дорослого самостійно.

Основною метою створення та реалізації індивідуальної програми Насті є поступове формування ключових навичок з використанням заохочень у вигляді позитивного досвіду, продовження гри та предметів, що відповідають інтересам дитини та контексту взаємодії. Програма реалізується фахівцями, які працюють з дитиною та її батьками. Для відстежування прогресу рекомендується регулярний збір даних та аналіз результатів.

Висновки до третього розділу

Відповідно до результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було створено та описано індивідуальну програму розвитку на основі Денверської моделі раннього втручання для дитини з розладами аутичного спектру.

Програма охопила такі віхи розвитку, як: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички, гра, імітація, когнітивні здібності, навички самообслуговування, дрібна та велика моторика. Цілі, які описані у програмі, протягом 3-х місяців реалізовувалися фахівцем центру та батьками дитини.

Для досягнення поставлених цілей передбачено використання природнього підкріплення, орієнтація на інтереси дитини та поступове зниження рівня підтримки, що відповідає основним принципам Денверської моделі раннього втручання.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження було присвячене вивченню впливу Денверської моделі раннього втручання на покращення соціальної комунікації у дітей з розладами аутичного спектру. У даному дослідженні була досягнута мета роботи та виконані поставлені перед нею завдання.

Отже, у результаті теоретичного аналізу та емпіричного дослідження було:

1. Проаналізовано психологічну літературу з питання розладів аутичного спектру у дітей дошкільного віку та методів втручання, зокрема Денверської моделі раннього втручання (ESDM). Було описано особливості соціальної комунікації у дітей з РАС та охарактеризовано ESDM як метод втручання.

За результатами аналізу було виявлено, що розлади аутичного спектру переважно характеризують, як стан, що виникає внаслідок складної взаємодії генетичних чинників та факторів навколишнього середовища. Для РАС є характерною тріада порушення, до якої відносяться порушення у соціальній взаємодії, комунікації та обмежені патерни поведінки. У сучасних підходах акцент здійснюється на парадигмі нейровідмінності та особливому типу розвитку.

Денверська модель раннього втручання була описана, як один із найбільш ефективних натуралістичних поведінкових підходів (NDBI), що базується на поєднанні принципів прикладного аналізу поведінки (ABA), тренінгу ключових реакцій (PRT) та дослідженнях з галузі вікової психології. Характерною рисою ESDM є використання гри, як провідної діяльності дитини, фокус на інтересах дитини та реалізація у природньому середовищі. Втручання за ESDM було визначено, як таке, що стимулює розвиток імітаційних здібностей, покращує соціальні навички та навички комунікації.

2. Емпірично досліджено вплив методу ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з РАС. Дослідження було проведено у три етапи: формування вибірки, первинна оцінка на початку впровадження втручання і повторна оцінка через 3 місяці, протягом яких впроваджувалося втручання. Для формування вибірки було використано опитувальник M-CHAT, за результатами якого було виявлено, що всі діти, які брали участь у дослідженні, знаходяться у групі середнього та високого ризику РАС. За даними, отриманими під час первинного тестування за CASD та ESDM Curriculum check list було визначено початковий рівень прояву симптоматики РАС та відсоток опанованих навичок за такими віхами розвитку, як: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, імітація та соціальні навички. Відповідно, було визначено, що всі досліджувані мають підвищений рівень вираженості симптоматики РАС, а рівень навичок значно нижчий за вікову норму. З метою більш детального аналізу дітей було поділено на дві підгрупи, де діти з підгрупи Б демонстрували початковий вищий рівень навичок та менший рівень вираженості РАС. За результатами повторної оцінки було виявлено помірний приріст навичок та зниження рівня прояву симптоматики РАС, що свідчить про покращення соціальних, комунікативних навичок, а також зменшення поведінкових труднощів, спричинених розладами настрою. Значна різниця у динаміці між підгрупами не спостерігалась. Для статистичної надійності та відхилення гіпотези про випадковість змін було застосовано критерій Вілкоксона, де зміни були визначені як статистично значущі. У результаті дослідження, гіпотеза про те, що застосування методу втручання ESDM покращує навички соціальної комунікації у дітей з РАС була підтверджена.
3. Було розроблено індивідуальну програму втручання за методом ESDM, метою програми є поступове засвоєння ключових для розвитку дитини навичок. Програма складається з 11 цілей, що стосуються

