НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ ІНСТИТУТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ МИКОЛИ ЯРМАЧЕНКА

Кваліфікаційна наукова праця

на правах рукопису

МІРОНОВА ВІКТОРІЯ МИХАЙЛІВНА

УДК 159.922.76:376-056.36:373.2

ДИСЕРТАЦІЯ

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕНВЕРСКОІ МОДЕЛІ РАННЬГО ВТРУЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОІ ОСВІТИ

05 Соціальні та поведінкові науки

053 Психологія

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів

мають посилатися на відповідне джерело

_____ В. М. Міронова

Науковий керівник:

Душка Алла Луківна,

доктор психологічних наук, професор

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Міронова В. Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки за спеціальністю 053 Психологія. – Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, Київ, 2026.

У дисертації здійснено теоретичне обґрунтування та експериментальну перевірку психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти для дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості дітей з РАС та потребою у впровадженні науково обґрунтованих моделей раннього втручання, інтегрованих у природне освітнє середовище. В умовах розвитку інклюзивної освіти особливої значущості набуває проблема визначення психологічних умов, які забезпечують ефективність реалізації доказових програм втручання в системі дошкільної освіти.

У роботі проаналізовано сучасні підходи до організації раннього втручання, зокрема природно-середовищні та поведінково-розвиткові моделі, обґрунтовано доцільність використання Денверської моделі як інтегративної програми, яка поєднує принципи прикладного аналізу поведінки, теорії розвитку та соціально-комунікативного навчання.

Розроблено структурно-компонентну модель оцінювання розвитку дітей дошкільного віку з РАС, яка охоплює когнітивно-пізнавальний, соціально-комунікативний та поведінково-регуляторний компоненти. Для кожного компонента визначено критерії та рівні сформованості (низький, середній, високий), а також систему багаторівневого моніторингу результативності втручання, яка включає інтегральні, категоріальні та операційні показники (відсоткову динаміку, переходи між рівнями, внутрішньорівневий приріст, просування за шкалою 0 – 5 та досягнення генералізації).

За допомогою емпіричного дослідження здійснено порівняння ефективності індивідуального формату реалізації ESDM (ESDM-IND) та комплексного формату (ESDM-IND+ЗДО), який передбачає інтеграцію індивідуальних цілей у групову діяльність закладу дошкільної освіти. Дослідження мало лонгітюдний характер (48 тижнів, 5 замірів).

Результати засвідчили статистично значущу перевагу комплексного формату за показниками інтегральної динаміки розвитку, часткою переходів між рівнями, внутрішньорівневим приростом та рівнем генералізації навичок. Доведено, що поєднання індивідуального втручання з організованим груповим середовищем забезпечує вищий темп розвитку та стійкіший перенос сформованих навичок у природні контексти взаємодії.

Наукова новизна полягає у теоретичному обґрунтуванні психологічних умов реалізації комплексного формату Денверської моделі в умовах ЗДО; розробленні структурно-компонентної моделі оцінювання розвитку дітей з РАС; створенні системи багаторівневого моніторингу результативності втручання; експериментальному доведенні ефективності комплексного формату порівняно з індивідуальним.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання розроблених психологічних умов та системи моніторингу в закладах дошкільної освіти, центрах раннього втручання та у процесі підготовки фахівців спеціальної та інклюзивної освіти. Результати можуть бути використані для удосконалення програм психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС та підвищення ефективності інклюзивного освітнього середовища.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, дошкільний вік, дошкільна освіта, інклюзивна освіта, психологічні умови, корекційно-розвивальний супровід, моніторинг розвитку, комплексний формат втручання, раннє втручання, Денверська модель.

ABSTRACT

Mironova V. Psychological Conditions for the Implementation of the Early Start Denver Model in Preschool Educational Institutions. – Qualification scientific work as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 05 Social and Behavioral Sciences, specialty 053 Psychology. – Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2026.

The dissertation presents a theoretical substantiation and experimental verification of psychological conditions for implementing the Early Start Denver Model (ESDM) in preschool educational institutions for preschool children with autism spectrum disorders.

The relevance of the study is determined by the growing number of children with ASD and the need to implement scientifically grounded early intervention models integrated into natural educational environments. In the context of inclusive education development, particular importance is attached to identifying psychological conditions that ensure the effective implementation of evidence-based intervention programs within the preschool education system.

The study analyzes contemporary approaches to early intervention, including naturalistic and developmental behavioral models, and substantiates the appropriateness of the Early Start Denver Model as an integrative program combining principles of applied behavior analysis, developmental theory, and social-communicative learning.

A structural-component model for assessing the development of preschool children with ASD has been developed, encompassing cognitive, social-communicative, and behavioral-regulatory components. For each component, criteria and levels of development (low, medium, high) were defined, along with a multi-level system for monitoring intervention effectiveness, including integral, categorical, and operational indicators (percentage dynamics, transitions between levels, within-level growth, progress on a 0 – 5 scale, and achievement of skill generalization).

An empirical study compared the effectiveness of the individual ESDM format (ESDM-IND) and a comprehensive format (ESDM-IND + preschool setting), which involves integrating individual goals into group activities within preschool institutions. The study had a longitudinal design (48 weeks, five measurement points).

The results demonstrated a statistically significant advantage of the comprehensive format in terms of integral developmental dynamics, proportion of transitions between levels, within-level growth, and skill generalization. It was proven that combining individual intervention with a structured group environment ensures a higher rate of development and more stable transfer of acquired skills to natural interaction contexts.

The scientific novelty lies in the theoretical substantiation of psychological conditions for implementing the comprehensive ESDM format in preschool settings; the development of a structural-component model for assessing the development of children with ASD; the creation of a multi-level monitoring system for intervention effectiveness; and the experimental confirmation of the comprehensive format's superiority compared to the individual format.

The practical significance of the research consists in the possibility of applying the developed psychological conditions and monitoring system in preschool institutions, early intervention centers, and in the training of specialists in special and inclusive education. The results may be used to improve psychological and pedagogical support programs for children with ASD and to enhance the effectiveness of inclusive educational environments.

Keywords: autism spectrum disorders, preschool age, preschool education, inclusive education, psychological conditions, corrective and developmental support, developmental monitoring, comprehensive intervention format, early intervention, Early Start Denver Model.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у зарубіжних виданнях, країн ЄС

1. Душка А.Л., Міронова В.М. (2025). Інноваційні стратегії психолого-педагогічної допомоги дітям з ооп у ситуаціях невизначеності та втрати безпечного середовища. Колективна монографія “Psychology, Physical Culture, Sports, and Comprehensive Rehabilitation: A Multidisciplinary Approach in the Context of Social Transformations” : Scientific monograph. Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2026. с.113-145. https://doi.org/10.30525/978-9934-26-644-7-5 URL: http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/688

Статті у наукових фахових виданнях, категорії Б (у тому числі ті, які індексуються у міжнародних науковометричних базах)

2. Душка А., Міронова В**.** (2024). Основні підходи реабілітації сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови.*, 2(23), 35-46. https://doi.org/10.33189/epsn.v2i23.229 URL: https://www.spp.org.ua/index.php/journal/article/view/229
3. Міронова, В. (2025). Впровадження денверської моделі раннього втручання в умови інклюзивної групи ЗДО. *Особлива дитина: навчання і виховання,* 117(1), 143-154. https://doi.org/10.33189/ectu.v117i1.218. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/218
4. Міронова В. (2025). Теоретичні засади впровадження Денверської моделі раннього втручання в інклюзивні заклади дошкільної освіти *Перспективи та інновації науки (серія “Психологія”),* 7(53), 1462-1471. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1462-1471. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/26691/26664
5. Міронова, В. (2025). Денверська модель раннього втручання як психолого-педагогічний інструмент формування соціально-комунікативної компетентності дитини з РАС. *Особлива дитина: навчання і виховання* , 120(4), 280 – 298. https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.302. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/302 .

6. Міронова В. (2025). Психологічні механізми формування соціальної взаємодії в дітей із розладами аутистичного спектра під час групових занять за Денверською моделлю раннього втручання. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янчука. (Серія: Педагогіка та психологія),* № 4 (2025), 179 – 193. https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-4-24. URL: https://journals.megu.rovno.ua/index.php/ped-psyh/article/view/151/147

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Міронова В.М. (2024) Тези Формування здатності до комунікативної взаємодії у дітей з порушеннями спілкування Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни, матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених, 2024. С. 66-68. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740058/1/тези%20мол.конф.%202024.pdf
8. Міронова В.М. (2025) Тези Денверська модель як інструмент розвитку соціально-комунікативних навичок у дітей з рас в умовах закладу дошкільної освіти, *Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики*: матеріали Міжнародної науково-практичнаої конференції (11 листопада, 2025 р., м. Київ). Київ, 2025, с. 155 URL:https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/55103/2/Martynchuk_M_Vasylieva_H_SDIN_FPSRSO.pdf

ЗМІСТ

ВСТУП.....11

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕНВЕРСЬКОЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ 21

1.1. Проблема раннього втручання у дітей з РАС: сучасний стан та труднощі реалізації в інклюзивних ЗДО.....21

1.2. Денверська модель раннього втручання: генезис, структура, ефективність та технологія впровадження.....33

1.3. Порівняльний аналіз Денверської моделі раннього втручання з іншими доказовими моделями втручання при розладах аутистичного спектра.....55

1.4. Особливості впровадження Денверської моделі в груповому та інклюзивному форматі.....60

Висновки до першого розділу.....74

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕНВЕРСЬКОЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ У ДОШКІЛЬНІЙ ІНКЛЮЗИВНІЙ ПРАКТИЦІ.....77

2.1. Комплексна структура психодіагностики дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра при впровадженні елементів Денверської моделі раннього втручання.....77

2.2. Інструментарій психодіагностики експериментального дослідження розвитку дітей дошкільного віку з РАС в умовах раннього втручання з використанням елементів ESDM.....94

2.2.1 ESDM Curriculum Checklist як інструмент комплексної психодіагностики розвитку дітей з РАС.....95

2.2.2 Характеристика інструменту VB-MAPP у структурі психодіагностики дітей з РАС.....98

2.2.3 Sensory Profile (W. Dunn) як інструмент оцінювання сенсорної обробки та поведінкової регуляції у дітей з РАС.....103

2.2.4 ESDM Fidelity Checklist як інструмент оцінки якості впровадження моделі....107
2.3. Характеристика вибірки та організація емпіричного дослідження.....111
2.4. Оцінювання рівнів сформованості навичок.....125
2.5. Психологічний аналіз когнітивно-пізнавального компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.....127
2.6. Психологічний аналіз соціально-комунікативного компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.....134
2.7. Психологічний аналіз поведінково-регуляторного компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.....139
Висновки до другого розділу.....148
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ФОРМАТУ ДЕНВЕРСЬКОЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....150
3.1. Теоретико-методичне обґрунтування психологічних умов реалізації комплексного формату Денверської моделі раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра.....150
3.2. Організація та планування індивідуальної терапевтичної сесії та групового формату за ESDM.....181
3.3 Аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту.....197
3.4 Психологічні умови реалізації ESDM в закладах дошкільної освіти та практичні рекомендації щодо їхнього впровадження.....203
Висновки до третього розділу.....212
ВИСНОВКИ.....214
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....216
ДОДАТКИ.....232

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

РАС – розлади аутистичного спектра

ООП – особливі освітні потреби

ESDM – Early Start Denver Model (Денверська модель раннього втручання)

DSM-V – Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування

ABA – Applied Behavior Analysis (Прикладний поведінковий аналіз)

FA – Functional Analysis (Функціональний аналіз)

PRT – Pivotal Response Training (Тренінг ключових реакцій)

NDBI – Naturalistic Developmental Behavioral Interventions

EIBI – Early Intensive Behavioral Intervention

G-ESDM – Group Early Start Denver Model (спеціально адаптована групова модифікація Денверської моделі раннього втручання)

VB-MAPP – Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program

ESDM-IND – індивідуальний формат реалізації Денверської моделі

ESDM-IND+ЗДО – комплексний формат реалізації Денверської моделі (індивідуальний + інтеграція в заклад дошкільної освіти)

ЗДО – заклад дошкільної освіти

РВ – раннє втручання

ІПР – індивідуальна програма розвитку

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку системи освіти України характеризується активним впровадженням інклюзивної моделі навчання та розширенням доступу дітей з особливими освітніми потребами до якісної дошкільної освіти. Особливої актуальності набуває проблема раннього виявлення та своєчасної підтримки дітей з розладами аутистичного спектра, оскільки саме ранній вік є сенситивним періодом для формування базових когнітивних, соціально-комунікативних та поведінково-регуляторних навичок.

Раннє втручання сьогодні розглядається як системний міждисциплінарний процес, спрямований на підтримку розвитку дитини та її родини, котрий базується на доказових практиках. Однією з найбільш науково обґрунтованих моделей раннього втручання є Денверська модель (Early Start Denver Model – ESDM), яка поєднує принципи прикладного аналізу поведінки з розвитковим підходом та орієнтацією на природні соціальні контексти.

У міжнародних дослідженнях (S. Rogers, G. Dawson, V. Vivanti та ін.) доведено ефективність ESDM у формуванні когнітивних, мовленнєвих та соціальних навичок у дітей раннього віку з РАС. Водночас більшість досліджень зосереджені на індивідуальному форматі втручання або клінічних умовах його реалізації. Питання інтеграції принципів ESDM у структуру діяльності закладів дошкільної освіти, особливо в умовах української освітньої системи, залишаються недостатньо дослідженими.

