

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти  
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему:

**ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ДІТЕЙ  
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ ЗАСОБАМИ МУЗИЧНОЇ  
ТЕРАПІЇ**

Студентки 2 курсу,  
групи ВАм-1-24-1.4д  
другого (магістерського) рівня  
галузі знань 01 Освіта/Педагогіка  
спеціальності 016 Спеціальна освіта  
освітньої програми 016.00.02  
Втручання при аутизмі  
Діденко Марини Євгеніївни

Науковий керівник: Т. В. Скрипник  
професор кафедри спеціальної та  
інклюзивної освіти, доктор  
психологічних наук, професор

Використання чужих ідей,  
результатів і текстів мають посилання  
на відповідне джерело

\_\_\_\_\_  
(підпис студента)      (ініціали, прізвище)

Кількість балів: \_\_\_\_\_ Оцінака:ECTS \_\_\_\_\_

Голова комісії \_\_\_\_\_  
(підпис )      (ініціали, прізвище)

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(підпис )      (ініціали, прізвище)

\_\_\_\_\_  
(підпис )      (ініціали, прізвище)

\_\_\_\_\_  
(підпис )      (ініціали, прізвище)

Допуск до захисту  
Перед ЕК

\_\_\_\_\_ О.В. Мартинчук,  
Завідувач кафедри спеціальної  
та інклюзивної освіти

## **ЗМІСТ**

|                                                                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>                                                                                                          | <b>4</b>  |
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                                                              | <b>5</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ<br/>ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....</b>                                                 | <b>10</b> |
| 1.1. Особливості соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з аутизмом.....                                                           | 10        |
| 1.2. Психолого-педагогічні підходи формування соціальної взаємодії у дітей з аутизмом.....                                                     | 17        |
| 1.3 Зарубіжний та вітчизняний досвід застосування музичної терапії у корекційно-розвитковій роботі з дітьми з аутизмом.....                    | 22        |
| Висновки до першого розділу.....                                                                                                               | 31        |
| <b>РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛЬНОЇ<br/>ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ ІЗ АУТИЗМОМ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО<br/>ВІКУ.....</b>                       | <b>33</b> |
| 2.1. Зміст та алгоритм дослідження стану сформованості навичок соціальної взаємодії у дітей з аутизмом молодшого шкільного віку.....           | 33        |
| 2.2. Аналіз отриманих даних та розробка плану втручання.....                                                                                   | 37        |
| Висновки до другого розділу.....                                                                                                               | 45        |
| <b>РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО СОЦІАЛЬНОЇ<br/>ВЗАЄМОДІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З<br/>АУТИЗМОМ ЗАСОБАМИ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....</b> | <b>47</b> |
| 3.1. Розробка програми музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії у дітей з аутизмом.....                                              | 47        |
| 3.2. Реалізація створеної програми та оцінка результатів проведеного дослідження.....                                                          | 54        |
| Висновки до третього розділу.....                                                                                                              | 65        |
| <b>ВИСНОВКИ.....</b>                                                                                                                           | <b>67</b> |

|                                        |           |
|----------------------------------------|-----------|
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b> | <b>69</b> |
| <b>ДОДАТКИ.....</b>                    | <b>77</b> |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

РАС — розлади аутистичного спектра

МТ — музична терапія

ООП — особливі освітні потреби

PECS — Picture Exchange Communication System (система обміну зображеннями)

CARS — Childhood Autism Rating Scale (шкала оцінки дитячого аутизму)

ADOS — Autism Diagnostic Observation Schedule (спостережна шкала діагностики аутизму)

Leiter-3 — Leiter International Performance Scale (Міжнародна шкала невербального інтелекту Лейтера, 3-тя редакція)

DSM-5 — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-е видання)

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Формування здатності до соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом є одним із пріоритетних завдань сучасної спеціальної освіти. Соціальні навички визначають рівень інтеграції дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) у суспільство, їхню здатність до навчання, адаптації та участі у повсякденних соціальних процесах. Водночас у більшості дітей з аутизмом спостерігаються значні труднощі у соціально-емоційній та соціально-комунікативній сферах, що обмежує їхню здатність до ефективного спілкування, взаємодії з однолітками та дорослими, а також самостійного прийняття рішень у колективі.

У науковій літературі поняття «соціальна взаємодія» розглядається з різних перспектив. Так, О. Булгакова та К. Ібрагімова визначають її як систему взаємозалежних дій у співпраці та спільній діяльності, що забезпечує міжособистісне спілкування. Г. Дворецька розглядає соціальну взаємодію як форму соціальних зав'язків, що реалізується через обмін діяльністю, інформацією, досвідом, уміннями та навичками. С. Кожушко визначає її як процес інтеграційної діяльності суб'єктів, пов'язаний із категоріями руху, простору, часу та структури, а Р. Bardis, G. Bloomer та G. Met трактують соціальну взаємодію як процес взаємного впливу дій учасників, де кожна дія зумовлена попередньою дією та очікуваним результатом. Такий багатовимірний підхід дозволяє дослідникам комплексно оцінювати рівень соціальної взаємодії у дітей з РАС та визначати ефективні шляхи її розвитку.

Міжнародними та українськими науковцями і практиками напрацьовано дієві методи для формування соціальної взаємодії в осіб з аутизмом: DIR-Floortime, Son-Rise, «Навчання і терапія з однолітками», «Соціальні історії», ігрова та арт-терапії, альтернативна і допоміжна комунікація та ін. Ці підходи довели свою ефективність у розвитку комунікативних та соціальних навичок, однак більшість з них не забезпечують

системної роботи над поетапним формуванням навичок соціальної взаємодії, що є критично важливим для дітей молодшого шкільного віку.

Особливе місце серед методів корекційної роботи займає музична терапія. Вона здатна створювати безпечне середовище для взаємодії, встановлювати довіру, підтримувати емоційний стан дитини та забезпечувати доступне самовираження через музику. Музика виступає інструментом двосторонньої комунікації, що стимулює соціальну активність, допомагає дітям виражати емоції та налагоджувати контакт із дорослими та однолітками (J. Alvin, E. Warwick). Українські дослідники зазначають, що музична терапія сприяє гармонізації емоційного стану, підвищенню рівня соціальної активності, розвитку комунікативних здібностей та адаптації дітей до соціального середовища (О. Нестеренко, Р. Призванська).

Попри наявність методичних розробок і досліджень впливу музичної терапії на дітей з особливими освітніми потребами, на сьогодні бракує чітких алгоритмів поетапного формування соціальної взаємодії у дітей з РАС. Системний підхід із використанням структурованих занять музикотерапії дозволяє не лише стимулювати емоційну сферу дитини, а й забезпечує розвиток навичок співпраці, комунікації та соціальної адаптації.

**Мета дослідження:** розробити та емпірично перевірити програму музичної терапії, спрямовану на формування здатності до соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом.

**Завдання роботи:**

1. Визначити особливості соціальної взаємодії у дітей з аутизмом.
2. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел щодо музичної терапії як засобу формування до соціальної взаємодії осіб з особливими освітніми потребами, у тому числі, з аутизмом.
3. Дослідити стан сформованості здатності до соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з аутизмом.

4. Розробити програму музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії у дітей з аутизмом, застосувати її на практиці та визначити її ефективність.

**Об’єкт дослідження:** соціальна взаємодія дітей молодшого шкільного віку з аутизмом.

**Предмет дослідження:** програма музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом.

**Теоретико-методологічні засади дослідження.** Дослідження ґрунтується на здобутках вітчизняних і зарубіжних науковців, серед яких: теорії соціальної взаємодії (В. Андрущенко, І. Бех, К. Ібрагімова, С. Максименко, А. Фурман, М. Lewis, G. H. Mead, H. Blumer та ін.); кооперативний підхід до взаємодії (D. W. Johnson, R. T. Johnson, R. E. Slavin), теорії соціальної мотивації (C. Chevallier, G. Kohls, R. C. Schultz), методичні ідеї щодо музичної терапії у контексті розвитку соціальної взаємодії осіб з особливими освітніми потребами (Л. Артемова, І. Губанової, Г. Сотнікової, Т. Скрипник, J. Alvin, P. Nordoff, T. Wigram та ін.).

**Методи дослідження:** теоретичні методи - аналіз та узагальнення науково-методичної літератури щодо особливостей соціальної взаємодії дітей з аутизмом та можливостей музичної терапії; емпіричні методи - спостереження, анкетування; методи обробки даних - кількісний та якісний аналіз, інтерпретація отриманих результатів.

**Експериментальна база дослідження:** експериментальною базою дослідження виступав Сумський навчально-виховний комплекс №16 імені Олексія Братушки «Загальноосвітня школа І–ІІІ ступенів – дошкільний навчальний заклад» Сумської міської ради. Заклад забезпечує інклюзивне навчання дітей різного віку, у тому числі молодших школярів із розладами акустичного спектра та іншими особливими освітніми потребами. У школі функціонують інклюзивні класи, де створено умови для реалізації індивідуальних освітніх траєкторій учнів, працює команда психолого-

педагогічного супроводу, до складу якої входять вчителі, асистенти, логопеди, практичні психологи, реабілітологи та соціальні педагоги. Саме на базі цього закладу було проведено експериментальне дослідження, спрямоване на формування здатності до соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом засобами музичної терапії.

Дослідження здійснювалося під час індивідуальних і підгрупових занять, які включали вправи музикотерапевтичного спрямування, спільне виконання музичних і рухових завдань, спрямованих на розвиток комунікативних і соціальних навичок.

**Елементи наукової новизни** полягають у поглибленні уявлення щодо потенціалу музичної терапії та її значення у формуванні здатності до соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом. Конкретизовано, що ресурси музичної терапії сприяють зниженню емоційної напруги, підвищенню внутрішньої мотивації до спільних занять, розвитку комунікативних навичок та формуванню соціального досвіду у дітей з РАС. З'ясовано, що заняття музичною терапією створюють сприятливі умови для самовираження, співпраці цих дітей з однолітками та розвитку здатності до взаємодії у групі, що є важливим для їхньої інтеграції в освітнє та соціальне середовище.

**Практична значущість роботи.** Розроблена нами програма музичної терапії дає можливість як фахівцям музичного профілю, так і педагогам та батькам використовувати елементи музичної терапії для встановлення контакту з дітьми молодшого шкільного віку з аутизмом і покращення їхньої соціальної взаємодії. Методичну користь має також авторський моніторинговий інструмент (аркуш наукового спостереження), що дає змогу оцінити рівень соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектра.

**Апробація результатів дослідження.** Апробація результатів дослідження здійснювалася у 2025 році під час проведення емпіричного



констатувального та формувального етапів експерименту на базі Сумського навчально-виховного комплексу №16 імені Олексія Братушки «Загальноосвітня школа І–ІІІ ступенів – дошкільний навчальний заклад» Сумської міської ради (довідка про впровадження).

Основні положення та результати проведеного дослідження представлено на студентській науково-практичній конференції *«Перші кроки у науку»* Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка, м. Київ (06.11.2025 р.). А також презентовано на міжнародній науково-практичній конференції *«Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики»* (11.11.2025).

**Структура магістерської роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, 4 додатків (на 15 сторінках), списку використаних джерел (56 найменування, з них 25 – іншомовних, 2 Інтернет-сайтів). Повний обсяг роботи становить 89 сторінок, основного тексту – 67 сторінок. Робота містить 12 таблиць та 5 рисунків, на 9 сторінках основного тексту.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

#### **1.1 Особливості соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з аутизмом**

Соціальна взаємодія є багатограним процесом, на який впливають як внутрішні, так і зовнішні чинники. Вона передбачає співпрацю, спільну діяльність та міжособистісне спілкування, сприяючи обміну інформацією, досвідом і є ключовим аспектом розвитку особистості дитини, особливо в молодшому шкільному віці. Впливає на формування соціальних навичок, емоційного інтелекту та когнітивних здібностей. Дослідники визначають соціальну взаємодію як процес взаємного впливу людей одне на одного, що формує їхні зв'язки та реалізується через спілкування, обмін діяльністю, інформацією, досвідом, здібностями, уміннями та навичками (Н. Діденко, (К. Ібрагімова, В. Токарева).

Г. Блумер та Дж. Мід пояснюють соціальну взаємодію як процес, в якому обов'язковою умовою є зворотній зв'язок і саме це відрізняє її від разових взаємодій [10].

Н. Букмінгер стверджує, що соціальна взаємодія у дітей з РАС проявляється у вигляді ініціації та реагування на соціальні подразники, представлені їх однолітками [41].

Незважаючи на різницю в поглядах науковців щодо соціальної взаємодії як явища, спільним є уявлення про соціальну взаємодію як взаємозумовлені соціальні дії суб'єктів, що мають повторювальний причинно-наслідковий характер. У розумінні соціальної взаємодії можна виділити такі основні положення:

1. Людина є соціальною і її особистість не може формуватися без соціальної взаємодії;

2. Соціальна взаємодія – це завжди процес, який спрямований на особу та потребує завжди зворотної реакції;
3. Соціальна взаємодія охоплює спільну злагожденість учасниками своїх дій відносно один одного;
4. Для успішної взаємодії необхідне правильна інтерпретація знаків і засобів спілкування учасниками взаємодії.

М. Вебер в організації соціальної взаємодії виділяв основні компоненти, такі як соціальний контакт та соціальну дію. Під соціальною взаємодією розуміють короткотривалу взаємодію між окремими людьми. І Те як відбувається контакт між людьми, виокремлюють фізичні, вербальні, невербальні та уявні контакти.

Поведінка людини вважається соціальною, коли вона спрямована на іншу людину. Соціальна дія з боку особи може бути зовнішня та внутрішня.

Коли особа спостерігає без втручання, внутрішнє мовлення, направлене на іншу людину, це також є соціальною дією [4].

Важливо відзначити, що поняття «соціальна взаємодія» та «стосунки» не є ідентичними. На думку вченого М. Lewis соціальна взаємодія проявляється в соціальних діях, які можна точно визначити, спостерігати та виміряти на відміну від стосунків.

Багаторічні наукові дослідження підтвердили значущість соціальної взаємодії для розвитку дитини, що не викликає сумнівів серед сучасних психологів і педагогів. Під час взаємодії з дорослим здійснюється соціально-емоційний розвиток та становлення особистості дитини.

Крім того, досвід взаємодії визначає особливості функціонування людини в дорослому віці, характер її емоційного реагування та встановлення стосунків з іншими людьми. Р. Томпсон зазначає, що соціальна взаємодія змінює ключову роль у розвитку дитини, впливаючи на формування її особистості, соціальний навичок та емоційний інтелект. Через взаємодію з

оточуючими діти навчаються розуміти соціальні норми, розвивають здатність до співпраці та емпатії.

Стійкий дефіцит соціальної взаємодії є ключовою характеристикою осіб РАС, що відрізняє їх від дітей з типовим розвитком або іншими формами порушень. Цей дефіцит проявляється у труднощах з невербальною комунікацією (жести, міміка, пози), обмеженнями в мовленнєвій сфері (ініціювання діалогу, передача думок, розуміння підтексту, гумору, метафор), а також у навчальних навичках. Ці порушення негативно впливають на загальний психоемоційний та когнітивний розвиток дітей з РАС, обмежуючи їхню здатність до повноцінної участі в соціальному житті та знижуючи якість їхнього повсякденного функціонування [13].

Однією з найбільш типових ознак порушеної соціальної взаємодії при аутизмі є труднощі з розумінням ситуації та виходом за її межі, неможливість поглянути на неї збоку. Дитині важко уявити себе на місці іншої людини та помічати її емоційні реакції [27].

Діти з РАС часто не розпізнають емоційне забарвлення повідомлень, мають труднощі з інтерпретацією підтексту, гумору. Власні емоції такі діти виявляють обмежено, що ускладнює процес емоційного зворотного зв'язку. Соціальна взаємодія є утрудненою через обмежені навички соціального розуміння. Вони можуть бути занадто прямолінійними чи нечутливими до емоцій інших, що знижує ефективність комунікації. Їм властиве звужене коло інтересів, фіксація на конкретних темах або діях, прихильність до рутини [11].

Як відомо, розлади аутистичного спектра (РАС) є комплексними порушеннями нейророзвитку, що впливають на соціальну взаємодію, комунікацію та поведінку дитини. Діти молодшого шкільного віку з аутизмом часто стикаються з труднощами у встановленні та підтримці соціальних контактів, а також у здійсненні соціальних дій, які, за М. Вебером, є осмисленою поведінкою, орієнтованою на інших. Це зумовлено порушеннями

емоційного реагування, труднощами в розумінні невербальних сигналів та особливостями когнітивного розвитку.

Відповідно до DSM-5 («Діагностичного і статистичного посібника»), надає чіткі критерії оцінки соціальної взаємодії, особливо в контексті (РАС) стійкий дефіцит соціальної комунікації та взаємодії, який включає:

- дефіцит соціально-емоційної взаємності (знижена здатність до спільного переживання емоцій, знижена ініціативність у соціальних контактах).
- порушення невербальної комунікації (труднощі в розумінні жестів, міміки).
- порушення розвитку, підтримка та розуміння соціальних відносин (труднощі з адаптацією поведінки до контексту).

Згідно з IDEA (Individuals with Disabilities Education Act – Закон про освіту осіб з інвалідністю США) в ньому зазначається, що діти з РАС мають труднощі у вербальному та невербальному спілкуванні, а також у соціальній взаємодії. Це ускладнює їхнє включення в суспільство та навчальне середовище. Дослідження показують, що такі діти рідше беруть участь у соціальних ініціативах, мають менше друзів і потребують спеціальних умов для успішної адаптації [37].

