МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-психологічної освіти та фізичної культури
Кафедра психології

Допущено до захисту
« » травня 2026 р.
В.о. зав. кафедри
_____ Борис ЯКИМЧУК

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ: ПСИХІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ

Виконала студент (ка) IV курсу, П/41 групи
освітньої програми «Психологія»
спеціальності 053 Психологія
Бурдейна Ірина Василівна

Науковий керівник – канд. психол. наук
Радзівіл Катерина Павлівна

Умань – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП …….. 3

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ 7

1.1. Психологічна характеристика основних категорій дітей з особливими освітніми потребами…… 7

1.2. Когнітивні особливості розвитку особистості в умовах дизонтогенезу 19

1.3. Особливості формування соціально-комунікативної сфери у дітей з особливими освітніми потребами.. 34

РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ 42

2.1. Організація, процедура та методичне забезпечення дослідження параметрів особистісного розвитку дітей з особливими освітніми потребами 42

2.2. Аналіз результатів діагностики когнітивного розвитку та особливостей соціальної адаптації дітей із РАС 47

ВИСНОВКИ…….. 63

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……. 66

ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах розбудови інклюзивного освітнього простору та гуманізації суспільних відносин особливої гостроти набуває проблема забезпечення всебічного розвитку дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Психічне та соціальне становлення такої дитини є складним, багатогранним процесом, що потребує не лише спеціальних педагогічних методик, а й глибокого розуміння внутрішніх механізмів формування особистості в умовах дизонтогенезу. Саме гармонізація психічних процесів та успішна соціальна адаптація виступають ключовими критеріями якості життя та майбутньої самореалізації осіб із порушеннями розвитку.

Розробці концептуальної бази сучасної спеціальної психології, обґрунтуванню методологічних підходів до оцінювання психічного розвитку дитини та пошуку новітніх психокорекційних технологій присвячують свої праці провідні вітчизняні фахівці. Зокрема, вагомий внесок у розвиток цієї галузі в Україні зробили такі науковці, як: В. І. Бондар, В. В. Засенко, А. А. Колупаєва, Т. В. Сак, В. М. Синьов, В. В. Тарасун, О. П. Хохліна та М. А. Шеремет. Їхні дослідження дозволяють вибудувати цілісну систему супроводу дитини в освітньому середовищі.

Фундаментальні класифікаційні критерії та уявлення про природу порушень, а також основні аспекти виховання дітей з особливими потребами розглядалися у працях класиків світової психології та педагогіки: А. Адлера, А. Біне та М. Монтессорі. Питання специфіки розвитку при конкретних нозологіях та диференціальної діагностики ґрунтовно досліджували Г. Аспергер, К. Гіллберг, Г. Кашніц, О. Спек, У. Фріт, Ш. Фюрих та Х. Шредер.

Попри значний масив наукових розвідок, сучасна соціокультурна ситуація характеризується появою нових викликів, пов’язаних із соціальною інтеграцією дітей з ООП у закладах загальної середньої освіти. Проблема соціальної депривації, труднощі у формуванні комунікативної сфери та

емоційно-вольової регуляції залишаються недостатньо висвітленими в контексті комплексного впливу на цілісну структуру особистості. Необхідність пошуку ефективних шляхів компенсації вторинних порушень та стимулювання соціальної активності дітей визначає запит на нові практико-орієнтовані дослідження.

Актуальність дослідження зумовлена наявним протиріччям між об'єктивною потребою суспільства у створенні оптимальних умов для соціалізації дітей з особливими потребами та недостатньою методичною розробленістю комплексних програм психологічної підтримки, які б враховували взаємозв’язок психічних і соціальних аспектів розвитку. Необхідність наукового обґрунтування особливостей становлення особистості дитини в умовах інклюзії визначила вибір теми нашого дослідження: **«Особливості розвитку особистості дітей з особливими освітніми потребами: психічні та соціальні аспекти».**

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психічні й соціальні особливості розвитку особистості дітей з особливими освітніми потребами, а також визначити ключові напрями психологічної допомоги для їхньої успішної адаптації.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз психологічних особливостей розвитку дітей з різними нозологіями та визначити специфіку їхнього дизонтогенезу.
2. Вивчити особливості когнітивного розвитку дітей із порушеннями психофізичного розвитку, зокрема специфіку їхнього сприймання та невербального мислення.
3. Дослідити особливості соціально-комунікативної сфери та рівні соціальної адаптації дітей із особливими освітніми потребами в умовах сучасного освітнього простору.

4. Емпірично дослідити стан когнітивної та соціально-комунікативної сфери дітей із розладами аутистичного спектра та проаналізувати отримані результати.

Об'єкт дослідження: процес психологічного розвитку та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами.

Предмет дослідження: психічні та соціальні аспекти особливостей розвитку особистості дітей з особливими освітніми потребами.

Методи дослідження.

Теоретичні методи:

- аналіз, систематизація та узагальнення отриманої інформації з наукової літератури, що забезпечило визначення теоретико-методологічних засад дослідження.

Емпіричні методи:

- спостереження (для фіксації поведінкових проявів респондентів);

- комплекс психодіагностичних методів (для кількісної оцінки психологічних змінних):

1. Методика «Кольорові прогресивні матриці» (Дж. Равен).
2. Методика «Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS)».
3. Методика «Коробочка форм».

Математико-статистичні методи:

- описова статистика (розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, частотного розподілу);

- порівняльний аналіз

Теоретична значущість полягає в систематизації психологічних чинників, що визначають специфіку психічного та соціального розвитку особистості дітей з особливими освітніми потребами. **Практична значущість** роботи обумовлена розробкою діагностичного комплексу та методичних рекомендацій для фахівців Інклюзивно-ресурсного центру. Отримані результати можуть бути використані для створення індивідуальних програм розвитку та консультування батьків щодо особливостей соціалізації дитини.

Матеріали дослідження сприяють підвищенню ефективності психологічного супроводу дітей в умовах інклюзивного простору. Висновки роботи мають прикладне значення для подолання адаптаційних бар'єрів у вихованців ІРЦ.

Експериментальна база дослідження. Діагностика проводилася на базі Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Уманської міської ради. Вибір закладу зумовлений наявністю відповідних умов для індивідуального обстеження дітей із ООП та можливістю спостереження за ними у звичному корекційному середовищі.

Апробація результатів дослідження. Радзівіл К. П., Бурдейна І.В. Теоретичні підходи до категоризації дітей із порушеннями психофізичного розвитку. *Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів* : матеріали IX Всеукр. психол. читань (м. Умань, 14 травня 2026). Умань, 2026.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновка, списку використаних джерел, який налічує 00 найменування та додатків. Повний обсяг роботи становить 00 сторінок. Обсяг основного тексту складає 00 сторінок і містить 0 таблиці на 0-х сторінках.

РОЗДІЛ І
ТЕОРЕТИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

1.1. Психологічна характеристика основних категорій дітей з особливими освітніми потребами

Згідно зі статистичними звітами ООН, близько 10% населення Землі, що становить приблизно 450 мільйонів осіб, мають особливості психофізичного розвитку, причому майже 200 мільйонів із них — це діти. На сучасному етапі в Україні, як і в загальносвітовому вимірі, фіксується негативна динаміка зростання кількості неповнолітніх з інвалідністю. Зокрема, протягом останніх десяти років вітчизняні показники дитячої інвалідності демонструють двократне збільшення [26].

В умовах критичної демографічної ситуації питання збереження людського потенціалу України набуває стратегічного значення, особливо в контексті захисту здоров'я новонароджених. Поряд із довготривалими наслідками екологічної кризи після Чорнобильської катастрофи, незбалансованим харчуванням та спадковими дефектами, вирішального негативного впливу на генофонд нації сьогодні завдає **повномасштабна війна**.

Постійний вплив **хронічного стресу**, якому піддаються вагітні жінки через загрози обстрілів та соціальну нестабільність, у поєднанні з погіршенням умов проживання, провокує різке зростання патологій розвитку. Останнім часом спостерігається стійка тенденція до збільшення кількості дітей із вродженими аномаліями та складними генетичними хворобами, що часто стають причиною ранньої інвалідизації. Водночас сучасна наука доводить, що завдяки вчасній діагностиці, зокрема в умовах інклюзивно-ресурсних центрів, багатьом вадам можна запобігти, а якість життя таких дітей — суттєво покращити через професійний психологічний та медичний супровід [39].

Збільшення кількості випадків хронічних та комбінованих захворювань спричинило погіршення показників інвалідизації серед дітей в Україні. У сучасних реаліях питання підтримки дітей з особливими потребами стає пріоритетним напрямом, оскільки їхня питома вага в загальній структурі дитячого населення невпинно зростає. Ця тенденція зумовлює гостру потребу в розробці нових підходів до соціальної адаптації та психологічного супроводу такої категорії осіб [33].

Розробці концептуальної бази сучасної спеціальної психології, обґрунтуванню методологічних підходів до оцінювання психічного розвитку дитини та пошуку новітніх психокорекційних технологій присвячують свої праці провідні вітчизняні фахівці. Зокрема, вагомий внесок у розвиток цієї галузі в Україні зробили такі науковці, як: В. І. Бондар, В. В. Засенко, А. А. Колупаєва, Т. В. Сак, В. М. Синьов, В. В. Тарасун, О. П. Хохліна, М. А. Шеремет.

Класифікаційні критерії й уявлення, а також основні аспекти з питань порушення розвитку та виховання дитини з особливими потребами досліджували і описали: А. Адлер, Г. Аспергер, А. Біне, К. Гіллберг, Г. Кашніц, М. Монтессорі, О. Спек, У. Фріт, Ш. Фюрих, Х. Шредер.

Фундаментальним аспектом у процесі встановлення діагнозу є визначення природи та класифікація особливостей психофізичного розвитку, зокрема поєднання кількох функціональних порушень. Ефективна підтримка родини неможлива без глибокого розуміння специфіки стану дитини та того, яким чином наявні особливості впливають на життєдіяльність сім'ї загалом. Саме тому суб'єктом корекційного супроводу, на який спрямовані діагностичні, виховні та психолого-педагогічні заходи, виступає вся родина дитини з особливими потребами.

Згідно з науковою класифікацією, виокремлюють такі основні категорії порушень розвитку у дітей:

1. Стійкі розлади слухового сприйняття (діти з повною втратою слуху, зі зниженим слухом та ті, що втратили слух після оволодіння мовленням).

2. Виразні порушення зорової функції (незрячі діти та особи зі слабким зором).
3. Складні мовленнєві розлади (діти з тяжкими порушеннями мовлення).
4. Стійкі інтелектуальні порушення, зумовлені органічним ураженням центральної нервової системи.
5. Затримка психічного розвитку (зокрема діти із затримкою інтенсивності темпу розвитку).
6. Порушення функцій опорно-рухового апарату.
7. Розлади емоційно-вольової сфери (включаючи гіперактивність та спектр аутичних розладів).
8. Складні порушення розвитку, що характеризуються поєднанням двох або більше функціональних недоліків (наприклад, одночасне ураження зору, слуху чи рухової сфери в комбінації з інтелектуальними порушеннями) [4; 12; 14].

Згідно з фаховою термінологією спеціальної педагогіки, діти з особливими потребами психофізичного розвитку — це категорія осіб, у яких спостерігаються значні розбіжності з типовими показниками фізичного або ментального становлення. Такі особливості, спричинені вродженими чинниками чи набутими порушеннями, зумовлюють необхідність створення для дитини спеціалізованого освітнього простору, що включає адаптовані методи навчання, виховання та професійний корекційний супровід.

Поняття **«дизонтогенез»** було впроваджене Г. Швальбе у 1927 році для опису аномалій внутрішньоутробного формування організму. Згодом термін трансформувався у «дизонтогенію», охопивши ширший спектр розладів онтогенезу — індивідуального розвитку особистості протягом усього життєвого шляху.

У контексті спеціальної психології під «порушеним розвитком» розуміють стандартний процес становлення психіки, що перебігає в атипових (деструктивних) умовах. Коли патогенний вплив цих факторів стає потужнішим за адаптивні ресурси індивіда, виникають стійкі зміни в

когнітивних, емоційних та регуляторних процесах. Хоча загальна цілісність психіки зберігається, змінюється рівень її опосередкованості, що суттєво уповільнює темпи соціалізації та засвоєння культурного досвіду. Саме через ці особливості діти з ознаками дизонтогенезу потребують фахової психолого-педагогічної підтримки та медико-соціального супроводу, зокрема в умовах інклюзивно-ресурсних центрів [1].

Відповідно до вчення Л. Виготського, структура атипового розвитку має системний характер, де вихідне порушення не обмежується функціональним збоєм, а впливає на формування всієї особистості. Учений обґрунтував наявність первинного порушення, що має біологічну природу, та вторинних відхилень, які виникають як реакція психіки на цей дефект у процесі соціальної взаємодії. Усі елементи цієї системи перебувають у тісному взаємозв'язку, причому саме вторинні нашарування найбільше залежать від умов середовища та якості виховання. Такий підхід доводить, що корекційна робота має бути спрямована на подолання наслідків первинного порушення шляхом створення сприятливих соціальних умов для розвитку дитини.

Класифікація відхилень у розвитку в дитячому віці базується на розумінні порушення як функціонального обмеження життєдіяльності особи, що виникає внаслідок певних фізичних, когнітивних або сенсорних особливостей. Кожна з категорій таких розладів є предметом поглибленого вивчення в межах міждисциплінарного підходу, що об'єднує медицину, спеціальну психологію, корекційну педагогіку та логопедію. Такий розгалужений поділ дозволяє фахівцям забезпечувати комплексну підтримку дитини, враховуючи як клінічну картину, так і психолого-педагогічні потреби особистості.

У межах педагогічної науки диференціація дітей із соматичними та когнітивними розладами здійснюється відповідно до характеру первинного порушення. Існує розподіл на такі типологічні групи:

- діти з розладами слухової функції;

- особи з глибокими чи частковими порушеннями зору (незрячі та слабкозорі);
- діти, які мають складні порушення мовленнєвого розвитку;
- категорія дітей із вадами інтелектуального становлення (зокрема з розумовою відсталістю або затримкою психічного розвитку);
- діти з множинними (комплексними) порушеннями, що поєднують кілька сенсорних або ментальних розладів (наприклад, одночасна втрата зору та слуху, поєднання сенсорних дефектів з інтелектуальною недостатністю тощо);
- діти з дисфункціями опорно-рухового апарату.

Така класифікація дозволяє педагогам і психологам ефективніше добирати методики корекційного впливу залежно від провідного порушення в структурі розвитку дитини [1].

Варто наголосити, що наявність певних проблем зі здоров'ям або відхилень у фізичному чи ментальному стані не завжди є підставою для віднесення дитини до категорії аномального розвитку. Таке визначення застосовується лише тоді, коли наявні особливості мають системний вплив на особистісне становлення (згідно з концепцією ієрархічної структури за Л. Виготським) та створюють перешкоди для опанування культурного досвіду й отримання освіти у стандартних умовах.

У сучасному науковому та соціальному дискурсі замість терміна «аномальні діти» використовують низку синонімів: діти з порушеннями психофізичного розвитку, особи, які потребують корекції розвитку, діти з особливими освітніми потребами (ООП), а також діти з обмеженнями життєдіяльності. В освітньому просторі України найбільш уживаними та законодавчо закріпленими є терміни, що акцентують на потребі в корекційному супроводі та особливих освітніх потребах.

Розподіл дітей на окремі категорії в науковій літературі здійснюється за різними критеріями, залежно від мети дослідження чи сфери практичної діяльності. Однак для системи корекційної освіти ключовою залишається

класифікація за типом провідного порушення. Саме такий підхід дозволяє максимально точно визначити зміст психолого-педагогічної допомоги, розробити методику роботи, обрати відповідну установу (наприклад, інклюзивно-ресурсний центр) та сформувати оптимальну траєкторію навчання і виховання дитини [1].

Ініціатива щодо гуманізації термінологічного апарату стосовно дітей із фізичними та когнітивними розладами належить Міжнародній організації інвалідів (Disabled Peoples' International — DPI). Заснована у 1980–1981 роках з метою глобальної адвокації прав людей із порушеннями здоров'я, нині ця інституція має розгалужену мережу представництв у 110 країнах світу. Саме за сприяння DPI було розроблено соціальну модель інвалідності, яка змінила вектор сприйняття цієї проблеми.

У межах зазначеної моделі розмежовуються поняття «порушення» та «інвалідність». Зокрема, під порушенням розуміють певне функціональне обмеження життєдіяльності особи, зумовлене фізичними, ментальними або сенсорними чинниками. На відміну від медичного підходу, такий погляд акцентує увагу не на самому дефекті, а на бар'єрах, що виникають у взаємодії людини із середовищем. У розумінні сучасної спеціальної психології такий підхід дозволяє розглядати дитину насамперед як особистість із власним потенціалом, де інвалідність є результатом невідповідності між її потребами та можливостями соціуму [13].

У науковому дискурсі існує суттєва проблема адекватного перекладу фахових термінів. Зокрема, в англомовному середовищі поняття «інвалід» фактично вилучене з активного вжитку стосовно людей і застосовується переважно для оцінювання технічних методик чи валідності процедур. Використання цього терміна щодо осіб із психофізичними особливостями розцінюється як дискримінаційне та таке, що принижує людську гідність. В англійській мові використовують категорію «disability», що означає нездатність — стан фізичного або розумового розладу [42, с. 150].

Ба більше, останнім часом пріоритетним став термін «children with disabilities» (діти з обмеженнями життєдіяльності), що акцентує увагу на особистості, замість застарілого «disabled children» (нездатні діти). Аналогічні тенденції спостерігаються і в інших країнах: наприклад, у Швеції замість терміна «handikappede» (дефективна дитина) використовується гуманніше формулювання «barnet met handicap» (дитина з порушенням).

При перекладі цих понять українською або російською мовами терміни «disability» та «handikappede» часто адаптуються як «інвалідність» або «непрацездатність» [13]. На нашу думку, такий неоднозначний або недосконалий переклад стає підґрунтям для виникнення соціальної «стигми», оскільки спотворює первинний гуманістичний зміст міжнародних стандартів.