Розвиток інклюзивної освіти в Україні, впровадження політики безбар'єрності та орієнтація на дитиноцентризм зумовлюють необхідність пошуку ефективних психологічних умов реалізації доказових моделей раннього втручання безпосередньо в освітньому середовищі. Заклад дошкільної освіти виступає не тільки місцем навчання, а ще й важливим соціальним простором, в якому відбувається становлення взаємодії з однолітками, формування саморегуляції та соціальної ініціативності. Саме тому на наш погляд, інтеграція ESDM у групове середовище ЗДО потребує спеціального наукового обґрунтування.

Проблематика розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, а також питання їхнього психолого-педагогічного та корекційно-розвивального супроводу широко висвітлені у наукових працях українських дослідників, зокрема А. Душки, І. Марценковського, К. Островської, І. Риндер, Т. Скрипник, І. Сухіної, В. Тарасун, М. Шеремет, Д. Шульженко. Значний внесок у дослідження окремих аспектів розвитку, соціалізації та психолого-педагогічного супроводу дітей з розладами аутистичного спектра здійснили також українські науковці Н. Базима, Х. Качмарик, Н. Компанець, І. Логвінова, І. Недозим, Г. Супрун, О. Таран. Водночас значний обсяг наукових досліджень, присвячених вивченню особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, ефективності раннього втручання та розробленню моделей психолого-педагогічної допомоги, представлений у працях зарубіжних учених, зокрема E. Ben-Itzchak, C. Bent, K. Capes, C. Dissanayake, D. Dawson, M. Guralnick, S. Greenspan, C. Kasari, S. Rogers, G. Vivanti, S. Wieder, D. Zachor. Певні дослідження присвячені впровадженню моделей раннього втручання, аналізу їх ефективності та адаптації до різних освітніх умов. Водночас аналіз наукових джерел засвідчує, що психологічні умови реалізації групового формату ESDM у закладах дошкільної освіти не стали предметом системного експериментального вивчення.

Наявні дослідження здебільшого зосереджуються на описі методики індивідуального втручання або на окремих аспектах організації інклюзивного середовища. Водночас недостатньо розкритими залишаються питання:

- інтеграції індивідуальних цілей у природні групові активності;
- ролі структурованого освітнього середовища як психологічного чинника розвитку;
- системи багаторівневого моніторингу результативності втручання;
- впливу групового формату на генералізацію сформованих навичок.

На наш погляд, виникає суперечність між потребою впровадження доказових моделей раннього втручання у практику ЗДО, наявністю ефективної індивідуальної моделі ESDM та недостатнім науковим обґрунтуванням психологічних умов її реалізації у груповому освітньому середовищі.

Зазначена суперечність зумовлює необхідність дослідження психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти та визначення факторів, які б забезпечили підвищення результативності розвитку дітей з РАС в умовах комплексного формату втручання.

Актуальність, теоретична і практична значущість окресленої проблеми для теорії і практики психології, недостатність науково-методичної розробленості в спеціальній психології і педагогіці та наявність передумов для її розв'язання, зумовили вибір теми нашого дисертаційного дослідження: **"Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти".**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до тематичного плану досліджень Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України «Теоретичні та методичні засади освіти дітей з особливими освітніми потребами» та у контексті комплексної теми відділу психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими потребами «Теоретико-методичні основи психолого-педагогічного супроводу осіб з когнітивними порушеннями» 2021-2023 рр. (державний реєстраційний номер теми 0121U108682).

Тему дисертації затверджено вченою радою Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України (протокол №9 від 24.11.2022 р.).

Мета дослідження – визначення, теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка психологічних умов ефективної реалізації Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти.

Відповідно до мети дослідження було визначено **завдання**:

1. На основі теоретичного аналізу наукової літератури з проблеми раннього втручання та інклюзивної освіти визначити психолого-педагогічні засади реалізації Денверської моделі раннього втручання в умовах закладу дошкільної освіти та розробити структурно-компонентну модель оцінювання розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра.
2. Виявити особливості розвитку когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів у дітей

дошкільного віку з РАС в умовах реалізації Денверської моделі раннього втручання.

3. Розробити систему багаторівневого моніторингу результативності втручання (інтегральні, категоріальні та операційні показники) та визначити рівні розвитку дітей за досліджуваними компонентами.
4. Теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити психологічні умови реалізації комплексного формату Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти та оцінити ефективність у порівнянні з індивідуальним форматом.

Об'єкт дослідження: процес реалізації Денверскої моделі ранньго втручання в закладах дошкільноі освіти.

Предмет дослідження: психологічні умови реалізації Денверскоі моделі ранньго втручання в закладах дошкільноі освіти.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: концепції раннього дитячого розвитку та нейропсихологічні підходи до вивчення розвитку дитини (A. Gopnik, J. Shonkoff, P. Zelazo, S. Johnson та ін.), які підкреслюють значення раннього віку як сенситивного періоду для формування когнітивних і соціальних функцій; сучасні теоретичні уявлення щодо розладів аутистичного спектра (U. Frith, S. Baron-Cohen, F. Happé, C. Lord, A. Klin, R. Schultz та ін.), які пояснюють специфіку соціальної комунікації, виконавчих функцій та сенсорної обробки у дітей з РАС; дослідження доказових практик раннього втручання у роботі з дітьми з РАС (S. Rogers, G. Dawson, V. Vivanti, L. Schreibman, R. Koegel, G. Schreibman, J. Estes та ін.), які обґрунтовують ефективність натуралістичних розвитково-поведінкових підходів; концептуальні засади Денверської моделі раннього втручання (S. Rogers, G. Dawson, V. Vivanti), котрі інтегрують прикладний аналіз поведінки з розвитковим підходом та орієнтацією на природні соціальні контексти; положення про інклюзивну освіту та безбар'єрне освітнє середовище (А. Колупаєва, Н. Софій, Л. Прохоренко, С. Литовченко, О. Таранченко, Т. Скрипник та ін.; T. Loreman, U. Sharma, J. Deppeler та ін.), в яких визначають необхідність адаптації освітнього середовища до індивідуальних потреб дітей з ООП; дослідження українських науковців у сфері раннього втручання та психолого-

педагогічного супроводу дітей з РАС (І. Сухіна, Т. Скрипник, І. Риндер, Н. Компанець, С. Литовченко, Л. Прохоренко та ін.); екологічний підхід до розвитку дитини (U. Bronfenbrenner), де розглядається освітнє середовище як системний чинник розвитку; особистісно орієнтований підхід в освіті (І. Бех, В. Кремень, О. Кононко та ін.), який передбачає врахування індивідуальних особливостей дитини та її активної суб'єктної позиції; системний підхід до аналізу психічного розвитку (B. von Bertalanffy, L. von Bertalanffy, сучасні інтерпретації в психології), який дозволяє розглядати розвиток як інтегровану систему взаємопов'язаних компонентів; компетентнісний підхід як сучасну освітню парадигму (Н. Бібік, О. Савченко та ін.); сучасні підходи до багаторівневого моніторингу розвитку та оцінювання результативності втручання (C. Lord, ADOS; VB-MAPP – M. Sundberg; ESDM Fidelity Scale та ін.), котрі забезпечують валідну оцінку динаміки розвитку дітей.

Методи дослідження:

Забезпечення достовірності положень і висновків, розв'язання окреслених завдань зумовило використання комплексу взаємопов'язаних методів дослідження.

Теоретичні: загальнонаукові (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння, індукція та дедукція) – для вивчення вітчизняних і зарубіжних наукових підходів щодо проблеми раннього втручання, розвитку дітей з розладами аутистичного спектра та реалізації доказових моделей підтримки; метод термінологічного аналізу – для уточнення змісту базових понять дослідження («раннє втручання», «Денверська модель», «психологічні умови», «груповий формат реалізації» тощо); системний аналіз – для розгляду розвитку дитини як інтегрованої структури взаємопов'язаних компонентів; структурно-функціональне моделювання – для визначення і впровадження психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти; прогностичний метод – для формулювання рекомендацій щодо впровадження зазначених умов в практику ЗДО.

Емпіричні: психологічний експеримент (констатувальний та формувальний) – для перевірки ефективності індивідуального та комплексного (індивідуального + групового) форматів реалізації Денверської моделі раннього втручання протягом 48 тижнів; діагностичні методи оцінювання розвитку дітей з РАС, які включали

багаторівневу систему моніторингу когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів; структуроване педагогічне та психологічне спостереження – для фіксації операційних показників сформованості навичок; аналіз індивідуальних програм розвитку та чек-листів досягнення цілей (шкала 0–5) – для оцінювання внутрішньорівневої динаміки та досягнення генералізації; метод порівняльно-зіставного аналізу – для визначення міжгрупових відмінностей (ESDM-IND та ESDM-IND+ЗДО); метод експертних оцінок – для оцінювання відповідності реалізації дослідження принципам Денверської моделі раннього втручання (fidelity).

Математично-статистичні: якісний і кількісний аналіз емпіричних показників із використанням методів математичної статистики; визначення інтегрального приросту в процентних пунктах (Δ п.п.), аналіз переходів між рівнями розвитку та внутрішньорівневої динаміки; використання непараметричних статистичних критеріїв (U-критерій Манна-Уітні для міжгрупового порівняння; критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок; для перевірки статистичної значущості результатів приймався рівень $p < 0,05$.

Наукова новизна здобутих результатів полягає в тому, що:

вперше:

- теоретично обґрунтовано та експериментально перевірені психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання у груповому форматі закладу дошкільної освіти;

- розроблено структурно-компонентну модель оцінювання розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра, яка включає когнітивно-пізнавальний, соціально-комунікативний та поведінково-регуляторний компоненти;

- запропоновано систему багаторівневого моніторингу результативності раннього втручання, яка поєднує інтегральні показники приросту, категоріальні переходи між рівнями розвитку та операційні показники (шкала 0 – 5, внутрішньорівнева динаміка, генералізація навичок);

- експериментально підтверджено доцільність поєднання індивідуального та групового форматів реалізації Денверської моделі раннього втручання в умовах закладу дошкільної освіти.

уточнено та поглиблено:

- поняття «психологічні умови реалізації моделі раннього втручання» в контексті інтеграції доказових практик у структуру діяльності закладу дошкільної освіти;

- підходи до організації індивідуального втручання з алгоритмізацією постановки цілей, їх операціоналізацією та оцінюванням результативності;

- наукові положення щодо ролі освітнього середовища у розвитку дітей з розладами аутистичного спектра;

- уявлення про механізми забезпечення генералізації сформованих навичок у природних соціальних контекстах.

подальшого розвитку набули:

- положення спеціальної психології щодо інтеграції доказових моделей раннього втручання в інклюзивне освітнє середовище;

- ідеї системного, особистісно орієнтованого та компетентнісного підходів у контексті організації підтримки дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра;

- наукові уявлення про багатовимірний аналіз результативності корекційного втручання.

удосконалено:

- методичні підходи до організації групового формату реалізації Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти;

- систему оцінювання динаміки розвитку дітей з розладами аутистичного спектра з урахуванням внутрішньорівневої прогресії та досягнення генералізації.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що:

- обґрунтовано та апробовано систему багаторівневого моніторингу результативності реалізації Денверської моделі раннього втручання (інтегральні, категоріальні та операційні показники), яка може використовуватися у закладах дошкільної освіти та інклюзивно-ресурсних центрах;

- розроблено алгоритм організації індивідуального втручання із чіткою постановкою цілей (12 – 20 активних цілей на цикл), їх операціоналізацією та поетапним оцінюванням за шкалою 0 – 5;

- визначено психологічні умови організації освітнього середовища, що забезпечує підтримку розвитку дітей з розладами аутистичного спектра;

- результати дослідження можуть бути використані в практиці роботи психологів, педагогів, фахівців з раннього втручання, у процесі підготовки та підвищення кваліфікації фахівців спеціальної та інклюзивної освіти;

- матеріали дослідження можуть бути покладені в основу методичних рекомендацій щодо впровадження групового формату Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти.

Особистий внесок здобувача полягає у визначенні психологічних особливостей розвитку соціально-комунікативної взаємодії та пізнавальної діяльності дітей дошкільного віку з РАС в процесі реалізації програм раннього втручання на основі Денверської моделі [30], доробок наукового керівника полягає в узагальненні теоретичних підходів до організації раннього втручання та науковому обґрунтуванні психолого-педагогічних умов підтримки розвитку дітей з РАС [30].

Результати наукового дослідження впроваджено в Дитячий клуб-садок Вікторії Міронової обидва філіали м. Київ, Центр логопедії, раннього втручання та психологічної допомоги "Пелюстки" м. Київ, Детски Център “Патешон” м. Бургас, Болгарія, Київський столичний університет ім. Б. Грінченка, м. Київ, Приватний дитячий садок “Нест”, м. Київ.

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Зміст і результати теоретико-експериментального дослідження оприлюднені на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях, семінарах і наукових заходах. Серед них *міжнародні науково-практичні конференції*: I International Scientific and Practical Conference “Psychology, Physical Culture, Sports, and Comprehensive Rehabilitation: A Multidisciplinary Approach in the Context of Social Transformations” (13 – 14 листопада 2025 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики» (Київ, 11 листопада

2025 р.); *всеукраїнські науково-практичні конференції*: Всеукраїнська конференція молодих учених «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни» (2024 р.); науково-методичні семінари: «Посилення участі та забезпечення права на освіту дітей з інтелектуальними порушеннями: розвиток спроможностей і можливостей» (18 – 20 лютого 2026 р.), «Systemic Changes in Inclusive Education» (20 червня 2025), «Educational Approaches in Kindergarten and School» (9 травня 2025 р.), «Support and Inclusion in Regular Education» (16 травня 2025 р.), «Support Strategies & Learning Environments» (23 травня 2025 р.), «Ethical & Crisis Considerations in Education» (6 червня 2025 р.), «Play-Based Learning & Communication» (13 червня 2025 р.).