таких віх розвитку, як: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички, гра, когнітивні навички, імітація, дрібна та велика моторика; для кожної цілі описано етапи досягнення, а також їхній спрощений опис. Для досягнення цілей програми передбачено проведення 36 сесій з фахівцем протягом 3- місяців, а також залучення батьків дитини у процес навчання. Під час роботи надається перевага використанню природного підкріплення, орієнтація на інтереси дитини, що відповідає основним принципам Денверської моделі раннього втручання.

Отже, за результатами дослідження було виявлено ефективність та позитивний вплив Денверської моделі раннього втручання на розвиток соціальної комунікації та доцільність використання цього методу у корекційній роботі з дітьми дошкільного віку з розладами аутичного спектру.

Перспективи подальших досліджень включають розширення вибірки учасників, вивчення впливу ESDM на покращення соціальної комунікації у дітей з іншими порушеннями розвитку, а також порівняння різних методів втручання з ESDM. Отримані результати можуть бути використані у практичній роботі психологів, педагогів та фахівців корекційної сфери, сприяючи покращенню благополуччя дітей з РАС та сімей, що ними опікуються.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Базима, Н. В., & Мороз, О. В. (2013). Особливості невербальної та вербальної комунікації у дітей з аутизмом. *Логопедія*, (4), 3–8.
2. Кирилова, Л. Г., Мірошников, О. О., & Юзва, О. О. (2020). Розлади аутистичного спектра в дітей раннього віку: еволюція поглядів та можливості діагностики. *Міжнародний неврологічний журнал*, (3), 33–41.
3. Ковалинська, І. В. (2014). *Невербальна комунікація*. Освіта України.
4. Козак, М. М. (2023). Вплив раннього втручання на розвиток мовних навичок у дітей з аутизмом. *Спеціальна освіта та соціальна інклюзія: виклики XXI століття*, 14.
5. Кубата, Н. П., & Айзенбарт, М. М. (2018). Гра як засіб формування соціальної компетенції у дітей старшого дошкільного віку. *Молодий вчений*, (5 (57)), 53–57.
6. Кукуруза, Г. В. (2013). *Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія*. Планета-принт.
7. Лещук, Г. В. (2016). Соціальна робота з дітьми із розладами аутистичного спектру: комунікативний аспект.
8. Логвінова, І. П. (2013). *Особливості формування невербальних засобів комунікативної діяльності у дітей дошкільного віку з розладами спектра аутизму* (Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук).
9. Мізіна, О. (2016). Комунікація у вербальних та невербальних засобах мовлення. У І. Г. Передерій та ін. (Ред.), *Документно-інформаційні комунікації в умовах глобалізації: стан, проблеми і перспективи (матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, 23 листопада 2016 р., м. Полтава)* (с. 43–46). ПолтНТУ.
10. Міронова, В. (2025). Денверська модель раннього втручання як психолого-педагогічний інструмент формування соціально-комунікативної компетентності дитини з РАС. *Особлива дитина*:

навчання і виховання, 120(4), 280–298.

<https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.302>.

11. Мухіна, А. Ю., (2018). Особливості використання прикладного аналізу поведінки в роботі з дітьми, які мають аутистичний спектр порушень.
12. Науково-практичний журнал «Міжнародний неврологічний журнал». (2024). Dynamics of the incidence and prevalence of autism spectrum disorders in childhood in Ukraine.
13. Прокопчук, Н. (2023). Використання психодіагностичних методик CASD та РЕР-3 у процесі виявлення й обстеження дітей з аутизмом. *New pedagogical thought*, 111, 58–62. <https://doi.org/10.37026/2520-6427-2022-111-3-58-62>.
14. Різун, В. В. (2011). Начерки до методології досліджень соціальних комунікацій. Наукова сторінка професора Володимира Різун. Інститут журналістики.
15. Скрипник, Т. (2010). *Феноменологія аутизму: Монографія*. Фенікс.
16. Шульга, І. (2025). ВПЛИВ НЕЙРОПЛАСТИЧНОСТІ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА РОЗВИТОК ДИТИНИ МОЛОДШОГО ВІКУ. Рекомендовано до друку Вченою радою ОІ ПрАТ «ВНЗ «МАУП» (протокол № 4 від 30.05.2025)., 31.
17. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
16. Asperger, H. (1944). Die Autischen Psychopathen in Kinsalter. *Archive Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76–136.
17. Begeer, S., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Stockmann, L. (2006). Attention to facial emotion expressions in children with autism. *Autism*, 10(1), 37–51.
18. Bradley, C. (1941). *Schizophrenia in Childhood*. Macmillan.
19. Bruner, J. S. (1977). Early social interaction and language acquisition. In H. R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp. 271–289). Academic Press.

20. Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J. (2008a). Nonverbal communication skills in young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(10), 1898–1906.
21. Chiang, C. H., Soong, W. T., Lin, T. L., & Rogers, S. J. (2008b). Nonverbal communication skills in young children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(10), 1898–1906.
22. Crespi, B. J. (2010). Revisiting Bleuler: relationship between autism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 196(6), 495–495.
<https://doi.org/10.1192/bjp.196.6.495>.
23. Darwin, C. (2025). The expression of the emotions in man and animals. In *Death, Loss, Memory and Mourning in the Long Nineteenth Century, 1780–1914* (pp. 163–177). Routledge.
24. Despert, J. L. (1938). Schizophrenia in children. *Psychiatric Quarterly*, 12(2), 366–371.
25. Frye, R. E., Slattery, J., Delhey, L., Furgerson, B., Strickland, T., Tippet, M., ... & Quadros, E. V. (2018). Folic acid improves verbal communication in children with autism and language impairment: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Molecular psychiatry*, 23(2), 247–256.
26. Kent, R., Carrington, S., Le Couteur, A., Gould, J., Wing, L., Maljaars, J., Noens, I., van Berckelaer-Onnes, I. and R. Leekam, S. (2013). Diagnosing Autism Spectrum Disorder: who will get a DSM-5 diagnosis?. *J Child Psychol Psychiatr*, 54, 1242–1250. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12085>.
27. Gehdu, B. K., Tsantani, M., Press, C., Gray, K. L., & Cook, R. (2023). Recognition of facial expressions in autism: Effects of face masks and alexithymia. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 76(12), 2854–2864.
28. Gitimoghaddam, M., Chichkine, N., McArthur, L., Sangha, S. S., & Symington, V. (2022). Applied Behavior Analysis in Children and Youth with Autism Spectrum Disorders: A Scoping Review. *Perspect Behav Sci*, 45(3), 521–557. <https://doi.org/10.1007/s40614-022-00338-x>.

29. Wiznitzer, M. (1988). Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Neurology*, 38(10), 1663-1663.
30. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217–250.
31. Klin, A., McPartland, J., & Volkmar, F. R. (2005). Asperger syndrome.
32. Litman, A., Sauerwald, N., Green Snyder, L. et al. (2025). Decomposition of phenotypic heterogeneity in autism reveals underlying genetic programs. *Nat Genet*, 57, 1611–1619. <https://doi.org/10.1038/s41588-025-02224-z>.
33. MacDonald, R., Anderson, J., Dube, W. V., Geckeler, A., Green, G., Holcomb, W., Mansfield, R., & Sanchez, J. (2006). Behavioral assessment of joint attention: a methodological report. *Res Dev Disabil*, 27(2), 138–150. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.09.006>.
34. Meindl, J. N., & Cannella-Malone, H. I. (2011). Initiating and responding to joint attention bids in children with autism: A review of the literature. *Research in developmental disabilities*, 32(5), 1441–1454.
35. Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual research review: Shifting from ‘normal science’ to neurodiversity in autism science. *Journal of child psychology and psychiatry*, 63(4), 381–396.
36. Qaraqe, M., Varghese, E. B., Qadir, I., Al-Thani, D., & Baroudi, C. T. (2026). Joint attention in autism: A narrative review of assessment techniques from behavioral observation to artificial intelligence. *Behavior Research Methods*, 58(3), 77.
37. Robins, D. L., & Fein, D. (2018). Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F), also M-CHAT. *Encyclopedia of clinical neuropsychology*, 1–5. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_1569-2.
38. Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.