Спираючись на прогресивні вітчизняні та світові психолого-педагогічні розвідки, а також на директиви ООН і ЮНІСЕФ, науковий апарат має бути позбавлений термінів, що сприяють стигматизації. Застосування дефініцій із негативним семантичним забарвленням провокує додаткову психотравматизацію дитини та її родини, оскільки штучно підкреслює протиставлення «норми» та «аномальності».

Знаковим етапом у цьому процесі стала регіональна моніторингова доповідь ЮНІСЕФ «Освіта для всіх» (1998 р.), у якій дітей з інвалідністю та осіб із розладами психофізичного становлення було об’єднано в спільну категорію — «діти з особливими потребами». На наше переконання, саме це формулювання є найбільш етичним та термінологічно точним. У сучасних наукових працях дедалі чіткіше простежується гуманістичний вектор, що закріпив використання таких дефініцій, як: діти з особливими потребами, діти з порушеннями розвитку або діти з психофізичними розладами [8; 21; 22; 25; 32].

З метою деталізації характеру порушень у межах даної кваліфікаційної роботи, поряд із сучасною термінологією, вживається поняття „діти з психофізичними вадами” (ПФВ). Це формулювання закріплене в низці

нормативно-правових актів нашої держави, зокрема в базовому Законі України „Про освіту” (1991).

Під категорією дітей із ПФВ розуміють осіб, у яких спостерігаються значні розбіжності з типовими показниками фізичного або ментального розвитку. Такі особливості спричинені вродженими чинниками чи набутими органічними порушеннями, що зумовлює необхідність організації специфічного освітнього середовища, особливих методів навчання та виховання [27].

Варто відзначити, що дефініція „діти з особливими потребами” також інтегрована в нормативно-правову площину України, починаючи з 1991 року. Основний Закон нашої держави — Конституція України — запевняє кожного громадянина в праві на доступ до якісної освіти. Це положення повною мірою поширюється і на дітей з особливими потребами, під якими розуміють осіб із порушеннями фізичного, інтелектуального розвитку або психоневрологічними розладами.

Забезпечення рівних освітніх можливостей для цієї категорії дітей регламентується як національним законодавством, так і фундаментальними міжнародними актами. Ключовим серед них є Конвенція ООН про права дитини, ухвалена 20 листопада 1989 року та ратифікована Верховною Радою України 27 лютого 1991 року. Відповідно до статті 23 цього документа, країни-учасниці підтверджують право дитини, яка має особливості ментального чи фізичного стану, на повноцінне та гідне існування. Держава зобов'язується створювати умови, що підтримують почуття самоповаги дитини, зміцнюють її впевненість у власних силах та максимально сприяють її активній інтеграції в суспільне життя [11].

Починаючи з 2001 року, в Україні розпочався новий етап розвитку інклюзивного простору. Зокрема, Всеукраїнський фонд „Крок за кроком” у тісній співпраці з Міністерством освіти і науки України та Інститутом спеціальної педагогіки АПН України ініціював масштабний науково-педагогічний експеримент.

Даний проєкт, що тривав з 2001 по 2007 рік, був присвячений питанням соціальної адаптації та успішної інтеграції в соціум дітей, які мають особливості психофізичного розвитку. Ключовим інструментом реалізації цієї мети стало впровадження моделі їхнього навчання безпосередньо в умовах загальноосвітніх навчальних закладів. Це заклало міцний фундамент для переходу від ізольованого навчання до сучасної системи інклюзивної освіти, де кожна дитина отримує підтримку в природному для неї соціальному середовищі [4].

Аналіз наведеної термінології та класифікацій свідчить про виразну тенденцію до зближення та фактичного ототожнення понять «діти з особливими потребами» та «діти з порушенням психофізичного розвитку». У сучасній науковій і нормативній практиці ці дефініції часто використовуються як взаємозамінні, що відображає перехід від суто медичної моделі сприйняття дитини до соціально-педагогічної.

Така інтеграція термінів вказує на зміщення акценту з самого факту наявності біологічного порушення на необхідність забезпечення дитині відповідних умов для реалізації її прав на освіту та соціалізацію. Таким чином, незалежно від конкретного діагнозу, на перше місце виходить категорія «потреб», які суспільство та держава мають задовольнити для гармонійного розвитку особистості.

Ця тенденція є логічним наслідком гуманізації спеціальної освіти в Україні, де термін «особливі потреби» виступає ширшим, інклюзивним поняттям, що охоплює різні аспекти дизонтогенезу, але водночас зберігає повагу до гідності дитини.

1.2. Когнітивні особливості розвитку особистості в умовах дизонтогенезу

Становлення людської особистості нерозривно пов'язане з процесами осягнення та активної трансформації навколишньої дійсності. Через призму

індивідуального досвіду — аналіз власних здобутків, помилок та емоційних переживань — індивід конструює суб’єктивну картину світу, що стає осереддям його ментального буття. У цьому контексті когнітивний розвиток відіграє визначальну роль у структурі формування особистісних якостей.

Сам термін «когнітивна сфера» набув поширення у другій половині XX століття завдяки стрімкому прогресу кібернетики. У той період дослідники проводили аналогії між функціонуванням людської психіки та роботою складних біороботизованих систем, намагаючись створити дієві моделі ментальної активності. Саме ці змодельовані структури отримали назву когнітивних процесів [3].

Таким чином, когнітивну сферу можна визначити як сукупність психічних функцій, що забезпечують вивчення та інтерпретацію зовнішнього середовища. Її базовим механізмом є систематизоване сприйняття вхідних даних та їх подальша інтелектуальна переробка. Характерними рисами цієї сфери є:

- **Раціональність:** орієнтація на об’єктивні факти.
- **Логічність:** чітка послідовність операцій.
- **Інструментальність:** залучення таких процесів, як увага, пам’ять, мислення та сприйняття.

Варто зауважити, що когнітивні акти за своєю природою відокремлені від афективних проявів; вони не детерміновані емоційними прив’язаностями, розвагами чи суб’єктивними переживаннями, а спрямовані на об’єктивне пізнання світу [10].

Когнітивна сфера виступає фундаментальним внутрішнім механізмом систематизації індивідуального досвіду. Саме в межах цієї структури здійснюється розподіл інформаційних потоків, їх категоризація, критичний розбір та узагальнення. Ключовою ланкою когнітивної активності, що охоплює процеси ментальної обробки даних та психологічного самоконтролю, є здатність особистості до прийняття рішень і розв'язання нестандартних інтелектуальних завдань.

Накопичені знання формують авторське бачення суб'єктом системи суспільних відносин, виступаючи базисом для виявлення та подолання суперечностей згідно з власними пріоритетами та ціннісними орієнтирами. Інформаційний багаж розглядається як інструмент орієнтування особистості в розмаїтті способів побудови та гармонізації контактів із соціумом.

У структурі цього процесу визначальну роль відіграє пізнавальна активність. У науковій літературі вона трактується як форма психічного репродукування об'єктивної реальності та інтеграції нових відомостей, або ж як інтенсивність інтелектуальної напруги, спрямованої на реалізацію пізнавальних прагнень індивіда [2].

Формування когнітивної системи особистості є тривалим еволюційним процесом, що розгортається поетапно. Дитина починає опановувати пізнавальні механізми з моменту народження, тому критично важливим є моніторинг відповідності інтелектуальних досягнень віковим нормативам. Для оцінювання стану цієї сфери застосовують систему структурованих діагностичних методик, які добираються відповідно до вікового періоду та включають різнорівневі когнітивні завдання.

У прикладному аспекті когнітивну сферу можна розглядати як сукупність знань, практичних навичок, умінь та загальної компетентності індивіда. Ефективне функціонування цієї системи дозволяє людині не лише вибірково сприймати дані з навколишнього середовища, а й забезпечує їх надійне збереження та інтелектуальну інтерпретацію. Отже, когнітивна сфера постає як складний психічний механізм, що детермінує здатність до продуктивного навчання та подальшої реалізації засвоєного досвіду в практичній діяльності [10].

Особливості розвитку когнітивної сфери дитини з порушеннями зору.

У закордонних наукових працях [35] категорія «когнітивна сфера» найчастіше вживається для опису детермінант пізнавального розвитку дитини в межах навчальної взаємодії. У такому широкому контексті цей термін охоплює наступний комплекс характеристик:

1. пізнавальну активність дитини як свідомого суб'єкта освітнього процесу;
2. особливості комунікації з довкіллям та вибудовування індивідуального механізму саморегуляції;
3. динаміку інтеріоризації знань, завдяки якій відбувається засвоєння нової інформації та її подальша екстеріоризація у практичній діяльності;
4. вплив соціокультурного середовища та різних культурних парадигм на становлення когніцій дитини та її адаптацію до навчання;
5. механізми когнітивного навчання, де ключову роль відіграють процедурні знання, що формуються на підґрунті перцептивного розвитку;
6. процес становлення персонального навчального стилю учня як цілісної та гнучкої системи в освітній ситуації.

Діти з порушеннями зору демонструють достатній потенціал для опанування шкільної програми в повному обсязі. Проте існують певні перешкоди, зумовлені недосконалістю перцептивних процесів, неможливістю спонтанного формування образів, труднощами у мимовільному засвоєнні знань та обмеженими можливостями для наслідування. Уявлення, що базуються на дефіцитарному візуальному, аудіальному чи тактильному сприйманні, суттєво відрізняються від зорових образів: вони можуть бути фрагментарними, неповними, іноді спотвореними, схематичними та недостатньо узагальненими.

Хоча фундаментальні психічні процеси (пам'ять, мислення, увага, уява) розвиваються за загальними психофізіологічними законами, дефіцит чітких уявлень якісно змінює їхні параметри, як-от швидкість, глибину та повноту. З огляду на це, під час викладання матеріалу критично важливо опиратися на життєвий досвід учня та конкретні приклади, які допоможуть поєднати теоретичні знання з реальністю. За можливості слід залучати практичні вправи для стимуляції кінестетичного та тактильного каналів сприйняття.

Необхідно надавати детальні інструкції щодо застосування методів навчання, акцентуючи увагу на взаємозв’язках між об’єктами навколишньої дійсності. Важливо заздалегідь перевіряти адекватність уявлень учня про базові поняття уроку. Навіть якщо дитина вважає об’єкт знайомим, доцільно уточнити її розуміння деталей та характеристик.

Під час пояснення нових термінів варто використовувати реальні моделі, тактильні посібники та предмети, якими можна маніпулювати. Ознайомлення з новими явищами повинно відбуватися не через пасивний опис, а шляхом розв’язання пізнавальних завдань і проблемних питань. Освітній процес має бути максимально забезпечений доступною наочністю: адаптованими іграшками, рельєфними малюнками, схемами та таблицями.

Педагог має стимулювати дитину до активного обстеження предметів та порівняння об’єктів, навчаючи її закріплювати та актуалізувати власний сенсорний досвід для розв'язання майбутніх завдань. У процесі діяльності важливо детально обговорювати кожен крок, щоб учень міг сфокусувати увагу на об’єктах, засвоїти алгоритм дій та усвідомити зв’язок між ними. Необхідно допомагати дитині у визначенні мети та прогнозуванні результатів праці.

Учню з порушенням зору слід створювати умови для самостійного дослідження, експериментування та активної комунікації: можливості запитувати, висловлювати сумніви, погоджуватися чи дискутувати, прагнучи отримати максимально точну та доступну інформацію.

Особливості розвитку когнітивної сфери дітей із порушеннями слуху

Відчуття та сприймання

Процес зорового сприймання у дітей із дефіцитом слуху вирізняється надмірною деталізацією, проте не завжди супроводжується формуванням цілісного образу. Незвичайні та яскраві об'єкти здатні тривалий час утримувати мимовільну увагу дитини. Оскільки вербалізація є ключовою для передачі складних параметрів об’єкта (геометричної форми, динаміки, символізму), недорозвинення мовлення призводить до специфічних

труднощів. Зокрема, учні легко ідентифікують прості фігури, але мають складнощі з осмисленням сюжетних картин, ігноруючи перспективу та ефекти руху. Такі характеристики сприймання не можуть сформуватися спонтанно без мовленнєвого супроводу.

Наукові дані свідчать і про певне порушення кінестетичних відчуттів [10]. Це виявляється у труднощах при виконанні складних координаційних рухів. Причиною є не лише нерозуміння словесних настанов, а й можливі патології вестибулярного апарату, який функціонально пов'язаний з органом слуху. Недостатність кінестетики важливо враховувати при вивченні жестової мови та дактилології, де вимагається висока точність маніпуляцій. Для дітей із залишками слуху критично важливим є постійне тренування слухової функції у спеціально обладнаних кабінетах; без належної стимуляції слуховий аналізатор деградує, що призводить до подальшого зниження функціональності.

Увага

Характерною рисою дітей із порушеннями слуху, незалежно від їхнього віку, є переважання мимовільної уваги. Це виступає природним компенсаторним механізмом: щоб заповнити дефіцит аудіальної інформації, дитина змушена максимально залучати зоровий аналізатор, фіксуючи фокус на всіх об’єктах у полі зору. Однак лише мимовільної уваги недостатньо для розвитку вищих психічних функцій. Тому корекційна робота спрямована на формування довільності уваги через вивчення жестів, що регулюють поведінку та допомагають керувати концентрацією.

Пам'ять та запам'ятовування

Загальна ефективність пам'яті у нечуючих дітей може досягати нормативних показників, проте має унікальну специфіку. Образна пам'ять у них є значно продуктивнішою за словесну, і ця особливість зберігається значно довше, ніж у нормотипових однолітків. Це зумовлено високим рівнем розвитку зорової перцепції на фоні труднощів словесного кодування.

Для нечуючої дитини слово не є цілісним звуковим комплексом, а постає як набір знаків: зоровий образ (написання), моторний (дактиль) або комбінований (жест). При короткочасному запам’ятовуванні слово часто сприймається як абстрактна послідовність символів, що призводить до специфічних помилок — заміни схожих за написанням літер, що робить слово безглуздим. У нормі ж діти навіть при помилках намагаються зберегти лексичне значення. Помилки довготривалої пам'яті частіше пов’язані із заміною слова на близьке за змістом. Використання жестової мови допомагає подолати ці недоліки, оскільки жест завжди апелює до цілісного образу [6].

Мислення та інтелект

У дітей із порушеннями слуху спостерігаються труднощі при переході від наочно-дієвого до наочно-образного мислення, що у віці 4–5 років може помилково сприйматися як затримка психічного розвитку [5]. У нормі маніпуляції дитини з предметами супроводжуються поясненнями дорослих, які допомагають узагальнювати досвід та відсіювати помилкові дії. Дитина з порушенням слуху, не маючи змоги означити результат своєї праці, змушена щоразу повторювати весь шлях «спроб і помилок», включаючи нерезультативні кроки.

З появою мовлення (дактилю, жестів) дитина отримує інструмент для узагальнення досвіду та переходу до образного мислення. Цікаво, що завдяки розвитку зорової сфери образне мислення нечуючих дітей за ефективністю може навіть випереджати конкретно-логічне мислення однолітків. Проте воно часто залишається синкретичним (залежним від умов сприйняття) та емоційним. Завданням педагога є розвиток логічного мислення, долаючи спротив дитини, якій зручніше користуватися вже розвиненим образним інструментарієм.

Уява та творчість

Специфіка уяви обумовлена уповільненим мовленнєвим розвитком та відставанням у сюжетно-рольовій грі. Як зазначала Г. Вигодська [16], нечуючі дошкільнята тривалий час залишаються на етапі предметно-процесуальних

ігор, не переходячи до створення уявних ігрових ситуацій. Їхня гра часто стереотипна та схильна до простого копіювання дій. Уява таких дітей тісно пов'язана із безпосереднім сприйняттям, а поділ у ланцюжку «предмет — образ — слово» відбувається значно пізніше. Хоча їхні образи пам'яті яскраві, труднощі понятійного мислення заважають відійти від конкретики, що ускладнює творчість та відтворення образів за словесним описом.

Особливості розвитку когнітивної сфери дітей із порушеннями інтелектуального розвитку

Для дошкільників та молодших школярів із порушеннями інтелекту характерним є суттєве недорозвинення пізнавальних інтересів. Це виявляється у значно нижчій, порівняно з нормотиповими однолітками, потребі в отриманні нових знань. На кожному етапі когнітивного процесу фіксуються ознаки недорозвинення, що призводить до формування неповних, а іноді й хибних уявлень про дійсність.

Попри труднощі у навчанні та затримку розвитку різних видів діяльності, діти з легким ступенем інтелектуальних порушень мають потенціал для певного прогресу. У них переважно зберігається конкретне мислення, наявна здатність до орієнтації у практичних життєвих ситуаціях, вони виявляють схильність до взаємодії з дорослими та охоче залучаються до праці.

Відчуття та сприймання

Дітям із легкою інтелектуальною недостатністю потрібно більше часу для перцепції матеріалу, що ускладнює виокремлення головних ознак та встановлення внутрішніх зв'язків. Вони ідентифікують знайомих людей і предмети, самостійно впізнають їхні зображення. Проте виникають значні труднощі при диференціації схожих сенсорних сигналів (зорових, звукових, тактильних). Словесне визначення ознак об'єктів є складним, хоча діти спроможні групувати їх за кольором, формою чи розміром.

У дітей із помірними порушеннями розрізнення кольорів та геометричних фігур (особливо складних, як-от трапеція чи овал) формується

значно пізніше. Сприйняття людей менш диференційоване, а розпізнавання предметів на основі лише рухових чи слухових подразників є ускладненим. Поняття про ключові ознаки об'єктів зазвичай не сформовані, а класифікація потребує постійної організуючої допомоги дорослого.

Для цієї категорії дітей характерні проблеми з орієнтацією у просторі та часі. Сприймання оточення та розрізнення сигналів можливе лише за умови максимального супроводу з боку дорослих. Словесне позначення ознак часто відсутнє, а самостійна робота неефективна. Труднощі у відтворенні образів — фрагментарність та уподібнення уявлень — негативно позначаються на всій пізнавальній діяльності [3].