Публікації. Основний зміст та результати дослідження відображено у 8 наукових працях (6 одноосібні), з них: 1 стаття в співавторстві в колективній монографії в науковому періодичному виданні інших держав; 5 статей у наукових фахових виданнях України, категорії «Б», що включені до міжнародних наукометричних баз з психології; 2 публікації апробаційного характеру.

Надійність і достовірність одержаних результатів забезпечуються методологічною виваженістю та теоретичною обґрунтованістю вихідних положень дослідження, застосуванням комплексу взаємопов'язаних методів, адекватних об'єкту, предмету, меті й завданням роботи. Об'єктивність висновків підтверджується аналізом значного масиву емпіричних даних, поєднанням якісного та кількісного аналізу, використанням методів математичної статистики, узагальненням отриманих результатів та їх апробацією під час науково-практичних заходів.

Експериментальна база дослідження. У формувальному експерименті взяли участь 38 дітей дошкільного віку (1 – 5 років) з розладами аутистичного спектра, які мали офіційно підтверджений діагноз та перебували у програмі психолого-педагогічного супроводу. З них: 16 дітей склали групу ESDM-IND (реалізація індивідуального формату втручання); 22 дитини склали групу ESDM-IND+ЗДО (поєднання індивідуального втручання з інтеграцією цілей у групове середовище закладу дошкільної освіти).

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (157

найменувань, у тому числі 48 – іноземною мовою). Загальний обсяг дисертації – 295 сторінки, із них 215 – сторінки основного тексту. У тексті міститься 3 таблиці та 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ УМОВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕНВЕРСЬКОЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

1.1. Проблема раннього втручання у дітей з РАС: сучасний стан та труднощі реалізації в інклюзивних ЗДО

Сучасне суспільство розвивається в умовах глобальних трансформацій, соціальних потрясінь, технологічного прогресу та гуманітарних викликів, а тому висуває підвищені вимоги до рівня адаптивності, комунікативних умінь і соціальної взаємодії кожної людини. Для повноцінної інтеграції в соціум дитина повинна з раннього віку опановувати базові навички комунікації, взаємодії, саморегуляції та пізнання. Однак діти з ООП, зокрема з розладами аутистичного спектра, потребують специфічних умов для набуття цих умінь, адже їхній розвиток суттєво відрізняється від типового.

Поняття «особливі освітні потреби» охоплює широкий спектр труднощів, а саме когнітивних, поведінкових, емоційних, комунікативних, сенсорних, які впливають на здатність дитини ефективно навчатися, спілкуватися та соціалізуватися. У цьому контексті діти з РАС є однією з найвразливіших категорій, адже специфіка розладу часто передбачає стійкі дефіцити у соціальній взаємодії, комунікації, гнучкості поведінки, що істотно ускладнює їх участь у типових освітніх процесах і соціальному житті загалом.

Розлади аутистичного спектра належать до групи нейророзвиткових порушень, які, як правило, виявляються вже у ранньому віці. Згідно з DSM-V, основними клінічними характеристиками є стійкі дефіцити в соціальній взаємодії та соціальній комунікації, а саме дефіцит соціально-емоційної взаємності, недостатність невербальної комунікативної поведінки та недостатність у розвиненні, підтриманні та розумінні людських взаємин; патерни обмеженої, повторюваної поведінки, інтересів чи занять, які можуть проявлятися такими ознаками, як стереотипні чи повторювані моторна

активність, використання предметів або мови, наполягання на однаковості, негнучке дотримання рутинних дій або ритуалізовані патерни вербальної чи невербальної поведінки, суттєво обмежені, фіксовані інтереси, аномальні за інтенсивністю або фокусом, гіпер- або гіпореактивність щодо сенсорної інформації або незвичне зацікавлення сенсорними аспектами навколишнього середовища [29, с.33].

Поширеність РАС неухильно зростає, що підтверджується результатами епідеміологічних досліджень. Згідно з даними Центру з контролю та профілактики захворювань США (CDC), отриманими у 2014 році на вибірці восьмирічних дітей, одна дитина з 68 мала діагноз аутизм. Це на 30% більше порівняно з показником 2008 року (1 з 88), на 60% вище за рівень 2006 року (1 з 110) та вдвічі вище порівняно з 2000 роком (1 з 150). А перші дослідження поширеності РАС на початку 1970-х років фіксували частоту менше ніж 1 випадок на 10 000 дітей, що свідчить про зростання показника в понад 270 разів за останні півстоліття [121].

За останніми статистичними звітами CDC (2023), у США рівень поширеності РАС досяг позначки 1 з 36 дітей [138]. Подібна динаміка спостерігається і в Україні. Згідно з даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), станом на грудень 2023 року на обліку перебувало 20 936 дітей з діагнозом РАС. Щорічне зростання кількості встановлених діагнозів аутизму становить близько 30%, що підтверджує тенденцію до зростання поширеності РАС в національному контексті. Такі тенденції підсилюють суспільний запит на розбудову системи РВ, що забезпечує ранній доступ до допомоги.

Наразі потенційні ознаки РАС відслідковуються вже у віці 6 – 12 місяців (за допомогою спостережень за соціальною увагою, реакцією на ім'я, спільною увагою тощо), а достовірне встановлення діагнозу можливе в інтервалі 2 – 3,5 року, що істотно скорочує латентний період між першими підозрами й початком допомоги [124].

Пояснення ефективності РВ ґрунтується на нейропсихологічних механізмах дозрівання мозку та феномені нейропластичності в ранньому віці. У перші роки життя відбуваються гістогенез, міграція та диференціація нейронів, інтенсивний ріст дендритів і аксонів, синаптогенез, вибірковий апоптоз і мієлінізація провідних шляхів – процеси, що формують основу функціональних мереж мозку та визначають чутливість

до середовищних впливів [145]. Саме в цей період функціонують «сензитивні вікна» розвитку соціальної уваги, імітації, спільної уваги, комунікації та саморегуляції; відповідно, своєчасні інтервенції мають якісно вищий потенціал формування потрібних компетентностей, ніж втручання, розпочате пізніше [146].

Розлади аутистичного спектра розглядаються як порушення нейророзвитку з мультифакторною етіологією (генетичні, епігенетичні та середовищні чинники) і атиповим функціонуванням нейромереж, які забезпечують соціальне пізнання та комунікацію [125]. Дослідження ранніх маркерів показують: у дітей, яким згодом встановлюють РАС, між 2-м і 6-м місяцями життя спостерігається зниження частоти зорового контакту з людьми порівняно з нейротиповими однолітками, тоді як до двох місяців різниця між групами не фіксується – це вказує на можливість профілактичних впливів у найперші місяці життя [128]. Паралельно відзначається стійкіший інтерес до предметного світу: частота фіксації погляду на об’єктах до 24 місяців у дітей з групи РАС суттєво вища, ніж у нейротипових ровесників [145]. Зміщення пріоритетів обробки інформації у бік «не-соціальних» стимулів призводить до дефіцитів у становленні спільної уваги, наслідування, соціального навчання, що ускладнює інтеріоризацію соціальних норм і розвиток саморегуляції [116].

Як наслідок вступають у дію так звані «процеси ризику» – деструктивні траєкторії взаємодії між дитиною та середовищем, коли обмежена участь у соціальних контактах поглиблює початкові труднощі і поступово «замикає» розвиток у вузьких патернах поведінки [127]. Імітаційний дефіцит додатково впливає на моторний розвиток (оскільки значна частина ранніх рухових навичок формується через наслідування), а кумуляція аутичних проявів підвищує ризик вторинних порушень, які ускладнюють корекційний процес [125]. Отже, ключовою стратегією є якомога ранніше збільшення «дози» якісних соціальних взаємодій у природних контекстах розвитку.

Оскільки такі особливості розвитку дітей з РАС як, відсутність або недостатній розвиток мовлення, труднощі у встановленні зорового контакту, брак інтересу до соціальної взаємодії, обмежене коло інтересів, повторювані дії, сенсорні гіпер- або гіпочутливість проявляються вже в ранньому віці, то це призводить до того, що ці діти мають істотні труднощі в засвоєнні навчального матеріалу, включенні в спільну

діяльність із дорослими та однолітками, розвитку побутової самостійності. За відсутності спеціально організованого середовища та професійної підтримки, дитина з РАС ризикує залишитися ізольованою, не реалізувати свій потенціал і зіткнутися з численними труднощами адаптації у майбутньому.

Окрім об'єктивних труднощів розвитку, діти з розладами аутистичного спектра та їхні родини часто стикаються з нерозумінням, упередженим ставленням та прихованою дискримінацією і це суттєво ускладнює процес соціалізації та впливає на психологічне самопочуття дитини. Суспільні стереотипи, які виникають на тлі недостатньої поінформованості про особливості розладу аутистичного спектру, зумовлюють формування бар'єрів не тільки у сфері освіти, а й у міжособистісних відносинах. У такому контексті особливої актуальності набуває інклюзивна парадигма освіти, в якій передбачається не лише фізична інтеграція дитини з ООП до звичайного освітнього середовища, а й створення умов для її повноцінної участі, самовираження та реалізації потенціалу.

Своєчасна діагностика і ранній комплексний вплив на розвиток дитини з перших місяців життя є запорукою ефективного подолання вже наявних труднощів, запобігання подальшим ускладненням, зниження ризику соціальної дезадаптації та створення передумов для максимального розкриття її освітнього і особистісного потенціалу [116].

Зокрема, надання якісної ранньої допомоги дітям з розладами аутистичного спектра є одним із ключових завдань сучасної педагогічної та психологічної практики. Раннє втручання виконує критично важливу функцію – воно закладає основу для розвитку, навчання й успішної інтеграції дитини з аутизмом в інклюзивне освітнє середовище [115].

В Україні система раннього втручання ще перебуває на етапі формування, та потребує концептуального уточнення та уніфікації базових термінів і процедур [56]. Одним із проблемних аспектів є відсутність єдиного підходу до визначення самого поняття «раннє втручання». У науковій літературі воно трактується як форма послуги, система заходів або функціональний підхід до підтримки дитини та родини. Так, з позиції комплексної допомоги, Сухіна І., Скрипник Т. та Риндер І. визначають раннє втручання як родинно-орієнтовану інтегративну (медичну, психологічну, соціальну)

допомогу дітям віком від народження до 4 років, у яких виявлено порушення розвитку або високі ризики їх появи, а також родинам, що їх виховують [94]. Основною формою такої допомоги автори вважають психолого-педагогічний супровід, який має на меті підтримку психічного розвитку дитини, корекцію поведінкових проблем, гармонізацію дитячо-батьківської взаємодії та профілактику вторинних порушень.

Подібні позиції поділяють і інші дослідники, зокрема Гдиря О.В., Заплатинська А.Б., Міщук Т.М., Панченко Т.Л., Соколова Г.Б., Сороколат О.В., які акцентують на необхідності міждисциплінарного підходу до організації послуги раннього втручання [17, 69, 88]. Інші дослідники трактують раннє втручання як спеціально організовану систему медико-психолого-педагогічної та соціальної допомоги родинам, що виховують дітей віком до 4 років з особливими потребами або ризиком їх виникнення [65].

Інший підхід до визначення сутності раннього втручання представлений у працях українських науковців, які розглядають його як функціональний підхід, зосереджений на підтримці повсякденного функціонування дитини, її активній участі в життєвих ситуаціях, розвитку адаптивної поведінки. Відповідно до цієї позиції, раннє втручання реалізується на основі принципів Міжнародної класифікації функціонування (МКФ), із урахуванням рівня структурного ураження, функціональних можливостей, бар'єрів до участі та сприятливих умов у середовищі дитини [15, 17, 28].

Низка українських дослідників, зокрема Грицанюк В., Кропівницька М., Литовченко С., Логвиненко В., розглядають раннє втручання передусім як комплексну послугу [16; 49]. Такої ж точки зору дотримуються Блізнюк О., Кравцова А., Кукуруза Г., які підкреслюють, що дана послуга надається дітям віком від народження до 4 років із порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення, здійснюється мультидисциплінарною командою у співпраці з батьками та дитиною, є міжсекторальною та інтегрує психологічну, педагогічну, соціальну та медичну підтримку [53; 65; 90]. При цьому особлива увага приділяється тому, щоб допомога надавалася у природному середовищі дитини або умовах, максимально наближених до нього.

Під поняттям «раннє втручання» ми матимемо на увазі комплексну, міждисциплінарну, родинно-орієнтовану допомогу, яка поєднує медичні, психологічні, соціальні та педагогічні компоненти. Вона надається дітям раннього віку, у яких виявлено порушення або ризики порушень розвитку, а також їхнім родинам, які потребують підтримки у зв'язку з вихованням таких дітей.

Ключовим форматом надання допомоги є психолого-педагогічний супровід, що здійснюється з урахуванням індивідуальних потреб дитини та сім'ї. Він включає оцінювання психічного розвитку, підтримку емоційного стану, профілактику вторинних порушень, корекцію поведінкових труднощів та нормалізацію взаємодії в системі «дитина – батьки». Такий супровід сприяє цілісному розвитку дитини та створює передумови для її подальшої успішної адаптації в освітньому середовищі та суспільстві загалом.