39. Sandbank, M., Woynaroski, T., Watson, L. R., Gardner, E., Keçeli Kaysili, B., & Yoder, P. (2017). Predicting intentional communication in preverbal preschoolers with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6), 1581–1594.
40. Sato, W., Sawada, R., Uono, S., Yoshimura, S., Kochiyama, T., Kubota, Y., ... & Toichi, M. (2017). Impaired detection of happy facial expressions in autism. *Scientific reports*, 7(1), 13340.
41. Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., ... & Halladay, A. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(8), 2411–2428.
42. Senju, A., & Johnson, M. H. (2009). Atypical eye contact in autism: Models, mechanisms and development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(8), 1204–1214. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.06.001>
43. Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Appleton-Century-Crofts. <https://doi.org/10.1037/11256-000>.
44. Thurman, A. J., & Dimachkie Nunnally, A. (2022). Joint attention performance in preschool-aged boys with autism or fragile X syndrome. *Front. Psychol.*, 13, Article 918181. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.918181>.
45. Verhoeff, B. (2013). Autism in flux: a history of the concept from Leo Kanner to DSM-5. *History of Psychiatry*.
46. Wing, L. (1997). The autistic spectrum. *The lancet*, 350(9093), 1761–1766.
47. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J. of Autism and Development Disorders*, 9(1), 11–29.
48. Xiao, S., & Li, J. (2025). Impact of imitation abilities on social communication in autistic children: evidence from an Early Start Denver Model intervention study. *Molecular Autism*, 16(1), 23.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Результати первинної оцінки за опитувальником М-СНАТ

№ Питання	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д9
1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
4	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
5	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
6	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
9	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0
10	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
11	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
14	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
17	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
18	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1
19	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
20	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
Всього:	17	14	19	13	15	6	5	11	11	14

Додаток Б

Таблиця Б.1

Результати первинної оцінки за методикою CASD

	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д10
Соціальна взаємодія										
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
2	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
5	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
Повторювані дії										
6	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
7	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
8	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
9	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
Порушення тілесної чутливості										
10	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
11	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
12	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
16	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0
17	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
19	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
Відхилення у спілкуванні і розвитку										
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1
22	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
23	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
24	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Розлади настрою										
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
27	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1
28	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Проблеми з увагою та особистою безпекою										
29	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
30	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Всього:	22	20	26	21	25	17	17	18	20	19

Додаток В

Таблиця В.1

Результати первинної оцінки за методикою ESDM Curriculum Checklist

№ пункту	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д9
Рівень 1										
Рецептивна комунікація										
Р.К. 1.1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2
Р.К. 1.3	0	1	1	0	0	1	1	1	1	2
Р.К. 1.4	0	1	1	0	1	2	1	2	2	2
Р.К. 1.5	0	1	0	0	1	1	1	2	2	1
Р.К. 1.6	0	1	1	0	1	2	1	1	1	2
Р.К. 1.7	0	1	1	0	0	1	1	1	1	2
Р.К. 1.8	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2
Р.К. 1.9	0	0	0	0	1	0	1	1	1	2
Р.К. 1.10	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2
Р.К. 1.11	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2
Р.К. 1.12	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Р.К. 1.13	0	1	1	0	0	1	1	1	1	2
Р.К. 1.14	1	0	0	0	0	1	1	2	1	2
Р.К. 1.15	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
Всього	5	12	9	7	8	19	16	22	20	28
Експресивна комунікація										
Е.К. 1.1	1	2	2	0	2	2	1	1	2	2
Е.К. 1.2	1	2	0	1	1	2	1	1	1	1
Е.К. 1.3	0	1	0	1	1	2	1	2	2	2
Е.К. 1.4	0	2	1	1	1	2	1	1	0	1
Е.К. 1.5	0	1	1	1	2	2	2	2	2	1
Е.К. 1.6	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0
Е.К. 1.7	0	1	1	1	1	1	2	2	1	1
Е.К. 1.8	0	0	0	0	0	2	0	1	2	2
Е.К. 1.9	0	1	0	0	0	2	1	1	1	2
Е.К. 1.10	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Е.К. 1.11	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0
Е.К. 1.12	0	1	0	1	1	2	2	1	0	0
Е.К. 1.13	0	0	0	0	1	2	2	1	0	0
Е.К. 1.14	0	1	1	0	0	2	2	2	0	0
Всього	2	12	7	7	10	24	15	18	16	14
Соціальні навички										
С.Н. 1.1	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2
С.Н. 1.2	1	1	1	0	0	1	1	2	1	2
С.Н. 1.3	0	1	2	2	1	2	2	2	2	2

