

**Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
Імені Володимира Гнатюка**

Факультет педагогіки і психології

Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

Магістерська робота

**на тему «НАДАННЯ ПОСЛУГИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З
РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА: АНАЛІЗ УКРАЇНСЬКОГО
ТА ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ»**

**Спеціальність:
016 Спеціальна освіта (Інклюзивна освіта)**

Студентки групи зМІО-1_10
Пенцак Софії Михайлівни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:
завідувач кафедри спеціальної
та інклюзивної освіти,
доктор педагогічних наук,
професор
Слозанська Ганна Іванівна

РЕЦЕНЗЕНТ:
завідувач кафедри психології,
логопедії та інклюзивної освіти
Котлова Людмила
Олександрівна
Робота захищена з оцінкою:
Національна шкала _____
Кількість балів: _____
Оцінка: ECTS _____

Анотація

Пенцак С. М. Надання послуги раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру: аналіз українського та зарубіжного досвіду. – Магістерська робота зі спеціальності 016 – Спеціальна освіта. – Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка. – Тернопіль, 2025. – 143 с.

Об'єктом дослідження магістерської роботи є раннє втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра. У роботі проаналізовано науково-теоретичні засади раннього втручання для дітей із РАС, зокрема визначити їхні основні потреби та специфіку розвитку. Досліджено нормативно-правові основи та організаційні засади надання послуги раннього втручання в Україні. Вивчено зарубіжний досвід надання послуги раннього втручання дітям із РАС та визначити найбільш ефективні підходи до її реалізації. Проведено порівняльний аналіз українського та міжнародного досвіду, виокремивши основні виклики та перспективи розвитку послуги раннього втручання в Україні. Розроблено методичні рекомендації щодо вдосконалення системи раннього втручання для дітей із РАС в Україні на основі успішних міжнародних практик.

Ключові слова: раннє втручання, розлади аутистичного спектра, інклюзія, міжнародний досвід, міжвідомча співпраця, стандарти якості, мультидисциплінарна команда, доступність послуг, підтримка родини.

Annotation

Pentsak S. M. Provision of early intervention services for children with autism spectrum disorders: analysis of Ukrainian and foreign experience. – Master's thesis in the specialty 016 – Special education. – Volodymyr Hnatyuk Ternopil National Pedagogical University. – Ternopil, 2025. – 143 p.

The object of the study of the master's thesis is the early intervention service for children with autism spectrum disorders. The work analyzes the scientific and theoretical principles of early intervention for children with ASD, in particular, to determine their basic needs and specifics of development. The regulatory and legal framework and organizational principles of providing early intervention services in Ukraine are studied. Foreign experience in providing early intervention services to children with ASD is studied and the most effective approaches to its implementation are determined. A comparative analysis of Ukrainian and international experience is conducted, identifying the main challenges and prospects for the development of early intervention services in Ukraine. Methodological recommendations have been developed to improve the early intervention system for children with ASD in Ukraine based on successful international practices.

Keywords: early intervention, autism spectrum disorders, inclusion, international experience, interagency cooperation, quality standards, multidisciplinary team, accessibility of services, family support.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	7
1.1. Характеристика розладів аутистичного спектра: причини, особливості та потреби дітей	7
1.2. Концепція та теоретичні засади раннього втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра	23
1.3. Нормативно-правові та організаційні засади надання послуги раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектра	34
Висновки до першого розділу	43
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ НАДАННЯ ПОСЛУГ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА	45
2.1. Підходи до раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектра в різних країнах світу	45
2.2. Порівняння зарубіжних підходів до раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектра	51
2.3. Успішні кейси реалізації програм раннього втручання для дітей із РАС	61
Висновок до другого розділу.....	66
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ І ПОРІВНЯННЯ УКРАЇНСЬКОГО ТА ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ НАДАННЯ ПОСЛУГ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ	69
3.1. Методологія дослідження: обґрунтування аналітичних методів.....	69
3.2. Аналіз статистичних даних та характеристика практичного досвіду надання послуг раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру .	74
3.3. Методичні рекомендації щодо вдосконалення послуг раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру в Україні	81
Висновки до третього розділу	89
ВИСНОВКИ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	96
ДОДАТКИ	104

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Раннє втручання є критично важливим етапом у розвитку дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), оскільки саме в ранньому віці нейропластичність мозку дозволяє досягти значного прогресу в розвитку соціальної, когнітивної та мовленнєвої сфер. Дослідження у галузі нейронауки та спеціальної педагогіки підтверджують, що своєчасна діагностика та втручання можуть суттєво покращити якість життя дітей із РАС та їх сімей, посприяти їхній адаптації у суспільство.

В Україні раннє втручання поступово розвивається. Проте його впровадження стикається з низкою викликів, таких як: недостатня кількість кваліфікованих фахівців, фрагментарність законодавчої бази та обмежений доступ до якісних послуг у регіонах. Водночас у країнах Західної Європи, США, Канаді й Австралії система раннього втручання функціонує як усталена практика, що забезпечує комплексну підтримку дітей з порушеннями психофізичного розвитку та їхніх родин. Досвід цих країн може бути корисним для вдосконалення української моделі раннього втручання, особливо в контексті роботи з дітьми із РАС.

В Україні раннє втручання врегульоване низкою законодавчих актів, які визначають основи інклюзивної освіти, соціального захисту та підтримки дітей з особливими освітніми потребами. Основними нормативно-правовими документами є: Закон України «Про освіту», Закон України «Про дошкільну освіту», Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» та інші.

Питання надання послуги раннього втручання вивчали такі науковці: А. Баришніков [5], Н. Вовчок, М. Кляп [7], Л. Лавріненко [28], О. Мартинчук [32].

Дослідженням особливостей реалізації раннього втручання у роботі з дітьми із РАС займалися такі українські дослідники як: Г. Андрієнко [3], М. Барбера [4], М. Висоцька [6], С. Грінспен, С. Відер [11], М. Козак [23], Л. Луканьова [30], І. Сухіна, І. Риндер, Т. Скрипник [48], Р. Шрам [51] та інші. Теоретико-

методологічні засади раннього втручання для дітей із РАС висвітлені у працях: Г. Андрієнко [3], М. Висоцька [6], Т. Горшкольова [10], Л. Лавріненко [28], Ю. Сидоренко [42], І. Спіріна, Т. Коваленко, Є. Фаузі [46]. Серед зарубіжних науковців питання раннього втручання вивчали: Д. Доусон, Л. Вісмар, С. Роджерс [13], С. Даніолу, Н. Пандіс, Х. Зной [56], Л. Кьогель [58], К. Лайалл [59], А. Нахміас [60], Г. Паско [61], М. Пріор [63] та інші.

Таким чином, більш глибокий аналіз українського та зарубіжного досвідів з реалізації раннього втручання, порівняття отриманих даних дасть можливість виокремити прогресивні ідеї для їх імплементації в Україні та напрацювати рекомендацій щодо їх адаптації до українського контексту. Це є надзвичайно важливими для забезпечення своєчасної допомоги дітям із РАС та підвищення ефективності системи інклюзивної освіти в Україні.

Об’єкт дослідження – раннє втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження – зміст, методи та організаційні аспекти надання послуги раннього втручання дітям із РАС у контексті українського та зарубіжного досвіду.

Мета дослідження – аналіз особливостей надання послуги раннього втручання дітям із розладами аутистичного спектра в Україні та за кордоном задля виокремлення прогресивних ідеї та розробка практичних рекомендацій щодо їх впровадження у вітчизняну систему інклюзивної освіти.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати науково-теоретичні засади раннього втручання у роботі з дітьми з РАС.
2. Дослідити нормативно-правові основи та організаційні засади надання послуги раннього втручання в Україні.
3. Вивчити зарубіжний досвід надання послуги раннього втручання дітям із РАС та визначити найбільш ефективні підходи до її реалізації.

4. Провести порівняльний аналіз українського та міжнародного досвіду, виокремивши основні виклики та перспективи розвитку послуги раннього втручання в Україні.
5. Розробити методичні рекомендації щодо вдосконалення системи раннього втручання для дітей із РАС в Україні на основі успішних міжнародних практик.

Для досягнення поставленої мети у роботі використано такі **методи дослідження**:

Теоретичні методи – аналіз, синтез, узагальнення, порівняння наукової літератури та нормативно-правових документів для визначення сучасних підходів до раннього втручання.

Емпіричні методи – аналіз статистичних даних, вивчення кейсів реалізації програм раннього втручання в різних країнах.

Методи порівняльного аналізу – зіставлення української та зарубіжної практик, виявлення спільних рис і відмінностей у підходах до надання послуг раннього втручання.

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні наукового розуміння ефективних підходів до раннього втручання дітей із РАС та обґрунтуванні можливостей адаптації зарубіжного досвіду до українських реалій.

Практичне значення роботи полягає у розробці рекомендацій для фахівців, що працюють у сфері раннього втручання, щодо покращення послуги раннього втручання в Україні. Результати дослідження можуть бути використані у практиці спеціальних педагогів, психологів, лікарів та інших спеціалістів, залучених до роботи з дітьми із РАС.

Апробація результатів дослідження. Стаття на тему «Концепція та теоретичні засади раннього втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру» (Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Спеціальна та інклюзивна освіта в сучасному вимірі: досвід та інновації» 23–24 жовтня 2025 року).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг становить 149 сторінки, з яких основна частина займає 93 сторінок. Робота містить 6 таблиць, та 1 додаток. Список використаних джерел налічує 72 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Характеристика розладів аутистичного спектра: причини, особливості та потреби дітей

Розлади аутистичного спектра є складними нейророзвитковими порушеннями, що характеризуються стійкими дефіцитами у соціальній комунікації та взаємодії, а також наявністю повторюваної поведінки й обмежених інтересів. Незважаючи на варіативність клінічних проявів, усі особи з РАС мають труднощі у встановленні та підтриманні соціальних контактів, що суттєво впливає на їхнє повсякденне життя [51, с. 122].

Визначення РАС у сучасній науці має кілька підходів. Американська психіатрична асоціація у п'ятому виданні «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-5, 2013) трактує його як спектральне порушення, що охоплює різні клінічні прояви, об'єднані спільними характеристиками. Відповідно до DSM-5, основними критеріями діагностики РАС є стійкі труднощі у соціальній комунікації та обмежена, повторювана поведінка, що проявляються у ранньому віці та суттєво впливають на функціонування дитини. Подібний підхід представлений у «Міжнародній класифікації хвороб» одинадцятого перегляду (МКХ-11, 2022), де РАС розглядається як єдиний діагностичний розлад із зазначенням ступеня його прояву та рівня необхідної підтримки [2, с. 324; 9].

Аналізуючи досліджуване поняття в онтогенезі варто зазначити, що первинно у науковій літературі з'явився термін «аутизм». Історично цей термін був уведений Л. Каннером у 1943 році, коли він описав групу дітей із вираженими труднощами в соціальній взаємодії, мовленнєвими порушеннями та схильністю до стереотипної поведінки. Х. Аспергер у 1944 році виділив категорію дітей, які мали подібні труднощі, але збережений інтелект і розвинене

мовлення, що пізніше отримало назву «синдром Аспергера». С. Барон-Коен у 2000 році запропонував концепцію «теорії розуму», яка пояснює труднощі дітей із РАС у розумінні емоцій, намірів і соціальних сигналів інших людей [37, с. 58].

Термін «розлади аутистичного спектра» з'явився у науковому вжитку наприкінці 20 століття. Коли дослідники почали розглядати аутизм не як єдиний розлад, а як спектр станів із різним ступенем проявів і тяжкості. Остаточно цей термін було закріплено у п'ятому виданні «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів», опублікованому Американською психіатричною асоціацією у 2013 році, де поняття класичного аутизму, синдрому Аспергера та інших подібних станів було об'єднано під спільною назвою «розлади аутистичного спектра». Такий підхід дозволив точніше відобразити різноманітність проявів аутизму та індивідуальні особливості кожної людини [5].

Науковці такі як І. Мойсеєнко, Л. Лавріненко висувають декілька основних теорій виникнення РАС: генетичну, нейробіологічну, імунологічну, метаболічну та екологічну [37, с. 59]. У літературі можна зустріти деякі застарілі теорії, які не знайшли наукового підтвердження. До них належать: психогенна теорія (так звана «теорія холодної матері»), яка стверджувала, що аутизм виникає через емоційну холодність батьків; а також теорії, що пов'язували РАС із вакцинацією (наприклад, міф про зв'язок між аутизмом і вакциною MMR), які були спростовані численними науковими дослідженнями. І. Лавріненко узагальнює основні теорії виникнення РАС та їх основні фактори (див. табл. 1.1) [37, с. 59; 28, с. 87].

Таблиця 1.1

Основні теорії виникнення розладів аутистичного спектру

(за І. Лавріненко)

Теорія	Основна ідея	Основні фактори
Генетична теорія	РАС має спадкову природу, спричинену мутаціями в	Генетичні мутації, спадковість, поліморфізм генів (SHANK3, NRXN1, MECP2 тощо).

	генах, що впливають на розвиток нервової системи.	
Нейробіологічна теорія	Порушення в структурі та функціонуванні головного мозку, аномалії в розвитку нейронних зв'язків.	Аномалії в корі головного мозку, порушення мієлінізації, дисфункція лімбічної системи.
Теорія впливу факторів довкілля	Вплив токсичних речовин, інфекцій або інших факторів довкілля під час вагітності.	Інфекції матері під час вагітності, вплив важких металів, пестицидів, забруднення повітря.
Імунологічна теорія	Дисфункція імунної системи може відігравати роль у розвитку РАС.	Аутоімунні реакції, підвищений рівень запальних маркерів, порушення в роботі мікроглії.
Метаболічна теорія	Порушення в обміні речовин можуть сприяти розвитку РАС.	Дефіцит або дисбаланс нейромедіаторів, мітохондріальна дисфункція.
Психосоціальна теорія (спростована)	Старі гіпотези про «холодних матерів» або неправильне виховання як причину РАС.	Відсутність наукових підтверджень, ця теорія зараз відкинута.

Джерело: [37; 28].

Генетичні фактори є однією з основних причин виникнення РАС. Дослідження показують, що мутації у певних генах (SHANK3, NRXN1, MECP2 та інші) впливають на синаптичну передачу та формування нейронних зв'язків. Спадковий фактор відіграє значну роль: якщо у родині є люди з РАС, ризик народження дитини з таким розладом зростає. Роботи С. Барона-Коена («The Essential Difference: Male and Female Brains and the Truth About Autism», 2003) та К. Гілберга («Autism and Other Neurodevelopmental Disorders» у співавторстві з L. Wing, 1981) підтверджують значний внесок генетики у патогенез РАС [58, с. 3274; 62, с. 937].

Відповідно до нейробіологічної теорії, у людей з РАС спостерігаються порушення в будові та функціонуванні головного мозку. Наприклад, у них може

бути збільшена товщина кори головного мозку або зміни у функціонуванні лімбічної системи, яка відповідає за емоційне реагування. Також фіксуються порушення в розвитку дзеркальних нейронів, що впливають на соціальну взаємодію. Дослідження Е. Курчани («Neural Systems Underlying Theory of Mind in Autism: Functional MRI Evidence», 2006) та М. Герріга («The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders», 2012) вказують на нейронні механізми у формуванні РАС [56, с. 2766].

Фактори довкілля, такі як забруднення повітря, вплив важких металів або вірусні інфекції під час вагітності, можуть підвищувати ризик розвитку РАС. Дослідження, проведені С. Ахерн та Д. Геселлом, зокрема праця С. Ахерн «Prenatal Exposure to Environmental Toxicants and Risk for Autism Spectrum Disorders» (2007), вказують на можливий вплив пестицидів та певних лікарських засобів, які приймає мати під час вагітності. У свою чергу, Д. Геселл у своїх спостереженнях щодо раннього дитячого розвитку («The First Five Years of Life», 1940) звертав увагу на важливість середовищних і фізіологічних чинників. Є припущення, що порушення імунної системи відіграють важливу роль у розвитку РАС. Наприклад, у дітей з РАС виявляють підвищені рівні запальних маркерів або порушення в роботі мікроглії (клітин, що відповідають за імунний захист у мозку). Аутоімунні реакції можуть впливати на нейронні зв'язки, що сприяє розвитку симптомів РАС. Вагомий внесок у розвиток цієї теорії зробили дослідники П. Ешвуд і Д. Ханделер [59, с. 936].

Метаболічна теорія розглядає можливі порушення в обміні речовин, такі як дефіцит нейромедіаторів (наприклад, серотоніну) або мітохондріальна дисфункція. Деякі дослідження показали, що у дітей з РАС є порушення енергетичного обміну в клітинах, зокрема в мітохондріях, що може впливати на роботу мозку. Наприклад, у дослідженні Р. Фрай (Frye, R. E. «Mitochondrial Dysfunction in Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis»), описано характерні мітохондріальні аномалії у дітей з аутизмом. Також у цьому напрямку активно працював Ф. Сельма (Salman, F. «Metabolic

Disorders and Autism Spectrum Disorders: A Possible Link», 2010), який вивчав зв'язки між метаболічними порушеннями та РАС [60, с. 53; 63, с. 30].

Колись існувала гіпотеза, що аутизм викликається емоційною холодністю батьків – так звана теорія «холодної матері» (refrigerator mother theory). Її популяризував Б. Беттельгейм у своїй праці «The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self» (1967). Однак ця теорія згодом була повністю спростована численними науковими дослідженнями, включаючи роботи Б. Рімланда («Infantile Autism: The Syndrome and Its Implications for a Neural Theory of Behavior», 1964), який довів біологічну природу РАС.

Проте сучасні дослідження повністю спростували цю психосоціальну теорію. На сьогодні науковці не пов'язують стиль виховання з виникненням РАС. Провідні психологи, такі як Б. Беттельгейм, ще в середині ХХ століття пропонували цю теорію, але вона була остаточно дискредитована завдяки роботам Б. Рімланда та інших дослідників [65, с. 67].

Теорії, подані вище, допомагають зрозуміти багатофакторну природу РАС. Найбільш вагомими вважаються генетична та нейробиологічна теорії, проте вплив довкілля також може відігравати важливу роль у розвитку цього розладу.

Одним із основних факторів у розумінні причин розвитку розладів аутистичного спектра є роль тригерів – зовнішніх факторів, які можуть активізувати прояви РАС у дітей із вже наявною генетичною чи біологічною схильністю. Це означає, що навіть якщо дитина має певні передумови до розвитку аутизму, його симптоми можуть не проявлятися або бути слабо вираженими, доки не з'явиться певний чинник, який спровокує патологічні процеси [58, с. 50].

Однією з найбільш обговорюваних, але спростованих гіпотез є зв'язок між вакцинацією та розвитком РАС. Попри те, що наукові дослідження не підтверджують цієї теорії, частина батьків пов'язує появу перших симптомів аутизму з періодом вакцинації, що, ймовірно, пояснюється часовим збігом, оскільки саме в цей період найчастіше стають помітними особливості поведінки дитини. Більш обґрунтованими факторами, які можуть відігравати роль тригерів,

є інфекційні захворювання, перенесені матір'ю під час вагітності, які можуть вплинути на розвиток нервової системи плода.

Вірусні та бактеріальні інфекції, такі як краснуха, цитомегаловірус чи токсоплазмоз, можуть спричиняти зміни у формуванні мозкових структур, що згодом можуть стати передумовою до РАС. Цей вплив підтверджується низкою наукових досліджень. Наприклад, Атладоттір у своїй праці «Prenatal Viral Infection and the Risk of Autism Spectrum Disorders: A Review of Human Studies» демонструє зв'язок між перенесеними вірусними інфекціями під час вагітності (зокрема краснухою) та підвищеним ризиком розвитку аутизму в дітей. Щодо цитомегаловірусу, О. Роул у статті «Association between congenital cytomegalovirus infection and autism spectrum disorder: A meta-analysis» зазначає, що пренатальне інфікування ЦМВ може бути асоційоване з розвитком РАС через ураження нейронних структур [56; 57, с. 862].

Щодо токсоплазмозу, хоча прямий зв'язок із аутизмом все ще активно досліджується, Д. Флегр у праці «Congenital Toxoplasmosis and the Risk of Neurodevelopmental Disorders» підкреслює, що інфекція токсоплазмозом може викликати нейрозапальні процеси, які порушують нормальне формування мозку і, ймовірно, впливають на соціальний розвиток дитини. Вагому роль відіграють також пренатальний і перинатальний стреси, пов'язані з сильними емоційними потрясіннями під час вагітності, ускладненими або передчасними пологами, а також станами, що спричиняють гіпоксію – нестачу кисню в мозкових тканинах новонародженого [60, с. 1204].

Значна увага приділяється впливу токсичних речовин, зокрема важких металів, пестицидів і забрудненого повітря, які можуть порушувати нормальний розвиток нервової системи, особливо у внутрішньоутробному періоді.

Деякі дослідження свідчать про зв'язок між порушеннями в роботі імунної системи та ризиком розвитку аутизму, оскільки у дітей з РАС часто виявляють підвищену запальну активність або навіть аутоімунні реакції, що впливають на роботу нейронів і формування міжнейронних зв'язків. У дослідженні М. Робінсон-Аграмонте, Е. Гарсія, Х. Фрага Герра «Immune Dysregulation in

Autism Spectrum Disorder: What Do We Know about It?» (2022) автори аналізують роль імунної дисфункції у розвитку РАС, зокрема вплив цитокінів, хемокінів та аутоантитіл на нейророзвиток. Інше дослідження І. Валсамми «Autoimmunity in Autism Spectrum Disorders» (2011), вказує на підвищені рівні прозапальних цитокінів, таких як TNF- α , IL-6 та IFN- γ , у мозковій тканині пацієнтів з РАС, що свідчить про наявність локального запалення та можливу участь аутоімунних процесів у патогенезі РАС. У статті Х. Хьюз, Р. Морено, П. Ешвуд «Innate immune dysfunction and neuroinflammation in autism spectrum disorder (ASD)» (2023) розглядається активація мікроглії та підвищена продукція цитокінів як фактори, що сприяють нейрозапаленню у пацієнтів з РАС. Окрім цього, зростає кількість наукових даних щодо можливого впливу кишкової мікрофлори на формування поведінкових особливостей, пов'язаних із РАС. Дисбаланс у складі мікробіоти може впливати на рівень нейромедіаторів, таких як серотонін, і сприяти появі когнітивних та емоційних порушень [43, с. 256].

Таким чином, тригери не є самостійними причинами аутизму, однак вони можуть стати визначальними чинниками у тому, наскільки яскраво проявляться симптоми розладу в дитини. Це підтверджує мультифакторну природу РАС, де поєднання генетичних особливостей та зовнішніх впливів визначає індивідуальний перебіг розвитку розладу.

Діагностичні критерії РАС у сучасних медичних класифікаціях ґрунтуються на двох основних сферах порушень. Перша з них включає дефіцити соціальної комунікації та взаємодії, що проявляються у труднощах встановлення контактів, відсутності спонтанного емоційного реагування, обмеженій невербальній експресії, а також труднощах у розумінні соціальних контекстів. Друга сфера охоплює обмежену та повторювану поведінку, зокрема стереотипні рухи, фіксовані інтереси, ригідність у поведінкових стратегіях та сенсорні особливості. У DSM-5 також зазначено рівні підтримки, які необхідні дитині або дорослому для адаптації до соціального середовища. Водночас МКХ-11 робить акцент на супутніх когнітивних і мовленнєвих порушеннях, що дозволяє розглядати РАС у контексті більшої індивідуальної варіативності [9].

Поширеність РАС у світі має тенденцію до зростання, що пояснюється як покращенням діагностики, так і підвищеною обізнаністю щодо цього розладу. Згідно з даними Центру контролю та профілактики захворювань США (CDC, 2023), частота РАС серед дітей становить приблизно один випадок на 36, що свідчить про значне зростання у порівнянні з попередніми десятиліттями. У країнах Європейського Союзу рівень поширеності коливається в межах одного випадку на 89–100 дітей, залежно від країни та методів обліку. В Австралії згідно з даними Australian Bureau of Statistics (2021) поширеність РАС становить приблизно один випадок на 70 осіб. В Україні офіційна статистика щодо дітей із РАС є обмеженою, однак за оцінками фахівців, розлад діагностується у приблизно одного відсотка дитячого населення. Водночас значна частина випадків може залишатися нерозпізнаною через недосконалість системи ранньої діагностики та нестачу спеціалізованих фахівців [58, с. 50].

Розглядаючи дослідження М. Козак, можна також зазначити, що РАС частіше діагностується у хлопчиків, ніж у дівчаток, приблизно у співвідношенні 4:1. Водночас, останні дослідження вказують на те, що дівчата з аутизмом можуть мати інші прояви, що ускладнює їхню своєчасну діагностику [23, с. 94].

На думку дослідниці Т. Горшкальнової розлади аутистичного спектра є складними нейророзвитковими порушеннями, що виникають унаслідок взаємодії генетичних, нейробиологічних та зовнішніх чинників. Хоча точні причини їхнього розвитку досі повністю не з'ясовані, сучасні дослідження свідчать про багатофакторну природу аутизму, що поєднує спадкові особливості, порушення функціонування нервової системи та вплив навколишнього середовища [10, с. 215].

Генетичні дослідження К. Салліван, В. Стоун, Г. Доусон підтверджують значний вплив спадкових факторів на розвиток РАС. Дослідження близнюків, Л. Кутер, Я. Готтесман, П. Болтон «Аутизм як глибоко генетичний розлад: докази британського дослідження близнюків» показали, що якщо один із монозиготних близнюків має РАС, ймовірність його розвитку у другого становить від 70% до 90%, що значно перевищує аналогічний показник у

дизиготних близнюків. Крім того, сучасні молекулярно-генетичні дослідження М. Пріор виявили численні мутації у генах, що беруть участь у формуванні синаптичних зв'язків, функціонуванні нейронних мереж та регуляції експресії інших генів, пов'язаних із розвитком мозку. Зокрема, серед генів, що часто асоціюються з РАС, виділяють SHANK3, CHD8, SCN2A, MECP2, які беруть участь у формуванні міжнейронних з'єднань та регуляції активності нейронів. Деякі з цих мутацій є спадковими, тоді як інші виникають спонтанно (мутації *de novo*) під час раннього ембріонального розвитку. Важливу роль відіграють також епігенетичні механізми, які впливають на експресію генів під дією факторів навколишнього середовища. Наприклад, порушення процесу метилювання ДНК або модифікації гістонів може змінювати активність генів, що беруть участь у розвитку нервової системи, що, своєю чергою, може збільшувати ризик розвитку РАС [64, с. 2921; 63].

Нейробиологічні дослідження К. Салліван, В. Стоун, Г. Доусон свідчать про значні структурні та функціональні зміни у мозку дітей із РАС. Однією з найбільш досліджуваних особливостей є макроцефалія, тобто збільшений об'єм головного мозку в ранньому дитинстві. Дослідження показали, що у деяких дітей із РАС у перші роки життя спостерігається надмірний ріст головного мозку, що, можливо, пов'язано з порушенням механізмів синаптичного дозрівання та елімінації зайвих нейронних зв'язків. Однак у старшому віці відзначається певне зменшення об'єму сірої речовини в корі головного мозку, особливо у лобових і скроневих частках, що впливає на соціальні та комунікативні навички [64, с. 2923].

Крім генетичних і нейробиологічних аспектів, значну роль у розвитку РАС відіграють фактори навколишнього середовища. Пренатальні та перинатальні ризики, такі як інфекційні захворювання матері під час вагітності, гіпоксія плода, ускладнення під час пологів та передчасне народження, можуть збільшувати ймовірність розвитку цього розладу. Дослідження О. Аль-Мраят також свідчать, що вік батьків може впливати на ризик РАС: зокрема, у дітей, народжених від

батьків старшого віку, частіше спостерігаються мутації *de novo*, які можуть впливати на розвиток нервової системи [1, с. 4].

Однією з можливих гіпотез є вплив дефіциту фолієвої кислоти під час вагітності, який може перешкоджати нормальному розвитку нервової трубки та збільшувати ризик РАС у дітей, на цьому акцентує увагу М. Висоцька у своїй праці «Особливості діагностики дітей з розладами аутистичного спектра у ранньому віці». Водночас екологічні фактори, такі як забруднення повітря, дія важких металів або пестицидів, також розглядаються як потенційні тригери, що можуть взаємодіяти з генетичною схильністю до РАС. Однак прямий причинно-наслідковий зв'язок між цими чинниками та аутизмом ще потребує подальших досліджень. Сучасні гіпотези щодо походження РАС акцентують на тому, що цей розлад є наслідком дисбалансу між локальними та глобальними нейронними мережами у мозку. Відповідно до цієї концепції, у дітей із РАС спостерігається надмірний розвиток локальних зв'язків, що зумовлює підвищену увагу до деталей, водночас із дефіцитом глобальної когнітивної інтеграції, що ускладнює сприйняття соціальних контекстів. Інша перспективна теорія пов'язує РАС із хронічним запаленням у центральній нервовій системі. Дослідження виявили підвищений рівень цитокінів у спинномозковій рідині дітей із РАС, що може свідчити про активні нейрозапальні процеси, які впливають на функціонування мозку [6, с. 243].

Розлади аутистичного спектра супроводжуються специфічними порушеннями у розвитку, що охоплюють різні сфери життя дитини, зокрема комунікацію, соціальну взаємодію, поведінкові прояви, сенсорну чутливість та навчальну діяльність. Хоча симптоматика може варіюватися залежно від рівня розвитку інтелекту та ступеня вираженості порушень, загальні характеристики аутизму мають спільні риси, що визначають труднощі адаптації дітей із РАС у суспільстві [12, с. 16].

Дослідниця С. Лебедева зазначає, що розлади аутистичного спектра впливають на соціальну взаємодію, комунікацію, поведінку та психічні процеси. Діти з РАС мають особливості у сприйнятті світу, що впливає на розвиток їхніх

психічних процесів, таких як пам'ять, мислення, мовлення, увага та сприйняття. У табл. 1.2 представлено особливості розвитку психічних процесів у дітей з РАС [29, с. 218; 30, с. 113].

Таблиця 1.2

Особливості розвитку психічних процесів у дітей з РАС

Психічний процес	Особливості у дітей з РАС
Пам'ять	Переважно добре розвинена механічна пам'ять; труднощі з логічним запам'ятовуванням; вибірковість у запам'ятовуванні інформації.
Мислення	Нерівномірний розвиток; переважання конкретного мислення над абстрактним; труднощі з узагальненням та перенесенням знань на нові ситуації.
Мовлення	Варіативність розвитку: від повної відсутності мовлення до функціональної мови; ехолоалія; труднощі з розумінням переносного значення слів.
Увага	Знижена здатність до довільної уваги; надмірна фіксація на окремих деталях; труднощі з перемиканням уваги.
Сприйняття	Гіпер- або гіпочутливість до сенсорних стимулів (звуків, світла, текстур, запахів); фрагментарне сприйняття реальності; труднощі з інтеграцією сенсорної інформації.

Таким чином, діти з розладами аутистичного спектра мають специфічні особливості розвитку психічних процесів, що впливає на їхню адаптацію до соціального середовища. Для ефективного навчання та розвитку таких дітей необхідно враховувати їхні сильні сторони та труднощі, адаптувати освітні та корекційні підходи, створювати сприятливі умови для комунікації, навчання та самовираження.

Дослідниця Л. Луканьова наголошує на тому, що однією з основних особливостей розвитку дітей із РАС є порушення комунікації та мовленнєвого розвитку. У багатьох випадках мовлення або розвивається із затримкою, або відсутнє повністю, що ускладнює можливість взаємодії з оточенням. Діти з аутизмом часто не використовують мовлення як основний засіб спілкування, а

якщо й розмовляють, то їхнє мовлення може мати ехолалічний характер, тобто містити повторювання почутих фраз без розуміння їхнього змісту. Крім того, у дітей з РАС можуть бути порушені просодичні характеристики мовлення: вони говорять монотонно, з неправильною інтонацією або неприродним темпом. Дослідження свідчать, що навіть ті діти, які формально володіють мовленням, часто мають труднощі з розумінням метафор, сарказму, невербальних підказок у розмові, що знижує ефективність їхньої комунікації [30, с. 113].

Соціальна взаємодія є ще однією сферою, у якій спостерігаються значні труднощі. Діти з РАС зазвичай не проявляють типових для свого віку навичок соціальної взаємодії, зокрема можуть не підтримувати зоровий контакт, не відповідати на своє ім'я, уникати фізичного контакту. Вони також можуть демонструвати знижену здатність до спільної уваги, що означає труднощі у сприйнятті предметів або подій, на які вказує дорослий. Згідно з теорією «теорії розуму» Барона-Коена (2000), діти з аутизмом мають труднощі у розумінні намірів, почуттів та переконань інших людей, що робить для них складним процес встановлення та підтримки соціальних зв'язків. Внаслідок цього вони рідко ініціюють контакти з однолітками, а у грі віддають перевагу предметам перед взаємодією з іншими дітьми [56, с. 1278].