Соціальна значущість раннього втручання доповнюється економічною доцільністю. Економіко-математичні моделі демонструють, що інвестиції у ранні інтенсивні програми для дітей з РАС знижують довгострокові витрати на спеціальну освіту, соціальну підтримку та медичне обслуговування. Зокрема, розрахунки показують, що частка дітей, які потребують подальшої спеціальної освітньої підтримки після інтенсивних програм раннього втручання, суттєво нижча; на макрорівні це трансформується у мільярдні заощадження для бюджетів різних рівнів [65; 112]. Додаткові дані свідчать про вищу вірогідність часткової або повної незалежності від державної підтримки у групах, що пройшли ранні інтенсивні втручання, у порівнянні з традиційними підходами [65]. Таким чином, РВ є не лише гуманістично виправданою, але й економічно ефективною стратегією державної політики.

У науково-практичному полі раннього втручання в Україні відбувається поступове розширення мережі послуг і розроблення методичних засад сімейно-центрованої моделі. У вітчизняній літературі раннє втручання визначається як міждисциплінарна сімейно-центрована система допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку та дітям груп біологічного і соціального ризику, спрямована на покращення розвитку дитини та підвищення якості життя родини [53]. Такий підхід узгоджується з сучасними міжнародними моделями, серед яких Early Start Denver

Model (ESDM) – розвитково-поведінкова соціальна модель, що поєднує структурованість поведінкових методів із природними, ігровими контекстами навчання та високим рівнем залучення батьків [145].

В Україні формування сучасного розуміння раннього втручання як міждисциплінарної, сімейно-центрованої системи підтримки дітей раннього віку з порушеннями розвитку розпочалося у 1990-х роках. Саме в цей період відбувається активне осмислення новітніх наукових підходів до раннього дитячого розвитку, що базуються на даних психології, медицини, нейронауки, соціальної роботи. Зокрема, було концептуалізовано значення ранніх взаємин між дитиною та батьками як критичного чинника впливу на формування базових навичок дитини. Вплив родини на розвиток дитини став розглядатися крізь призму системної сімейної терапії, транзактного аналізу, екологічного підходу [49; 81]. Такий погляд сформував основу родинно-орієнтованого підходу в ранньому втручанні, відповідно до якого труднощі розвитку однієї дитини розглядаються як фактор, що трансформує функціонування всієї сім'ї.

Оскільки саме сім'я є провідним мікросоціальним середовищем розвитку дитини раннього віку, головним завданням раннього втручання є не тільки підтримка дитини, але й підвищення компетентності батьків у питаннях виховання та розвитку, формування адаптивних моделей взаємодії, інтеграція підтримувальних стратегій у повсякденне життя родини. Особлива увага приділяється виявленню та мобілізації ресурсів кожного з батьків для подолання життєвих труднощів, які супроводжують виховання дитини з особливими потребами.

Розвиток РВ в Україні спирається на наукові дослідження, які акцентують значущість індивідуалізації допомоги й міждисциплінарної взаємодії фахівців (психологів, логопедів, педагогів, ерготерапевтів, лікарів) у роботі з дітьми раннього віку [15; 19]. Освітня політика й гуманістична парадигма спеціальної психології та освіти спрямовують практику на раннє виявлення порушень, превенцію вторинних ускладнень та підтримку розвитку дитини у природних для неї середовищах – родинному та дошкільному [49]. Методичні рекомендації щодо сімейно-центрованої моделі наголошують на циклі регулярних індивідуалізованих зустрічей відповідно до

потреб родини, контексту розвитку дитини та фаз її життєвого маршруту; до складу комплексної допомоги можуть входити психолого-педагогічна підтримка, інтенсивна абілітація, поведінкові методи, логопедичні та сенсорні інтервенції, які об'єднані у єдину систему [49; 65; 81]. Для українського контексту, зумовленого тривалими викликами воєнного часу, додатково актуальними є гнучкість і мобільність послуг: перехід до змішаних і дистанційних форматів, безперервність супроводу під час релокацій, адаптація інструментарію до онлайн-взаємодії [2].

Важливою віхою у становленні української моделі раннього втручання стало створення у 2000 році першого Центру раннього втручання в місті Харкові під керівництвом Кукурузи Г.В. Центр став осередком накопичення емпіричних даних, розробки практичних підходів і клінічного досвіду роботи з родинами, котрі виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку.

У 2016 році було започатковано масштабну ініціативу «Батьки за раннє втручання в Україні», яка реалізується за підтримки Міжнародної громадської організації HealthProm (Лондон), Національної Асамблеї людей з інвалідністю України та БФ «Інститут раннього втручання». Програма спрямована на активну участь батьківських спільнот у розробці та реалізації політик у сфері раннього втручання, зокрема через підтримку ініціатив, створених або очолюваних батьками дітей з інвалідністю.

Також із 2016 року в межах проєкту UNICEF «Підготовка команд раннього втручання і фахівців у громаді» відбувається системне навчання фахівців щодо надання послуги раннього втручання. Цей процес координується БФ «Інститут раннього втручання» у співпраці з УРЦ «Джерело» (м. Львів), ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» та Харківським обласним спеціалізованим будинком дитини №1.

Разом з тим, фахівці наголошують на дефіциті Центрів комплексної реабілітації для дітей віком 0 – 6 років, які б надавали системну підтримку відповідно до принципів раннього втручання. Досвід провайдерів таких послуг досі залишається обмеженим. Серед ключових викликів: відсутність єдиного тлумачення поняття «раннє втручання», брак міжвідомчої взаємодії, нерівномірний розвиток інфраструктури на місцях [15; 17].

Варто зазначити, що ще до початку повномасштабної війни, послугу раннього втручання в Україні вже активно надавали 39 установ, які підпорядковувались Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я, Міністерству освіти і науки, а також представляли недержавний сектор. За офіційними даними, кількість отримувачів послуги сягала майже 6 тисяч сімей з дітьми [87]. Це свідчить про формування певного досвіду міжвідомчої взаємодії та поступове визнання ролі раннього втручання як ефективної моделі підтримки родин, що виховують дітей з порушеннями розвитку або перебувають у зоні ризику.

Суттєвим проривом у сфері нормативного забезпечення стала Постанова КМУ від 27 грудня 2023 року, якою затверджено *Порядок раннього виявлення у дітей порушень розвитку або ризику їх виникнення і своєчасного направлення сімей з дітьми до надавачів послуги раннього втручання*. Одночасно розроблено Професійний стандарт фахівця з раннього втручання, здійснено підготовку команд фахівців, визначено потенційні установи, що надають цю послугу. Згідно з даними за 2023 рік, послуга раннього втручання надається більше ніж у 70 громадах 21 регіону, найбільше – в установах соціальної сфери (56%). Окрім того, на початок повномасштабної війни в Україні послугу отримували майже 6 тисяч сімей з дітьми [87].

Із прийняттям Постанови КМУ № 788 від 2 липня 2025 року щодо реалізації експериментального проекту запровадження договірної форми надання соціальної складової послуги раннього втручання відкрились нові перспективи масштабування. Очікується, що більше 100 громад зможуть отримати державне фінансування, а до 3,3 тисячі сімей щорічно зможуть скористатися підтримкою фахівців.

На момент ухвалення Постанови в Україні діяли понад 70 мультидисциплінарних команд раннього втручання в 21 регіоні країни. Більшість із них функціонували у сфері соціального захисту населення (56%), менше – у закладах охорони здоров'я (19,5%), системі освіти (17%), а також у громадських організаціях (7,5%). Завдяки впровадженню договірної форми надання послуги стало можливим розширення доступу до послуги раннього втручання в понад 100 територіальних громадах, що відкриває перспективу охоплення понад 3,3 тисячі сімей щороку, оскільки кожна команда потенційно здатна супроводжувати близько 30 родин.

Важливим етапом розвитку системи раннього втручання в Україні стало нормативне закріплення її організаційних засад. Водночас, практична реалізація закладених положень безпосередньо пов'язана з розумінням основних завдань послуги, серед яких першочерговими є раннє виявлення порушень розвитку, допомога в подоланні та корекція наявних труднощів та профілактика вторинних відхилень. У випадку дітей з розладами аутистичного спектра офіційна діагностика, зазвичай, відбувається у віці близько трьох років. Саме цей період збігається з початком відвідування дитиною закладу дошкільної освіти. В певних умовах діти в більш ранньому віці починають відвідування ясельних груп чи груп раннього розвитку. В таких ситуаціях працівники дитячих садків часто першими звертають увагу на характерні прояви, які можуть вказувати на наявність РАС. Відповідно, взаємодія системи раннього втручання з дошкільними закладами є важливою умовою своєчасної ідентифікації дітей із ризиком порушень розвитку.

Отже, раннє втручання та дошкільна освіта мають розглядатися як взаємопов'язані ланки єдиної системи підтримки дитини, яка забезпечує її гармонійний розвиток та поступову інтеграцію в освітнє середовище.

Одним із етапів раннього втручання є не тільки забезпечення комплексної допомоги, а й підготовка плавного переходу від програми раннього втручання (0 – 4 роки) до наступного етапу – дошкільного навчання. Саме такий супровід на перших кроках освітньої інтеграції дозволяє мінімізувати стресові фактори, забезпечити сталість у реалізації індивідуальних програм розвитку, а також зменшити ризик виникнення вторинних ускладнень. У практиці часто трапляються ситуації, коли встановлення діагнозу дитини з РАС відбувається саме в період відвідування закладу дошкільної освіти або безпосередньо перед ним. За таких умов процес раннього втручання може реалізовуватися паралельно з дошкільним навчанням, що буде доцільним і виправданим підходом. Така інтеграція дозволяє дитині отримувати спеціалізовану допомогу безпосередньо у середовищі дитячого садка, але за умови належної підготовки педагогічних працівників. Окрім того, що це забезпечує плавний перехід від програми раннього втручання до освітнього процесу, це також створює

можливості для супроводу дитини у звичному для неї середовищі, підкріплюючи навчання корекційними та реабілітаційними впливами і заходами.

Такий паралельний характер впровадження раннього втручання і дошкільної освіти, на нашу думку, відповідає сучасним міжнародним тенденціям інтегрованої підтримки дітей із порушеннями розвитку. В Україні подібна практика поки що не має системного характеру й реалізується переважно у форматі експериментальних проєктів, проте вже має значний потенціал для подальшого поширення.

Досвід інших країн переконливо свідчить про ефективність моделі, у якій раннє втручання інтегрується безпосередньо в освітній простір дошкільних закладів. Зокрема, у США, країнах Європейського Союзу, Австралії активно розвиваються програми, які передбачають надання допомоги дітям з РАС та іншими порушеннями розвитку не тільки у спеціалізованих центрах, а й у дошкільних освітніх інституціях. Дана практика забезпечує безперервність підтримки, мінімізує ризик соціальної ізоляції та сприяє більшій включеності дітей у звичне для них середовище. Важливим фактором успішності цих програм є мультидисциплінарний підхід, підготовка педагогів, а також тісна співпраця з родинами. Таким чином, міжнародний досвід показує, що ефективність системи раннього втручання значною мірою визначається можливістю її інтеграції в освітній простір, оскільки це дозволяє уникнути розриву між діагностикою та наданням допомоги, забезпечує раннє залучення дитини до соціуму та формує умови для сталого розвитку її потенціалу.

В українському контексті інтеграція послуги раннього втручання у заклади дошкільної освіти поки що реалізується переважно в експериментальних форматах або локальних ініціативах. Водночас, аналіз міжнародного досвіду переконує, що саме такий підхід є найбільш ефективним з огляду на раннє виявлення труднощів розвитку, забезпечення безперервності допомоги й уникнення дублювання функцій різних інституцій. В Україні більшість бар'єрів та труднощів на шляху реалізації раннього втручання для дітей з РАС в інклюзивних закладах дошкільної освіти мають комплексний характер. Вони охоплюють як об'єктивні фактори (нестачу ресурсів, нерівномірність мережі послуг, слабкість нормативно закріплених механізмів взаємодії між медичною, соціальною та освітньою сферами), так і суб'єктивні причини

(недостатню обізнаність педагогів і батьків, низький рівень інклюзивної культури в суспільстві, тощо). Сукупність цих труднощів призводить до затримок у виявленні порушень, фрагментарності надання допомоги, недостатньої результативності програм підтримки. Тому розв'язання проблеми раннього втручання в Україні вимагає системних міжвідомчих зусиль, інтеграції освітніх, медичних і соціальних практик, а також створення умов для ефективної співпраці всіх учасників процесу — від державних інституцій до педагогів і сімей. На нашу думку, існують усі необхідні передумови для того, щоб Україна поступово запровадила цей підхід у ширшому масштабі: розробка відповідної нормативної бази, підготовка команд раннього втручання та розбудова інклюзивної освіти. Подальший розвиток у цьому напрямі дозволить створити систему, де раннє втручання та дошкільна освіта взаємодіють як єдине ціле, забезпечуючи оптимальні умови для розвитку й соціалізації дітей з РАС та іншими порушеннями розвитку.

З огляду на окреслені труднощі, очевидною є потреба у впровадженні таких підходів, які б поєднували у собі наукову обґрунтованість, практичну результативність та можливість адаптації до умов інклюзивних закладів дошкільної освіти. Одним із найбільш перспективних напрямів, на нашу думку, є Денверська модель раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM).

Ця модель базується на інтеграції розвитку та прикладного поведінкового аналізу та довела свою ефективність у світовій практиці підтримки дітей із розладами аутистичного спектра. Практичне й експериментальне впровадження елементів ESDM в українських умовах може стати важливим кроком для подолання низки існуючих бар'єрів: від недостатньої готовності педагогів до роботи з дітьми з РАС до обмеженості індивідуалізованих програм у дошкільних закладах.

