

М.М.Козак

maria.kozak@tnpu.edu.ua

<https://orcid.org/0009-0006-7254-3110>

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА В СИСТЕМІ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

У статті представлено результати емпіричного дослідження ефективності психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) у системі раннього втручання. Розкрито теоретичні засади супроводу в ранньому віці, що поєднує елементи нейропсихологічного підходу, структурованого навчання, поведінкових технологій і сімейно-центрованої взаємодії. Показано важливість інтеграції міжнародних доказових моделей (TEACCH, ESDM, PACT, RIT) у практику українських установ раннього втручання. Емпіричне дослідження проведено на базі Інклюзивно-ресурсного центру, дитячого медичного центру «МедіКід» та КНП «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини». У вибірку увійшли діти віком від 2 до 4 років із встановленими або ймовірними проявами РАС. Застосовано комплекс психолого-педагогічних та поведінкових методик оцінювання, включно з елементами VB-MAPP, сенсомоторних та комунікативних проб, спостереження, аналізу поведінки, опитувальників для батьків. Результати формувального етапу демонструють позитивну динаміку в розвитку спільної уваги, комунікації, навичок наслідування, ігрової діяльності, а також зменшення поведінкових труднощів. Найбільш виражені зміни спостерігалися в дітей, чиї батьки активно залучалися до програм супроводу. Наголошено на важливості міжвідомчої взаємодії, раннього виявлення та впровадження програм, орієнтованих на сім'ю, відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій.

Ключові слова: раннє втручання, розлади аутистичного спектра, психолого-педагогічний супровід, сімейно-центровані практики, спільна увага, комунікація, розвиток дитини.

Проблема супроводу дітей з розладами аутистичного спектра в ранньому віці є однією з найважливіших у сучасній спеціальній педагогіці, нейропсихології та практиці раннього втручання, оскільки саме в цей період закладаються базові механізми соціальної взаємодії, комунікації та емоційної регуляції. РАС належать до спектру нейророзвиткових розладів, для яких характерне стійке порушення соціальної комунікації та взаємодії, обмежені, стереотипні або повторювані форми поведінки, інтересів і діяльності, специфічні сенсорні реакції, особливості регуляції збудження та емоцій. Результати міжнародних досліджень свідчать, що симптоми аутизму часто проявляються вже у другому році життя дитини: зниження зорового контакту, обмежена реакція на ім'я, відсутність жестів указування, мала кількість соціальної усмішки, обмежене залучення дорослого до спільної гри, відсутність наслідування дорослих у повсякденних ситуаціях. Ранні маркери РАС, такі як відсутність спільної уваги та вказівних жестів у віці 12–18 місяців, розглядаються як один із найбільш чутливих прогностичних показників подальшого формування порушень соціальної комунікації, що обґрунтовує необхідність раннього виявлення та скринінгу в перші роки життя.

Упродовж останніх десятиліть відзначається стійка тенденція до зростання поширеності РАС. За оцінками мережі Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Центрів з контролю та профілактики захворювань США (CDC), у 2020 році аутизм був виявлений у приблизно 1 із 36 дітей віком 8 років, а в новіших звітах, що охоплюють дані 2022 року, йдеться вже про близько 1 із 31 дитини, що відповідає приблизно 3,2 % популяції восьмирічних дітей [2].

Ці показники свідчать не лише про зростання поширеності, але й про значне покращення систем раннього виявлення, розширення діагностичних критеріїв, підвищення обізнаності фахівців і батьків щодо ранніх проявів аутизму. Важливо, що РАС виявляються у всіх етнічних, соціально-економічних групах, а співвідношення виявлення між хлопчиками й дівчатками зберігається на рівні приблизно 3–4:1 на користь хлопчиків, що відображає особливості фенотипу, а також діагностичні упередження щодо дівчат з аутизмом [3].