Увага

Інтелектуальні порушення суттєво деформують розвиток уваги, особливо її довільного аспекту. Це зумовлено слабкістю вольового зусилля та афективної сфери: діти часто навіть не намагаються долати інтелектуальні перешкоди. Розвиток довільної уваги обмежений через відсутність внутрішнього мовлення та механізмів саморегуляції.

Увага вирізняється високою виснажливістю; діти швидко втомлюються від концентрації, а їхня розумова працездатність відновлюється повільно. Особливості процесів залежать від типу нервової системи:

- При переважанні збудження увага є надзвичайно мінливою та нестійкою.
- При переважанні гальмування вона стає інертною, уповільненою, дитині важко переключитися на новий об’єкт.
- Загалом, невеликий обсяг уваги (2–3 об'єкти), нестійкість та легка відволіканість значно ускладнюють виконання будь-якої комплексної діяльності.

Запам'ятовування

Процеси пам'яті у дітей цієї категорії формуються в аномальних умовах, що негативно впливає на довільне та мимовільне запам'ятовування. Самостійне використання ментальних прийомів без сторонньої допомоги є

неможливим. Операції узагальнення залишаються на елементарному рівні, а образи складних об'єктів уподібнюються, що спрощує картину світу в свідомості дитини. Для успішного засвоєння матеріалу вони потребують постійних наочних, звукових чи тактильних опор.

Діти легше запам'ятовують випадкові зовнішні ознаки, тоді як внутрішні логічні зв’язки вимагають надмірних зусиль. Опосередковане запам'ятовування здебільшого недоступне, а перенесення засвоєного способу дії на нові завдання є неможливим. Слабкість пам'яті виявляється не лише у збереженні, а й у відтворенні інформації: через нерозуміння логіки подій воно є несистемним і неконтрольованим [3].

Продуктивність пам'яті значно знижена:

- Обсяг запам'ятовування після першого пред'явлення вдвічі менший за норму.
- Насичення настає вже до третьої спроби, після чого кількість засвоєних слів не зростає.
- Інформація швидко забувається: вже за годину ефективність відтворення різко падає, дитина може не згадати те, що щойно вивчила.

Мислення та інтелект

Мислення залишається на конкретному рівні, перехід до абстракцій практично не відбувається. Логічні операції сформовані недостатньо: при аналізі дитина виокремлює лише загальні властивості, ігноруючи індивідуальні ознаки, що ускладнює подальший синтез.

Специфічною рисою є некритичність мислення — неможлівість самостійно оцінити якість своєї роботи. Діти не усвідомлюють власних помилок і зазвичай задоволені результатом. Процес вирішення розумового завдання порушений на всіх етапах: від аналізу умов до фінального контролю. Оскільки дитина має дефекти сприйняття та пам'яті, вона не може порівняти отриманий результат із запланованим, що і стає основою некритичності.

Уява та творчість

Рівень розвитку уяви та творчого мислення є надзвичайно низьким. Образи уяви фрагментарні, схематичні та неточні. Діти не здатні самостійно створювати сюжети для ігор чи малювання, віддаючи перевагу копіюванню чужих зразків або використанню вивчених шаблонів дій.

Психолого-педагогічна характеристика пізнавального розвитку дітей із когнітивними порушеннями

Розвиток когнітивної сфери у дітей цієї категорії має специфічну динаміку, що часто виявляється у загальному вповільненні темпів психічного дозрівання.

Відчуття та сприймання

Наукові дослідження вказують на те, що у більшості дітей із когнітивними порушеннями спостерігається інертність процесів збудження та гальмування. Це спричиняє затримку у формуванні міжаналізаторних зв’язків, труднощі у засвоєнні складних умовних рефлексів та недостатність тонкої диференціації зорових і слухових стимулів. Також фіксуються розлади просторово-часового орієнтування та несформованість складних рухових програм.

Такі діти потребують значно більше часу для опрацювання вхідної інформації, особливо в умовах інтенсивного емоційного чи мовленнєвого навантаження. Характерною ознакою є тенденція до спрощення образів: подібні за формою об’єкти (наприклад, овал і коло) сприймаються як ідентичні.

Просторові уявлення залишаються на рівні елементарних практичних дій. Сприйняття трансформованих (перевернутих) зображень та аналітико-синтетична діяльність викликають суттєві перешкоди. Це безпосередньо впливає на конструктивне мислення: при роботі з геометричними візерунками діти неспроможні повноцінно проаналізувати форму, дотриматися симетрії чи гармонійно розташувати елементи на площині. Проте, на відміну від дітей із порушеннями інтелекту, прості конструктивні завдання вони виконують успішно [27].

Увага

Сфера довільної саморегуляції у дітей даної категорії розвинена недостатньо, що негативно впливає на здатність до тривалої концентрації, переключення та роботи за алгоритмом. Згідно з дослідженнями Г. Жаренкова, нестабільність уваги може виявлятися у трьох варіантах:

1. Швидке виснаження після початкової інтенсивної концентрації.
2. Відстрочене зосередження, що настає лише після періоду втягування в роботу.
3. Хвилеподібна динаміка уваги з постійними періодами спаду та підйому протягом усієї діяльності.

Запам'ятовування

Для цієї групи характерні прояви церебральної астенії: швидка виснажливість, низька працездатність та скорочення обсягу пам’яті. Найбільш вразливими є види пам’яті, що потребують інтелектуального опосередкування. Механічна пам'ять демонструє низьку продуктивність на перших етапах, проте загальний час, необхідний для вивчення матеріалу, наближається до нормативних показників. Це суттєво відрізняє їх від дітей із порушеннями інтелекту, які часто зовсім не справляються із повним заучуванням. Мимовільна пам’ять молодших школярів цієї групи за продуктивністю поступається показникам нормотипових дошкільників 5–6 років.

Мислення та інтелект

Недорозвинення базових форм мислення — наочно-дієвого та наочно-образного — створює дефіцитарну основу для подальшого інтелектуального росту. Проте діти з когнітивними порушеннями демонструють вищу ефективність у вирішенні практичних та образних завдань порівняно з дітьми, що мають порушення інтелекту. Найкращі результати вони показують при роботі з наочним зразком [3].

Специфіка мислення найяскравіше проявляється на рівні словесно-логічних операцій: відзначається слабкість етапу орієнтування, нездатність до

тривалого інтелектуального зусилля та низький самоконтроль. Водночас до дванадцяти років у багатьох дітей спостерігається прогрес у вирішенні завдань на аналогії, що свідчить про значне запізнення у формуванні відповідних механізмів мислення.

Фундаментальні інтелектуальні операції (аналіз, синтез, порівняння) характеризуються відсутністю плановості, однобічністю та недостатньою деталізацією. Ключовою особливістю є розрив між інтуїтивно-практичним рівнем і можливістю словесного обґрунтування. Наприклад, правильно класифікувавши предмети, дитина часто не може назвати групу узагальнюючим поняттям чи пояснити логіку свого вибору [5]. Мисленню властива певна інертність, поверховість та схильність до використання шаблонів у невідповідних умовах.

Загальна незрілість центральної нервової системи зумовлює несформованість готовності до шкільного навчання. Це стає причиною труднощів при опануванні читання та письма, сплутування графічно схожих літер та проблем із самостійним переказом текстів.

Увага та творчість

Становлення уяви та творчої активності відбувається зі значною затримкою та має якісну своєрідність. Цей процес взаємозумовлений: з одного боку, уява залежить від якості сприйняття та пам'яті, з іншого — вона сама стає інструментом розвитку цих функцій. У дітей даної категорії уява тривалий час зберігає репродуктивний характер, не переходячи на творчий рівень, що є наслідком загального відставання у психічному розвитку та несформованості передумов для створення оригінальних образів.

Специфіка когнітивного розвитку дітей із розладами аутичного спектра (РАС)

Когнітивна сфера дітей із РАС є однією з найбільш дискусійних тем у сучасній спеціальній психології. Попри поширений міф про обов'язкову геніальність таких дітей, реальна картина демонструє значну варіативність: від

інтелектуальної недостатності до парціальної (часткової) обдарованості. Ключовими характеристиками цієї сфери є дефіцит загальної психічної активності, дисоціація психічних функцій, нерівномірність їхнього дозрівання та суттєві порушення довільності уваги. Для дітей із РАС часто невластивий активний інтерес до нового; інформація зазвичай сприймається пасивно, цілісними блоками, що зумовлює основну проблему — мозаїчність інтелектуального розвитку.

Відчуття та сприймання

Сенсорна система дітей із РАС вирізняється підвищеною ранимістю та надмірними реакціями на новизну. Як захисний механізм дитина використовує «самоізоляцію» від яскравих зовнішніх вражень. На відміну від норми, пріоритет надається пропріорецепції (м'язовим відчуттям) та тактильним контактам: дитина може бути повністю зосереджена на «прослуховуванні» власних рухів.

Для сприймання характерні глибокі дисоціації всередині одного каналу:

- Гіперчутливість до невербальних звуків при повній відсутності реакції на мовлення.
- Розуміння розмов, що не стосуються дитини безпосередньо, на фоні ігнорування простих побутових інструкцій.
- Здатність фіксувати найдрібніші деталі предметів, але неспроможність ідентифікувати обличчя людей або розрізняти об'єкти в навчальній ситуації.

Захопленість окремими сенсорними властивостями заважає формуванню цілісного образу, через що картина світу стає фрагментарною та спотвореною. Це ускладнює орієнтацію у просторі та перцептивну діяльність. Через швидке пересичення уваги дитина зазвичай витрачає на розгляд предмета не більше 1–2 секунд, після чого втрачає до нього інтерес [21].

Увага

Характерною рисою є низький тонус психічної активності та швидке виснаження, що зумовлює слабкість довільної уваги. Зосередженість зазвичай

залежить від яскравості та незвичності стимулу (мимовільна увага), проте вона є вкрай нестійкою і триває лише кілька секунд. Слабкість вольових процесів та неможливість тривалої концентрації стають серйозною перешкодою для формування вищих психічних функцій.

Запам'ятовування

Для інтелектуально збережених дітей із РАС властивий феноменальний розвиток механічної пам'яті. Дитина може занадто рано і легко вивчати цифри, букви або масиви специфічної інформації (біологічної, технічної). Стереотипне відтворення фрагментів мультфільмів, безглуздих звукосполучень або інтонацій є проявом цього механічного кодування.

Окреме місце посідає емоційна пам'ять на пережитий афект. Негативні спогади часто провокують яскраві реакції протесту у схожих ситуаціях. Хоча логічне та опосередковане запам'ятовування потенційно можливе, воно суттєво обмежене дефіцитом довільності.

Мислення та інтелект

Процес опрацювання інформації при РАС характеризується специфічним дисбалансом інтеграції: дитина легко накопичує дані, але має труднощі з їхнім практичним використанням. Знаючи алфавіт у ранньому віці, вона може відмовлятися вимовляти звуки; знаючи лічбу — не розуміти концепції кількості та не вміти розв’язати елементарну задачу.

При виконанні класифікацій діти часто спираються на алогічні, неістотні ознаки. Значні складнощі виникають при спробах розпізнати емоційні стани людей за виразом обличчя або зрозуміти зміст логічно побудованих речень [21].

Увага та творчість

В науці існують дві протилежні позиції щодо уяви при аутизмі:

1. Гіпотеза Л. Каннера про багату, химерну уяву, що компенсує дефіцит зовнішніх вражень.
2. Теорія про патологічне фантазування, де уява як продуктивний пізнавальний процес розвинена слабко.

Патологічне фантазування часто є способом втечі від дійсності для уникнення психотравм. Воно поглинає інтереси дитини, не підвищуючи рівень її саморегуляції, і нерідко має агресивний або фобічний характер.

Згідно з «Теорією намірів» (Theory of Mind) [19], когнітивний дефіцит при РАС пов'язаний із пошкодженням фундаментальної здатності розуміти наміри, бажання та переконання інших людей. Це блокує розвиток не лише уяви, а й соціальної комунікації, оскільки дитина не може відобразити «інформаційні зв'язки» між поведінкою іншої людини та її внутрішнім станом.

Особливості розвитку когнітивної сфери дітей із мовленнєвими порушеннями

Розвиток пізнавальних процесів у дітей цієї категорії має специфічний характер, зумовлений тісним взаємозв'язком між мовленнєвим дефектом та іншими психічними функціями.

Відчуття та сприймання

Слухове сприймання таких дітей безпосередньо залежить від стану фонематичних процесів. Дослідження фіксують зниження чутливості до високочастотних звуків (t, k, s, p, f, sh), що спричиняє труднощі у їх вимові, пропускання звуків у мовленні та подальші проблеми з письмом і читанням. Через недосконалість фонематичного слуху діти не диференціюють слова, схожі за звучанням (наприклад, *зірка — сірка*), і часто не помічають власних помилок.

Зорове сприймання також дещо відстає від норми. Дітям-логопатам потрібно більше часу на ідентифікацію об’єктів, особливо в складних умовах (наприклад, розпізнавання контурів на фоні «шуму»). Образи предметів часто залишаються фрагментарними, а при порівнянні об'єктів діти схильні використовувати практичне прикладання замість зорового аналізу.

У дітей з алалією та іншими тяжкими порушеннями мовлення часто спостерігається низький рівень оптико-просторового гнозису: вони важко орієнтуються у правій та лівій сторонах, схемі тіла та графічних образах букв. При цьому розуміння чужого мовлення зазвичай збережене, тоді як власне

експресивне мовлення страждає через порушення механізмів перекодування сенсу в слова.

Увага

Розвиток уваги у дітей із мовленнєвою патологією має низку характерних особливостей:

- **Швидка виснажливість:** стійкість уваги різко падає в процесі діяльності, особливо при порушенні режиму або втомі.
- **Неадекватні коливання:** увага може змінюватися без видимих причин через незрілість нервової системи або фрагментарне сприйняття ситуації.
- **Труднощі розподілу:** дітям вкрай важко одночасно зосереджуватися на усній інструкції та практичному виконанні завдання.

Якщо інструкція подається лише усно, кількість помилок зростає, оскільки увага дитини не може ефективно розподілятися між двома подразниками. Також у дітей із ЗНМ (загальним недорозвиненням мовлення) часто не сформований випереджувальний та підсумковий контроль.

Запам'ятовування

Для молодших школярів цієї групи характерний знижений обсяг усіх видів пам’яті порівняно з нормою. Слухомовленнєва пам’ять має пряму залежність від глибини мовленнєвого дефекту: чим складніше порушення мовлення, тим важче дитині запам'ятовувати слова на слух.

Зорова пам’ять зазвичай розвинена краще і наближається до норми, проте розпізнавання складних фігур (наприклад, геометричних форм у дітей із дизартрією) може бути утруднене. Специфічною проблемою є швидке забування мовленнєвих інструкцій, тому логопатам критично необхідні наочні схеми та опори в роботі. Хоча мимовільна пам'ять у них розвинена слабко через низьку пізнавальну активність, за умови корекції діти здатні опанувати логічні прийоми запам'ятовування [21].

Мислення та інтелект

Мислення дітей із мовленнєвими вадами тісно пов'язане з мовленням. Вони можуть аналізувати предмети при безпосередньому маніпулюванні, проте виділяють значно менше ознак, ніж однолітки. Особливо важко їм дається наочно-образне мислення, що вимагає врахування кількох властивостей одночасно або просторового розташування деталей.

Дослідження О. Усанової розвіяли міф про обов’язково високий невербальний інтелект у логопатів. Лише близько 9% дітей із ЗНМ мають високий рівень невербального інтелекту, що допомагає їм успішно адаптуватися. Близько 27% мають показники в межах середньої норми, тоді як більшість — 63% — демонструють рівень розвитку невербального інтелекту значно нижчий за вікову норму.

Основними перешкодами є інертність розумових операцій, брак знань про властивості предметів та нездатність вийти за межі безпосереднього практичного досвіду. Без спеціального навчання діти не можуть самостійно оволодіти аналізом, класифікацією та узагальненням, оскільки ці операції вимагають активного використання слова як інструменту думки [21].

Увага та творчість

За Л. Виготським, затримка мовлення неминуче призводить до недорозвинення уяви. У дітей із мовленнєвими порушеннями уява часто залишається на рудиментарному рівні, вона інертна та бідна на образи. Вони схильні використовувати стереотипні штампи, їхні малюнки не мають змістовної глибини, а творчий задум (наприклад, створення нової споруди чи саморобки) викликає значні труднощі. Через неточність уявлень та затримку у формуванні понять дитина не може повноцінно узагальнювати свій практичний досвід у творчій діяльності [10].

Особливості розвитку когнітивної сфери дітей із порушеннями опорно-рухового апарату

Когнітивний розвиток дітей із ПОРА має низку специфічних ознак, зумовлених як органічним ураженням центральної нервової системи, так і обмеженням практичного досвіду. Ключовими загальними рисами є дефіцит

довільної уваги та висока виснажливість усіх психічних процесів (цереброастенія), що призводить до низької інтелектуальної працездатності та емоційної нестабільності [36].

Відчуття та сприймання

Сприйняття у дітей цієї категорії характеризується якісною своєрідністю та кількісним відставанням від вікових норм. Головною проблемою є порушення координації між різними аналізаторами (зором, слухом, м'язово-суглобовим чуттям).

- **Дефіцит предметно-практичного пізнання:** Через обмеження рухливості діти не можуть повноцінно обмацувати предмети чи маніпулювати ними. Їхні уявлення про світ часто обмежені лише тим вузьким колом явищ, які були в їхній безпосередній практиці.
- **Орієнтувальні реакції:** Замість активного дослідження нового подразника у дітей часто виникає пригальмовування рухів або захисно-оборонні реакції.
- **Зорове сприйняття:** Формується із затримкою (після 4–8 місяців) і має патологічні риси: фрагментарність, обмеження поля зору та стрибкоподібність погляду, що часто спричинено ністагмом, косоокістю або позотонічними рефлексами.