Запровадження ESDM у практику інклюзивних ЗДО відкриває можливість системного вирішення проблеми: забезпечення раннього виявлення труднощів розвитку, організації комплексної психолого-педагогічної підтримки, створення сприятливого освітнього середовища та підвищення компетентності педагогів і батьків. Саме тому аналіз теоретичних засад та практичних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання в Україні є надзвичайно актуальним та перспективним.

1.2. Денверська модель раннього втручання: генезис, структура, ефективність та технологія впровадження

У сучасних умовах зростання поширеності розладів аутистичного спектра особливого значення набуває пошук ефективних моделей психолого-педагогічної підтримки дітей раннього та дошкільного віку. Серед міжнародно визнаних підходів провідне місце посідає **Денверська модель раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM)**, яка поєднує розвитковий підхід і методи прикладного поведінкового аналізу (ABA). Її унікальність полягає у спрямованості на формування соціально-комунікативних, когнітивних та адаптивних навичок дітей із РАС у природних умовах щоденного життя, зокрема під час гри та повсякденних взаємодій із дорослими.

Денверська модель була розроблена на основі багаторічних досліджень американських науковців S. J. Rogers та G. Dawson, які у 1980 – 1990-х роках обґрунтували необхідність інтеграції інтенсивного навчання, емоційного залучення та позитивного підкріплення в роботі з дітьми з аутизмом [145]. Від початку своєї розробки ESDM стала першою науково підтвердженою програмою, орієнтованою саме на дітей віком від 12 до 48 місяців, і сьогодні використовується в багатьох країнах світу як індивідуально, так і в групових форматах.

Завдяки своїй доказовій базі ESDM отримала широке міжнародне визнання, а її ефективність підтверджена численними клінічними дослідженнями та метааналізами. Вона розглядається як одна з найбільш перспективних інновацій у сфері раннього втручання, оскільки дозволяє не просто коригувати існуючі труднощі розвитку, а ще й запобігати формуванню вторинних порушень, створюючи основу для подальшої інтеграції дитини в освітній та соціальний простір.

Денверська модель раннього втручання є інтегративною, всеохоплюючою та інтенсивною програмою раннього впливу, розробленою спеціально для дітей у віці від 12 місяців. Вона постає як оновлена, розширена та науково удосконалена версія класичної Денверської моделі, орієнтованої на роботу з дошкільниками з розладами аутистичного спектра віком від 24 до 60 місяців [145]. Відповідно, під терміном ESDM

розуміють саме ранню модифікацію Денверської моделі, яка застосовується до дітей молодше трьох років, тоді як у ширшому значенні "Денверська модель" охоплює принципи та методи, адаптовані для роботи з дошкільниками 3 – 4-річного віку.

ESDM ґрунтується на сучасних наукових уявленнях про механізми раннього навчання немовлят і малюків, а також на емпіричних даних про те, як розлади аутистичного спектра впливають на формування ранніх пізнавальних, комунікативних і соціально-емоційних функцій. Основною метою програми є зниження вираженості симптомів РАС та прискорення розвитку дитини в ключових сферах – когнітивній, соціально-емоційній та мовленнєвій.

Генезис ESDM пов'язаний із поєднанням кількох доказових, взаємодоповнюючих підходів до навчання дітей раннього віку. Модель інтегрує такі концептуальні основи:

- оригінальна Денверська модель (Rogers et al., 1981), що формувала базові підходи до роботи з дітьми дошкільного віку з РАС;

- модель міжособистісного розвитку аутизму (Rogers & Pennington), яка пояснює ранні соціальні труднощі через порушення соціально-когнітивних механізмів;

- модель аутизму як порушення соціальної мотивації (Dawson et al., 2004), яка підкреслює роль зниженої орієнтації на соціальні стимули у формуванні атипової траєкторії розвитку;

- тренінг ключових реакцій (Pivotal Response Training, PRT) – доказовий розвитковий підхід на основі прикладного поведінкового аналізу (Applied Behavior Analysis, ABA), який акцентує увагу на ініціативі дитини, природності контексту та спонтанності взаємодій.

Такий синтез різних теоретичних шкіл і практичних методів дозволив створити унікальну, багатокомпонентну модель, яка зберігає наукову доказовість АВА й водночас інтегрує розвитковий, ігровий і соціально-орієнтований підходи. Це робить ESDM однією з найбільш комплексних і гнучких моделей раннього втручання для дітей з РАС.

Розвиток Денверської моделі розпочався у 1980-х роках із запуску першої групової програми втручання, спрямованої на роботу з дітьми з розладами

аутистичного спектра віком від 24 до 60 місяців. Тоді аутизм розглядався переважно як розлад соціальної взаємодії та комунікації, тому ключовою метою програми стало формування у дітей стабільних, емоційно насичених та довірливих стосунків з дорослими. Саме наявність такої взаємодії розглядалася як фундамент подальшого соціального та комунікативного розвитку дитини.

Однією з принципових особливостей моделі стала орієнтація на живе, динамічне соціальне спілкування, яке супроводжується виразною позитивною емоційністю. Дослідники спиралися на теоретичне положення, згідно з яким позитивний емоційний обмін між дитиною та дорослим стимулює соціальну мотивацію та спонукає малюка активно шукати партнерів для взаємодії. У цей період було розроблено й описано спеціальні формати сенсорних соціальних повторюваних ігор – коротких, емоційно насичених міжособистісних рутин, які дитина могла ініціювати спочатку невербально, а згодом і за допомогою мовлення. Ці ігри стали однією з найхарактерніших рис моделі, згодом перейнятих і розширених в ESDM.

Практичний досвід впровадження Денверської моделі засвідчив, що у більшості дітей із РАС спостерігаються виражені порушення не лише у сфері соціальної взаємодії, але й у когнітивних, мовленнєвих, ігрових та поведінкових функціях. Це зумовило необхідність залучення міждисциплінарної команди фахівців (психологів, логопедів, педагогів раннього розвитку та дефектологів) та створення системи всебічної оцінки розвитку дитини.

З метою забезпечення цілісності втручання було розроблено навчальний план, побудований на послідовних етапах розвитку дитини. Короткострокові цілі втручання формувалися на основі цього плану й систематично відпрацьовувалися як під час індивідуальних занять, так і у форматі малих груп. Центральним принципом навчання стало «слідування за ініціативою дитини», що дозволяло підвищити мотивацію, емоційне залучення та спонтанність соціальних дій.

Основними характеристиками Денверської моделі, які згодом стали ядром ESDM, є:

1. Міждисциплінарність та робота команди, яка керується навчальним планом, побудованим на етапах розвитку.

2. Формування тісної міжособистісної взаємодії як основи для навчання.

3. Розвиток імітаційних навичок (жестів, міміки, маніпуляцій з предметами) як одного з ключових механізмів раннього навчання.

4. Паралельний розвиток вербальної та невербальної комунікації.

5. Акцент на когнітивних аспектах ігрової діяльності, особливо у парних, повторюваних іграх.

6. Тісна співпраця з батьками, що забезпечує узгодженість підходів у різних контекстах розвитку дитини.

У перші десять років досліджень Саллі Роджерс та її колеги виявили ще один критично важливий висновок: у більшості маленьких дітей із РАС відзначаються суттєві дефіцити у сфері імітації. Хоча на той час цей аспект практично не розглядався в теоріях аутизму, саме недостатня сформованість імітаційних навичок стала одним із найпотужніших бар'єрів у навчанні. Роботи Stern D. (1985), Meltzoff E. (1977) та інших дослідників доводять, що імітація є базовим механізмом раннього соціального розвитку, який забезпечує формування прив'язаності, навчання через наслідування та раннє соціальне пізнання [142].

У Денверській моделі раннього втручання аутизм розглядається як комплексний нейророзвитковий розлад, який впливає практично на всі сфери функціонування дитини. Саме тому втручання орієнтується не на окремі прояви, а на всебічний розвиток, який визначає підхід до формування навчального плану, постановки цілей та вибору інструментів впливу. Навчальний план ESDM є централізованою частиною моделі і охоплює детально структурований перелік цільових навичок, організований відповідно до послідовності їх появи у типовому онтогенезі.

Структура навчального плану охоплює ключові сфери раннього розвитку:

- рецептивна та експресивна комунікація;
- навички спільної уваги;
- імітаційні навички;
- соціальна взаємодія та емоційна регуляція;
- ігрові та когнітивні навички;
- дрібна та загальна моторика;

- навички самообслуговування.

Серед зазначених сфер нижче перелічені п’ять мають пріоритетне значення у контексті ESDM, оскільки вони виступають механізмами, які відкривають доступ до всіх інших аспектів розвитку:

1. імітація, як базовий інструмент соціального навчання;
2. невербальна комунікація, включно зі спільною увагою;
3. вербальна комунікація;
4. соціальна взаємодія, що охоплює здатність до співпереживання та сенсорної регуляції;
5. ігрові навички, які виступають провідним видом діяльності у ранньому віці.

Навчальний план ESDM передбачає, що перед початком втручання проводиться комплексна оцінка розвитку дитини за допомогою контрольного переліку цільових навичок (ESDM Curriculum Checklist). Ця процедура дозволяє визначити актуальний рівень функціонування дитини у кожній сфері та сформувати індивідуальний профіль розвитку.

На основі отриманих результатів формується початковий індивідуальний план втручання, який розраховується на період приблизно 12 тижнів. Після завершення цього циклу здійснюється повторне оцінювання розвитку тим самим інструментом, що дає змогу визначити динаміку, переоцінити потреби дитини та сформулювати новий набір навчальних цілей на наступний період. Таким чином, ESDM реалізує циклічну, адаптивну модель втручання, в якій навчальні цілі постійно оновлюються відповідно до розвитку дитини, а сам план залишається динамічним і чутливим до індивідуального прогресу.

Підхід до формування мовленнєвих навичок у Денверській моделі раннього втручання ґрунтується на сучасних дослідженнях у сфері розвитку комунікації в ранньому віці. В ESDM мовленнєвий розвиток розглядається як природне продовження та ускладнення невербальної соціальної комунікації, яка формується відповідно до зростання мовленнєво-слухових (фонематичних) навичок дитини.

Невербальна та вербальна комунікація виконують єдину функцію – вони дають змогу координувати спільну діяльність, обмінюватися намірами, інтересами, емоціями, думками, а також будувати соціальні зв'язки. Тому втручання в рамках ESDM передбачає створення великої кількості природних, різноманітних та повторюваних можливостей для комунікації, в яких дитина може ініціювати як вербальні, так і невербальні комунікативні дії.

Завдяки цьому підходу поступово розширюється прагматичний репертуар дитини – кількість і різноманітність комунікативних функцій, які вона використовує під час взаємодії з дорослими та однолітками. Окрім того, що дитина набуває здатності просити чи відповідати, вона також навчається:

- висловлювати протест,
- залучати дорослого до спільної діяльності,
- привертати увагу,
- коментувати події та дії,
- ділитися переживаннями,
- розповідати або «наративно» супроводжувати гру.

Спонтанна комунікація завжди підтримується дорослим у делікатний, ненасильницький спосіб: фахівець або один з батьків створює ситуації, у яких дитина має можливість вплинути на хід взаємодії, ініціювати її або змінити. Завдяки цьому дитина поступово усвідомлює цінність комунікації, її соціальний зміст і переваги спільної активності.

Важливою складовою є те, що дорослий постійно пристосовує власне мовлення до актуального рівня розвитку дитини – ускладнює або спрощує висловлювання, добирає відповідний словниковий запас, моделює лінгвістичні структури, які дитина потенційно здатна відтворити. Така адаптація забезпечує оптимальну «зону найближчого розвитку» для мовлення, сприяє формуванню мовленнєвих навичок і полегшує перехід від невербальної до вербальної комунікації.

У дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра найбільш вираженими є труднощі саме у тих сферах, які потребують інтеграції кількох нейрокогнітивних систем: спільна увага, імітація, мовлення та символічна гра. Формування цих навичок

ґрунтується на роботі розвинених нейронних мереж і ефективній взаємодії між різними відділами мозку, зокрема на міжпівкульній інтеграції.

В ESDM виходять із гіпотези, що складні форми поведінки можуть формуватися лише за умови їх систематичного та різнопланового стимулювання у процесі активної взаємодії з дорослим. Тому втручання будується не шляхом ізольованого тренування окремих умінь, а через навчання "цілісними поведінковими актами", в межах яких дитина водночас залучається до відпрацювання різних цілей з кількох сфер розвитку. Для цього використовуються найбільш привабливі, мотивувальні та природні для малюка види діяльності.

Фахівець починає із найпростіших, доступних для дитини компонентів поведінки й поступово переходить до складніших, моделюючи їх відповідно до послідовності розвитку у нейротипових дітей. Навички послідовно "розкладаються" на конкретні елементи, для кожного з яких визначаються чіткі поведінкові цілі та алгоритм навчання. Такий поетапний підхід дає змогу дитині рухатися поступово та стабільно, засвоюючи необхідні компоненти складної поведінки.

Важливо, що під час кожної сесії втручання увага приділяється не одній, а кільком взаємопов’язаним сферам розвитку, адже складні навички формуються саме через інтеграцію різних напрямів розвитку – соціального, комунікативного, когнітивного, емоційного та моторного. Такий багатовимірний підхід є значно ефективнішим, ніж окрема робота над кожним умінням, оскільки відповідає природній логіці розвитку дитини раннього віку та активізує механізми нейропластичності [128].