Нейронаукові дослідження підтверджують, що РАС мають полігенний характер, пов'язаний із пластичністю мозку в ранньому віці, порушенням синаптичної організації, відмінностями у функціонуванні мереж, відповідальних за соціальну увагу, інтеграцію сенсорної інформації та

мовленнєву обробку. Водночас саме висока нейропластичність раннього віку відкриває вікно можливостей для цілеспрямованого психолого-педагогічного впливу. Період від народження до чотирьох років розглядається як критичний вік для розвитку базових функцій, які забезпечують сприймання мовлення, формування спільної уваги, наслідування, соціальної гри, емоційної взаємодії з дорослим [5]. У цей час мозок особливо чутливий до середовищних впливів, а тому ранні інтервенції дозволяють не лише компенсувати окремі порушені механізми, а й змінити загальну траєкторію розвитку дитини. Рекомендації WHO (2021) та інших міжнародних організацій однозначно підкреслюють, що найбільш виражений позитивний ефект досягається тоді, коли підтримка розпочинається до трирічного віку, а оптимально – у проміжку 18–36 місяців, коли формуються фундаментальні навички соціального пізнання [1].

Сучасне розуміння раннього втручання виходить далеко за межі суто медичної допомоги й розглядає його як міждисциплінарну систему підтримки дітей раннього віку з порушеннями розвитку та їхніх сімей. У міжнародному дискурсі раннє втручання визначається як скоординований комплекс послуг, спрямованих на покращення функціонування дитини в повсякденному житті, підсилення ресурсів сім'ї, розвиток компетентності батьків, оптимізацію взаємодії між дитиною, родиною та середовищем. Це означає, що в центрі уваги опиняється не лише діагноз, а й функціональний рівень дитини, її участь у житті сім'ї та спільноти, що узгоджується з концепцією Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Раннє втручання щодо дітей з РАС базується на поєднанні декількох науково обґрунтованих підходів. З одного боку, це моделі, що спираються на поведінковий аналіз, підкріплення, чітку структуризацію середовища, візуальну підтримку, навчання через розкладені на кроки завдання (TEACCH, прикладний поведінковий аналіз, елементи DTT). З іншого боку, це природовідповідні, ігрові та соціально-емоційні моделі (ESDM, RIT, JASPER), що акцентують на якості взаємодії, спільній увазі, спільній діяльності дитини й дорослого, емоційній синхронізації, розвитку ініціативи дитини [7]. До цього додаються нейропсихологічні підходи, спрямовані на розвиток сенсомоторної інтеграції, регуляції тону, просторової організації, переробки сенсорних стимулів, що є критично важливим для багатьох дітей з аутизмом, які мають гіпер- або гіпочутливість до звуків, дотику, руху, зорових подразників.

Сучасні систематичні огляди свідчать, що структуровані, інтенсивні програми раннього втручання здатні забезпечувати суттєве покращення в когнітивному, мовленнєвому та адаптивному розвитку дітей з аутизмом, особливо якщо вони поєднують розвиток соціальної комунікації з тренуванням навичок щоденного життя та активно включають батьків у процес навчання. Ефективність таких моделей, як ESDM та PACT, підтверджена рандомізованими контрольованими дослідженнями, які фіксують статистично значущі покращення в соціальній взаємодії, комунікації, зменшенні вираженості симптомів аутизму, а також довготривалі позитивні ефекти, що простежуються через декілька років після завершення програми [6].

В Україні у 2023–2025 роках система раннього втручання знаходиться на етапі активного реформування, гармонізації з європейськими стандартами та розширення мережі команд раннього втручання в громадах. Важливою віхою стало ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України № 1392 від 27.12.2023 «Про затвердження Порядку раннього виявлення у дітей порушень розвитку або ризику їх виникнення і своєчасного направлення сімей з дітьми до надавачів послуги раннього втручання для отримання такої послуги», яка визначає механізм раннього виявлення порушень розвитку у дітей віком від народження до чотирьох років, ролі медичних працівників, фахівців соціальної сфери, освітніх закладів, алгоритми скринінгу та маршрутизації сімей до надавачів послуг раннього втручання.

Прийняття цього документа створює правові умови для того, щоб діти з ранніми проявами РАС могли отримати підтримку ще до моменту формального встановлення діагнозу, що відповідає міжнародній концепції «ризик порушеного розвитку» та фокусу на функціональному стані, а не лише на діагностичній категорії.