Численні дослідження показують, що позитивні міжособистісні стосунки важливі як для фізичного, так і для емоційного благополуччя людей [27].

Діти з РАС часто мають труднощі із соціальною взаємодією та можуть уникати контактів з однолітками, якщо для цього не створені відповідні умови. У багатьох випадках вони не мають спонтанного досвіду соціальної взаємодії, тому розвиток соціальних навичок потребує цілеспрямованого підходу.

З іншого боку, було визначено, що діти з РАС не мають внутрішнього бажання взаємодіяти з іншими, що відображено в теорії соціальної мотивації

аутизму. Ця теорія пояснює труднощі соціальної взаємодії у людей з аутизмом через дефіцит внутрішньої мотивації до спілкування.

Основні положення теорії:

1. Діти з РАС рідше звертають увагу на обличчя, жести та емоційні вирази інших людей, що ускладнює розвиток комунікативних навичок.
2. Нейротипових дітей соціальна взаємодія (посмішка, схвалення, емоційний контакт) забезпечує позитивне підкріплення. У дітей з РАС ця система може працювати менш ефективно.
3. Діти з аутизмом можуть віддавати перевагу повторюваним, самостимулюючим діям замість взаємодії з іншими людьми.

Це пояснює, чому звичайні методи навчання соціальних навичок можуть бути менш ефективними [32].

Дослідження А. Gulsrud, С. Kasari, J. Locke, Е. Rotheram-Fuller «Social Networks and Friendships at School: Comparing Children With and Without ASD» вивчали соціальні мережі та дружні стосунки дітей з (РАС) у шкільному середовищі. Результати показали, що діти з РАС мають менше друзів, їхні дружні стосунки характеризуються нижчою якістю, а їхня позиція в соціальних мережах є меншою центральною за рахунок нейротипових однолітків [37].

Декілька досліджень виявили, що діти з РАС повідомляють про підвищений рівень самотності, що вказує на те, що вони відчують розбіжність між бажаним і уявним соціальним функціонуванням. Наявність самотності означає, що ці діти хочуть брати участь у взаємодії з іншими людьми, що, здається, суперечить аргументу, що вони не мотивовані брати участь у соціальних контактах. Проте декілька досліджень показали, що розуміння дружби та самотності принципово відрізняється у дітей з РАС і що зв'язок між самотністю та дружбою є менш узгодженим [31].

Діти молодшого шкільного віку з РАС часто демонструють затримку соціального розвитку. Без сторонньої допомоги їм важко розпочинати

розмову, грати з друзями, приєднуватися до діяльності, брати участь у іграх і розуміти правила [44].

Дослідження свідчать, що діти з аутизмом часто уникають зорового контакту, мають труднощі в розпізнаванні емоцій і не розуміють невербальних сигналів співрозмовника [26].

Діти РАС часто мають труднощі у грі та спільній діяльності з однолітками. Вони можуть уникати групових ігор, віддавати перевагу індивідуальній діяльності або демонструвати монотонну, стереотипну гру. Мовленнєві особливості дітей з РАС варіюються від повної відсутності мовлення до його вираженої своєрідності [42].

Діти можуть використовувати ехолалію як основний спосіб взаємодії або мати труднощі в розумінні переносного значення слів, що ускладнює соціальну взаємодію [39].

У шкільному середовищі соціальна взаємодія є невід'ємною частиною навчального процесу та формування особистості дитини. Проте для дітей з аутизмом така взаємодія може бути викликом через обмежену здатність до спонтанного встановлення соціальних зв'язків, складнощі в розумінні соціальних норм та труднощі у вербальному й невербальному спілкуванні.

Соціальні проблеми, які притаманні дітям з РАС, мають такі складнощі: невербального спілкування (жести, міміка, пози), розвитку мовлення (ініціювання розмови, передача своїх думок, жартів), навчальних навичках та ін. Подібні ускладнення негативно впливають на різні аспекти розвитку дітей з РАС та позначаються на якості їхнього життя [22].

У дитинстві успішна соціальна взаємодія допомагає дітям не тільки налагодити стосунки з родиною та друзями, але й покращити навчальні досягнення та психічне здоров'я. Таким чином, діти з РАС мають труднощі у належній соціальній взаємодії з іншими, що впливає на їхній соціальний розвиток та участь. Водночас було виявлено, що діти з РАС менш схильні

враховувати різні точки зору, що ускладнює їхню здатність відповідати належним чином.

На соціальну взаємодію молодшого шкільного віку з аутизмом впливають різні чинники, зокрема:

1. Сім'я: взаємодія з батьками є фундаментом для формування соціальних навичок.
2. Школа: освітнє середовище та педагогічні підходи впливають на розвиток соціальних навичок.
3. Психологічні особливості: розвиток соціального інтелекту, який включає пізнавально-оцінну, комунікативно-ціннісну та рефлексивно-корекційну функції, є важливим для ефективної соціальної взаємодії [12].

Таким чином, для дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) соціальна взаємодія є значним викликом через труднощі у спілкуванні, розумінні невербальних сигналів і встановленні стосунків з однолітками. Дослідження підтверджують, що діти з РАС мають дефіцит соціально-емоційної взаємності, труднощі у невербальній комунікації та проблеми з адаптацією поведінки до соціального контексту. Водночас вони можуть прагнути до соціальної взаємодії, але стикаються з бар'єрами у її реалізації. Це підтверджується високим рівнем самотності серед дітей з аутизмом, а також складністю у формуванні дружніх зв'язків. Соціальна взаємодія є необхідною умовою розвитку дітей молодшого шкільного віку з РАС. Її підтримка та розвиток сприяють не лише покращенню комунікативних навичок, а й загальному благополуччю та успішній інтеграції дитини в суспільство.

Узагальнюючи результати соціальної взаємодії відзначається, відсутність налагодженої соціальної взаємодії дітей з РАС, обмеження ініціації контактів, труднощі у підтримки спільної уваги та залучення до колективної діяльності, діти з РАС рідко самотійно ініціюють контакт і часто можуть не звертати увагу з боку інших. Емоційні реакції недостатньо узгоджені і може ускладнювати встановлення емоційного контакту. Все це



свідчить про потребу визначення рівня сформованості соціальної взаємодії та корекційно-розвиткової роботи для формування соціальної взаємодії дітей з РАС.

## **1.2 Психолого-педагогічні підходи до формування соціальної взаємодії у дітей з аутизмом**

Для формування ефективної соціальної взаємодії у дітей з РАС необхідно розвивати базові соціальні навички. Такий розвиток можливий виключно у процесі цілеспрямованої взаємодії з оточенням. Від того, як саме відбувається цей процес, залежить рівень адаптації дитини в соціумі [41].

За умови достатнього рівня сформованості соціальних навичок діти краще розуміють соціальні норми, швидше засвоюють навички самообслуговування та здатні будувати міжособистісні стосунки. Щоб опанувати ці навички, діти з РАС потребують системної, послідовної та спеціально організованої педагогічної підтримки [21].

Дослідження особливостей соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з аутизмом є актуальним завданням педагогіки, спеціальної освіти, розробка ефективних методів може сприяти покращенню їхньої якості життя та інтеграції в суспільство. Навчаючи дитину з РАС, необхідно не тільки формувати навчальні навички, але і розвивати емоційний інтелект, ці навички відіграють ключову роль у міжособистісному спілкуванні та соціальній взаємодії, належачи до сфери соціального розвитку. Це включає здатність розуміти людей та орієнтуватися в соціальних ситуаціях, що є ключовим для успішного формування соціальної взаємодії. Соціальний розвиток є невід'ємною частиною життєво важливого компонента для дітей із РАС. На перших етапах роботи дітьми з РАС важливо створювати емоційно комфортну атмосферу і уникати чіткої структуризації ходу занять. Аспекти, такі як постійність у часі занять та одяг спеціаліста, можуть сприяти звиканню дітей до ситуації. Також важливо створювати емоційно комфортну атмосферу

та уважно враховувати їхні індивідуальні особливості. Такий підхід сприяє розвитку дітей з РАС, їхньому самостійному функціонуванню та освоєнню нестандартних способів взаємодії з оточуючим світом.

Для розвитку соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС необхідно сформувати певні соціальні навички (наприклад, вміння користуватися невербальними сигналами, вміння брати участь у групових іграх, командних завданнях, вміння запитувати та відповідати на запитання, вміння висловлювати власні бажання та потреби), цей процес може відбуватися лише у взаємодії з іншими людьми [41].

У роботі у дітьми з РАС особливо важливо поєднувати кілька підходів до формування соціальної взаємодії, адаптуючи їх до індивідуальних можливостей кожної дитини. При висвітленні підходів до формування соціальної взаємодії можна посилатися на відомих науковців та їхні концепції: у галузі психології, педагогіки та спеціальної освіти.

1. Комунікативний підхід основна увага приділяється розвитку навичок спілкування, активного слухання та емпатії. Використовуються рольові ігри, моделювання ситуацій та тренінгів з комунікації, що допомагають формувати соціальну взаємодію. Теоретичною основою цього підходу є концепція Лева Виготського, зокрема його теорія соціального розвитку та поняття зони найближчого розвитку, які підкреслюють значення спільної діяльності у навчанні та розвитку дитини [5].

2. Діяльнісний підхід, де соціальна взаємодія формується через спільну діяльність. Групові проекти, командна робота, участь у творчих заходах допомагають вибудовувати взаємодію між людьми. Теоретичною основою цього підходу є ідеї Джона Дьюї, навчання через діяльність [33].

3. Кооперативний підхід орієнтований на співпрацю та взаємодопомогу, сприяючи розвитку соціальних навичок. Основними методами цього підходу є взаємне навчання, групові дискусії. У дослідженні Robert Slavin розглянув кооперативне навчання як ефективний метод

формування соціальної взаємодії. Д. Джонсон та Р. Джонсон досліджували вплив кооперації на соціальну взаємодію, підкреслюючи її значення в процесі навчання, формуванні соціальних навичок, підвищенні взаємодії між учнями та розвиває позитивні стосунки [36].

4. В особистісно орієнтованому підході враховуються індивідуальні особливості дитини, її емоційний стан, рівень розвитку соціальних навичок. Формування взаємодії відбувається через створення комфортного середовища для кожного [18].

5. Ігровий підхід орієнтується на формування соціальної взаємодії через гру, що особливо ефективно для дітей з РАС. Використовуються сюжетно-рольові ігри, настільні та інтерактивні ігри, що моделюють соціальні ситуації. Ж. Піаже розглядав роль гри в когнітивному та соціальному розвитку дитини.

Сучасні методи формування соціальної взаємодії у дітей з РАС ґрунтуються на засадах поведінкової терапії, яка передбачає формування необхідних соціальних і комунікативних навичок у доступній для дитини формі.

1. Модельоване навчання (Modelling):

- Використання відеомодельовання (перегляд коротких відео з правильними способами взаємодії).

2. Навчання через гру:

- Сюжетно-рольові ігри (магазин, лікарня, кафе) допомагають зрозуміти соціальні ролі;
- Настільні ігри розвивають навички чергування, дотримання правил та взаємодії;
- Ігри на спільну діяльність (наприклад, скласти пазл разом).

3. Метод соціальних історій (Social Stories, Керол Грей):

- Короткі розповіді з ілюстраціями про соціальні ситуації (наприклад, як просити допомогу або що робити, якщо хтось тебе штовхнув);
- Допомагають дітям прогнозувати ситуації та відповідні реакції;

#### 4. Використання візуальних підказок та карток PECS:

- Візуальні схеми, які показують, як відбувається спілкування;
- Картки з фразами або зображеннями (наприклад, “Допоможи мені”).

#### 5. Інтерактивне навчання у малих групах:

- Робота в парах або малих групах із чітко розподіленими ролями;
- Виконання спільних завдань для розвитку навичок взаємодії.

6. Метод підказок та позитивного підкріплення. Це один із принципів поведінкового підходу який описали Г. Соколова, Т. Парфьонова який застосовується в корекційній роботі в роботі з дітьми з РАС:

- Спочатку дорослий допомагає (фізична, словесна або жестова підказка), потім поступово зменшує допомогу.
- Використання похвали, наклеює, жетонної системи за успішну взаємодію [20].

Саме формування соціальної взаємодії у дітей з РАС є важливим елементом їхньої адаптації в суспільстві, оскільки сприяє розвитку комунікативних навичок, емоційного інтелекту та здатності встановлювати міжособистісні зв'язки, що необхідно для повноцінного життя в соціальному середовищі. Використання різних підходів та методик дозволяє розвивати навички комунікації, сприяє інтеграції дітей у соціальне середовище [24].

Особливо ефективним є поєднання діяльнісного, комунікативного, кооперативного, особистісно орієнтованого та ігрового підходів, що адаптуються до індивідуальних особливостей кожної дитини. Результати

досліджень свідчать про необхідність комплексного підходу до навчання та розвитку дітей з аутизмом, що враховує їхні когнітивні особливості та емоційні потреби

У сучасних наукових підходах до підтримки дітей з аутизмом особливе значення надається методам, ефективність яких підтверджена доказовими дослідженнями. Згідно з міжнародним звітом про методи втручання для осіб з аутизмом (2020), саме такі методи є пріоритетними для застосування фахівцями різних напрямів, адже вони спрямовані на розвиток ключових навичок, серед яких – соціальна взаємодія, комунікація та спільна увага. У підходах, рекомендованих звітом, чітко виокремлюються методи, спрямовані безпосередньо на формування соціальної взаємодії у дітей з аутизмом.

До таких методів належать:

Підходи поведінкового напрямку: натуралістичні втручання, тренування взаємного наслідування, навчання соціальним навичкам, моделювання соціальної поведінки, втручання для формування спільної уваги, системні підказки для ініціювання та підтримки соціальних взаємодій, навчання функціональній комунікації.

Підходи соціального напрямку: навчання та втручання за допомогою однолітків, соціальні історії, терапія, впроваджена батьками, альтернативна і підтримувальна комунікація.

Особливо важливо, що в міжнародному звіті 2020 року **вперше було виокремлено «опосередковане музикою втручання» (Music Mediated Intervention)** як метод з науково доведеною ефективністю.

Згідно з визначенням, наведеним у звіті, *опосередковане музикою втручання* – це використання музики або її компонентів (спів, ритм, мелодія, гра на музичних інструментах, музично-рухові активності) як основного засобу навчання або підтримки розвитку навичок, актуальних для дітей з аутизмом. Музика виконує функцію структурування або полегшення процесу

навчання і може сприяти залученню дитини до гри, розвитку соціальної взаємодії, комунікації, емоційного вираження та навичок саморегуляції.

Музика є ефективним інструментом психічної інтеграції дітей з аутизмом, оскільки активізує емоційну сферу та стимулює соціальну взаємодію [25].

Саме на основі цих науково підтверджених даних була розроблена наша програма музичної терапії, що дозволяє фахівцям музичного профілю, педагогам та батькам ефективно застосовувати елементи музичного втручання для встановлення контакту з дітьми молодшого шкільного віку з аутизмом і покращення їхньої соціальної взаємодії.

### **1.3 Зарубіжний та вітчизняний досвід застосування музичної терапії у корекційно-розвитковій роботі з дітьми з аутизмом**

Серед методів впливу на розвиток дітей з РАС в останні десятиліття активно вивчають музичну терапію. Перша книга «Музична терапія для дітей з аутизмом» була опублікована J. Alvin у 1978 році. У книзі описується вплив музики на розвиток дитини з РАС, доробки автора актуальні й сьогодні. М. Boso (1984) досліджував вплив музичної терапії на поведінку дітей РАС і дійшов висновків, що музична терапія допомогла зменшити прояви аутистичних рис. Для розвитку мовленнєвої діяльності дітей з РАС та соціальної взаємодії W. Prevezer (2002) застосовувала музичну терапію, S.M.K. Brown (2017) наголошував, що заняття музичної терапії дозволяє дитині з РАС відчувати і розуміти більш широкий діапазон емоцій. Учений A. Woodward (2019) помічав, що музична терапія все частіше використовується як частина корекційно-розвиткових занять для дітей з РАС та їхніх батьків, оскільки стимулює взаємодію, що надалі веде до нормального розвитку соціальних навичок у дітей з РАС.

Однією з ефективних стратегій корекційно-розвиткової роботи спрямованих на покращення соціальної взаємодії у осіб з РАС, є музична терапія, що застосовується як засіб впливу через музику.

Всесвітня федерація музикотерапії (WFMT), зазначає, що музика та її складові застосовуються як інструмент втручання в освітньому та соціальному контекстах для підтримки окремих осіб, груп, родин для покращення якості життя та зміцнити фізичне, соціальне, комунікативне, емоційне, когнітивне й духовне здоров'я.

Американська асоціація музичної терапії (АМТА) визначає музикотерапію як клінічно обґрунтоване застосування музичних методів у межах професійної терапевтичної взаємодії, спрямованої на досягнення індивідуальних цілей під керівництвом фахівця. Асоціація підкреслює, що музикотерапія є визнаною галуззю охорони здоров'я, у межах якої музика використовується для задоволення фізичних, емоційних, когнітивних та соціальних потреб конкретної особи [24].

В основу діяльності Інститутів музичної терапії 15 зарубіжних країнах, у тому числі – Англії, Франції, Німеччини, Австрії, США та інших покладено сучасні науково-практичні підходи до використання музичної терапії як засобу корекції та розвитку. Безперечно, ХХІ століття має дати могутній поштовх і нашій країні для застосування музичної терапії у медицині, психіатрії, і особливо у роботі з дітьми з РАС.