С.Н. 1.4	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2
С.Н. 1.5	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2
С.Н. 1.6	0	1	0	1	1	1	1	2	1	2
С.Н. 1.7	0	1	0	1	0	2	1	1	1	2
С.Н. 1.8	0	1	1	0	0	2	1	1	1	2
С.Н. 1.9	0	0	1	0	0	2	1	1	0	2
С.Н. 1.10	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Всього	3	13	13	11	4	18	15	17	13	20
Імітація										
Ім. 1.1	0	1	0	0	1	2	1	1	1	2
Ім. 1.2	0	1	0	0	0	2	1	1	1	2
Ім. 1.3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2
Ім. 1.4	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Всього	0	3	0	0	1	8	2	2	2	8
2 рівень										
Рецептивна комунікація										
Р.К. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	1	1	1	1
Р.К. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	2
Р.К. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	0	0	2
Р.К. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	2	2
Р.К. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	1
Р.К. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	0	0
Р.К. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	0	0
Р.К. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	0	0	1
Р.К. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	0	0	2
Р.К. 2.10	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	11	5	6	4	11
Експресивна комунікація										
Е.К. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	1	0
Е.К. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	0	0
Е.К. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	0	0	0
Е.К. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
Е.К. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	0
Е.К. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	0	0
Е.К. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	0
Е.К. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	1	0
Е.К. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	0	0	0
Е.К. 2.10	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	0
Е.К. 2.11	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
Е.К. 2.12	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	0	0	0
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	15	4	3	2	0
Соціальні навички										
С.Н. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	2	2
С.Н. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	2	2
С.Н. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	1	2

С.Н. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	0	1	1
С.Н. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	1	1	0
С.Н. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	0	0
С.Н. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	2	0
С.Н. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	2
С.Н. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	2	1	1
С.Н. 2.10	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	1	2	1	1
С.Н. 2.11	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	2	1
С.Н. 2.12	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	2	1
С.Н. 2.13	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	0	0	1
С.Н. 2.14	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	0	1
С.Н. 2.15	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	2	0	1
С.Н. 2.16	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	1	0
С.Н. 2.17	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	0
С.Н. 2.18	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	1	1	0
С.Н. 2.19	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	0	0	0
С.Н. 2.20	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	2	0
С.Н. 2.21	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
С.Н. 2.22	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	0	0
С.Н. 2.23	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	0	0	0
С.Н. 2.24	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	1
С.Н. 2.25	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	1
С.Н. 2.26	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	0	0
С.Н. 2.27	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
С.Н. 2.28	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	1	1
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	34	15	22	22	19
Імітація										
Ім. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	2	1	0	1
Ім. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	0	0	1
Ім. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
Ім. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	1
Ім. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	2
Ім. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	1	2
Ім. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	2
Ім. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	0	2
Ім. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	14	4	3	1	11

Додаток Г

Таблиця Г.1

Результати повторної оцінки за методикою CASD

	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д10
Соціальна взаємодія										
1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0
2	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0
3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
4	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
5	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Повторювані дії										
6	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
7	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
8	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
9	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
Порушення тілесної чутливості										
10	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
11	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
12	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
16	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0
17	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0
19	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
Відхилення у спілкуванні і розвитку										
20	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
21	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1
22	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
23	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
24	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Розлади настрою										
25	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
26	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0
27	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1
28	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
Проблеми з увагою та особистою безпекою										
29	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
30	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Всього:	21	19	25	18	23	14	14	14	16	16