Увага

Усі властивості уваги — вибірковість, стійкість, концентрація та розподіл — розвиваються із запізненням. Для дітей із ПОРА характерні:

1. **Нерівномірна працездатність:** крива активності постійно коливається.
2. **Інертність:** труднощі в переключенні уваги та «застрягання» на окремих деталях.
3. **Слабкість довільності:** дитині важко самостійно зосередитися на прийомі та обробці інформації, що деформує початкову стадію пізнавального акту.

Запам'ятовування

Мнемічна діяльність дітей із ПОРА позначена загальною сповільненістю та низьким обсягом механічної пам'яті (хоча в окремих випадках механічне запам'ятовування може бути збереженим, що допомагає на початкових етапах навчання читанню без глибокого розуміння змісту).

- **Образна пам'ять:** Базується на дефектному сприйнятті, тому образи пам'яті часто фрагментарні, нечіткі та спотворені.
- **Рухова пам'ять:** Через тяжкість рухової патології запам'ятовування та відтворення рухів розвивається із суттєвою затримкою.
- **Словесно-логічна пам'ять:** Її становлення гальмується через запізнілий розвиток мовлення та мислення.
- **Мислення та інтелект**

Найбільш специфічною особливістю дітей із ПОРА є несформованість фундаменту мислення — **наочно-дієвої форми**. Оскільки дитина не може активно маніпулювати предметами, вона не отримує стимулів для розвитку складніших інтелектуальних операцій.

Це призводить до парадоксального явища: **наявність «теоретичних» знань без практичної опори**. Дитина може правильно описати словами алгоритм дії (наприклад, як застелити ліжко), але ніколи не виконувала її і не спроможна це зробити.

- **Наочно-образне мислення:** Формується пізніше, оскільки спирається на дефіцитарний чуттєвий досвід.
- **Словесно-логічне мислення:** Характеризується труднощами у встановленні причинно-наслідкових зв’язків. Діти схильні класифікувати предмети за випадковими ситуативними ознаками, а не за суттєвими поняттями.
- **Абстрактне мислення:** Недорозвинення цієї функції найяскравіше проявляється під час опанування навичок лічби.

Запас знань про світ у таких дітей нерівномірно знижений через соціальну ізоляцію, обмежені контакти з однолітками та неможливість предметно-практичного дослідження середовища.

Увага та творчість

Рівень розвитку уяви зазвичай низький. Дітям важко словесно описати образ персонажа чи вигадати сюжет. Образотворча діяльність безпосередньо залежить від тяжкості рухових порушень і часто залишається на елементарному рівні через неможливість контролювати точні рухи рук [34].

1.3. Особливості формування соціально-комунікативної сфери у дітей з особливими освітніми потребами

Становлення особистості є складним процесом, що відбувається під впливом розгалуженої системи соціальних чинників. Провідну роль у цьому процесі відіграє безпосереднє соціальне оточення, яке виступає головним механізмом забезпечення розвитку дитини.

Соціальний розвиток особистості розглядається як діалектична єдність двох взаємопов'язаних процесів:

1. **Соціалізація:** активне засвоєння соціокультурного досвіду, опанування суспільних норм, еталонів взаємодії та правил поведінки в соціумі.
2. **Індивідуалізація:** розвиток автентичного «Я», формування унікальності та автономності дитини, що забезпечує її здатність зберігати незалежність і гармонійно адаптуватися до динамічних умов середовища [10].

Важливою складовою цього процесу є формування **соціальної компетенції**, яку науковці визначають як сукупність знань та вмінь, необхідних для конструктивного розв'язання життєвих ситуацій. Тісно пов'язаною з нею є **комунікативна компетенція** — здатність особистості комплексно застосовувати вербальні та невербальні засоби для ініціації та підтримки спілкування в різних соціально-побутових умовах.

Значення соціального розвитку для загального становлення особистості виявляється у набутті таких властивостей:

- Мотиваційна готовність: щире бажання та потреба у взаємодії з оточуючими.
- Емоційний інтелект: розвинена емпатія, впевненість у собі та здатність до співпереживання.
- Стратегічна гнучкість: вміння керувати соціальними ситуаціями та обирати ефективні стратегії для досягнення комунікативних цілей.
- Практичні навички взаємодії: досвід групової роботи, здатність до співробітництва, вміння брати на себе відповідальність та конструктивно розв'язувати конфліктні ситуації [10].

Таким чином, сформована соціальна компетенція гарантує людині життєздатність, дозволяючи почуватися комфортно в будь-якому суспільному середовищі та будувати гармонійні стосунки на засадах взаєморозуміння.

Для об'єктивної оцінки рівня соціалізації дитини в ранньому віці дослідники виділяють систему критеріїв, що дозволяють відстежити динаміку її входження в соціум:

- Діяльнісний критерій: ступінь включеності дитини в провідний вид діяльності (для раннього віку — предметно-маніпулятивна, для дошкільного — ігрова).
- Емоційний критерій: загальний психоемоційний фон дитини, здатність до співпереживання та емоційної саморегуляції в процесі взаємодії.
- Поведінковий критерій: опанування навичок дотримання соціальних норм, правил поведінки та способів розв'язання міжособистісних ситуацій.
- Ціннісний критерій: формування первинних орієнтацій, ставлень до навколишнього світу, людей та самого себе [10].

Початковий етап шкільної соціалізації

Вступ дитини до школи знаменує перехід на новий рівень соціального буття, який науковці визначають як старт цілеспрямованого **соціального**

навчання. Цей період є критично важливим для трансформації особистості дитини, оскільки він змінює її соціальний статус та систему вимог середовища.

Основними педагогічними завданнями на етапі шкільної адаптації та соціалізації є [15]:

- Коригування та утвердження базових відносин: розвиток системи ставлень до вчителя, однолітків та навчальної діяльності.
- Розвиток психічних сфер: цілеспрямований вплив на емоційну чутливість, інтелект та вольові якості учня.
- Формування ціннісних орієнтирів: розвиток індивідуальних нахилів, уподобань та усвідомлення власних інтересів.
- Соціальне самоствердження: переживання успіху в новій соціальній ролі та задоволення потреб у визнанні всередині колективу.

Таким чином, початковий етап навчання у школі стає фундаментом для подальшої інтеграції особистості в складні суспільні структури, де дитина вчиться балансувати між власними потребами та вимогами соціуму.

Особистість людини формується під впливом численних соціальних факторів, серед яких провідну роль відіграє оточення як головний механізм її становлення. Соціальний розвиток дитини являє собою нерозривну єдність соціалізації та індивідуалізації, де, з одного боку, відбувається активне засвоєння соціокультурного досвіду, норм і еталонів взаємодії, а з іншого — розвивається унікальне «Я», що забезпечує дитині автономність та здатність адаптуватися до мінливого середовища. Фундаментом цього процесу є соціальна компетенція — сукупність знань і навичок, необхідних для розв’язання життєвих ситуацій, а також компетенція комунікативна, що передбачає вміння ініціювати спілкування та гнучко використовувати вербальні й невербальні засоби [15].

Для дитини раннього віку критеріями успішного соціального розвитку виступають її включеність у провідну діяльність, стійкість емоційного стану, особливості поведінки та формування первинних ціннісних орієнтацій. Новий етап розпочинається із вступом до школи, що фактично є початком

цілеспрямованого соціального навчання. Тут педагогічні завдання зосереджуються на коригуванні базової системи відносин, розвитку волі, інтелекту та усвідомленні учнем власних потреб у межах колективу.

Водночас розвиток соціальної сфери у дітей із затримкою психічного розвитку має специфічні особливості, зумовлені психофізичним інфантилізмом. Такі діти часто виявляють зовнішню відкритість і зацікавленість, проте стикаються з серйозними труднощами під час тривалої взаємодії. Швидка втомлюваність, емоційна лабільність та напади гніву на фоні незначних проблем провокують конфлікти в родині та освітньому середовищі. Психотравмуючі чинники часто знижують їхню інтелектуальну мотивацію, що за відсутності підтримки може призвести до формування асоціальних установок або педагогічної занедбаності. Однак за умови вчасної допомоги дорослих дитина поступово адаптується до статусу учня. Соціальний розвиток у цьому контексті спрямовується на формування навичок адекватної поведінки, розвиток емоційної чуйності, активізацію пізнавальних інтересів та вміння узгоджувати власні дії з потребами партнерів по спілкуванню [10].

Особливості соціального розвитку дітей з порушеннями

Особистість людини формується під впливом численних соціальних факторів, серед яких провідну роль відіграє оточення як головний механізм її становлення. Соціальний розвиток дитини являє собою нерозривну єдність соціалізації та індивідуалізації, де, з одного боку, відбувається активне засвоєння соціокультурного досвіду, норм і еталонів взаємодії, а з іншого — розвивається унікальне «Я», що забезпечує дитині автономність та здатність адаптуватися до мінливого середовища. Фундаментом цього процесу є соціальна компетенція — сукупність знань і навичок, необхідних для розв’язання життєвих ситуацій, а також комунікативна компетенція, що передбачає вміння ініціювати спілкування та гнучко використовувати вербальні й невербальні засоби. Для дитини раннього віку критеріями успішного соціального розвитку виступають її включеність у провідну

діяльність, стійкість емоційного стану, особливості поведінки та формування первинних ціннісних орієнтацій. Новий етап розпочинається із вступом до школи, що фактично є початком цілеспрямованого соціального навчання, де завдання зосереджуються на коригуванні базової системи відносин та усвідомленні учнем власних потреб у межах колективу [10].

Водночас розвиток соціальної сфери у дітей із затримкою психічного розвитку має специфічні особливості, зумовлені психофізичним інфантилізмом. Такі діти часто виявляють зовнішню відкритість, проте стикаються з труднощами під час тривалої взаємодії через швидку втомлюваність та емоційну лабільність, що провокує конфлікти. Психотравмуючі чинники часто знижують їхню інтелектуальну мотивацію, що за відсутності підтримки може призвести до педагогічної занедбаності. Однак за умови вчасної допомоги дитина поступово адаптується до статусу учня, що передбачає формування навичок адекватної поведінки, розвиток емоційної чуйності та вміння узгоджувати власні дії з потребами партнерів по спілкуванню.

На відміну від дітей, що розвиваються типово, дошкільнята з порушенням інтелекту з самого раннього віку відчувають труднощі у встановленні форм взаємодії з оточуючими людьми, що перешкоджає своєчасній появі усвідомленого ставлення до навколишнього світу і становленню особистісних якостей. Такі діти відчувають труднощі в розумінні та осмисленні свого щоденного досвіду, а також життя людей і подій, що оточують їх. Для них характерні недиференційованість емоційних реакцій та несформованість способів вираження адекватних емоцій у повсякденному житті. У поведінці дошкільників з порушенням інтелекту переважають імпульсивні дії та миттєві бажання, що негативно позначається на формуванні поведінки і становленні особистості дитини загалом [28; 29].

Ступінь інтелектуальної недостатності безпосередньо визначає можливості соціальної адаптації дитини та рівень її автономності в навколишньому середовищі:

- При легкому ступені інтелектуальних порушень спостерігаються певні обмеження у здатності до самостійної навігації. Дитині важко опанувати маршрути до ключових соціальних об'єктів (наприклад, дорогу до закладу освіти) або орієнтуватися в просторі самої школи, розрізняючи кабінети та приміщення загального користування. Також виникають складнощі із засвоєнням правил безпеки на дорозі, ідентифікацією видів транспорту та використанням побутових речей. Окрему проблему становить соціальна адекватність зовнішнього вигляду: дитина не завжди здатна самостійно обрати одяг, що відповідав би погодним умовам чи конкретному місцю перебування.
- Особи з помірним ступенем порушень демонструють виражену дезорієнтацію в соціумі. Значні труднощі виникають у сфері часових уявлень: діти плутають циклічність пір року, послідовність днів тижня та частин доби, а також не можуть визначати час за годинником. Їхній життєвий досвід має фрагментарний характер: знання про власну особу, склад родини та найближче коло людей є суттєво обмеженими, що ускладнює повноцінну інтеграцію.
- Тяжкий ступінь порушення інтелекту характеризується мінімальним рівнем адаптивності. Навіть за умови постійної підтримки та фізичного супроводу з боку дорослих дитина залишається практично безпорадною в навколишньому середовищі. Пряма допомога та педагогічні зусилля часто виявляються малоефективними через глибину дефекту. Знання про світ обмежуються лише впізнаванням окремих предметів першої потреби, що безпосередньо пов'язані з виживанням та побутом.

При легкому ступені порушення інтелектуального розвитку дитина демонструє достатній рівень комунікативної активності. Вона здатна за власною ініціативою налагоджувати стосунки як з однолітками, так і з дорослими, використовуючи переважно мовленнєві засоби. Такі діти виявляють щиру зацікавленість у взаємодії та можуть упродовж тривалого часу підтримувати вербальний контакт [10].

Помірний ступінь інтелектуальних порушень характеризується неоднорідністю комунікативних проявів. У частини дітей спостерігаються значні бар'єри на етапі ініціації контакту, тоді як інші можуть поводитися неадекватно під час спілкування. Це проявляється у порушенні соціальної дистанції, фамільярності та відсутності критичного ставлення до власних дій. Проте для цієї категорії дітей є вкрай важливою позитивна оцінка оточуючих, вони мають гостру потребу у зовнішньому схваленні та емоційній підтримці [10].

Тяжкий ступінь порушення інтелекту суттєво обмежує можливості соціальної взаємодії. Через розлади розуміння зверненої мови встановлення первинного контакту можливе лише за умови використання інтенсивної невербальної підтримки — міміки та жестів. Комунікація зазвичай є короткотривалою та потребує постійної емоційної підкріпленості через ласку, посмішку чи тактильний контакт. Дитина рідко виявляє самостійну ініціативу, частіше демонструючи пасивне підпорядкування або негативізм. Її увага зосереджена не на змісті спільної діяльності, а на яскравих сенсорних ознаках предметів, таких як гучні звуки чи насичені кольори. Взаємодія здебільшого зводиться до сигналізування про базові потреби або механічного імітування дій оточуючих, а головними стимулами до контакту виступають смакові заохочення чи іграшки [10].

При легкому ступені порушення інтелектуального розвитку діти впевнено володіють базовими навичками самообслуговування та здатні виконувати прості побутові операції. Вони повністю контролюють власні фізіологічні потреби та дотримуються правил особистої гігієни, зокрема охайно споживають їжу, користуються засобами гігієни та самостійно чистять зуби. Такі вихованці вміють одягатися та впорядковувати свої речі, а в разі виникнення складних ситуацій здатні усвідомлено звернутися за підтримкою до дорослих.

Для дітей із помірним ступенем інтелектуальних порушень характерні значні труднощі в автономному виконанні дій, спрямованих на

самообслуговування. Основним бар'єром стає неможливість дотриматися правильного алгоритму та послідовності під час вмивання, одягання чи прийому їжі. Процес опанування побутових навичок у них відбувається значно повільніше і потребує безперервного супроводу, спільного виконання дій з дорослим та постійного зовнішнього стимулювання [10].

У випадках тяжкого ступеня порушення інтелекту спостерігається майже повна залежність дитини від сторонньої допомоги в побуті. Самоконтроль над фізіологічними процесами у таких осіб суттєво ускладнений або відсутній. Вони практично не спроможні самостійно виконувати гігієнічні процедури, тому якість їхнього життя та догляд цілком покладаються на контроль з боку дорослих і вимагають постійних спільних дій.

У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату становлення соціально-комунікативної сфери має унікальну траєкторію, зумовлену специфічною структурою їхньої особистості. Часто збережений інтелект у таких вихованців поєднується з низьким рівнем автономності, невпевненістю та схильністю до стороннього впливу. Дослідники, зокрема О. Мастюкова та К. Семенова, вказують на домінування ознак органічного психічного інфантилізму. Це проявляється у поєднанні рис, притаманних молодшому віку — егоцентризму, емоційної нестабільності та залежності від дорослих — із певними розладами інтелектуальної динаміки, як-от інертність психічних процесів. Водночас у таких дітей подекуди спостерігається парадоксальне поєднання незрілості суджень із надмірною розважливістю та «солідністю» [10].

Особливе місце у розвитку особистості займає формування Я-образу, який, за даними О. Романенко, формується під впливом трьох ключових детермінант. По-перше, біологічний чинник спричиняє розлади інтеграції сенсорних сигналів, що заважає мозку адекватно інтерпретувати інформацію та будувати чіткі уявлення про себе. По-друге, функціональний чинник, пов'язаний із руховим дефіцитом, суттєво обмежує можливості дитини

активно досліджувати світ і взаємодіяти з ним. По-третє, соціальний чинник охоплює складність комунікації із суспільством та суб'єктивне переживання свого фізичного стану.

Внаслідок дії цих факторів когнітивний компонент Я-образу у школярів із церебральним паралічем розвивається повільніше, ніж у їхніх однолітків. Це виражається у слабкій диференційованості понять про власну особистість та їх недостатній глибині. Така когнітивна спрощеність є результатом не лише обмеженого життєвого досвіду через фізичні бар'єри, а й спрацювання захисних механізмів психіки, які витісняють травмуючі усвідомлення власних фізичних особливостей заради збереження внутрішньої рівноваги [10].

Особливості соціальної сфери дітей з розладами аутичного спектру

Розлади аутистичного спектра (РАС) охоплюють групу специфічних поведінкових і психічних станів, зокрема класичний аутизм, синдром Аспергера та нетипові порушення розвитку. Ця категорія дітей характеризується надзвичайною неоднорідністю: від повної соціальної ізоляції та відсутності мовлення при значному інтелектуальному дефіциті до високого рівня інтелекту та розвиненого мовлення, що, однак, поєднуються з вузьким колом інтересів і серйозними труднощами в комунікації.

Ключові діагностичні ознаки РАС включають:

- Соціальну відстороненість: відсутність інтересу до взаємодії з однолітками та мінімізація контактів із дорослими.
- Емоційну непередбачуваність: раптові прояви плачу чи сміху без видимих причин, наявність ірраціональних страхів.
- Особливості міміки та реакцій: напружена зосередженість обличчя або різка зміна настрою залежно від присутності інших людей у приміщенні (наприклад, заспокоєння після виходу сторонніх) [10].