С. Ковальова розглядає музичну терапію як процес міжособистісної взаємодії, коли терапевт застосовує музичне мистецтво для гармонізації фізичного, емоційного, когнітивного, духовного розвитку особистості з метою її оздоровлення. Музична терапія розглядається як інтегративний ресурс розвитку особистості, що сприяє формуванню емоційного інтелекту та критичного мислення – ключових складових компетентностей людини ХХІ століття. Під час занять відбувається залучення до музичної діяльності з терапевтичною метою, це може бути імпровізація, вокальна або

інструментальна творчість, яка стимулює емоційне самовираження. Рецептивна музична терапія базується на сприйманні музики як засобі психоемоційного впливу. Вона включає кілька підходів:

- комунікативний, який полягає в колективному прослуховуванні музики для формування довіри, емоційного контакту та взаєморозуміння;
- реактивний, що має на меті досягнення емоційного очищення;
- регулятивний, який використовується для зниження психічного напруження та стабілізації емоційного стану.

У своїй праці J. Alvin “Music Therapy for the Autistic Child” обґрунтовує використання імпровізаційної музики як одного з провідних засобів встановлення комунікативного зв’язку та формування емоційного контакту між терапевтом і дитиною з аутизмом. Автор вважає, що музика не лікує аутизм, але може допомогти дітям з аутизмом подолати труднощі у взаємодії. Основний метод полягає в тому, що музичний терапевт створює музичне середовище, яке сприяє самовираженню дитини. Важливим елементом є імпровізація, спостереження за реакціями дитини та підлаштування музики відповідно до її стану. Це допомагає налагодити довіру та стимулювати розвиток комунікативних навичок. Алвін наголошує, що музика допомагає дітям з аутизмом виражати свої почуття, сприйняття світу та покращувати моторну координацію. Використання різних інструментів і голосу, дає можливість кожній дитині знайти комфортний спосіб взаємодії. Музична терапія поєднує вплив музики з іншими видами мистецтва: це малювання під музику, сценки, творче самовираження після прослуховування музичних творів. Такий підхід розширює можливості емоційної корекції та розвитку дітей [1].

У процесі аналізу нами наукових робіт які присвячені впливу музичної терапії при РАС, можна вважати, що музична терапія є ефективним засобом розвитку соціальної взаємодії. Емпірично доведено позитивний вплив



музичної терапії на розвиток комунікативно-соціальних навичок осіб з РАС [28].

М. Geretsegger, С. Elefant, К. А. Móssler, С. Gold відзначають позитивні зміни у процесі використання музичної терапії під час корекційно-розвиткової роботи з дітьми з РАС, покращуються навички соціальної взаємодії, невербальної та вербальної комунікації, а також покращуються відносини між дитиною і її батьками.

У багатьох країнах світу музична терапія активно використовується у корекційно-розвитковій роботі з дітьми з РАС як ефективний компонент психокорекційної та реабілітаційної підтримки дітей з аутизмом. Цей підхід базується на здатності музики впливати на емоційний стан, поведінку, комунікативні та соціальні навички дітей.

Італійські дослідники М. Calleja-Bautista, Р. Sanz-Cervera та R. Tárraga-Mínguez досліджували вплив музичної терапії під час корекційно-розвиткової роботи на дітей з РАС. Дослідження були спрямовані на покращення поведінки, покращення взаємодії, покращення соціальних навичок [31].

В Італії існують успішні приклади застосування музичної терапії для дітей з РАС. Один із таких прикладів – проєкт "Orchestra Invisibile", заснований у 2005 році в Кашина Россаго (провінція Павія). Цей музичний колектив був створений у рамках першої в Італії фермерської спільноти, спеціально організованої для людей з аутизмом. Мета колективу була, дослідити, як спільне музичне виконання впливає на соціальні та комунікативні навички осіб з аутизмом. Учасники оркестру проходили оцінювання за шкалою поведінки при аутизмі (АВС) до початку занять і через рік після регулярних репетицій. Після 52 сесій було зафіксовано значне покращення соціальної взаємодії та зниження рівня аутичної поведінки. Проєкт супроводжувався дослідниками, зокрема П'єрлуїджі Політі та Лаурою Фусар-Полі, які розробили інструмент оцінювання "Playing-in-Touch" для вимірювання музичної взаємодії у людей з низькофункціональним аутизмом.

Цей проєкт показав, як музична терапія може бути ефективним засобом розвитку соціальних та комунікативних навичок у дітей з РАС. [29].

Музична терапія активно впроваджується в шкільну практику для дітей з РАС. Цей підхід є частиною загальнонаціональної стратегії інклюзивної освіти, яка підтримується Міністерством освіти Італії та реалізується через різноманітні освітні ініціативи та проєкти. Італія бере участь у міжнародному дослідницькому проєкті TIME-A, який вивчає ефективність імпровізаційної музичної терапії для дітей з РАС. Це дослідження спрямоване на оцінку впливу музичної терапії на соціальні навички та взаємодію дітей з аутизмом.

Наукові роботи Дж. Алвін, Е. Уорик, Т. Скрипник, В. Тарасун, Г. Хворової, присвячені аутизму, наголошують на одній особливості, властивій всім дітям з аутизмом, а саме – їхній сприйнятливості до музики. Музика впливає на настрій і поведінку: вона може як активізувати дитину, викликаючи бурхливу діяльність, так і сприяти зниженню активності. Надмірне пригнічення може мати негативні наслідки: дитина може замикатися в собі, виявляти аутостимулюючу поведінку (розгойдування, вокалізації). Реакції дітей з аутизмом на музику можуть бути непередбачуваними через особливості їх емоційної сфери [15].

На сьогодні музична терапія отримала розповсюдження в усьому світі і вже з середини ХХст. розвивається як окрема індустрія. Швидкому її поширенню сприяє системна криза медичної допомоги, загальний негативний соціальний фон. Кабінети й центри музичної терапії, підготовка професійних музикотерапевтів, виробництво спеціальних музичних програм стали за кордоном звичною справою. Більш ніж сотня навчальних закладів здійснюють підготовку професійних музикотерапевтів. Однак в Україні, музична терапія як дисципліна офіційно не визнана, не існує й системи підготовки професійних кадрів у цій галузі, хоч потреба в них очевидна. Більшість музикантів, психологів, педагогів, лікарів у різних регіонах самотійно намагаються її практикувати. У Києві музичну терапію застосовують як лікувальний метод в

Інституті нетрадиційної медицини, Інституті геронтології, Центрі реабілітації ім. О. Богомольця й у приватній лікувальній практиці. Навчальний курс музичної терапії впроваджено в Національній музичній академії України, Національному педагогічному університеті ім. М. Драгоманова [16, с. 10].

Різнобічний вплив музичної терапії робить її одним із перспективних сучасних методів профілактики порушення нервової системи, в тому числі і дітей з РАС. В Україні музична терапія набуває все більшого поширення і застосовується як частина комплексної корекційної підтримки у межах інклюзивної освіти, корекційно-розвиткових занять, в спеціалізованих садочках, інклюзивних класах і приватних центрах розвитку. Значний внесок у дослідження та впровадження музичної терапії в Україні зробили такі науковці, як Г.Б. Соколова, Т.В. Парфьонова, а також фахівці центрів раннього втручання та корекційно-реабілітаційних установ. Музична терапія впроваджена у склад комплексних корекційно-розвиткових програм, зокрема програми «Розквіт»; використання спеціальних вправ для розвитку ритмічних, моторних і емоційних навичок у дітей під час корекційно-розвиткової роботи [26].

В спеціалізованих закладів освіти, школах, приватних закладах освіти активно впроваджуються заняття з музичної терапії, які допомагають знижувати рівень тривожності, покращувати соціальну взаємодію дітей з РАС та сприяють підвищенню якості життя. Перед фахівцем який починає працювати з дитиною з РАС, виникає багато труднощів. Підбір музичних творів для занять може бути різний для кожної дитини, музичний терапевт буде програму відповідно до рівня дітей та функціональних можливостей. Кількість годин та навантаження визначають відповідно від індивідуальних можливостей дитини з РАС.

На індивідуальних заняттях відбувається встановлення та закріплення контакту між дитиною з аутизмом і педагогом. З часом такий контакт переходить у категорію довірливого [23].

Щоб створити корекційно-розвиткові заняття з музичної терапії для дітей з РАС важливо застосовувати різні форми музичної терапії: гра на дитячих музичних інструментах і спів, рецептивне сприймання музики та поєднання рецептивного сприймання музики з іншими видами творчої музичної діяльності. Р. Призванська, Д. Шульженко пропонують для занять добирати мелодії народних танців, які звучать у записі або виконуються на фортепіано. Танці слід вибирати такі, що стимулюють дітей, але не збуджують занадто сильно та мають прийнятний темп та ритм у дві восьмих і одну четвертну ноти. На початку діти вчаться зупинятися і замовкати, коли припиняється музика, і починати рух знову, коли музика знову зазвучить [19].

На початку організації індивідуальних занять проводять діагностичне обстеження, в процесі якого виявляють особливості розвитку дитини, а також планують конкретні форми роботи. Виявивши індивідуальні особливості дитини, можна розпочинати корекційно-розвиткові заняття. У роботі з дітьми з РАС головним завданням фахівців є вирішення проблем, що зумовлені тріадою аутистичних порушень: проблеми у встановленні соціальної взаємодії, спілкування та комунікативності, порушенні уяви та соціальної практики, що часто супроводжується стереотипіями. Тому корекційно-розвиткові заняття можна починати з простої вібрації. Для дитини з РАС звук більш зрозумілий, якщо дитина може бачити джерело цього звуку і рух, який його викликає. Коли дитина сама грає на якомусь інструменті – це дає змогу значно розвинути перцептивні і рухові взаємовідносини, що приведе також і до кращих результатів [16].

Зарубіжний і вітчизняний досвід підтверджують, що музична терапія є ефективним інструментом у корекційно-розвитковій роботі, який сприяє гармонійному розвитку дітей з аутизмом. Її емоційна насиченість і здатність працювати навіть тоді, коли вербальні засоби є обмеженими, роблять музику потужним засобом у допомозі для дітей з РАС.

Після аналізу зарубіжних і вітчизняних підходів до музичної терапії для дітей з РАС, можна виокремити конкретні ресурси, які забезпечують вплив на соціальну взаємодію, комунікацію та емоційний розвиток, і які відрізняються від інших корекційних методів тим, що працюють через музичний код – ритм, мелодію, інтонацію, рух та сенсорну стимуляцію у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

**Перелік основних ресурсів музичної терапії та механізм їх дії**

| <b>Ресурс музичної терапії</b>                               | <b>Механізм впливу</b>                                                                 | <b>Унікальність від інших методів</b>                                                           |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ритмічна синхронізація                                       | Через зовнішній ритм координує рухи, мовлення та увагу, допомагає регулювати збудження | Інструментальний контроль темпу, недоступний вербальним або когнітивним методам                 |
| Інтерактивна музична взаємодія (call–response, імпровізація) | Формує навички чергування, контакт, спільну увагу                                      | Миттєвий зворотний зв'язок, одночасно емоційний та когнітивний ефект                            |
| Мелодико-просодична стимуляція (спів, інтонація)             | Підсилює артикуляцію та інтонаційну виразність                                         | Мелодійна структура робить мовлення передбачуваним, що важко досягти лише словесними вправами   |
| Структуровані пісні-рутини                                   | Автоматизує соціальні дії, формує ритуали, допомагає саморегуляції                     | Пісенна форма полегшує засвоєння соціальних сценаріїв, забезпечує передбачуваність              |
| Музико-рухові вправи                                         | Поєднання слухового та моторного стимулу покращує координацію та невербальну взаємодію | Мультисенсорний ефект, одночасний розвиток рухових та соціальних навичок                        |
| Темброва/вокальна сенсорна модуляція                         | Регулює сенсорне збудження, знижує тривожність                                         | Вплив через тембр та вібрацію, чого немає у традиційних підходах                                |
| Рецептивні методи (прослуховування структурованих треків)    | Заспокоюють, регулюють збудження, розвивають увагу                                     | Контроль стану дитини без вербальної участі, що відрізняє їх від ігрових чи когнітивних методів |
| Емоційна експресія через музику                              | Дозволяє розпізнавати та регулювати емоції                                             | Невербальний, швидкий шлях до емоційної корекції                                                |
| Мотивація через музичне підкріплення                         | Підвищує активність та залученість у заняття                                           | Музика як позитивне підкріплення ефективніше, ніж словесні винагороди                           |

Для формування соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС у даному дослідженні нами були обрані такі засоби та методи для формування соціальної взаємодії у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

**Музикотерапевтичні засоби та методи для формування соціальної взаємодії**

| № | Етапи формування соціальної взаємодії                   | Групи підходів і методів                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Формування базового почуття безпеки і довіри            | <b>Рецептивні</b> (пасивні):<br>Колективне прослуховування музики<br>Музика для нормалізації/стабілізації емоційного стану і зниження напруги.<br>Прослуховування у поєднанні з малюванням                                                                                                                               |
| 2 | Реакція на активність інших людей<br>Емоційна відповідь | <b>Активні:</b><br>Вібрація звуку як перший стимул для встановлення контакту.<br>Підлаштовування музики під емоційний стан дитини<br>Імпровізація на інструменті, який зацікавив дитину<br>Вправи для розвитку ритму, моторики та емоційної регуляції (ритмічні вправи з простими структурами (дві восьмі + четвертна)). |
| 3 | Прояви власної активності<br>Орієнтир на інших людей    | <b>Інструментальні:</b><br>Гра на дитячих інструментах (ударні, прості мелодії)<br>Вібраційні інструменти для тактильного сприйняття                                                                                                                                                                                     |
| 4 | Невербальна комунікація                                 | <b>Інтерактивні та ігрові:</b><br>Музичні ігри для розвитку емоцій та взаємодії<br>Метод «Body Percussion»<br>Ігри на соціальну взаємодію                                                                                                                                                                                |
| 5 | Взаємодія з іншими людьми (дорослими і однолітками)     | <b>Арт-терапевтичні</b><br>Спільне музикування терапевта і дитини, дитини з РАС та однолітками<br>Творче самовираження після прослуховування                                                                                                                                                                             |

Рецептивні (пасивні) засоби підготовлюють дитину до активної взаємодії під час прослуховування коротких заспокійливих мелодій перед іграми та вправами. Це допомагає знизити тривожність та збільшує тривалість концентрації уваги. Початкові сенсорні методи використовуються на початку для взаємодії та залучення процесу.

Корекційно-ритмічні методи покращують координацію, моторну дисципліну, саморегуляцію. Прості ритмічні вправи під музику з заданим ритмом, дозволяють дитині з РАС утримувати темп у групі.

Активні засоби формують соціальні навички, навички чергування, увагу, координацію рухів. Це основний ресурс для розвитку соціальної взаємодії. Використовується спільне музикування у парі, рухи під музику.

Інструментальні засоби розвивають моторику, координацію та невербальну взаємодію. Використовуючи ударні вправи в ритм та прості мелодії для копіювання, сприяють точності відтворення ритму.

Арт-терапевтичні методи підсилюють емоційне самовираження, креативність під час малювання настрою під прослуховування музики.

Інтерактивні та ігрові методи розвивають здатність до взаємодії та комунікації. Під час ігор на повторення ритму, спільне створення музики.

## **Висновки до першого розділу**

За результатами теоретичного аналізу встановлено, що проблема соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС є однією з ключових у контексті для адаптації, навчання та інтеграції в суспільство. Соціальна взаємодія – це складний процес, що включає обмін інформацією, емоціями, спільну діяльність в соціальному середовищі.

Дослідження показують, що саме молодший шкільний вік дітей з РАС є важливим періодом для формування навичок соціальної взаємодії, бо саме в цей час дитина потрапляє в школу – де потрібно бути самостійним, взаємодіяти, співпрацювати з однолітками та дорослими. У дітей молодшого шкільного віку з РАС на цьому етапі виявляються труднощі у встановленні взаємодії з учителем, небажання або невміння взаємодіяти з однолітками, нездатність дотримуватися правил. Такі труднощі ускладнюють освітній процес дітей молодшого шкільного віку з РАС, призводять до ізоляції дитини, формування поведінкових проблем, зниження мотивації до навчання.

Визначено основні підходи до формування соціальної взаємодії у дітей з РАС. А саме: соціальні історії, використання візуальної підтримки рольові ігри та інші. Важливою є залучення до корекційно-розвиткової роботи засобами музичної терапії, яка сприяє розвитку емоційного реагування, уяви, спільної діяльності. Методи повинні добиратися індивідуально з урахуванням рівня розвитку дитини з РАС, її мовленнєвих і когнітивних можливостей.

Здійснено теоретичне обґрунтування питання щодо формування соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС, а саме – важливість правильного добору психолого-педагогічних підходів, створення сприятливого середовища для навчання і розвитку цих дітей.

За українськими і зарубіжними методичними розробками узагальнено ресурси музичної терапії, а також визначено важливі складники послідовного розвитку соціальної взаємодії учнів з аутизмом. Аналіз наявних ресурсів музичної терапії та виокремлені нами етапи соціального розвитку дали змогу підібрати певні підходи і методи музичної терапії для підвищення здатності до соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС, що знайшло відображення у таблиці «Музикотерапевтичні засоби та методи для формування соціальної взаємодії».