Аналізуючи роботу М. Барбера можна зазначити, що поведінкові характеристики дітей із РАС також мають специфічні особливості, серед яких однією з найвиразніших є стереотипна поведінка. Вона може проявлятися у вигляді повторюваних рухів (розмахування руками, розгойдування тілом, крутіння предметів), фіксованих ритуалів або гіперфокусованих інтересів. Діти з РАС часто виявляють підвищену чутливість до змін у рутині: навіть незначне порушення звичного порядку може спричинити у них стресову реакцію. Деякі діти можуть захоплюватися незвичними або вузькоспеціалізованими темами, наприклад, запам'ятовувати номери автомобілів, дати історичних подій або деталі будови механізмів, причому ці інтереси можуть бути дуже інтенсивними, але вузькоспрямованими [4, с. 165].

Сенсорні особливості є ще одним характерним аспектом розвитку дітей із РАС. Деякі діти мають підвищену або знижену чутливість до звуків, світла, текстур, запахів, температури. Наприклад, вони можуть реагувати на певні звуки надмірно емоційно, закриваючи вуха руками, або ж, навпаки, не звертати увагу на гучні шуми. Візуальні та тактильні подразники також можуть викликати у них дискомфорт або, навпаки, бути надзвичайно привабливими, що пояснює прагнення деяких дітей із РАС дивитися на обертові предмети, торкатися різних поверхонь або нюхати незвичні матеріали [51, с. 53].

У сфері навчання діти з РАС демонструють значну індивідуальну варіативність, зазначає Д. Шульженко. Одні діти мають виражені труднощі з концентрацією уваги, виконавчими функціями та навичками саморегуляції, що ускладнює їхню адаптацію до традиційної системи навчання. Інші, навпаки, можуть мати високий рівень інтелектуальних здібностей у певних сферах, наприклад, у математиці, музиці чи образотворчому мистецтві. Це зумовлено нерівномірним когнітивним розвитком, при якому одні функції значно випереджають інші. Також у дітей із РАС може бути порушене розуміння абстрактних понять, труднощі з переходом від однієї діяльності до іншої, потреба у чітко структурованій інформації [54, с. 247].

Аналізуючи дослідження С. Сільберман, можна зазначити, що залежно від рівня розвитку мовлення, когнітивних здібностей і самостійності дітей із РАС умовно поділяють на дві групи: високофункціональний та низькофункціональний аутизм. Високофункціональні діти мають збережений інтелект, а інколи навіть високий рівень аналітичного мислення, але при цьому відчують труднощі у соціальній взаємодії та адаптації до суспільних норм. Вони можуть демонструвати повторювані інтереси, унікальний стиль мислення та надзвичайну увагу до деталей, що в окремих випадках дозволяє їм досягати високих результатів у специфічних професіях. Водночас низькофункціональні діти мають серйозні труднощі не лише у соціальному, а й у когнітивному розвитку, можуть бути повністю невербальними або потребувати постійної підтримки у повсякденному житті [43, с. 255].

Л. Лавріненко зазначає, що розлади аутистичного спектра значною мірою впливають на адаптацію дитини до соціального середовища, її комунікативні здібності та навчальні можливості. У зв'язку з цим діти з РАС у ранньому віці мають низку специфічних потреб, які необхідно враховувати для забезпечення їхнього гармонійного розвитку та соціалізації [28, с. 67].

Розглядаючи дослідження І. Спіріної, Т. Коваленко та Є. Фаузі можна виділити, що однією з найважливіших потреб є своєчасна діагностика та раннє втручання. Дослідження свідчать, що чим раніше виявляється РАС і починається відповідна корекційна робота, тим кращих результатів можна досягти в розвитку дитини. Однак діагностика РАС у ранньому віці залишається складною, оскільки перші симптоми можуть бути неочевидними або маскуватися під особливості індивідуального розвитку. Відомо, що діти з РАС рідше встановлюють зоровий контакт, не реагують на власне ім'я, демонструють відсутність спільної уваги та мають труднощі в імітації поведінки дорослих. Вчасне виявлення цих ознак дозволяє розпочати корекційну роботу ще у дошкільному віці, що значно підвищує шанси на покращення соціальних і комунікативних навичок [46, с. 89].

Дослідники Т. Скрипник та С. Беляк зауважували, що не менш важливою є підтримка розвитку комунікативних і соціальних навичок, які у дітей із РАС формуються з відчутним відставанням або потребують спеціальних методів навчання. Оскільки діти з аутизмом мають труднощі з розумінням невербальної комунікації, емоційного стану співрозмовника та соціальних правил взаємодії, необхідно використовувати спеціальні стратегії розвитку комунікації. Одним із ефективних підходів є застосування альтернативної і додаткової комунікації (AAC), зокрема карткової системи PECS (Picture Exchange Communication System), яка дозволяє дітям, що не говорять, висловлювати свої потреби за допомогою зображень. Також ефективними є програми навчання соціальних історій, які допомагають дітям із РАС зрозуміти логіку соціальних ситуацій і реагувати на них більш адекватно [45, с. 70].

Важливим аспектом у роботі з дітьми з РАС є використання спеціальних методик навчання та корекційних програм, які враховують особливості їхнього

сприйняття інформації та обробки сенсорних стимулів, зазначає О. Аль-Мрят. Р. Шрам відзначає, що однією з найбільш визнаних методик є прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА), який базується на позитивному підкріпленні бажаної поведінки та поступовому формуванні нових навичок. Також ефективними є методики ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children), які передбачають структуроване навчання, що враховує візуальні підказки та чіткий розклад для дитини, що допомагає їй краще орієнтуватися у середовищі та зменшує рівень тривожності [1, с. 5; 52, с. 45].

Створення інклюзивного та адаптованого середовища для дітей із РАС є ще одним ключовим завданням, яке сприяє їхній соціалізації та комфортному перебуванню у навчальних закладах, на цьому наголошує С. Лебедева. Для цього важливо забезпечити зручні просторові умови, зменшити вплив подразників (яскравого світла, гучних звуків), передбачити наявність зон відпочинку та сенсорних кімнат. Важливим елементом інклюзії є також підготовка педагогів і персоналу до роботи з дітьми з РАС, що включає навчання методикам комунікації, стратегіям поведінкової підтримки та індивідуального підходу до кожного учня [29, с. 218].

На думку Т. Горшкальової роль сім'ї у підтримці розвитку дитини з аутизмом є фундаментальною, оскільки саме батьки проводять з дитиною найбільше часу та можуть сприяти її адаптації до соціального життя. Батьки повинні отримувати належну інформаційну підтримку щодо особливостей розвитку дітей із РАС, методів корекції та можливостей залучення до терапевтичних програм. Важливим є залучення сім'ї до терапевтичного процесу: дослідження показують, що коли батьки активно беруть участь у навчанні та соціалізації дитини, результати корекційної роботи є значно ефективнішими. Окрім того, сім'ї, які виховують дітей із РАС, потребують психологічної підтримки, оскільки догляд за дитиною з особливими потребами може бути пов'язаний із високим рівнем стресу, емоційного вигорання та соціальної ізоляції [10, с. 325].

Отже, розлади аутистичного спектра є складними нейророзвитковими порушеннями, що характеризуються дефіцитами у соціальній взаємодії, комунікації та наявністю повторюваної поведінки. Сучасні наукові дослідження підтверджують багатофакторну природу цього розладу, зумовлену поєднанням генетичних, нейробіологічних та зовнішніх чинників. Високий рівень спадковості РАС підтверджується результатами генетичних досліджень, які вказують на значний вплив мутацій у генах, відповідальних за формування нервових зв'язків, а також на можливу роль епігенетичних механізмів. Зміни у структурі та функціонуванні головного мозку, такі як аномалії розвитку білої речовини, макроцефалія у ранньому віці та дисбаланс нейромедіаторних систем, відіграють важливу роль у порушенні когнітивного розвитку та поведінкових особливостей дітей із РАС. Водночас зовнішні фактори, такі як пренатальні ускладнення, вплив токсинів, інфекції під час вагітності та підвищений вік батьків, також можуть підвищувати ризик розвитку цього розладу. Діти з аутизмом мають значні труднощі у комунікації, часто демонструють ехолалічне мовлення, порушення соціальної взаємодії та обмежені інтереси, що значно ускладнює їхню адаптацію до середовища. Крім того, вони можуть мати специфічні сенсорні особливості, підвищену тривожність і труднощі в навчанні, що потребує використання спеціальних методик корекції та навчання. Враховуючи особливості розвитку дітей із РАС, критично важливим є раннє виявлення цього розладу та застосування ефективних підходів до раннього втручання, що сприятиме покращенню комунікативних і соціальних навичок. Для забезпечення повноцінного розвитку дітей із РАС необхідно створювати інклюзивне середовище, впроваджувати адаптовані освітні програми та активно залучати батьків до процесу корекційної роботи. Тільки комплексний міждисциплінарний підхід, що поєднує медичну, педагогічну та соціальну підтримку, дозволить досягти максимальної ефективності у навчанні, соціалізації та покращенні якості життя дітей із РАС.

1.2. Концепція та теоретичні засади раннього втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра

Концепція раннього втручання як цілісного підходу до підтримки дітей з порушеннями розвитку та їхніх сімей сформувалася на основі багаторічних досліджень у галузях медицини, психології, педагогіки та соціальної роботи. Її становлення відбувалося поступово, спираючись на розуміння важливості перших років життя для подальшого розвитку дитини. Відповідно до теорії критичних періодів розвитку розвиненої сучасними нейропсихологами, раннє втручання має вирішальне значення, оскільки саме в цей період мозок дитини демонструє високу пластичність, що дозволяє компенсувати певні труднощі та розвинути необхідні навички [3, с. 410].

У науковій літературі поняття раннього втручання розглядається з різних підходів. Так, на думку М. Баришнікова, раннє втручання – це система координованих послуг, спрямованих на підтримку розвитку дітей із порушеннями або ризиком їх виникнення, а також на посилення спроможності родин задовольняти особливі потреби дитини. Учений наголошує, що головним принципом такого підходу є міждисциплінарність і партнерство між фахівцями та сім'єю [5, с. 238].

Інший підхід подають Д. Доусон, Л. Вісман та С. Роджерс, які розглядають раннє втручання як процес систематичного навчання і терапії, що має на меті формування базових комунікативних, соціальних і когнітивних навичок у дітей раннього віку. За його переконанням, чим раніше розпочинається корекційна робота, тим вищою є її ефективність завдяки нейропсихологічній пластичності мозку дитини [13, с. 143].

На думку І. Сухіної, І. Риндер, Т. Скипник раннє втручання є не лише педагогічним чи медичним впливом, а комплексною соціальною послугою, що поєднує роботу різних спеціалістів: психологів, логопедів, соціальних працівників і лікарів, задля підтримки розвитку дитини та зміцнення ресурсу сім'ї [48, с. 54].

Отже, узагальнюючи різні наукові підходи, можна визначити, що раннє втручання – це цілісна система підтримки дітей раннього віку (зазвичай від народження до трьох або п'яти років), які мають порушення розвитку чи ризик їх виникнення, а також їхніх сімей. Вона поєднує медичні, психологічні, педагогічні та соціальні послуги, спрямовані на виявлення, оцінювання та компенсацію труднощів розвитку дитини якомога раніше. У межах цієї системи реалізуються програми індивідуальної допомоги, що включають консультації для батьків, корекційно-розвивальні заняття, терапевтичну підтримку, соціальний супровід і навчання родини ефективним стратегіям взаємодії з дитиною.

Перші спроби системної допомоги дітям із порушеннями розвитку з'явилися ще в середині ХХ століття у США та Західній Європі. У 1960-х роках на тлі соціальних змін, зокрема після прийняття у США закону «Про освіту для всіх дітей-інвалідів» (Education for All Handicapped Children Act, 1975), почали розвиватися програми, спрямовані на інтеграцію дітей з особливими потребами в суспільство. Дослідження Дж. Брунера, який довів важливість соціального середовища для когнітивного розвитку дитини, стали основою для формування підходів до раннього втручання, орієнтованих на активну взаємодію між дитиною та її оточенням (Bruner, 1966). У цей період також активно розвивався біхевіористичний напрямок у психології, зокрема прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА), який став фундаментом для подальших методик ранньої корекції РАС [58, с. 50].

У 1980–1990-х роках раннє втручання стало невід'ємною частиною державних соціальних і освітніх програм у багатьох розвинених країнах. У США було впроваджено федеральну програму «Individuals with Disabilities Education Act» (IDEA, 1990), яка передбачала забезпечення ранньої діагностики та підтримки дітей із порушеннями психофізичного розвитку. У цей самий період у країнах Західної Європи, зокрема у Великій Британії, Швеції та Німеччині, почали розроблятися інтегровані моделі підтримки дітей раннього віку, що поєднували медичні, соціальні та освітні підходи. Особливу роль у розвитку

програм раннього втручання відіграли дослідження Л. Грінспена та С. Вайдер, які запропонували концепцію DIR/Floortime, орієнтовану на стимулювання емоційного розвитку дитини через гру. У цей період було також розроблено модель TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children), що акцентувала увагу на структурованому навчанні та адаптації середовища до потреб дітей із розладами аутистичного спектра [11, с. 367].

Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом за Т. Скрипник є цілісною системою допомоги, що базується на родинно-орієнтованому підході та міждисциплінарній співпраці фахівців. Вона спрямована на своєчасне виявлення порушень розвитку, психологічну підтримку сім'ї та створення сприятливого середовища для розвитку дитини. Основна мета моделі полягає в ефективному подоланні, корекції та компенсації відхилень у розвитку дитини з перших років життя [41, с. 78].

Модель раннього втручання передбачає три основні організаційні етапи:

1. Скринінг дітей – виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги, та їх направлення до служби ранньої допомоги.

2. Реалізація програм ранньої допомоги – міждисциплінарна оцінка розвитку дитини, проведення диференційної діагностики, розробка індивідуальних програм розвитку, робота з родиною та дитиною.

3. Перехід дитини до дошкільної установи – підбір відповідного закладу, підготовка команди фахівців, передача документації та супровід дитини під час адаптації.

Теоретичною основою моделі є екологічна теорія розвитку, що розглядає дитину в контексті сімейних і соціальних відносин. Згідно з цією теорією, розвиток відбувається через формування систем різного рівня, що взаємодіють між собою. Інтервенція може здійснюватися на будь-якому рівні системи, а зміни на одному рівні впливають на інші (Jr. D.V. Bailey, J. Mickael Guralnick). Модель спирається на системний підхід, що забезпечує комплексний погляд на розвиток

дитини та інтегрує медичний, соціальний і психолого-педагогічний супровід [41, с. 80].

Функціонування системи раннього втручання передбачає міжвідомчу взаємодію різних фахівців, включаючи лікарів, психологів, педагогів, логопедів, соціальних працівників. Важливим аспектом є виявлення потенціалу дитини та формування індивідуалізованих програм розвитку, що максимально враховують її потреби. Основні характеристики моделі включають соціальну спрямованість, комплексність, ціннісно-орієнтований підхід, цілісність та здатність до саморозвитку і саморегуляції.

Раннє втручання передбачає наступні ключові компоненти:

- Діагностика – розпізнавання та оцінка відхилень у розвитку дитини, аналіз сімейного середовища та визначення реабілітаційного потенціалу.

- Міждисциплінарний супровід – надання допомоги через командну роботу спеціалістів.

- Оптимізація сімейного середовища – підтримка родини, психологічний коучинг для батьків.

- Профілактика вторинної патології – запобігання подальшому ускладненню розвитку дитини.

Комплекс послуг системи раннього втручання охоплює кілька важливих напрямів. Насамперед, це інформування батьків щодо особливостей розвитку дитини та можливих стратегій корекції, що допомагає їм краще розуміти потреби своєї дитини. Важливим етапом є розробка індивідуальних рекомендацій та програм, які враховують особливості кожної дитини та спрямовані на її розвиток. Також передбачено залучення дитини до навчальних і реабілітаційних програм, що сприяють її адаптації та соціалізації. Велика увага приділяється психологічній підтримці та корекції сімейних відносин, що допомагає створити сприятливу атмосферу в родині. Окрім цього, система раннього втручання забезпечує організацію взаємодії батьків з іншими родинами та установами, що сприяє обміну досвідом і формуванню ефективних стратегій підтримки [41, с. 78].

Таким чином, психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом створює ефективну систему підтримки, що забезпечує раннє виявлення, своєчасну допомогу та соціальну адаптацію дитини. Вона орієнтована на всебічний розвиток дитини через активне залучення сім'ї, використання індивідуальних ресурсів та створення сприятливого освітнього та соціального середовища.

Починаючи з 2000-х років, програми раннього втручання активно поширювалися у світовій практиці, стаючи частиною державної політики щодо дітей з особливими освітніми потребами. Одним із найвпливовіших підходів, розроблених у цей період, стала Денверська модель раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM), яка поєднує поведінкові та розвиткові стратегії для стимулювання соціальної взаємодії та мовленнєвих навичок у дітей із РАС [13, с. 238].

Денверська модель раннього втручання (ESDM) – це науково обґрунтований підхід для дітей із порушеннями розвитку, зокрема з аутизмом. Вона базується на принципах натуральної терапії, яка передбачає навчання в природному середовищі: під час спілкування, ігор, догляду за собою тощо.

Головна ідея моделі – не змінювати дитину, а адаптувати систему навчання й соціального середовища під її особливості. Важливу роль у цьому процесі відіграє дорослий (педагог, тьютор, психолог, батьки), який має бути активним учасником взаємодії, сприяти розвитку навичок та підтримувати ініціативу дитини. У табл. 1.3 представлено основні принципи Денверської моделі, що допомагають ефективно працювати з дітьми з особливими освітніми потребами [13, с. 256].

Таблиця 1.3

Основні принципи Денверської моделі, що допомагають ефективно працювати з дітьми з ООП

№	Принцип	Опис
1	Натуральна терапія	Навчання відбувається в природних ситуаціях: під час ігор, прийомів їжі, щоденних рутин.

2	Орієнтація на сенси	Дітям з ООП допомагають вибудовувати структуру сенсів, необхідних для розуміння світу.
3	Контакт і соціальна взаємодія	Головне завдання – навчити дитину взаємодіяти з людьми, а не лише реагувати на предмети.
4	Відповідність рівню розвитку дитини	Завдання та вправи підбирають відповідно до зони найближчого розвитку.
5	Дорослий як модель поведінки	Дитина вчиться через наслідування дорослих, тому важливо демонструвати правильні поведінкові реакції.
6	Підкріплення ініціативи дитини	Варто звертати увагу на будь-які спроби комунікації й підтримувати їх без оцінки «правильно» чи «неправильно».
7	Якість взаємодії	Навчання відбувається через спільну діяльність, діалог і чергування ролей у процесі.
8	Залучення до процесу	Дитина має бути активним учасником навчання: ставити запитання, вносити пропозиції, отримувати відповідь на свої дії.
9	Свобода вибору	Дитині дають можливість обирати між завданнями або форматами виконання.
10	Вплив на мотивацію	Використання цікавих і знайомих контекстів, що допомагають дитині легше засвоювати нові знання.
11	Чутливість дорослого до сигналів дитини	Дорослий має реагувати на невербальні та вербальні прояви дитини, підтримувати її емоційно.
12	Використання принципу «+1»	Поступове ускладнення мовлення та завдань: додавання одного слова або нового елемента до вже знайомого матеріалу.
13	Поетапне навчання	Складні навички розбиваються на простіші кроки. Наприклад, перед тим як навчитися писати букву “Я”, дитина вчиться малювати її елементи окремо.
14	Принцип «Спочатку – потім»	Використовується для мотивації дитини: спочатку виконуємо завдання, потім переходимо до бажаної діяльності.
15	Чіткість інструкцій	Завдання формулюють просто й конкретно, доповнюючи візуальними підказками, якщо потрібно.
16	Чергування нового та знайомого	Щоб уникнути перевантаження, нові знання вводять поступово, поєднуючи їх із вже засвоєними.

17	Командна робота	Виховання та розвиток дитини мають здійснюватися в співпраці вчителів, тьюторів, психологів та батьків. Учитель не може самостійно покривати всі потреби дитини.
----	-----------------	--

Таким чином, Денверська модель раннього втручання – це майбутнє інклюзії. Вона змінює не лише дитину, а й систему освіти та підхід до навчання. Головна ідея – створити умови, за яких дитина з ООП може засвоювати знання так само, як і нейротипові діти, але з урахуванням її особливостей.

Застосування цих принципів у педагогічній практиці допоможе вчителям, асистентам і психологам ефективніше працювати з дітьми, сприяти їхньому розвитку та соціалізації. Важливо пам'ятати: успіх у навчанні залежить не лише від дитини, а й від готовності дорослих змінювати підходи та будувати взаємини на основі довіри та підтримки.

В Україні розвиток системи раннього втручання розпочався значно пізніше, і до сьогодні ця сфера перебуває на стадії активного впровадження. Перші пілотні проєкти у цій галузі з'явилися лише у 2010-х роках у межах міжнародної співпраці та ініціатив громадських організацій. Важливим кроком стало прийняття у 2017 році «Концепції розвитку раннього втручання в Україні», що визначила основні засади надання допомоги дітям із порушеннями розвитку та їхнім сім'ям [24, с. 59].

Загалом, впровадження раннього втручання у систему допомоги дітям із РАС стало відповіддю на потребу забезпечення якісної підтримки у перші роки життя, коли можливості корекції є найбільш ефективними. Сучасні наукові дослідження таких дослідників, як А. Нахміас, підтверджують, що чим раніше розпочинається втручання, тим більший прогрес спостерігається у розвитку комунікативних, соціальних та когнітивних навичок у дітей із РАС [60, с. 1200].

Дослідник А. Баришников зазначає, що раннє втручання для дітей із розладами аутистичного спектра ґрунтується на різних наукових підходах, які спрямовані на корекцію поведінкових, когнітивних та соціальних порушень. Кожен із цих підходів базується на певних теоретичних засадах і застосовується

з урахуванням індивідуальних потреб дитини, рівня її розвитку та особливостей сімейного середовища. У сучасній практиці раннього втручання використовуються біхевіористичні, розвиткові, соціально-орієнтовані та комплексні мультидисциплінарні моделі, кожна з яких має свою ефективність у роботі з дітьми із РАС [5, с. 378].

Одним із найпоширеніших наукових підходів є біхевіористичний напрям, основу якого становить прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА). Ця методика розвинулася на основі досліджень Б. Скіннера та його теорії оперантного навчання, згідно з якою поведінку можна коригувати шляхом позитивного та негативного підкріплення. У рамках АВА-терапії дитині послідовно формують соціальні, комунікативні та навчальні навички через використання спеціальних технік, таких як розбиття завдань на малі кроки, стимулювання бажаної поведінки та гальмування небажаних реакцій. Ряд досліджень підтверджують високу ефективність АВА у покращенні мовленнєвих навичок, здатності до навчання та соціальної адаптації дітей із РАС. Основним недоліком цього підходу є його значна структурованість і необхідність постійного контролю з боку терапевта, що може обмежувати спонтанність та ініціативність дитини [53, с. 167].

Крім класичних біхевіористичних підходів, значного поширення набули директивні та недирективні методи раннього втручання. Одним із ключових принципів ESDM є вбудовування терапевтичних елементів у повсякденну діяльність, що дозволяє дитині поступово засвоювати необхідні навички без жорстких поведінкових рамок. Дослідження підтверджують, що цей підхід сприяє покращенню соціальної взаємодії, розвитку мовлення та когнітивних функцій у дітей із РАС, особливо якщо втручання розпочинається до 3-річного віку [13, с. 312].

Важливе місце у системі раннього втручання займають розвиткові та соціально-орієнтовані підходи, які фокусуються на створенні сприятливого середовища для дитини та розвитку її емоційної взаємодії. Цей підхід базується на гнучкій взаємодії між дитиною та дорослим, що сприяє розвитку емоційного

контакту, спонтанної комунікації та соціальної адаптації. У межах Floortime терапевт або батьки активно залучаються до гри дитини, поступово розширюючи її інтереси та спрямовуючи взаємодію в бік більш складних комунікативних та когнітивних завдань [11, с. 298].

Останні десятиліття показали ефективність комплексних мультидисциплінарних підходів, які поєднують освітні, медичні та соціальні аспекти раннього втручання, зауважував М. Барбера. Однією з таких моделей є створення центрів раннього розвитку, де працюють команди спеціалістів, включаючи психологів, логопедів, спеціальних педагогів, неврологів і соціальних працівників. Такий підхід забезпечує комплексну підтримку сімей і дітей, дозволяючи їм отримувати допомогу відповідно до індивідуальних потреб. Наприклад, у багатьох країнах Європи існують інтегровані програми раннього втручання, які забезпечують не лише навчання дитини, але й консультивання батьків, що сприяє покращенню їхньої взаємодії з дитиною та формуванню ефективних стратегій виховання [4, с. 194].

Г. Андрієнко відзначав, що одним із найважливіших аспектів раннього втручання є його позитивний вплив на соціалізацію та комунікацію дітей із РАС. Більшість дітей з аутизмом мають труднощі у встановленні соціальних контактів, розумінні невербальних сигналів, підтримці діалогу та формуванні взаємодії з однолітками та дорослими. Відсутність ранньої корекції цих навичок призводить до подальшої соціальної ізоляції дитини та ускладнює її адаптацію у суспільстві [3, с. 410].

Ранні корекційні програми позитивно впливають на когнітивний розвиток дітей із РАС, на цьому у своїй праці робили наголос Н. Вовчок, М. Кляп. Відомо, що багато дітей з аутизмом демонструють нерівномірний когнітивний розвиток, який характеризується затримкою у формуванні мовлення, труднощами у розумінні абстрактних понять та проблемами з виконавчими функціями. Впровадження структурованих методів навчання, адаптованих до індивідуальних можливостей дитини, допомагає покращити її здатність до засвоєння нової інформації та розвиває гнучкість мислення. Наприклад,

методика TEACCH, яка передбачає використання візуальних підказок та структурованих завдань, значно покращує когнітивні здібності дітей із РАС, сприяючи розвитку навичок самостійності та організованості. Вплив раннього втручання на когнітивний розвиток також підтверджується результатами досліджень, які вказують на покращення нейропластичності та функціонального з'єднання між лобовими та скроневими ділянками мозку у дітей, які отримували інтенсивну терапію у ранньому віці [7, с. 26].

Ефективність раннього втручання у дітей із РАС була підтверджена численними дослідженнями як у міжнародному, так і в українському контексті. Наприклад, у США одне з найбільш відомих довготривалих досліджень, проведене під керівництвом психіатра О. Івара Ловаса в Університеті Каліфорнії в Лос-Анджелесі, продемонструвало, що діти з аутизмом, які проходили інтенсивну програму прикладного аналізу поведінки (АВА) протягом 40 годин на тиждень упродовж двох років, показали суттєве поліпшення мовленнєвого розвитку, соціальної взаємодії та когнітивних функцій у порівнянні з контрольною групою. Інше масштабне дослідження Early Start Denver Model розроблене С. Роджерс та Дж. Доусон, засвідчило позитивний вплив раннього втручання на IQ, адаптивну поведінку та мозкову активність дітей віком від 18 до 30 місяців. У європейських країнах, таких як Велика Британія, Німеччина та Швеція, державні програми раннього втручання стали частиною загальної стратегії підтримки дітей з особливими освітніми потребами, що сприяло покращенню рівня їхньої інклюзії в освітнє середовище. В Україні система раннього втручання ще перебуває на етапі розвитку, однак позитивні результати пілотних проєктів свідчать про перспективність впровадження цього підходу. Наприклад, у межах проєкту UNICEF в Україні було проведено дослідження, яке підтвердило, що надання комплексної підтримки дітям із РАС у віці 2–4 років сприяло покращенню їхніх комунікативних та поведінкових характеристик [55].

Попри доведену ефективність раннього втручання, існує низка викликів, які ускладнюють його широке впровадження. Однією з основних проблем є недостатня кількість кваліфікованих спеціалістів, які володіють сучасними

методиками роботи з дітьми із РАС. Крім того, у багатьох країнах, включаючи Україну, послуги раннього втручання є недостатньо доступними для сімей через брак фінансування та нерозвинену інфраструктуру підтримки. Ще одним викликом є необхідність адаптації західних методик до культурних та соціальних реалій конкретної країни, що потребує подальших наукових досліджень і розробки національних стандартів допомоги [46, с. 78].

Отже, концепція раннього втручання у роботі з дітьми із розладами аутистичного спектра (РАС) сформувалася на основі наукових досліджень, які довели критичне значення перших років життя для розвитку соціальних, комунікативних та когнітивних навичок. Історично ця ідея пройшла кілька етапів розвитку, починаючи з 1960-х років, коли були закладені основи спеціальних освітніх і терапевтичних програм для дітей із порушеннями розвитку, а подальші дослідження підтвердили ефективність комплексної підтримки на ранніх етапах. Сучасні наукові підходи до раннього втручання охоплюють широкий спектр методик, зокрема біхевіористичні (АВА-терапія), розвиткові (DIR/Floortime), соціально-орієнтовані (TEACCH) та комплексні мультидисциплінарні моделі, які поєднують медичні, освітні та соціальні аспекти. Кожен із цих підходів має науково підтверджену ефективність у покращенні адаптації дітей із РАС, їхньої здатності до навчання, комунікації та соціальної взаємодії. Впровадження раннього втручання сприяє змінам у нейропластичності мозку дитини, зменшує потребу у подальшій інтенсивній підтримці та підвищує рівень її самостійності у дорослому житті. Дослідження міжнародного та українського досвіду підтверджують значний позитивний вплив ранньої корекції на якість життя дітей із РАС, проте її широке впровадження потребує розвитку інфраструктури, підготовки спеціалістів і державної підтримки. Таким чином, раннє втручання є невід'ємною частиною системи допомоги дітям із РАС, а його подальший розвиток має стратегічне значення для забезпечення їхньої ефективної інтеграції у суспільство.

1.3. Нормативно-правові та організаційні засади надання послуги раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектра

Міжнародні нормативні документи щодо раннього втручання закладають основи для розробки національних політик у сфері підтримки дітей із розладами аутистичного спектра та іншими особливими освітніми потребами. Вони регламентують права дітей, принципи надання допомоги та визначають обов'язки держав у створенні ефективних систем підтримки [22].

Раннє втручання для дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) – це комплексна система заходів, спрямована на своєчасне виявлення порушень розвитку, підтримку сімей та створення умов для оптимального розвитку дитини в природному середовищі. Головна мета такої допомоги – забезпечення ефективної адаптації дитини до соціального середовища, розвиток її комунікативних навичок та максимально можливе покращення якості життя як самої дитини, так і її родини [41, с. 88].

Основні аспекти організації послуг раннього втручання включають кілька ключових напрямів:

1. Раннє виявлення та оцінка розвитку дитини.

Одним із найважливіших завдань є якомога раніше розпізнати відставання у розвитку або наявність ознак РАС. Для цього використовуються стандартизовані методики спостереження, тестування та аналізу поведінки дитини в різних середовищах. Важливим є також систематичний моніторинг розвитку, що дає змогу вчасно коригувати програму підтримки.

2. Сімейноцентрований підхід

Надання послуг раннього втручання базується на підтримці не лише дитини, а й усієї її родини. Батьки відіграють центральну роль у процесі корекційної роботи, адже саме вони створюють щоденне середовище, в якому дитина навчається та розвивається. Завдання фахівців – не лише надавати рекомендації, а й навчати батьків ефективним стратегіям взаємодії з дитиною, підтримувати їх емоційно та допомагати долати труднощі, пов'язані з вихованням дитини з РАС.

3. Міждисциплінарний підхід у роботі фахівців

Раннє втручання для дітей з аутизмом здійснюється командою спеціалістів, яка може включати дитячого психіатра, психолога, логопеда, дефектолога, корекційного педагога, фізичного терапевта, соціального працівника тощо. Всі члени команди координують свої дії, щоб програма підтримки була цілісною та враховувала індивідуальні особливості розвитку дитини.

4. Розробка індивідуальної програми раннього втручання

На основі комплексної оцінки розвитку дитини формується індивідуальна програма втручання (ІПВ). Вона враховує не лише когнітивні, мовленнєві та сенсорні особливості дитини, а й сімейні ресурси, стиль виховання та соціальне оточення. Важливо, щоб ІПВ була гнучкою та адаптувалася до змін у стані дитини.

5. Організація корекційно-розвивальної роботи

Практика раннього втручання для дітей з РАС передбачає використання науково обґрунтованих методів навчання та розвитку, серед яких:

- Прикладний аналіз поведінки (АВА-терапія) – спрямований на формування соціально прийнятних моделей поведінки.
- Методика DIR/Floortime – стимулює емоційний та комунікативний розвиток через гру.
- ТЕАССН (TEACCH) – система організованого навчання, що враховує особливості сприйняття інформації у дітей з аутизмом.
- Альтернативна та допоміжна комунікація (ААС) – використання жестової мови, карток PECS, електронних пристроїв для розвитку навичок спілкування.

6. Інтеграція в природне середовище

Дитина має отримувати допомогу у звичних для себе умовах: удома, у дитячому садку, на майданчику, тобто в тих місцях, де вона щоденно взаємодіє з іншими. Це сприяє генералізації навичок та забезпечує більш природний процес соціалізації.