Дефіцит соціальної взаємодії суттєво обмежує когнітивний розвиток дитини. Оскільки мотивація до спілкування знижена, діти менше звертають увагу на оточуючих, що перешкоджає процесам слухання, наслідування та засвоєння мовленнєвих навичок. Соціальний контакт часто викликає у них

виражений психологічний дискомфорт, що зумовлено як відсутністю внутрішньої потреби в комунікації, так і труднощами в інтерпретації соціальних ситуацій.

Згідно з класифікацією **L. Wing та J. Gould**, виділяють три основні моделі соціальної поведінки при РАС:

1. Група відсторонених: діти активно уникають будь-яких контактів, ініціюючи взаємодію лише у випадках крайньої потреби.
2. Група пасивних: вони не проявляють спонтанної ініціативи до спілкування, але здатні приймати її від оточуючих і можуть бути залучені до спільної діяльності за умови підтримки з боку дорослих.
3. Група активно-неадекватних: діти вступають у контакт самостійно, проте роблять це у незвичний, часто недоречний спосіб. Їм важко зрозуміти позицію співрозмовника, вони схильні до нав’язливих монологів на специфічні теми та часто ігнорують інтереси партнера по розмові.

Важливою особливістю всіх дітей із РАС є когнітивні труднощі в розумінні чужих емоцій, намірів та думок. Через порушення інтуїтивного мислення («теорії розуму») вони неспроможні адекватно зчитувати соціальні сигнали, що потребує від педагога індивідуального підходу до навчання, адаптованої системи стимулювання та особливої стратегії інтеграції дитини в колектив однолітків [10].

Особливості соціального розвитку дітей з порушеннями зору

Становлення соціальної сфери у дітей із глибокими порушеннями зору має низку специфічних рис, зумовлених дефіцитом візуальної інформації та певним уповільненням загального психічного розвитку. Як зазначає Л. Акатов, це часто призводить до формування «дитячого інфантилізму», коли розвиток соціальних потреб відбувається із затримкою. Проте опора на загальні закономірності онтогенезу та індивідуальний підхід дозволяють максимально розкрити внутрішній потенціал дитини та стимулювати її особистісну активність.

У дошкільному віці діти з порушеннями зору часто мають недостатньо сформовану потребу в комунікації, особливо в контактах із однолітками. Специфіка їхньої ігрової та соціальної діяльності проявляється в таких аспектах [10]:

- Особливості ігрової взаємодії: Хоча близько 60% дітей виявляють прагнення до об'єднання в іграх, низький рівень комунікативних навичок заважає їм чітко формулювати ігрові завдання та розвивати сюжет. Часто гра зводиться до індивідуального моделювання предметних дій дорослих, де рольове спілкування обмежується лише поодинокими репліками.
- Труднощі реалізації ролей: Лише третина дошкільнят (близько 30%) спроможна вести повноцінний рольовий діалог. Для більшості дітей характерною є заміна ігрового образу простими предметними діями. При цьому сюжети ігор зазвичай обмежені знайомими побутовими ситуаціями, є сталими та рідко доповнюються новими елементами.
- Конфліктність та саморегуляція: Спільна діяльність часто провокує суперечки через складність у розподілі ролей, виборі іграшок та невміння узгоджувати власні інтереси з потребами групи. Дошкільнятам важко контролювати дії партнерів та розуміти функціональні взаємозв'язки в грі. Близько 80% дітей відчувають труднощі з дотриманням правил поведінки, що пояснюється обмеженим досвідом соціальних відносин та недостатнім рівнем вербалізації своїх думок.

Роль соціального оточення та сім'ї: Емоційні пріоритети дітей із порушеннями зору чітко зміщені в бік батьків. Сім’я залишається найбільш значущим середовищем, тоді як досвід міжособистісного спілкування з однолітками залишається на низькому рівні. Дослідження показують, що попри розуміння батьками важливості комунікативного розвитку дитини, вони не завжди дотримуються етичних норм спілкування у її присутності, що може негативно впливати на формування соціальних еталонів у вихованця [10].

Врахування цих факторів є критично важливим для педагогічної корекції, спрямованої на подолання соціальної ізоляції та розвиток навичок міжособистісної взаємодії.

Особливості соціального розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення

Для дітей із ТПМ, попри збережений інтелект та нормальний фізіологічний слух, характерне суттєве обмеження засобів вербальної комунікації. Недостатній мовленнєвий запас, а в окремих випадках і повна неможливість мовленнєвого акту, створюють значні перешкоди для повноцінної взаємодії. Навіть за умови адекватного розуміння зверненої мови, нездатність дитини до вербальної відповіді ізолює її від колективу однолітків та обмежує контакти з дорослими. Це призводить до того, що розвивальний потенціал спілкування в ігровій та навчальній діяльності зводиться до мінімуму [10].

Вплив на формування особистості та емоційно-вольову сферу: Обмеженість комунікативних можливостей часто стає причиною появи вторинних психічних нашарувань. Дослідники (Л. Волкова, І. Мамайчук, І. Мартиненко, С. Конопляста та ін.) зазначають, що дефіцит мовлення сприяє розвитку таких негативних особистісних рис, як:

- підвищена сором'язливість та невпевненість;
- соціальна замкненість і схильність до негативізму;
- почуття власної неповноцінності.

Мовленнєве порушення зумовлює особливе соціальне становище дитини, де ключовою проблемою стає розлад саме комунікативної діяльності. Оскільки мовлення є вищою психічною функцією, необхідною для організації спільної праці чи гри, низький рівень мовленнєвої компетентності автоматично знижує ефективність соціальної взаємодії та гальмує розвиток соціальної сфери загалом [10].

Психологічні прояви та корекційні перспективи: Усвідомлення власної неспроможності в комунікації часто трансформується в порушення

поведінки. Залежно від характеру ураження кори головного мозку та умов виховання, це може виражатися або в емоційній розгальмованості, або, навпаки, у станах апатії, млявості та нестійкості уваги.

Проте фахівці наголошують на важливості компенсаторних можливостей [10]:

1. Педагогічні умови: Оптимальна організація навчально-виховного процесу та застосування спеціальних корекційних методик дозволяють досягти позитивної динаміки.
2. Нівелювання вторинних відхилень: Із покращенням мовленнєвих навичок зазвичай спостерігається зникнення або суттєве послаблення вторинних психічних симптомів.
3. Соціальне середовище: Саме умови виховання визначають, чи залишаться негативні прояви епізодичними, чи закріпляться як стійкі властивості особистості.

Своєчасна корекційна робота, що враховує індивідуальні особливості психічних процесів дитини, є вирішальним фактором у формуванні її повноцінної комунікативної здатності та соціальної інтеграції.

РОЗДІЛ ІІ
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

2.1. Організація, процедура та методичне забезпечення дослідження параметрів особистісного розвитку дітей з особливими освітніми потребами

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення специфіки когнітивного та соціально-комунікативного розвитку дітей із розладами аутистичного спектра (РАС). Відповідно до теоретичного аналізу, проведеного у першому розділі, саме ці сфери є найбільш дефіцитарними та визначальними для загальної соціалізації дитини.

База дослідження. Діагностика проводилася на базі **Комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр» Уманської міської ради**. Вибір закладу зумовлений наявністю відповідних умов для індивідуального обстеження дітей із ООП та можливістю спостереження за ними у звичному корекційному середовищі.

Характеристика вибірки. До вибірки увійшли **5 дітей** віком від 4 до 7 років із первинним діагнозом «Розлади аутистичного спектра» (F84 за МКХ-10). Вибірка репрезентує типові для РАС труднощі: порушення соціальної взаємодії, обмеженість засобів комунікації та специфіку пізнавальних процесів.

Методичне забезпечення дослідження. Для реалізації мети було підібрано комплекс методик, що мінімізують навантаження на вербальну сферу (через наявність мовленнєвих порушень у піддослідних) та дозволяють отримати об’єктивні дані:

1. **Методика «Кольорові прогресивні матриці» (Дж. Равен).**
    - *Мета:* оцінка когнітивного розвитку (невербального інтелекту), логічного мислення та візуального сприймання.

- *Процедура:* дитині пропонувалися завдання серій А та Ab, де необхідно було обрати відсутній фрагмент візуальної структури.

2. Методика «Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS)»

Біхевіоральна шкала оцінювання дитячого аутизму (CARS)складається з 15 пунктів, які дозволяють діагностувати дітей заутизмом, відрізняти їх від дітей з вадами розвитку, але без синдрому аутизму; дає можливість відрізнити ступінь аутизму від легкого –помірного до значного.

Характерні риси шкали CARS: введення пунктів, що показують різноманітні діагностичні критерії, які відносяться до поширеної симптоматики аутизму як синдрому; заміна суб'єктивних клінічних спостережень об'єктивними, що дають змогу оцінювати безпосередньо під час біхевіорального спостереження. Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) вміщує 15шкал: взаємини з людьми, імітація, емоційна реакція, володіння тілом, використання об'єктів, адаптація до змін, зорова реакція, слухова реакція, смак, запах, реакція на дотик, їх використання, боязкість або нервозність, вербальна комунікація, невербальна комунікація, рівень активності, рівень і ступінь інтелектуального розвитку, загальне враження.

Кожна шкала оцінюється від 1 до 4 балів. Сумарний бал по всіх шкалах дає змогу виявити наявність чи відсутність порушень аутистичного спектру, а також визначити рівень аутизму: 15 - 30 балів свідчать про відсутність аутизму; 30 - 37 балів – легка або помірна форма аутизму; 37 - 60 балів – важкий аутизм.

- *Мета:* дослідження соціально-комунікативної сфери.
- *Параметри оцінювання:* наявність контакту очима, реакція на власне ім'я, використання вказівного жесту та здатність до спільної уваги з дорослим.

3. **Методика «Коробочка форм»**

Призначення: Дослідження рівня розвитку дій сприйняття, ступеня їх інтеріоризації (переходу у внутрішній план) та наявності сенсорних еталонів форми. Хоча методика розрахована на нормативний розвиток дітей 2,5–4

років, у роботі з дітьми з РАС вона дозволяє ефективно оцінити здатність до навчання та рівень пізнавальної активності.

Стимульний матеріал: Дерев'яна або пластмасова коробка («поштова скринька») з прорізами у формі основних геометричних фігур (коло, квадрат, трикутник, прямокутник тощо) та відповідний набір тривимірних фігур (куля, куб, трикутна призма, паралелепіпед).

Інструкція: Дитині пропонується ігрова ситуація: «Давай пограємо, ніби ця коробочка — поштова скринька, в яку потрібно опустити "листи" (фігури). Пам'ятай, що для кожного листа є свій спеціальний отвір. Уважно дивись на фігурку і шукай той отвір, який їй підходить».

Процедура проведення: Фігурки розміщують перед дитиною поруч із коробкою. Якщо дитина не досліджує об'єкт, а намагається силою проштовхнути його у невідповідний отвір, дослідник спрямовує її увагу на характерні ознаки (наприклад, наявність кутів). Педагог демонструє принцип дії на 1-3 фігурках, після чого дитина має діяти самостійно. Для перевірки володіння еталонами можна надати додаткове завдання: класифікувати фігурки за формою (скласти разом усі куби, кулі тощо).

Інтерпретація та критерії оцінювання: При аналізі результатів основна увага приділяється характеру діяльності та здатності до навчання:

- **Орієнтувальна фаза:** У нормі з'являється у 3–3,5 роки. Дитина повинна оглянути фігурку перед початком дії. Зовнішнє орієнтування (обмацування, повертання фігури) до кінця 4-го року життя має замінюватися зоровим співвіднесенням.
- **Здатність до навчання (научуваність):** Важливим показником є швидкість «схоплювання» нового матеріалу після показу дорослого. Для дітей із РАС критичним є перехід від хаотичних або силових дій до цілеспрямованого пошуку.
- **Якість виконання:** Спроби силоміць втиснути фігуру у невідповідний отвір після навчання розцінюються як груба помилка, що може свідчити

про порушення інтелектуального розвитку або значні труднощі в інтеріоризації дій сприйняття.

2.2. Аналіз результатів діагностики когнітивного розвитку та особливостей соціальної адаптації дітей із РАС

На емпіричному етапі дослідження було проведено комплексну діагностику 5 дітей із розладами аутистичного спектра. Основним завданням аналізу є виявлення взаємозв'язку між рівнем когнітивного розвитку та здатністю дитини до соціальної взаємодії. Отримані дані дозволяють не лише констатувати актуальний стан дитини, а й визначити «зону її найближчого розвитку», що є критично важливим для побудови індивідуальної корекційної траєкторії в умовах ІРЦ.

Перший блок дослідження був присвячений оцінці невербального інтелекту. Вибір даної методики обумовлений її високою валідністю при роботі з дітьми, що мають мовленнєві порушення. Результати оцінювалися за кількістю правильно розв'язаних завдань у серіях A та Ab, що відображають здатність до добудови цілісних структур та розуміння лінійних закономірностей. Результати діагностики представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Показники невербального інтелекту дітей із РАС (за Дж. Равеном)

№ досліджуваного	Серія A	Серія Ab	Сумарний бал
Дитина 1	5	2	7
Дитина 2	8	5	13
Дитина 3	6	4	10
Дитина 4	10	7	17
Дитина 5	3	1	4

Аналіз результатів свідчить про значну неоднорідність вибірки. Дитина 4 та Дитина 2 продемонстрували здатність до встановлення тотожності та

врахування просторових відношень у серії A, однак при переході до серії Ab у них спостерігалося швидке виснаження уваги, що є характерним для дітей із розладами аутистичного спектра. Водночас Дитина 1 та Дитина 5 виявили несформованість операцій візуального аналізу, а їхні дії мали переважно хаотичний характер: вибір потрібного фрагмента здійснювався без попереднього аналізу структури матриці, що вказує на суттєве переважання механічного підходу над логічним. Дитина 3 успішно впоралася з початковими завданнями на добудову простих ліній, проте виявилася неспроможною одночасно виділити ознаки кольору та форми, що призвело до зниження загального балу. Таким чином, у більшості досліджуваних (60%) спостерігаються виражені труднощі у формуванні цілісного сприймання та логічних операцій, що безпосередньо впливає на їхню спроможність адаптуватися до складних навчальних завдань.

Методика CARS дозволила визначити ступінь вираженості аутистичних проявів та їх вплив на соціальну адаптацію. Оцінювання проводилося шляхом синтезу даних спостереження та опитування батьків.

Таблиця 2.2.

Розподіл показників за шкалою CARS

№ дитини	Сумарний бал	Ступінь вираженості аутизму	Провідне порушення (за сферами)
Дитина 1	42	Тяжкий	Вербальна комунікація, стосунки з людьми
Дитина 2	31	Легкий/Середній	Рівень активності, емоційна відповідь
Дитина 3	35	Середній	Невербальна комунікація, очний контакт

Дитина 4	30	Легкий (межовий)	Специфіка використання предметів
Дитина 5	45	Тяжкий	Адаптація до змін, смакові/нюхові реакції

Аналіз результатів за методикою CARS дозволив диференціювати піддослідних за ступенем вираженості аутистичних проявів та глибиною дефіцитарності соціально-комунікативної сфери. Отримані дані свідчать про пряму залежність між рівнем інтелектуальної активності та здатністю дитини до встановлення соціального контакту. Зокрема, у Дитини 1 та Дитини 5 було діагностовано тяжкий ступінь аутизму (42 та 45 балів відповідно). Їхній психологічний профіль характеризується глибокою відстороненістю, майже повною відсутністю реакції на звернене мовлення та вираженим уникненням очного контакту. У цих дітей спостерігаються специфічні порушення сенсорного сприймання, що проявляються у нетипових реакціях на запахи та смаки, а також у вираженому стресі при спробах змінити звичний алгоритм дій або предметне середовище кабінету.

Дитина 3 продемонструвала показники, що відповідають середньому ступеню аутизації (35 балів). Для неї характерна вибіркова комунікація: дитина може вступати у взаємодію лише для задоволення базових потреб, проте не виявляє ініціативи у соціальній грі. Основними труднощами у цьому випадку є несформованість невербальних засобів спілкування — жестикуляція дитини є обмеженою або невідповідною контексту, а міміка часто залишається ригідною навіть при зміні емоційного фону ситуації.

Найбільш сприятливий прогноз соціальної адаптації спостерігається у Дитини 2 та Дитини 4, чиї результати знаходяться у межах легкого та помірного ступеня (31 та 30 балів). Ці діти демонструють наявність імітаційних здібностей та здатні підтримувати короткочасний очний контакт

під час виконання спільних завдань. Проте їхній розвиток ускладнюється нерівномірністю інтелектуальних реакцій та специфічним використанням предметів, що часто носить стереотипний характер. Узагальнюючи дані за цією методикою, можна зробити висновок, що соціально-комунікативний розвиток більшості піддослідних перебуває на критично низькому рівні, що вимагає розробки спеціальних індивідуальних програм підтримки, спрямованих на розвиток навичок невербальної взаємодії та емоційного реагування.

Цей тест став завершальним етапом, оскільки він поєднує сенсорний розвиток із практичною взаємодією.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження предметно-маніпулятивної діяльності та імітаційних навичок

№ дитини	Основний спосіб дії	Реакція на допомогу педагога	Результат
Дитина 1	Силовий	Ігнорування підказок	Не виконано
Дитина 2	Спроби і помилки	Позитивна, наслідує дії	Виконано з допомогою
Дитина 3	Спроби і помилки	Короткочасний інтерес	Виконано частково
Дитина 4	Зорове співвіднесення	Розуміє вербальну інструкцію	Виконано самостійно
Дитина 5	Хаотичні маніпуляції	Відмова від контакту	Не виконано

Аналіз результатів практичної діяльності піддослідних дозволив виявити специфічні особливості взаємозв’язку між рівнем розвитку наочно-дієвого мислення та сформованістю комунікативних навичок у дітей із розладами аутистичного спектра. Отримані дані свідчать про те, що успішність виконання сенсорного завдання безпосередньо залежить не лише

від інтелектуального потенціалу дитини, а й від її здатності приймати допомогу та включатися у спільну діяльність із дорослим. У ході дослідження було зафіксовано широкий діапазон способів орієнтування в завданні, де найвищий рівень продемонструвала Дитина 4, яка використовувала зорове співвіднесення. Це вказує на її здатність ідентифікувати форму об'єкта дистанційно та самостійно планувати дії без попередніх примірок, що свідчить про зрілість перцептивної сфери та повне розуміння вербальної інструкції педагога.