## РОЗДІЛ 2

### Дослідження особливостей соціальної взаємодії у дітей із аутизмом молодшого шкільного віку

#### 2.1 Зміст та алгоритм дослідження стану сформованості навичок соціальної взаємодії у дітей з аутизмом молодшого шкільного віку

На сьогодні напрацьовано багато засобів, підходів в контексті музичної терапії. Наявність численних методик і тестів для вивчення стану розвитку соціальних навичок, соціальних властивостей дитини серед них є такі відомі які фахівець може застосувати для дітей з РАС, подано у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

#### Діагностичні методики оцінки соціальної взаємодії

| Методика                                      | Тип оцінки                             | Вікова категорія                          | Тривалість  | Що оцінює                                               |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|
| SRS-2 (Social Responsiveness Scale)           | Опитувальник (батьки/вчителі)          | 2 роки – дорослі                          | 15–20 хв    | Соціальна комунікація, взаємодія, повторювані прояви    |
| SCQ (Social Communication Questionnaire)      | Опитувальник для батьків               | 4+ років                                  | ~10 хв      | Соціальна взаємодія, комунікація, скринінг РАС          |
| Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)      | Інтерв'ю/анкета                        | 0–90 років                                | 30–60 хв    | Адаптивна поведінка, соціальні навички, комунікація     |
| CARS (Childhood Autism Rating Scale)          | Оцінка через спостереження та інтерв'ю | 2+ років                                  | 20–30 хв    | Соціальна взаємодія, поведінка                          |
| ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) | Стандартизоване інтерв'ю з батьками    | Діти, підлітки, дорослі з підозрою на РАС | 1,5–2,5 год | Соціальна взаємодія, комунікація, стереотипна поведінка |

|                                                             |                                  |                                        |             |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|
| ADOS-2<br>(Autism<br>Diagnostic<br>Observation<br>Schedule) | Стандартизоване<br>спостереження | 12 міс. –<br>дорослі<br>(5<br>модулів) | 40–60<br>хв | Соціальна<br>взаємодія,<br>комунікація,<br>ігрова поведінка |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|

На основі теоретичного аналізу наукових джерел нами визначено, що формування соціальної взаємодії у дітей з РАС є важливим аспектом їхньої адаптації в суспільстві. Використання різних підходів та методик дозволяє розвивати навички соціальної взаємодії, сприяє інтеграції дітей у соціальне середовище. Зокрема, О. Романчук, А. Кравцова, Г. Кукуруза та інші науковці відзначають, що діти із РАС є складними партнерами у взаємодії через недостатньо зчитувані соціальні сигнали та нетипові реакції у відповідь на втручання дорослого [17].

В своїй роботі ми вирішили зупинитися на таких методах діагностики як:

1. CARS – 2 (Childhood Autism Rating Scale) – шкала оцінювання проявів аутизму, визначає ступінь вираженості симптомів і диференціювати аутизм від інших порушень розвитку. Так як, CARS – 2 охоплює основні і ключові сфери, які пов'язані саме з соціальною взаємодією, ми можемо отримати результати про розвиток дитини саме в цій сфері і порівняти результати розвитку соціальної взаємодії у динаміці, це є важливим для оцінювання ефективності корекційної роботи для дітей молодшого шкільного віку з РАС.

2. Нами було розроблено бланк наукового спостереження з опорою на методику CARS – 2. В ньому покладено ключові структурні елементи соціальної взаємодії, характерні для дітей РАС. Обрані 10 одиниць спостереження які узгоджуються зі шкалами CARS – 2. Також будуть фіксуватися індивідуальні поведінкові прояви дитини з РАС, взаємодія з однолітками, ми зможемо відслідкувати динаміку розвитку соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС у процесі музичної терапії.

Поєднавши результати CARS – 2 та бланку наукового спостереження дозволить отримати більш точний результат, щодо рівня розвитку соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС.

Інструменти дослідження були підібрані з урахуванням вимог:

1. Відповідність обраного інструментарію віковим особливостям дітей молодшого шкільного віку з РАС;
2. Відповідність обраного інструментарію встановленим діагностичним критеріям, що використовуються для обстеження дітей з РАС;
3. Можливість дослідити та проаналізувати рівень сформованості навичок соціальної взаємодії у дітей з РАС молодшого шкільного віку.

З урахуванням вищенаведених вимог було визначено основні методи дослідження:

1. Емпіричні методи: структуроване спостереження.
2. Методи статистичної обробки даних: групування, кореляційний аналіз, t-статистика.

Тому метою констатувального експерименту постало визначення рівня сформованості навичок соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС.

Відповідно до мети дослідження сформульовано такі завдання дослідження:

1. Обґрунтувати вибір методики CARS – 2 та аркуша спостереження за проявами соціальної взаємодії у дітей з РАС.
2. Провести констатувальне дослідження рівня сформованості навичок соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС.
3. Здійснити кількісний та якісний аналіз результатів за шкалами CARS – 2 та аркуша спостереження за проявами соціальної взаємодії у дітей з РАС.

Експериментальною базою проведення дослідження стали учні молодшого шкільного віку з РАС з загальною кількістю учасників 8 осіб,

Комунальної установи Сумського навчально-виховного комплексу №16 імені Олексія Братушки “Загальноосвітня школа I-III ст. – дошкільний навчальний заклад”.

Важливим кроком початкової діагностики є спостереження за дитиною, його проведення не вимагає додаткових засобів. В основу бланку наукового спостереження (Додаток А) покладено ключові структурні елементи соціальної взаємодії, а також теоретичними положеннями щодо формування соціальної компетентності (О. Романчук, А. Кравцова, Г. Кукуруза). Вони охоплюють здатність дитини реагувати на соціальні стимули, ініціювати та підтримувати контакт, брати участь у колективній діяльності.

**Бланк наукового спостереження за проявами соціальної взаємодії дітей молодшого віку з РАС.** Складається з трьох груп одиниць спостереження: **реакція на активність інших людей, прояви власної активності, орієнтир на інших людей.** У графі від 1 до 8 фіксується кількість разів які дитина зреагувала (відповіла, звернула увагу). Спостереження проводиться з метою оцінити соціальну взаємодію дитини, її здатність включатися у спільну діяльність, ініціювати та підтримувати контакт з іншими. У коментарях можна зазначається, за яких умов реакція відбулася (настрій дитини).

На наш погляд, структуроване спостереження із застосуванням діагностичних інструментів забезпечують комплексне уявлення про рівень і характер соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку РАС. Такий підхід дозволяє не лише зафіксувати наявність або відсутність окремих соціальних дій, а й простежити особливості перебігу взаємодії в конкретному соціальному контексті.

### **Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS)**

Результати шкали CARS – 2, на початку та після формувального експерименту дозволять нам виявити динаміку розвитку соціальної взаємодії під впливом музичної терапії.

Використання CARS – 2 дозволить: (Додаток Б)

1. Зосередитися на соціальному компоненті аутичної симптоматики;
2. Кількісно оцінити рівень сформованості навичок соціальної взаємодії;
3. Виявити зони розвитку та сформулювати індивідуальні цілі для корекційно-розвиткової роботи через музичну терапію.

Оцінювання проводиться в процесі спостереження за дитиною. Для кожного критерію ставиться бал:

- 1 бал – навичка сформована;
- 1.5 та 2 бали – частково сформована;
- 3 бали – виражені труднощі;
- 4 бали – повна відсутність;

Якщо при спостереженні поведінка дитини знаходиться посередині між двома описами, використовуються проміжні бали: 1.5, 2.5 або 3.5. Таким чином, запропонований підхід дає змогу оцінити специфіку соціальної взаємодії у дітей з аутизмом молодшого шкільного віку з РАС.

Дослідження стану сформованості навичок соціальної взаємодії дітей молодшого віку з РАС проводилася під час занять фізичної культури, групи продовженого дня протягом 2,5 місяці двічі на тиждень. Спостереження проводилися у природних умовах, що дозволяло зафіксувати реальні зміни у соціальній поведінці.

## **2.2 Аналіз отриманих даних та розробка плану втручання**

З метою вивчення впливу стану сформованості соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС ми вивчали індивідуальні особливості кожної дитини в експериментальній групі до початку впливу музичної терапії. Нами було проведено наукове спостереження з метою оцінки соціальної взаємодії кожної дитини молодшого шкільного віку з РАС до початку втручання музичної терапії, кожна дитина брала участь у 8

спробах, де оцінювались прояви соціальної взаємодії, представлено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

**Ступінь проявів соціальної взаємодії дітей молодшого віку з РАС  
за методом наукового спостереження**

| Групи<br>одиниць<br>спостереження       | Одиниця<br>спостереження                                               | Дитина |   |   |   |   |   |   |   | Коментарі |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
|                                         |                                                                        | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |           |
| Реакція на<br>активність<br>інших людей | 1. Відгукується на звертання по імені, коли гукає дорослий, або дитина | 6      | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 |           |
|                                         | 2. Реагує на запрошення дітей до спільної гри або діяльності           | 5      | 5 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 |           |
|                                         | 3. Толерантно реагує на ініціативу інших дітей                         | 5      | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 |           |
| Прояви власної<br>активності            | 4. Виявляє власну ініціативу у взаємодії                               | 4      | 3 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |           |
|                                         | 5. Висловлює прохання                                                  | 4      | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |           |
|                                         | 6. Використовує форми вітання (жест, слово, усмішка)                   | 6      | 5 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |           |
|                                         | 7. Використовує форми прощання                                         | 6      | 5 | 4 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 |           |
| Орієнтир на<br>інших людей              | 8. Долучається до колективної активності                               | 6      | 4 | 3 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 |           |
|                                         | 9. Виконує дії по черзі з іншими дітьми                                | 4      | 3 | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 |           |
|                                         | 10. Підлаштовується до дій інших дітей у групі                         | 5      | 5 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |           |

Середній показник прояву соціальної взаємодії за основними параметрами по групі та кожній дитині представлено у табл. 2.5.

Вона демонструє результати наукового спостереження за рівнем сформованості соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС ми

можемо побачити середній показник по кожному параметру і середній показник по кожній групі параметрів.

Таблиця 2.5

**Середній показник прояву соціальної взаємодії за основними параметрами по групі та кожній дитині**

|                                   | Показник                                       | Дитина 1 | Дитина 2 | Дитина 3 | Дитина 4 | Дитина 5 | Дитина 6 | Дитина 7 | Дитина 8 | Середній показник по параметру | Середній показник по групі параметрів |
|-----------------------------------|------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Реакція на активність інших людей | 1. Відгукується на звертання по імені          | 75       | 50       | 62,5     | 50       | 12,5     | 25       | 0        | 12,5     | 35,9                           | 34,4                                  |
|                                   | 2. Реагує на запрошення до гри або діяльності  | 62,5     | 62,5     | 37,5     | 37,5     | 25       | 12,5     | 25       | 0        | 32,8                           |                                       |
|                                   | 3. Толерантно реагує на ініціативу інших дітей | 62,5     | 50       | 62,5     | 50       | 12,5     | 25       | 0        | 12,5     | 34,4                           |                                       |
| Прояви власної активності         | 4. Виявляє власну ініціативу у взаємодії       | 50       | 37,5     | 50       | 37,5     | 12,5     | 0        | 12,5     | 0        | 25,0                           | 29,3                                  |
|                                   | 5. Висловлює прохання                          | 50       | 50       | 50       | 37,5     | 25       | 12,5     | 12,5     | 12,5     | 31,3                           |                                       |
|                                   | 6. Використовує форми вітання                  | 75       | 62,5     | 50       | 37,5     | 12,5     | 0        | 12,5     | 0        | 31,3                           |                                       |
|                                   | 7. Використовує форми прощання                 | 75       | 50       | 37,5     | 50       | 0        | 12,5     | 12,5     | 0        | 29,7                           |                                       |
| Орієнтир на інших людей           | 8. Долучається до колективної активності       | 75       | 50       | 37,5     | 62,5     | 25       | 12,5     | 12,5     | 12,5     | 35,9                           | 32,8                                  |
|                                   | 9. Виконує дії по черзі                        | 50       | 37,5     | 62,5     | 50       | 12,5     | 12,5     | 12,5     | 0        | 29,7                           |                                       |
|                                   | 10. Підлаштовується до дій інших дітей         | 62,5     | 62,5     | 37,5     | 50       | 12,5     | 12,5     | 12,5     | 12,5     | 32,8                           |                                       |

За результатами бланку наукового спостереження встановлено, що показники соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС залишаються на низькому рівні. Найвищі результати продемонстровано у групі **«Реакція на активність інших людей» (34,4%, 3 дитини)**, що свідчить про відносно кращу здатність дітей відповідати на соціальні стимули, зокрема на звертання по імені чи запрошення до спільної діяльності, гри.

Група **«Орієнтир на інших людей» (32,8%, 3 дитини)**. Діти частково долучалися до колективної активності, підлаштовувалися під дії інших, але виконання дій по черзі викликало найбільші труднощі.

Найнижчі результати зафіксовано у групі **«Прояви власної активності» (29,3%, 2 дитини)**, де діти демонструють значні труднощі у виявленні ініціативи, використанні форм вітання та прощання, а також у

самостійному встановленні контакту. Це підтверджує на недостатню розвиненість комунікативної ініціативи.



**Рис. 2.1. Аналіз за бланком наукового спостереження по групах (до втручання)**

Згідно з результатами застосування шкали оцінки соціальної взаємодії CARS – 2 (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition), за підсумками проведеного дослідження було заповнено протокол оцінювання рівня сформованості навичок у дітей. На основі отриманих даних узагальнено кількість дітей за кожною шкалою, що представлено у табл. 2.6.

*Таблиця 2.6*

**Ступінь проявів соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС за шкалою CARS – 2 (до втручання)**

| № дитини | Взаємодія з людьми | Емоційна відповідь | Вербальна комунікація | Невербальна комунікація | Адаптація до змін | Рівень спільної діяльності | Середній бал по кожній дитині |
|----------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Дитина 1 | 3,0                | 2,5                | 3,0                   | 3,5                     | 2,5               | 3,0                        | 2,92                          |
| Дитина 2 | 2,5                | 3,0                | 2,5                   | 3,0                     | 3,0               | 2,5                        | 2,75                          |



|          |      |      |      |      |      |      |      |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Дитина 3 | 3,5  | 3,0  | 3,0  | 3,5  | 3,0  | 3,5  | 3,25 |
| Дитина 4 | 2,0  | 2,5  | 2,0  | 2,5  | 2,5  | 2,0  | 2,25 |
| Дитина 5 | 3,0  | 2,5  | 3,0  | 3,0  | 3,0  | 3,0  | 2,92 |
| Дитина 6 | 2,5  | 2,0  | 2,5  | 2,5  | 2,0  | 2,5  | 2,33 |
| Дитина 7 | 3,5  | 3,5  | 3,0  | 3,5  | 3,5  | 3,0  | 3,33 |
| Дитина 8 | 2,5  | 2,5  | 2,5  | 2,5  | 2,5  | 2,5  | 2,50 |
| Середнє  | 2,81 | 2,69 | 2,69 | 3,00 | 2,75 | 2,75 |      |

Ми можемо побачити, як візуально представлені отримані результати і заповнено протокол оцінювання за шкалою CARS – 2 (Додаток В).

За жодним параметром, обраним нами для розкриття стану соціальної взаємодії, нема найнижчих балів, так само, і найвищих балів. При цьому, наявне співпадіння за певними параметрами. Так, один з найгірших показників (у 3-х дітей – 3,5 бали) - невербальна комунікація. Співпадіння є і за шкалою вербальна комунікація (у 4-х дітей – 3 бали) і адаптація до змін – (у 3-х дітей – по 3 бали).

Згідно з отриманими даними, повністю сформованої навички взаємодії з людьми не виявлено у жодної дитини з досліджуваної групи. Діти демонстрували відсторонення від дорослого, потребували додаткового привертання уваги для налагодження контакту, не звертали уваги на дії дорослого, майже ніколи не ініціювали контакт. Не виявлено також таких показників, як стійкий зоровий контакт, прояв інтересу до інших людей.

Згідно отриманих результатів оцінки за шкалою CARS – 2 ми розрахували середній бал по шкалам для групи дітей до втручання музичної терапії ці дані дають нам змогу:

- 1) визначити початкові показники по кожній шкалі CARS – 2;
- 2) можливість визначити за якими шкалами діти потребують інтенсивнішої корекційно-розвиткової роботи;

3) підлаштовувати план занять музичної терапії під потреби дітей і визначати на чому зосередитися під час занять. Результати отриманих даних представлені на (Рис 2.2.)



**Рис 2.2. Середній ступінь вираженості аутистичних проявів у соціальній взаємодії по кожній шкалі CARS – 2 для групи дітей (до втручання)**

- 1 бал – навичка сформована;
- 1.5 та 2 бали – частково сформована;
- 3 бали – виражені труднощі;
- 4 бали – повна відсутність;

Найбільш виражені труднощі спостерігаються у шкалах: **взаємодія з людьми (2,81 бали), невербальна комунікація (3 бали)**. Це свідчить про проблеми при встановленні соціальної взаємодії, більшості дітей досліджуваної групи та в реагуванні на зміну ситуацій. У дітей зафіксовано виражені труднощі, що проявляються у нечіткому використанні невербальних засобів, недостатній здатності виражати власні потреби чи бажання жестами, а також у труднощах розуміння невербальної комунікації інших людей. Діти

використовували незвичайні жести без зрозумілого значення, не виявляють розуміння жестів та міміки інших. Це свідчить про порушення у розвитку невербальної комунікації в досліджуваній групі дітей.

У сфері мовленнєвого розвитку, проявляється наявність ехолалій, заміни займенників, вживанні незвичних слів чи звуків. Отримані результати вказують на те, що для досліджуваної групи характерний значний рівень порушення вербальної комунікації.

По шкалі **адаптація до змін (2,75 бали)**, зафіксовано частково сформовану здатність до адаптації, яка проявляється у вибіркового прийнятті змін, проте із певними труднощами. У дітей виявлено виражені труднощі: діти активно пручалися змінам, намагалися продовжити попередню діяльність, важко переключалися, демонстрували негативні реакції у відповідь на порушення звичного режиму. Отримані результати свідчать про те, що у більшості дітей характерна недостатня сформованість навички адаптації до змін, це значно ускладнює їхню гнучкість у поведінці та соціальній взаємодії.

