

6. Тимошенко О., Дроботько І. Самосвідомість підлітків у кризових умовах. *Слобожанський науковий вісник. Серія : Психологія.* 2025. Вип. 1. С. 130–133

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-631-0-27>

**Самохіна Ю. О.**

*бакалавр кафедри психології, філософії та суспільних наук  
Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського  
Науковий керівник: Біла І. М.,  
професор, доктор психологічних наук  
кафедри психології, філософії та суспільних наук  
Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*

## **РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ**

В умовах сьогодення розвиток інклюзивної освіти в Україні висуває на перший план необхідність розробки ефективних стратегій допомоги дітям з особливими освітніми потребами (ООП). Серед різноманіття цих потреб чільне місце посідає проблема соціалізації дітей з розладами аутистичного спектру (РАС). Поширеність РАС зростає, що робить проблему соціалізації дітей з аутизмом одним з найпріоритетніших напрямків спеціальної педагогіки та психології. За офіційними даними, кількість діагностованих випадків щороку збільшується на 30% [7; 9; 12]. Головним симптомом РАС є сталий дефіцит у сфері соціальної комунікації: труднощі у двосторонньому емоційно-інформаційному обміні, порушення фокусування уваги та неможливість пристосовуватися до зміни суспільних норм. Пріоритетною справою є теоретичне обґрунтування та емпіричне підтвердження науково обґрунтованих програм з розвитку соціальних навичок, які пристосовані до умов інклюзивної освіти [4; 6].

Розлад спектру аутизму – це стійкий комплексний нейробіологічний розлад, який зазвичай діагностують у ранньому дитинстві. Він вирізняється порушенням пристосованості дитини, навичок соціалізації, комунікації, уваги та мовлення. Це не хвороба, яку можна вилікувати, а особливості функціонування нервової системи [3; 7; 8].

Статистичні дані свідчать про серйозність проблеми: якщо у 2005 році було зафіксовано 680 випадків, то у 2017-му – вже 7,5 тис. осіб (лише 10% від реальної кількості). Першими симптомами зазвичай

є відсутність зорового контакту, ігнорування звуків та імені. Для таких дітей характерна відсутність природної мотивації до навчання та імітації побутових рухів дорослих [10].

Психолого-педагогічний портрет дітей з РАС має спільні риси, що визначають специфіку їхнього становлення, зокрема:

- комунікативні аспекти – затримка або повна відсутність вербальної комунікації, ехолоалія (автоматичне повторення фраз як засіб саморегуляції або прохання), дослівне розуміння висловлювань (складнощі з жартами та метафорами);

- соціальна взаємодія, що проявляється в обмеженій зацікавленості іншими людьми, нетипове реагування на соціальні сигнали (усмішку, жести), перевага індивідуальних занять над колективними;

- поведінкові особливості, як ритуалізована поведінка та потреба у суворій послідовності подій. Будь-які зміни (новий шлях до школи, перестановка речей) провокують сильне занепокоєння або агресію;

- ігрова діяльність: домінують повторювані дії (крутіння коліс, впорядкування об'єктів за кольором/габаритами) замість ролевих ігор [5; 11].

Розвиток процесів пізнання у дітей з РАС характеризується вираженою нерівномірністю. Мислення має конкретне спрямування (візуальними образами), а також наявна схильність до фрагментарного мислення – увага «чіпляється» за окремі деталі, що перешкоджає усвідомленню загальної картини. Високий рівень механічної пам'яті, що дозволяє – запам'ятовувати дати, маршрути, одночасно демонструє труднощі у логічному розборі. Також проявляється висока сенсорна чутливість, підвищена чутливість до яскравого світла, шумів побутових приладів або тактильних подразників (наприклад, таких, як вовна). При цьому спостерігається і знижена чутливість (до болю чи температур), що підвищує небезпеку травмування.

Враховуючи вище сказане, нами було проведено емпіричне дослідження, що виконувалось на базі центру дітей з РАС, і включало опитування батьків дітей з розладом. Для діагностики було обрано комплекс методів: CARS, методика «Соціальні ситуації» (розуміння емоцій), «Що – Чому – Як» (здатність до співчуття) та методика Г.М. Беспалової (рівень вихованості) [9; 13].

Аналіз результатів за методиками дозволив зробити ряд висновків:

У ході використання методики «Соціальні ситуації» ми з'ясували, що 50% респондентів групи мають середній рівень (розуміють сюжет, але помиляються в нюансах емоцій), 37.5% – низький рівень (сприймають картинку фрагментарно).

У результаті проведення методики «Що – Чому – Як» 50% дітей мають низький рівень. Вони бачать факт проблеми, але не відчувають емпатичного зв'язку та не можуть запропонувати алгоритм допомоги. Середній бал по групі свідчить про «ситуативне розуміння». Велика кількість нульових показників вказує на вербальний дефіцит у сфері почуттів.

Нами запропоновано корекційно-розвивальну програму, яка спрямована на формування ключових умінь соціальної взаємодії, а саме: втримання довільної уваги, ініціювання взаємодії, розвиток навичок командної діяльності. В основі розробленої нами програми: АВА-терапія (прикладний аналіз поведінки); ТЕАССН (структуроване навчання); PECS та соціальних оповідань [1; 2]. Після впровадження корекційної програми нами була проведена повторна діагностика (табл. 1).