Водночас Дитина 2 та Дитина 3 виявили метод спроб і помилок, що характеризується активним зовнішнім орієнтуванням. Хоча ці діти потребували додаткового часу та наочного показу, їхня поведінка демонструє наявність пізнавального інтересу. Зокрема, Дитина 2 виявила високу здатність до научіння через наслідування та позитивно реагувала на втручання дослідника, що є важливим прогностичним показником успішної корекції. У Дитини 3 спостерігався лише короткочасний інтерес, що призвело до часткового виконання завдання, проте сам факт прийняття допомоги свідчить про збереженість базових комунікативних передумов.

Найбільш складну картину продемонстрували Дитина 1 та Дитина 5, у яких було зафіксовано силовий метод виконання та хаотичні маніпуляції. Ці діти фактично ігнорували підказки дослідника або відкрито відмовлялися від контакту, що призвело до неможливості виконання завдання. Відсутність орієнтувальної фази та неспроможність до копіювання рухів дорослого вказують на глибоку дефіцитарність не лише когнітивного, а й соціального розвитку. Таким чином, результати підтверджують значну неоднорідність групи: у той час як одна частина дітей готова до навчання через розвиток імітаційних навичок, інша потребує специфічних методів подолання комунікативного бар'єру, оскільки перцептивна несформованість у них обтяжена тотальним порушенням соціальної взаємодії. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу в умовах інклюзивно-ресурсного центру, де основна увага має приділятися переведенню зовнішніх маніпуляцій

у внутрішні структури сприймання та мислення залежно від індивідуального рівня прийняття допомоги.

За результатами емпіричного дослідження було встановлено значну неоднорідність показників когнітивного та соціально-комунікативного розвитку дітей із розладами аутистичного спектра. Виявлено пряму залежність між ступенем вираженості аутистичних проявів за шкалою CARS та успішністю виконання інтелектуальних завдань, де вищі бали за методикою Равена корелюють із кращою здатністю до соціальної взаємодії. Аналіз діяльності у тесті «Коробочка форм» показав, що більшість піддослідних мають труднощі з інтеріоризацією дій сприйняття, демонструючи переважно силові або хаотичні способи розв'язання практичних завдань. Особливу увагу привертає різний рівень здатності дітей до прийняття допомоги: від повного ігнорування вказівок педагога при тяжких формах аутизму до успішного наслідування дій при легшому ступені розладу. Отримані дані підтверджують необхідність розробки диференційованих корекційних програм, які б враховували виявлений розрив між потенційними можливостями дитини та наявними бар’єрами у комунікативній сфері.

ВИСНОВКИ

1. У ході теоретико-методологічного аналізу було встановлено, що сучасна спеціальна психологія перейшла від медичної моделі сприйняття дитини до соціально-педагогічної, де ключовим поняттям є «особливі освітні потреби». Статистичні дані вказують на стрімке зростання кількості дітей з інвалідністю в Україні, що зумовлено як екологічними чинниками, так і деструктивним впливом повномасштабної війни та хронічного стресу. Визначено, що дизонтогенез є складним процесом атипового розвитку, де первинне біологічне порушення, згідно з концепцією Л. Виготського, спричиняє вторинні соціальні нашарування. Класифікація основних категорій порушень включає розлади сенсорних систем, інтелектуальної сфери, мовлення, опорно-рухового апарату та емоційно-вольової сфери, зокрема РАС. Обґрунтовано, що ефективність соціалізації таких дітей залежить від вчасної діагностики в умовах інклюзивно-ресурсних центрів та створення адаптованого освітнього середовища. Особливу увагу приділено гуманізації термінології, де використання дефініції «діти з особливими потребами» дозволяє уникнути стигматизації та підкреслити особистісний потенціал дитини. Доведено, що суб'єктом корекційного супроводу має виступати вся родина, оскільки дизонтогенія впливає на життєдіяльність усієї сімейної системи. Впровадження інклюзивної моделі навчання в Україні закріплює право кожної дитини на гідне життя та активну інтеграцію в суспільство незалежно від наявної нозології. Таким чином, сучасний підхід до дизонтогенезу базується на задоволенні специфічних потреб розвитку особистості для мінімізації наслідків її первинного дефекту.

2. Теоретичний аналіз дозволив визначити, що когнітивний розвиток дітей із порушеннями психофізичного розвитку має системний характер і визначається специфічним поєднанням біологічних чинників та обмеженого сенсорного досвіду. Встановлено, що базові перцептивні процеси (сприймання) при різних нозологіях характеризуються фрагментарністю, уповільненістю та труднощами у формуванні цілісного образу об’єкта.

Зокрема, у дітей із порушеннями зору та слуху дефіцит сенсорної інформації спричиняє розвиток компенсаторних механізмів, проте суттєво обмежує можливість спонтанного формування образів та невербальних уявлень. Невербальне мислення в умовах дизонтогенезу тривалий час залишається на наочно-дієвому рівні, що виявляється у нездатності дітей перейти від практичних спроб і помилок до внутрішнього планування дій. Для дітей із інтелектуальними порушеннями та ЗПР характерною є інертність логічних операцій та низький рівень довільної саморегуляції, що призводить до труднощів у диференціації схожих стимулів. Специфіка когнітивної сфери при РАС виявляється у виразній дисоціації функцій, де високі показники механічної пам'яті поєднуються з неспроможністю до цілісного інтелектуального аналізу ситуації. Доведено, що у дітей із мовленнєвими вадами рівень невербального інтелекту часто є нижчим за вікову норму через брак знань про властивості предметів та інертність розумових процесів. Спільною ознакою для всіх категорій є швидка виснажливість уваги та звуження її обсягу, що негативно впливає на продуктивність будь-якої когнітивної діяльності. Узагальнення даних підкреслює, що розвиток пам'яті та уяви у таких дітей має переважно репродуктивний характер і потребує постійної опори на наочність та практичні маніпуляції. Таким чином, когнітивна сфера дітей із порушеннями психофізичного розвитку потребує спеціалізованої корекції, спрямованої на перетворення розрізнених відчуттів у стійкі логічні структури.

3. Дослідження соціально-комунікативної сфери дітей із особливими освітніми потребами (ООП) дозволяє зробити висновок, що процес їхньої соціалізації є складним поєднанням засвоєння суспільних норм та формування унікального «Я» в умовах обмеженого сенсорного чи когнітивного досвіду. Ключовою проблемою для всіх категорій дизонтогенезу є дефіцит комунікативної компетенції, що проявляється у труднощах ініціювання контакту та неадекватності використання вербальних і невербальних засобів.

У дітей із порушеннями інтелекту рівень соціальної адаптації прямо залежить від ступеня дефекту: від здатності до базового самообслуговування при легкому ступені до повної безпорадності при тяжкому. Для вихованців із РАС характерною є глибока соціальна відстороненість та порушення «теорії розуму», що унеможливлює інтуїтивне розуміння емоцій оточуючих. При порушеннях зору та опорно-рухового апарату часто спостерігається прояв психічного інфантилізму, висока залежність від дорослих та звуження кола спілкування до меж родини.

Діти з тяжкими порушеннями мовлення, попри збережений інтелект, стикаються із вторинними нашаруваннями — невпевненістю та соціальною замкненістю через неможливість повноцінного мовленнєвого акту. Шкільна адаптація для таких учнів стає критичним етапом, де головним завданням є трансформація їхнього статусу та подолання психоемоційної нестабільності. Ефективність соціальної інтеграції безпосередньо залежить від вчасної корекційної підтримки, спрямованої на розвиток емоційного інтелекту та навичок групової взаємодії. Тільки створення адаптованого освітнього простору дозволяє дітям із ООП досягти балансу між власними потребами та вимогами соціуму.

4. Результати емпіричного дослідження дозволили встановити, що когнітивний розвиток та соціальна адаптація дітей із РАС мають виразну неоднорідність і перебувають у прямій залежності від ступеня аутизації. Аналіз за методикою Равена показав, що у більшості дітей (60%) спостерігаються труднощі формування цілісного образу, причому навіть у відносно успішних вихованців фіксується швидке виснаження уваги при ускладненні завдань. Діагностика за шкалою CARS підтвердила, що діти з тяжким ступенем аутизму демонструють глибоку відстороненість та сенсорну дефіцитарність, тоді як при легкому ступені зберігаються імітаційні здібності та можливість короткочасного очного контакту. Дослідження практичної діяльності через тест «Коробочка форм» виявило суттєвий розрив у способах орієнтування: від досконалого зорового співвіднесення до хаотичних

маніпуляцій та силового методу виконання. Важливим показником виявилася реакція на допомогу педагога, яка варіювалася від активного наслідування до повного ігнорування підказок при тяжких формах розладу. Встановлено, що успішність розв'язання інтелектуальних завдань безпосередньо обмежена комунікативними бар’єрами та неспроможністю до спільної діяльності з дорослим. Виявлена інертність логічних операцій та переважання механічного підходу над логічним свідчать про складність переведення зовнішніх дій у внутрішній план. Отримані дані підкреслюють, що корекційна робота в умовах ІРЦ має бути диференційованою, де розвиток наочно-дієвого мислення повинен відбуватися паралельно з подоланням соціальної ізоляції. Загалом, результати підтверджують необхідність побудови індивідуальних траєкторій, оскільки рівень соціальної автономії дитини з РАС прямо корелює з її здатністю приймати зовнішню підтримку та засвоювати імітаційні моделі поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрейко Б. В. Несприятливий прогноз розвитку дитини раннього віку як чинник порушення емоційного стану батьків : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 248 с.
2. Асистент вчителя у закладі загальної середньої освіти з інклюзивною формою навчання : навч.-метод. посіб. / А. А. Колупаєва та ін. Харків : Ранок, 2019. 216 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/719558 (дата звернення: 11.05.2026).
3. Бастун Н. А. Діти із затримкою когнітивного розвитку та їх навчання. Київ, 1997. 119 с.
4. Всеукраїнський науково-педагогічний експеримент «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, шляхом запровадження їх інклюзивного навчання». URL: http://www.ussf.kiev.ua/ie_scientific_pedagogical_experiment/ (дата звернення: 11.05.2026).
5. Гладких Н. В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні. *Науковий часопис імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 26. С. 52–57.
6. Гладченко І. В. Соціалізація дітей-сиріт першого року життя з порушеннями психофізичного розвитку : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Ін-т спец. педагогіки НАПН України. Київ, 2010. 210 с.
7. Глушенко К. О. Особливості психолого-педагогічної діагностики дітей з комплексними порушеннями. *Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки : зб. наук. пр. : матеріали першого Всеукр. з'їзду тифлопедагогів (4–5 трав. 2006 р.)*. Харків, 2006. Вип. 6, ч. 1. С. 122–132.
8. Грабовська С. Л., Островська К. О. Особливості соціально-психологічної допомоги сім’ям аутичних дітей. *Зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г.*

С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. Київ, 2009. Т. XI, ч. 2. С. 118–127.

9. Дидактичні та методичні засади спеціальної освіти дошкільників з порушеннями інтелектуального розвитку : навч.-метод. посіб. / Н. О. Макарчук та ін. Київ, 2014. 337 с.
10. Діти з особливими освітніми потребами у загальноосвітньому просторі : навч.-метод. посіб. / Н. Ярмола та ін. Київ : ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2020. 208 с.
11. Законодавство України у сфері загальної освіти на відповідність до міжнародних документів. URL: http://www.ussf.kiev.ua/ie_legislation_of_ukraine/ (дата звернення: 11.05.2026).
12. Звєрєва І. Д., Іванова І. Б. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями (за матеріалами Організації Об'єднаних Націй). *Зб. теорет. та метод. матеріалів для працівників соціальних служб для молоді*. Київ : А.Л.Д, 1995. С. 4–13.
13. Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей інвалідів. Київ : Логос, 2000. 87 с.
14. Карпа М. І. Особливості психосоціального розвитку сиблінгів дітей з психофізичними вадами : дис. … канд. психол. наук. Київ, 2007.
15. Кононко О. Л. Виховуємо соціально компетентного дошкільника. Київ : Світич, 2009. 201 с.
16. Кульбіда С. В. Освітній простір для всіх (застосування компетентнісного і білінгвального підходів в умовах модернізації освітньої діяльності). *Стратегія післядипломної освіти для сталого розвитку : кол. монографія* / за ред. Н. Рідей, Л. Панченко. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. 326 с.
17. Лебедіна О. В. Моральна свідомість особистості. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика : зб. наук. пр.* / Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. Луганськ, 2010. Вип. 3 (38). С. 138–144.

18. Лозова В. І. Цілісний підхід до формування пізнавальної активності школярів. Харків : ОВС, 2000. 164 с.
19. Лорд К., Раттер М., Ді Лаворе П., Різі С. План діагностичного обстеження при аутизмі Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) : посібник. Київ, 2013.
20. Ніколенко Л. М. Актуальність проблеми формування пізнавальної активності школярів. *Молодий вчений*. 2015. № 5.
21. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навч. посіб. Львів : Вид. центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
22. Островська К. О. Підтримане проживання неповносправних осіб у громаді. Львів : Тріада плюс, 2014. 62 с.
23. Пімєнова К. О. Психолого-медико-педагогічний супровід дітей з ТПМ при інклюзивній формі навчання. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 26. С. 173–177.
24. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму : монографія. Київ : Фенікс, 2010. 373 с.
25. Соколов В. В. Сучасні тенденції психологічного супроводу діяльності реабілітаційних закладів освіти в країнах Західної Європи : дис. … канд. психол. наук / Ін-т спец. педагогіки АПН України. Київ, 2009. 196 с.
26. Соціально-психологічна реабілітація дітей з обмеженими можливостями. URL: http://reabilitatsia.com/sotsialno-psihologichna-reabilitatsiya-ditej-z-obmezhenimimozhlivostyami/ (дата звернення: 11.05.2026).
27. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за ред. В. І. Бондаря. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.
28. Стадненко Н. М. Шляхи інтеграції дітей з особливими потребами в суспільство. *Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : наук.-метод. зб.* Київ : Контекст, 2000. С. 59–60.

29. Татьянчикова І. В. Психолого-педагогічні основи соціалізації дітей з вадами інтелектуального розвитку : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.03 / Ін-т спец. педагогіки НАПН України. Київ, 2015. 45 с.
30. Титаренко Т. Дитина з особливими потребами та її життєвий світ: напрямки психологічного консультування. *Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : наук.-метод. зб.* / за ред. Н. Софій, І. Єрмакова. Київ : Контекст, 2000. С. 284–288.
31. Туріщева Л. В. Діти з особливостями розвитку у звичайній школі (психологічний супровід і допомога). Харків : Основа, 2011. 111 с.
32. Химко М. Б. Внутрішньо-особистісні конфлікти батьків аутичних дітей. *Дезадаптована дитина : напрямки психотерапевтичної та психокореційної допомоги : матеріали обл. наук.-практ. конф.* Львів, 2004. С. 31–32.
33. Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями. Адаптована клінічна настанова : наказ МОЗ від 09.04.2013 р. № 286. 6 с. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2013_286/2013_286_akn_tserpar_dity.pdf (дата звернення: 11.05.2026).
34. Чеботарьова О. В. Дитина із церебральним паралічем / О. В. Чеботарьова, Л. В. Коваль, Е. А. Данілавічютє. Харків : Ранок, 2018. 40 с.
35. Чеботарьова О. В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання і виховання дітей з інтелектуальними порушеннями у спеціальних дошкільних закладах». Київ, 2012. 112 с.
36. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Метелики в обладунках. Діти з ДЦП. Харків : Ранок, 2019. 32 с.
37. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Сонячні діти. Діти із синдромом Дауна. Харків : Ранок, 2019. 32 с.
38. Чеботарьова О. В. Сучасні підходи до трудового навчання учнів з порушеннями опорно-рухового апарату та інтелекту. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2017. № 4 (84). С. 56–64.

39. Щоб дитина народилася здоровою. Актуальні аспекти пренатальної діагностики. *Тематичний номер: педіатрія, акушерство, гінекологія*. 2015. URL: http://health-ua.com/articles/1702 (дата звернення: 11.05.2026).
40. Ярмола Н. А. Діти дощу. Діти з розладами аутистичного спектра. Харків : Ранок, 2019. 32 с.
41. Ярмола Н. А., Тороп К. С. Системоутворювальна роль компетентностей в організації навчального процесу для дітей з особливими потребами. *Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2021. № 40. С. 99–106.
42. Colins Gem Englich dictionary. Latest reprint. Wrotham, England, 1996. P. 150, 249.
43. Yarmola N. A., Torop K. S. The current state of the system of general secondary education of children with special educational needs in Ukraine. *Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends : collective monograph*. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2020. P. 452–469.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика «Кольорові прогресивні матриці» (Дж. Равен).

Тест прогресивних матриць Равена призначений для обстеження рівня інтелектуального розвитку. Даним кольоровим варіантом можна продіагностувати дітей від 5 до 9 років.

Процедура індивідуального тестування надзвичайно проста. На відміну від багатьох інших тестів, тут немає необхідності жорстко дотримуватися якої-небудь спеціальної словесній інструкції.

Основні вимоги полягають у тому, щоб, по-перше, упевнитися, що досліджувані розуміють, що і як вони повинні зробити. По-друге, слід забезпечити відповідність прийнятої в даному обстеженні процедури загальноприйнятим стандартам, щоб була можливість порівнювати отримані дані з нормативними.

Матеріали: екземпляр тестового буклету, бланк відповідей. Не допускається робити ніяких позначок у тестовому буклеті. У процесі попередньої бесіди занесіть дані про досліджуваного в бланк відповідей, упевнившись, що вказаний вік відповідає даті народження.