Паралельно Міністерство соціальної політики та інші центральні органи влади працюють над масштабуванням послуги раннього втручання на рівні громад. Станом на 2025 рік в Україні діє понад 70 команд раннього втручання, а урядові рішення спрямовані на те, щоб понад 100 громад могли отримати державну підтримку в організації таких послуг, що суттєво розширює доступ сімей до спеціалізованої допомоги для дітей раннього віку з РАС та іншими порушеннями розвитку.

Ці зміни свідчать про поступовий перехід від фрагментарних ініціатив до системного підходу, коли раннє втручання розглядається як невід'ємна частина державної політики у сфері охорони здоров'я, освіти та соціального захисту.

У такому контексті особливого значення набуває психолого-педагогічний супровід дітей з РАС, який поєднує структуровану індивідуальну роботу з дитиною, корекційно-розвиткові заняття та систематичну роботу з батьками. Психолого-педагогічний супровід у системі раннього втручання можна розглядати як комплекс заходів, спрямованих на діагностику функціонального рівня дитини, визначення її сильних сторін і зон актуальних труднощів, побудову індивідуальної програми розвитку, реалізацію структурованих занять із залученням сім'ї та постійний моніторинг динаміки. При цьому важливим стає не лише формальне проведення занять, а й створення цілісного розвитку середовища, яке знижує тривожність дитини, забезпечує передбачуваність, підтримує її ініціативу та відкриває можливості для власної активності.

На цьому теоретичному підґрунті було проведено емпіричне дослідження ефективності психолого-педагогічного супроводу дітей віком до чотирьох років з РАС у системі раннього втручання. Дослідження здійснювалося на базі Інклюзивно-ресурсного центру, медичного центру «МедіКід» та КНП «Тернопільський обласний центр реабілітації та розвитку дитини» ТОР, що дозволило врахувати особливості роботи різних типів установ: освітньої, медичної та реабілітаційної. До вибірки увійшли діти віком 1,5–4 роки з встановленим діагнозом РАС або з високим ризиком його розвитку, що підтверджувалося скринінговими методиками, даними спостереження, консультаціями психіатра, невролога, клінічного психолога, а також обговоренням випадку мультидисциплінарною командою. Досліджувані діти мали різний рівень розвитку: від повної відсутності реакції на ім'я та мінімальної спільної уваги до наявності окремих слів, жестів, вокалізацій та соціальних спроб, що дозволило оцінити ефективність супроводу для дітей із різними вихідними можливостями [4].

Комплексне оцінювання включало спостереження за поведінкою дитини у вільній та структурованій діяльності, аналіз ранніх комунікативних умінь, оцінювання спільної уваги, ігрових навичок, емоційної взаємодії, наслідування, а також сенсомоторних реакцій. Частково застосовувалися інструменти, орієнтовані на ранній розвиток, зокрема елементи VB-MAPP для оцінки вербальних і передвербальних форм поведінки, навчальної готовності, соціальної взаємодії, сенсорні проби для визначення рівня гіпер- чи гіпочутливості, аналіз поведінкових патернів за ABC-моделлю, а також опитування батьків щодо поведінки дитини в сім'ї, у повсякденних побутових ситуаціях. Батьківське залучення стало не лише допоміжним, а й ключовим компонентом оцінювання, оскільки саме батьки можуть надати інформацію про типові, а не лише «кабінетні» прояви поведінки дитини.

Психолого-педагогічний супровід здійснювався у напрямках розвитку соціальної взаємодії, формування спільної уваги, становлення мовленнєвих та передмовленнєвих форм комунікації, розвитку сенсомоторних функцій, зменшення поведінкових труднощів, формування ігрової діяльності та навичок наслідування. Важливе місце посідали структуровані елементи, які забезпечували передбачуваність, знижували тривожність дитини та дозволяли їй краще орієнтуватися у послідовності подій. Робота будувалася за принципами коротких циклів активності, опори на мотиваційно значущі матеріали, чітких сигналів переходів, варіативного використання вербальних, жестових, мімічних підказок, поступового їх зниження та підтримки ініціативи дитини у взаємодії з дорослим.

У процесі супроводу значна увага приділялася роботі з батьками: вони не лише спостерігали за заняттями, а й отримували конкретні рекомендації щодо того, як підтримувати нові навички дитини вдома, як структурувати побутове середовище, використовувати візуальні розклади, соціальні історії, розподіляти навантаження, попереджати перевтому. Такий формат роботи наближається до концепції панельних програм на кшталт WHO Caregiver Skills Training, у яких навчання батьків розглядається як один із основних інструментів підвищення ефективності ранніх інтервенцій.