7. Доступність та нормалізація життя

Важливим аспектом є забезпечення доступності послуг для всіх родин, незалежно від місця проживання чи матеріального становища. Оптимальним є

створення служб раннього втручання у кожному регіоні, організація домашніх візитів спеціалістів, а також забезпечення інклюзивних можливостей для дітей з РАС.

8. Динамічність оцінки та коригування втручання

Підхід до роботи з дитиною не є статичним – він передбачає регулярну переоцінку її прогресу, внесення змін у програму розвитку та використання нових стратегій відповідно до потреб дитини та сім'ї.

9. Емоційна підтримка родини

Окрім навчальних та терапевтичних заходів, важливою складовою є допомога батькам у подоланні емоційного стресу. Для цього організуються групи підтримки, консультації з психологами, навчальні семінари та зустрічі з іншими сім'ями, які мають подібний досвід.

10. Науково обґрунтований підхід

Усі методи втручання мають базуватися на доказових дослідженнях. Як внутрішня, так і зовнішня оцінка ефективності програм є невід'ємною частиною їх реалізації. Фахівці регулярно аналізують досягнення дитини, використовують перевірені методики та застосовують новітні результати досліджень у сфері корекційної педагогіки та дитячої нейропсихології.

Таким чином, організація послуг раннього втручання для дітей із розладами аутистичного спектра повинна будуватися на системному, міждисциплінарному та сімейноорієнтованому підході. Забезпечення комплексної підтримки, залучення батьків, створення індивідуальних програм розвитку, надання допомоги в природному середовищі та доступність послуг є ключовими умовами для успішної адаптації дитини та її інтеграції в суспільство.

Раннє втручання для дітей із розладами аутистичного спектра базується на чітко визначених стандартах, що регламентують організацію, реалізацію та оцінку послуг, забезпечуючи їхню ефективність і доступність. Ці стандарти спрямовані на створення єдиної системи підтримки, яка дозволяє максимально сприяти розвитку дитини та інтеграції її в суспільство. Повний текст стандартів подано у Додатку А.

Основними складовими стандартів є організація і управління, що визначає структуру роботи служб раннього втручання, та фахівці служби раннього втручання, які повинні мати відповідну кваліфікацію та працювати за міждисциплінарним підходом. Важливими аспектами є приміщення та обладнання, що мають відповідати потребам дітей із РАС, а також документування, яке включає ведення реєстрації послуг, складання звітності та моніторинг ефективності роботи. Стандарти визначають доступ до служби раннього втручання, зокрема прозорість процесу звернення, а також вхід у службу раннього втручання, який передбачає первинну консультацію та оцінку потреб дитини [41, с. 90].

Одним із ключових компонентів є оцінка, яка включає комплексне вивчення стану дитини для визначення її потреб та розробки індивідуальної програми втручання. Далі слідує складання індивідуальної програми, що має ґрунтуватися на сильних сторонах дитини та її сім'ї, і реалізація індивідуальної програми, яка передбачає безпосередню роботу з дитиною, навчання батьків і використання ефективних методик корекції та розвитку. Важливим етапом є завершення індивідуальної програми і перехід, що включає підготовку дитини до наступного етапу навчання та адаптації в суспільстві [41, с. 91].

Для оцінки ефективності раннього втручання передбачено аналіз результатів діяльності служби, що дозволяє вдосконалювати підходи та методики. Значну роль відіграє взаємодія з батьками дітей з особливими потребами, яка спрямована на посилення їхніх ресурсів та залучення до корекційного процесу. Окремим напрямом є фізична реабілітація в програмі «Раннє втручання», яка включає заходи для підтримки здоров'я та рухової активності дітей [41, с. 92].

Загалом, стандарти раннього втручання забезпечують системний, науково обґрунтований та ефективний підхід до підтримки дітей із РАС. Вони спрямовані на підвищення якості послуг, координацію роботи спеціалістів, розвиток компетентності батьків та створення сприятливих умов для гармонійного розвитку дитини. Дотримання цих стандартів гарантує, що кожна сім'я отримає

комплексну допомогу, що сприятиме покращенню якості життя як дитини, так і її родини.

Конвенція ООН про права дитини, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у 1989 році, є одним із ключових документів, що гарантує права дітей на виживання, розвиток, захист і участь у суспільному житті. Вона визнає необхідність спеціального догляду та соціального захисту для дітей з інвалідністю, акцентуючи увагу на рівному доступі до освіти, охорони здоров'я та соціальних послуг. Стаття 23 цього документа зобов'язує держави створювати умови для максимально можливої самостійності дітей з особливими потребами, а стаття 24 наголошує на забезпеченні якісної медичної допомоги, включаючи раннє виявлення порушень розвитку. Ці положення стали основою для формування міжнародних підходів до раннього втручання як комплексної підтримки дітей на найважливіших етапах розвитку [26].

Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, ухвалена у 2006 році, конкретизує обов'язки держав щодо забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю, включаючи дітей. Вона підкреслює важливість інклюзивної освіти, що передбачає раннє втручання як необхідний етап підтримки дітей з порушеннями розвитку. У статті 7 зазначено, що держави повинні вживати всіх необхідних заходів для забезпечення права дітей з інвалідністю на всебічний розвиток та активну участь у житті суспільства. У статті 24 йдеться про необхідність створення інклюзивного освітнього середовища, що має включати механізми ранньої діагностики та комплексного супроводу дітей. Конвенція закладає принципи міжсекторального співробітництва, що передбачає участь освітніх, медичних і соціальних установ у наданні послуг раннього втручання [27].

Всесвітня організація охорони здоров'я відіграє важливу роль у розробці міжнародних стандартів і рекомендацій щодо раннього втручання. Організація визнає важливість своєчасного виявлення та підтримки дітей із порушеннями розвитку як одного з пріоритетних напрямів охорони здоров'я. У 2012 році ВООЗ опублікувала звіт «Раннє виявлення та втручання для дітей із порушеннями

розвитку», який визначає основні принципи надання допомоги дітям з особливими потребами. Зокрема, у документі підкреслюється необхідність інтеграції медичних, соціальних і освітніх послуг, що дозволяє забезпечити цілісну підтримку дитини та її родини. Глобальний план дій щодо психічного здоров'я на 2013–2020 роки наголошує на важливості своєчасної діагностики та корекції неврологічних і психічних розладів у дітей. ВООЗ також рекомендує впроваджувати сімейноцентрований підхід, що передбачає активне залучення батьків до процесу терапії та виховання дитини [8].

ЮНІСЕФ є однією з провідних організацій, що займається питаннями раннього розвитку дітей та підтримки дітей з порушеннями розвитку. У своїй Глобальній стратегії розвитку дітей раннього віку ЮНІСЕФ визначає основні принципи державної політики щодо забезпечення доступу до раннього втручання. Організація підкреслює важливість комплексного підходу, що включає ранню діагностику, терапевтичну підтримку та соціальну адаптацію дітей із РАС. У документах ЮНІСЕФ наголошується на необхідності державної підтримки сімей, які виховують дітей із порушеннями розвитку, а також на впровадженні механізмів моніторингу ефективності програм раннього втручання [55].

Європейський досвід організації послуг раннього втручання демонструє ефективність інтегрованого підходу, який об'єднує медичні, освітні та соціальні послуги в єдину систему підтримки дітей. У країнах Європейського Союзу, таких як Німеччина, Швеція, Франція та Нідерланди, раннє втручання є невід'ємною частиною державної політики у сфері охорони здоров'я та освіти. Наприклад, у скандинавських країнах діє модель, що передбачає надання послуг раннього втручання незалежно від місця проживання дитини, що дозволяє забезпечити рівний доступ до підтримки всім дітям. У Німеччині впроваджена система мультидисциплінарних центрів, де команди фахівців – психологи, логопеди, дефектологи, фізіотерапевти – працюють разом, розробляючи індивідуальні програми корекції для дітей із порушеннями розвитку. У Франції активно функціонують спеціалізовані центри ранньої діагностики, які дозволяють

своєчасно виявляти розлади розвитку та надавати необхідні послуги з корекції [57].

Європейський підхід до раннього втручання базується на принципах інклюзії та сімейноцентрованого підходу. Держави фінансують програми підтримки на національному рівні, що гарантує доступ до послуг незалежно від соціального статусу родини. Важливим аспектом є міжвідомча співпраця, що дозволяє координувати діяльність різних установ та забезпечувати ефективну підтримку дітей із РАС [57].

В Україні нормативно-правова база щодо раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра ґрунтується на низці законодавчих актів та урядових документів, що забезпечують права та підтримку таких дітей.

Конституція України гарантує рівні права всім громадянам, включно з дітьми, які мають особливі освітні потреби. Зокрема, стаття 53 Конституції забезпечує право кожного на освіту, а стаття 24 забороняє будь-яку дискримінацію за ознакою інвалідності. Основними законами, що регулюють освіту та соціальний захист осіб з інвалідністю, є Закон України «Про освіту» [17], який визначає право на освіту для всіх, включно з особами з особливими освітніми потребами, та Закон України «Про дошкільну освіту» [16], що акцентує увагу на доступності та якості дошкільної освіти для дітей з інвалідністю. Крім того, Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [18] встановлює правові гарантії та соціальний захист для осіб з інвалідністю, забезпечуючи їм рівні можливості в усіх сферах життя.

Уряд України також прийняв низку постанов, спрямованих на розвиток системи раннього втручання. Зокрема, розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 року № 350 передбачає реалізацію пілотного проєкту «Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя». Цей проєкт має на меті впровадження комплексної системи підтримки дітей з РАС та їхніх сімей [38].

Міністерство соціальної політики України видало наказ від 18 лютого 2021 року № 92, яким затверджено «Методичні рекомендації щодо впровадження

практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя». Цей документ надає практичні поради щодо організації та надання послуг раннього втручання на місцевому рівні [34].

Міністерство освіти і науки України розробило низку програм розвитку для дітей з особливими освітніми потребами. Серед них – комплексна програма розвитку дітей дошкільного віку з аутизмом «Розквіт», яка спрямована на забезпечення якісної освіти та соціалізації дітей з РАС. Ця програма враховує сучасні тенденції інклюзивної освіти та адаптована до потреб української системи освіти [34].

Таким чином, державні програми підтримки дітей з РАС включають заходи, спрямовані на ранню діагностику, реабілітацію та соціальну інтеграцію. Зокрема, впроваджуються програми з корекційно-розвиткової роботи для дітей з порушеннями розвитку, що допомагають їм адаптуватися в освітньому середовищі та суспільстві. Також функціонують центри реабілітації, які надають комплексну підтримку дітям з аутизмом та їхнім родинам, забезпечуючи розвиток комунікативних, соціальних та когнітивних навичок.

Організація послуг раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра в Україні базується на кількох ключових принципах, що забезпечують ефективну підтримку та розвиток дитини, відзначають Н. Вовчок, М. Кляп. Основними з них є комплексний, міждисциплінарний та сімейноцентрований підходи. Комплексний підхід передбачає надання різнобічної допомоги, що охоплює медичні, освітні та соціальні аспекти розвитку дитини. Це означає, що фахівці різних галузей співпрацюють для створення індивідуального плану підтримки, який враховує всі потреби дитини та її родини [7, с. 28].

М. Козак зауважує, що міждисциплінарний підхід полягає у взаємодії спеціалістів різних профілів – психологів, логопедів, дефектологів, реабілітологів та педагогів – які спільно працюють над досягненням поставлених цілей. Така координація дозволяє забезпечити цілісне бачення ситуації та ефективно вирішувати комплексні завдання. Сімейноцентрований підхід акцентує увагу на ролі родини у процесі втручання. Батьки та близькі родичі

розглядаються як рівноправні партнери, а їхня участь у прийнятті рішень та реалізації плану підтримки є невід'ємною складовою успіху [23, с. 96].

В Україні функціонує мережа центрів раннього втручання, що включає медичні, освітні та соціальні установи. Ці центри надають послуги діагностики, терапії та реабілітації, а також консультують родини щодо подальших кроків. Співпраця між різними закладами дозволяє створити безперервний ланцюг підтримки для дітей з РАС [15, с. 83].

Роль спеціалістів у наданні послуг раннього втручання є надзвичайно важливою. Психологи допомагають у корекції поведінкових особливостей та емоційного стану дитини, логопеди працюють над розвитком мовлення, дефектологи та реабілітологи займаються корекцією та розвитком когнітивних і моторних навичок, а педагоги адаптують освітній процес відповідно до індивідуальних потреб дитини. Співпраця державних установ і громадських організацій є ключовим елементом у забезпеченні якісних послуг раннього втручання. Державні органи відповідають за нормативно-правове регулювання та фінансування, тоді як громадські організації часто виступають ініціаторами нових підходів, проводять тренінги для фахівців та надають безпосередню підтримку родинам. Такий симбіоз дозволяє ефективно впроваджувати сучасні методики та забезпечувати стійкість системи підтримки [19].

Незважаючи на досягнення, система раннього втручання в Україні стикається з низкою викликів. Серед них – недостатнє фінансування, брак кваліфікованих кадрів та нерівномірний розподіл ресурсів між регіонами. Перспективи розвитку полягають у розширенні мережі центрів, підвищенні кваліфікації спеціалістів, впровадженні сучасних методик та забезпеченні доступності послуг для всіх верств населення. Важливим кроком є також підвищення обізнаності суспільства щодо проблем дітей з РАС та ролі раннього втручання у їхньому розвитку [3, с. 411].

Отже, аналіз нормативно-правових та організаційних засад раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра в Україні свідчить про наявність розгалуженої законодавчої бази, що відповідає міжнародним

стандартам, проте потребує подальшого вдосконалення та практичної імплементації. Конституція України, закони про освіту та соціальний захист, а також постанови Кабінету Міністрів та накази профільних міністерств формують основу для забезпечення прав дітей з РАС на своєчасну діагностику, корекційний розвиток та інклюзивну освіту. Організаційна структура послуг раннього втручання базується на комплексному, міждисциплінарному та сімейноцентрованому підходах, що реалізуються через мережу медичних, освітніх та соціальних установ. Важливу роль у цій системі відіграють спеціалісти різного профілю, а також співпраця державних структур і громадських організацій, яка сприяє розширенню доступності та покращенню якості послуг. Основними викликами залишаються недостатнє фінансування, брак кваліфікованих кадрів та нерівномірність розподілу ресурсів між регіонами, що потребує розробки дієвих механізмів підтримки та розвитку системи раннього втручання в Україні.

Висновки до першого розділу

Розлади аутистичного спектра (РАС) – це складні нейророзвиткові порушення, які характеризуються труднощами у сфері соціальної взаємодії, комунікації та наявністю стереотипних форм поведінки. Сучасні дослідження підтверджують, що РАС мають багатофакторну природу, обумовлену поєднанням генетичних, нейробиологічних і середовищних чинників. До ключових внутрішніх механізмів відносять генетичні мутації, структурні аномалії мозку (зокрема макроцефалію, порушення формування білої речовини) та дисбаланс нейромедіаторних систем. Серед зовнішніх чинників науковці виокремлюють пренатальні ускладнення, інфекційні процеси, токсичні впливи та підвищений вік батьків.

Діти з РАС часто демонструють труднощі в комунікації, соціальній взаємодії, схильність до ехолалії, обмежених інтересів, сенсорних гіпер- або гіпочутливих реакцій, а також підвищений рівень тривожності. Такі особливості

ускладнюють навчання та соціальну адаптацію, що підкреслює важливість своєчасного виявлення порушення і впровадження програм раннього втручання. Формування інклюзивного освітнього середовища, адаптація навчальних програм і залучення батьків до корекційного процесу є ключовими умовами успішного розвитку дитини. Лише комплексна міждисциплінарна взаємодія фахівців медицини, педагогіки та соціальної сфери забезпечує ефективну соціалізацію й підвищення якості життя дітей із РАС.

Концепція раннього втручання при аутизмі спирається на результати численних досліджень, які доводять критичну роль перших років життя у формуванні комунікативних, соціальних і когнітивних навичок. Вона почала активно розвиватися з 1960-х років і об'єднала різноманітні моделі допомоги: біхевіористичні (АВА), розвиткові (DIR/Floortime), соціально-адаптивні (TEACCH) і комплексні мультидисциплінарні програми. Ці підходи довели свою ефективність у стимулюванні нейропластичності мозку, покращенні комунікації та підвищенні рівня самостійності дітей. Міжнародний і вітчизняний досвід свідчить, що успішне впровадження системи раннього втручання можливе лише за умови розвиненої інфраструктури, підготовлених кадрів і стабільної державної підтримки. Таким чином, раннє втручання виступає наріжним елементом соціальної інтеграції дітей із РАС.

Нормативно-правова база раннього втручання в Україні узгоджується з міжнародними стандартами, проте потребує вдосконалення та дієвої імплементації. Конституція, законодавство у сфері освіти та соціального захисту, а також урядові постанови гарантують право дитини на ранню діагностику, корекцію розвитку й інклюзивну освіту. Система послуг базується на міжвідомчій взаємодії та сімейноцентрованому підході, що реалізується спільною роботою медичних, освітніх, соціальних і громадських структур. Водночас залишаються проблеми – недостатнє фінансування, кадровий дефіцит і нерівномірність ресурсного забезпечення. Для їх подолання необхідні ефективні механізми координації, фінансування та розвитку кадрового потенціалу системи раннього втручання.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ НАДАННЯ ПОСЛУГ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

2.1. Підходи до раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектра в різних країнах світу

Раннє втручання є основним підходом у підтримці дітей із розладами аутистичного спектра, адже воно сприяє розвитку мовлення, соціальних навичок та когнітивних здібностей у критичні періоди формування мозку. У різних країнах світу застосовуються різні моделі раннього втручання, які базуються на науково обґрунтованих методах, державних програмах та міждисциплінарній співпраці. Досвід європейських країн, США, Канади та Австралії демонструє ефективні стратегії допомоги дітям з РАС та їхнім родинам, забезпечуючи їм комплексну підтримку через індивідуалізовані програми, спеціалізовані терапії та інклюзивну освіту. Аналіз цих підходів дозволяє визначити найкращі практики, які можуть бути корисними для вдосконалення системи раннього втручання в Україні [58, с. 2677].

Європейські країни активно розвивають систему раннього втручання для дітей з РАС, керуючись принципами ранньої діагностики, комплексної терапії та міждисциплінарного підходу. Політика Європейського Союзу в цій сфері спрямована на забезпечення рівного доступу до послуг, створення умов для соціальної інтеграції та підтримки сімей. В ЄС діє кілька основних нормативних актів і ініціатив, які регулюють раннє втручання та забезпечують фінансування таких програм [60, с. 51].

Однією з найвідоміших програм у Великій Британії є ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children). Ця методика, розроблена ще в США, набула широкого поширення в Європі завдяки своїй структурованості та гнучкості. Вона передбачає використання візуальних підказок, індивідуалізованого підходу до навчання та розвитку самостійності у

дітей з РАС. У Британії програма TEACCH застосовується в спеціалізованих центрах та школах, а також інтегрується у систему інклюзивної освіти [69, с. 45].

Франція впроваджує методику Early Start Denver Model (ESDM), яка ґрунтується на принципах прикладного поведінкового аналізу (АВА) та природного навчання через гру. Ця програма орієнтована на дітей віком від 12 до 48 місяців і допомагає покращити комунікативні та соціальні навички через інтерактивні ігрові методи. Французька система підтримки дітей з РАС також передбачає тісну співпрацю між батьками, терапевтами та педагогами, що сприяє ефективнішій адаптації дитини до соціального середовища [68, с. 45].

У Німеччині активно застосовується підхід NDBI (Naturalistic Developmental Behavioral Interventions), який поєднує поведінкові та природні методи навчання. Цей підхід використовується в державних і приватних терапевтичних центрах, а також у спеціалізованих дитячих садах. У Німеччині важливим аспектом є державне фінансування програм раннього втручання через систему медичного страхування, що дозволяє багатьом сім'ям отримувати необхідні послуги без значного фінансового навантаження [70, с. 2411].

Тож, можна стверджувати, що особливістю європейської системи раннього втручання є тісна співпраця між державними структурами, медичними закладами та сім'ями. У більшості країн ЄС діє система «ключових фахівців», які супроводжують дитину від моменту діагностики та координують процес терапії. Медичні заклади, освітні установи та соціальні служби працюють спільно, забезпечуючи індивідуалізовану підтримку для кожної дитини. Також активно розвивається мережа громадських організацій та батьківських ініціатив, які допомагають підвищити рівень обізнаності про аутизм та сприяють впровадженню ефективних практик раннього втручання.

США є однією з країн-лідерів у розробці та впровадженні ефективних програм раннього втручання для дітей із РАС. Важливою особливістю американського підходу є чітке законодавче регулювання, науково обґрунтовані терапевтичні методи та фінансова підтримка як з боку держави, так і приватного сектору.

Законодавчою основою системи раннього втручання в США є Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) – «Закон про освіту осіб з інвалідністю». Відповідно до цього закону, всі діти з особливими освітніми потребами мають право на безкоштовну спеціалізовану допомогу, включаючи раннє втручання, починаючи з народження і до 21 року. Частина С цього закону визначає стандарти надання послуг раннього втручання для дітей від 0 до 3 років. Основний принцип IDEA – надання індивідуальної допомоги кожній дитині, що закріплюється в Індивідуальному плані сімейного обслуговування (Individualized Family Service Plan, IFSP). Після 3 років дитина переходить під опіку освітніх установ, і розробляється Індивідуальна навчальна програма (Individualized Education Program, IEP), яка визначає стратегію підтримки дитини у школі [61, с. 1650].

У США широко використовуються кілька науково підтверджених програм раннього втручання для дітей з РАС:

- АВА (Applied Behavior Analysis) – Прикладний поведінковий аналіз. Це один із найефективніших методів корекції аутизму, заснований на принципах поведінкової терапії. Він передбачає систематичне навчання дитини соціальним і комунікативним навичкам за допомогою позитивного підкріплення. АВА-терапія є стандартом допомоги для дітей з аутизмом у США і часто фінансується державними програмами або страховими компаніями [52, с. 34].

- DIR/Floortime. Цей метод орієнтований на розвиток емоційної та соціальної взаємодії між дитиною та дорослим через гру. Його суть полягає у залученні дитини до активної комунікації на основі її інтересів, що допомагає покращити емоційний зв'язок і когнітивні навички [11, с. 233].

- Early Start Denver Model (ESDM). Це методика раннього втручання для дітей від 12 до 48 місяців, яка поєднує поведінкові принципи АВА з інтерактивними ігровими методами. Вона спрямована на розвиток мовлення, соціальної взаємодії та адаптивних навичок через природні комунікативні ситуації [68, с. 47].

Одним із важливих аспектів американської системи раннього втручання є фінансова підтримка сімей дітей з аутизмом. Витрати на терапію та освітні послуги покриваються за рахунок різних джерел. Державні програми, такі як Medicaid та IDEA Part C, забезпечують безкоштовні або субсидовані послуги для сімей із низьким рівнем доходу. Крім того, у більшості штатів страхові компанії зобов'язані покривати витрати на терапію АВА, а також інші види лікування дітей з РАС. Це стало можливим завдяки прийняттю Autism Insurance Reform Laws, які регулюють обов'язкове страхування послуг для дітей з РАС [62, с. 937].

Канада активно впроваджує мультидисциплінарний підхід до раннього втручання для дітей із РАС, поєднуючи зусилля системи охорони здоров'я, соціального захисту та освіти. Основна стратегія країни полягає в тому, щоб забезпечити доступ до комплексних послуг усім сім'ям незалежно від їхнього соціального чи економічного статусу.

Охорона здоров'я виконує основну функцію у ранній діагностиці та медичному супроводі дітей з РАС. Педіатри та спеціалісти з розвитку дитини здійснюють ранній скринінг і направляють сім'ї до спеціалізованих центрів, які пропонують терапевтичні програми. Міністерство охорони здоров'я Канади фінансує різні дослідження в галузі аутизму та підтримує програми з навчання медичних працівників у питаннях раннього втручання. Соціальний захист забезпечує підтримку сімей, надаючи фінансову допомогу для покриття витрат на терапію, а також пропонуючи консультаційні та реабілітаційні послуги. Батьки можуть отримати гранти, податкові знижки та інші форми фінансової підтримки через спеціальні державні програми. Освіта в Канаді орієнтована на інклюзивний підхід. Діти з РАС можуть навчатися у звичайних дитячих садках і школах за адаптованими програмами, отримуючи необхідну допомогу від спеціалістів. Освітні заклади тісно співпрацюють із сім'ями та медичними установами, щоб забезпечити індивідуальний підхід до кожної дитини [64, с. 1201].

Однією з особливостей канадської системи раннього втручання є програми під керівництвом батьків. Дослідження показують, що активне залучення сім'ї у

процес терапії значно покращує результати розвитку дитини. Батьків навчають спеціальним методикам комунікації та поведінкової терапії, щоб вони могли ефективно працювати з дитиною вдома. Такий підхід застосовується у багатьох програмах по всій країні, оскільки він допомагає адаптувати втручання до конкретних потреб сім'ї.

Серед найуспішніших ініціатив Канади варто відзначити Ontario Autism Program (OAP), яка фінансується урядом провінції Онтаріо і забезпечує комплексну підтримку для дітей з РАС та їхніх сімей. Програма включає діагностичні послуги, поведінкову терапію (АВА), консультації для батьків та фінансову допомогу на оплату спеціалізованих послуг. ОАР є прикладом системного підходу, який поєднує медицину, освіту та соціальну допомогу. Ще одним важливим проєктом є Early Years Centres, які працюють у різних провінціях Канади. Це центри раннього розвитку, де діти з особливими потребами можуть отримувати індивідуальну підтримку у формі логопедичної, поведінкової та сенсорної терапії. Такі центри також надають освітні ресурси та тренінги для батьків, допомагаючи їм краще розуміти потреби своєї дитини та сприяти її соціальній адаптації [56].

Австралія має добре розвинену систему раннього втручання для дітей із РАС, яка базується на державному фінансуванні, мультидисциплінарному підході та активному використанні сучасних технологій. Головною метою державних програм є забезпечення доступу до якісних терапевтичних послуг, підтримка сімей та розвиток інклюзивного суспільства [67].

Основною ініціативою в Австралії є Національна схема підтримки осіб з інвалідністю (NDIS – National Disability Insurance Scheme). Ця програма запроваджена урядом Австралії для забезпечення людей з інвалідністю (включаючи дітей з РАС) необхідними послугами та фінансовою підтримкою. NDIS надає фінансування для оплати терапевтичних послуг, обладнання, спеціалізованого навчання та інших ресурсів, які сприяють розвитку дитини. Програма дозволяє сім'ям отримувати персоналізовану допомогу, адаптовану до потреб конкретної дитини [57, с. 854].

Одним із важливих напрямів австралійської системи раннього втручання є Центри раннього розвитку (Early Childhood Early Intervention – ECEI). Вони працюють за принципом мультидисциплінарного підходу, об'єднуючи спеціалістів з різних сфер: логопедів, психологів, терапевтів з поведінкової корекції, спеціальних педагогів. Основне завдання ECEI – рання діагностика та розробка індивідуальних програм втручання, що базуються на науково обґрунтованих методах, таких як Applied Behavior Analysis (ABA), Early Start Denver Model (ESDM) та TEACCH [68, с. 50].

Австралія також активно використовує сучасні технології та телемедицину для надання терапевтичних послуг дітям з РАС. Це особливо важливо для сімей, які проживають у віддалених районах, де доступ до спеціалістів може бути обмеженим. Телемедичні платформи дозволяють батькам консультуватися з фахівцями, проходити тренінги та отримувати рекомендації щодо терапії без необхідності фізичної присутності. Окрім цього, розробляються мобільні додатки та інтерактивні програми, які допомагають дітям з РАС розвивати соціальні навички та комунікацію у формі гри [67].

Отже, аналіз міжнародного досвіду раннього втручання для дітей із розладами аутистичного спектру демонструє, що найбільш ефективними є підходи, які поєднують ранню діагностику, міждисциплінарну співпрацю, державну підтримку та використання науково обґрунтованих методів терапії. У країнах Європи особливу увагу приділяють інтеграції дітей з РАС у суспільство через інклюзивну освіту, фінансування програм на державному рівні та активну взаємодію між медичними, освітніми та соціальними службами. Велика Британія ефективно застосовує програму TEACCH, Франція використовує ESDM, а Німеччина інтегрує NDBI у систему державного медичного страхування. США є лідером у розробці законодавчих механізмів захисту дітей з РАС, гарантуючи їм право на раннє втручання через закон IDEA, що включає фінансування терапій, таких як ABA та ESDM. Канада впроваджує мультидисциплінарний підхід, зосереджуючись на доступності послуг для всіх сімей, а також розвиває програми за участю батьків, що значно підвищує ефективність втручання.

Австралія, у свою чергу, активно використовує технологічні інновації та телемедицину, що розширює можливості доступу до спеціалізованих послуг навіть у віддалених районах. Спільною рисою всіх успішних систем є індивідуалізований підхід до кожної дитини, що враховує її унікальні потреби та можливості, а також державне фінансування, яке зменшує фінансовий тиск на сім'ї. Для України цінним є досвід цих країн у створенні комплексної системи підтримки, що включає законодавче регулювання, доступ до якісних терапевтичних методик та розширення інклюзивної освіти, адже саме ці складові сприяють максимальному розвитку потенціалу дітей з РАС та їхній успішній інтеграції у суспільство.

2.2. Порівняння зарубіжних підходів до раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектра

Раннє втручання для дітей із РАС несе критичну роль у покращенні їхніх когнітивних, мовленнєвих і соціальних навичок. У різних країнах існують свої підходи до організації таких програм, які відрізняються за методиками, фінансуванням, рівнем доступності та участю держави. Досвід розвинених країн, таких як США, Канада, Австралія та держави Європи, демонструє важливість мультидисциплінарного підходу та індивідуалізованих терапевтичних стратегій. Водночас існують суттєві відмінності у рівні фінансування, доступності програм для різних верств населення та ролі страхових компаній і громадських організацій. У табл. 2.1 представлено порівняльний аналіз ефективності програм раннього втручання в різних країнах, який дозволяє виявити ключові тенденції та кращі практики, що можуть бути адаптовані в інших державах [61, с. 1650; 63, с. 15; 68, с. 47; 69, с. 87].

Таблиця 2.1

Порівняльний аналіз програм раннього втручання у світі

Країна	Основні методики	Організація послуг	Фінансування	Роль держави	Рівень доступності
--------	------------------	--------------------	--------------	--------------	--------------------

США	ABA, ESDM, DIR/Floortime	Центри раннього розвитку, програми освітніх закладах, підтримка страхових компаній	Державне фінансування (IDEA, Medicaid), обов'язкове страхове покриття	Висока роль держави, законодавчі гарантії	Висока у великих містах, але є нерівність між штатами
Канада	ABA, NDBI, TEACCH	Інтеграція послуг охорони здоров'я, освіти та соціального захисту	Державне та приватне страхування (Ontario Autism Program)	Активна участь держави, підтримка батьківських програм	Висока, доступ до програм залежить від провінції
Австралія	ESDM, ABA, TEACCH	NDIS, центри раннього розвитку (ECEI), телемедицина	Державне фінансування через NDIS, додаткові страхові виплати	Висока, держава покриває основні витрати	Висока, особливо через онлайн-послуги
Велика Британія	TEACCH, ESDM	Програми в школах, підтримка соціальних служб	Національна служба здоров'я (NHS), частково страхові компанії	Висока, є державні гарантії	Загалом висока, але довгі черги на послуги
Франція	ESDM, NDBI	Центри раннього втручання, спеціалізовані школи	Державне фінансування, соціальні програми	Висока, соціальна підтримка сімей	Обмежена в деяких регіонах
Німеччина	ABA, NDBI	Спеціалізовані клініки, підтримка у дитсадках і школах	Обов'язкове страхове покриття	Висока, страхова медицина покриває витрати	Висока, але можуть бути довгі списки очікування

Аналіз програм раннього втручання в різних країнах показує, що найефективнішими є системи, які поєднують державну підтримку, страхове покриття та мультидисциплінарний підхід до терапії. США, Канада та Австралія пропонують найбільш розвинені програми, що охоплюють широкий спектр методик і гарантують фінансування для сімей. У країнах Європи, зокрема у Великій Британії, Німеччині та Франції, державні послуги також добре розвинені, але можуть існувати проблеми з доступністю через довгі списки очікування. Важливим фактором є рівень фінансування: у країнах, де програми

підтримуються державою та страховими компаніями, доступ до раннього втручання є ширшим і більш системним. Досвід цих країн може стати основою для вдосконалення системи раннього втручання в Україні, зокрема через впровадження страхових механізмів покриття послуг та розширення доступу до сучасних методик терапії [71, с. 2412].

Організація послуг раннього втручання для дітей із РАС у різних країнах має свої особливості, які залежать від державної політики, рівня фінансування, ролі страхових компаній і доступності спеціалізованих фахівців. Хоча загальні принципи мультидисциплінарного підходу та індивідуалізації терапії є спільними для більшості країн, моделі надання послуг суттєво відрізняються.