Інструкція. Відкрийте буклет на першому завданні А1.

– *Подивися сюди.*

Вкажіть на верхню фігуру

– *Ти бачиш, що з цієї картинки вирізаний шматочок. Кожен з цих шматочків внизу ...*

Вкажіть на кожен з фрагментів по черзі

– *... Має відповідну форму, щоб заповнити виріз, але тільки один з них підходить по малюнку. Номер 1 має правильну форму, але неправильний малюнок. Номер 2 взагалі не має малюнка. Номер 3 зовсім неправильний. Номер 6 майже правильний, але ось тут не підходить.*

Вкажіть на білу пляму на фрагменті номер 6.

– Тільки один зі шматочків правильний. Покажи, який з них підходить, щоб доповнити малюнок.

Якщо досліджуваний не показує на правильний фрагмент, продовжуйте пояснення, поки суть завдань не буде ним повністю вияснена.

Переходьте до завдання А2.

– А тепер покажи шматочок, який підійде сюди.

Якщо досліджуваний не справляється, продемонструйте йому знову завдання А1, а потім знову попросіть вирішити завдання А2. Якщо завдання виконано правильно, переходьте до наступних завдань, працюючи за тією ж схемою.

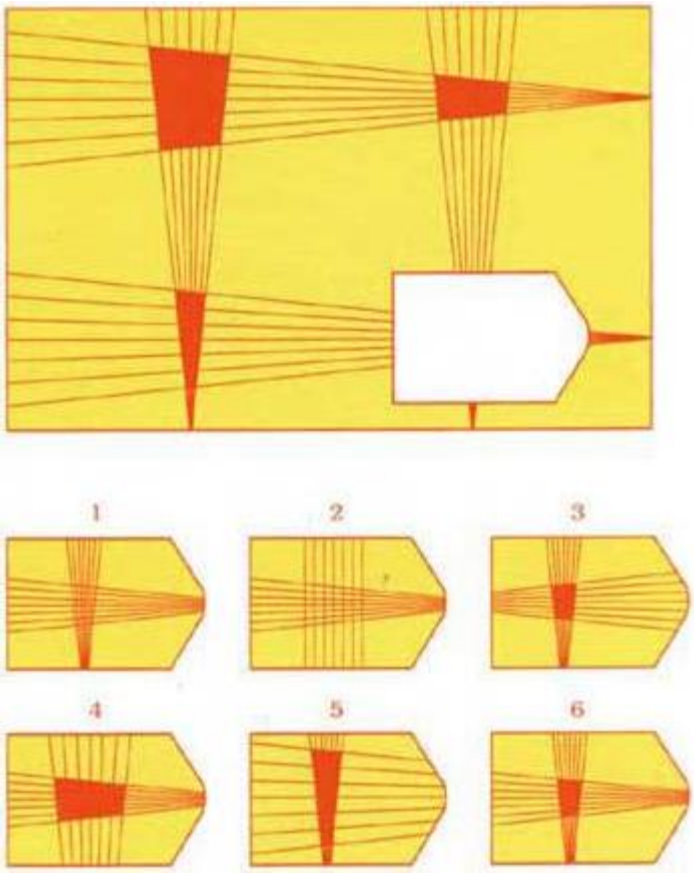
Якщо досліджуваний задоволений своїм рішенням, прийміть його вибір незалежно від правильності. Відзначте номер остаточного вибору у відповідній частині бланка.

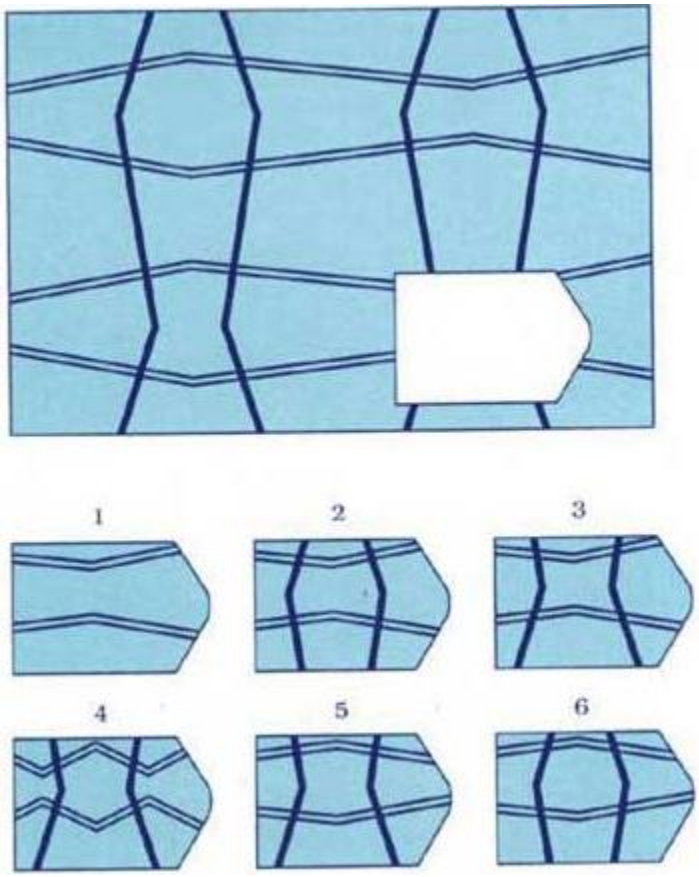
У міру пред'явлення наступних завдань продовжуйте використовувати ті ж інструкції до тих пір, поки в них є потреба.

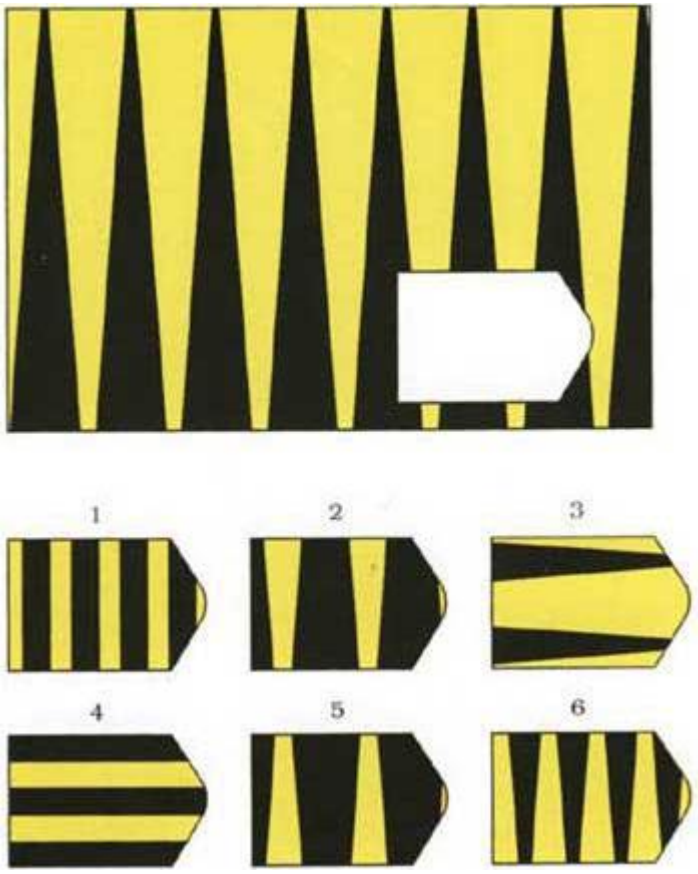
Якщо дитина проявляє занепокоєння з приводу невеликих дефектів на малюнках, переконайте її, що про це не варто турбуватися.

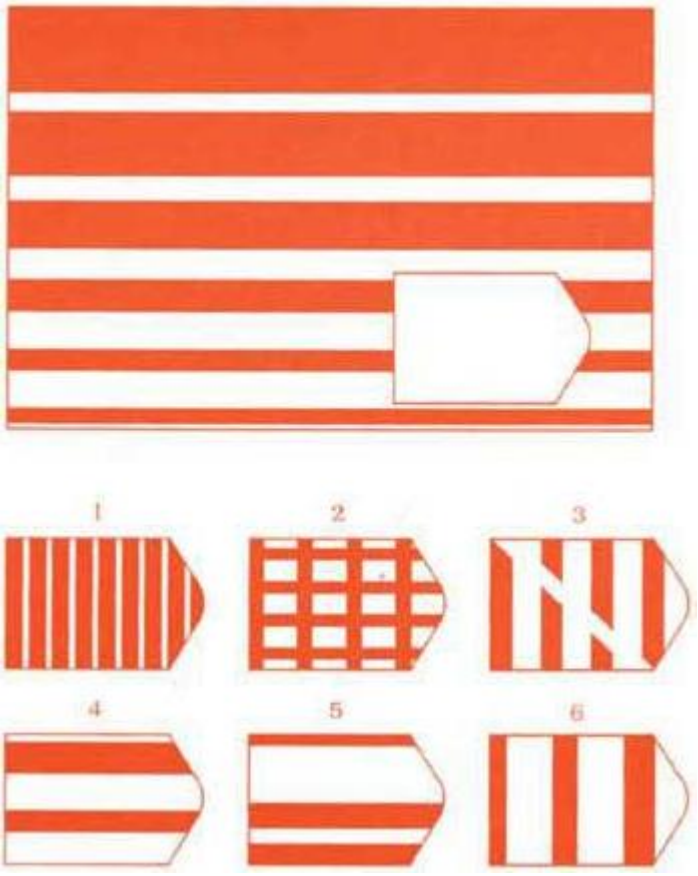
Якщо дитина «застрягла» на конкретному завданні, запропонуйте їй рушити далі і подивитися, чи не впорається вона з наступними завданнями, а потім поверніться до завдання, яке викликало труднощі.

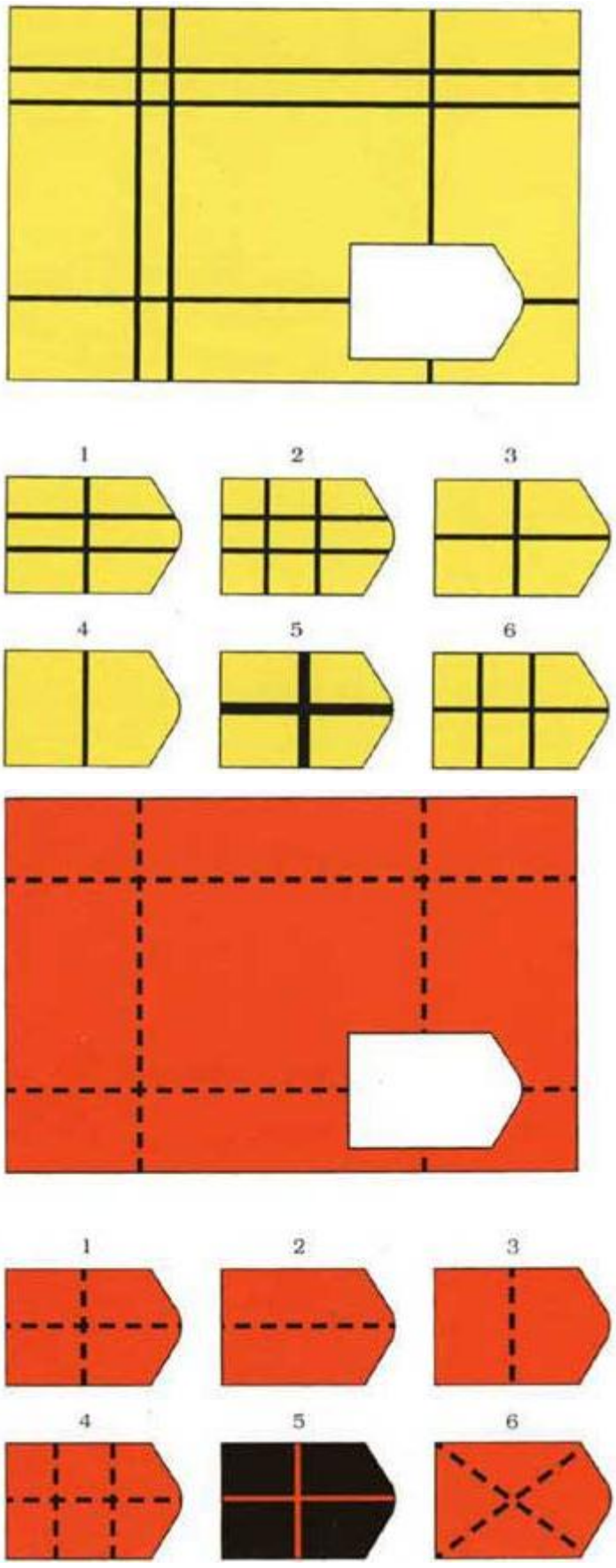
Якщо була зроблена помилка або досліджуваний хоче змінити свою відповідь, закресліть раніше записаний номер, а потім запишіть номер остаточного вибору.