Саме залученість батьків дозволила розширити ефект від занять за межі кабінету й перенести набуті дитиною навички в її повсякденне життя.

Після завершення формувального етапу у всіх дітей спостерігалася позитивна динаміка. Малюки почали частіше реагувати на ім'я, довше утримували зоровий контакт, проявляли інтерес до спільної гри з дорослим, імпровізували у знайомих видах діяльності, поступово включалися у ситуативно-ділову та емоційну взаємодію. У багатьох дітей з'явилися нові способи комунікації: вказівні

жести, жест «дай», спрямовані вокалізації, перші слова або їх наслідування. Діти стали краще переносити сенсорні подразники, проявляли менше афективних реакцій на зміну обстановки, охочіше завершували прості завдання, наслідували рухи та дії дорослого, що свідчить про покращення регуляції поведінки та зростання навчальної мотивації. Ігрова діяльність переходила від хаотично-маніпулятивної до предметної, з'являлися елементи сюжетної гри, у якій дитина могла використовувати іграшки відповідно до їх функції, залучати дорослого та ініціювати прості ігрові сценарії.

Особливо високу ефективність показали випадки, коли батьки активно взаємодіяли з фахівцями: виконували домашні рекомендації, використовували візуальні підказки, формували передбачуваність домашнього середовища, моделювали комунікацію та підтримували емоційну взаємодію, знижували рівень директивності та підвищували чутливість до сигналів дитини. У таких сім'ях зміни в поведінці та розвитку дітей були не лише швидшими, а й більш стабільними, що підтверджує ключову роль батьківського залучення, про яку наголошують моделі PACT та WHO-CST. Позитивна динаміка спостерігалася в усіх трьох установах незалежно від формату роботи (індивідуальні заняття, групові сесії, комбінований підхід), що дозволяє говорити про універсальність застосованої моделі супроводу та її гнучкість щодо інституційних умов.

Аналіз отриманих даних засвідчив, що найсуттєвіші зміни відбувалися в тих сферах, які безпосередньо пов'язані з якістю взаємодії дитини з дорослим: спільна увага, ігрова діяльність, ініціативність, здатність дитини витримувати спільну діяльність упродовж певного часу, реагувати на прості інструкції, завершувати розпочате завдання. Водночас важливо підкреслити, що навіть у випадках, коли мовленнєві прояви залишалися обмеженими, прогрес у сфері невербальних форм комунікації (жести, погляд, зміна пози, міміка, спрямованість до дорослого) суттєво розширював можливості дитини для взаємодії з оточенням. Це узгоджується з міжнародними даними, згідно з якими покращення спільної уваги та ігрової ініціативи часто передують стрибку у мовленнєвому розвитку й може розглядатися як маркер ефективності втручання.

Отримані результати дозволяють зробити низку важливих висновків для подальшого розвитку системи раннього втручання та психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС в Україні. По-перше, комплексний підхід, який поєднує нейропсихологічні, поведінкові, структуровані й природовідповідні методи, виявляється ефективним у роботі з дітьми раннього віку навіть за умов різного вихідного рівня розвитку. По-друге, залучення батьків як активних учасників програм супроводу є не другорядною, а центральною умовою успішності інтервенції: саме сім'я забезпечує перенесення навичок у природні контексти, підтримку досягнень дитини та збереження ефектів у довготривалій перспективі. По-третє, організація психолого-педагогічного супроводу в різних інституційних форматах – ІРЦ, медичному центрі, реабілітаційній установі – показує, що при збереженні базових принципів (структурованість, сімейно-орієнтований підхід, міждисциплінарність) модель може бути адаптована до різних організаційних умов без втрати ефективності.