Додаток Д

Таблиця Д.1

Результати повторної оцінки за методикою ESDM Curriculum Checklist

№ пункту	Д1	Д2	Д3	Д4	Д5	Д6	Д7	Д8	Д9	Д9
Рівень 1										
Рецептивна комунікація										
Р.К. 1.1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Р.К. 1.3	0	1	1	2	2	2	1	2	2	2
Р.К. 1.4	0	1	0	1	2	2	2	2	2	2
Р.К. 1.5	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.6	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.7	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2
Р.К. 1.8	0	1	0	1	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.9	0	2	0	1	1	1	2	2	2	2
Р.К. 1.10	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.11	1	1	0	2	0	2	2	2	2	2
Р.К. 1.12	0	1	1	1	0	1	1	2	2	2
Р.К. 1.13	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2
Р.К. 1.14	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
Р.К. 1.15	0	1	0	1	0	2	1	2	2	2
Всього	5	18	10	21	16	28	26	30	30	30
Експресивна комунікація²										
Е.К. 1.1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Е.К. 1.2	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2
Е.К. 1.3	0	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Е.К. 1.4	0	1	0	1	0	2	2	2	0	2
Е.К. 1.5	0	1	2	1	2	2	2	2	2	1
Е.К. 1.6	0	2	1	0	1	2	2	2	2	2
Е.К. 1.7	0	1	1	2	1	2	1	2	1	2
Е.К. 1.8	0	1	1	0	2	2	2	2	2	2
Е.К. 1.9	0	1	0	0	0	2	2	2	1	2
Е.К. 1.10	0	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Е.К. 1.11	0	1	1	0	2	2	2	2	2	2
Е.К. 1.12	0	2	1	2	0	2	2	2	1	1
Е.К. 1.13	0	0	0	2	0	2	2	2	0	1
Е.К. 1.14	0	1	0	2	0	2	2	2	0	0
Всього	2	18	12	16	14	28	26	28	18	23
Соціальні навички										
С.Н. 1.1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
С.Н. 1.2	1	1	0	1	2	2	2	2	1	2
С.Н. 1.3	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2

С.Н. 1.4	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2
С.Н. 1.5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
С.Н. 1.6	0	2	1	2	2	2	1	2	2	2
С.Н. 1.7	0	2	1	2	1	2	1	2	2	2
С.Н. 1.8	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2
С.Н. 1.9	0	1	1	1	0	2	1	2	1	2
С.Н. 1.10	0	2	1	2	1	2	2	2	1	2
Всього	3	16	10	17	14	20	16	20	17	20
Імітація										
Ім. 1.1	0	1	0	1	2	2	2	2	2	2
Ім. 1.2	0	1	0	0	1	2	1	2	1	2
Ім. 1.3	0	1	0	0	0	2	1	1	1	2
Ім. 1.4	0	1	0	0	0	2	0	1	1	2
Всього	0	4	0	1	3	8	4	6	5	8
2 рівень										
Рецептивна комунікація										
Р.К. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	2
Р.К. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	2
Р.К. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	2
Р.К. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	2
Р.К. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	2
Р.К. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	1	1
Р.К. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	0
Р.К. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	2	1
Р.К. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	2	2	2
Р.К. 2.10	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	2	2	1
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	17	10	18	18	15
Експресивна комунікація										
Е.К. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	1	2
Е.К. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
Е.К. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	0	0
Е.К. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
Е.К. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	2	0	0
Е.К. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	2	1	0
Е.К. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	2	0	0
Е.К. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
Е.К. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
Е.К. 2.10	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
Е.К. 2.11	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	0
Е.К. 2.12	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	0	1	1	0
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	22	6	16	4	2
Соціальні навички										
С.Н. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	2	2
С.Н. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	2	2
С.Н. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	0	1	2