Наукові дослідження R. Goodman, A. Ronald, R. Plomin, S. J. Rogers підтверджують, що розлади аутистичного спектра мають множинний характер, оскільки впливають на широкий спектр сфер розвитку дитини – від комунікативної до моторної та соціально-емоційної [144]. Саме тому розроблення навчального плану ESDM здійснювалося з урахуванням даних із різних напрямів вивчення раннього розвитку: когнітивної сфери, експресивного та рецептивного мовлення, загальної й дрібної моторики, соціально-емоційної взаємодії, гри, імітації та навичок самообслуговування.

Створення навчального плану ESDM є результатом співпраці міждисциплінарної команди фахівців, які мали експертні знання у клінічній психології, психології розвитку, АВА, спеціальній педагогіці раннього дитинства, логопедії та ерготерапії. Такий підхід дозволив врахувати як механізми порушень, так і закономірності типового раннього розвитку.

У моделі ESDM міждисциплінарна команда не лише формує навчальний план, але й супроводжує його реалізацію, регулярно консультує батьків і здійснює моніторинг динаміки розвитку дитини.

У тих випадках, коли ESDM впроваджується переважно силами батьків або педагогів на основі індивідуальних занять, безпосереднє щоденне втручання здійснює провідний терапевт, якому можуть допомагати помічники-терапевти. Такий підхід ґрунтується на універсальній моделі втручання типу TEACCH/SCERTS і дозволяє вести роботу від заняття до заняття системно та економічно ефективно [135].

Якщо модель реалізується у групових умовах дошкільної освіти, провідну роль у втручанні відіграє вихователь групи, тоді як міждисциплінарна команда консультує педагогів, здійснює оцінювання розвитку та визначає цілі.

Отже, міждисциплінарність є одним з ключових принципів ESDM, який забезпечує комплексний вплив на всі сфери розвитку дитини та дозволяє створити послідовний, інтегрований і максимально індивідуалізований навчальний план. А наступним фундаментальним принципом ESDM є індивідуалізація втручання, яка забезпечує максимально точне налаштування програми на унікальний профіль розвитку кожної дитини.

Індивідуальний підхід є також одним з ключових принципів Денверської моделі раннього втручання. У підході ESDM він забезпечується за допомогою чотирьох основних механізмів.

По-перше, для кожної дитини формується індивідуальний навчальний план, який визначає конкретні цілі у всіх сферах розвитку відповідно до її актуального рівня та профілю сильних і слабких сторін.

По-друге, навчальні матеріали та завдання адаптуються з урахуванням інтересів дитини, її мотиваційних уподобань і стилю взаємодії. Використання індивідуально

значущих стимулів підвищує залученість, сприяє формуванню соціальної мотивації та забезпечує ефективне успіхоорієнтоване навчання.

По-третє, визначення цілей, а також рекомендації щодо використання стратегій ESDM у природних середовищах – вдома, на прогулянці, на дитячому майданчику, у магазині чи кафе – здійснюється з урахуванням сімейних цінностей, потреб, культурних особливостей і пріоритетів батьків. Відповідно, модель зберігає свою гнучкість і забезпечує реалістичність втручання у повсякденному житті.

Четвертий інструмент – це «дерево прийняття рішень», яке допомагає фахівцеві систематично модифікувати навчальні стратегії у випадках уповільненої або недостатньої динаміки. Цей алгоритм дозволяє своєчасно змінювати інтенсивність, тип підкріплення, форму завдання чи контекст взаємодії, забезпечуючи адаптивність втручання.

Процес навчання в ESDM інтегрується у природну ігрову діяльність дитини та характеризується високою інтенсивністю й швидким темпом взаємодії. Заняття спрямовані на одночасне досягнення кількох взаємопов'язаних цілей у різних сферах розвитку, що відповідає природній багатовимірності раннього дитячого навчання.

Така структура дозволяє максимально ефективно використовувати час терапевта та періоди найбільшої сприйнятливості дитини. Оскільки обсяг завдань значний, а «вік нейропластичності» обмежений, ESDM надає особливого значення збагаченню кожної ігрової взаємодії численними навчальними можливостями.

Модель використовує комбінований підхід, який поєднує:

- методи прикладного поведінкового аналізу (Applied Behavior Analysis, ABA);
- стратегії тренінгу ключових реакцій (Pivotal Response Training, PRT);
- розвиткові принципи оригінальної Денверської моделі.

Завдяки інтеграції цих методів ESDM забезпечує баланс між структурованим навчанням і природною спонтанністю, між поведінковими стратегіями та розвитковим підходом. Оцінювання реалізації методик здійснюється за стандартизованими критеріями і це дозволяє аналізувати якість втручання, ефективність застосованих технік та динаміку розвитку дитини.

У Денверській моделі раннього втручання широко використовуються базові принципи прикладного поведінкового аналізу (Applied Behavior Analysis, ABA), адаптовані для роботи з дітьми раннього віку в природних умовах взаємодії. Основні стратегії, які інтегровані в технологію ESDM, наступні.

1. Залучення та утримання уваги дитини.

Ефективне навчання неможливе без забезпечення уваги дитини до дорослого та до завдання. Тому терапевт створює умови, за яких дитина фокусується на інструкції або моделюванні дії, залишається залученою до завершення поведінкового епізоду і отримує підкріплення після виконання цільової поведінки.

2. Модель «антецедент – поведінка – наслідки» (A – B – C).

- Антецедент (A) – стимул, що передує поведінці,

- поведінка (B) – реакція дитини,

- наслідки (C) – події, що слідують за поведінкою.

Ця тричленна схема описує закономірності обумовлення, на яких ґрунтується процес навчання. Втручання спрямоване на формування нових зв'язків між антецедентом і поведінкою, а також на зміну функції наслідків (підсилення, корекція, згасання). Маніпуляція антецедентами та наслідками дозволяє посилювати бажану поведінку та зменшувати небажану.

3. Використання підказок (prompting).

Підказка – це будь-яка допомога, яка дозволяє дитині виконати цільову дію під час навчального епізоду. Підказки забезпечують можливість успішного реагування на антецедент і створюють умови для формування правильного зв'язку поведінки зі стимулом. У ESDM застосовуються фізичні, жестові, модельні та вербальні підказки.

4. Керування наслідками (consequence management).

Коректна організація наслідків дозволяє швидко формувати нові навички, підтримувати позитивну участь дитини та сприяти узагальненню поведінки. Підкріплення має бути природним, соціально значущим і прив'язаним до інтересів дитини. Водночас небажана поведінка зменшується за рахунок зміни наслідків, відсутності підкріплення або перенаправлення.

5. Поступове зменшення підказок (fading).

Щоб поведінка виникала у відповідь на природний стимул, а не на підказку, дорослий поступово знижує її інтенсивність, переходячи до менш явних форм допомоги. Це сприяє генералізації навички та її самостійній реалізації дитиною.

6. Формування поведінки (shaping).

Оскільки дитина не завжди здатна одразу виконати складну цільову дію, навчання розпочинається з підкріплення початкових, наближених до цільової реакцій. Дорослий поступово підсилює дедалі точніші форми поведінки, допоки не буде сформована повноцінна навичка.

7. Формування поведінкових ланцюжків (chaining).

Складні поведінкові послідовності (наприклад, навички самообслуговування, складна гра чи побудова фрази) складаються з окремих простіших елементів. В процесі формування ланцюжка терапевт навчає кожному компоненту окремо, поступово об’єднуючи їх у цілісну поведінкову послідовність.

8. Функціональна оцінка поведінки (Functional Behavior Assessment, FBA).

Це процес визначення функції поведінки дитини, тобто того, які потреби вона намагається задовольнити через певні дії (отримання уваги, уникнення завдання, доступ до предметів тощо).

Функціональний аналіз (Functional Analysis, FA) передбачає експериментальне тестування різних умов для точного виявлення чинників, що підтримують поведінку. Це дозволяє добирати індивідуальні, науково обґрунтовані стратегії корекції.

Одним із важливих теоретичних компонентів, що визначили розвиток сучасної Денверської моделі раннього втручання, є тренінг ключових реакцій (Pivotal Response Training, PRT), розроблений у межах прикладного поведінкового аналізу Koegel L. K., Koegel R. L. та Schreibman L. Дослідники припустили, що існують базові, або «ключові», області функціонування, зміни в яких зумовлюють покращення цілого спектра інших навичок. До таких фундаментальних сфер вони віднесли мотивацію та здатність реагувати на множинні соціальні та сенсорні сигнали. Поліпшення цих механізмів, як було показано в численних дослідженнях, позитивно впливає на розвиток комунікації, соціальних навичок, когнітивного функціонування та гнучкості поведінки [135; 145]. Саме тому принципи PRT стали важливою складовою оновленої

версії ESDM і визначили її відмінність від попередньої Денверської моделі, розробленої до 2002 року.

У контексті ESDM принципи тренінгу ключових реакцій були адаптовані для роботи з маленькими дітьми та впроваджені у природні й соціально насичені взаємодії. Одним із центральних положень є використання підкріплення не лише за повністю виконану поведінку, а й за будь-які спроби чи наближення до цільової дії. Такий підхід забезпечує високу мотивацію дитини, знижує ризик фрустрації, стимулює наполегливість та підтримує готовність залучатися до діяльності, навіть якщо вона є для дитини складною або новою.

Ще одним важливим елементом є чергування завдань різного рівня складності: нових, які потребують навчання, та тих, що дитина вже добре опанувала. Це дозволяє зберігати позитивний темп заняття, підтримувати почуття успіху та забезпечувати регулярне закріплення вже сформованих умінь. Така структура, притаманна PRT, робить навчання для дитини передбачуваним, емоційно комфортним і водночас достатньо стимулювальним.

Особливе значення у PRT надається природному підкріпленню, тобто такому, яке є логічним наслідком самої поведінки дитини. У випадку комунікації це означає, що якщо дитина просить м’яч, вона отримує м’яч, а не умовне «зовнішнє» підкріплення. Саме цей принцип було інтегровано в ESDM для підсилення причинно-наслідкових зв’язків у поведінці, розвитку самостійності й посилення соціальної мотивації дитини.

Однією з ключових умов ефективної реалізації стратегій PRT у межах ESDM є організація почерговості у взаємодії. Чітка зміна черги під час гри слугує природною соціальною структурою, яка утримує увагу дитини, створює численні можливості для ініціювання комунікації, дозволяє моделювати цільові форми поведінки та забезпечує більшу передбачуваність взаємодії. У ранньому віці, коли діти з РАС часто мають труднощі з розумінням соціальної структури активності, почерговість стає важливим регулятором поведінки.

Ще одним суттєвим аспектом, який PRT привніс у ESDM, є важливість чітких і зрозумілих антецедентів – інструкцій, стимулів або моделей поведінки. У роботі з маленькими дітьми це означає, що терапевт повинен забезпечити таку форму подачі

стимулу, за якої дитина вже залучена, сконцентрована та готова реагувати. Це підвищує ймовірність успішної поведінкової відповіді та створює умови для формування стійких асоціацій між антецедентом і поведінкою.

Одним із найбільш цінних принципів PRT, який отримав розвиток у Денверській моделі, є надання дитині вибору та орієнтація на її інтереси й ініціативи. Використання спонтанних переваг дитини дозволяє підвищувати її внутрішню мотивацію, формувати активну участь у процесі взаємодії та забезпечує природні можливості для підкріплення самостійної й комунікативної поведінки. Це узгоджується з розвитковим підходом ESDM, який передбачає навчання в ситуаціях, і це є для дитини емоційно значущими та природними.

Отже, інтеграція принципів тренінгу ключових реакцій в ESDM створила підґрунтя для більш гнучкої, природної, мотиваційно орієнтованої моделі втручання, яка впливає на фундаментальні механізми розвитку дитини з РАС. Саме мотивація, здатність реагувати на множинні стимули, почерговість, природне підкріплення й опора на ініціативу дитини забезпечують широку генералізацію результатів та підвищують ефективність втручання в різних контекстах життя дитини.

Окрему групу методичних підходів у структурі Денверської моделі раннього втручання становлять стратегії, які були запозичені з оригінальної Denver Model [144]. Їхнє спрямування полягає у формуванні стійкої соціальної взаємодії, розвитку емоційної регуляції, покращенні соціально-комунікативних навичок та підтримці адаптивної поведінки дитини з РАС у природних ігрових ситуаціях.

Передусім, у центрі уваги терапевта перебуває оцінка актуального емоційного стану дитини, її рівня збудження, зосередженості та готовності до участі у занятті. Коректний вибір ігрових матеріалів, темпу взаємодії, тону голосу та інтенсивності власної активності дозволяє дорослому тонко регулювати стан дитини, створюючи оптимальні умови для залучення та навчання.

Важливою складовою є опора на позитивний афект. Якщо дитина демонструє інтерес або емоційне піднесення у відповідь на певну гру чи подію, дорослий природно та усвідомлено підсилює її емоційний відгук, віддзеркалюючи позитивні прояви. Це

сприяє формуванню емоційної взаємності, не перевантажує дитину і підсилює мотивацію до подальшого контакту.

У процесі взаємодії обидва учасники – дорослий і дитина – постійно включені в спільну діяльність і діють почергово. Такий формат взаємодії підтримує соціальну залученість, формує структуру передбачуваності, а також сприяє появі нових комунікативних ініціатив. Принцип почерговості також дозволяє дитині засвоювати важливі соціальні правила: очікування, відповідь, спільне утримання уваги.

Дорослий при цьому проявляє високий рівень чутливості до комунікативних сигналів дитини. Він уважно відслідковує емоційні стани, мотиви дій та невербальні прояви, оперативно реагуючи на них. Така чутливість формує у дитини відчуття того, що її ініціатива помічена і має значення, що, в свою чергу, сприятливо впливає на розвиток взаємної емоційної регуляції та комунікації.