У ширшому контексті розвиток раннього втручання в Україні та впровадження таких документів, як Порядок раннього виявлення порушень розвитку, створюють підґрунтя для того, щоб психолого-педагогічний супровід дітей з РАС став не поодиноким практикою окремих центрів, а системною послугою, доступною сім'ям у різних регіонах країни. Розширення мережі команд раннього втручання, підвищення кваліфікації фахівців, інтеграція міжнародних доказових моделей у національний контекст, інституціоналізація сімейно-центрована підходу – усі ці кроки мають потенціал істотно покращити якість життя дітей з аутизмом та їхніх сімей, зменшити довгострокові соціальні й економічні витрати, пов'язані з відсутністю своєчасної підтримки.

Отже, результати дослідження підтверджують високу ефективність психолого-педагогічного супроводу дітей віком до чотирьох років з РАС за умов регулярності занять, комплексності методів, міждисциплінарної взаємодії та активної участі батьків. Раннє втручання дозволяє значно покращити комунікацію, соціальну взаємодію, емоційно-поведінкову регуляцію та ігрову діяльність дітей, впливаючи на траєкторію їхнього подальшого розвитку. В українському контексті це набуває особливої ваги, враховуючи поточне розгортання системи раннього втручання, прийняття нових нормативних актів і поступовий перехід до сімейно-центрованої моделі підтримки. Наступним кроком може стати стандартизація програм супроводу, розроблення протоколів оцінювання функціонального рівня дитини з РАС, впровадження національних рекомендацій, узгоджених із міжнародними стандартами, а також

проведення широкомасштабних досліджень ефективності різних моделей раннього втручання в українських умовах.

Список використаних джерел:

1. Dawson G., Rogers S., Munson J. та ін. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2. Green J., Charman T., McConachie H. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT). *Lancet*. 3. Kasari C., Gulsrud A., Wong C. та ін. (2014). Randomized controlled caregiver-mediated joint engagement intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 4. Mesibov G., Shea V. (2010). The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 5. Pickles A., Le Couteur A., Leadbitter K. та ін. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up. *Lancet*. 6. WHO. (2021). Autism spectrum disorders: Key facts. Geneva: World Health Organization, 7. Zwaigenbaum L., Bauman M., Choueiri R. (2015). Early identification and interventions for autism spectrum disorder. *Pediatrics*.

References:

1. Dawson G., Rogers S., Munson J. та ін. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2. Green J., Charman T., McConachie H. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT). *Lancet*. 3. Kasari C., Gulsrud A., Wong C. та ін. (2014). Randomized controlled caregiver-mediated joint engagement intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 4. Mesibov G., Shea V. (2010). The TEACCH program in the era of evidence-based practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 5. Pickles A., Le Couteur A., Leadbitter K. та ін. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): long-term follow-up. *Lancet*. 6. WHO. (2021). Autism spectrum disorders: Key facts. Geneva: World Health Organization, 7. Zwaigenbaum L., Bauman M., Choueiri R. (2015). Early identification and interventions for autism spectrum disorder. *Pediatrics*.

M. KOZAK. EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN EARLY INTERVENTION SYSTEMS.

The article presents the results of an empirical study on the effectiveness of psychological and pedagogical support for children with autism spectrum disorders (ASD) within the early intervention system. The theoretical foundations of early childhood support are outlined, combining elements of the neuropsychological approach, structured teaching, behavioral technologies, and family-centered interaction. The importance of integrating international evidence-based models (TEACCH, ESDM, PACT, RIT) into the practice of Ukrainian early intervention institutions is highlighted. The empirical study was conducted at an Inclusive Resource Center, the «MediKid» Children's Medical Center, and the Communal Non-Profit Enterprise «Ternopil Regional Center for Child Rehabilitation and Development». The sample included children aged 2 to 4 years with confirmed or probable manifestations of ASD. A set of psychological-pedagogical and behavioral assessment methods was applied, including elements of VB-MAPP, sensory-motor and communicative probes, observation, behavioral analysis, and parent questionnaires. The results of the formative stage demonstrate positive dynamics in the development of joint attention, communication, imitation skills, and play activity, as well as a reduction in behavioral difficulties. The most significant improvements were observed in children whose parents were actively involved in the support programs. Emphasis is placed on the importance of interagency collaboration, early identification, and the implementation of family-centered programs in accordance with modern international recommendations.

Keywords: early intervention, autism spectrum disorders, psychological and pedagogical support, family-centered practices, joint attention, communication, child development.

Подано 27.01.2025

Рекомендовано до друку 05.12.2025