Отримані результати за шкалою **емоційна відповідь (2,69 бали)**, та **вербальна комунікація (2,69 бали)**, свідчать про те, що у більшості дітей досліджуваної групи емоційна відповідь має значні порушення у сфері емоційного реагування так і у розвитку мовленнєвої сфери, що проявляються у невідповідності реакцій до ситуації, їх затримці, результати підтверджують недостатній рівень сформованості емоційної та мовленнєвої сфер у більшості дітей з РАС.

**Рівень спільної діяльності (2,75)**, у дітей досліджуваної групи показала, що діти долучалися до спільної діяльності після стимуляції з боку дорослого, але не підтримували її тривалий час і швидко втрачали інтерес. У більшості дітей спостерігалися виражені труднощі, що проявлялися у відмові від участі, небажанні взаємодіяти, швидкому відході від спільної діяльності, а також у відсутності ініціативи.

За підрахунками всіх шкал ми можемо розподілити їх у порядку від найбільш сформованих шкал до найбільш з вираженими труднощами подано у табл.2.7.

*Таблиця 2.7*

**Розподіл шкал оцінювання соціальної взаємодії за результатами оцінювання по шкалі CARS – 2 від найбільш сформованої до найменш сформованої**

| <b>Шкали оцінювання</b>       | <b>Середній бал набраний дітьми по CARS-2</b> |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1. Емоційна відповідь         | 2.69                                          |
| 2. Вербальна комунікація      | 2.69                                          |
| 3. Рівень спільної діяльності | 2.75                                          |
| 4. Адаптація до змін          | 2.75                                          |
| 5. Взаємодія з людьми         | 2.81                                          |
| 6. Невербальна комунікація    | 3                                             |

Згідно отриманих розрахунків у табл. 2.7 найменше сформованими є шкали «**Невербальна комунікація** – 3 бали, «**Взаємодія з людьми**» – 2.81 бали усі діти мають виражені труднощі по даним шкалам.

Шкали «**Рівень спільної діяльності**» – 2.75 бали, «**Адаптація до змін**» – 2.75 бали, «**Емоційна відповідь**» – 2.69 бали, «**Вербальна комунікація**» – 2.69 бали є найбільш сформованими.

Результати дають змогу в подальшому планувати індивідуальні заняття для корекційно-розвиткової роботи. Аналіз емпіричних даних, отриманих у групі дітей молодшого шкільного віку з РАС, підтверджує необхідність у розробці плану втручання, для формування здатності до соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС.

## Висновки до другого розділу

У ході констатувального експерименту, проведеного з метою визначення рівня сформованості навичок соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС, було застосовано бланк наукового спостереження та шкалу CARS – 2. Отримані результати з обох методів засвідчують низький рівень розвитку основних показників соціальної взаємодії в досліджуваній групі дітей. За даними бланку наукового спостереження встановлено, що найвищі показники діти продемонстрували у сфері реакції на активність інших людей, однак ці реакції були нестійкими, залежали від зовнішніх умов і вимагали постійного стимулювання з боку дорослого. Дещо нижчими виявилися показники, пов'язані з орієнтацією на інших людей: діти лише епізодично долучалися до колективної діяльності та мали труднощі у виконанні дій по черзі. Найнижчі результати отримано у групі проявів власної активності, де діти майже не ініціювали взаємодію, інколи використовували форми вітання і прощання, а також слабо проявляли самостійні комунікативні дії.

Аналіз результатів за шкалою CARS – 2 підтвердив дані бланку наукового спостереження. У жодної дитини не було зафіксовано повністю сформованих навичок соціальної взаємодії. Найбільш виражені труднощі спостерігалися в шкалі невербальної комунікації, де діти не підтримували сталий зоровий контакт, використовували жести й міміку нечітко та несистемно і мали труднощі з розумінням невербальних сигналів інших людей. Взаємодія з людьми також характеризувалася з вираженими труднощами: діти демонстрували відстороненість, інколи відповідали на звертання, потребували додаткового привертання уваги та майже не ініціювали контакту.

Частково сформованими виявилися навички адаптації до змін, однак більшість дітей важко переключалися, негативно реагували на порушення звичної діяльності та виявляли емоційну напругу у нових ситуаціях.

Вербальна та емоційна сфери також мали характерні порушення: мовлення використовувалося недостатньо ефективно як засіб комунікації, реакції на емоційні стимули були затриманими або неадекватними, емоційна виразність залишалася зниженою. Рівень залучення до спільної діяльності був нестабільним: діти долучалися лише за ініціативою дорослого та швидко втрачали інтерес.

Узагальнюючи результати двох методів, можна стверджувати, що у дітей молодшого шкільного віку з РАС у досліджуваній групі соціальна взаємодія перебуває на недостатньому рівні сформованості. Виявлено труднощі у встановленні, підтриманні та ініціюванні соціального контакту, у використанні вербальних і невербальних засобів комунікації, у долученні до спільної діяльності та у реагуванні на соціальні зміни. Усі діти демонстрували різний ступінь вираженості соціальних порушень, проте жодна з оцінених навичок не була сформована повністю. Отримані результати дозволяють окреслити загальну картину соціальної поведінки дітей молодшого шкільного віку з РАС та визначити ключові аспекти, які потребують подальшого педагогічного впливу і корекційно-розвиткової підтримки.

### **РОЗДІЛ 3**

## **ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ДО СОЦІАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ ЗАСОБАМИ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

### **3.1 Розробка програми музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії у дітей з аутизмом**

У попередньому розділі нами були досліджені особливості соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС. За допомогою аналізу емпіричних даних, отриманих у групі дітей молодшого шкільного віку з РАС, нами виявлено недостатньо сформовану здатність до соціальної взаємодії. Результати констатувального експерименту стають основою для формувального експерименту, спрямованого на розвиток соціальної взаємодії у дітей з РАС.

Аналіз експериментальних даних, отриманих під час констатувального дослідження, засвідчив, що у дітей молодшого шкільного віку з РАС недостатньо сформована здатність до соціальної взаємодії. Виявлені труднощі охоплюють низьку ініціативність, нестійкість реакцій на соціальні стимули, порушення вербальної та невербальної комунікації, а також труднощі у включенні до спільної діяльності. Отримані результати не свідчать про необхідність застосування певного конкретного корекційного методу, а лише вказують на наявність значних порушень соціальної взаємодії, що потребують цілеспрямованої корекційно-розвиткової роботи.

У зв'язку з цим на формувальному етапі дослідження було обрано один із можливих напрямів корекційної підтримки дітей з РАС — музичну терапію, яка потенційно може сприяти розвитку соціальної взаємодії.

Саме музична терапія обрана нами як провідний метод, бо вона забезпечує:

1. Соціальну взаємодію через ритмічні вправи, спільні музичні ігри.

2. Комунікацію за допомогою вокалізації, жестів, діти можуть використовувати альтернативні засоби вираження думок.

3. Емоційну регуляцію завдяки слуханню мелодій, співу та ритмічним вправам, які допомагають знизити тривожність, виражати емоції та почуття.

4. Пізнавальні навички за допомогою повторення найпростіших ритмів, запам'ятовування пісень, це стимулює увагу, пам'ять.

Таким чином, музична терапія є ефективним інструментом розвитку ключових сфер, які забезпечують соціальну та навчальну адаптацію дітей з РАС.

Нами розроблена Програма музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС.

### **Програма музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС**

**Вікова категорія:** 7–10 років

**Тривалість:** 15 занять (35 годин)

**Форма проведення:** групові та індивідуальні заняття

**Кількість учасників у групі:** до 8 дітей

#### **Теоретико-методологічні засади програми**

Програма спрямована на розвиток соціальної взаємодії, комунікативних навичок, емоційного відгуку та здатності до співпраці у дітей молодшого шкільного віку з РАС засобами музичної терапії.

Музична терапія — це науково обґрунтований метод, який поєднує **емоційний, когнітивний і комунікативний вплив**. Залучення дитини до музики створює безпечне середовище, в якому поступово формуються довіра, контакт і здатність реагувати на дії інших.

Програма базується на принципах імпровізаційної музичної терапії, яка розглядає музику як засіб встановлення контакту, вираження емоцій і розвитку соціальної взаємодії. В її основі — концепції Дж. Алвін, П. Нордоффа і К.



Роббінс, Р. Бенензона та К. Орфа, що акцентують на активній участі дитини у процесі музикування.

- **Підхід Дж. Алвін** орієнтований на розвиток через імпровізаційну гру на інструментах, під час якої дитина виражає себе спонтанно, без тиску й оцінювання.
- **Підхід Нордофф–Роббінс** передбачає спільне музикування терапевта і дитини, яке поступово перетворюється на діалог через звуки, рухи, ритм.
- **Методика Бенензона** ґрунтується на звуковій імпровізації, що створює зв'язок між дитиною та терапевтом через «звуковий код» – особистісно значущі музичні сигнали.
- **Методика Орфа** поєднує спів, рух і гру на простих інструментах (барабани, трикутники, маракаси) як природні форми комунікації.

Науково-практичну ефективність музичної терапії для розвитку соціальної взаємодії дітей з РАС підтверджено у роботах Р. Призванської (2021), А. Гельбака (2019), С. Максимця (2025) та Дж. Алвін.

**Мета програми.** Розвиток соціальної взаємодії, комунікативних навичок, емоційного відгуку та здатності до співпраці дітей молодшого шкільного віку з РАС засобами музичної терапії.

#### **Завдання програми**

1. Формування базового почуття безпеки, довіри та позитивного емоційного стану.
2. Активізація емоційної реакції на дії інших і розвиток здатності до наслідування.
3. Стимулювання ініціативи та орієнтації на партнера у спільній діяльності.
4. Розвиток невербальної комунікації через музику, ритм і рух.
5. Формування навичок спільної взаємодії, співтворчості та колективного музикування.

## **Структура програми відповідно до етапів формування соціальної взаємодії**

На індивідуальних та групових заняттях музичної терапії основна мета полягає у поступовому формуванні соціальної взаємодії між дитиною з РАС, терапевтом і однолітками. Робота побудована відповідно до п'яти етапів формування соціальної взаємодії: від створення почуття безпеки й довіри — до спільного музикування та емоційного відгуку.

### **Етап 1. Формування базового почуття безпеки і довіри**

На початку роботи важливо створити емоційно безпечну атмосферу. Діти слухають спокійні мелодії, які стабілізують емоційний стан і знижують сенсорне перенавантаження. Прослуховування поєднується з малюванням або легкими рухами [26].

Методи: рецептивна музикотерапія, колективне прослуховування музики, поєднання з малюванням.

Завдання: створити емоційно комфортне середовище, знизити тривожність, забезпечити почуття безпеки.

Вправи:

- «Пісня-привітання» з рухами;
- «Малюємо музику» – зображення настрою після прослуховування.

Очікуваний результат: дитина приймає музику як безпечний стимул, встановлює первинний контакт із терапевтом.

### **Етап 2. Реакція на активність інших людей (емоційна відповідь)**

Діти починають реагувати на дії дорослого, відтворювати ритм, наслідувати рухи. Це формує емоційну відповідь і перший досвід спільної діяльності.

Методи: активна імпровізаційна музикотерапія (за Дж. Алвін).

Завдання: викликати емоційну відповідь на дії інших, стимулювати спільний ритмічний рух.

Вправи:

- «Повтори ритм» – дитина наслідує ритм, заданий терапевтом;
- «Музичний діалог» – обмін короткими ритмічними сигналами між терапевтом і дитиною.

Очікуваний результат: поява емоційного відгуку, готовність відповідати на дію іншого.

### **Етап 3. Прояви власної активності, орієнтація на інших людей**

На цьому етапі розвивається ініціатива та орієнтація на дії інших. Дитина вчиться не лише наслідувати, а й ініціювати взаємодію через музику.

Методи: інструментальні – гра на дитячих інструментах (ударні, вібраційні, мелодійні).

Завдання: стимулювати ініціативність, самостійне відтворення ритму, наслідування.

Вправи:

- «Барабан» – дитина створює власний ритм і передає інструмент іншому;
- «Передай мелодію» – групова взаємодія з інструментами по колу.

Очікуваний результат: зростає активність і орієнтація на дії партнера, з'являються спроби спільної гри.

### **Етап 4. Невербальна комунікація**

Діти починають спілкуватися невербально — через музику, ритм, рухи, погляд, усмішку. Формуються навички спільної уваги та співучасті.

Методи: інтерактивні та ігрові (Body Percussion, ритмічні танці, музичні ігри).

Завдання: формування спільної уваги, координації, емоційного синхрону.

Вправи:

- «Привітай друга» – під музику діти підходять, називають ім'я, вітаються;
- «Ритмічне відлуння» – повтор рухів або плесків іншої дитини.

Очікуваний результат: розвиток спільної уваги, встановлення невербальних контактів (зоровий контакт, усмішка).

### **Етап 5. Взаємодія з іншими людьми (дорослими і однолітками)**

На цьому рівні формується спільне емоційне переживання, колективна діяльність і мовленнєва комунікація.

Методи: арт-терапевтичні, вокалотерапія, спільне музикування (за Нордофф–Роббінс і Орфом).

Завдання: формувати здатність до колективної творчості, спільного емоційного переживання.

Вправи:

- «Співаємо разом» – виконання знайомої пісні з рухами;
- «Музичний театр» – створення коротких сценок або імпровізацій у парах.

Очікуваний результат: дитина бере участь у спільному виконанні, реагує на партнера, проявляє емоційний відгук і готовність до співпраці.

### **Структура заняття (30–40 хвилин)**

1. Вступ (5 хв): привітання, налаштування, спільна розминка.
2. Основна частина (25 хв): активні та інтерактивні музично-рухові вправи.
3. Завершення (5–10 хв): релаксація, слухання спокійної музики, прощальна пісня.

### **Орієнтовні музичні твори**

- Активна частина: П. Чайковський – *Марш дерев'яних солдатиків*, А. Хачатурян – *Танець із шаблями*, С. Прокоф'єв – *Марш*.
- Рецептивна/релаксаційна частина: Моцарт – *Ave Verum Corpus*, Шопен – *Ноктюрн соль-мінор*, Дебюссі – *Місячне сяйво*, Бетховен – *Колискова*.

### **Очікувані результати реалізації програми**

- зниження рівня тривожності, покращення саморегуляції;
- встановлення емоційного контакту з дорослими та дітьми;
- розвиток спільної уваги, наслідування, ритмічності;
- формування здатності до взаємодії, ініціативності та співпраці у групі

Під час групових занять основна мета – розвиток соціальної взаємодії та вміння співпрацювати. Кількість дітей у групі – 6–8 осіб. На кожному занятті використовуються **три основні форми музичної терапії**:

1. Слухання музики (рецептивна) – для зниження напруги й стабілізації емоцій;
2. Активне музикування (гра, спів) – для розвитку комунікації та ритмічності;
3. Творче самовираження (малювання, ліплення під музику) – для розвитку емоційної регуляції.

Таким чином, розроблена програма музичної терапії є обґрунтованим корекційним засобом, що має потенціал підвищити рівень соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС і може бути використана у практиці спеціальних педагогів, музичних терапевтів

### **3.2 Реалізація створеної програми та оцінка результатів проведеного дослідження**

З метою визначення ефективності розробленої музичної терапії ми провели контрольне дослідження, нами здійснено аналіз динаміки рівня сформованості соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС.

Формувальний експеримент здійснювався на базі Комунальної установи Сумського навчально-виховного комплексу №16 імені Олексія Братушки “Загальноосвітня школа І-ІІІ ст. – дошкільний навчальний заклад”. У дослідженні брали участь діти із РАС молодшого шкільного віку з РАС.

Загальна вибірка дітей становила:

- в експериментальних групах: діти молодшого шкільного віку з РАС – 8 осіб;
- у контрольних: діти молодшого шкільного віку з РАС – 8 осіб;

Формувальний експеримент тривав 2,5 місяці (11 тижнів – 22 заняття) (Додаток Е).

Оцінка ефективності соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС у результаті корекційно-розвиткової роботи засобами музичної терапії за допомогою проведення повторної діагностики. Ми провели спостереження з метою оцінити соціальну взаємодію кожної дитини молодшого шкільного віку з РАС після втручання музичної терапії, кожна дитина брала участь у 8 спробах, де оцінювались прояви соціальної взаємодії у табл.3.2

Таблиця 3.2

**Ступінь проявів соціальної взаємодії дітей молодшого віку з РАС  
за методом наукового спостереження**

| Групи<br>одиниць<br>спостереження       | Одиниця<br>спостереження                                               | Дитина |   |   |   |   |   |   |   | Коментарі |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
|                                         |                                                                        | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |           |
| Реакція на<br>активність<br>інших людей | 1. Відгукується на звертання по імені, коли гукає дорослий, або дитина | 6      | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 |           |
|                                         | 2. Реагує на запрошення дітей до спільної гри або діяльності           | 5      | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 |           |
|                                         | 3. Толерантно реагує на ініціативу інших дітей                         | 5      | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 |           |
| Прояви власної<br>активності            | 4. Виявляє власну ініціативу у взаємодії                               | 4      | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 |           |
|                                         | 5. Висловлює прохання                                                  | 4      | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |           |
|                                         | 6. Використовує форми вітання (жест, слово, усмішка)                   | 6      | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 |           |
|                                         | 7. Використовує форми прощання                                         | 6      | 4 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 |           |
| Орієнтир на<br>інших людей              | 8. Долучається до колективної активності                               | 6      | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 |           |
|                                         | 9. Виконує дії по черзі з іншими дітьми                                | 4      | 4 | 5 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 |           |
|                                         | 10. Підлаштовується до дій інших дітей у групі                         | 5      | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 |           |

Вправи добиралися згідно стану сформованості соціальної взаємодії.