Одним із ключових положень Денверської моделі є створення великої кількості можливостей для комунікації. Дорослий цілеспрямовано ініціює такі ситуації, у яких дитині доводиться проявляти різні форми комунікативної поведінки – як вербальної, так і невербальної. Діапазон вибраних комунікативних функцій відповідає рівню розвитку дитини та її поточним можливостям, що сприяє поступовому розширенню мовленнєвого та соціального репертуару.

Планування занять у ESDM передбачає роботу над кількома цілями з різних сфер розвитку одночасно. Це означає не тільки зміну матеріалів і тем ігор, а й варіативну організацію взаємодії, яка включає соціальні, комунікативні та когнітивні компоненти. Такий підхід дозволяє ефективно використовувати час заняття, інтегруючи розвиток у різних сферах у природному ігровому контексті.

Важливою характеристикою є також адаптація мовлення дорослого до рівня комунікативних можливостей дитини. Терапевт добирає лексичну складність, інтонаційну структуру та форму висловлювань так, щоб вони були зрозумілими і водночас стимулювали подальший розвиток мовлення — як експресивного, так і рецептивного.

Не менш значущим елементом методики є правильно організований перехід між заняттями. Дорослий допомагає дитині перефокусувати увагу, поступово завершити

попередню діяльність та плавно перейти до нової, не допускаючи дезорганізації чи втрати залученості. Завдяки такому підходу дитина швидко включається в нові ігрові епізоди, зберігає послідовність поведінки і набуває досвіду саморегуляції та гнучкості.

У сукупності ці навчальні методики формують основу взаємодії в Денверській моделі та забезпечують розвиток ключових соціальних, емоційних та комунікативних навичок, які становлять фундамент для подальших етапів навчання дитини з РАС.

Усі навчальні стратегії, які формують основу Денверської моделі раннього втручання, поєднуються з метою занурити дитину у позитивну емоційну взаємодію, привернути її увагу до соціальних стимулів та підвищити їхню значущість у власному досвіді дитини. Таке середовище забезпечує умови, у яких соціальна взаємодія стає не лише доступною, але й бажаною, а відповідні соціальні та комунікативні реакції – природнішими та ближчими до таких, що характерні для нейротипового розвитку.

Дослідження підкреслюють, що саме емоційно насичена, позитивна взаємодія створює для дитини потужний мотиваційний контекст, який активує системи соціального мозку, формує та зміцнює нейронні мережі, що відповідають за спільну увагу та діяльність, мовлення та соціальну мотивацію [116]. У рамках ESDM така взаємодія – центральний механізм впливу, а не другорядний компонент.

Одним із ключових інструментів підвищення соціальної мотивації є використання позитивного афекту. Коли дитина виявляє ознаки задоволення чи інтересу, дорослий віддзеркалює ці емоції, підсилює їх та «розділяє» з дитиною. Це створює спільний емоційний досвід, який свідомо закріплюється через повторювані соціально-сенсорні ігри. Саме такі ігри – короткі циклічні взаємодії з чіткою структурою – допомагають дитині краще виділяти голоси, обличчя, міміку та інші соціальні сигнали, а також формують фундамент для подальшого розвитку спільної уваги та комунікації.

Соціальна мотивація посилюється також через поєднання соціальних і несоціальних підкріплень. Для частини дітей зі спектра аутизму соціальний контакт є приємним, але не ініційованим спонтанно; інші ж не виявляють позитивного ставлення до соціальної взаємодії взагалі. У таких випадках ESDM посилює значущість соціальних стимулів за допомогою асоціативного навчання: соціальний досвід

«подається в парі» з цінними для дитини подіями або предметами. Це дозволяє, окрім підвищення мотивації до взаємодії, ще й перетворити її на джерело задоволення.

Поступове формування інтересу до соціальних стимулів тісно пов'язане з навчанням ініціації та вміння просити, які є фундаментальними як для соціальних, так і для поведінкових підкріплень. У ESDM контроль над доступом до підкріплень здійснюється таким чином, щоб дитина могла отримати бажане лише через усвідомлену, соціально спрямовану поведінку – жест, погляд, вокалізацію, слово чи іншу форму комунікації. Це запобігає перенасиченню і водночас гарантує, що соціальна поведінка має реальну функцію в житті дитини.

Навчальні методики ESDM базуються на розвитку складних нейронних мереж, відповідальних за інтегровану поведінку, а не лише на формуванні окремих оперантних реакцій у форматі «стимул – відповідь». Тому навчання будується через багаторазове включення однієї навички в різні контексти, її використання в різних варіаціях, ситуаціях та ігрових сценаріях. Це сприяє як генералізації, так і поглибленню навички та водночас активує широку мережу мозкових структур.

В підсумку, стиль навчання в ESDM передбачає не ізольоване відпрацювання навичок, а створення динамічної, емоційно привабливої, багатоаспектної взаємодії, у межах якої кожна дія торкається кількох сфер розвитку одночасно – соціальної, комунікативної, когнітивної, емоційної та сенсомоторної. Саме така структура занять забезпечує швидке формування нових нейронних зв'язків та ефективне узгодження роботи різних ділянок мозку, що є критично важливим для дітей із РАС.

Однією з ключових стратегій ESDM є використання гри як основної форми навчання і терапевтичної взаємодії. Теоретичні засади цього підходу ґрунтуються на роботах Bruner J., який розглядав спільні ігри як природний контекст, у якому дитина набуває нових соціальних, когнітивних та комунікативних навичок [115]. У Денверській моделі гра розуміється не як додатковий компонент навчання, а як основний формат втручання, у якому відбувається більшість навчальних ситуацій.

Спільні повторювані ігри та заняття – це структуровані, але гнучкі ігрові взаємодії, у яких і дорослий, і дитина є активними учасниками та постійно вносять свій внесок у розвиток епізоду. Такі ігри можуть відбуватися як з використанням предметів,

так і без них, однак їх об’єднує спільна риса: дитина є центром взаємодії, а її вибір визначає темп, зміст та напрямок діяльності. Завдання дорослого полягає у створенні умов для цього вибору – у доборі матеріалів, моделюванні цільової поведінки, збагаченні гри відповідними навичками, а також у підтримці ритму і структури взаємодії.

Гра в ESDM є основним засобом формування широкого спектра навичок:

- імітаційних;
- рецептивної та експресивної комунікації;
- соціальної взаємодії;
- когнітивних операцій;
- конструктивної та символічної гри;
- навичок загальної та дрібної моторики.

Важливою рисою є те, що будь-яка навичка, необхідна за навчальним планом ESDM, інтегрується в ігровий контекст, а не відпрацьовується ізольовано. Завдяки цьому навчання стає природним, і дитина активніше включається у процес.

В ESDM особлива увага приділяється інтенсивності навчання. Кожна соціальна взаємодія розглядається як можливість для формування нової навички, тому завдання терапевта полягає у створенні умов, за яких навчальні епізоди виникають дуже часто – приблизно кожні 10 секунд. Саме таке насичення взаємодії забезпечує високу динаміку розвитку, яка була підтверджена результатами низки клінічних досліджень.

Передумови інтенсивного підходу ґрунтуються на даних розвитку немовлят: діти віком до трьох років проводять у стані активної взаємодії з дорослими до 70 годин на тиждень, і саме ці взаємодії визначають формування їх мовлення, когнітивних функцій та соціального досвіду. Відомо, що брак взаємодії або соціальна депривація в ранньому віці має стійкий негативний вплив на розвиток мовлення, символічної гри, комунікативних навичок та когнітивних функцій; у найбільш депривованих дітей це також веде до посилення стереотипної поведінки.

Раннє дитинство є сензитивним періодом для набуття соціально-комунікативних навичок. Якщо нейротипові діти для формування розвитку отримують десятки тисяч епізодів соціальної взаємодії, то дітям з РАС для досягнення порівнянного прогресу

потрібна не менша, а часто значно більша кількість таких соціальних подій, оскільки спільна увага, мотивація та здатність до ініціативи у них є первинно зниженими [145].

Саме тому ESDM поєднує гру, високу частотність навчальних моментів і позитивну емоційну взаємодію – такий підхід забезпечує інтенсивну стимуляцію розвитку мозку, сприяє формуванню нейронних зв'язків і підтримує становлення навичок, які за відсутності спеціального втручання розвиваються уповільнено або атипово.

В Денверській моделі раннього втручання особлива увага приділяється роботі з небажаними формами поведінки, які можуть включати агресивні реакції, руйнівні дії, непослух, надмірно повторювану чи стереотипну поведінку та різноманітні прояви сенсорного самостимулювання. На відміну від традиційних підходів, спрямованих переважно на придушення або усунення небажаних реакцій, ESDM спирається на принципи позитивної поведінкової підтримки (Positive Behavior Support), описані у працях Duda M., Dunlap G., Fox L., Powell D. [145].

Цей підхід ґрунтується на розумінні того, що небажана поведінка не виникає випадково – вона виконує певну функцію для дитини, компенсує недолік навичок або слугує способом комунікації. Тому метою втручання є не пригнічення поведінки, а формування альтернативних, соціально прийнятних способів взаємодії, які задовольнятимуть ті самі потреби дитини.

Замість прямого припинення небажаної поведінки, терапевт навчає новим, більш адаптивним поведінковим актам, часто пов'язаним із наміреною комунікацією або складнішими навичками саморегуляції. Стратегії підкріплення використовуються для зміцнення цих альтернативних форм поведінки, і це дозволяє поступово розширювати репертуар дитячих здібностей у всіх сферах розвитку. Отже, позитивні поведінкові підходи в ESDM спрямовані на збільшення кількості навичок, а не на їх обмеження, що відповідає філософії розвитку сильних сторін та потенціалу дитини.

Одним із фундаментальних принципів ESDM є активне включення родини у процес втручання. У сфері раннього втручання при РАС саме залучення батьків та інших значущих дорослих вважається однією з найбільш ефективних практик, що узгоджується з сучасними доказовими підходами [121].

ESDM виходить із гіпотези, що справжній прогрес можливий лише тоді, коли терапевтичні стратегії впроваджуються протягом усього дня, у природних умовах дитини – вдома, на майданчику, у магазині, під час побутових ситуацій чи прогулянок. Саме тому модель приділяє особливу увагу тому, щоб батьки могли ефективно включати дитину у взаємодію та відтворювати навчальні епізоди в різноманітних життєвих контекстах.

Велика частина роботи ESDM присвячена співпраці з родиною:

- визначенню сімейних пріоритетів, цінностей та можливостей;

- спільному встановленню цілей втручання;

- навчанню батьків технікам залучення дитини, формування навичок і корекції поведінки;

- допомозі родині інтегрувати навчальні можливості у повсякденний ритм життя.

Батьки розглядаються як перші та найважливіші вчителі своїх дітей, а тому залучаються до всіх етапів втручання – від вибору цілей до реалізації індивідуального плану. Вони активно застосовують техніки ESDM у побутових ситуаціях і відіграють ключову роль у генералізації нових навичок за межами терапевтичних сесій.

У випадках роботи з поведінкою батьки залучаються і як учасники процесу поведінкової оцінки. Вони заповнюють форми функціонального аналізу поведінки, допомагають визначати її можливі тригери та функції, беруть участь у розробці плану формування альтернативних навичок і виконують цей план під час взаємодії з дитиною вдома.

Завдяки такому підходу створюється цілісне, стабільне і передбачуване соціальне середовище, яке підтримує дитину у навчанні та сприяє сталому прогресу в різних сферах розвитку. Участь родини стає не лише компонентом втручання, а його центральною умовою, яка забезпечує ефективність і сталість результатів.

Особливості розвитку дітей з розладами аутистичного спектра істотно впливають на якість та характер їхньої взаємодії з батьками. На відміну від нейротипових однолітків, малюки з РАС значно рідше ініціюють контакт із дорослими, зокрема з батьками, і менш схильні вступати у спонтанну соціальну комунікацію. Вони нечасто звертаються до дорослого з наміром поділитися емоціями, спільним інтересом чи

враженнями. Емоційна реактивність дитини – як через міміку, так і через невербальні сигнали – може бути малопомітною або нетиповою, що ускладнює її розпізнавання та інтерпретацію [125].

У багатьох дітей спостерігається уповільнене формування мовлення та жестової комунікації. Навіть за наявності певних комунікативних засобів вони рідко використовують їх з метою соціального обміну, ініціації контакту чи підтримання взаємодії з дорослими. Як наслідок, хоча батьки намагаються активно взаємодіяти з дитиною, вона не завжди відповідає або реагує у передбачуваний спосіб, що поступово зменшує частоту й інтенсивність взаємодій.

Зниження кількості епізодів спілкування та обмежена емоційна віддача з боку дитини створюють ситуацію, у якій батькам дедалі складніше помічати тонкі комунікативні сигнали та своєчасно реагувати на них. Відсутність позитивної зворотної реакції від дитини знижує впевненість батьків у власній ефективності, послаблює мотивацію до взаємодії та може спричинити емоційне виснаження.

Денверська модель раннього втручання безпосередньо спрямована на подолання цих труднощів. Її технологія системно збільшує кількість та якість дитячих ініціатив, стимулює появу нових форм соціально-комунікативної поведінки та робить ці сигнали більш очевидними й впізнаваними для дорослого. Одночасно батьки навчаються помічати найменші, ледь помітні прояви інтересу чи реакції дитини та чутливо відповідати на них, тим самим підтримуючи і закріплюючи її ініціативи.

У процесі роботи батьків також навчають розпізнавати навіть мінімальні ознаки успішності взаємодії – погляд, зміну виразу обличчя, нову спробу наблизитися або повторити дію. Усвідомлення того, що дитина відповіла, нехай і дуже тонким сигналом, сприяє формуванню позитивного досвіду для батьків, посилює їхню залученість, відновлює відчуття компетентності та мотивує до подальшої взаємодії.