Таблиця 1

**Узагальнені результати констатуючого та контрольного дослідження**

Ім'я	Соціальні ситуації (0-6)		Що – Чому – Як (0-6)		ЕІ
	до	після	до	після	
Сумаіл	3	5	2	4	Низ/Сер
Діма	4	5	2	5	Середній
Влад	3	4	2	4	Низ / Сер
Стіва	2	3	1	3	Низький
Соня	4	5	3	5	Середній
Артем	3	4	0	3	Низький
Артем Б	3	4	0	3	Низький
Тіма	4	6	3	5	Середній
Богдан	2	3	0	2	Низький
Віка	2	4	0	2	Низький
Михайло	3	4	2	4	Низ/Сер
Олександр	1	3	0	2	Низький
Максим	0	2	0	1	Низький
Марк	0	2	0	1	Низький
Альміра	5	6	6	6	Високий
Святослав	6	6	6	6	Високий

При повторному опитуванні дітей за методикою «Соціальні ситуації» помітним є скорочення дітей з низьким рівнем, з 37% до 6,2%, що свідчить про подолання фрагментарності сприйняття.

Кількість респондентів з високим рівнем також підвищилась з 12,5% до 50%.

За методикою «Що-Чому-як?» стало помітним зростання середнього бала із 2.81 до 3.88 бала. Зросли показники високого рівня до 31% (5 осіб). Середній рівень складає 56% (9 осіб). Більшість дітей, які раніше мали низькі показники, перейшли в цю категорію. А низький скоротився з 50% до 13%

Аналіз проблеми та результати дослідження допомагають педагогам та батькам не лише краще зрозуміти сильні та слабкі сторони дітей з РАС для створення сприятливого середовища, а й віднайти ефективні шляхи допомоги дітям у пристосуванні до шкільного життя та формуванні гнучкого і підтримуючого середовища.

### Список використаних джерел:

1. АВА-терапія для дітей з аутизмом: основи методики і можливості у корекції харчування дитини. *Дитячий центр «Педіатрія з любов'ю»*. URL: <https://www.pediatrics.kiev.ua/correction/aba-terapia-autysm> (дата звернення: 03.02.2026).

2. Альтернативна комунікація PECS. *Центр стимуляції мозку «Малютко»*. URL: <http://www.malyatko-center.com/poslugi/alternativna-komunikaciya-pecs.htm> (дата звернення: 03.02.2026).

3. Базима Н. В. Особливості комунікативної діяльності дітей із розладами аутистичного спектра. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. Вип. 9(1). С. 14–24.

4. Беспалова Г. М. Розвиток соціальної компетентності дітей з особливими потребами в інклюзивному середовищі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2019. № 32. С. 45–52.

5. Гілберг К., Пітерс Т. *Аутизм: медичне та педагогічне втручання*. Київ : ВЦ «Академія», 2015. 240 с.

6. Марценковський І. А. Розлади аутистичного спектра: питання діагностики та корекції. *НейроNEWS*. 2018. № 2. С. 12–18.

7. Недозим І. В. Організація інклюзивного навчання дітей із розладами аутистичного спектра. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2018. № 4. С. 22–30.

8. Островська К. О. *Соціально-психологічний супровід дітей з розладами аутистичного спектра*. Львів : Тріада плюс, 2016. 512 с.

9. Скрипник Т. В. *Системна допомога дітям з аутизмом*. Київ : Логос, 2015. 224 с.

10. Стан здоров'я дитячого населення як показник ефективності діяльності медичної допомоги дітям та підліткам [Електронний ресурс] / МОЗ України, ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Київ, 2018. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/> (дата звернення: 08.04.2026).

11. Шульженко Д. І. *Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей*. Київ : Вид-во НПУ ім. Драгоманова, 2016. 252 с.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. Washington, DC, 2022. 1050 p.
13. Bondy A., Frost L. *The Picture Exchange Communication System Training Manual*. Newark : Pyramid Educational Consultants, 2011. 396 p.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-631-0-28>

### **Троценко Д. С.**

*студентка 4-го курсу бакалаврату спеціальності 053 «Психологія»  
кафедри психології, філософії та суспільних наук  
Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського  
Науковий керівник: Пузирьов Є. В.,  
кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри психології, філософії та суспільних наук  
Навчально-наукового гуманітарного інституту  
Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЕМОЦІЙ У ПРОЦЕСІ НАВЧАЛЬНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Емоції дітей молодшого шкільного віку яскраво виявляються у процесі навчальної та соціальної діяльності, оскільки саме в цей віковий період дитина активно включається у нову систему вимог, взаємин і соціальних очікувань. Навчання у школі супроводжується переживаннями успіху і невдачі, хвилюванням, радістю, образою, соромом, страхом помилки, інтересом до нового та прагненням отримати схвалення дорослих. Усе це робить емоційні прояви важливою складовою шкільної адаптації та соціального становлення молодшого школяра.

У процесі навчальної діяльності емоції найчастіше проявляються через ставлення дитини до завдань, оцінювання результатів власної праці та реакцію на вимоги вчителя. Позитивні емоції, пов'язані із зацікавленістю, допитливістю, почуттям успіху та підтримкою, стимулюють пізнавальну активність і сприяють більш ефективному засвоєнню навчального матеріалу. Натомість негативні переживання, зокрема тривога, страх помилки, розчарування або сором, можуть гальмувати активність дитини, знижувати її впевненість у собі