У США та Австралії широко розвинена мережа центрів раннього розвитку, які пропонують комплексні програми втручання для дітей із РАС. У США такі центри працюють як на приватній, так і на державній основі, часто співпрацюючи зі страховими компаніями та державними програмами, такими як Medicaid та IDEA (Individuals with Disabilities Education Act). Вони надають послуги прикладного аналізу поведінки (АВА), методу раннього старту Денверської моделі (ESDM), розвитку емоційної взаємодії (DIR/Floortime) та інших сучасних підходів [61, с. 1656].

В Австралії подібні центри входять до Національної системи підтримки людей з інвалідністю (NDIS – National Disability Insurance Scheme). Ця державна ініціатива дозволяє сім'ям отримувати фінансування на терапію, реабілітацію та освітні послуги, які надаються як у центрах раннього розвитку, так і через індивідуальні програми підтримки в школах та дитячих садках. Австралійська система активно використовує дистанційні консультації через телемедицину, що суттєво покращує доступність послуг для дітей із віддалених регіонів [57, с. 854].

Канада та Велика Британія обрали модель тісної інтеграції раннього втручання в систему охорони здоров'я, соціального захисту та освіти. У Канаді послуги раннього втручання часто є частиною провінційних програм, таких як Ontario Autism Program (OAP), яка забезпечує дітей терапією АВА, NDBI (натуралістичний поведінковий втручальний підхід) та TEACCH (метод

структурованого навчання). Оскільки система охорони здоров'я в Канаді фінансується з державного бюджету, сім'ї отримують послуги на безоплатній або частково покритій страховкою основі, проте доступність таких послуг може варіюватися залежно від провінції [69, с. 87].

У Великій Британії послуги раннього втручання фінансуються через Національну службу здоров'я (NHS), а також надаються в рамках інклюзивних програм у державних школах. Педагоги, логопеди та психологи працюють у команді з лікарями, створюючи індивідуальні плани розвитку для дітей. У школах діють спеціальні програми підтримки, де діти з РАС можуть отримувати корекційну допомогу безпосередньо в освітньому середовищі. Однак однією з проблем британської системи є довгі списки очікування на спеціалізовані послуги, що може затримувати початок втручання на кілька місяців або навіть років [71, с. 2926].

Франція та Німеччина застосовують модель спеціалізованих шкіл і клінік, які забезпечують комплексний підхід до підтримки дітей із РАС. У Франції послуги раннього втручання часто надаються в спеціалізованих центрах, де працюють команди лікарів, терапевтів та педагогів. Освітні установи відіграють важливу роль у терапії дітей, проте система підтримки сімей ще не є повністю інтегрованою, а доступність послуг у деяких регіонах залишається обмеженою [72, с. 78].

У Німеччині основну роль у ранньому втручанні виконує страхова медицина. Діти можуть отримувати необхідні терапевтичні послуги у спеціалізованих клініках або інтеграційних дитячих садках, де надається підтримка з боку команди фахівців (логопедів, психологів, дефектологів, ерготерапевтів). Фінансування таких послуг відбувається через обов'язкове медичне страхування, що дозволяє забезпечити широкий доступ до терапії. Однак через велику кількість запитів на послуги батьки часто стикаються з довгими списками очікування [66, с. 1763].

Таким чином, можемо дійти висновку, що у всіх зазначених країнах особливий акцент робиться на мультидисциплінарний підхід, який передбачає

співпрацю різних спеціалістів – педіатрів, логопедів, психологів, спеціальних педагогів, поведінкових терапевтів та соціальних працівників. Такий підхід дозволяє забезпечити всебічну підтримку дитини, адаптувати втручання до її індивідуальних потреб і розробляти персоналізовані стратегії навчання та розвитку. Наприклад, у США та Канаді команди спеціалістів працюють спільно з батьками для створення індивідуальних навчальних планів (IEP – Individualized Education Plan). У Великій Британії та Німеччині такі команди працюють в інтегрованих навчальних закладах, надаючи підтримку дітям у звичайних класах або спеціалізованих освітніх установах.

Окремо слід відзначити роль цифрових технологій у ранньому втручанні, особливо в Австралії, де активно використовуються телемедичні консультації, дистанційні заняття та мобільні додатки для підтримки розвитку дітей із РАС. Програми раннього втручання, такі як ECEI (Early Childhood Early Intervention), дозволяють батькам отримувати консультації фахівців онлайн, що є особливо важливим для мешканців віддалених районів. Телемедицина також застосовується у США та Канаді, де деякі страхові компанії покривають витрати на онлайн-консультації [57, с. 861].

Аналізуючи вище зазначене, можна відзначити, що різні країни використовують власні підходи до організації послуг раннього втручання, враховуючи особливості своєї системи охорони здоров'я, освіти та соціального забезпечення. Найбільш ефективними вважаються моделі, що поєднують державну підтримку, страхове покриття та мультидисциплінарний підхід до терапії.

Ефективність системи раннього втручання значною мірою залежить від рівня державної підтримки, законодавчого забезпечення, фінансування та співпраці з неурядовими організаціями. У розвинених країнах держава відіграє ключову роль у створенні та впровадженні програм допомоги дітям із РАС, водночас громадські ініціативи та страхові компанії суттєво впливають на рівень доступності цих послуг.

У Сполучених Штатах раннє втручання регулюється низкою законодавчих актів, основним з яких є Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). Цей закон гарантує дітям із порушеннями розвитку, включно з РАС, доступ до спеціалізованих освітніх програм та послуг раннього втручання. Частина С закону IDEA передбачає надання послуг дітям від народження до трьох років, включаючи поведінкову терапію, логопедичну підтримку та заняття з ерготерапевтами [61, с 1653].

Окрім цього, значну роль у фінансуванні послуг відіграє Medicaid – федеральна програма медичного страхування для малозабезпечених сімей. Вона покриває витрати на поведінкову терапію (АВА), логопедичні та фізіотерапевтичні послуги для дітей із РАС. Додатково, у багатьох штатах діють обов’язкові вимоги до приватних страхових компаній щодо покриття терапії для дітей з аутизмом. У 2020 році у 50 штатах США були ухвалені закони, які зобов’язують страхові компанії покривати лікування РАС, однак рівень підтримки суттєво відрізняється залежно від регіону [58, с. 3581].

У Канаді система раннього втручання регулюється на рівні провінцій, що означає значні відмінності у доступності послуг. Однією з найбільш відомих програм є Ontario Autism Program (OAP), яка фінансується урядом провінції Онтаріо. Вона покриває витрати на поведінкову терапію, заняття з логопедами та ерготерапевтами, а також надає фінансову підтримку сім’ям. У 2022 році уряд Онтаріо виділив 600 мільйонів канадських доларів на забезпечення дітей із РАС терапевтичними послугами. Інші провінції, такі як Британська Колумбія та Квебек, також мають державні програми підтримки, проте вони часто обмежені за обсягом фінансування. Наприклад, у Британській Колумбії родини можуть отримати до 22 000 канадських доларів на рік на послуги раннього втручання для дітей до шести років [56].

Австралія має одну з найефективніших систем підтримки людей з інвалідністю, включно з дітьми із РАС. Національна схема страхування осіб з інвалідністю (National Disability Insurance Scheme, NDIS) була впроваджена у 2013 році та забезпечує державне фінансування терапевтичних послуг для дітей.

Програма Early Childhood Early Intervention (ECEI), що входить до NDIS, спрямована на дітей віком до 6 років і охоплює поведінкову, логопедичну та ерготерапію. У 2023 році понад 80 000 дітей отримали фінансування через цю програму, що свідчить про її високу доступність. Окрім державного фінансування, у країні активно використовуються цифрові технології та телемедицина для надання послуг у віддалених регіонах [57, с. 864].

У більшості європейських країн послуги раннього втручання фінансуються за рахунок державного бюджету та регулюються соціальними службами. Наприклад, у Великій Британії фінансування забезпечує Національна служба здоров'я (NHS), а у Франції – система соціального захисту та освітні програми для дітей з особливими потребами. У Німеччині система фінансується через обов'язкове медичне страхування, яке покриває більшість витрат на терапію, однак через велику кількість запитів на послуги батьки часто змушені чекати кілька місяців або навіть років. У Франції раннє втручання фінансується через систему соціального страхування, але у сільських районах доступ до послуг значно обмежений [72, с. 76].

У багатьох країнах неурядові організації (НУО) відіграють важливу роль у підтримці дітей із РАС, заповнюючи прогалини в державній системі. Наприклад, у США організації Autism Speaks та National Autism Association надають гранти сім'ям, фінансують дослідження та лобіюють ухвалення законів про страхове покриття терапії [70, с. 2416].

У Канаді батьківські організації, такі як Autism Canada, допомагають родинам отримати доступ до державних програм та надають безкоштовні консультації. Подібні ініціативи діють і в Австралії, де НУО співпрацюють із NDIS для забезпечення додаткових послуг та підтримки сімей [56].

Страхові компанії відіграють вирішальну роль у доступності послуг раннього втручання, особливо у США та Німеччині. У США всі 50 штатів ухвалили закони, які зобов'язують страхові компанії покривати терапію для дітей із РАС, проте рівень покриття значно відрізняється залежно від штату та типу страховки. У Німеччині більшість витрат на терапію покривається через

обов'язкове медичне страхування, однак через бюрократичні процедури та високу завантаженість спеціалізованих клінік сім'ї можуть чекати на послуги протягом 6–12 місяців. У Франції страхове покриття також доступне, проте батьки часто змушені частково фінансувати терапію самостійно [60, с. 54].

Фінансування програм раннього втручання для дітей із РАС є важливим чинником, що визначає рівень доступності послуг у різних країнах. Існує кілька моделей фінансування, кожна з яких має свої переваги та виклики. Держави можуть фінансувати програми повністю або частково, залучаючи страхові компанії та приватні джерела. Доступність послуг, у свою чергу, залежить від географічних, економічних та організаційних чинників, що впливають на можливість отримання дітьми необхідної терапії [55].

Моделі фінансування:

1. Державне фінансування (Велика Британія, Франція)

У Великій Британії та Франції програми раннього втручання фінансуються за рахунок державного бюджету. У Великій Британії послуги для дітей із РАС надаються в рамках Національної служби здоров'я (NHS), що забезпечує безкоштовний доступ до терапії, медичних консультацій і спеціалізованих освітніх програм. Однак через високий попит на ці послуги сім'ї можуть стикатися з тривалими чергами, особливо у густонаселених районах. У Франції фінансування здійснюється через державну систему соціального захисту, а також через спеціалізовані освітні програми для дітей з особливими потребами. Соціальні служби можуть покривати витрати на терапію, включаючи логопедичну допомогу та поведінкову терапію. Проте, як і у Великій Британії, існує проблема нерівномірного розподілу ресурсів: у великих містах послуги доступніші, тоді як у сільських регіонах доступ до спеціалістів обмежений [60, с. 55].

2. Змішана система фінансування (США, Канада, Німеччина)

Змішана система фінансування поєднує державне фінансування з обов'язковим або добровільним страхуванням. Така модель є однією з найбільш поширених, оскільки дозволяє забезпечити доступ до терапії для широкого кола

дітей, водночас залучаючи додаткові ресурси від страхових компаній та приватних фондів. У США програми раннього втручання фінансуються через Medicaid (державну програму медичного страхування для малозабезпечених родин) та приватні страхові компанії. Закон Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) гарантує дітям з інвалідністю безкоштовну спеціальну освіту та терапевтичні послуги, однак рівень їх доступності значно відрізняється залежно від штату. У деяких штатах страхові компанії зобов'язані покривати поведінкову терапію (АВА), тоді як в інших це залишається на розсуд окремих провайдерів медичних послуг [61, с. 1658].

У Канаді фінансування програм раннього втручання регулюється на рівні провінцій. Наприклад, в Онтаріо діє Ontario Autism Program (OAP), яка покриває витрати на терапію АВА та інші види втручання. Державна підтримка комбінується із приватним страхуванням, що дозволяє розширити спектр доступних послуг. Водночас у деяких провінціях існують обмеження щодо фінансування, через що сім'ї можуть стикатися з чергами та недостатньою кількістю спеціалістів [57, с. 870].

3. Переважно страхове покриття (Німеччина, частково США)

У деяких країнах фінансування послуг раннього втручання значною мірою покладається на страхові компанії. У Німеччині значна частина терапевтичних послуг для дітей із РАС покривається через державне та приватне медичне страхування. Це дозволяє уникнути високих особистих витрат для сімей, однак створює проблеми з доступністю через бюрократичні процедури та довгі списки очікування.

У США, хоча діють державні програми підтримки (Medicaid, IDEA), значна частина витрат покладається на приватне медичне страхування. Це означає, що доступ до терапії значною мірою залежить від фінансового стану сім'ї та їхнього страхового покриття. Наприклад, у штатах, де страхові компанії не зобов'язані покривати послуги АВА, сім'ї можуть бути змушені оплачувати терапію самостійно, що може коштувати від 40 000 до 60 000 доларів на рік [61, с. 1660].

Отже, порівняльний аналіз міжнародних підходів до раннього втручання для дітей із розладами аутистичного спектру засвідчує, що найефективнішими є системи, які забезпечують комплексний, мультидисциплінарний підхід, державне фінансування, страхове покриття та широку доступність послуг. США, Канада, Австралія та країни Європи мають різні моделі організації таких програм, проте всі вони ґрунтуються на законодавчих гарантіях, що регулюють доступ до терапії, освітніх та соціальних послуг. У США діє змішана система фінансування, яка включає державні програми (IDEA, Medicaid) та обов'язкове страхове покриття поведінкової терапії (ABA), проте рівень доступності послуг залежить від конкретного штату. Канада розвиває провінційні програми (Ontario Autism Program), що інтегрують охорону здоров'я, соціальний захист і освіту, однак нерівномірний розподіл ресурсів впливає на доступність послуг у різних регіонах. Австралія пропонує одну з найефективніших державних програм (NDIS), яка гарантує фінансування терапевтичних послуг, а також активно впроваджує цифрові технології, що спрощують доступ до спеціалістів через телемедицину. У Великій Британії, Франції та Німеччині діють державні програми раннього втручання, фінансування яких здійснюється за рахунок бюджету або обов'язкового медичного страхування, проте довгі списки очікування можуть обмежувати своєчасний доступ до послуг. Важливу роль у цих системах відіграють громадські організації та батьківські ініціативи, які сприяють розширенню доступу до терапії та підвищенню рівня обізнаності щодо аутизму. Аналіз міжнародного досвіду показує, що для України важливо запозичити ефективні механізми організації раннього втручання, зокрема створення єдиної державної програми з фінансування терапії, запровадження страхового покриття спеціалізованих послуг та інтеграцію соціальної, медичної й освітньої підтримки в єдину систему. Це дозволить покращити якість життя дітей із РАС та їхніх сімей, а також сприятиме їхній успішній соціальній інтеграції.

2.3. Успішні кейси реалізації програм раннього втручання для дітей із РАС

Раннє втручання для дітей із розладами аутистичного спектру (РАС) базується на різних терапевтичних підходах, які довели свою ефективність у розвитку мовлення, когнітивних та соціальних навичок. Серед найбільш успішних програм можна виділити Early Start Denver Model (ESDM) у США та Австралії, Ontario Autism Program (OAP) у Канаді, програму раннього втручання в рамках NDIS та ECEI в Австралії, а також систему TEACCH, яка використовується у Великій Британії, Німеччині та Франції. Кожна з цих програм має свої особливості, але всі вони спрямовані на ранню діагностику, індивідуалізований підхід до терапії та інтеграцію дітей у суспільство.

Програма Early Start Denver Model (ESDM) є однією з найефективніших моделей раннього втручання, яка поєднує поведінкову терапію (АВА) з розвитком соціальних, мовленнєвих та комунікативних навичок. Ця методика була розроблена в США і наразі широко використовується в Австралії, Канаді та Європі. Її особливістю є інтеграція терапії у повсякденну діяльність дитини – навчання відбувається через гру та природну взаємодію, що допомагає дітям швидше засвоювати необхідні навички.

Наукові дослідження підтверджують високу ефективність ESDM. У 2020 році було проведено масштабне дослідження, в якому взяли участь 118 дітей із РАС віком від 18 до 36 місяців. Результати показали, що 72% дітей, які проходили програму ESDM, продемонстрували значне покращення мовлення, соціальної взаємодії та когнітивних функцій порівняно з контрольною групою, яка отримувала лише загальні терапевтичні послуги [63, с. 24].

У США ESDM активно впроваджується в освітніх закладах, зокрема у спеціалізованих центрах раннього розвитку, а також у звичайних дитячих садках, де діти з РАС можуть займатися разом з однолітками під наглядом підготовлених фахівців. В Австралії ця методика є частиною державної програми підтримки NDIS, що забезпечує її фінансування та доступність для сімей.

Ontario Autism Program є провінційною програмою підтримки дітей із РАС у Канаді, яка діє в Онтаріо та забезпечує безкоштовний доступ до таких терапевтичних методик, як АВА (прикладний аналіз поведінки), NDBI (натуралістичний поведінковий втручальний підхід) та ТЕАССН (структуроване навчання). Програма фінансується урядом Онтаріо та є однією з наймасштабніших ініціатив у сфері раннього втручання. У 2022 році понад 40 000 дітей отримали фінансування на терапію через ОАР, що дозволило їм отримати доступ до спеціалізованих послуг, необхідних для розвитку мовлення, комунікації та соціалізації. Статистика підтверджує ефективність ОАР: за даними Міністерства охорони здоров'я Онтаріо, 83% дітей, які пройшли інтенсивну програму втручання, демонстрували покращення когнітивних та комунікативних навичок протягом першого року терапії [56].

Австралія є однією з країн, яка активно розвиває державні програми підтримки для дітей із РАС. National Disability Insurance Scheme (NDIS) – це національна програма страхування осіб із інвалідністю, яка надає фінансову допомогу для отримання терапії та освітніх послуг. У рамках цієї програми діє ініціатива Early Childhood Early Intervention (ECEI), що спрямована на дітей віком до 6 років. Головною особливістю ECEI є рання діагностика та розробка індивідуального плану підтримки для кожної дитини. Програма включає такі послуги, як поведінкова терапія, логопедична підтримка, фізіотерапія та заняття з соціальної адаптації. За статистикою, у 2023 році 87% дітей, які отримували підтримку через ECEI, змогли інтегруватися у звичайні дошкільні навчальні заклади, що свідчить про високу ефективність раннього втручання [57, с. 870].

Метод ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) був розроблений у США, але наразі широко використовується в країнах Європи, зокрема у Великій Британії, Німеччині та Франції. Його головною особливістю є структуроване навчання, яке допомагає дітям із РАС розвивати комунікативні навички, незалежність та здатність до самообслуговування. За статистичними даними, у Великій Британії понад 60% дітей, які проходили програму ТЕАССН, продемонстрували

покращення навичок самообслуговування та адаптації до навчального середовища. Дослідження також показали, що діти, які проходили програму TEACCH, мали вищий рівень незалежності та змогли швидше адаптуватися до умов інклюзивного навчання [69, с. 90].

Програми раннього втручання для дітей із РАС демонструють значний позитивний вплив на їхній розвиток, зокрема на покращення когнітивних, соціальних та мовленнєвих навичок. Результати досліджень підтверджують, що ранній початок терапії допомагає зменшити прояви аутистичних симптомів, підвищити рівень незалежності та навіть сприяє інтеграції дітей у загальноосвітнє середовище.

Одним із головних показників ефективності програм раннього втручання є розвиток когнітивних здібностей у дітей із РАС. Дослідження, проведене в рамках впровадження Early Start Denver Model (ESDM) у США, показало, що діти, які почали терапію у віці від 18 до 36 місяців, продемонстрували покращення когнітивних навичок на 15-20% порівняно з дітьми, які не проходили інтенсивну терапію. Вони краще розпізнавали обличчя, реагували на невербальні сигнали та швидше засвоювали нову інформацію.

Соціальні навички також значно покращуються завдяки систематичному терапевтичному втручанню. Наприклад, дослідження в рамках Ontario Autism Program (OAP) у Канаді показало, що 80% дітей, які отримували інтенсивну поведінкову терапію (ABA) та натуралістичні методики втручання (NDBI), змогли налагодити контакт із однолітками, навчитися спільній грі та покращити здатність до взаємодії.

Розвиток мовлення є критично важливим аспектом для дітей із РАС, оскільки багато з них мають труднощі з комунікацією. У рамках досліджень NDIS та програми ECEI в Австралії було виявлено, що 87% дітей, які пройшли раннє втручання, почали використовувати більше слів у повсякденному спілкуванні, а 65% дітей змогли будувати прості речення через 12 місяців після початку терапії. Це свідчить про значну роль раннього втручання у розвитку мовленнєвих навичок [67].

Щоб оцінити ефективність різних методик раннього втручання, можна розглянути дані досліджень, які порівнюють результати терапії (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Ефективність різних методик раннього втручання для дітей із розладами аутистичного спектру

Методика	Основні результати	Статистика покращення
ESDM (США, Австралія)	Покращення соціальних навичок, мовлення, когнітивного розвитку	72% дітей демонструють значний прогрес у комунікації та соціальній адаптації
ABA (США, Канада)	Розвиток поведінкових моделей, зниження проблемної поведінки	60-75% дітей після трирічного курсу можуть навчатися у звичайних школах
TEACCH (Велика Британія, Німеччина, Франція)	Покращення навичок самообслуговування та адаптації до навчального середовища	60% дітей стають більш незалежними у повсякденному житті
NDIS та ECEI (Австралія)	Висока інтеграція дітей у дошкільні заклади	87% дітей змогли навчатися у звичайних дитсадках після проходження програми

Ці дані підтверджують, що найбільш ефективними є програми, які комбінують поведінкову терапію з розвитком соціальних і мовленнєвих навичок.

Раннє втручання дозволяє дітям отримати навички, необхідні для самостійного життя, а також значно скорочує економічне навантаження на систему соціального забезпечення в майбутньому. Тому запровадження ефективних програм раннього втручання є важливим кроком для будь-якої держави, включаючи Україну, де розвиток таких ініціатив може значно покращити якість життя дітей із РАС та їхніх сімей [53, с. 145].

Запровадження успішних програм раннього втручання в Україні має значний потенціал, оскільки світовий досвід демонструє ефективність таких ініціатив у покращенні соціалізації, когнітивного розвитку та мовленнєвих навичок дітей із розладами аутистичного спектру (РАС). Аналіз програм, які успішно функціонують у США, Канаді, Великій Британії, Німеччині та

Австралії, показує, що ключовими факторами їхньої ефективності є державне фінансування, мультидисциплінарний підхід, інтеграція поведінкової терапії (ABA, ESDM, NDBI) та використання структурованого навчання (TEACCH). В Україні наразі існують окремі ініціативи, проте вони не мають достатнього фінансування та не охоплюють усі регіони, що ускладнює доступ до якісних послуг. Перспективним напрямком є створення національної програми раннього втручання, яка б передбачала державне фінансування терапевтичних послуг для дітей із РАС, розвиток системи страхового покриття послуг, інтеграцію спеціалізованих методик у навчальні заклади та підготовку кадрів для роботи за сучасними стандартами. Важливо також адаптувати канадський досвід мультидисциплінарного підходу, що передбачає співпрацю лікарів, психологів, логопедів і педагогів у межах єдиної системи підтримки, а також використовувати австралійську практику телемедицини для забезпечення доступу до послуг у віддалених регіонах. Крім того, необхідно розвивати партнерство між державними структурами та громадськими організаціями, які вже працюють у сфері підтримки дітей із РАС, залучати міжнародні фонди та інвесторів для створення спеціалізованих центрів раннього втручання та забезпечення матеріально-технічної бази для їхньої діяльності. Важливим аспектом є інформування суспільства про важливість ранньої діагностики та втручання, що може допомогти у формуванні більш інклюзивного середовища та зменшенні стигматизації дітей із РАС. Таким чином, використовуючи найкращі міжнародні практики, Україна може створити ефективну систему раннього втручання, яка не лише покращить якість життя дітей із РАС та їхніх сімей, а й сприятиме їхній інтеграції у суспільство, зменшуючи потребу у спеціальній освіті та соціальній підтримці в майбутньому [48, с. 167].

Отже, аналіз успішних кейсів реалізації програм раннього втручання для дітей із розладами аутистичного спектру підтверджує, що комплексний підхід, державне фінансування та мультидисциплінарна співпраця є ключовими факторами їхньої ефективності. Програми, такі як Early Start Denver Model (ESDM) у США та Австралії, Ontario Autism Program (OAP) у Канаді, NDIS та

ЕСЕІ в Австралії, а також ТЕАССН у Великій Британії, Німеччині та Франції, демонструють значний позитивний вплив на когнітивний розвиток, мовлення, соціальну адаптацію та незалежність дітей із РАС. Дослідження свідчать, що понад 70% дітей, які проходять інтенсивне втручання, демонструють суттєві покращення у комунікації та поведінці, що сприяє їхній інтеграції у загальноосвітні навчальні заклади. Особливо ефективними є програми, що поєднують поведінкову терапію (АВА, ЕSDМ, NDBI) зі структурованим навчанням (ТЕАССН), а також ті, що забезпечують ранню діагностику та індивідуалізований підхід до кожної дитини. Важливим фактором успіху є фінансова доступність послуг: у країнах із державним покриттям або страховими механізмами участь сімей у терапії значно зростає, а діти отримують своєчасну допомогу. В Україні, хоча існують окремі ініціативи з раннього втручання, вони поки що не мають належного фінансування та не охоплюють усі регіони, що створює значні бар'єри для сімей. Для створення ефективної системи раннього втручання необхідно розробити національну програму з державним фінансуванням, впровадити страхове покриття терапевтичних послуг, підготувати фахівців за міжнародними стандартами, а також використовувати телемедичні технології для покращення доступу до послуг у малих містах та селах. Важливу роль відіграє і суспільна обізнаність, що сприятиме подоланню стигматизації та формуванню інклюзивного середовища. Отже, інтеграція найкращих міжнародних практик дозволить Україні створити ефективну та доступну систему раннього втручання, що забезпечить якісне життя для дітей із РАС та їхніх сімей, сприяючи їхній соціалізації та самостійності в майбутньому.

Висновок до другого розділу

Міжнародний досвід упровадження системи раннього втручання для дітей із РАС підтверджує високу ефективність програм, що поєднують ранню діагностику, міждисциплінарну співпрацю, державне фінансування та науково обґрунтовані терапевтичні методики. У європейських країнах головними

пріоритетами виступають інклюзія, фінансова підтримка сімей і координація дій між медичними, освітніми та соціальними службами. Наприклад, у Великій Британії активно впроваджується програма TEACCH, у Франції – ESDM, у Німеччині – NDBI, а у США функціонує система IDEA, що фінансує реалізацію АВА- та ESDM-підходів. У Канаді робота ґрунтується на активному залученні батьків, а в Австралії на інноваційних формах допомоги, зокрема телемедицині. Успішність цих моделей забезпечує індивідуалізований підхід і стабільна підтримка з боку держави. Для України особливо цінним є досвід побудови комплексної національної системи, орієнтованої на раннє виявлення та розвиток потенціалу дитини.

Порівняння міжнародних моделей свідчить, що найрезультативнішими є системи, у яких поєднуються мультидисциплінарність, держфінансування, страхове покриття та широка доступність послуг. У США діє змішана модель фінансування (IDEA, Medicaid, приватне страхування), у Канаді – провінційні програми підтримки, в Австралії – національна система NDIS, а у країнах ЄС переважають державні або страхові механізми. Попри різні підходи, спільними викликами залишаються регіональна нерівність і тривалі черги на отримання допомоги. Водночас важливу роль у розвитку системи відіграють громадські ініціативи та батьківські об'єднання.

Для України пріоритетним завданням є розроблення єдиної державної програми, яка б інтегрувала медичну, освітню та соціальну складові із забезпеченням фінансової сталості та страхової підтримки. Аналіз результатів міжнародних кейсів доводить, що найкращі показники досягаються завдяки комплексному підходу, державному фінансуванню та мультидисциплінарній співпраці фахівців.

Програми ESDM (США, Австралія), OAP (Канада), NDIS і ECEI (Австралія), TEACCH (Велика Британія, Німеччина, Франція) демонструють позитивний вплив на розвиток мовлення, поведінку та соціальну адаптацію дітей: понад 70% учасників таких програм демонструють помітне покращення. Найефективнішими є комбіновані підходи – АВА, ESDM, NDBI у поєднанні з

ТЕАССН за умови ранньої діагностики та індивідуалізованого планування. Державне чи страхове фінансування суттєво підвищує доступність таких послуг. В Україні ж програми раннього втручання поки що реалізуються переважно локально, що вимагає посилення фінансування, розширення географії впровадження, розвитку телемедицини та підготовки кадрів. Підвищення суспільної обізнаності та зменшення стигматизації також є необхідними умовами формування сучасної системи підтримки.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ І ПОРІВНЯННЯ УКРАЇНСЬКОГО ТА ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ НАДАННЯ ПОСЛУГ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ ДІТЯМ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

3.1. Методологія дослідження: обґрунтування аналітичних методів

Методологія дослідження виконує важливу функцію у забезпеченні наукової обґрунтованості, об'єктивності та достовірності висновків щодо ефективності раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра. У сфері, де поєднуються медичні, освітні, соціальні та психологічні аспекти, важливо не лише зібрати релевантну інформацію, але й застосувати відповідні методи її обробки та аналізу. Це дозволяє виявити тенденції, визначити сильні та слабкі сторони систем, оцінити вплив державної політики та практичних рішень на добробут дітей та їхніх сімей. Порівняльний підхід у цьому контексті є особливо важливим, адже він дає змогу зіставити національні практики з міжнародними моделями, виявити найкращі світові практики та оцінити їхню адаптованість до українських умов. Завдяки цьому можна зробити обґрунтовані пропозиції щодо вдосконалення української системи раннього втручання [25, с. 37].

Для досягнення цілей дослідження було використано низку методів збору інформації, які дозволили охопити як нормативно-організаційний, так і практичний рівень реалізації раннього втручання.

Для забезпечення всебічного розуміння особливостей застосування раннього втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектра в Україні та за кордоном було застосовано комбінацію якісних і кількісних методів аналізу, що дозволили здійснити глибоке та системне дослідження зібраної інформації.

Перш за все, проведено контент-аналіз документів і звітів, який дав змогу виявити основні теми, терміни, категорії та концепти, що використовуються в нормативно-правових актах, офіційних звітах, аналітичних записках та

програмах. Контент-аналіз дозволив не лише зрозуміти, як формулюється державна політика у сфері раннього втручання, але й виявити відмінності у термінології, акцентах, а також у способах організації системи підтримки дітей з РАС у різних країнах. Особлива увага приділялася наявності чітких визначень поняття «раннє втручання», згадкам про мультидисциплінарні команди, інструменти оцінки розвитку дитини та механізми залучення батьків до процесу втручання.

Наступним важливим кроком став порівняльний аналіз, який базувався на заздалегідь визначених критеріях: охоплення послугами, доступність (географічна, фінансова та інформаційна), міжвідомча співпраця, кадрове забезпечення, наявність стандартів якості, а також результативність втручання. Порівняння здійснювалося як на макрорівні (державна політика та інституційне забезпечення), так і на мікрорівні (практична діяльність окремих центрів, робота фахівців, зворотний зв'язок від батьків). Завдяки такому підходу вдалося виявити сильні сторони міжнародного досвіду, а також проаналізувати, які з практик можуть бути ефективно адаптовані в українському контексті.

Використано методи кількісного та якісного аналізу тенденцій і закономірностей. Кількісний аналіз охоплював вивчення статистичних даних за кілька років, що дозволило прослідкувати динаміку змін у сфері раннього втручання: зростання кількості дітей, охоплених раннім втручанням; зміни в географічному розподілі центрів; підвищення рівня підготовки фахівців. Якісний аналіз, у свою чергу, був спрямований на виявлення глибинних факторів, які впливають на ефективність послуг, таких як: рівень інформованості батьків, особливості професійної культури фахівців, а також роль громадських ініціатив у впровадженні змін. Комбінація обох підходів дозволила сформувану багатовимірну картину поточного стану та потенціалу розвитку системи раннього втручання як в Україні, так і за її межами.

Порівняльний аналіз є основним елементом даного дослідження, оскільки дозволяє виявити не лише подібності та відмінності у застосуванні раннього втручання, а й зрозуміти, які моделі є найбільш ефективними і які з них можуть

бути адаптовані до українського контексту. Вибір країн для аналізу здійснювався на основі сукупності факторів, що включають рівень розвитку системи раннього втручання, наявність державної політики у сфері підтримки дітей з особливими освітніми потребами, а також доказову ефективність програм, впроваджених на практиці.

До переліку країн, обраних для порівняння, увійшли США, Канада, Швеція та Польща. Ці держави представляють різні підходи до організації послуг, рівень економічного розвитку та моделі взаємодії між державою, фахівцями та родинами.

США обрано як приклад країни з багаторівневою системою раннього втручання, що поєднує державне фінансування, активну роль приватних ініціатив та значний акцент на доказову практику (наприклад, програми АВА, Early Start Denver Model). Тут впроваджені чіткі стандарти оцінки результативності та широко розвинена система підготовки фахівців.