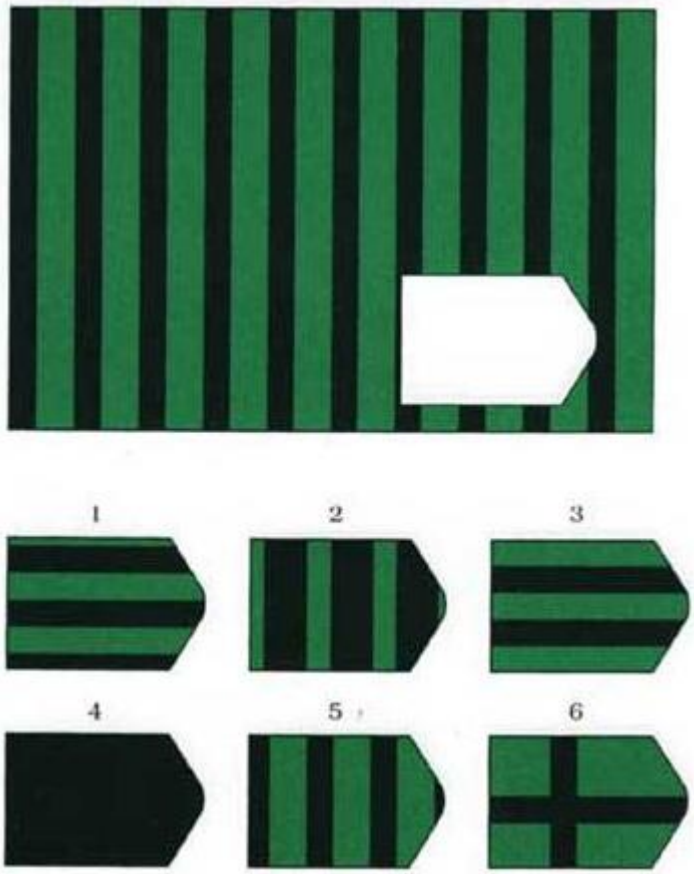

1
2
3
4
5
6

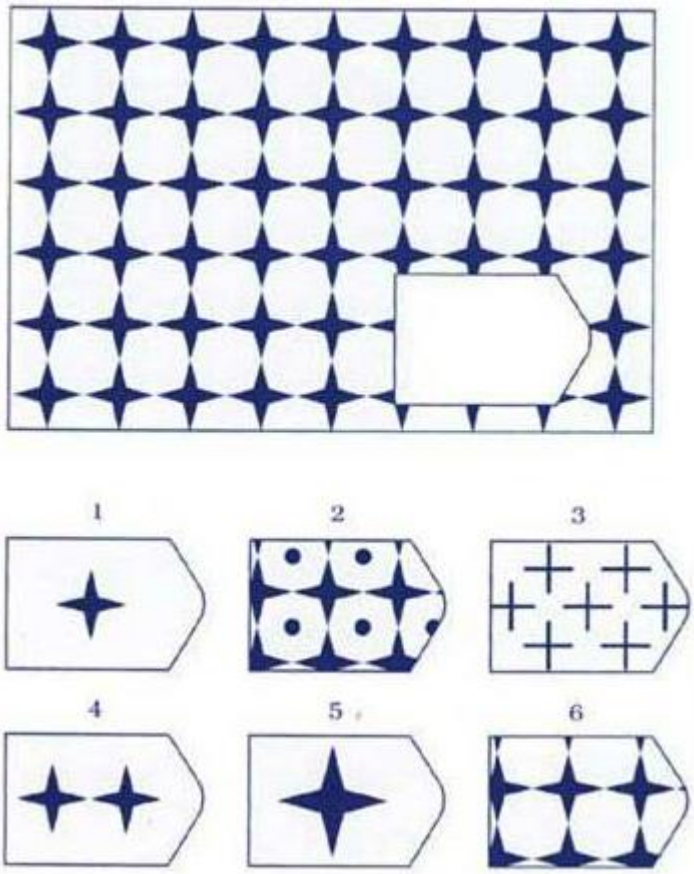

1
2
3
4
5
6

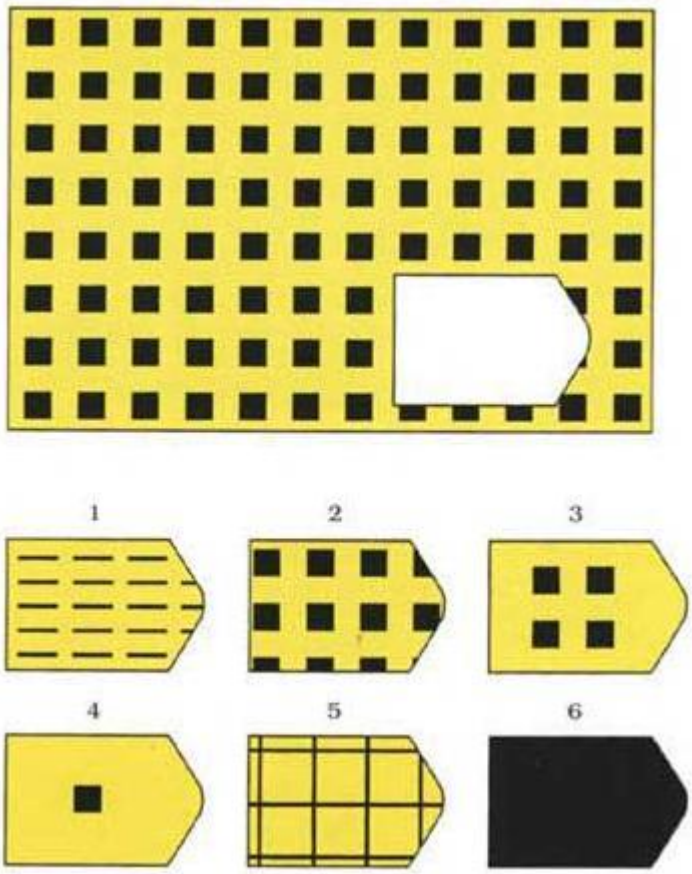

1
2
3
4
5
6

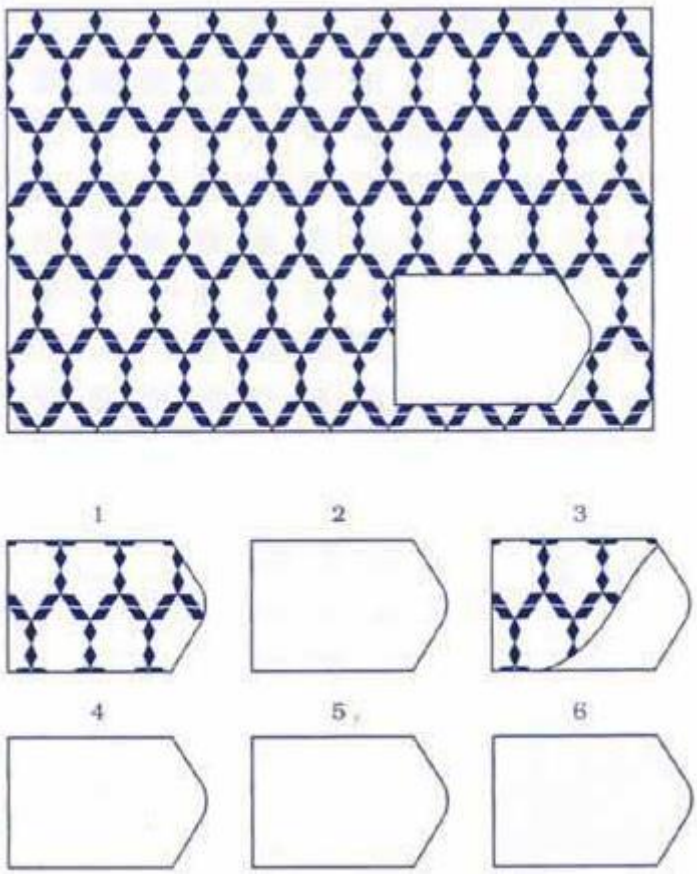

1
2
3
4
5
6

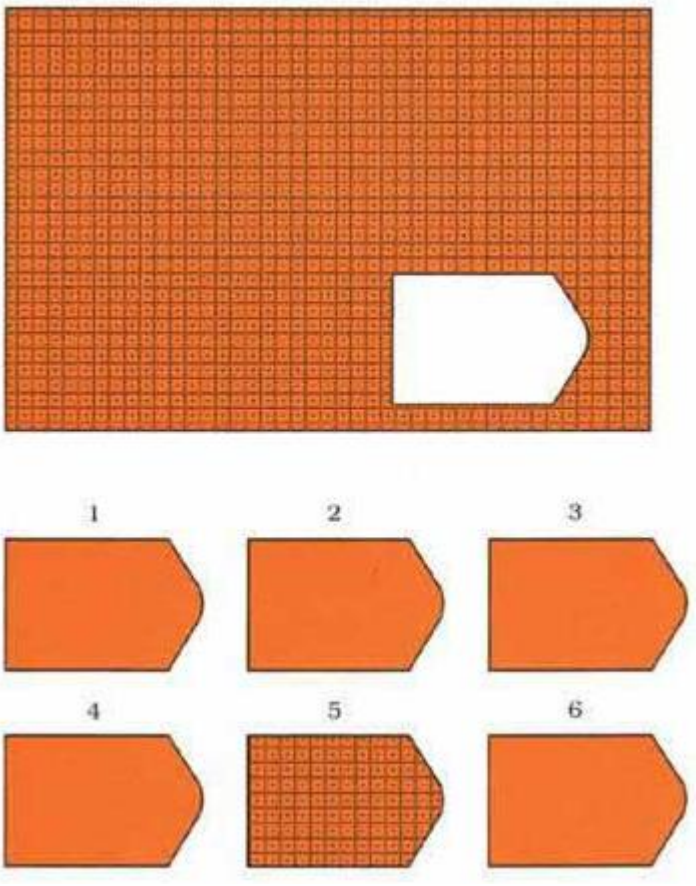

1
2
3
4
5
6
1
2
3
4
5
6

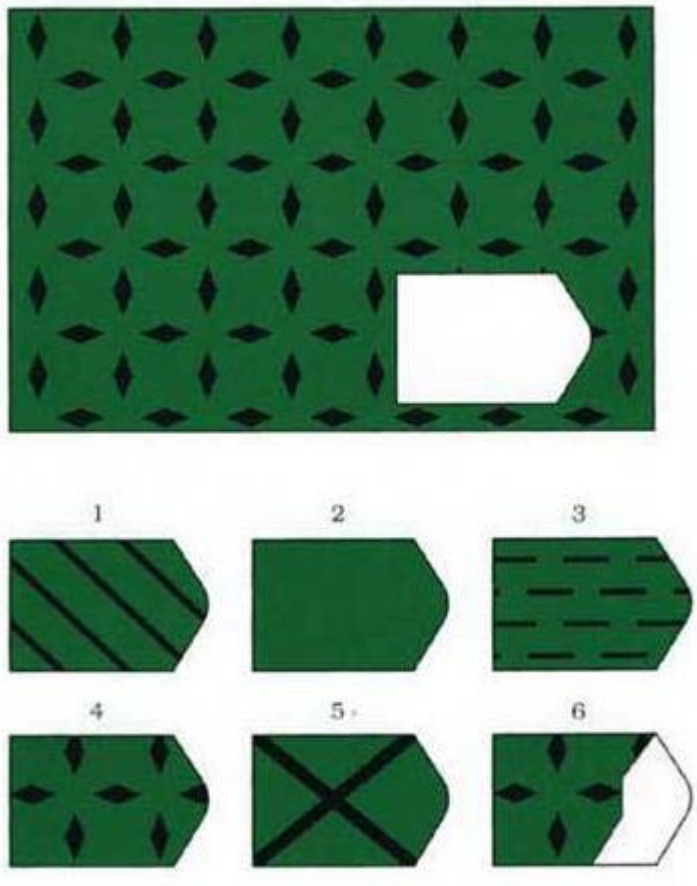

1
2
3
4
5
6


1
2
3
4
5
6


1
2
3
4
5
6


1
2
3
4
5
6


1
2
3
4
5
6


1
2
3
4
5
6

Оцінка та інтерпретація.

Підрахунок балів.

За кожну правильну відповідь нараховується один бал.

Якщо досліджуваний робить помилки в перших п'яти завданнях Серії А, то можна вважати, що він не зрозумів ідею завдання. Отримані при цих умовах бали, як правило, потрібно визнати недостовірними, незважаючи на те, що загальний бал при цьому може виявитися і більше десяти за рахунок вирішення завдань шляхом випадкового вгадування правильної відповіді серед шести альтернативних варіантів.

Коли тест проводиться індивідуально по книжковій формі, зараховується як «вірний» або «помилковий» той фрагмент, на який досліджуваний вказує як на свій остаточний вибір.

При груповому тестуванні з використанням відкритих бланків реєстрації відповідей, всякому, хто записує більше, ніж одну цифру проти номера будь-якого завдання, необхідно сказати, щоб він викреслив всі, крім однієї. Якщо це виявлено після завершення процедури тестування, розглядається тільки останній номер праворуч незалежно від того, вірні або помилкові інші відповіді.

Представлення результатів. Найбільш адекватним способом інтерпретації значущості отриманої індивідом загальної оцінки є її співвіднесення з вираженою у відсотках відносною частотою, з якою цю оцінку отримують досліджувані тієї ж вікової групи.

РІВЕНЬ І. «Супер-інтелектуал», якщо оцінка дорівнює або більше 95% для даної вікової групи.

РІВЕНЬ ІІ. «Інтелектуальні можливості явно вище середнього», якщо оцінка дорівнює або більше 75%; II +, якщо оцінка дорівнює або більше 90%.

РІВЕНЬ III. «Середній інтелект», якщо оцінка лежить між 25% і 75%; III +, якщо оцінка вище, ніж медіана або 50%; III-, якщо оцінка нижча, ніж медіана.

РІВЕНЬ IV. «Інтелектуальні можливості явно нижче середнього», якщо оцінка дорівнює або менше 25%; IV-, якщо оцінка дорівнює або менше 10%.

РІВЕНЬ V. «Істотне зниження інтелекту», якщо оцінка дорівнює або менше 5% для відповідної вікової групи.

Загальний бал, узгодженість оцінки та досягнутий рівень розвитку зручно представляти в наступному вигляді:

Загальний бал 24

Неузгодженості -1,0, + 1

Рівень II +

Кількість помилок: Нормальна.

Усереднені вікові нормативи виконання Кольорових прогресивних матриць (вся серія – А + АВ + В)

Вік дитини (бали)	**Середнє значення**	**Розкид (у балах)**
4,5 – 5,5 років	14	8-22
5,5 – 6 років	17	12-24
6 – 6,5 років	18	13-27
6,5 – 7 років	20	14-29
7 – 7,5 років	22	15-30
7,5 – 8 років	23	16-31
8 – 8,5 років	24	17-32
8,5 – 9 років	26	18-34
9 – 10 років	29	20-35
10 – 11 років	32	21-35

Додадок Б

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS)

Шкала **CARS** — один із найбільш широко використовуваних інструментів для виявлення ознак аутизму. Вона базується на клінічних спостереженнях за поведінкою дитини, потребує мінімального навчання для роботи та може слугувати для первинного скринінгу симптомів аутизму.

Важливо: Шкала застосовується для дітей віком від 2 до 4 років (і старше). Цей метод є скринінговим і **не є підставою для встановлення діагнозу**. Формальна діагностична оцінка має бути всебічною та здійснюватися міждисциплінарною командою фахівців.

Інструкція: Для кожної з 15 категорій оцініть поведінку дитини. Оберіть бал, який найкраще описує дитину. Якщо поведінка знаходиться посередині між двома описами, використовуйте проміжні бали: **1.5, 2.5 або 3.5.**

I. Стосунки з людьми

- **1. Немає свідчень труднощів у взаємодії.** Поведінка відповідає віку. Можлива легка сором’язливість, що не має атипового характеру.
- **2. Порушення легкого ступеня.** Дитина може уникати погляду, виявляти занепокоєння при нав’язуванні контакту, бути надмірно залежною від дорослого («прилипчивою»).
- **3. Середній ступінь порушення.** Дитина демонструє відстороненість (іноді здається, що вона не помічає дорослого). Для привернення уваги потрібні наполегливі зусилля.
- **4. Тяжкі порушення стосунків.** Дитина повністю відсторонена, майже ніколи не відповідає та не ініціює контакт.

II. Імітація (наслідування)

- **1. Відповідає віку.** Імітує звуки, слова та рухи згідно з рівнем розвитку.
- **2. Легке порушення.** Більшу частину часу імітує просту поведінку (плескання), іноді — лише після спрямування дорослим або із затримкою.

- **3. Середнє порушення.** Імітує лише частину часу, потребує значної допомоги та наполегливості дорослого.
- **4. Тяжке порушення.** Майже ніколи не імітує звуки або рухи, навіть із підтримкою.

III. Емоційна відповідь

- **1. Відповідає віку та ситуації.** Відповідний тип емоцій виражається мімікою, позою та поведінкою.
- **2. Легке порушення.** Емоції іноді невідповідні ситуації. Реакції можуть бути не пов'язані з подіями навколо.
- **3. Середнє порушення.** Виражені ознаки невідповідності емоцій. Дитина може гримасувати, сміятися без причини або бути ригідною.
- **4. Тяжке порушення.** Емоції рідко відповідають ситуації. Настрій дуже важко змінити.

IV. Володіння тілом

- **1. Відповідає віку.** Рухи вільні, спритні, координація в нормі.
- **2. Легке порушення.** Деяка незграбність, повторювані рухи або незначні дивності в координації.
- **3. Середнє порушення.** Дивна для віку поведінка: рухи пальцями, незвичні пози, розгойдування, ходіння на пальчиках, самоагресія.
- **4. Тяжке порушення.** Інтенсивні та постійні рухи (як описано вище), які важко зупинити.

V. Використання предметів

- **1. Відповідне використання іграшок.** Проявляє нормальний інтерес та використовує предмети за призначенням.
- **2. Легке порушення.** Незвичний інтерес до іграшки (наприклад, смоктання або постукування нею).
- **3. Середнє порушення.** Зацикленість на окремих частинах іграшки, захоплення відблисками світла, постійний рух окремих деталей.
- **4. Тяжке порушення.** Поведінка, описана вище, проявляється з високою інтенсивністю, дитину важко відволікти.

VI. Адаптація до змін

- **1. Відповідає віку.** Приймає зміни в рутині без особливого стресу.
- **2. Легке порушення.** Намагається продовжувати попередню активність при спробі змінити завдання.
- **3. Середнє порушення.** Активно опирається змінам, сердиться або виглядає нещасною при порушенні встановленого порядку.
- **4. Тяжке порушення.** Тяжка реакція на зміни (істерики, повна відмова від співпраці).

VII. Зорова відповідь (використання зору)

- **1. Відповідає віку.** Зір використовується разом з іншими відчуттями для вивчення об'єктів.
- **2. Легке порушення.** Може дивитися «у простір», уникати погляду «очі в очі», більше цікавитися світлом або дзеркалом.
- **3. Середнє порушення.** Потрібно часто нагадувати, щоб подивилася на предмет. Може дивитися під незвичним кутом або дуже близько підносити речі до очей.
- **4. Тяжке порушення.** Стійке уникнення погляду, екстремальні форми незвичного використання зору.

VIII. Слухова відповідь (використання слуху)

- **1. Відповідає віку.** Реакція на звуки та мовлення нормальна.
- **2. Легке порушення.** Не завжди відповідає на звук, іноді проявляє надмірну реакцію на певні шуми. Може знадобитися повторення звуків.
- **3. Середнє порушення.** Реакція різна: часто ігнорує звук, може закривати вуха при повсякденних шумах.
- **4. Тяжке порушення.** Значна гіпер- або гіпореакція на звуки незалежно від їхнього типу.

IX. Використання нюху, дотику та смаку

- **1. Норма.** Досліджує нові об'єкти згідно з віком (переважно візуально). Адекватно реагує на біль.

- **2. Легке порушення.** Може нюхати або пробувати на смак неїстівні предмети, незвично реагувати на легкий біль.
- **3. Середнє порушення.** Одержимість обмацуванням, обнюхуванням або куштуванням предметів чи людей.
- **4. Тяжке порушення.** Постійне обнюхування та куштування предметів замість їх вивчення. Повне ігнорування болю або надмірна реакція на легкий дискомфорт.

X. Нервозність і страхи

- **1. Норма.** Поведінка відповідає ситуації та віку.
- **2. Легке порушення.** Іноді виявляє занадто сильний страх або, навпаки, його відсутність порівняно з однолітками.
- **3. Середнє порушення.** Значно більше або менше страху, ніж очікується.
- **4. Тяжке порушення.** Страх не виникає навіть після небезпечних подій. Дитину дуже важко заспокоїти.

XI. Вербальна комунікація

- **1. Норма.** Відповідає віку та ситуації.
- **2. Легке порушення.** Затримка мовлення. Наявні ехолалії, заміна займенників, дивні слова.
- **3. Середнє порушення.** Мовлення може бути відсутнє. Якщо є — це суміш ехолалій, жаргону та зациклености на певних темах.
- **4. Тяжке порушення.** Осмислене мовлення відсутнє. Дитина видає дивні звуки, вереск, вигуки.

XII. Невербальна комунікація

- **1. Норма.** Використання жестів та міміки відповідає віку.
- **2. Легке порушення.** Незріле використання жестів; не може чітко показати, що хоче, там, де однолітки використовують специфічний жест.
- **3. Середнє порушення.** Загалом не може виразити потреби невербально та не розуміє жестів інших.

- **4. Тяжке порушення.** Використовує лише дивні жести без очевидного значення, не розуміє міміки інших.

XIII. Рівень активності

- **1. Норма.** Активність відповідає обставинам.
- **2. Легке порушення.** Деяка невгамовність або, навпаки, «лінивість», уповільненість.
- **3. Середнє порушення.** Дитина дуже активна, її важко стримати, або дуже сонна і потребує зусиль, щоб почати рухатися.
- **4. Тяжке порушення.** Крайні форми активності чи пасивності, або їх різка зміна.

XIV. Інтелектуальна відповідь

- **1. Норма.** Рівномірний розвиток у різних сферах.
- **2. Легке порушення.** Навички трохи нижчі за вікову норму, але рівномірні в усіх сферах.
- **3. Середнє порушення.** Загалом розвиток нижче норми, але в окремих сферах наближений до неї.
- **4. Тяжке порушення.** На фоні загального затриманого розвитку в одній чи кількох сферах дитина функціонує навіть краще за однолітків.

XV. Загальне враження

- **1. Немає аутизму.**
- **2. Легкий аутизм.**
- **3. Середній рівень аутизму.**
- **4. Тяжкий аутизм.**

Категорії оцінки та підрахунок балів:

(Складіть бали за всіма 15 категоріями)

Загальний бал:

- **15 – 30:** Аутизм відсутній.

- **30 – 36:** Аутизм від легкого до середнього ступеня (часто відповідає високофункціональному аутизму або синдрому Аспергера, особливо при балах 30–33).
- **36 – 60:** Тяжкий аутизм.

Додаток В