Для дітей із вираженими труднощами у соціальної взаємодії:

- Пісня-привітання з рухами – педагог співає коротку мелодію: «Добрий день ім'я дитини добрий день», а діти повторюють рух (помахати рукою).
- «Передай далі» під музику – діти беруться за руки в коло і потім передають м'яч один одному.
- «барабан» – кожна дитина робить декілька ударів на барабані і передає іншому.

Для дітей із частково сформованою соціальною взаємодією:

- «Повтори ритм» – педагог плескає ритм, дитина повторює.
- «Привітай друга» – діти вчаться підходити, називати ім'я, вітатися.

Для дітей із сформованою навичкою соціальної взаємодії:

- Колективні танцювальні ігри – одна дитина робить рух, усі повторюють.
- Імпровізація на інструментах у дуєті.

Як показали результати повторного спостереження у табл. 3.3, бали після застосування музичної терапії за бланком наукового спостереження свідчать про позитивну динаміку в розвитку соціальної взаємодії.

*Таблиця 3.3*

**Середній показник прояву соціальної взаємодії за основними параметрами по групі та кожній дитині у відсотках**

| Групи одиниць спостереження | Дитина<br>Показник                    | 1  | 2    | 3    | 4  | 5    | 6  | 7  | 8  | Середній показник по параметру | Середній показник по групі параметрів |
|-----------------------------|---------------------------------------|----|------|------|----|------|----|----|----|--------------------------------|---------------------------------------|
|                             |                                       |    |      |      |    |      |    |    |    |                                |                                       |
| Реакція на активніс         | 1. Відгукується на звертання по імені | 75 | 62,5 | 62,5 | 50 | 37,5 | 25 | 25 | 25 | 45,3                           | 42,7                                  |

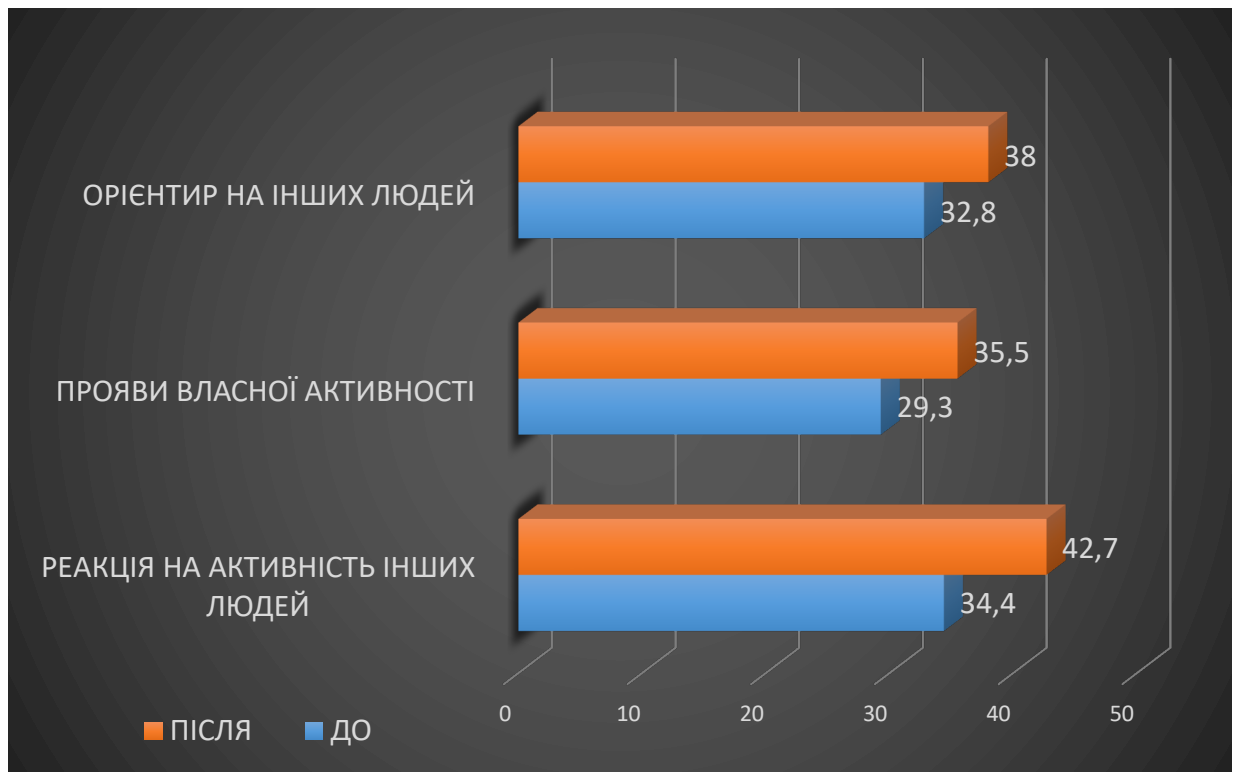
|                           |                                                              |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ть інших людей            | 2. Реагує на запрошення дітей до спільної гри або діяльності | 62,5 | 62,5 | 37,5 | 37,5 | 25   | 37,5 | 37,5 | 12,5 | 39,1 |      |
|                           | 3. Толерантно реагує на ініціативу інших дітей               | 62,5 | 62,5 | 62,5 | 50   | 37,5 | 25   | 25   | 25   | 43,8 |      |
| Прояви власної активності | 4. Виявляє власну ініціативу у взаємодії                     | 50   | 50   | 50   | 37,5 | 25   | 12,5 | 25   | 12,5 | 32,8 | 35,5 |
|                           | 5. Висловлює прохання                                        | 50   | 50   | 50   | 37,5 | 25   | 25   | 25   | 25   | 35,9 |      |
|                           | 6. Використовує форми вітання (жест, слово, усмішка)         | 75   | 62,5 | 50   | 37,5 | 25   | 12,5 | 25   | 12,5 | 37,5 |      |
|                           | 7. Використовує форми прощання                               | 75   | 50   | 37,5 | 50   | 12,5 | 25   | 25   | 12,5 | 35,9 |      |
| Орієнтир на інших людей   | 8. Долучається до колективної активності                     | 75   | 50   | 37,5 | 62,5 | 25   | 25   | 25   | 25   | 40,6 | 38,0 |
|                           | 9. Виконує дії по черзі з іншими дітьми                      | 50   | 50   | 62,5 | 50   | 12,5 | 25   | 25   | 12,5 | 35,9 |      |
|                           | 10. Підлаштовується до дій інших дітей у групі               | 62,5 | 62,5 | 37,5 | 50   | 25   | 12,5 | 25   | 25   | 37,5 |      |

Найвищі результати продемонстровано у групі **«Реакція на активність інших людей» (42,7 %, 3 дитини)**, що вказує на відносно кращу здатність дітей відповідати на соціальні стимули – зокрема, реагувати на звертання по імені та запрошення до спільної діяльності чи гри. Дещо нижчі, але також позитивні показники відзначено у групі **«Орієнтир на інших людей» (38 %, 3 дитини)**, де діти частіше долучалися до колективної активності та підлаштовувалися під дії інших учасників групи.

Найнижчі результати виявлено у групі **«Прояви власної активності» (35,5 %, 2 дитини)**. Хоча спостерігалось певне покращення – діти почали частіше використовувати форми вітання й прощання – проте вони все ще демонстрували труднощі у виявленні ініціативи та самостійного започаткування соціальної взаємодії. Це свідчить про недостатню



сформованість комунікативної ініціативи, що залишається одним із найуразливіших компонентів соціальної поведінки у дітей досліджуваної групи.



**Рис 3.2. Порівняльний аналіз ступеню проявів соціальної взаємодії дітей молодшого віку з РАС за методом наукового спостереження**

За результатами повторного спостереження у дітей молодшого шкільного віку з РАС спостерігається тенденція до підвищення рівня соціальної взаємодії Рис 3.2 .

Найкраща тенденція продемонстрована у групі **«Реакція на активність інших людей»** (42,7% – 3 дитини) проти (34,4% – 2 дитини) до терапії, що свідчить про підвищення здатності дітей відповідати на соціальні стимули, на звертання по імені чи запрошення до спільної діяльності, толерантно реагувати на ініціативу інших дітей.

В найбільш проблемній групі **«Прояви власної активності»** показник якої був (29,3% – 2 дитини) виявилося покращення до (35,5% – 3 дитини), слід зазначити, що діти стали більше проявляти ініціативу, використовувати

різні форми вітання та прощання. Діти самостійно намагалися створити соціальні ситуації.

У групі **«Орієнтир на інших людей»** рівень до втручання спостерігався на рівні **(32,8% – 2 дитини)** відбулось покращення до **(38% – 3 дитини)**. Діти долучалися до колективної активності, підлаштовувалися під дії інших, виконувати дії по черзі.

Важливо відзначити, що є суттєві відмінності які спостерігаються до впровадження музичної терапії та після, це свідчить про ефективність впровадження програми музичної терапії для дітей молодшого шкільного віку з РАС. Підвищення реакції на інших людей, прояв власної ініціативи, долучення до колективної діяльності, підлаштовування до дій інших це можна відзначити внаслідок безпосереднього спостереження під час корекційно розвиткових занять музичної терапії.

Під час перших занять ми спостерігали відмову від виконання завдань, відсутність інтересу, нерозуміння інструкції, невміння проявляти ініціативу. Однак після проведення корекційно розвиткових занять за допомогою засобів музичної терапії, прояви такої поведінки стали менш помітними. Спостерігалось підвищення пізнавального інтересу, діти були зацікавлені при виконанні завдань в колективі, проявляли різні форми власної активності. Діти взаємодіяли з музичним терапевтом, реагували на запрошення, долучалися до спільної діяльності. Налагоджена довіра і взаємодія дитини та дорослого створює передумови до спільної діяльності і покращення рівня соціальної взаємодії.

За шкалою оцінки соціальної взаємодії CARS – 2 (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition) після проведеної повторної оцінки та заповнення протоколу оцінювання визначено рівень сформованості кожної шкали після впровадження музичної терапії, показано у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

**Ступінь проявів соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС за шкалою CARS-2 після формувального експерименту**

| № дитини | Взаємодія з людьми | Емоційна відповідь | Вербальна комунікація | Невербальна комунікація | Адаптація до змін | Рівень спільної діяльності | Середній бал по кожній дитині |
|----------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Дитина 1 | 2,00               | 2,00               | 2,00                  | 2,50                    | 2,00              | 2,00                       | 2,08                          |
| Дитина 2 | 2,00               | 2,50               | 2,00                  | 2,50                    | 2,50              | 2,00                       | 2,25                          |
| Дитина 3 | 3,00               | 2,50               | 2,50                  | 3,00                    | 2,50              | 3,00                       | 2,75                          |
| Дитина 4 | 1,50               | 2,00               | 2,00                  | 2,00                    | 2,00              | 1,50                       | 1,83                          |
| Дитина 5 | 2,50               | 2,00               | 2,50                  | 2,50                    | 2,50              | 2,50                       | 2,42                          |
| Дитина 6 | 2,50               | 2,00               | 2,00                  | 2,00                    | 2,00              | 2,00                       | 2,08                          |
| Дитина 7 | 3,00               | 3,00               | 2,50                  | 3,00                    | 3,00              | 2,50                       | 2,83                          |
| Дитина 8 | 2,00               | 2,00               | 2,00                  | 2,00                    | 2,00              | 2,50                       | 2,08                          |
| Середнє  | 2,31               | 2,25               | 2,19                  | 2,44                    | 2,31              | 2,25                       |                               |

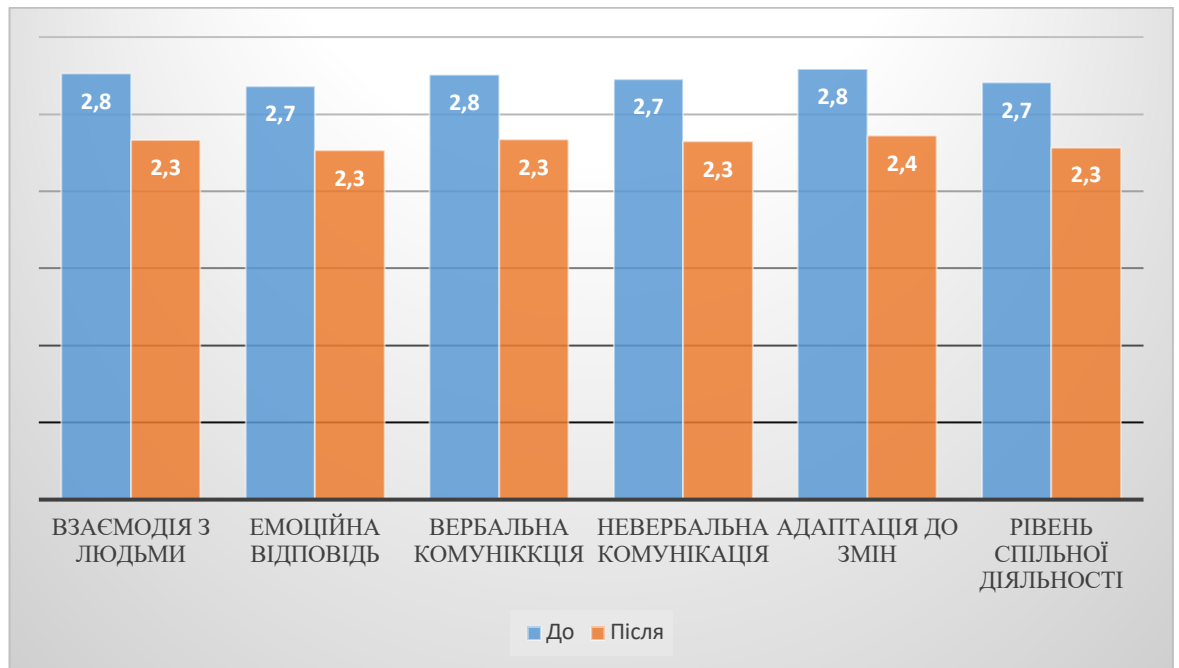
За жодним параметром, обраним нами для розкриття стану соціальної взаємодії після корекційно-розвиткових занять засобами музичної терапії нема найнижчих балів, так само, і найвищих балів. При цьому, ми бачимо співпадіння за певними параметрами. Так, один з найгірших показників (3,0 бали) – взаємодія з людьми, емоційна відповідь, невербальна комунікація, рівень спільної діяльності, адаптація до змін - виявлена у 5-х дітей.

Співпадіння є і за шкалою вербальна комунікація (у 5-х дітей - 2 бали), адаптація до змін (у 4-х дітей по 2 бали), емоційна відповідь (у 5-х дітей – 2 бали), взаємодія з людьми (2 бали у 3-х дітей), (Додаток Ж).

Повністю сформованої навички взаємодії з людьми не виявлено у жодної дитини з досліджуваної групи. Але було значне покращення, діти

краще проявляли інтерес до інших людей, покращився зоровий контакт, діти намагалися привернути увагу дорослого і частіше ініціювали контакт.

Порівняльний аналіз протоколу оцінювання до і після проведення втручання засобами музичної терапії свідчить про позитивну динаміку соціальної взаємодії дітей з РАС (Рис. 3.3).



**Рис. 3.3 Порівняльна діаграма середнього ступеню вираженості аутистичних проявів у соціальній взаємодії по кожній шкалі CARS-2 для групи дітей до та після втручання**

- 1 бал – навичка сформована;
- 1.5 та 2 бали – частково сформована;
- 3 бали – виражені труднощі;
- 4 бали – повна відсутність;

За результатами після повторної оцінки за шкалою CARS-2 ми розрахували середній бал по шкалам для групи дітей після втручання музичної терапії ці дані дають нам змогу:

- 1) визначити в яких шкалах спостерігається покращення або погіршення, тобто оцінити динаміку розвитку;
- 2) порівняти результати і оцінити ефективність проведеної корекційно-розвиткової роботи з використанням музичної терапії;
- 3) визначити яка шкала має найвищий бал і потребує подальшого втручання;

Результати свідчать про ефективність проведених корекційно-розвиткових занять з використанням засобів музичної терапії для формування навичок соціальної взаємодії.

Порівняльний аналіз за шкалою CARS-2 свідчить про позитивні зміни у формуванні соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з РАС після застосування засобів музичної терапії.