Канада є прикладом децентралізованої, але водночас глибоко інтегрованої системи підтримки, де кожна провінція реалізує власні програми в межах загальної національної стратегії. В Канаді діє міжвідомчий підхід із сильною участю громадськості та потужною мережею мультидисциплінарних команд.

Швеція була обрана як представник скандинавської моделі соціального добробуту з високим рівнем державної відповідальності за здоров'я та розвиток дітей. У країні існує потужна система превенції, раннього виявлення та підтримки, що ґрунтується на міждисциплінарній співпраці, гендерно-нейтральному підході та принципах інклюзії.

Польща, як країна Центральної Європи, яка має спільний історичний та соціальний контекст з Україною, була включена до порівняння з метою аналізу процесів реформування системи раннього втручання в умовах пострадянського спадку. Польський досвід цікавий з огляду на впровадження національних програм підтримки дітей з особливими потребами у співпраці з ЄС, а також розвиток мережі спеціалізованих центрів.

Критерії вибору країн ґрунтувалися на таких аспектах:

– Рівень розвитку системи раннього втручання: чи є в країні інституційно сформована система, як вона функціонує, які інструменти та підходи застосовуються;

– Наявність державної політики: чи існують офіційні документи, стратегії, програми, які забезпечують стабільність і сталість надання послуг;

– Ефективність програм: чи оцінюються результати втручання, чи є наявні незалежні дослідження, що підтверджують позитивний вплив на розвиток дітей;

– Можливість адаптації: наскільки досвід країни може бути застосований в українських реаліях з урахуванням ресурсів, культурних особливостей, інституційного середовища.

Такий підхід дозволяє не лише порівняти формальні параметри, а й оцінити глибинні механізми, що забезпечують успішність послуг раннього втручання. Це, своєю чергою, створює основу для формулювання практичних рекомендацій щодо розвитку української системи з урахуванням кращих міжнародних зразків.

Для об'єктивного аналізу функціонування систем раннього втручання в Україні та за кордоном було сформульовано низку критеріїв оцінки ефективності, які охоплюють як кількісні, так і якісні показники. Ці критерії дозволяють здійснити комплексну оцінку не лише доступності й організації послуг, а й їх реального впливу на розвиток дітей та задоволеність сімей.

Першим важливим критерієм є охоплення дітей раннім втручанням, що визначається відсотковим співвідношенням дітей із підтвердженими порушеннями розвитку або ризиками їх виникнення, які фактично отримують відповідну допомогу. Високий рівень охоплення свідчить про ефективну систему виявлення, скерування та доступу до послуг, тоді як низький рівень може вказувати на недоліки у сфері діагностики, інформування або інституційної спроможності.

Другим критерієм виступає доступність послуг, що має кілька вимірів. Географічна доступність стосується наявності центрів або мобільних бригад у різних регіонах країни, включаючи сільські місцевості. Фінансова доступність передбачає, що послуги надаються безкоштовно або з мінімальними витратами

для сімей, особливо у випадках соціально вразливих груп. Інформаційна доступність охоплює рівень обізнаності батьків про наявність послуг, способи звернення та права дітей на підтримку.

Третім критерієм є комплексність підходу, яка передбачає інтеграцію медичних, психологічних, педагогічних та соціальних компонентів у процесі раннього втручання. Ефективна система передбачає мультидисциплінарну команду фахівців, яка працює в тісній взаємодії, узгоджуючи цілі та індивідуальний план підтримки дитини. Такий підхід дозволяє максимально врахувати всі аспекти розвитку дитини та уникнути фрагментації послуг.

Четвертим критерієм є професійна підготовка кадрів, яка включає рівень освіти, спеціалізовану післядипломну підготовку, участь у тренінгах, супервізіях та міжвідомчих навчаннях. Якість підготовки фахівців безпосередньо впливає на якість наданих послуг, здатність працювати в команді, застосовувати сучасні методики та адаптувати підходи до індивідуальних потреб дитини та родини.

Останній, але надзвичайно важливий критерій – це результативність послуг, яка оцінюється за такими показниками, як: динаміка розвитку дітей (мовлення, соціальні навички, моторика, самостійність), позитивні зміни у поведінці, успішність соціальної інтеграції (зокрема, включення в дошкільні заклади), а також задоволеність батьків якістю й ефективністю отриманої допомоги. У ряді країн результативність також відслідковується через довготривалі спостереження за розвитком дітей після завершення програм раннього втручання.

Усі зазначені критерії використовувалися як аналітична основа для подальшого порівняльного аналізу, представленого у наступному підрозділі, що дозволило здійснити всебічну оцінку стану та перспектив розвитку системи раннього втручання в Україні на тлі міжнародного досвіду.

Отже, розглянута методологія дослідження забезпечила комплексний, доказовий та системний підхід до аналізу надання послуг раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру. Завдяки поєднанню кількісних і якісних методів збору та обробки даних, контент-аналізу документів,

порівняльного аналізу на основі чітко визначених критеріїв ефективності, а також ретельному вибору країн для зіставлення, вдалося створити багатовимірну аналітичну основу для подальшого дослідження. Такий підхід дозволяє не лише об'єктивно оцінити поточний стан української системи раннього втручання, а й виявити конструктивні напрямки для її вдосконалення з урахуванням міжнародного досвіду, адаптованого до національного контексту та потреб цільової групи дітей з РАС і їхніх родин.

3.2. Аналіз статистичних даних та характеристика практичного досвіду надання послуг раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру

Раннє втручання є надзвичайно важливим етапом підтримки розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, оскільки саме в ранньому віці мозок дитини має найвищу пластичність і здатність до змін. Саме в цей період можна досягти найкращих результатів у формуванні базових навичок комунікації, самообслуговування, соціальної взаємодії та адаптивної поведінки. Чим раніше розпочато професійну підтримку, тим вищі шанси на успішну інтеграцію дитини в суспільство, навчальні заклади, а згодом і у трудове життя. Для дітей з РАС це особливо критично, оскільки симптоми можуть проявлятися дуже рано, а їхній характер істотно впливати на повсякденне функціонування родини [28, с. 136].

У цьому контексті актуальність розвитку системи раннього втручання є беззаперечною. Вона пов'язана не лише з гуманітарними, але й з економічними аспектами, оскільки своєчасна підтримка суттєво знижує потребу в дороговартісних послугах у майбутньому. Разом з тим, ефективна державна політика у цій сфері неможлива без опори на доказову базу, яка включає науково обґрунтовані методики втручання, надійну статистику, аналіз практичних результатів впроваджених програм, а також регулярний моніторинг змін у стані дітей та їхніх родин [5, с. 86].

Раннє втручання в Україні є головним напрямом у сфері підтримки дітей з розладами аутистичного спектра та іншими порушеннями розвитку. Ця система спрямована на забезпечення своєчасної допомоги дітям від народження до трьох років, що дозволяє максимально реалізувати їхній потенціал та покращити якість життя родин.

Перші кроки у впровадженні раннього втручання в Україні були зроблені ще у 1999 році через пілотні проєкти за підтримки міжнародних організацій, таких як ЮНІСЕФ. Важливим етапом стало затвердження у 2021 році Кабінетом Міністрів України Концепції створення та розвитку системи раннього втручання до 2026 року, яка визначила стратегічні напрями формування цілісної, міжвідомчої системи допомоги дітям раннього віку з ризиком або наявними порушеннями розвитку.

Станом на початок 2021 року в Україні працювало 43 заклади, що надавали послуги РВ у 10 пілотних регіонах. Допомогу отримували 1 671 дитина з 1 642 сімей. У той же час понад 18 тисяч дітей потребують таких послуг, що свідчить про значну нерівність між потребою і фактичним охопленням [8].

До 2022 року кількість закладів, що реалізують раннє втручання, зростає. Додалось ще 39 закладів, охоплюючи вже близько 6 000 сімей. Проте, згідно з даними Міністерства соціальної політики, потреба зберігається на рівні щонайменше 25 000 дітей, які щорічно народжуються з ризиками для розвитку.

Додатково, за даними МОЗ України, станом на 2023 рік щонайменше 19 000 дітей в Україні мають офіційно підтверджений діагноз «розлад аутистичного спектра», і ця цифра демонструє щорічне зростання. Однак рівень виявлення ще далекий від повного охоплення: низький рівень діагностики в сільських та малих громадах, а також соціальні стигми призводять до пізнього звернення по допомогу [8].

Розвиток раннього втручання в Україні має виразну регіональну нерівномірність. У деяких регіонах система лише починає формуватися, тоді як в інших – функціонують спеціалізовані центри та мобільні бригади. Приміром, у

Львівській, Харківській, Одеській областях і Києві вже діють багатoproфільні команди, які забезпечують супровід дитини та її сім'ї.

Однак ці приклади залишаються радше винятком, ніж правилом. Відсутність уніфікованих державних стандартів надання послуг, що б визначали чіткі критерії якості, методики втручання та міжсекторальну взаємодію, створює фрагментовану систему, де ефективність послуг залежить від ініціативності окремих фахівців або громадських організацій.

Ще одним системним викликом є нестача підготовлених кадрів. Хоча в 2022 році був затверджений професійний стандарт для фахівця з раннього втручання, в Україні все ще бракує спеціалістів, здатних працювати у мультидисциплінарних командах за міжнародними підходами (АВА, ТЕАССН, ESDM тощо). Особливо гостро ця проблема стоїть у малих містах та сільській місцевості.

З метою виявлення сильних і слабких сторін української системи раннього втручання було проведено порівняння з міжнародним досвідом країн, які мають різні моделі організації допомоги дітям з розладами аутистичного спектра. У таблиці 3.1 представлено узагальнені характеристики кожної з країн, що дозволяє наочно побачити як відмінності, так і точки дотику в реалізації програм раннього втручання.

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз систем раннього втручання з урахуванням статистичних показників

Параметр	Україна	США	Канада	Швеція	Польща
Охоплення дітей (приблизно)	~6 000 дітей (на 2022 рік); потенційна потреба: понад 25 000	3.5% дітей до 3 років (IDEA Part C): близько 400 000 дітей щороку	Близько 4% дітей до 5 років, залежно від провінції	~3.8% дітей до 6 років, включаючи РАС	~1.2% дітей до 5 років; охоплення зростає
Кількість центрів/закладів	39 центрів РВ (2022); нерівномірно по регіонах	> 10 000 програм раннього втручання по країні	~900 центрів і команд по провінціях	> 300 центрів та мобільних бригад	~250 центрів (переважно у містах)

Доступність (громад/регіонів)	Центри у 10+ областях; багато регіонів без послуг РВ	Доступ у більшості штатів; варіанти фінансування різні	Покриття на рівні провінцій, висока доступність	Доступ у всіх муніципалітетах	Часткове покриття, ініціативи НГО на місцях
Результативність	Не систематизується; дослідження точкові	60–70% дітей з РАС демонструють покращення розвитку після програм	Високі показники соціальної адаптації та комунікації	Значне покращення мовлення, поведінки, інтеграції	Результати позитивні, але моніторинг нерегулярний
Інституційна підтримка	Концепція РВ (2021); немає закону чи фінансування в кожному регіоні	Федеральне та штатне фінансування, закон IDEA	Стратегії на рівні провінцій, фінансування охорони здоров'я	Державна координація, обов'язковість доступу	Стратегія розвитку інклюзії; фрагментарна реалізація
Взаємодія з родинами	Участь батьків нерегулярна, часто неформальна	Батьки є повноцінними партнерами планування втручання	Активна участь, тренінги, менторські програми	Рівноправне партнерство з родиною у прийнятті рішень	Часткова інтеграція батьків; зростає роль НГО

Джерело: [12; 19; 43]

Загалом, з результатів порівняльного аналізу можна побачити глибокі відмінності у масштабах, системності та результативності систем раннього втручання в різних країнах. Україна лише формує базові інституційні та організаційні засади раннього втручання, тоді як у США, Канаді, Швеції функціонує повноцінна державна інфраструктура підтримки, яка охоплює значну частину дітей і забезпечує моніторинг результатів. Важливо, що в цих країнах розбудова систем супроводжується регулярною участю батьків, наявністю законодавчих гарантій і системною підготовкою фахівців.

Україні необхідно не лише розширювати географію послуг, а й запровадити єдину національну систему збору даних, стандарти оцінки результатів втручання, а також гарантії для сімей щодо безоплатності й сталості підтримки. Це дозволить не лише покращити ефективність раннього втручання, а й

наблизити Україну до найкращих світових практик у цій надзвичайно важливій сфері.

Аналіз реальних практик, як українських, так і зарубіжних, дозволяє глибше зрозуміти, яким чином ідеї раннього втручання реалізуються на практиці. Успішні приклади демонструють, що навіть за обмежених ресурсів можна досягати відчутних результатів, якщо є міжвідомча співпраця, професійно підготовлені фахівці та активна участь родин.

Однією з найвідоміших вітчизняних практик є пілотний проєкт «Раннє втручання – Україна», реалізований за підтримки ЮНІСЕФ та Уряду Швеції з 2016 року. У межах проєкту створено мультидисциплінарні команди у Харківській, Львівській, Одеській та Закарпатській областях. Унікальність підходу полягала у поєднанні медичного, психологічного та соціального супроводу дитини у віці від 0 до 4 років, а також у впровадженні моделі, орієнтованої на сім'ю [55].

Іншим прикладом є діяльність громадської організації «Пріоритет» (м. Львів), яка надає послуги раннього втручання дітям з РАС за участю логопедів, дефектологів, психологів та соціальних працівників. Їхній підхід базується на індивідуальних планах розвитку та регулярному оцінюванні прогресу дитини.

У Києві ефективно працює Інститут раннього втручання, який проводить навчання фахівців і бере участь у розробці державних стандартів. Він також є координатором проєктів, що передбачають взаємодію з родинами та професійне наставництво для молодих фахівців.

Особливої уваги заслуговує ініціатива «Раннє втручання в громаді», яку впроваджують у партнерстві з місцевими ОТГ. Це дає змогу наблизити послуги до віддалених населених пунктів і створити модель підтримки на рівні громади, що є критично важливим у процесі децентралізації.

На міжнародному рівні варто виокремити декілька моделей, які вважаються «золотим стандартом» у ранньому втручанні для дітей з РАС.

Однією з найвідоміших є модель «Early Start Denver Model» (ESDM), розроблена в США. Вона поєднує елементи прикладного аналізу поведінки

(АВА) з розвитковим підходом, фокусується на навчанні через гру та є орієнтованою на дитину. Програма довела свою ефективність у покращенні когнітивних, мовних та соціальних навичок дітей віком 1,5–3 років. Особливо важливо, що модель передбачає активну участь батьків у щоденних заняттях.

Також прикладом є класична АВА-терапія (Applied Behavior Analysis), яка активно застосовується у США, Канаді та Ізраїлі. Вона базується на позитивному підкріпленні бажаної поведінки та поступовому формуванні навичок. Ізраїль є лідером у регіоні щодо впровадження АВА в державних установах: послуги доступні безкоштовно, а спеціалісти проходять жорстку сертифікацію.

У Швеції діє унікальна модель підтримки, де дитина перебуває у фокусі мультидисциплінарної команди, а рішення приймаються у тісній співпраці з родиною. Важливо, що втручання починається з моменту виявлення перших ознак затримки розвитку (часто ще до встановлення точного діагнозу). Роль батьків визнається основною, їм пропонуються тренінги, психосоціальна підтримка та регулярні зустрічі з фахівцями.

Канада впроваджує гнучкі провінційні програми, як-от «Autism Spectrum Disorder Program» в Онтаріо, що включає ранню діагностику, консультації для батьків, послуги логопедів, ерготерапевтів і АВА-терапію. Більшість програм фінансуються через систему охорони здоров'я, що дозволяє уникнути бар'єрів доступу.

Аналіз практичних прикладів підтверджує, що ефективність системи раннього втручання залежить не стільки від обсягів фінансування, скільки від якості міжвідомчої співпраці, наявності навченої команди та чіткого фокусу на потребах родини. В Україні вже існують успішні ініціативи, які можуть слугувати основою для масштабування. Разом із тим, досвід таких країн, як Швеція, Ізраїль чи Канада, демонструє, що системність, доказовість і орієнтація на родину є трьома китами сталої моделі раннього втручання. Для України це означає необхідність перейти від проєктної до політики сталої реалізації, з обов'язковим компонентом моніторингу, навчання кадрів і підтримки сімей у центрі уваги.

Отже, аналіз статистичних даних, порівняння міжнародного досвіду та вивчення практичних прикладів показали, що система раннього втручання в Україні наразі перебуває на етапі становлення, хоча й демонструє позитивну динаміку розвитку. У країні вже з'явилися окремі ефективні ініціативи, які доводять життєздатність підходів, орієнтованих на сім'ю та мультидисциплінарність, проте відсутність єдиної нормативної бази, стандартизованих інструментів моніторингу ефективності, а також системної підтримки кадрів створює значні бар'єри для масштабного розгортання раннього втручання по всій країні.

На тлі світового досвіду особливо помітною є потреба в інституціоналізації раннього втручання як гарантованої державної послуги, що має бути доступною для кожної родини, незалежно від місця проживання чи соціального статусу. Основними компонентами успішної системи, що чітко проглядаються у прикладах Швеції, Канади, Ізраїлю та США, є: законодавча основа, стабільне фінансування, міжвідомча координація, участь родини як повноправного партнера та орієнтація на доведено ефективні практики втручання.

Для України нагальною є необхідність не просто запроваджувати нові центри або пілотні проекти, а створювати цілісну, державну модель раннього втручання, що включатиме:

- єдині стандарти надання послуг;
- механізми збору та аналізу результативності;
- стійкі програми навчання фахівців;
- реальну доступність послуг у кожній громаді;
- глибоку взаємодію з родинами на кожному етапі.

Лише за таких умов можна досягти головної мети раннього втручання, тобто максимально розкрити потенціал дитини з РАС у ранньому віці, зберігши при цьому єдність і добробут родини та забезпечивши успішну соціальну інтеграцію в майбутньому. Україна має всі передумови для поступу в цьому напрямі, необхідно лише зробити системний крок від ініціатив до політики.

3.3. Методичні рекомендації щодо вдосконалення послуг раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру в Україні

На сьогоднішній день послуги раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру в Україні перебувають на етапі становлення та фрагментарного впровадження. Хоча на державному рівні вже визнано необхідність ранньої допомоги дітям з особливими освітніми потребами, охоплюючи дітей з РАС, практика свідчить про низку системних проблем: відсутність єдиних стандартів надання послуг, обмежений доступ до мультидисциплінарних команд, недостатню кількість фахівців, обмежене фінансування, а також нерівномірний розвиток інфраструктури в різних регіонах країни. Існуючі центри або програми раннього втручання зазвичай зосереджені в обласних центрах, залишаючи сільські громади практично без доступу до фахової підтримки.

Потреба у вдосконаленні послуг раннього втручання для дітей з РАС зумовлена декількома чинниками. По-перше, зростає кількість дітей, яким встановлюють діагноз аутизму в ранньому віці, що вимагає своєчасного реагування системи охорони здоров'я, освіти та соціального захисту. По-друге, наявна система не завжди здатна забезпечити індивідуалізований, комплексний підхід, орієнтований на потреби конкретної дитини та її сім'ї. По-третє, існує недостатній рівень міжвідомчої взаємодії, що ускладнює координацію дій між лікарями, педагогами, психологами та соціальними працівниками.

Значення раннього втручання для дітей з РАС важко переоцінити. Саме на ранніх етапах розвитку мозок дитини є найбільш пластичним, тому втручання у віці до трьох років може суттєво покращити мовленнєві, комунікативні, соціальні та когнітивні навички. Своєчасне і якісне раннє втручання здатне не лише покращити адаптацію дитини до навколишнього середовища, а й значно підвищити якість життя її сім'ї. Ефективні програми раннього втручання також знижують майбутнє навантаження на освітню та соціальну системи, оскільки

допомагають дитині краще інтегруватися в суспільство, залучаючи інклюзивну освіту та подальшу професійну реалізацію.

Адаптація елементів міжнародних моделей раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру до українського контексту є необхідною умовою для підвищення ефективності національної системи допомоги. Попри те, що в Україні ще формується інституційна база раннього втручання, світовий досвід уже демонструє дієвість певних підходів, зокрема програм АВА (Applied Behavior Analysis), TEACCH, DIR/Floortime, SCERTS, Hanen та інших, які забезпечують комплексну допомогу дітям з аутизмом у ранньому віці. Водночас повне перенесення іноземних моделей без урахування українських соціокультурних, економічних і нормативно-правових особливостей є неефективним. Тому основним завданням є адаптація, а не механічне копіювання.

Перш за все, важливо враховувати ресурсну спроможність українських громад, закладів освіти та охорони здоров'я. Наприклад, методика АВА передбачає інтенсивну, щоденну роботу з дитиною, що потребує значної кількості підготовлених фахівців. В умовах обмеженого кадрового потенціалу та навантаження на працівників соціальної сфери доцільним є поетапне впровадження окремих компонентів методики або спрощених моделей (наприклад, Naturalistic Developmental Behavioral Interventions, NDBI), які можуть бути реалізовані батьками під супроводом спеціаліста.

Важливо також враховувати відмінності у менталітеті, стилі спілкування та участі батьків. У багатьох західних моделях велика роль відводиться саме сім'ї як активному учаснику процесу втручання. В Україні така практика тільки набуває поширення, отже необхідно розвивати компетентність батьків через тренінги, консультативну підтримку, доступ до онлайн-ресурсів, що супроводжуються поясненням та адаптованими інструкціями.

Особливу увагу варто звернути на адаптацію інструментів діагностики й оцінювання розвитку дитини. Більшість зарубіжних тестів потребують перекладу, стандартизації й валідації для української аудиторії. Наприклад,

відомі методики, як ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) чи M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), можуть бути використані лише за умови науково обґрунтованого перекладу та адаптації.

Ще одним напрямом адаптації є розвиток інфраструктури. Міжнародна практика передбачає функціонування міждисциплінарних центрів, які працюють за принципом «єдиного вікна». В Україні такий підхід можна поступово впроваджувати шляхом створення міжгалузевих команд при наявних закладах: дитячих поліклініках, центрах реабілітації, інклюзивно-ресурсних центрах.

Ефективне функціонування системи раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру потребує чітких і практично застосовних критеріїв оцінювання її якості та дієвості. Визначення таких критеріїв дозволяє не лише моніторити стан справ, а й коригувати діяльність відповідних структур, орієнтуючись на реальні потреби дітей та їхніх родин. Найбільш значущими критеріями в контексті покращення послуг є: доступність, якість, системність і безперервність допомоги, а також ефективна співпраця з родиною.

Територіальна доступність передбачає наявність послуг раннього втручання не лише у великих містах, а й у сільських районах, де наразі спостерігається суттєвий дефіцит фахівців і спеціалізованих установ. Фінансова доступність полягає у забезпеченні безоплатного або частково фінансованого державою доступу до діагностики, корекційних занять та супроводу сімей. Інформаційна доступність включає поширення відомостей про наявні послуги серед батьків, лікарів, освітян через інтернет, соціальні мережі, інформаційні кампанії в медичних закладах та установах освіти. Без ефективно інформованості батьки часто не знають про можливість отримати допомогу або не розуміють, з чого почати.

Якість послуг визначається насамперед рівнем професійної підготовки фахівців, які працюють з дітьми з РАС. Це стосується логопедів, психологів, дефектологів, лікарів-неврологів, реабілітологів, які повинні мати відповідну спеціалізацію і проходити регулярне підвищення кваліфікації. Використання сучасних, науково обґрунтованих методик (наприклад, DIR/Floortime, PECS,

TEACCH) є обов'язковим показником якості. Окремо важливо впроваджувати міждисциплінарний підхід, коли команда фахівців працює спільно, обговорює кожен випадок, формує індивідуальний план втручання і погоджує його з родиною дитини.

Системність передбачає логічну послідовність етапів: раннє виявлення ознак РАС, проведення діагностики, формування програми втручання, її реалізація та подальший супровід дитини в освітньому процесі. Безперервність означає, що послуги не мають обмежуватись віком до 3–4 років, а продовжуватися в процесі адаптації до дитячого садка, школи та подальших етапів соціалізації. Це можливо лише за умови функціонування єдиної системи обліку й супроводу дитини з моменту встановлення ризику РАС до періоду її інтеграції в інклюзивне середовище.

Родина є першим і найважливішим середовищем для розвитку дитини, тому її залучення до процесу раннього втручання є критично важливим. Ефективна модель взаємодії передбачає не лише консультації для батьків, а й активну участь у розробці й реалізації програм допомоги, навчання батьків навичкам стимуляції розвитку дитини вдома, регулярне надання зворотного зв'язку, емоційну підтримку. Важливо також враховувати індивідуальні потреби родини, її ресурси, очікування і досвід. Успішна співпраця забезпечує послідовність допомоги і підвищує її результативність, оскільки батьки стають активними учасниками, а не лише спостерігачами процесу.

Сучасна система раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру потребує висококваліфікованих кадрів, здатних ефективно працювати з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Успішність раннього втручання значною мірою залежить від рівня професійної підготовки фахівців, їхньої компетентності, здатності до міждисциплінарної співпраці та наявності професійної підтримки.

Основні компетенції фахівців у сфері раннього втручання включають знання з дитячої нейропсихології, вікової психології, основ діагностики розладів розвитку, методик раннього втручання, технік поведінкової корекції та розвитку

мовлення. Логопеди мають володіти навичками роботи з невербальними дітьми, зокрема через альтернативні та додаткові системи комунікації (AAC), а також використовувати методики стимуляції мовлення у ранньому віці. Психологи повинні вміти проводити функціональну оцінку поведінки, працювати з емоційними проявами та адаптувати методики до індивідуальних особливостей дитини з РАС. Спеціальні педагоги повинні мати знання про специфіку навчання дітей з аутизмом та методи створення індивідуальних програм розвитку. Фахівці з ерготерапії та фізичної терапії мають бути готовими до корекції сенсорних і моторних порушень, що часто супроводжують РАС.

Нагальною потребою є розробка державних стандартів професійної підготовки спеціалістів з раннього втручання, які б включали чітко визначений перелік знань, умінь і практичних навичок. У вищих закладах освіти (ЗВО) доцільно впровадити спеціалізовані освітні програми (бакалаврського та магістерського рівнів), присвячені ранньому втручанню та роботі з дітьми з РАС. Це можуть бути як окремі навчальні дисципліни в межах існуючих спеціальностей (логопедія, психологія, спеціальна освіта), так і міжфакультетські міждисциплінарні програми. Обов'язковою має стати практика у спеціалізованих закладах, що надають послуги раннього втручання.

Окрім цього, важливо створити систему безперервного професійного розвитку: стажування, короткострокові курси, онлайн-модулі, участь у тренінгах із залученням міжнародних експертів. У практику необхідно впровадити супервізію як інструмент професійної підтримки і зниження емоційного вигорання серед фахівців. Супервізія дозволяє обговорювати складні випадки, отримувати підтримку та поради від більш досвідчених колег.

Ефективне раннє втручання неможливе без командної роботи фахівців різного профілю. Міждисциплінарна команда – це не просто сукупність окремих спеціалістів, а узгоджене функціонування логопеда, психолога, дефектолога, педіатра, невролога, соціального працівника та інших учасників, які разом розробляють індивідуальний план допомоги та узгоджують свої дії. Такий підхід забезпечує цілісне бачення потреб дитини та формує єдину стратегію втручання.

Важливо також забезпечити міжгалузеву взаємодію, тобто співпрацю між системами охорони здоров'я, освіти та соціального захисту. Наприклад, своєчасне виявлення РАС можливе лише за умови, що педіатри знають базові «червоні прапорці» розвитку і перенаправляють дітей до спеціалістів. У свою чергу, заклади освіти повинні мати чіткі механізми взаємодії з соціальними службами, які підтримують сім'ї, що виховують дитину з особливими освітніми потребами.

Розвиток системи раннього втручання в Україні для дітей з розладами аутистичного спектру потребує не лише підготовки кадрів і вдосконалення методик, але й створення належної інфраструктури. Без сучасного матеріально-технічного забезпечення, чітких стандартів функціонування та інтеграції послуг на рівні громади, забезпечити сталу й ефективну підтримку неможливо.

Заклади, що надають послуги раннього втручання, мають бути оснащені відповідно до потреб дітей з РАС. Передусім, необхідні спеціально обладнані сенсорні кімнати, які дають змогу впливати на сенсорну інтеграцію дитини, зменшувати рівень тривожності та стимулювати розвиток сенсорного сприйняття. Окрім цього, мають бути створені окремі зони для індивідуальних занять з логопедом, психологом, спеціальним педагогом. Простір повинен бути ергономічним, безпечним, адаптивним до потреб дітей з різними порушеннями. Обов'язковим є наявність дидактичних матеріалів, сучасних методичних посібників, ігрових ресурсів, зокрема тих, що враховують альтернативні способи комунікації.

Стандарти мають передбачати чіткі вимоги до структури центрів, кваліфікаційного складу фахівців, переліку послуг, тривалості і частоти занять, умов співпраці з родинами. Зокрема, варто закріпити принципи мультидисциплінарності, індивідуалізації допомоги, використання доказових методик. Крім того, стандарти мають враховувати особливості організації простору, доступність для дітей з інвалідністю, а також наявність зворотного зв'язку з батьками і документування динаміки розвитку дитини. Формування

єдиного стандарту дасть змогу забезпечити якість і порівнюваність послуг у різних регіонах країни.

Інклюзивна модель передбачає не ізольовану допомогу в спеціалізованих закладах, а інтеграцію дитини у повсякденне середовище: родину, дитячий садок, громаду. Така модель дозволяє залучити більший обсяг ресурсів, підвищити рівень прийняття дитини у суспільстві, забезпечити природність розвитку. Для реалізації цієї моделі важливо створити мобільні команди, які можуть надавати послуги вдома, у закладах дошкільної освіти, або в медичних установах громади. Необхідною умовою є підготовка громади до участі в процесі: навчання вихователів, педагогів, працівників соціальної сфери, а також інформування батьків про можливості допомоги.

Для того щоб система раннього втручання була не лише сучасною, а й сталою, необхідно впроваджувати на загальнодержавному рівні організаційно-методичні механізми координації, стандартизації, розширення доступу до послуг і забезпечення їхньої якості.

Єдність підходів у роботі з дітьми з РАС є критичним чинником ефективності. Необхідно затвердити на національному рівні методичні рекомендації та протоколи втручання, що базуються на доказовій практиці та міжнародних стандартах (наприклад, DIR/Floortime, АВА, ТЕАССН). Такі протоколи мають охоплювати всі етапи: скринінг, діагностику, планування і реалізацію індивідуальної програми, оцінку динаміки розвитку. Це дозволить уникнути непослідовності, випадковості втручань та підвищити довіру до системи з боку батьків.

Важливо забезпечити рівний доступ до послуг незалежно від місця проживання родини. Для цього необхідно розширити мережу центрів раннього втручання у громадах, зокрема в сільській місцевості, малих містах. Центри мають бути забезпечені мобільними групами фахівців, які можуть працювати у різних локаціях. Доцільним є створення регіональних хабів, тобто центрів компетенцій, які надають послуги високого рівня складності, здійснюють навчання та супервізію для фахівців із менших громад.

Для удосконалення системи важливо запровадити механізми оцінювання результатів втручання: як за динамікою розвитку дитини, так і за рівнем задоволеності родини. Необхідно створити національну систему моніторингу, що фіксує кількість і якість наданих послуг, результати діагностики, динаміку втручання. Регулярне опитування родин допоможе виявляти проблеми, що виникають у взаємодії з фахівцями, а також забезпечити зворотний зв'язок як важливий компонент підвищення якості послуг. Такий підхід також сприятиме підзвітності закладів та фахівців і стимулюватиме їх до постійного самовдосконалення.

Отже, сучасна система раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру в Україні потребує глибокого реформування, яке має ґрунтуватися на адаптованому міжнародному досвіді, чітких критеріях якості, міжвідомчій співпраці та підвищенні професійного потенціалу фахівців. Основним є не лише розширення доступу до послуг, але й забезпечення їх сталої якості, індивідуалізації втручання та активної участі родини. Важливо також створити умови для безперервного розвитку інфраструктури, що охоплюватиме міждисциплінарні команди, інтегровані моделі допомоги та цифрові платформи для інформування, навчання і дистанційного супроводу.

З метою підвищення ефективності системи раннього втручання доцільно реалізувати наступні пріоритетні заходи:

1. Розробити та впровадити національні стандарти послуг раннього втручання, з урахуванням типології порушень розвитку, вікових особливостей дітей та потреб родини;
2. Забезпечити підготовку та перепідготовку фахівців на базі закладів вищої освіти та інститутів післядипломної освіти, із залученням міжнародного досвіду, зокрема у сфері ASD;
3. Запровадити пілотні моделі міжвідомчої співпраці в окремих регіонах України, які зможуть демонструвати ефективність комплексного підходу до раннього втручання;

4. Посилити роль батьків у процесі допомоги через системні тренінгові програми, консультативні платформи та розвиток партнерських моделей взаємодії;

5. Інвестувати в розвиток локальної інфраструктури, зокрема в громадах, де наразі відсутні спеціалізовані послуги, за допомогою субвенцій, державно-приватного партнерства та підтримки громадських ініціатив.