С.Н. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	1	2
С.Н. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	1	1
С.Н. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	0
С.Н. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	2	0
С.Н. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	1	2
С.Н. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	1	2
С.Н. 2.10	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	1
С.Н. 2.11	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	2	1	1	2
С.Н. 2.12	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	2	2	2
С.Н. 2.13	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	2	1	1
С.Н. 2.14	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	1	1
С.Н. 2.15	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	1	2
С.Н. 2.16	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	0	1	0
С.Н. 2.17	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	1	0
С.Н. 2.18	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
С.Н. 2.19	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	1
С.Н. 2.20	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	0
С.Н. 2.21	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	2	0
С.Н. 2.22	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	0	0
С.Н. 2.23	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	0	1	1	0	1
С.Н. 2.24	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	0	1
С.Н. 2.25	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	1	1
С.Н. 2.26	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	1	0	0
С.Н. 2.27	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	1	1
С.Н. 2.28	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	1	1	0	1
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	46	26	28	26	28
Імітація										
Ім. 2.1	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	2	0	2
Ім. 2.2	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	2	1	1	2
Ім. 2.3	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	0	1
Ім. 2.4	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	2
Ім. 2.5	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	2
Ім. 2.6	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	2	2
Ім. 2.7	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	1	1	2	2
Ім. 2.8	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	2	0	1	0	2
Ім. 2.9	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	1	0	0	0	0
Всього	н/о	н/о	н/о	н/о	н/о	17	7	9	5	15

Індивідуальна програма втручання за методом ESDM для Насті

1. Рецепттивна комунікація 1.7

Під час взаємодії, коли дорослий кличе Настю по імені, Настя обертається і дивиться на дорослого у 80% випадків, у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) на звертання 4-х різних дорослих (мама, тато, фахівець, вихователь)

- 1) *Коли дорослий тримає мотиваційний предмет на рівні обличчя і називатиме ім'я, Настя дивитиметься у 80%*
- 2) *Коли дорослий кличе Настю на ім'я, Настя дивиться на дорослого і чекає надання мотиваційного предмету 1 секунду у 80%*
- 3) *Коли дорослий кличе Настю на ім'я, Настя дивиться на дорослого і чекає надання мотиваційного предмету 3 секунди у 80%*
- 4) *коли дорослий кличе Настю по імені, Настя обертається і дивиться на дорослого у 80% випадків*
- 5) Під час взаємодії, коли дорослий кличе Настю по імені, Настя обертається і дивиться на дорослого у 80% випадків, у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) на звертання 4-х різних дорослих (мама, тато, фахівець, вихователь)

2. Рецепттивна комунікація 1.9

Під час читання, коли дорослий вказує на картинку у книжці, Настя слідує за вказівним жестом дорослого і дивитиметься на картинку у 80% (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних книжок.

- 1) *Настя дивиться на відповідне зображення при розташуванні 1 зображення на 1 сторінці у 100% для 3-х книжок*
- 2) *Настя дивиться на відповідне зображення при розташуванні 2 зображень на 1 сторінці у 80% для 4-х книжок*

- 3) *Настя дивиться на відповідне зображення при розташуванні 4 зображень на 1 сторінці у 80% для 5-ти книжок*
- 4) *Коли дорослий вказує на картинку у книжці, Настя слідує за вказівним жестом дорослого і дивитиметься на картинку у 80% для 5-ти книжок*
- 5) *Під час читання, коли дорослий вказує на картинку у книжці, Настя слідує за вказівним жестом дорослого і дивитиметься на картинку у 80% (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних книжок.*

3. Експресивна комунікація 1.7

Під час гри, коли дорослий блокує доступ до бажаного предмету, Настя встановлюватиме зоровий контакт з дорослим з метою отримати бажаний предмет у 80% випадків, у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних предметів.

- 1) *Настя дивитиметься в обличчя, коли мотиваційний предмет розташований біля очей дорослого*
- 2) *Настя дивитиметься в обличчя, коли мотиваційний предмет розташований на відстані 10 см від очей дорослого*
- 3) *Настя дивитиметься в обличчя, коли мотиваційний предмет розташований на відстані 20 см від очей дорослого*
- 4) *Настя встановлюватиме зоровий контакт з дорослим з метою отримати бажаний предмет у 80% випадків*
- 5) *Під час гри, коли дорослий блокує доступ до бажаного предмету, Настя встановлюватиме зоровий контакт з дорослим з метою отримати бажаний предмет у 80% випадків, у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних предметів.*

4. Експресивна комунікація 1.6

Під час взаємодії, коли дорослий тримає мотиваційний предмет, Настя вказує на предмет пальцем з метою попросити у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних предметів.