Згідно аналізу у табл. 2.6 та табл.3.4 ми підраховували кількість дітей по кожній шкалі CARS-2 і розподілили їх по ступеню сформованості навичок до та після втручання. Розподіл дітей по ступеню сформованості навичок по кожній шкалі представлено в табл. 3.5 та в табл. 3.6

*Таблиця 3.5*

**Розподіл дітей по ступеню сформованості навичок соціальної взаємодії до та після втручання**

| До %                | Взаємодія | Емоційна  | Вербальна   | Невербальна | Адаптація | Рівень              |
|---------------------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------|---------------------|
| Після %             | з людьми  | відповідь | комунікація | комунікація | до змін   | спільної діяльності |
| Сформована          | 0         | 0         | 0           | 0           | 0         | 0                   |
|                     | 0         | 0         | 0           | 0           | 0         | 0                   |
| Частково сформована | 1         | 1         | 1           | 0           | 1         | 1                   |
|                     | 4         | 5         | 5           | 3           | 4         | 4                   |
| Виражені труднощі   | 5         | 6         | 7           | 5           | 6         | 6                   |
|                     | 4         | 3         | 3           | 5           | 4         | 4                   |
| Відсутня            | 2         | 1         | 0           | 3           | 1         | 1                   |
|                     | 0         | 0         | 0           | 0           | 0         | 0                   |

Таблиця 3.6

**Розподіл дітей по ступеню сформованості навичок соціальної взаємодії до та після втручання у відсотках**

| До %                | Взаємодія з людьми | Емоційна відповідь | Вербальна комунікація | Невербальна комунікація | Адаптація до змін | Рівень спільної діяльності |
|---------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------|----------------------------|
| Після %             |                    |                    |                       |                         |                   |                            |
| Сформована          | 0                  | 0                  | 0                     | 0                       | 0                 | 0                          |
|                     | 0                  | 0                  | 0                     | 0                       | 0                 | 0                          |
| Частково сформована | 12,5               | 12,5               | 12,5                  | 0                       | 12,5              | 12,5                       |
|                     | 50                 | 62,5               | 62,5                  | 37,5                    | 50                | 50                         |
| Виражені труднощі   | 62,5               | 75                 | 87,5                  | 62,5                    | 75                | 75                         |
|                     | 50                 | 37,5               | 37,5                  | 62,5                    | 50                | 50                         |
| Відсутня            | 25                 | 12,5               | 0                     | 37,5                    | 12,5              | 12,5                       |
|                     | 0                  | 0                  | 0                     | 0                       | 0                 | 0                          |

Згідно з отриманими даними, повністю сформованої навички взаємодії з людьми не виявлено у жодної дитини з досліджуваної групи до і після втручання. Ми можемо спостерігати, що після застосування засобів музичної терапії збільшилась кількість дітей, які краще взаємодіють, висловлюють емоції.

Згідно з даних представлених у табл. 3.6 - за шкалою «Взаємодія з людьми» кількість дітей з вираженими труднощами зменшилась з (62,5% – 5 дітей) до (50% – 4 дитини). Ми можемо відмітити за шкалою «Взаємодія з людьми» після втручання музичної терапії частково сформована на (50% – 4 дитини) порівняно з (12,5% – 1 дитина) до терапії, а (25% – 2 дітей) в яких взаємодія з людьми була відсутня, відчули значні покращення.

За шкалою «Емоційна відповідь» кількість дітей у групі з частково сформованою навичкою зросла з (12,5% – 1 дитина) до (62,5% – 5 дітей), при цьому кількість дітей з чітко вираженими труднощами знизилася з (75 % – 6

дітей) до (37,5% – 3 дітей). Також відмітимо, що у однієї дитини у якої була відсутня емоційна відповідь взагалі, відмітилося незначні, але відчутні прояви показника емоційної реакції, а у (12,5% – 1 дитина) відбулись покращення.

За шкалою «**Вербальна комунікація**» кількість дітей у групі, які мали виражені труднощі зменшилася з (87,5 % – 7 дітей) до терапії, і після терапії стало (37,5 % – 3 дітей) , а частково сформована (62,5% – 5 дітей) дітей порівняно з показником у (12,5% - 1 дитина) до терапії.

За шкалою «**Невербальна комунікація**» кількість дітей у групі, частково сформованої показник зріс з (0%) до (37,5 % – 3 дітей) дітей. Діти почали частіше використовувати жести, та інші невербальних засоби під час взаємодії. Без змін залишилися показники дітей із вираженими труднощами (62,5% – 5 дітей) до та після це зумовлено тим, що покращення було, але не в усіх дітей, тому груповий показник залишився на тому самому рівні. У (37,5% – 3 дітей) дітей, де навичка була відсутня відбулись зміни у кращу сторону.

Щодо шкали «**Адаптація до змін**», то з кількість дітей з вираженими труднощами зменшилась з (75% – 6 дітей) до (50% – 4 дитини), при цьому навичка частково сформувалась у (50% – 4 дитини) порівняно з (12,5% – 1 дитина) до втручання. У (12,5% – 1 дитина) з'явилися прояви по даній шкалі, хоча до втручання вони її не демонстрували.

По шкалі «**Рівень спільної діяльності**» помітні зміни зафіксовані серед дітей з вираженими труднощами їх кількість у групі зменшилась з (75% – 6 дітей) до (50% – 4 дітей). У (12,5% – 1 дитина) з'явилися прояви по даній шкалі, хоча до втручання вона її не демонструвала. Частково сформовані у (50% – 4 дитини) проти (12,5% – 1 дитина) до терапії.

Це дає підстави стверджувати, що засоби музичної терапії позитивно впливають на здатність дітей до взаємодії та співпраці з однолітками та дорослими.

## Висновки до третього розділу

У третьому розділі магістерського дослідження було розроблено, впроваджено та досліджено ефективність Програми музичної терапії, спрямованої на формування соціальної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з РАС.

Програма базувалася на теоретико-методологічних засадах імпровізаційної музичної терапії, зокрема підходах Дж. Алвін, Нордофф–Роббінс, Р. Бенензона та К. Орфа.

Структура корекційно-розвиткової роботи була побудована відповідно до п'яти послідовних етапів формування соціальної взаємодії:

- 1) Формування базового почуття безпеки і довіри;
- 2) Реакція на активність інших людей (емоційна відповідь);
- 3) Прояви власної активності, орієнтація на інших людей;
- 4) Невербальна комунікація;
- 5) Взаємодія з іншими людьми .

Формувальний експеримент тривав 11 тижнів (22 заняття) та проводився у групі з 8 дітей молодшого шкільного віку з РАС.

Оцінка результатів проводилася за допомогою наукового спостереження та шкали CARS – 2 (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition). Порівняльний аналіз даних до та після втручання засвідчив позитивну динаміку у формуванні навичок соціальної взаємодії:

За методом наукового спостереження: спостерігалася загальна тенденція до підвищення рівня соціальної взаємодії. Найкраще покращення продемонстровано у групі «Реакція на активність інших людей» з (34,4 % до 42,7%,) що свідчить про зростання здатності дітей відповідати на соціальні стимули та звертання. Покращення зафіксовано також у групі «Прояви власної активності» з (29,3% до 35,5%), що вказує на підвищення ініціативності, використання форм вітання та спроб самостійно створювати соціальні ситуації. Рівень показника «Орієнтир на інших людей» підвищився з (32,8%



до 38%), що відображає кращу здатність долучатися до колективної активності та підлаштовуватися під дії інших.

За шкалою CARS-2: виявлено позитивні зміни у формуванні соціальної взаємодії по всіх оцінюваних шкалах. Відбулося значне зменшення кількості дітей, які мали виражені труднощі або відсутню навичку, та, відповідно, збільшення кількості дітей із частково сформованою навичкою.

Усі шкали продемонстрували позитивну динаміку зі зменшенням виражених труднощів та зростанням частково сформованих навичок у дітей експериментальної групи.

Проведене дослідження підтвердило, що розроблена програма музичної терапії є ефективним корекційно-розвитковим засобом. Застосування засобів музичної терапії позитивно впливає на здатність дітей молодшого шкільного віку з РАС до соціальної взаємодії, підвищуючи їхню ініціативність, емоційний відгук, невербальну комунікацію, рівень спільної діяльності та здатність до співпраці з однолітками та дорослими

## ВИСНОВКИ

На основі аналізу науково-педагогічної літератури встановлено, що соціальна взаємодія дітей з РАС характеризується низкою специфічних порушень: труднощами у встановленні й підтриманні зорового контакту, зниженим рівнем емоційного відгуку, недостатньо сформованою здатністю до наслідування, обмеженістю ініціативної поведінки, фрагментарністю вербальної та невербальної комунікації, а також труднощами включення у спільну діяльність. Усе це зумовлює потребу у створенні спеціальних умов та застосуванні цілеспрямованих методів підтримки, здатних активізувати соціальну сферу дитини.

Теоретичний аналіз здобутків вітчизняних і зарубіжних дослідників засвідчив, що музична терапія є дієвим засобом стимулювання емоційної, комунікативної та соціально-поведінкової активності дітей з особливими освітніми потребами. Вона створює безпечний простір, у якому дитина може вільно реагувати, ініціювати та приймати соціальні сигнали через ритм, мелодію, рух і імпровізацію. Музикотерапевтичні методики Дж. Алвін, Нордофф–Роббінс, Р. Бенензона та К. Орфа демонструють позитивний вплив на розвиток здатності до спільної уваги, емоційного контакту, наслідування та комунікації, що обґрунтовує їх доцільність у роботі з дітьми з РАС.

У роботі здійснено комплексне теоретичне та експериментальне дослідження проблеми розвитку соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектра засобами музичної терапії. Виконання поставлених завдань дало змогу визначити основні особливості соціальної взаємодії дітей з аутизмом, обґрунтувати потенціал використання музикотерапевтичних методів у корекційно-розвитковій роботі, дослідити вихідний стан сформованості соціальної взаємодії та перевірити ефективність розробленої програми.

Результати констатувального експерименту підтвердили, що у більшості дітей молодшого шкільного віку з аутизмом соціальна взаємодія перебувають на не сформованому або частково сформованому рівні. Виявлено труднощі у реагуванні на соціальні стимули, нестійкість емоційних проявів, низьку ініціативність, труднощі у встановленні зорового контакту та обмеженість спільної діяльності. Ці дані стали підґрунтям для створення програми музичної терапії, спрямованої на формування соціальної взаємодії.

Розроблена програма музичної терапії включала рецептивні, активні та імпровізаційні методи, музично-рухові вправи, елементи вокалотерапії та спільного музикування. Її впровадження протягом формувального експерименту забезпечило позитивні зміни у соціальній поведінці дітей: підвищилася здатність до встановлення зорового контакту, посилився емоційний відгук, зросла активність та ініціативність у взаємодії, покращилися навички спільної уваги й координації дій з дорослими та однолітками. Діти проявляли більше інтересу до групових завдань, охочіше вступали у музичний діалог і демонстрували стабільніші прояви соціальної включеності.

Порівняння даних констатувального та формувального етапів дослідження підтвердило ефективність розробленої програми, що дозволяє розглядати музичну терапію як результативний засіб розвитку соціальної взаємодії дітей молодшого шкільного віку з аутизмом. Практичні результати роботи свідчать про можливість і необхідність впровадження музичної терапії у практику інклюзивної освіти, реабілітаційних установ.

Отримані дані підтверджують наукову гіпотезу дослідження та підкреслюють значущість музичної терапії як інноваційного й ефективного засобу формування соціальної взаємодії у дітей з розладами аутистичного спектра.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алвін Д., Ворик Е. Музична терапія для дітей з аутизмом. Київ. Вид-во СВАРОГ. 2023. 236 с.
2. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів. Київ. Вид-во СВАРОГ. 2023. 236 с.
3. Барон-Коен С., Тагер-Флусберг Х., Коен Ді-Джей. Розуміння інших розумів: перспективи розвитку когнітивної нейронауки. 2-е вид. Oxford University Press. 2000. 530 с.
4. Вебер М. Вибрані твори. Київ. Основи. 1990. 808 с.
5. Виготський Л. С. Психологія розвитку дитини. Київ. Вид-во Сфера. 1997. 512 с.
6. Грей К. Нова книга соціальних історій. Київ. Вид-во СВАРОГ. 2019. 256 с.
7. Ібрагімова К. Дефініція поняття соціальна взаємодія, її види та основні теорії. *Проблеми інженерно-педагогічної теорії освіти*. 2013. № 40–41. С. 289–293.
8. Карєпова С. Г. Соціальна взаємодія: історичний і сучасний аспект соціологічного знання : автореф. дис. ... канд. соціол. Наук. 2011. 32 с.
9. Касьян М. В., Шибасєва Р. В. Вплив музичної терапії на дітей з розладами спектру аутизму. Київ. 2021. 24 с.
10. Козубовська І. В., Булеза Б. Я., Палкуш В. П. Особливості спілкування «дітей групи ризику» з синдромом Аспергера. *Нотатки сучасної науки*. 2023. № 8. С. 23–24.
11. Кравцова А. М., Кукурудза А. В. Раннє втручання: міждисциплінарна допомога дітям раннього віку з порушеннями розвитку та їхнім родинам: навч. посіб. Харків. 2013. 82 с.

12. Кулакова Л. Розвиток соціального інтелекту у дітей молодшого шкільного віку в умовах навчальної діяльності. Київ. Вид-во Сфера. 2018. 136 с.
13. Літовченко А. Розвиток навички прохання у дітей з розладами аутистичного спектру у процесі корекційного навчання. *Соціальна освіта*. 2021. № 1. С. 45–52.
14. Носатова В. М. Сучасні підходи до вивчення поняття «соціальна взаємодія». Харків. нац. ун-т радіоелектроніки. Харків. 2023. 48 с.
15. Островська К. О. Соціальна адаптація дорослих осіб із загальними розладами розвитку. Львів. Тріада плюс. 2012. 576 с.
16. Побережна Г. Педагогічний потенціал музикотерапії. *Мистецтво та освіта*. 2008. № 2. С. 9–12.
17. Польська Н. Арт-терапія та музикотерапія в роботі з дітьми з РАС. Харків. 2020. 180 с.
18. Призванська Р. А. Індивідуальний підхід до застосування музичної терапії у роботі з дітьми з розладами спектра аутизму. *Вісник Львівського університету. Серія педагогічна*. Львів. 2018. № 33. С. 186–193.
19. Призванська Р. А. Теоретичні та практичні аспекти музикотерапевтичної роботи з дітьми із аутизмом. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2017. Вип. 9. С. 192–201.
20. Призванська Р. А., Шульженко Д. І. Музична терапія для дітей з аутизмом: навч. посіб. Львів. Вид. центр ЛНУ ім. Ів. Франка. 2020. 75 с.
21. Роджерс К. Клієнт-центрована терапія. Нью-Йорк. Houghton Mifflin. 1951. 400 с.
22. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві: практ. посіб. Львів. Літопис. 2008. 334 с.

23. Скрипник Т. В. Умови реалізації особливих освітніх потреб дітей з аутизмом. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2014. № 1. С. 110–114.
24. Скрипник Т. В. Діти з аутизмом в інклюзії: сценарії успіху: монографія. Київ. Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка. 2019. 207 с.
25. Скрипник Т. В. Методика музичної терапії. Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом. Том 2. Напрями психотерапевтичного впливу на особистісний розвиток дітей з аутизмом. Київ. 2006. С. 7–60.
26. Скрипник Т. В. Музична діяльність. Комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт». Тернопіль. Мандрівець. 2016. С. 163–165.
27. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. Київ. Фенікс. 2010. 320 с.
28. Соколова Г. Б., Парфьонова Т. В. Корекційна робота з дітьми з розладами аутистичного спектру із використанням інноваційних технологій. Проблеми реабілітації: збірник наукових праць / за ред. О. І. Форостян. Одеса. 2023. С. 145–148.
29. Супрун Г. В., Максимчук М. О. Соціальний розвиток дітей молодшого шкільного віку з аутизмом з опорою на методи з науково доведеною ефективністю. *Проблеми сучасної психології*. 2021. Вип. 2 (21). С. 75–82.
30. Шкарлат Л. М. Формування соціальної взаємодії у дітей з аутизмом. *Здобутки, реалії та перспективи освіти в сучасному світі*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Дніпро. 2021. С. 31–33.
31. Accordino R., Comer R., & Heller W. B. Searching for music's potential: A critical examination of research on music therapy with individuals with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2007. Vol. 1, No 1. P. 101–115.

32. American Music Therapy Association (AMTA). Definition and Quotes about Music Therapy. URL: <http://www.musictherapy.org/> (дата звернення: 27.09.2025).
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC. APA. 2013.
34. Bandini E., Politi P., Sini C. Orchestra Invisibile / fotografie di Enrico Pozzato. Milano. Jaca Book. 2015. 192 p.
35. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., & Cohen D. J. Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience (2nd ed.). Oxford University Press. 2000.
36. Bauminger N. The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2002. Vol. 32. P. 283–298.
37. Calleja-Bautista M., Sanz-Cervera P., & Tárraga-Mínguez R. The effectiveness of music therapy in autism spectrum disorder: A literature review. *Papeles del Psicólogo*. 2016. Vol. 37, No 2. P. 152–160.
38. Chamberlain B., Kasari C., & Rotheram-Fuller E. Involvement. The social networks of children with autism in regular classrooms. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007. Vol. 37. P. 230–242.
39. Chevallier C., Kohls G., Troiani V., Brodtkin E. S., & Schultz R. T. The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Science*. 2012. Vol. 16. P. 231–239.
40. Dewey J. Democracy and Education. New York. Macmillan. 1916. 511 p.
41. Frith U. Autism. Explaining the Enigma. 2nd ed. Oxford. Blackwell Publishing. 2003. 256 p.
42. Gold C., Wigram T., Elefant C. Music therapy for autistic children and adolescents. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2006.