Успішна реалізація цих рекомендацій дозволить не лише покращити якість життя дітей з РАС і їхніх родин, але й стане важливим кроком до формування в Україні соціально відповідального, інклюзивного суспільства, де кожна дитина має рівні шанси на розвиток і самореалізацію.

Висновки до третього розділу

Застосована у дослідженні методологія забезпечила комплексний, системний і доказовий підхід до аналізу процесу надання послуг раннього втручання дітям із РАС. Використання поєднання кількісних і якісних методів, контент-аналізу нормативних документів, порівняльного аналізу міжнародного досвіду та визначення чітких критеріїв ефективності створило міцну аналітичну основу для подальших висновків. Такий підхід дав змогу не лише об'єктивно оцінити сучасний стан української системи, а й визначити перспективні напрями її вдосконалення з урахуванням міжнародних практик і потреб цільової аудиторії.

Результати аналізу свідчать, що система раннього втручання в Україні перебуває на стадії активного становлення, демонструючи поступовий розвиток і позитивну динаміку. Уже функціонують окремі ефективні моделі, орієнтовані на родину й міждисциплінарну командну роботу. Однак відсутність єдиної нормативної бази, чітких стандартів моніторингу та системної підтримки фахівців обмежує можливість масштабного розгортання послуг на рівні громад.

Порівняння з досвідом Швеції, Канади, Ізраїлю та США демонструє потребу інституціоналізації раннього втручання як гарантованої державної послуги, доступної кожній родині незалежно від місця проживання чи соціального статусу. Найуспішніші моделі базуються на законодавчому регулюванні, стабільному фінансуванні, міжвідомчій координації та партнерстві з родинами, а також на використанні перевірених наукових методик.

Для України актуальним завданням є створення єдиної державної моделі раннього втручання, яка включатиме стандарти послуг, систему збору даних і моніторингу, сталу підготовку кадрів і забезпечення рівного доступу у всіх громадах. Лише така модель дасть змогу реалізувати головну мету – розкрити потенціал кожної дитини з РАС, підтримати сім'ю та сприяти успішній соціалізації. Україна має всі передумови для цього поступу, необхідний лише перехід від розрізнених ініціатив до узгодженої державної політики.

Сучасна українська система раннього втручання потребує глибоких реформ, що мають спиратися на адаптацію міжнародного досвіду, запровадження стандартів якості, розвиток міжвідомчої співпраці та підвищення кваліфікації фахівців. Важливо не лише розширити доступ до послуг, а й забезпечити їхню сталість, індивідуалізацію та активне залучення батьків. Пріоритетним є створення інфраструктури, що охоплюватиме міждисциплінарні команди, інтегровані моделі допомоги та цифрові платформи для дистанційного супроводу.

Підвищення ефективності можливе за умови розроблення національних стандартів, професійної підготовки фахівців, пілотування регіональних моделей співпраці, розвитку консультативних і освітніх платформ для батьків, а також інвестицій у місцеву інфраструктуру, особливо в громадах, де такі послуги відсутні. Комплексне впровадження цих змін сприятиме не лише покращенню якості життя дітей із РАС і їхніх родин, а й формуванню інклюзивного, соціально відповідального суспільства, у якому кожна дитина матиме рівні можливості для розвитку та самореалізації.

ВИСНОВКИ

1. Розлади аутистичного спектра (РАС) – це складні нейророзвиткові порушення, що проявляються дефіцитом соціальної взаємодії, комунікації та повторюваною поведінкою. Сучасні дослідження підтверджують багатофакторну природу РАС, зумовлену генетичними, нейробіологічними та зовнішніми чинниками. Генетичні мутації, зміни у структурі мозку (зокрема макроцефалія, аномалії білої речовини) та нейромедіаторні дисбаланси відіграють ключову роль. До зовнішніх факторів належать пренатальні ускладнення, інфекції, токсичні впливи та вік батьків.

Діти з РАС мають труднощі в комунікації, соціальній взаємодії, часто проявляють ехолалію, обмежені інтереси, сенсорну гіперчутливість і підвищену тривожність. Це ускладнює адаптацію та навчання, тому важливе раннє виявлення розладу й впровадження ефективних програм раннього втручання. Необхідне створення інклюзивного середовища, адаптованих освітніх програм і активна участь батьків у корекційній роботі. Лише комплексний міждисциплінарний підхід, медичний, педагогічний і соціальний, забезпечить успішну соціалізацію й покращення якості життя дітей з РАС.

Концепція раннього втручання при РАС ґрунтується на дослідженнях, що підтверджують важливість перших років життя для розвитку соціальних, комунікативних і когнітивних навичок. Вона формувалась із 1960-х років і охоплює низку ефективних підходів: біхевіористичні (АВА), розвиткові (DIR/Floortime), соціально-орієнтовані (ТЕАССН) та мультидисциплінарні моделі. Ці методики покращують адаптацію, комунікацію та навчання дітей з РАС, сприяють нейропластичності мозку та підвищують їхню самостійність у майбутньому. Міжнародний і український досвід підтверджує позитивний ефект раннього втручання, проте його ефективне впровадження вимагає розвитку інфраструктури, підготовки кадрів і державної підтримки. Таким чином, раннє втручання є ключовим елементом у забезпеченні інтеграції дітей з РАС у суспільство.

Нормативно-правова база раннього втручання для дітей з РАС в Україні відповідає міжнародним стандартам, однак потребує вдосконалення та ефективної реалізації. Конституція, закони про освіту й соціальний захист, урядові постанови та накази міністерств гарантують право на ранню діагностику, корекцію і інклюзивну освіту. Система послуг ґрунтується на міждисциплінарному та сімейноцентрованому підходах, що реалізуються через співпрацю медичних, освітніх, соціальних установ і громадських організацій. Основні проблеми, такі як обмежене фінансування, дефіцит фахівців і нерівномірність ресурсів, вимагають дієвих механізмів підтримки й розвитку системи раннього втручання.

2. Міжнародний досвід раннього втручання для дітей з РАС показує ефективність підходів, що поєднують ранню діагностику, міждисциплінарну співпрацю, державну підтримку та науково обґрунтовані методи терапії. У Європі пріоритетами є інклюзія, фінансування програм і координація медичних, освітніх і соціальних служб. Велика Британія впроваджує TEACCH, Франція – ESDM, Німеччина – NDBI, США реалізують IDEA з фінансуванням ABA та ESDM. У Канаді активно залучають батьків, а в Австралії застосовують телемедицину. Успішні моделі базуються на індивідуалізованому підході та державному фінансуванні. Для України цінним є досвід побудови комплексної системи підтримки, що сприяє повноцінному розвитку та соціалізації дітей з РАС.

Порівняльний аналіз міжнародних підходів до раннього втручання для дітей з РАС свідчить, що найефективнішими є системи з комплексним, мультидисциплінарним підходом, держфінансуванням, страховим покриттям і широкою доступністю послуг. США, Канада, Австралія та країни Європи впроваджують законодавчо закріплені програми, які поєднують терапію, освіту та соціальну підтримку. У США діє змішане фінансування (IDEA, Medicaid, страхування), в Канаді – провінційні програми, в Австралії це ефективна система NDIS із телемедициною, а в Європі – держфінансування або медстрахування. Спільними викликами є регіональні відмінності й черги на послуги. Важливу

роль відіграють громадські ініціативи. Для України актуальним є створення єдиної державної програми, що інтегрує медичну, освітню та соціальну допомогу, з фінансовим забезпеченням та страховим покриттям.

Аналіз успішних кейсів програм раннього втручання для дітей з РАС показує, що їх ефективність забезпечується комплексним підходом, держфінансуванням та мультидисциплінарною співпрацею. Програми ESDM (США, Австралія), OAP (Канада), NDIS і ECEI (Австралія), TEACCH (Велика Британія, Німеччина, Франція) позитивно впливають на розвиток мовлення, поведінки та соціалізації. Понад 70% дітей після інтенсивного втручання демонструють значне покращення. Ефективними є поєднання АВА, ESDM, NDBI з TEACCH, рання діагностика та індивідуалізований підхід. Державне чи страхове покриття значно підвищує доступність. В Україні програми існують, але їм бракує фінансування і регіонального охоплення. Необхідно створити національну програму, впровадити страхування, підготувати фахівців і використовувати телемедицину. Також важлива суспільна обізнаність для подолання стигми. Упровадження міжнародного досвіду сприятиме соціалізації дітей з РАС та покращенню якості їхнього життя.

3. Розглянута методологія дослідження забезпечила комплексний, доказовий та системний підхід до аналізу надання послуг раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру. Завдяки поєднанню кількісних і якісних методів збору та обробки даних, контент-аналізу документів, порівняльного аналізу на основі чітко визначених критеріїв ефективності, а також ретельному вибору країн для зіставлення, вдалося створити багатовимірну аналітичну основу для подальшого дослідження. Такий підхід дозволяє не лише об'єктивно оцінити поточний стан української системи раннього втручання, а й виявити конструктивні напрямки для її вдосконалення з урахуванням міжнародного досвіду, адаптованого до національного контексту та потреб цільової групи дітей з РАС і їхніх родин.

Аналіз статистичних даних, міжнародного досвіду та практичних прикладів свідчить, що система раннього втручання в Україні перебуває на етапі

становлення, проте демонструє позитивну динаміку. Уже існують окремі ефективні ініціативи, орієнтовані на сім'ю та мультидисциплінарний підхід, однак відсутність єдиної нормативної бази, стандартів моніторингу ефективності та системної підтримки фахівців обмежує можливість масштабного впровадження послуг по всій країні.

Порівняння з міжнародною практикою, зокрема Швеції, Канади, Ізраїлю та США, засвідчує необхідність інституціоналізації раннього втручання як гарантованої державної послуги, доступної кожній родині незалежно від місця проживання чи соціального статусу. Ефективні моделі базуються на законодавчому підґрунті, стабільному фінансуванні, міжвідомчій координації, партнерстві з родинами та впровадженні перевірених методик втручання.

Україна потребує створення єдиної державної моделі, яка передбачає стандарти надання послуг, систему збору та аналізу результатів, сталу підготовку фахівців, реальну доступність у кожній громаді та тісну взаємодію з родинами. Лише за таких умов можна досягти основної мети раннього втручання, тобто розкрити потенціал дитини з РАС у ранньому віці, зберегти добробут родини та забезпечити успішну соціалізацію. Україна має всі передумови для такого поступу, потрібен лише перехід від локальних ініціатив до системної державної політики.

Сучасна система раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру в Україні потребує глибокого реформування, заснованого на адаптації міжнародного досвіду, запровадженні чітких критеріїв якості, міжвідомчій співпраці та підвищенні кваліфікації фахівців. Важливо не лише розширити доступ до послуг, а й забезпечити їх сталість, індивідуалізований підхід та активну участь родини в процесі допомоги. Особливої уваги потребує розвиток інфраструктури, яка включатиме міждисциплінарні команди, інтегровані моделі допомоги та цифрові платформи для інформування, навчання і дистанційного супроводу.

Для підвищення ефективності системи необхідно впровадити національні стандарти послуг із врахуванням потреб дітей і родин, організувати підготовку

та перепідготовку фахівців із залученням міжнародного досвіду, реалізувати пілотні моделі міжвідомчої співпраці в окремих регіонах, розширити участь батьків через освітні та консультативні платформи, а також інвестувати в розвиток місцевої інфраструктури, зокрема в громадах, де послуги відсутні.

Комплексне впровадження цих змін дозволить не лише покращити якість життя дітей з РАС і їхніх родин, а й сприятиме формуванню інклюзивного, соціально відповідального суспільства, де кожна дитина матиме рівні можливості для розвитку та самореалізації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аль-Мраят О. Б. Корекційно-превентивна допомога дітям з аутизмом: види, проблеми, перспективи. *Науково-методичний журнал «Логопедія»*. 2018. № 12. С.3-8.
2. Американська психіатрична асоціація. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-е вид. (DSM-5). Вашингтон: АРА, 2013. 947 с.
3. Андрієнко Г. В. Основні засади надання корекційної допомоги дітям з рас в умовах приватного центру. Основні цілі стратегії сталого розвитку: проблеми та перспективи : матеріали I Міжнародного науково-практичного форуму (м. Полтава, 26 вересня 2024 р.) / За заг. ред. проф. М. В. Гриньової. Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2024. С. 410-413.
4. Барбера М. Л. Дитячий аутизм та вербально-поведінковий підхід. К. : Сварог. 2023. 264 с.
5. Баришников А. О. Метод раннього втручання для дітей з аутизмом—можливість психомоторного розвитку і корекційної роботи в освітньому просторі. *Редакційна колегія*. 2023. 566 с.
6. Висоцька М. І. Особливості діагностики дітей з розладами аутистичного спектра у ранньому віці. Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф. (17 трав. 2024 р., м. Одеса). Одеса, 2024. С.243–246.
7. Вовчок Н. І., Кляп М. І. Раннє втручання як ефективна модель корекції розвитку дітей з розладами спектру аутизму. *Актуальні проблеми корекційної педагогіки, психології та реабілітації*. 2019. С. 26-30.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. Глобальний план дій щодо психічного здоров'я 2013–2020 рр. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
9. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11). Женева: ВООЗ, 2022. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://icd.who.int/> (дата звернення: 21.02.2025).

10. Горшкальова Т. М. Психолого–педагогічна модель допомоги сім'ям дітей із розладами спектра аутизму. *The 14 th International scientific and practical conference «Science, innovations and education: problems and prospects»(August 25-27, 2022) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan. 2022. 487 p.*
11. Грінспен С., Відер С. На Ти з аутизмом. Використання методики Floortime для розвитку стосунків, спілкування та мислення. К.: Центр навчальної літератури. 2023. 597 с.
12. Громадська організація «Щасливе дитинство». Поширеність розладів аутистичного спектру в Україні: статистичні дані та виклики діагностики. Київ: ГО «Щасливе дитинство», 2021. 32 с.
13. Доусон Д., Вісмар Л, Роджерс С. Денверська модель раннього втручання для дітей з аутизмом. К., 2023. 554 с.
14. Дудкевич Т. В. Дитяча розвивально-корекційна психологія. Модульний навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури. 2022. 302 с.
15. Желтова М., Урсуленко Ю. Характеристика основних критеріїв діагностування та провідні методи корекції розладів аутистичного спектру. *Молодий вчений*. 2023. № 10 (122). С. 83-88.
16. Закон України «Про дошкільну освіту» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2628-14>.
17. Закон України «Про освіту» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
18. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.
19. Інформаційна база раннього втручання. *Access Denied*. URL: https://www.unicef.org/ukraine/early-intervention-info-database?utm_source= (дата звернення: 20.02.2025).
20. Кабінет Міністрів України. 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: Постанова від 27 грудня 2023 р. № 1392. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-poriadku-rannoho-vyivlennia-u-a1392> (дата звернення: 20.02.2025).

21. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Концепції створення та розвитку системи раннього втручання: Розпорядження від 26 травня 2021 р. № 517-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/517-2021-%D1%80#Text> (дата звернення: 20.02.2025).

22. Квітка Н. О., Лапін А. В. Типова освітня програма організації і проведення підвищення кваліфікації педагогічних працівників позашкільних закладів освіти (організація інклюзивного навчання). 2023. (ДО 1.3)

23. Козак М. М. Актуальність та ефективність програм раннього втручання для дітей із аутизмом. ГО «Наукова спільнота». 2024. С. 94-98.

24. Козак М. М. Реалізація моделей раннього втручання у роботі з дітьми із розладами аутистичного спектра (рас). *Теорія і практика спеціальної педагогіки та психології*. 2024. № 59. С. 59-64.

25. Козак М. М., Супрун М. О. Психолого-педагогічна абілітація дітей з розладом аутистичного спектра в умовах системи раннього втручання. *Наука та освіта в умовах викликів сьогодення*. 2023. 115 с.

26. Конвенція ООН про права дитини: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 20.11.1989 р. Офіційний текст. URL: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> (1.3)

27. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю: прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 13.12.2006 р. Офіційний текст. URL: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

28. Лавріненко Л. І. Школа для кожного (окремі аспекти інклюзивної освіти): Навчально-методичний посібник для керівників закладів освіти, учителів та вихователів ЗДО, ГПД, шкіл-інтернатів, методистів. Чернігів: Чернігівський національний технологічний університет (ЧНТУ), 2017. 168 с.

29. Лебедева С. О. Соціально-психологічна адаптація дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному просторі школи. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2018. № 4 (2). С. 218-228.
30. Луканьова Л. Розвиток навичок комунікації та мовлення у дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) в умовах інклюзивного навчання. *European vector of modern education, science and production*. 2024. С. 113-128.
31. Малишевська І. А. Стратегічні напрями розвитку інклюзивної освіти в Україні. *Редакційна колегія*. 2022. 104 с.
32. Мартинчук О. В. Підготовка фахівців у галузі спеціальної освіти: нові підходи. *Особлива дитина: навчання і виховання*. К. : Педагогічна преса, 2018. № 1 (85). С. 14–28.
33. Матвєєва О. В., Юрченко О. П. Професійна допомога фахівців ІРЦ батькам дітей з РАС—запорука партнерських відносин та безбар'єрність в освіті. 2024. С. 44-72. (ДО 2.3)
34. Методичні рекомендації щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя [Електронний ресурс] / Міністерство соціальної політики України. Режим доступу: <https://www.msp.gov.ua/documents/5948.html>.
35. Миронова С. П. Педагогіка інклюзивної освіти : навч.-метод. посіб. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. 164 с.
36. Міністерство соціальної політики України. Наказ Міністерства соціальної політики України Про затвердження Методичних рекомендацій щодо впровадження практики надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя - Міністерство соціальної політики України. *Міністерство соціальної політики України*. URL: https://www.msp.gov.ua/documents/5948.html?utm_source= (дата звернення: 20.02.2025).
37. Мойсеєнко І. М. Теоретичні підходи до дослідження ознак аутизму в Україні. *Інноваційна педагогіка*. 2019. № 10 (1). С. 58-62.

38. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 р. № 350 «Про реалізацію пілотного проєкту «Створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя»» [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/350-2019-p>.

39. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1392 «Про затвердження Порядку Програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку [Електронний ресурс] / Міністерство освіти і науки України. Режим доступу: <https://imzo.gov.ua/osvita/zagalno-serednya-osvita/korektsiyini-programi/prohramy-rozvytku-dlia-ditey-z-osoblyvymy-osvitnimy-potrebamy-doshkil-noho-viku/>.

40. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2023 р. № 1392 «Про затвердження Порядку Програми розвитку для дітей з особливими освітніми потребами дошкільного віку [Електронний ресурс] / Міністерство освіти і науки України. Режим доступу: <https://imzo.gov.ua/osvita/zagalno-serednya-osvita/korektsiyini-programi/prohramy-rozvytku-dlia-ditey-z-osoblyvymy-osvitnimy-potrebamy-doshkil-noho-viku/>.

41. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом [Електронний ресурс] / Т. Скрипник. Режим доступу: https://elibrary.kubg.edu.ua/26146/1/T_Skrypnyk_PMRVDA_KSPKIO.pdf.

42. Сіденко Ю. Особливості логопедичної корекції дітей з розладами аутистичного спектра при ранньому втручанні. *Grail of Science*. 2023. № 32. С. 302-305.

43. Сільберман С. Що приховує аутизм. Майбутнє нейрорізноманіття. К. : Наш Формат. 2021. 512 с.

44. Скрипник Т. В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам : навч.-метод. посіб. К. : Шкільний світ, 2016. 160 с.

45. Скрипник Т. В., Беляк С. В. Роль візуальної підтримки в комунікативно-мовленнєвому розвитку дітей з аутизмом. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. 2017. № 1. С. 70–75.

46. Спіріна І. Д., Коваленко Т. Ю., Фаузі Є. С. Проблема ранньої діагностики й корекції розладів аутистичного спектру у дітей. *Актуальні проблеми сучасної психології: матер. Міжнар. наук.-практ.* 2021. 139 с.
47. Супрун Г. В. Психологічні умови адаптації дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра до навчального закладу. Сучасні технології збереження здоров'я учнів у діяльності психологічної служби і психолого-медико-педагогічних консультацій: Посібник / Авт. кол.: Жук Т. В., Зеленько О. А., Ілляшенко Т. Д. та ін.; За ред. А. Г. Обухівської. К.: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2016. С. 110-124.
48. Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. 192 с.
49. Тельна О. А., Маланчій В. О., Дацьо Н. О, Сидорів С. М., Селепій О. Д., Весніна Н. В., Приймак Н. П., Сидорів Л. М. Сходинки інклюзії : наук.-практ. посібник для педагогів, студентів та батьків. 2-ге вид., випр. та доп. / за ред. С. М. Сидоріва. Івано-Франківськ : видавець Кушнір Г. М., 2019. 156 с.
50. Ткач Х. Обстеження мовленнєвого розвитку дітей з аутизмом і тяжкими порушеннями мовлення. К.: Мандрівець, 2020. 136 с.
51. Федоренко М. В. Технології регуляції поведінки у дітей з розладами аутистичного спектру. *Психологічний часопис.* 2017. №1 (5). С. 53 – 65.
52. Шрам Р. Дитячий аутизм і АВА: терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки. К. : Центр учбової літератури. 2021. 140 с.
53. Шрам Р. Дитячий аутизм і АВА. АВА. Терапія, заснована на методах прикладного аналізу поведінки. Київ, 2016. 208 с.
54. Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом : монографія. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова; видво Хортицької національної академії, 2017. 444 с.
55. ЮНІСЕФ. Глобальна стратегія раннього розвитку дітей. URL: <https://www.unicef.org/earlychildhood>

56. Alves K. *Caregiver Educators' Perspectives on Their Experiences With Professional Development Within the Ontario Autism Program*. Diss. University of Toronto (Canada), 2024.
57. Carey G., Malbon E., and Blackwell J. Administering inequality? The National Disability Insurance Scheme and administrative burdens on individuals. *Australian Journal of Public Administration*. 2021. № 80 (4). P. 854-872.
58. Daniolou S., Pandis N., Znoj H. The efficacy of early interventions for children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*. 2022. № 11 (17). 5100 c.
59. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Early Childhood Intervention. URL: <https://www.european-agency.org/agency-projects/early-childhood-intervention>
60. Koegel L. K., et al. The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *International journal of speech-language pathology*. 2014. № 16 (1). C. 50-56.
61. Lipkin P. H., et al. The individuals with disabilities education act (IDEA) for children with special educational needs. *Pediatrics*. 2015. № 136 (6). P. 1650-1662.
62. Lyall K. Parental social responsive and risk of autism spectrum disorder in offspring / K. Lyall, J. N. Constantino, M. G. Weisskopf, A. L. Roberts, A. Ascherio, S. L. Santagelo. *JAMA Psychiatry*. 2014. V. 71. № 8. P. 936–985.
63. McCarthy E., Guerin S. Family-centred care in early intervention: A systematic review of the processes and outcomes of family-centred care and impacting factors. *Child: care, health and development*. 2022. № 48 (1). C. 1-32.
64. Nahmias A. S., et al. Effectiveness of community-based early intervention for children with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019. № 60 (11). C. 1200-1209.
65. Pasco G. The value of early intervention for children with autism. *Paediatrics and Child Health*. 2018. № 28 (8). C. 364-367.
66. Peters-Scheffer N. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in

Netherlands / N. Peters-Scheffer, R. Didden, H. Korzilius, J. Matson. *Res Dev Disabil.* 2022. № 33. P. 1763–1772.

67. Prior M., et al. A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders. *Australian Government Department of Families, housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA). Australia.* 2021.

68. Sally R. Early start Denver model. *Comprehensive models of autism spectrum disorder treatment: Points of divergence and convergence.* Cham: Springer International Publishing. 2016. P. 45-62.

69. Schopler E., Bourgonien M. Treatment and Education of Autistic and Related Communication Children. *Autistic adults at Bittersweet Farms.* Routledge 2020. P. 85-94.

70. Schreibman L., et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders.* 2015. № 45. P. 2411-2428.

71. Sullivan K., Stone W. L., Dawson G.. Potential neural mechanisms underlying the effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities.* 2014. № 35 (11). C. 2921-2932.

72. Zwaigenbaum L., et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research. *Pediatrics.* 2015. 136 c.

ДОДАТКИ

Додаток А

Стандарти надання послуги раннього втручання дітям з розладами аутистичного спектру

Цільова група служби раннього втручання

Стандарт 1.1. Служба працює з сім'ями, що мають дітей з порушеннями психофізичного розвитку, відставанням або високим ризиком відставання в розвитку від 0 до 3 років

Критерії 1.1.1. Пріоритет для дітей, що мають відставання і / або порушення в розвитку або високий біологічний ризик

Критерій 1.1.2. Вік дітей, які вперше звернулися в службу, не старше 3-х років

Стандарт 1.2. При наявності ресурсів служби вік дітей цільової групи може бути розширений до 6 років.

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ

Стандарт 2.1. Служба є окремою структурою або виділеним структурним підрозділом і має чітко визначену організаційну структуру.

Критерій 2.1.1. Є затверджене Положення про службу раннього втручання.

Критерій 2.1.2. Управління службою здійснює назначений керівник, який має клінічний досвід і є членом команди.

Критерій 2.1.3. Керівник і фахівці працюють на підставі затверджених посадових інструкцій.

Критерій 2.1.4. Діяльність служби здійснюється в відповідно до затвердженого плану і розкладу роботи спеціалістів і служби.

Стандарт 2.2. Управління службою будується на принципах довіри, відкритості, партнерства.

Критерій 2.2.1. Рішення приймаються керівником на підставі командного обговорення.

Критерій 2.2.2. Керівник служби сприяє розвитку ефективної ділової комунікації та встановлення партнерських відносин в команді.

Критерій 2.2.3. Керівник регулярно і своєчасно проводить інформування членів команди по важливим для них питаннях.

Критерій 2.2.4. Керівник служби сприяє формуванню особистої відповідальності співробітників за загальний результат діяльності служби.

Критерій 2.2.5. Керівник служби надає підтримку членам команди.

Стандарт 2.3. Керівник забезпечує якість програм, що проводяться службою втручання для дітей і сімей.

Критерій 2.3.1. Керівник забезпечує формування єдиної ідеології і дотримання службою принципів і стандартів раннього втручання.

Критерій 2.3.2. Керівник здійснює загальне адміністрування, включаючи ведення документації, підготовку звітів, бюджетів, загальне планування діяльності служби (вибір форм роботи, введення нових послуг, перерозподіл форм роботи в залежності від завантаженості служби тощо).

Критерій 2.3.3. Керівник визначає ролі та відповідальності фахівців служби щодо надання послуг.

Критерій 2.3.4. Керівник відповідає за розвиток програм служби, їх оцінку за допомогою проведення регулярного моніторингу відповідності стандартним вимогам, і аналізом того, наскільки задовольняються потреби клієнтів.

Критерій 2.3.5. Керівник несе відповідальність за навчання персоналу, його професійний розвиток.

Критерій 2.3.6. Керівник відповідає за взаємодію з зовнішніми організаціями та фахівцями.

Критерій 2.3.7. Керівник самостійно веде практичну роботу з дітьми та сім'ями.

Стандарт 2.4. Розподіл робочого часу спеціаліста закріплено в Положенні про службу і має особливий порядок.

Критерій 2.4.1. Робочий час фахівців розподіляється на ведення практичної роботи з сім'ями та дітьми і організаційно-методичну діяльність.

Критерій 2.4.2. Практична робота з сім'ями та дітьми передбачає проведення консультацій, первинних прийомів, індивідуальних і групових занять, домашніх візитів.

Критерій 2.4.3. Тривалість консультацій, індивідуальних занять і первинних прийомів – 1 година (включаючи 15 хвилин на заповнення документації), домашніх візитів і групових занять від 1 до 2 годин в залежності від віку дітей (не включаючи часу на дорогу).

Критерій 2.4.4. Кількість часу на практичну роботу на одного фахівця, який працює на повну ставку, що не перевищує 20 годин в тиждень.

Критерій 2.4.5. В організаційно-методичну діяльність входить ведення документації, участь в міждисциплінарних обговореннях з побудови та моніторингу індивідуальних програм втручання, розборах випадків, оперативному і стратегічному плануванні, освітніх заходах.

Стандарт 2.5. Члени команди мають скоординований час роботи.

Критерій 2.5.1. Для забезпечення міждисциплінарності час прийомів всіх фахівців служби максимально поєднано.

Критерій 2.5.2. Існує гнучкість у розкладі для організації спільних прийомів фахівців, домашніх візитів.

Критерій 2.5.3. Команда має визначений час для щотижневих спільних обговорень проведених первинних оглядів і оперативного планування.

Критерій 2.5.4. Всі члени команди регулярно беруть участь в міждисциплінарних обговореннях з розбором випадків.

ФАХІВЦІ СЛУЖБИ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

Стандарт 3.1. У службі працює міждисциплінарна команда, що відповідає потребам дитини і сім'ї.

Критерій 3.1.1. Команда складається як мінімум з трьох спеціалістів, що представляють різні дисципліни (Додаток 1. «Перелік фахівців служби раннього втручання і їх орієнтовні посадові обов'язки»).

Критерій 3.1.2. При необхідності для задоволення потреб дитини та сім'ї до складу команди можуть бути залучені зовнішні фахівці.

Стандарт 3.2. Фахівці служби мають відповідну кваліфікацію в сфері роботи з дітьми з порушеннями раннього віку.

Критерій 3.2.1. Фахівці мають вищу профільну освіту і пройшли постдипломне навчання в області раннього втручання.

Критерій 3.2.2. Фахівці мають знання і вміння для проведення оцінки, планування, здійснення і моніторингу програми допомоги; ведення бесіди; індивідуального і групового консультування (у межах своєї дисципліни).

Критерій 3.2.3. Для всіх знову приходять фахівців проводиться повне ознайомлення з послугами, ролями та обов'язками, правилами заповнення документів.

Стандарт 3.3. Фахівці служби мають навичками командної взаємодії.

Критерій 3.3.1. Фахівці мають навички спільного ведення прийомів з сім'ями і дітьми.

Критерій 3.3.2. Фахівці мають навички вироблення єдиної думки при обговореннях та побудові програм допомоги.

Критерій 3.3.3. Фахівці мають навички передачі своїх професійних знань колегам по команді.

Стандарт 3.4. Фахівці служби постійно здійснюють свій професійний розвиток відповідно до потреб служби.

Критерій 3.4.1. Фахівці регулярно проводять міждисциплінарне обговорення з розбором конкретних випадків і індивідуальних програм втручання.

Критерій 3.4.2. Фахівці мають доступ до сучасних досліджень, наприклад, професійних журналів, інтернет бібліотек, професійних груп (за професійними інтересами).

Критерій 3.4.3. Фахівці регулярно підвищують свою кваліфікацію, беручи участь в семінарах, курсах і інших освітніх заходах.

Критерій 3.4.4. Фахівці регулярно беруть участь в проведенні інформаційних, навчальних заходів в галузі раннього втручання і / або суміжних галузях.

ПРИМІЩЕННЯ ТА ОБЛАДНАННЯ

Стандарт 4.1. Послуги надаються в середовищі, що найбільш повним чином відповідає потребам сімей, дітей раннього віку та дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.1. У службі є приміщення для проведення зустрічей і занять, адаптовані для сімей з дітьми раннього віку та дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.2. У службі обладнані необхідні допоміжні приміщення, адаптовані для сімей з дітьми раннього віку і дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.3. Є допоміжне обладнання, відповідне віковим та індивідуальним особливостям дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.4. Середовище є безпечним для перебування сімей з дітьми раннього віку.

Стандарт 4.2. Приміщення обладнані для роботи команди.

Критерій 4.2.1. Всі члени команди, включаючи адміністративний і підтримуючий персонал, перебувають в одній будівлі.

Критерій 4.2.2. Є виділений простір для спільної роботи членів команди.

Критерій 4.2.3. У кожного фахівця є робоче місце для роботи з документами.

Критерій 4.2.4. У службі обладнано місце для роботи диспетчера.

Критерій 4.2.5. У службі є необхідна оргтехніка, включаючи комп'ютер, принтер, копіювальну техніку, обладнання для роботи з відео- і фото-матеріалами.

Критерій 4.2.6. Члени команди мають доступ до комп'ютера для обробки даних і ведення документації.

Критерій 4.2.7. У службі є місце для зберігання іграшок і допоміжного обладнання.

Критерій 4.2.8. У службі є окремий телефонний номер.

Критерій 4.2.9. Фахівців служби мають можливість користуватися допоміжними приміщеннями (для прийому їжі, перевдягання тощо).

ДОКУМЕНТУВАННЯ

Стандарт 5.1. Вся робота з сім'ями документується в письмовому вигляді.

Критерій 5.1.1. Наявний журнал для запису клієнтів служби на первинний прийом і до фахівців.

Критерій 5.1.2. На первинному прийомі на кожну дитину заповнюється бланк первинного прийому.

Критерій 5.1.3. З кожною сім'єю, включеної до програми втручання, укладається договір / угода про надання послуг.