- 1) *Настя вказує на предмет з повною фізичною підказкою у 100% випадків*
- 2) *Настя вказує на предмет з частковою фізичною підказкою у 80% випадків*
- 3) *Настя вказує на предмет з моделюванням у 80% випадків*
- 4) *Настя вказує на предмет з метою попросити у 80% випадків*
- 5) *Настя вказує на предмет пальцем з метою попросити у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних предметів.*

5. Соціальні навички 1.2

Під час сенсорно соціальних ігор, коли дорослий робить паузу, Настя робить чіткий моторний рух, щоб продовжити гру у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних сенсорно соціальних ігор.

- 1) *Настя робить чіткий моторний рух з ПФП у 100% випадків*
- 2) *Настя робить чіткий моторний рух з ЧФП у 80%*
- 3) *Настя робить чіткий моторний рух з моделюванням у 80%*
- 4) *Настя робить чіткий моторний рух у 80% випадків*
- 5) *Під час сенсорно соціальних ігор, коли дорослий робить паузу, Настя робить чіткий моторний рух, щоб продовжити гру у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у*

садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних сенсорно соціальних ігор.

6. Імітація 2.6

Під час гри, коли дорослий виконує 3+ ігрові дії з предметами, Настя повторює ці дії у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)

- 1) Настя самотійно виконуватиме перший рух, інші рухи виконуватиме дорослий з повною фізичною підказкою у 80% випадків*
- 2) Настя самотійно виконуватиме перший рух, інші рухи виконуватиме дорослий з частковою фізичною підказкою у 80% випадків*
- 3) Настя самотійно виконуватиме перший рух, інші рухи дорослий моделює повторно у 80% випадків*
- 4) Коли дорослий виконує 3+ ігрові дії з предметами, Настя повторює ці дії у 80% випадків*
- 5) Під час гри, коли дорослий виконує 3+ ігрові дії з предметами, Настя повторює ці дії у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)*

7. Когнітивні навички 2.2

Під час взаємодії, коли дорослий дає ідентичні предмети різного розміру, Настя сортує їх за 3-ма розмірами у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)

- 1) Настя сортує предмети за 3-ма розмірами з частковою фізичною підказкою у 80% випадків*
- 2) Настя сортує предмети за 3-ма розмірами з моделюванням у 80% випадків*

- 3) *Настя сортує предмети за 3-ма розмірами з жестовою підказкою у 80% випадків*
- 4) *Настя сортує предмети за 3-ма розмірами у 80% випадків*
- 5) *Під час взаємодії, коли дорослий дає ідентичні предмети різного розміру, Настя сортує їх за 3-ма розмірами у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)*

8. Гра 2.3

Під час взаємодії, коли дорослий дає ляльку та реквізит до неї, Настя виконує функціональні дії стосовно ляльки з використанням реквізиту у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних дій.

- 1) *Настя виконує функціональну дію з повною фізичною підказкою у 100% випадків для 2-х дій*
- 2) *Настя виконує функціональну дію з частковою фізичною підказкою у 80% випадків для 3-х дій*
- 3) *Настя виконує функціональну дію з моделюванням у 80% випадків для 4-х дій*
- 4) *Настя виконує функціональну дію у 80% випадків для 5-ти різних дій*
- 5) *Під час взаємодії, коли дорослий дає ляльку та реквізит до неї, Настя виконує функціональні дії стосовно ляльки з використанням реквізиту у 80% випадків у 3-х різних середовищах (кабінет, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь) для 5-ти різних дій.*

9. Навички самообслуговування 1.12

Після миття рук, коли дорослий нагадує витерти руки, Настя самостійно витиратиме руки рушником у 80% випадків у 3-х різних

середовищах (центр, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)

- 1) *Настя витирає руки з повною фізичною підказкою у 80% випадків*
- 2) *Настя витирає руки з частковою фізичною підказкою у 80% випадків*
- 3) *Настя витирає руки з жестовою підказкою у 80% випадків*
- 4) *Коли дорослий нагадує витерти руки, Настя самотійно витиратиме руки рушником у 80% випадків*
- 5) *Після миття рук, коли дорослий нагадує витерти руки, Настя самотійно витиратиме руки рушником у 80% випадків у 3-х різних середовищах (центр, вдома, у садочку) з 4-ма різними дорослими (мама, тато, фахівець, вихователь)*