43. Geretsegger M., Elefant C., Mössler K., Gold C. Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
44. Gray C. *The New Social Story Book*. Future Horizons. 2010. 256 p.
45. Johnson R., Johnson D. *Cooperation and Competition. Theory and Research*. Edina. Interaction Book Company. 1989. 300 p.
46. Kasari C., Locke J., Gulsrud A., & Rotheram-Fuller E. Social networks and friendships at school. Comparing children with and without ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. Vol. 41, No 5. P. 533–544.
47. Koegel R. L., Ashbaugh K., Navab A., & Koegel L. K. Improving social engagement and initiations between children with autism spectrum disorder and their peers in inclusive settings. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 2012. Vol. 14, No 4. P. 220–227.
48. Prizant B. M., Wetherby A. M., Rubin E., Laurent A. C., & Rydell P. J. The SCERTS Model. A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders. Paul H. Brookes Publishing. 2003. Vol. 16, No 4. P. 296–316.
49. Rapin I., & Dunn M. Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain & Development*. 2003. Vol. 25, No 3. P. 166–172.
50. Ratcliffe B., Wong M., Dossetor D., & Hayes S. Improving emotional competence in children with autism spectrum disorder and mild intellectual disability in schools: A preliminary treatment versus waitlist study. *Behaviour Change*. 2019. Vol. 36, No 3. P. 216–232.
51. Sigman M., & Ruskin E. Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome, and developmental delays. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999. Vol. 64, No 1. P. 1–114.
52. Silveira-Zaldivar T., Özerk G., & Özerk K. Developing social skills and social competence in children with autism. *International Electronic Journal*



- of Elementary Education*. 2021. Vol. 13, No 3. P. 341–363. URL: <https://www.iejee.com/index.php/IEJEE/article/view/1301>
53. Strain P. S., & Schwartz I. ABA and the development of meaningful social relations for young children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2015. Vol. 16, No 2. P. 120–128.
  54. Tager-Flusberg H., Paul R., Lord C. Language and communication in autism. In: Volkmar F., Paul R., Klin A., Cohen D. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Hoboken. John Wiley & Sons. 2005. P. 335–364.
  55. Wing L. Reflections on opening Pandora’s box. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2005. Vol. 35. P. 173–203.

## **ДОДАТКИ**



## Додаток Б

Таблиця 2.3

## Оцінка соціальної взаємодії (CARS-2)

| №  | Критерій                                 | Опис критерію                                             | Бал |
|----|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----|
| 1. | Взаємодія з людьми                       | Реакція на дорослих та однолітків, ініціатива у взаємодії |     |
| 2. | Емоційна відповідь                       | Вираження емоцій, емпатія, емоційна відкритість           |     |
| 3. | Вербальна комунікація                    | Мовлення як засіб взаємодії, відповіді, запитання         |     |
| 4. | Невербальна комунікація                  | Зоровий контакт, міміка, жести                            |     |
| 5. | Адаптація до змін у соціальному оточенні | Реакція на нових людей, зміну умов                        |     |
| 6. | Рівень спільної діяльності               | Участь у групових формах роботи, спільна гра              |     |
|    | <b>Загальна сума балів:</b>              |                                                           |     |

## Додаток В

### ПРОТОКОЛ ОЦІНЮВАННЯ\* (Шкала CARS)

ПІБ дитини \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ Дата заповнення \_\_\_\_\_

**Інструкція:** Відповідаючи за кожною шкалою, зробіть позначку навпроти відповідного ступеню прояву. Після заповнення поєднайте відповідні крапки для побудови профілю.

| №    | Шкали                                    | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |  |
|------|------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|--|
|      |                                          | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |  |
| I.   | Взаємодія з людьми                       | ●                                       | ●                              | ● | ●                                 | ● | ●                              | ● |  |
| II.  | Емоційна відповідь                       | ●                                       | ●                              | ● | ●                                 | ● | ●                              | ● |  |
| III. | Вербальна комунікація                    | ●                                       | ●                              | ● | ●                                 | ● | ●                              | ● |  |
| IV.  | Невербальна комунікація                  | ●                                       | ●                              | ● | ●                                 | ● | ●                              | ● |  |
| V.   | Адаптація до змін у соціальному оточенні | ●                                       | ●                              | ● | ●                                 | ● | ●                              | ● |  |
| VI.  | Рівень спільної діяльності               | ●                                       | ●                              | ● | ●                                 | ● | ●                              | ● |  |
|      |                                          | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеню |   | Прояви аутизму середнього ступеню |   | Прояви аутизму важкого ступеню |   |  |

Висновок \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Протокол заповнював(ла) \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_

\* Протокол оцінювання розроблено О. П. Таран за ідеєю Т. В. Скрипник.

**Рис. 2.2 Протокол оцінювання. Шкала CARS-2 (до втручання)**

## Протоколи CARS-2 по кожній дитині

### Дитина 1

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| I.    | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| II.   | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| III.  | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| IV.   | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   |                                   |   | ●                              |   |
| V..   | Адаптація до змін          |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| VI.   | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| Зони  |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

### Дитина 2

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| I.    | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| II.   | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| III.  | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| IV.   | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| V.    | Адаптація до змін          |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| VI.   | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| Зони  |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

**Дитина 3**

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| I.    | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| II.   | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| III.  | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| IV.   | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| V.    | Адаптація до змін          |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| VI.   | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| Зони  |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

**Дитина 4**

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| I.    | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| II.   | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| III.  | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| IV.   | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| V.    | Адаптація до змін          |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| VI.   | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   |                                   |   |                                |   |
| Зони  |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

**Дитина 5**

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| I.    | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| II.   | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| III.  | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| IV.   | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| V.    | Адаптація до змін          |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| VI.   | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
|       |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

**Дитина 6**

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| I.    | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| II.   | Емоційна відповідь         |                                         |                                | ● |                                   |   |                                |   |
| III.  | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| IV.   | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| V.    | Адаптація до змін          |                                         |                                | ● |                                   |   |                                |   |
| VI.   | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
|       |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |



**Дитина 7**

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| .     | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   |                                   |   | ●                              |   |
| I.    | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   |                                   |   | ●                              |   |
| II.   | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
| V.    | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   |                                   |   | ●                              |   |
| .     | Адаптація до змін          |                                         |                                |   |                                   |   | ●                              |   |
| I.    | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   |                                   | ● |                                |   |
|       |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

**Дитина 8**

| Шкали |                            | Ступінь вираженості аутистичних проявів |                                |   |                                   |   |                                |   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------|---|
|       |                            | 1                                       | 1,5                            | 2 | 2,5                               | 3 | 3,5                            | 4 |
| .     | Взаємодія з людьми         |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| I.    | Емоційна відповідь         |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| II.   | Вербальна комунікація      |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| V.    | Невербальна комунікація    |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| .     | Адаптація до змін          |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
| I.    | Рівень спільної діяльності |                                         |                                |   | ●                                 |   |                                |   |
|       |                            | Норма                                   | Прояви аутизму легкого ступеня |   | Прояви аутизму середнього ступеня |   | Прояви аутизму важкого ступеня |   |

## Додаток Е

### Заняття музикотерапевтичних занять

#### Тема заняття 1. «Разом у ритмі»

**Мета:** розвивати здатність до соціальної взаємодії через спільне виконання музичних дій; стимулювати ініціативу, емоційний відгук і слухову увагу.

**Завдання:** формувати навички чергування та очікування своєї черги, розвивати здатність реагувати на партнера у спільній діяльності, стимулювати комунікацію через музику (жест, міміку, звук), підтримувати позитивний емоційний стан дитини.

**Матеріали та обладнання:** барабан, маракаси, трикутник, ксилофон, дзвіночки, гітара, аудіозаписи коротких мелодій різного темпу.

**Тривалість:** 30–35 хвилин

**Форма роботи:** групова (3–4 дитини)

**Очікувані результати:** дитина проявляє ініціативу у спільній діяльності, реагує на дії інших, підтримує короткий зоровий і слуховий контакт, бере участь у спільному ритмічному виконанні.

#### Структура заняття

##### 1. Вступна частина (5 хв):

- Пісня-привітання «Привіт, друже!» — педагог співає, діти відповідають рухом або звуком інструмента.
- Музичне коло: кожна дитина обирає інструмент і видає короткий звук, інші повторюють (ритуал знайомства).

##### 2. Основна частина (20 хв):

- Вправа «Звуковий діалог» — педагог створює короткий ритм на барабані, дитина відповідає своїм ритмом. Потім діти виконують у парах. Мета: розвиток здатності до обміну діями, слухової уваги, емоційного контакту.

- Вправа «Музичне ехо» – діти повторюють за дорослим мелодійні фрази на ксилофоні або дзвіночках.

*Мета:* розвиток концентрації, імітації, здатності наслідувати.

- Вправа «Спільний ритм» – уся група відбиває ритм разом під акомпанемент барабана чи гітари.

*Мета:* відчуття групи, єдності, координації дій.

### **3. Завершальна частина (5–7 хв):**

- Пісня-прощання «До побачення, друже!» — спільне співання з використанням жестів «прощання».

- Ритуал завершення: звучання дощової палички або камертона.

## **Тема заняття 2. “Привіт, музико!”**

**Мета:** встановлення емоційного контакту між учасниками, формування навички вітання, розвиток уваги, здатності до слухання та чергування у взаємодії.

**Завдання:** активізувати інтерес до музики через гру, стимулювати невербальну комунікацію (жести, міміка, рухи), розвивати здатність чекати своєї черги та реагувати на дії інших.

**Матеріали та обладнання:** бубон, маракаси, дзвіночки, трикутник, маленький барабан, ксилофон, музичний центр або колонка, м'які килимки для сидіння.

**Тривалість:** 30–35 хвилин

**Форма проведення:** групова (3–5 дітей)

**Очікувані результати:** дитина реагує на ім'я, бере участь у спільному музичному процесі, зростає здатність до спільної уваги та наслідування, проявляє інтерес до інструментів і взаємодії з однолітками, формуються початкові навички соціальної взаємодії (чергування, співпраця, відповідь на звернення).

## **Структура заняття**

### **1. Вступна частина (5–7 хв.)**

- Музичне вітання “Здрастуй, музико!” Терапевт вітається з дітьми за допомогою пісеньки-привітання (“Здрастуй, Марко!”, “Привіт, Оксанко!”), акомпануючи на гітарі або ксилофоні. Кожна дитина відповідає звуком свого інструмента або жестом.

*Мета:* встановити контакт, активізувати дітей, створити доброзичливу атмосферу.

- Гра “Передай звук”

Один учасник видає звук інструментом (наприклад, удар по барабану), інші повторюють. Потім звук передається по колу.

*Мета:* тренування спільної уваги, вміння чекати своєї черги.

### **2. Основна частина (20 хв.)**

- Вправа “Музичне ехо”. Терапевт створює короткий ритмічний малюнок на барабані або трикутнику. Діти повторюють “відлунням”. Варіації: “Ехо” може передаватись від однієї дитини до іншої.

*Мета:* розвиток слухової уваги, наслідування, здатності до спільного ритму.

- Вправа “Звуковий діалог”. Двоє дітей по черзі створюють звуки, що “відповідають” один одному — наприклад, один грає тихо, інший голосніше; один коротко, інший довше. Терапевт модерує процес, заохочуючи дітей реагувати на партнера.

*Мета:* розвиток комунікативних навичок через звукову взаємодію.

- Гра “Музичний світлофор”. Музика звучить — діти рухаються або грають на інструментах; коли музика зупиняється — усі “завмирають”.

*Мета:* розвиток самоконтролю, здатності реагувати на зміни.

### **3. Завершальна частина (5–7 хв.)**

- Пісня “До побачення, музико”. Спільне виконання простої мелодії прощання (під ксилофон). Діти махають руками, повторюють слова або ритм.

*Мета:* формування ритуалу завершення, закріплення позитивного досвіду.

- Музична релаксація “Тихий дощик”. Легка музика, діти лежать або сидять із заплющеними очима, слухають “дощик” (дзвіночки, маракаси). Терапевт говорить спокійним голосом: “наше заняття завершується, ми слухаємо дощик, відпочиваємо, дихаємо спокійно...”

*Мета:* заспокоєння, інтеграція пережитого досвіду.

### **Тема заняття 3. “Ми — оркестр”**

**Мета:** розвиток уміння діяти разом, синхронно, формування навичок спільної уваги, стимуляція комунікації через спільне музикування.

**Завдання:** розвивати здатність домовлятись, реагувати на сигнали інших, сприяти емоційному вираженню через музику, формувати відчуття команди.

**Матеріали та обладнання:** барабани, маракаси, трикутник, бубон, дзвіночки, гітара, запис ритмічної музики.

**Тривалість:** 30–35 хв.

**Форма проведення:** групова (3–5 дітей)

**Очікувані результати:** дитина бере участь у колективній грі, з’являється здатність діяти за сигналом іншого, підвищується рівень ініціативи та емоційного залучення.

### **Структура заняття**

#### **1. Вступна частина (5–7 хв.)**

- Пісня-привітання “Ми разом!”. Діти співають або повторюють слова з рухами.

*Мета:* налаштувати групу на спільну дію.

- Ритмічне коло. Кожен по черзі видає ритм на інструменті, інші повторюють.

*Мета:* підтримати контакт “я–інший”, навчити чекати черги.

## **2. Основна частина (20 хв.)**

- “Оркестр настрою”. Діти обирають інструменти, якими “грають настроїв” (радість, спокій, хвилювання). Терапевт допомагає з інтерпретацією (“цей ритм звучить як веселі кроки”).

*Мета:* розвиток емоційної виразності.

- “Диригент”. Один із дітей – диригент. Він показує, коли грати (рукою вгору — початок, вниз — стоп).

*Мета:* розвиток лідерства, відповідальності, уміння слідувати інструкції.

- “Музична розмова”. Пари дітей по черзі “спілкуються” інструментами — короткими фразами, ритмами.

*Мета:* формування початкової структури діалогу.

## **3. Завершальна частина (5–7 хв.)**

- Пісня “До побачення, оркестр!”. Діти співають під гітару, прощаючись з музикою.

- Релаксація “Тиха хвиля”. Звучить повільна музика, діти гойдають руками або стрічками під мелодію.

*Мета:* розслаблення, завершення активності.

## **Додаток Є**

### **Орієнтовні музичні твори, що застосовуються в процесі проведення музично-рухових ігор і вправ:**

1. П.Чайковський. Дитячі танцювальні пісні. Марш дерев'яних солдатиків. Марш із балету «Лускунчик».
2. М.Глінка. Увертюра до опери «Руслан і Людмила».
3. А.Хачатурян. Танок із шаблями з балету «Гаяне». Танець з музичної сюїти «Маскарад».
4. Ф.Ліст. Угорська рапсодія.
5. М.Мусоргський. Картинки з виставки. Гра дітей.

6. В.Новак. "Розбійницька сонатина", С.Прокоф'єв. Марш зі збірника «Дитяча музика».

7. Б.Сметана. Нашим дівам (полька)

8. Е.Гріг. Пісня Сольвейг із сюїти «Пер Гюнт».

### **Орієнтовні музичні твори, для рецептивного сприймання музики:**

1. Шопен "Мазурка", "Прелюдії", Штраус "Вальси", Рубінштейн "Мелодії".

2. Бетховен "Симфонія 6", частина 2, Брамс "Колисанка",

3. Шуберт "Аве Марія", Шопен "Ноктюрн сіль-мінор", Дебюссі "Місячне сяйво".

4. Чайковський "Шоста симфонія", 3 частина, Бетховен "Увертюра Едмонд".

5. Шопен "Прелюдія 1, опус 28", Аркуш "Угорська рапсодія" 2.

### **Музично-терапевтичні ігри**

У процесі експериментальної роботи під час групової взаємодії дітей, окрім рецептивної музикотерапії, використовується ігрова форма занять. Заняття, на яких використовується музично-терапевтична гра, активізують дітей з РАС, розслабляють їх і сприяють налагодженню групової взаємодії, що є важливим елементом.

#### **Гра «Човник»**

Мета. Встановлення емоційного контакту.

Музичний терапевт сідає навпроти дитини і починає розхитуватися з боку в бік, приспівуючи: «Ми в човнику хитаємось, хитаємось, хитаємось», – і одночасно розхитуючись взад-вперед на стільці. Якщо дитина не виконує завдання, її можна взяти за руки і розхитуватися разом. Ця гра викликає позитивні емоційні реакції у дітей. Підключаючись до аутостимуляції дитини, музичний терапевт надає мимовільним рухам дитини позитивний емоційний сенс.

### **Гра «Мої ручки»**

Мета. Встановлення емоційного контакту дітей та музичного терапевта.

Проводиться в групі з 2-3 дітей. Діти розміщуються перед терапевтом, який по черзі бере кожну дитину за руку і, ритмічно поплескуючи своєю рукою по руці дитини, повторює: «Рука моя, рука твоя. Рука моя, рука твоя...». Якщо дитина активно чинить опір, забирає свою руку, терапевт продовжує ці дії сам із собою (поплескуючи руками по собі), або з іншою дитиною.

У ході занять особливе значення має формування у дитини з РАС здатності до наслідування, яка представляє собою один із способів засвоєння суспільного досвіду. З цією метою можна використовувати такі вправи:

### **Гра «Передача рухів по колу»**

Мета. Формування здатності до наслідування. Під музику діти формують коло. Музичний терапевт стає в центр кола і виконує окремі рухи, наприклад, розхитується, присідає, по чергово піднімає праву і ліву руки. Діти повторюють за ним.

### **Гра «Виконання ритмічних рухів на бубні»**

Мета. Формування здатності до наслідування. Музичний терапевт вдаряє по бубні з певним ритмом (на початку два коротких удари, потім три, далі вправу можна ускладнювати). Діти повторюють заданий ритм. Поступово ритмічний рисунок ускладнюється: короткі удари чергуються з довгими (вісімка – чверть, дві вісімки – чверть і т.д.).

### **Гра «Передача ритму по колу»**

Мета. Формування комунікативного досвіду.

Діти формують коло. Музичний терапевт плескає в долоні, виконуючи певний ритмічний малюнок. Діти повторюють за ним, плескаючи у долоні в заданому ритмі.

Коментар. Якщо дитина із аутизмом відмовляється виконувати завдання, йде з кола, то не слід примушувати її повернутися на місце. Можна



запропонувати повторити заданий ритм тільки їй і обов'язково похвалити перед дітьми.