Критерій 5.1.4. На кожну дитину, включену до програми втручання, заводиться індивідуальна папка / карта дитини.

Критерій 5.1.5. Кожна зустріч фахівців з сім'єю письмово документується для відображення того, що зроблено, ким і коли.

Стандарт 5.2. Вся робота служби документується в письмовому вигляді.

Критерій 5.2.1. Ведеться документація для здійснення кількісного обліку обслуговуваних сімей і дітей.

Критерій 5.2.2. Ведеться облік проведених семінарів, зустрічей, круглих столів, консультацій для зовнішніх фахівців.

Стандарт 5.3. Команда має чіткі правила стосовно ведення записів і змісту індивідуальних папок / карт дитини.

Критерій 5.3.1. У службі прийнята єдина структура змісту і ведення індивідуальних папок / карт дитини.

Критерій 5.3.2. У службі прийнята єдина форма для запису результатів первинного прийому.

Критерій 5.3.3. У службі прийнята форма для документування результатів міждисциплінарної оцінки.

Критерій 5.3.4. У кожного фахівця є форма ведення записів на індивідуальних і групових прийомах, узгоджена з командою.

Критерій 5.3.5. У службі існує узгоджена форма виписки для передачі інформації про сім'ю в інші служби і організації.

Стандарт 5.4. Всі матеріали, що мають інформацію про клієнтів служби, включаючи відеозаписи та індивідуальні папки, доступні тільки фахівцям служби.

Критерій 5.4.1. Індивідуальні папки / карти дитини і відеозаписи зберігаються в закритих шафах.

Критерій 5.4.2. Електронні бази даних доступні тільки для співробітників служби.

Критерій 5.4.3. Індивідуальні папки / карти дитини не виносяться фахівцями за межі служби.

Стандарт 5.5. Інформація про дитину і сім'ю, доступна співробітникам служби, не підлягає розголошенню без згоди сім'ї, крім випадків, визначених законодавством.

Критерій 5.5.1. З сім'ями укладається письмовий договір, в якому обумовлюються можливості і умови публічного використання матеріалів (фото і відеозаписів за участю дитини і сім'ї, результати оцінки та програм, їх персональні дані).

Критерій 5.5.2. При публічному використанні матеріалів (Розборі випадків на семінарах, супервізіях, презентаціях, докладах тощо) не використовуються

реальні імена і прізвища клієнтів, їх персональні дані, та інша інформація, яка може ідентифікувати сім'ю.

Критерій 5.5.3. Кожен співробітник несе відповідальність про нерозголошення інформації, що стосується клієнтів служби.

Стандарт 5.6. Співробітники служби мають чітку стратегію передачі інформації про сім'ю і дитину при взаємодії з іншими організаціями та фахівцями.

Критерій 5.6.1. Інформація про сім'ю і дитину надається в зовнішні організації за запитом сім'ї або фахівців при згоді батьків.

Критерій 5.6.2. Сім'ї знайомляться з письмовими документами (рекомендаціями, характеристиками тощо). При оформленні цієї документації для зовнішніх організацій та фахівців.

Критерій 5.6.3. Всі документи, що передаються в зовнішні організації, підписуються фахівцями, які беруть участь в складанні даних документів, і керівником служби.

ДОСТУП ДО СЛУЖБИ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

Стандарт 6.1. Інформація про службу раннього втручання доступна споживачам.

Критерій 6.1.1. У місцевих органах управління освітою, соціального захисту та охороною здоров'я є інформація про всі служби раннього втручання.

Критерій 6.1.2. В установах системи охорони здоров'я, освіти та соціального захисту є ясні і постійно оновлювані буклети для направляючих фахівців з інформацією про служби раннього втручання.

Критерій 6.1.3. У службі є інформаційні матеріали, що детально описують послуги, які вона пропонує і для кого вони призначені, фахівців, які працюють в службі та їх ролі.

Критерій 6.1.4. Інформація про службу та програми раннього втручання регулярно надається населенню в різних доступних форматах.

Стандарт 6.2. Для своєчасного направлення дітей і сімей в службу налагоджено взаємодію з закладами охорони здоров'я, соціального захисту та освіти.

Критерій 6.2.1. Фахівцями служби розроблено «підстави для направлення дітей та сімей в службу».

Критерій 6.2.2. Співробітникам установ зазначених відомств надані «Показання для направлення дітей та сімей в службу».

Критерій 6.2.3. Співробітникам установ зазначених відомств надана стандартна форма направлення в службу раннього втручання, яка включає актуальну контактну інформацію про службу.

Стандарт 6.3. Служба відповідає на запит будь-якої сім'ї, стурбованої станом дитини або її розвитком.

Критерій 6.3.1. Сім'ї звертаються в службу за власною ініціативою або за направленням інших служб.

Критерій 6.3.2. Будь-яка сім'я має можливість отримати первинну консультацію фахівців служби щодо стану дитини і її розвитку.

Критерій 6.3.3. Отримання послуг в інших службах не є перешкодою до відвідування служби раннього втручання.

ВХІД В СЛУЖБУ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

Стандарт 7.1. У службі існує система реагування на звернення сім'ї .

Критерій 7.1.1. Сім'я може звернутися в службу по телефону або особисто.

Критерій 7.1.2. У службі є співробітник, який відповідає за первинний контакт з сім'ями і запис на прийом (диспетчер).

Критерій 7.1.3. У службі розроблені правила, на підставі яких диспетчер здійснює запис на первинний прийом.

Критерій 7.1.4. Час очікування первинного прийому після звернення сім'ї не перевищує 2 тижні.

Стандарт 7.2. Первинний контакт здійснюється в максимально доброзичливій манері по відношенню до сім'ї та дитини.

Критерій 7.2.1. Фахівець, що здійснює первинний контакт, демонструє зацікавленість до кожної сім'ї і проявляє увагу до їхніх потреб.

Критерій 7.2.2. Спілкування з сім'єю і дитиною побудовано в спокійній манері, яка демонструє повагу і турботу.

Стандарт 7.3. Для визначення потреб дитини та сім'ї в програмах раннього втручання проводиться первинний прийом.

Критерій 7.3.1. У первинному прийомі беруть участь не менше двох фахівців різних дисциплін.

Критерій 7.3.2. Всі члени команди дотримуються узгодженої структури проведення первинного прийому.

Критерій 7.3.3. Для виявлення порушень і відставання в розвитку дитини фахівцями проводяться скринінги для виявлення порушень зору, слуху, порушень аутистичного спектру, і визначення рівня розвитку дитини по основними сферам.

Критерій 7.3.4 Рівень розвитку і особливості дитини фахівці визначають, взаємодіючи з дитиною з урахуванням інформації, наданої батьками.

Критерій 7.3.5. Існує протокол дій фахівців при виявленні відставання в розвитку і / або можливих порушень при проведенні скринінгів.

Критерій 7.3.6. Для оцінки необхідності включення дитини і сім'ї в програму раннього втручання фахівці обговорюють з батьками їх побажання і тривоги щодо стану дитини, а також ресурси сім'ї.

Стандарт 7.4. Рішення про включення сім'ї в програму втручання приймається за результатами первинного прийому з урахуванням думки і потреб сім'ї.

Критерій 7.4.1. Рішення про включення в програму приймається на основі досягнутої угоди між фахівцями і батьками.

Критерій 7.4.2. За результатами первинного прийому визначаються напрямки програми втручання, мета і методи додаткової поглибленої оцінки, і фахівці, необхідні для її проведення.

ОЦІНКА

Стандарт 8.1. Оцінка, включаючи оцінку дитини і сім'ї, побудована на міждисциплінарному підході.

Критерій 8.1.1. У проведенні оцінки бере участь як мінімум два професіонала різних спеціальностей, які здатні оцінити розвиток дитини в усіх областях розвитку.

Критерій 8.1.2. Батьки беруть участь в проведенні оцінки в якості членів міждисциплінарної команди.

Критерій 8.1.3. Результати оцінки обговорюються спільно членами команди і сім'єю і служать підставою для постановки цілей програми.

Стандарт 8.2. Процес проведення оцінки спланований і визначено в часі.

Критерій 8.2.1. Первинна оцінка проводиться під час первинного прийому.

Критерій 8.2.2. Рішення про проведення поглибленої оцінки, терміни її проведення та підбір фахівців, які беруть участь в проведенні оцінки, приймається на основі командного обговорення.

Стандарт 8.3. Оцінка спрямована на дослідження особливостей розвитку дитини, її сильних сторін, потреб, і допомагає спланувати програму втручання.

Критерій 8.3.1. Оцінка визначає рівень функціонування дитини в кожній з наступних областей:

- (A) Когнітивний розвиток
- (B) Руховий розвиток
- (C) Комунікативний розвиток
- (D) Соціально-емоційний розвиток
- (E) Навички самообслуговування

Критерій 8.3.2. Оцінка визначає особливості фізичного розвитку дитини, включаючи стан зору і слуху, соматичне здоров'я дитини, і особливості її взаємодії.

Критерій 8.3.3. Оцінка проводиться з урахуванням переваг і тривог сім'ї щодо стану дитини та особливостей її розвитку.

Стандарт 8.4. Оцінка враховує соціальні та культуральні особливості дитини і сім'ї.

Критерій 8.4.1. Оцінка особливостей розвитку дитини проводиться в контексті її сім'ї та соціального оточення.

Критерій 8.4.2. Члени команди збирають інформацію з різних відповідних джерел, щоб доповнити оцінку і допомогти визначити сильні сторони і потреби дитини, наприклад, в контексті домашнього середовища / освітнього закладу

Стандарт 8.5. Оцінка є надійною і достовірною

Критерій 8.5.1. Для оцінки фахівці використовують методи і інструменти відповідно до посібників провідних практик раннього втручання, включаючи стандартизовані інструменти, спостереження, інтерв'ю з батьками, а також заключення інших фахівців.

Критерій 8.5.2. Для оцінки рівня розвитку дитини використовуються нормовані шкали.

Стандарт 8.6. На основі результатів оцінки формується гіпотеза про можливості розвитку дитини, яка постійно змінюється в процесі роботи.

Критерій 8.6.1. Фахівці регулярно проводять повторну оцінку з метою відстеження змін в стані і розвитку дитини та внесення змін до програми втручання.

Критерій 8.6.2. Додаткова або повторна оцінка проводиться за запитом сім'ї або кого-небудь з членів команди.

СКЛАДАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОГРАМИ

Стандарт 9.1. Кожна дитина, яка користується послугами служби, має індивідуальну програму, побудовану з урахуванням її потреб і потреб її сім'ї

Критерій 9.1.1. Індивідуальна програма розробляється на основі результатів проведеної оцінки

Критерій 9.1.2. Індивідуальна програма створюється на підставі кращих інтересів і потреб дитини, при конфлікті інтересів батьків і дитини фахівці приймають рішення, виходячи з інтересів дитини

Критерій 9.1.3. Індивідуальна програма містить опис потреб і ресурсів сім'ї щодо розвитку і поліпшення функціонування дитини

Критерій 9.1.4. Індивідуальна програма містить опис цілей і основних очікуваних результатів, які будуть досягнуті щодо дитини та членів родини

Критерій 9.1.5. Індивідуальна програма містить перелік заходів, які допоможуть досягти основних очікуваних результатів (проведення додаткових оцінок, консультації інших фахівців, домашні візити, розвиваючі заняття тощо).

Критерій 9.1.6. Індивідуальна програма містить опис стратегії її реалізації.

- Тривалість програми
- Інтенсивність заходів (як часто відбуваються зустрічі)
- Фахівці, що входять до складу команди
- Провідний спеціаліст / контактна особа

Критерій 9.1.7. Індивідуальна програма складається в період не більше 1 місяця з моменту прийняття рішення про включення сім'ї і дитини в програму.

Стандарт 9.2. Індивідуальна програма розробляється спільно спеціалістами служби та сім'єю.

Критерій 9.2.1. Всі фахівці, що брали участь в оцінці, вносять внесок при складанні індивідуальної програми.

Критерій 9.2.2. Індивідуальна програма складається в ході спільного обговорення між батьками і фахівцями, які входять в команду по роботі з дитиною і сім'єю.

Критерій 9.2.3. Індивідуальна програма підписується провідним фахівцем, що відповідає за ведення даної програми і є основною контактною особою для сім'ї.

Стандарт 9.3. Індивідуальна програма складається на певний термін із зазначенням дати перегляду.

Критерій 9.3.1. В індивідуальній програмі вказана дата її складання і дата наступного перегляду (виділені для зручності відстеження).

Критерій 9.3.2. Мінімальний період, на який складається індивідуальна програма - 6 місяців.

Критерій 9.3.3. При довгостроковій індивідуальною програмі вона переглядається і допрацьовується як мінімум 1 раз в 6 місяців або за потреби.

РЕАЛІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОГРАМИ

Стандарт 10.1. Фахівці служби раннього втручання шанобливо ставляться до дитини.

Критерій 10.1.1. Всі дії співробітників по відношенню до дитини демонструють, що її приймають як повноправну особистість з індивідуальними особливостями розвитку і потребами.

Критерій 10.1.2. Навчання дитини проводиться на основі її власної активності і участі.

Стандарт 10.2. Співробітники служби раннього втручання поважають особистість батьків або осіб, які їх замінюють, приймаючи їх думку про дитину, їх особистий досвід, очікування і рішення.

Критерій 10.2.1. Всі співробітники служби демонструють повагу при спілкуванні з родинами.

Критерій 10.2.2. Всі рішення щодо дій і послуг узгоджуються з сім'єю.

Критерій 10.2.3. У батьків є регулярна можливість висловлювати свою думку щодо отримуваних послуг, а також робити свої коментарі і пропозиції щодо індивідуальної програми (наприклад, заповнюючи анкети зворотного зв'язку або відповідаючи на питання інтерв'ю).

Стандарт 10.3. Індивідуальна програма реалізується в природному середовищі і забезпечує оптимальні результати для дітей і сімей.

Критерій 10.3.1. Батьки завжди беруть участь у всіх заходах разом зі своїми дітьми.

Критерій 10.3.2. Фахівці підтримують сім'ї, посилюючи їх можливості розвивати своїх дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 10.3.3. Розвиток у дитини нових умінь і навичок відбувається в природних для нього ситуаціях (гра, годування, одягання, тощо).

Критерій 10.3.4. Індивідуальна програма спрямована на розвиток і поліпшення функціональних здібностей дитини і розвиток її особистості.

Стандарт 10.4. Місце, тривалість та інтенсивність програм раннього втручання визначаються виходячи з потреб сім'ї з урахуванням можливостей служби і сім'ї.

Критерій 10.4.1. У службі є критерії для визначення інтенсивності та тривалості програм.

Критерій 10.4.2. Індивідуальна програма реалізується на основі тривалого, регулярного отримання послуг.

Критерій 10.4.3. У разі необхідності при реалізації індивідуальної програми фахівці здійснюють домашні візити в сім'ю.

Стандарт 10.5. Індивідуальна програма реалізується міждисциплінарною командою фахівців в партнерстві з батьками.

Критерій 10.5.1. Всі дії і заходи при реалізації індивідуальної програми узгоджуються членами команди між собою.

Критерій 10.5.2. За реалізацію індивідуальної програми для сім'ї та дитини відповідальний провідний фахівець, який координує діяльність команди фахівців.

Критерій 10.5.3. При реалізації індивідуальної програми батьки включені в роботу як члени команди.

Стандарт 10.6. Команда проводить моніторинг і оцінку ефективності індивідуальних програм.

Критерій 10.6.1. Команда регулярно відстежує досягнення очікуваних результатів та відповідність програми потребам дитини і сім'ї.

Критерій 10.6.2. Моніторинг та оцінка ефективності індивідуальних програм проводиться міждисциплінарної командою фахівців спільно з батьками і з урахуванням їх думки.

Критерій 10.6.3. За підсумками моніторингу та оцінки індивідуальних програм відбувається їх перегляд та оновлення.

ЗАВЕРШЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОГРАМИ І ПЕРЕХІД

Стандарт 11.1. Індивідуальна програма завершується в наступних випадках:

- дитина / сім'я більше не мають потреби в послугах, так як цілі розвитку дитини досягнуті, а фактори ризику усунені

- дитина досягла віку виходу з програми

- сім'я сама припиняє свою участь в програмі

Стандарт 11.2. Фахівці служби готують програму переходу дитини в дошкільний заклад.

Критерій 11.2.1. Фахівці визначають дітей, які повинні розпочати відвідувати дитячий садок за рік до цього.

Критерій 11.2.2. Фахівці допомагають родині прийняти рішення про дошкільну програму, зібрати і оцінити інформацію про наявні в співтоваристві ресурси, визначити потреби та пріоритети сім'ї.

Критерій 11.2.3. Фахівці спільно з батьками визначають план по переходу, який відображає їх пріоритети у виборі дошкільного закладу.

Критерій 11.2.4. Фахівці спільно з батьками визначають ключову інформацію, яка повинна бути передана в дошкільний заклад, й готують письмовий висновок про програму раннього втручання, прогрес дитини за період проходження програми, а також про специфіку підтримки, яка необхідна дитині в подальшому.

Стандарт 11.3. Команда взаємодіє з іншими організаціями з метою здійснення плавного переходу сім'ї зі служби раннього втручання.

Критерій 11.3.1. Служба укладає договори про співпрацю з організаціями системи освіти і соціальної захисту для передачі дітей після закінчення програми раннього втручання.

Критерій 11.3.2. Члени команди організують зустріч з фахівцями дошкільних установ і / або соціальних служб до того, як дитина вперше туди приходить.

Критерій 11.3.3. Команда виділяє фахівця, що відповідає за координацію і безперервність процесу переходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ

Стандарт 12.1. Служба регулярно проводить оцінку своєї діяльності.

Критерій 12.1.1. Для оцінки діяльності в службі розроблена система кількісних і якісних показників.

Критерій 12.1.2. Система кількісних показників включає аналіз: 1) Кількості первинних прийомів; 2) Кількості сімей, включених в програму; 3) Кількість сімей, що регулярно отримують послуги в службі; 4) Кількості завершених випадків тощо.

Критерій 12.1.3. Система якісних показників охоплює:

- 1) вивчення думки сімей про програму (задоволеність, корисність)
- 2) аналіз результатів для сімей
- 3) аналіз результатів для дітей

Критерій 12.1.4. Оцінка діяльності служби проводиться відповідно до розділів справжніх стандартних вимог і критеріїв в них представлених.

Стандарт 12.2. Результати оцінки є основою для аналізу діяльності служби і ведуть до прийняття рішень щодо її розвитку

Критерій 12.2.1. Для аналізу ефективності діяльності служби проводиться моніторинг кількісних і якісних показників.

Критерій 12.2.3. На основі результатів оцінки вносяться зміни в структуру і планування діяльності служби (вибір форм роботи, введення нових послуг, перерозподіл форм роботи в залежності від завантаженості служби тощо).

Стандарт 12.3. У службі існує прописана система звітності.

Критерій 12.3.1. Порядок і зміст звітності в місцеві адміністративні органи чітко визначені.

Критерій 12.3.2. Результати діяльності служби оформляються у вигляді письмових звітів і доступні для громадськості.

Передача/скерування дитини на інші програми по завершенню Раннього Втручання

Тривалість Раннього Втручання для дітей з особливими потребами може бути дуже різною і залежить від індивідуальних особливостей кожної дитини – і може бути від 6 місяців до кількох років. Звичайно перебування завершується, коли досягнуто поставлених реабілітаційних цілей і коли дитина готова до подальшого руху в заклади системи освіти – дошкільного чи шкільного характеру. Процес переходу від Раннього Втручання у заклади системи освіти є дуже важливим моментом переходу, під час якого батьки потребують особливого супроводу з боку фахівців Раннього Втручання, щоб могли вибрати оптимальне місце для навчання своєї дитини, а також зберегти здобуті досягнення, намітити нові цілі і шляхи їх досягнення, а також передати знання дитини та напрацьованих підходів до реабілітації від одних фахівців до других.

Щодо можливих місць подальшої освіти можливі різні варіанти і батькам важливо допомогти реалістично вибрати оптимальних для їхньої дитини.

Щодо дошкільної освіти – дитина з особливими потребами у більшості випадків може бути інтегрована у звичайний дитячий садочок. Та при важких поведінкових та когнітивних порушеннях може бути доцільним перебування дитини у спеціалізованих реабілітаційних дошкільних групах для дітей із порушеннями розвитку. Втім, де б не перебувала дитина, важливо, щоби фахівці, які з нею працюватимуть, були відкритими та компетентними. Успішна дошкільна освіта є першою ланкою соціалізації дитини у середовищі ровесників, а тому вкрай важлива.

Можливості шкільної освіти для дітей з особливими потребами є різними і визначаються насамперед особливостями дитини, її рівнем інтелектуального розвитку, ступенем вираженості поведінкових проблем. Для дітей із синдромом Аспергера, з високофункціональними особливими потребами із нормальним рівнем інтелекту, незначними поведінковими порушеннями може бути рекомендована інтегрована освіта в загальноосвітніх школах. Для дітей із супутньою розумовою відсталістю, вираженими поведінковими розладами – це спеціалізовані класи чи заклади системи освіти, реабілітаційні центри та ін. Вибір належного шкільного середовища, педагогів є надзвичайно важливим і батькам потрібно заздалегідь вивчати наявні в громаді можливості, знайомитися з педагогами, радитися з фахівцями, щоби зробити оптимальний вибір для своєї дитини. Втім, де б не навчалася дитина з особливими потребами, вона потребує особливих підходів у навчанні – і світовою педагогічною спільнотою розроблено спеціальні навчальні методики для дітей з особливими потребами (TEACCH, SCERTS та ін.).

Коли уже зроблено вибір місця освіти є дуже рекомендований контакт між фахівцями програми Раннього Втручання та фахівцями закладу системи освіти з метою передачі досвіду та планування, організації оптимальних умов для подальшої освіти дитини з особливими потребами. У цей процес так само мають бути включені і батьки дитини. Формою такого контакту можуть бути круглі столи, письмові виписки, повторні зустрічі, телефонні консультації тощо.

Цей останній компонент є дуже важливим, оскільки оптимальний розвиток дитини з особливими потребами можливо забезпечити лише спільними зусиллями батьків, та фахівців різних установ, які ефективно співпрацюють між собою і забезпечують послідовну цілісну реабілітацію та освіту для дитини з особливими потребами.

ВЗАЄМОДІЯ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Представлення даних обстеження батькам та побудова індивідуальної програми допомоги сім'ї та дитині

(на прикладі ситуації з дитиною, яка має розлади аутистичного спектра)

По завершенні діагностичного процесу важливо представити батькам підсумки та результати, надати інформацію щодо проблем дитини та можливих способів лікування/реабілітації та разом встановити цілі і методи подальшої допомоги – пропонується індивідуальний план допомоги сім'ї та дитині.

Однією з найбільших потреб сім'ї, в якій з'являється дитина з особливостями психофізичного розвитку, є потреба у інформації. Батьки потребують розуміти, що є з їхньою дитиною, розуміти її обмеження, їхню природу, причини, наслідки; розуміти прогноз розвитку дитини, те, як вони можуть допомогти їй, якої медичної допомоги чи реабілітації потребує їхня дитина. Поінформованість батьків є передумовою того, що вони зможуть приймати мудрі рішення в інтересах дитини, розуміти межу між обмеженнями та можливостями, а відповідно приймати реальність того, що не можна змінити, та водночас допомагати дитині розвинути наявні можливості. Тільки розуміючи реальність, можна мудро в ній жити, співпрацювати з нею. Володіння сучасною інформацією щодо особливих потреб дитини є також дуже важливою з огляду на поширені міфи та комерційну рекламу недостатньо чи сумнівно ефективних/псевдонаукових методів лікування/реабілітації аутизму. Володіння інформацією запобігає марній витраті часу, коштів, ресурсів на неефективні способи допомоги дитині.

Отже, фахівцям необхідно усвідомлювати важливість надання інформації батькам. Надання інформації і освіта батьків є однією з пріоритетних цілей програм Раннього Втручання. Реалізація цієї цілі досягається шляхом дотримання ряду важливих принципів:

1. Батьки мають право володіти усією інформацією, що стосується їхньої дитини, і обов'язком фахівців є надавати таку інформацію.
2. Інформація повинна подаватися батькам зрозумілою мовою у доступній формі.

3. Завданням фахівців є не просто дати інформацію, але бути готовими роз'яснити її, дати відповіді на запитання, при потребі ще раз повернутися до певної теми на запит батьків.

4. Інформація повинна подаватися у коректній, етично-відповідній формі і не повинна носити знецінюючий чи принижуючий гідність дитини характер.

5. Фахівці повинні усвідомлювати, що інформація не може бути засвоєна відразу, а тому мають бути готові її повторювати, а також використовувати різні формати її подання – під час індивідуальної розмови в усній формі, письмовій (заклучення, рекомендації), книжки, відеоматеріали, групові лекції/семінари, інтернет-ресурси і т.п.

6. Інформація повинна бути достовірною і відповідати науково доведеним фактам. У випадку невідомості, сумніву чи недослідженості певного питання важливо повідомити батьків про це.

7. Фахівці повинні усвідомлювати, що представлення особливостей розвитку дитини та прогнозу є складним завданням, яке може викликати у батьків сильні почуття та суттєво вплинути на досвід сім'ї, а тому фахівці потребують спеціальної підготовки, знань та навиків, щоб ефективно реалізовувати це завдання.

8. Фахівці повинні також усвідомлювати, що батьки сприймають інформацію дещо іншим, «емоційним» каналом зв'язку, а тому бути чутливими до того, що ті ж факти, які ними можуть сприйматися у один спосіб, батьками можуть сприйматися зовсім по-іншому. Тому фахівцям важливо бути особливо тактовними в процесі представлення інформації, намагатися не просто подавати інформацію, але й бути чутливими до того, як вона сприймається.

Спосіб, у який батькам представляються обмеження їхньої дитини, є дуже важливим у визначенні їхнього досвіду, він може відіграти позитивну роль і сприяти позитивній динаміці процесу адаптації до цієї новини, або ж – навпаки, може ще більше дестабілізувати і травмувати сім'ю.

Орієнтовний протокол проголошення діагнозу наступний:

1. Насамперед важливо вибрати місце і час. Не можна проголошувати діагноз на ходу в коридорі, коли через п'ять хвилин чекає якась інша важлива справа. Лікар повинен виділити щонайменше 30 хвилин, а в ідеалі до години. Важливо запросити батьків у кабінет, де ніхто не потурбує і де батьки почувуються комфортно.

2. Важливо запросити обох батьків. Адже сказати, для прикладу, одній лише мамі інформацію про аутизм/неповносправність – це означає скинути на її плечі ще й важке завдання переказати цю інформацію чоловікові, що вона може бути просто не готова зробити через силу власних емоційних переживань. Присутність обох батьків є дуже важливою, бо вони можуть підтримати один одного, що полегшить сприйняття ними болючої реальності. Присутність обох батьків важлива ще й тому, що фахівці можуть дати відповіді на запитання обох батьків, роз'яснити незрозумілі аспекти, що попередить появу суперечки про те, хто і що як зрозумів.

3. Якщо батьки присутні з дитиною, то важливим є засвідчити позитивне ставлення фахівця до дитини, підкреслення її цінності, її сильних рис. Для прикладу, можна відзначити позитивні досягнення її розвитку чи просто позитивні риси. Можна також змодельовати позитивне ставлення до дитини.

4. На початку розмови батькам важливо повідомити її мету. Для прикладу:

«Ми хочемо сьогодні представити вам результати обстежень дитини, а тому ми відвели час на спільну зустріч».

5. Тоді представити результати обстежень, вказуючи водночас на досягнення дитини в розвитку, так і на реальні затримки, порушення, пояснюючи їх значення. Представляючи факти важливо бути чутливими до реакцій батьків, при потребі зупинятися, роз'яснювати, давати відповіді на запитання. Тоді, по викладі основних фактів, підсумувати їх і звести до діагностичного та прогностичного формулювання. Ця перша частина діагностичного формулювання повинна бути доволі чіткою і лаконічною, вона повинна представляти дитину не у негативний спосіб (типу «з неї нічого не буде»), а

показати як реальність обмежень, так і реальність можливостей розвитку. Втім, вказування можливості розвитку не повинно спантеличити батьків у сенсі, що «зараз відстає, але з часом усе наздожене».

6. Після першої, «сконденсованої» порції інформації важливо відчутти ситуацію і продовжувати далі в залежності від реакції батьків.

7. Якщо батьки чи хтось один із них сильно засмутився, важливо не переходити одразу далі, а висловити підтримку – жестом, словом, співчутливим поглядом. Якщо батьки задають запитання – дати відповіді. Якщо батьки заперечують, відмовляються вірити – визнати, що ви розумієте їхню неготовність повірити, але водночас ви надаєте їм фактичну інформацію.

8. Звичайно після першої хвили почуттів батьки готові слухати далі і переважно задають багато запитань – з одного боку, про майбутнє, прогноз, з іншого – про те, що їм робити зараз, як можна допомогти дитині. На запитання про прогноз важливо давати відповіді дуже обережно, тому що звичайно сам діагноз дитини не дає змогу точно передбачити можливий рівень розвитку дитини у майбутньому, і у випадку невизначеності краще говорити про можливий спектр, аніж заявляти, як саме буде.

9. По роз'ясненні можливих варіантів розвитку дитини важливо зосередитися на тому, чого потребує дитина зараз і яка опіка, допомога їй потрібна, в чому полягає роль батьків, якими є можливі методи допомоги. Важливо також застерегти батьків від застосування неефективних методів або ж спроб прямого обману чи маніпуляцій їхньою свідомістю щодо можливостей певним «чудодійним» методом вилікувати дитину.

10. Звичайно у батьків виринає також запитання, як жити з цими випробуваннями, що чекає на їхню дитину, чи зможе вона бути щасливою, чи зможе їхня сім'я бути щасливою. І тут лікар може сказати дещо про філософію життя з неповносправною дитиною, розповісти історії інших батьків, запропонувати батькам можливість знайомства з батьками інших дітей, які мають також аутизм чи інші порушення розвитку. Важливо дати батькам відчутти, що розлад дитини не означає кінець усьому, втрату можливості бути

щасливими, але що це насправді починається новий етап життя, у якому треба навчитися багатьох нових речей, навчитися жити у новій реальності.

11. У випадку сильних реакцій заперечення і відмови батьків прийняти факт невиліковності аутизму важливо зрозуміти, що опір батьків є захисною функцією і немає потреби його «ламати». У таких випадках важливо зосередити увагу на розмові про те, що потрібно дитині зараз, як можна допомогти їй у розвитку, якого лікування/реабілітації вона потребує, а питання прогнозу залишити на майбутнє. Немає сенсу сперечатися з батьками щодо того, якою буде їхня дитина в далекому майбутньому, головне разом допомогти дитині зараз, дати їй те, чого вона потребує для повноцінного розвитку. Важливо також поважати право батьків на іншу думку і при запиті дати їм можливість звернутися до іншого лікаря/фахівця, чи пройти повторні обстеження, якщо це може бути доцільним.

12. Звичайно на першій розмові важливо не передозувати інформацію – якщо її буде забагато, батьки її просто не зможуть засвоїти. Треба бути готовим, що батьки багато що можуть просто не почути, пропустити у вихорі емоцій. Тому важливо домовитися одразу про наступну зустріч, запевнити у відкритості до неї, готовності відповісти на усі запитання.

13. Наприкінці зустрічі може бути важливим торкнутися таких запитань: чи варто казати про розлад дитини бабусі, дідусеві, братику/сестрі. Затягування з відкриттям правди, її приховування веде лише до погіршення атмосфери; з часом сказати правду може бути все важче, попри те, що вона стає все очевиднішою. Це може частково у майбутньому приводити до самоізоляції батьків та дитини.

14. Якщо є можливість наприкінці зустрічі дати батькам інформаційні друковані матеріали про особливі потреби, це може виявитися дуже корисним, особливо якщо ці матеріали є доброї якості і підготовлені спеціально для батьків.

Втім представлення діагнозу та прогнозу це лише одна частина завдання, що стоять перед фахівцями. Інша – роз'яснення нейробіологічних та нейропсихологічних особливостей їхньої дитини, а відповідно як розуміти її

поведінку, її комунікативні спроби – а відповідно як взаємодіяти з нею, які є можливості допомоги. Це передбачає базову психоедукацію батьків щодо особливих потреб – завдання, з яким ще багато доведеться працювати далі на наступних етапах втручань.

Круглий стіл фахівців з батьками у другій своїй частині має за мету представити можливі методи допомоги дитині і тоді спільно скласти індивідуальну програму допомоги сім'ї та дитині – при цьому враховуються, як пропозиції батьків, реальні можливості їхньої програми, так і думку батьків. При потребі батьків також можна скерувати у інші заклади/установи, які можуть надати послугу раннього втручання для їхньої дитини.

Технологія міждисциплінарної оцінки розвитку дитини та якості дитячо-батьківських відносин у системі раннього втручання

Традиційним та звичним початком роботи із сім'єю, яка виховує дитину з порушеннями розвитку, як для батьків, так і для фахівців, є оцінка розвитку дитини з точки зору встановлення діагнозу (ступеня здоров'я або нездоров'я, норми або патології), вивчення одним або кількома спеціалістами рівня розвитку дитини в різних сферах для того, щоб зрозуміти, яким є актуальний рівень розвитку дитини, а потім знайти для неї відповідну навчальну/розвиткову програму з тих, що існують. Досить часто отримані результати інтерпретують як перелік «невмінь» дитини та оцінку перспектив її розвитку через її вразливість та обмеження.

У ранньому втручанні як сучасній системі сімейно-центрованої комплексної допомоги розвитку дитини раннього віку поняття оцінки здоров'я та розвитку розширено до поняття оцінки потреб дитини та сім'ї. Програми раннього втручання спрямовані на те, щоб посилювати функціональні здібності дитини, яка має порушення розвитку, розширювати межі її участі в різноманітній діяльності, збільшити потенціал маленької дитини для її майбутнього незалежного життя в суспільстві. Оцінка в ранньому втручанні побудована таким чином, що дозволяє зробити перехід від визначення загальної перспективи розвитку дитини до більш функціональної перспективи, можливостей дитини

брати участь в необхідних щоденних діях. Якість розвитку будь-якої дитини визначається тим, як вона застосовує різні навички в повсякденному житті – грі, проведенні вільного часу, розвагах, діях самообслуговування (їжі, одяганні, умиванні тощо), спілкуванні з іншими, а не тільки рівнем розвитку тієї чи іншої навички. Отже, процес проведення оцінки є процесом розуміння компетенцій, обмежень та ресурсів кожної конкретної родини та дитини.

Особливостями оцінки в ранньому втручанні є не тільки те, що до суто медичних показників та нормативної оцінки навичок та вмій додана оцінка соціального оточення, розвиткового простору, батьківської компетентності, індивідуальних особливостей батьків, стресорів, які впливають на розвиток дитини, а також дитячо-батьківських відносин, але й те, що дитину досліджують у межах сімейних, культурних та суспільних систем. Оцінку проводять та її результати інтерпретують з урахуванням того, як дитина діє в межах цих систем.

Важливою складовою першої зустрічі є встановлення довіри та довірчого контакту, особливу увагу приділяли фізичним та психологічним факторам контакту. Саме тому первинну оцінку проводили в ігровій кімнаті, у якій є різноманітні іграшки, що використовувалися залежно від віку дитини або її можливостей. Усі фахівці мають працювати без медичних халатів і для встановлення кращого розуміння та створення найбільш комфортної та довірливої атмосфери витримували правила контакту та взаємодії, розташовуючись «на одному рівні» під час спілкування з дитиною.

Спільна присутність фахівців виконує кілька функцій: дає змогу уникати необхідності батькам повторювати декілька разів ту саму анамнестичну інформацію для різних фахівців, а останнім надавала можливість формувати спільний погляд, отримуючи інформацію від батьків, разом спостерігаючи за поведінкою дитини та особливостями взаємодії дитини та батьків.

Скарги батьків записують максимально детально, із використанням прямої мови та висловів батьків, що дозволяє відобразити батьківський спосіб викладення та оригінальний зміст того, що турбує батьків.

Під час первинної оцінки проводиться збір анамнезу, описують негативні біологічні фактори, які впливали в анте-, пре- та постнатальному періоді, з'ясовано, у яких лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладах дитина отримувала та отримує допомогу, лікарем оцінювався соматичний, неврологічний статус дитини.

У результаті спостереження за поведінкою дитини, батьків та дитячо-батьківською взаємодією в ігровій кімнаті й проведення діагностичних проб фахівці визначають рухові можливості дитини, наявність проблем у моторній сфері та засобів пристосування й використання наявних можливостей для опанування навколишнього середовища. Особливо важливо фіксувати моменти, коли зниження рухової активності не мало виражених фізичних чинників, а виникало за рахунок емоційних проблем або недостатності комунікаційних здібностей. Аналізують когнітивний та мовний розвиток дитини.

Під час первинної оцінки особливостей спілкування та контакту із фахівцями враховується той факт, що дитина змушена спілкуватися з незнайомими дорослими в незнайомому приміщенні, та оцінюється, як швидко та яким чином вона включається у взаємодію або гру із стороннім дорослим. Фіксують активність в ініційованні спілкування з дорослим, визначали вербальні та невербальні засоби дитини (залежно від віку та можливостей), якими вона залучає дорослого до контакту та спільної активності.

У подальшому на всіх етапах оцінки враховують динаміку якості спілкування дитини із фахівцями не тільки в ігровій кімнаті під час занять, але й у приміщенні центру від час зустрічі з незнайомими дорослими.

Спостереження за грою дитини спрямоване на визначення якісних особливостей ігрової діяльності та її відповідності віку дитини. Для цього використовують різноманітні іграшки, які дитина може вибирати за своїм смаком та уподобаннями. Також проводять діагностичні ігри, які відповідають віковим та індивідуальним можливостям дитини. Але основну увагу було приділяють спонуканню дитини до власної активності та створенню такої

атмосфери, у якій дитина почувалася б максимально безпечно і могла найбільшою мірою показати свої здібності.

На всіх етапах оцінювання фіксують емоційний стан дитини та його динаміку, особливості адаптації до нових умов, відображають результати спостереження за емоційним станом батьків, особливостями їхньої поведінки, а також особливостями взаємодії дитини з матір'ю та близькими дорослими.

Поглиблена оцінка розвитку дитини в системі раннього втручання.

Планування та визначення змісту й напрямків поглибленої оцінки проводять під час зустрічі з батьками. У зустрічі беруть участь батьки, один із фахівців, який проводив первинну оцінку, та команда, яка була сформована для роботи з дитиною та родиною в подальшому. Ця зустріч має певну структуру та складалася з кількох етапів.

Спочатку фахівець, який проводив первинну оцінку, дає батькам інформацію щодо її результатів, обговорює з батьками питання, пов'язані з первинною оцінкою, та представляє членів команди як тих фахівців, що будуть працювати з родиною. Після цього він залишає батьків з командою для подальшого обговорення та планування спільних дій, озвучуючи завершення своїх функцій у взаємодії з родиною. Така «передача» є важливим компонентом побудови відносин з батьками, оскільки досить чітко визначала кордони відповідальності певних фахівців та завершення циклу їхньої взаємодії з батьками. У разі, коли фахівець, що проводив первинну оцінку, ставав членом команди для подальшої роботи, саме він стає фасілітатором зустрічі з батьками.

Наступний етап зустрічі з батьками передбачає визначення функціонального запиту. Ураховуючи, що основною характеристикою функціонального запиту є його відповідність контексту щоденного життя родини та відображення пріоритетів родини в розвитку дитини в контексті щоденного життя, визначення запиту роблять на підставі обговорення з батьками типового дня родини. Так, батьків просять докладно розповісти, яким чином проходить типовий день дитини, які труднощі виникають під час реалізації денних рутин – прийому їжі, умивання, гуляння, спілкування тощо. Ця

інформація дозволяє виявити, реалізація яких щоденних рутин становить найбільші труднощі для батьків, та визначити, які із сфер розвитку і в якому напрямку потребують поглибленої оцінки для подальшого формування індивідуального плану раннього втручання.

Завершальна частина зустрічі з батьками має бути присвячена вибору та узгодженню зручного для батьків та дитини часу для проведення поглибленої оцінки, відвідування занять, обговоренню правил і меж відповідальності батьків та фахівців.

Поглиблену оцінку проводять протягом 3-4 зустрічей тривалістю 50 хвилин кожна мультидисциплінарною командою фахівців, склад якої залежать від потреб дитини та включає за звичай лікаря, психолога, логопеда, фахівця з фізичної реабілітації. Батьки завжди мають бути присутні в кімнаті з дитиною та фахівцями.

Формат зустрічей передбачає як формалізоване тестування тих чи інших навичок дитини, так й організацію взаємодії з дитиною та спілкування з батьками, яка б давала можливість оцінити особливості розвитку дитини та обмеження в її функціонуванні, унікальні можливості і ресурси дитини та батьків (так звані

«сильні сторони»), потреби дитини в кожній зі сфер розвитку (фізичному, пізнавальному, соціально-емоційному, комунікативному), пріоритети родини щодо розвитку дитини, навчальні можливості середовища, у якому живе дитина, а також якість дитячо-батьківських відносин.

Для фіксації результатів поглибленої оцінки використовують розроблений під час дослідження «Профіль розвитку дитини», який базується, наприклад, на біопсихосоціальной моделі, що дає можливість міждисциплінарній команді фахівців змістовно описати та зафіксувати в одному документі обмеження в стані здоров'я, які заважають дитині нормально функціонувати, рівень її розвитку в різних сферах, потреби дитини, які не задовольняються на час оцінки, ступінь самостійної участі та необхідної підтримки з боку батьків у різноманітній діяльності, яка є нормативною для дитини, характер

міжособистісної взаємодії дитини з іншими, систему соціально-психологічної підтримки родини, особливості розв'язкового середовища.

Важливим етапом є досягнення батьками та фахівцями узгодженої думки про потреби дитини, її сильні сторони, уміння й перспективи оволодіння тими чи іншими навичками та ту міру допомоги, якої дитина поки що потребує, фактично зону найближчого розвитку дитини.

Важливим показником соціального розвитку дитини є її можливість взаємодіяти з дорослими, виявляти активність, ініціювати та підтримувати соціальну взаємодію, бути суб'єктом соціальних інтеракцій.

Програми, які додатково застосовують для роботи у напрямі раннього втручання

ПРОГРАМА “БАТЬКИ ДЛЯ БАТЬКІВ”.

Основною метою програми “Батьки для батьків” – є створення відповідної атмосфери для відкритого спілкування батьків дітей з особливими потребами. Спілкуючись між собою, батьки відчувають особливу підтримку один одного; відчуття солідарності допомагає їм менш болісно переживати ті почуття, які виникають у батьків, коли в них народжується неповносправна дитина. В групах ділення (взаємопідтримки) батьки мають змогу звільнитись від душевного тягаря, від негативних емоцій, які не дають їм можливості почуватися вільно, природно, заважають бути собою і тим самим впливають на атмосферу у сім'ї, а отже на дитину. За допомогою програми батьки зможуть подружитися між собою і ця дружба допоможе їм позбавитись самотності, зневіри, ненависті. А сім'ї будуть більш цікавіше та веселіше проводити дозвілля.

Спілкування в програмі “Батьки для батьків” дає можливість батькам обмінюватись власним досвідом та поширювати інформацію, що стосується дитини та її сім'ї. Програма допомагає всім членам сім'ї відчути себе повноцінними членами суспільства, а відчуття потрібності іншим дає сили та впевненості в собі, що є важливим для розвитку дитини. Гуртуючись разом,

батьки зможуть обговорювати та вирішувати різні питання для лобювання інтересів дитини.

Форми роботи програми «Батьки для батьків»:

1. Групи ділення /взаємопідтримки/, які проводяться два рази в тиждень, дають батькам можливість поділитись тим, що тяготить їхні душі, допомагають відчутти взаємопідтримку інших батьків та зрозуміти, що вони не одні.

2. Індивідуальна підтримка – форма роботи, в якій сім'ї, де виховується неповносправна дитина допомагають іншим сім'ям, подібним їм, користуючись власним досвідом. І ця підтримка може бути як психологічна, моральна так і фізична.

3. Організація різних свят, заходів, прогулянок тощо дає змогу більше згуртуватись всій сім'ї та сім'ям між собою, допоможе кожному члену родини відчутти себе потрібним, та відчутти свою потрібність іншим.

4. Семінари “Батьки для батьків” проходять в чудовому гірському містечку Славську на протязі трьох днів, де батьки мають змогу, під час відкритого спілкування, краще зрозуміти один одного, зрозуміти що вони разом можуть багато зробити для своїх дітей та сімей. І в них народжується бажання міняти цей світ – на світ довіри, любові, добра.

5. Літні табори дають змогу всій сім'ї, де виховується неповносправна дитина побувати разом 5-6 днів десь чи то в Карпатах, чи на березі річки або озера, чи просто за містом в гарній місцині. За програмою волонтери допомагають батькам з дітьми, і тому батьки можуть поспілкуватись з іншими батьками, почути багато корисної інформації, поділитись власним досвідом чи просто відпочити. Важливим етапом є ігри, конкурси, вечори художньої самодіяльності, карнавали в ході яких створюється атмосфера радості, довіри, відвертості, яка допомагає учасникам відчутти особливість та важливість кожного життя.

6. Розповсюдження літератури дає можливість батькам отримати більш повну інформацію щодо виховання дітей, розуміння їх потреб і можливостей та просто для життя.

Програма підтримки братів-сестер дитини з особливими потребами “мій брат - моя сестра”

Проблематика інших дітей в сім'ях, де є неповносправна дитина вкрай важлива, проте довгий час залишалась поза психолого-педагогічною увагою. Здорові брати, сестри можуть мати багато емоційних проблем і потребувати допомоги у їх вирішенні. Часто це діти які, з часу народження брата чи сестри з особливими потребами, залишаються сам-на-сам зі своїми проблемами, які стають самотніми і непомітними, тамуючи злість та образу до батьків, брата чи сестри; які переживають страх за власне здоров'я, нічого не знаючи про особливі освітні потреби братів-сестер; в яких, з народженням неповносправної дитини в сім'ї, закінчується дитинство, а з'являються лише обов'язки. Проте, народження дитини з особливими потребами може мати великий позитивний вплив на розвиток особистості її братів та сестер. Насамперед це залежить від батьківської позиції та психолого-педагогічної підтримки.

Програма підтримки для братів-сестер - це система надання послуг батькам та нормотиповим братам-сестрам дитини з особливими потребами. Вона передбачає:

1. Виявлення актуальності проблеми в процесі соціально-педагогічного супроводу сім'ї;
2. Групові зустрічі братів-сестер;
3. Індивідуальні консультації психолога з братами-сестрами, які відносяться до групи нормотипових;
4. Індивідуальні консультації психолога з батьками щодо взаємостосунків між дітьми;
5. Групові зустрічі з батьками для виявлення і подолання проблем взаємостосунків між дітьми, які мають і не мають особливі потреби;

6. Видавництво методичних рекомендацій для батьків щодо подолання проблем взаємостосунків між дітьми, які мають і не мають особливі потреби;

Мета групових зустрічей з нормотиповими братами-сестрами:

- 1) допомогти дітям зрозуміти особливості розвитку їх братів-сестер;
- 2) розуміти особливі потреби, з якими стикаються брати-сестри, які мають такі потреби;
- 3) навчитися визначати і обговорювати сильні сторони братів-сестер з особливими потребами;
- 4) обговорювати і пропрацьовувати емоційні реакції на стресові події, пов'язані з неповносправністю братів-сестер;
- 5) розвиваючи творчі здібності, сприяти кращому пристосуванню братів-сестер в соціумі;
- 6) підкріплюючи просоціальні, емпатійні якості у братів-сестер, сприяти формуванню позитивного соціального ставлення до неповносправних людей.

Групові зустрічі проводяться раз на тиждень, тривалістю до 1,5 год. за участю двох психологів. Максимальна кількість дітей в групі - 15 осіб, віком 4-6 (дошкільна група) і 7-10 років. Такі заняття відбуваються на основі адаптованої програми підтримки братів-сестер дитини з особливими потребами американських психологів D.Lobato і D.Meyer та тренінгів креативності (Andrzej Goralski). Тривалість одного марафону групових зустрічей - 10 тижнів.

Програма інтерактивного відео тренінгу (ІВТ)

ІВТ складається з Домашнього Відео Тренінгу (ДВТ) і Інтерактивного Відео Керівництва (ІВК). Це метод покращення сімейних стосунків, а ІВК- метод роботи з відносинами між працівниками служб опіки і клієнтами.

Суть методу полягає в аналізі характеру спілкування, виділенні та підтримці позитивних елементів комунікації. Наголос робиться на сильних сторонах і можливостях людей. Методика ІВТ виходить з усвідомлення того, що позитивні

стосунки з батьками та іншими важливими в житті дитини людьми є життєво важливим для її розвитку.

ІВТ базується на принципах позитивного спілкування і на детальному аналізі елементів та моделей взаємостосунків в сім'ї. Цей аналіз спілкування дає можливість з іншої точки зору подивитися на проблемні ситуації в житті сім'ї та можливості і шляхи їх змін. Основне припущення методу полягає у тому, що батьки і діти хочуть добре жити один з одним, навіть, коли їхні відносини серйозно порушені. Це бажання ніколи не зникне. Доведено, що навіть у дуже важких виховних ситуаціях діти прагнуть позитивного контакту з батьками.

Досвід підтвердив, що, якщо батьки і діти здатні позитивно взаємодіяти, вони ніколи не оберуть протилежного шляху. Проблеми у вихованні полягають в нестачі необхідної інформації, яка б могла допомогти батькам підтримувати нормальні стосунки всередині сім'ї. Нестача позитивного контакту між батьками і дітьми зумовлює проблемну поведінку. Ще однією причиною проблемної поведінки є відсутність позитивного прикладу.

Тренер з самого початку концентрує увагу на побудові позитивного контакту і зміцненні стосунків між членами родини, а також допомагає розвивати їх контакти з суспільством. Тренер записує на відео ситуації, які трапляються щоденно (ігри, прийом їжі, сон тощо). Аналізуючи записані ситуації, він наголошує на тих моментах, де спілкування було успішним.

Ці ситуації демонструються сім'ї на наступній зустрічі і обговорюються з батьками. Таким чином батьки можуть бачити, що, навіть у дуже складних ситуаціях вони є успішними. Отже, вони дізнаються, що елементи спілкування створюють ефективний контакт та обирають кращий варіант спілкування з дітьми.

Основним завданням є досягнення цілі через маленькі конкретні кроки, а не негайна зміна усієї ситуації. Батьки і тренери мають підтвердження дієвості методу переглядаючи перші і останні відеозаписи. Паралельно з цим росте їх впевненість у власних здібностях і можливостях.

Вважається що ІВТ є короткотривалою ефективною терапією. Він потребує від 1 до 6 місяців часу . В середньому тренер відвідує сім'ю 1 раз на тиждень по 60-90 хв. Проте, при необхідності, він може приходити частіше. Цей вид допомоги є економічно вигіднішим ніж традиційний, особливо у закладах опіки над дітьми.

ІВТ може бути використаний як метод попередження негативної поведінки.

ІВТ може допомогти:

- сім'ям, де є діти з проблемами у поведінці;
- сім'ям, де є діти з психічними розладами;
- сім'ям, де є діти з проблемами у розвитку і особливими потребами;
- сім'ям з усиновленими дітьми;
- проблемним сім'ям;
- сім'ям, де є жорстоке ставлення або інші види скривдження дитини.

Використання ІВТ не потребує спеціальних умов або обмежень для використання. Він може бути використаний будь-де і є дієвим для зміцнення елементів позитивної комунікації.

Цей метод є високоефективним у таких галузях: взаємодії між вчителями та студентами; при аналізі і вдосконаленні спілкування між робітниками і клієнтами різних галузей; в деяких відділеннях лікарень (ефективним є у відділеннях для недоношених дітей і пацієнтів, які знаходяться на тривалому лікуванні).

Метод ІВТ використовується у Чехії вже 8 років і 5 років у Польщі, завдяки проекту наданим Міністерством Закордонних справ Голландії (програма МАТРА). Доказом ефективності методу ІВТ є проект його 5-річного використання у Польщі. Зростає кількість людей і міст для яких результати методу стали важливими. Люди які використовували ІВТ стверджують, що він розвиває здібності для створення турботливого, відповідального та безпечного середовища для тих, хто від цього залежить. ІВТ допомагає клієнтам покращувати самосприйняття та самоповагу і розвивати оптимальний шлях спілкування та самовираження.

Професіонали соціальної сфери, які використовували ІВТ як інтенсивний тренінг, змінили свій підхід від авторитарного до клієнт-центрованого, який підтримує особистісний ріст клієнта та надихає його.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ПРОГРАМІ “РАННЄ ВТРУЧАННЯ”

Мета: Сприяти формуванню правильних рухових стереотипів на ранніх етапах розвитку дитини.

Завдання:

- зменшення впливу патологічних процесів та нормалізація м'язового тону;
- стимуляція розвитку реакцій випростовування та рівноваги;
- формування основних рухових функцій відповідно до еволюційного розвитку дитини;
- сприяння формуванню навичок самообслуговування;
- попередження виникнення вторинних явищ – контрактур, деформацій тощо;
- сприяння створенню відповідних умов для розвитку дитини в домашньому середовищі;
- навчання та консультування батьків або інших осіб, які доглядають за дитиною.

Основні методичні принципи: прагнення до формування правильних рухових стереотипів; основною формою навчання та опанування моторних функцій та навичок самообслуговування є ігрова діяльність; індивідуальний підхід до складання реабілітаційної програми; темп рухів та ступінь контролю за їх виконанням повинні сприяти максимальній активності дитини; багаторазове повторювання та використання в щоденному житті моторних функцій, опанованих дитиною; обов'язковою вимогою є тісна співпраця з батьками;

Зміст діяльності та основні напрямки фізичної реабілітації. Зміст діяльності:

- проведення фізичного обстеження з метою визначення фізичного діагнозу;
- планування програми реабілітаційного втручання;

- виконання програми;
- аналіз результатів реабілітаційного втручання.

Перше обстеження фахівцями фізичної реабілітації проводиться в загально визначені консультативні дні за попереднім записом. Фахівець обстежує й дає своє заключення стосовно всіх дітей віком від 0 до 6 років, що поступають на програму «Раннє втручання».

Фізичне обстеження проводиться після обстеження та встановлення лікарем медичного діагнозу. В ході обстеження реабілітолог виявляє в дитини споріднені проблеми та, в разі необхідності, скерує її до інших спеціалістів підрозділу фізичної реабілітації для продовження поглибленого обстеження та подальшого терапевтичного втручання.

Напрямки діяльності:

- розвиток основних моторних функцій;
- розвиток дрібної моторики, годування та формування інших навичок самообслуговування;
- підбір та забезпечення допоміжними засобами та пристосуваннями для прийняття дитиною правильних положень та сприяння розвитку функціональних умінь;
- виготовлення ортопедичних фіксуєчих засобів із метою зменшення впливу патологічного тону м'язів уражених кінцівок на моторний розвиток дитини.

Залучення спеціалістів: фахівець фізичної реабілітації; заняттєвий терапевт; спеціаліст із підбору сидження та візків; спеціаліст з ортезування.

Способи реалізації програми фізичної реабілітації

Способи реалізації реабілітаційної програми залежать від індивідуальних можливостей та потреб дитини. Основна форма проведення занять – індивідуальна. Заняття передбачає роботу реабілітолога в безпосередньому контакті з дитиною та практичне навчання батьків. Частота занять залежить від цілей, які ставитиме фахівець перед дитиною та батьками. Планується

проведення групових занять матері й дитини. Кількість – до 5 дітей і 5 батьків. Частота проведення – 1 раз на тиждень.

Діти формуються в групи відповідно за віком та рівнем психомоторного розвитку. Заняття з фізичної реабілітації проводяться в спеціально обладнаних реабілітаційних залах. Важливою формою навчання, закріплення та вдосконалення опанованих функцій є самостійна робота батьків удома. З метою пристосування домашнього середовища до потреб дитини консультаційні заняття можуть проводитися в домашніх умовах.

2. Особливості навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами в закладах освіти

Концепція та теоретичні засади раннього втручання у роботі з дітьми з розладами аутистичного спектру

Пенцак С. М.

*здобувачка вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка
м. Тернопіль, Україна*

Слозанська Г. І.

*доктор педагогічних наук, професор
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка
м. Тернопіль, Україна*

Завдяки багаторічним дослідженням у різних сферах (психологія, медицина, соціальна робота та педагогіка) розвиток концепції раннього втручання як мультидисциплінарного підходу до підтримки сімей, що мають дітей з розладами аутистичного спектру відбувався поетапно, ґрунтуючись на важливості раннього втручання задля ефективної допомоги та подальшого розвитку. Сучасні нейропсихологи розробили теорію критичних періодів в основу якої покладено важливість раннього втручання, що пояснюється пластичністю мозку дитини і дає можливість спиратись на функцію компенсаторних можливостей [1, с. 2].

Т. Скрипником була розроблена модель раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектру, вона включає комплексну систему підтримки, базується на родинно-орієнтованому підході та включає мультидисциплінарну співпрацю спеціалістів. Запропонована модель дозволяє вчасно діагностувати проблему, надати необхідну допомогу родині та сприяє створенню умов для розвитку особливої дитини. Кінцевою метою є позитивна динаміка, результативне подолання, корекція та компенсація порушень у розвитку дитини з перших років життя [4, с. 10].

Модель раннього втручання за Т. Скрипником, включає три ключові етапи організації [4, с. 6]:

1. Діагностичний, полягає у визначенні тих, хто потребує ранньої підтримки, з подальшим направленням до відповідних служб.

2. Організаційний, включає комплексну оцінку розвитку, проведення диференційної діагностики, розробку персоналізованих програм розвитку, а також співпрацю з родиною та дитиною.

3. Позитивна динаміка (перехід з раннього періоду у дошкільний період): вибір найбільш підходящої установи, формування команди спеціалістів, передача необхідної документації та супровід дитини під час адаптаційного періоду [4, с. 6].

Основою цієї моделі виступає екологічна теорія розвитку, яка розглядає дитину в контексті сімейних та соціальних стосунків. Відповідно до цієї теорії, розвиток відбувається шляхом формування й взаємодії систем різного рівня.

Розглянемо модель раннього втручання з Денвера (Early Start Denver Model, ESDM), вона поєднує поведінкові та розвиткові стратегії для стимулювання соціальної взаємодії та мовленнєвих навичок у дітей із розладами аутистичного спектра. Ця модель є науково обґрунтованим підходом для дітей із порушеннями розвитку, особливо з розладами аутистичного спектру. Вона заснована на принципах натуральної терапії, що передбачає навчання в природних умовах, таких як спілкування, ігри та догляд за собою [3, с. 12].

Основна мета моделі полягає в тому, щоб не змінювати дитину, а адаптувати систему освіти та соціальне середовище до її індивідуальних особливостей. Дорослий (педагог, тьютор, психолог або батьки) відіграє ключову роль у цьому процесі, активно беручи участь у взаємодії, сприяючи розвитку навичок і підтримуючи ініціативу дитини. Денверська модель, містить основні принципи, які допомагають ефективно працювати з дітьми з особливими освітніми потребами: натуральна терапія, орієнтація на сенси, контакт і соціальна взаємодія, відповідність рівню розвитку дитини, дорослий як модель поведінки, підкріплення ініціативи дитини, залучення до процесу, якість

взаємодії, свобода вибору, чутливість дорослого до сигналів дитини, вплив на мотивацію, поетапне навчання, чіткість інструкцій, використання принципу «+1», командна робота та чергування нового та знайомого [3, с.12].

Використання цих принципів у педагогіці дозволяє вчителям, асистентам і психологам більш результативно взаємодіяти з дітьми, підтримувати їхній розвиток та соціалізацію. Важливо пам'ятати, що успіх у навчанні залежить не тільки від дитини, але й від готовності дорослих адаптувати методи роботи та будувати взаємини на основі довіри і підтримки.

Таким чином, Денверська модель раннього втручання є майбутнім інклюзії, перетворюючи не тільки дитину, але й усю освітню систему і підходи до навчання. Основна ідея полягає в забезпеченні умов, за яких дитина з особливими освітніми потребами зможе засвоювати матеріал так само ефективно, як і її нейротипові однолітки, враховуючи її індивідуальні особливості.

Дослідник А. Баришников підкреслює, що раннє втручання для дітей з аутистичними розладами базується на різних науково обґрунтованих методах, які мають на меті корекцію поведінкових, когнітивних та соціальних проблем. Кожен з цих методів спирається на певну теоретичну основу і впроваджується з урахуванням індивідуальних потреб дитини, її рівня розвитку та особливостей сімейного середовища. У сучасній практиці раннього втручання у роботі з дітьми з аутистичними розладами застосовуються біхевіористичний, розвитковий, соціально-орієнтований, комплексний та мультидисциплінарний підходи, які подано у таблиці 1. [2, с. 3].

Таблиця 1.

Підходи раннього втручання у роботі з дітьми з аутистичними розладами

Назва підходу	Характеристика
Біхевіористичний підхід	Він полягає у структурованому навчанні, що передбачає використання підкріплення та інтенсивні індивідуальні завдання. Метою даного підходу є розвиток мовлення, когнітивних процесів,

	соціальних навичок та зменшення прояву небажаної поведінки.
Розвитковий підхід	Даний підхід акцентується на індивідуальному темпі розвитку, емоційних зв'язків та ігрової діяльності. Мета – стимуляція комунікативних та соціально-емоційних навичок через стосунки.
Соціально-орієнтований підхід	Спрямований на формування навичок соціальної взаємодії та комунікації. Метою соціально-орієнтованого підходу є соціалізація та уміння взаємодіяти з іншими.
Комплексний підхід	Комплексний підхід полягає у інтеграції різних підходів. Метою якого є гармонійний розвиток у всіх сферах розвитку.
Мультидисциплінарний підхід	Підхід базується на командній роботі фахівців із різних напрямків (психолог, лікар, логопед, педагог, батьки тощо). Мета полягає в узгодженій підтримці розвитку дитини з аутизмом та сім'ї.

Біхевіористичний підхід є одним із найбільш розповсюджених наукових методів, в основі якого лежить прикладний аналіз поведінки (Applied Behavior Analysis, АВА). Ця техніка виникла завдяки дослідженням Б. Скіннера та його концепції оперантного навчання, яка передбачає корекцію поведінки через позитивне та негативне підкріплення. У процесі АВА-терапії дитині поступово формують соціальні, комунікативні та навчальні навички за допомогою спеціальних прийомів. Ці прийоми включають поділ завдань на невеликі кроки, стимулювання потрібної поведінки та пригальмовування небажаних реакцій. Численні дослідження підтверджують високу ефективність АВА у поліпшенні мовленнєвих навичок, здатності до навчання і соціальної адаптації дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) [5, с. 9].

Програма TEACCH, розроблена в Північній Кароліні в 1970-х роках, є ефективним соціально-орієнтованим підходом для дітей з аутизмом та подібними комунікаційними розладами. Цей метод робить акцент на використанні візуальних підказок, структурованому розкладі та адаптованому середовищі, що допомагає дітям з розладами аутистичного спектру краще засвоювати інформацію. TEACCH враховує індивідуальні потреби кожної дитини, сприяючи розвитку навичок самостійності, які є важливими для подальшої соціалізації [6, с. 8].

DIR-метод (терапія ігрового часу) – Developmental (орієнтація на розвиток), Individual-difference (урахування індивідуальних відмінностей), Relationship-based (побудова на відносинах) – концепція, створена відомим дослідником в галузі аутизму С. Грінспеном. Основна мета підходу полягає у вибудові програми допомоги, що відповідає реальному рівню розвитку конкретної дитини, враховує особливості її сенсорного та когнітивного розвитку, а також базується на формуванні взаємин, які стимулюють подальший розвиток [6, с. 9].

Отже, одним з ключових аспектів раннього втручання є його позитивний вплив на соціалізацію та комунікацію дітей з розладами аутистичного спектра. Багато дітей з аутизмом стикаються з викликами у встановленні соціальних контактів, розумінні невербальної комунікації, веденні діалогу та формуванні взаємодії з однолітками і дорослими. Відсутність ранньої корекції цих навичок може призвести до подальшої ізоляції дитини в соціумі і ускладнити її адаптацію в суспільстві. Сучасні наукові підходи до раннього втручання включають різні методики, такі як біхевіористичні (наприклад, АВА-терапія), соціально-орієнтовані (TEACCH) та комплексні мультидисциплінарні моделі, що інтегрують медичні, освітні та соціальні компоненти. Кожен із цих підходів має наукове підтвердження своєї ефективності у покращенні адаптації дітей з РАС, а також їхніх здібностей до навчання, комунікації та соціальної інтеракції.

Література

1. Андрієнко Г. В. Основні засади надання корекційної допомоги дітям з рас в умовах приватного центру. *Основні цілі стратегії сталого розвитку: проблеми та перспективи*: матеріали I Міжнародного науково-практичного форуму (м. Полтава, 26 вересня 2024 р.). Полтава, 2024. С. 410–413.
2. Барішников А. О. Метод раннього втручання для дітей з аутизмом—можливість психомоторного розвитку і корекційної роботи в освітньому просторі. *Стратегічні орієнтири освіти та реабілітації в умовах воєнного стану та повоєнного часу: проблеми, рішення, перспективи*: зб. тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 26-27 жовтня 2023 р.). Запоріжжя, 2023. С. 566–567.
3. Доусон Д., Вісмар Л, Роджерс С. Денверська модель раннього втручання для дітей з аутизмом: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2023. 554 с.
4. Скрипник Т. В., Сухіна І., Риндер, І. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: навч. посіб. Київ-Чернівці: Видавничий дім «Букрек», 2017. 197 с.
5. Шрамм Р. Дитячий аутизм і АВА. АВА. Терапія, заснована на методах прикладного аналізу поведінки: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 140 с.
6. Pasco G. The value of early intervention for children with autism. *Paediatrics and Child Health*. 2018. № 28. С. 364–367.