Тому, ESDM, окрім покращення комунікативного розвитку дитини, відновлює цикл взаємної чутливості «дорослий – дитина», який є фундаментальним для емоційної прив’язаності, розвитку мовлення, соціальної компетентності та загального психічного розвитку.

Ефективність Денверської моделі раннього втручання підтверджена низкою емпіричних робіт, серед яких особливе значення має перше рандомізоване контрольоване дослідження під керівництвом Dawson G. та співавторів [126]. В ньому оцінювали вплив інтенсивної домашньої програми ESDM у порівнянні зі звичними послугами раннього втручання. Результати засвідчили статистично значуще покращення у кількох ключових сферах розвитку дітей раннього віку з РАС. Зокрема, діти, які отримували втручання за ESDM, продемонстрували суттєво вищі показники IQ та виражене покращення мовленнєвих навичок порівняно з дітьми контрольної групи. Ці результати були співставні з класичним дослідженням Lovaas у 1987 році, але мали ширший спектр позитивних змін, ніж ті, що були отримані у пізніших рандомізованих дослідженнях поведінкових підходів.

Важливим є те, що через два роки втручання спостерігалося зменшення тяжкості ключових симптомів РАС, а не тільки покращення окремих поведінкових реакцій. Покращення охоплювали соціальну взаємодію, ініціювання комунікації, здатність до спільної уваги та загальну адаптивну поведінку. Діти демонстрували значно менше вторинних труднощів і проявляли більшу автономність у нових середовищах у порівнянні з результатами досліджень початку 2000-х років.

Хоча для остаточного підтвердження довготривалих ефектів необхідні тривалі лонгітюдні спостереження та повторні незалежні дослідження, наявні дані свідчать про високий потенціал ESDM. Важливо зазначити, що результати були відтворені у різних умовах – у домашніх програмах, у терапевтичних центрах, а також у дошкільних класах, що вказує на гнучкість та універсальність моделі.

Сукупність наявних досліджень підтверджує, що ESDM сприяє:

- покращенню когнітивного розвитку;
- зміцненню мовленнєвих і комунікативних навичок;
- зростанню соціальної ініціативності та взаємодії;
- зниженню вираженості основних симптомів аутизму;
- підвищенню рівня адаптивної поведінки.

Усе це дозволяє стверджувати, що Денверська модель є ефективним науково обґрунтованим підходом до роботи з дітьми раннього віку з РАС принаймні у

дошкільний період. На сьогодні дослідження у цій сфері тривають, розширюючи доказову базу та вивчаючи довгострокові наслідки впровадження ESDM.

Вибір конкретної моделі раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра залежить від багатьох чинників, однак Денверська модель раннього втручання останніми роками привертає особливу увагу фахівців. Причини цього вибору пов'язані з низкою характеристик, що вигідно відрізняють ESDM від інших підходів.

По-перше, ESDM є однією з небагатьох моделей раннього втручання, ефективність якої підтверджена масштабними емпіричними дослідженнями, зокрема рандомізованими контрольованими випробуваннями. На сьогодні подібний рівень доказовості мають лише підхід Ловааса (EIBI) та тренінг ключових реакцій PRT. Така наукова обґрунтованість робить ESDM цінним вибором для фахівців, які орієнтуються на доказову практику.

По-друге, ESDM є унікальною тим, що спеціально розроблена для дітей молодшого віку – від 12 до 48 місяців. Вона охоплює всі сфери розвитку, а її навчальний план і методологія побудовані на закономірностях раннього дитячого онтогенезу. Тоді як інші методи зазвичай адаптуються до малюків «згори вниз», ESDM спочатку створювалася з урахуванням розвитку немовлят і малюків, що суттєво підвищує її ефективність у віці, коли пластичність мозку є максимально високою.

По-третє, модель відзначається високою екологічною валідністю. ESDM легко інтегрується у будь-яке природне середовище дитини – вдома, у садочку, на майданчику, у звичних побутових ситуаціях. Вона не потребує спеціально облаштованого приміщення, складного обладнання, окремих навчальних матеріалів чи розгалужених систем візуальної підтримки. Це робить втручання доступним, гнучким та легким у впровадженні.

По-четверте, модель базується на створенні емоційно насиченої та позитивної взаємодії, яке робить навчальний процес привабливим як для дітей, так і для батьків і спеціалістів. Висока частота підкріплень, ігровий формат, підтримка позитивного афекту та акцент на соціальному зв'язку роблять ESDM природним і приємним способом навчання, який знижує стрес і в дітей, і в дорослих.

Питання про те, чи є ESDM кращою за інші підходи, наразі не має однозначної відповіді, оскільки прямі порівняльні дослідження між різними моделями втручання обмежені. Проте ESDM безумовно заповнює важливу прогалину у сфері раннього втручання, пропонуючи науково вивірену, клінічно перевірену та орієнтовану на стосунки систему, яка відповідає потребам наймолодших дітей з РАС та їхніх родин. Модель поєднує еволюційну логіку розвитку, природні взаємодії та аналіз даних, що робить її адаптивною, ефективною та такою, що добре інтегрується в повсякденне життя сім'ї.

1.3. Порівняльний аналіз Денверської моделі раннього втручання з іншими доказовими моделями втручання при розладах аутистичного спектра

Сучасна система раннього втручання при РАС представлена широким спектром підходів, які відрізняються за теоретичними засадами, структурою реалізації, роллю дорослого, ступенем природності середовища та механізмами формування навичок. Вибір моделі втручання визначається віком дитини, профілем її розвитку, інтенсивністю симптоматики, ресурсами родини та освітнього середовища.

Серед найбільш поширених доказових моделей виділяють:

1. Класичний прикладний аналіз поведінки (ABA, зокрема Discrete Trial Training – DTT)
2. Naturalistic Developmental Behavioral Interventions (NDBI)
3. Pivotal Response Treatment (PRT)
4. TEACCH
5. DIR/Floortime
6. Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI)
7. Early Start Denver Model (ESDM)

Класичний ABA базується на принципах оперантного навчання та формуванні поведінки через систематичне підкріплення. Навчання має структурований, часто директивний характер, з чітко визначеними стимулами та відповідями.

TEACCH орієнтований на структуризацію середовища та візуальну підтримку, що сприяє формуванню автономності, однак меншою мірою акцентує розвиток спільної уваги та соціальної ініціативи.

DIR/Floortime ґрунтується на емоційно-розвитковій моделі та передбачає слідування за ініціативою дитини, проте не має достатньо стандартизованої системи оцінювання результатів.

PRT спрямований на формування ключових (півотальних) навичок — мотивації, ініціативи, реагування на множинні сигнали, котрі забезпечують генералізацію навчання.

EIBI передбачає високоінтенсивне структуроване втручання, зазвичай 20–40 годин на тиждень, однак менш інтегрований у природне освітнє середовище.

ESDM поєднує принципи ABA з теорією розвитку та соціально-комунікативним підходом. Модель інтегрує поведінкові техніки у природну взаємодію, ґрунтується на ігровій активності та міжособистісній взаємодії, зберігаючи водночас системність і вимірюваність результатів. Таблиця із порівнянням підходів наведена в Додатку.

Аналіз сучасних доказових підходів до раннього втручання при розладах аутистичного спектра дозволяє визначити низку суттєвих переваг Денверської моделі раннього втручання у системі закладів дошкільної освіти.

1. Інтеграція поведінкових і розвиткових механізмів навчання.

ESDM поєднує принципи прикладного аналізу поведінки з положеннями теорії розвитку дитини. Така інтеграція забезпечує одночасно структурованість навчання та його відповідність віковим закономірностям розвитку. На відміну від директивних поведінкових моделей, ESDM передбачає формування навичок у контексті емоційно насиченої взаємодії, що відповідає природній логіці психічного розвитку дитини дошкільного віку.

2. Орієнтація на формування спільної уваги, соціальної ініціативи та взаємності.

Однією з центральних цілей ESDM є розвиток базових соціально-комунікативних механізмів — спільної уваги, імітації, чергування, соціальної ініціативи та взаємності. Саме ці функції є фундаментальними для включення дитини у групову

діяльність ЗДО. Формування соціальної взаємності створює передумови для подальшого мовленнєвого, когнітивного та емоційного розвитку.

3. Висока можливість інтеграції у природне середовище закладу дошкільної освіти.

ESDM реалізується у форматі природно-середовищного навчання, що дозволяє інтегрувати індивідуальні цілі розвитку у щоденну групову діяльність (ігрову, побутову, освітню). На відміну від моделей, котрі потребують ізольованого кабінетного формату, ESDM адаптується до реальних умов дошкільного закладу та не порушує структуру освітнього процесу.

4. Системність оцінювання та вимірюваність динаміки розвитку.

Модель передбачає чітко структуровану систему оцінювання навичок та відстеження прогресу. Використання шкал розвитку, операційних критеріїв засвоєння та різноманітного моніторингу забезпечує об'єктивність фіксації результатів. Це особливо важливо в умовах інклюзивної освіти, де необхідна доказовість ефективності психолого-педагогічного супроводу.

5. Підтримка генералізації сформованих навичок.

Оскільки навчання відбувається у природному контексті взаємодії, сформовані навички легше переносяться у різні ситуації та соціальні середовища. Генералізація не потребує додаткового спеціального етапу, а відбувається як невід'ємна складова процесу навчання. Це підвищує стійкість результатів та їхню функціональну значущість для повсякденного життя дитини.

6. Залучення батьків та педагогів до процесу втручання.

ESDM передбачає активну участь дорослих, які взаємодіють із дитиною в різних середовищах. Батьки та педагоги виступають співучасниками втручання, що забезпечує узгодженість стратегій навчання, підсилює ефект інтенсивності впливу, а також сприяє формуванню єдиного розвивального простору. Такий підхід відповідає принципам командної міждисциплінарної роботи в системі інклюзивної освіти.

7. Відповідність віковим особливостям дошкільного віку.

ESDM реалізується через ігрову діяльність – провідний вид діяльності дошкільника. Навчальні цілі вбудовуються в спільну гру і це знижує рівень

тривожності, підвищує мотивацію та сприяє формуванню позитивного емоційного досвіду взаємодії.

8. Підтримка розвитку регуляторних механізмів.

Модель сприяє формуванню саморегуляції, гнучкості поведінки та здатності адаптуватися до вимог групового середовища, що критично важливо для успішної інклюзії в умовах ЗДО.

Відповідно, Денверська модель раннього втручання є концептуально та практично узгодженою з вимогами сучасної дошкільної освіти, оскільки забезпечує баланс між структурованістю навчання, природністю взаємодії, доказовістю результатів та можливістю інтеграції в інклюзивне середовище.

Попри беззаперечну доказовість і практичну цінність низки сучасних підходів до раннього втручання при розладах аутистичного спектра, їхнє застосування в умовах закладу дошкільної освіти має певні концептуальні та організаційні обмеження.

1) Класичний прикладний аналіз поведінки (ABA, зокрема DTT).

Структурованість та чіткість оперантних процедур забезпечують високу контрольованість процесу навчання, однак навчання часто відбувається у штучно створених умовах із жорстко заданою структурою стимул-реакція-підкріплення. Такий формат може обмежувати формування спонтанної соціальної ініціативи, гнучкості взаємодії та емоційної взаємності. У контексті дошкільної освіти, де ключовим є включення дитини в природну групову діяльність, надмірна директивність може знижувати рівень природності комунікативних проявів.

2) TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication-Handicapped Children).

Модель орієнтована на структуризацію простору, візуальну підтримку та формування автономності. Вона ефективна у створенні передбачуваного середовища, проте меншою мірою акцентує розвиток спільної уваги, соціальної ініціативи та емоційної взаємності. У груповому середовищі ЗДО це може призводити до збереження ізольованості дитини попри сформованість окремих функціональних навичок.

3) DIR/Floortime.

Підхід базується на емоційно-розвитковій взаємодії та слідуванні за ініціативою дитини. Його сильним боком є формування емоційної взаємності та міжособистісного контакту. Водночас відсутність чітко стандартизованої системи оцінювання та вимірювання результатів ускладнює об'єктивний моніторинг динаміки розвитку та порівняння ефективності втручання. Для наукового дослідження, яке передбачає багаторівневий аналіз результативності, така обмежена операціоналізація є суттєвим методологічним недоліком.

4) Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI).

Модель передбачає високоінтенсивне, тривале втручання (20 – 40 годин на тиждень), що потребує значних кадрових і фінансових ресурсів. В умовах закладу дошкільної освіти повна реалізація EIBI є складною з організаційної точки зору. Крім того, формат часто залишається відносно ізольованим від природної групової взаємодії, чим може обмежувати генералізацію навичок у соціальному середовищі однолітків.

5) Pivotal Response Treatment (PRT).

Попри орієнтацію на формування ключових навичок, модель менш структурована щодо системи моніторингу рівнів розвитку та не завжди передбачає комплексну інтеграцію у програму закладу освіти.

Проведений порівняльний аналіз засвідчує, що кожна з розглянутих моделей має власні сильні сторони, однак у контексті дошкільної освіти виникає потреба у підході, який поєднує:

- структурованість і доказовість;
- природність навчального середовища;
- розвиткову логіку;
- чітку систему моніторингу результативності;
- можливість інтеграції у групову діяльність;
- забезпечення генералізації навичок.

Денверська модель раннього втручання найбільшою мірою відповідає зазначеним критеріям, оскільки інтегрує поведінкові та розвиткові механізми навчання, реалізується у природному контексті взаємодії, передбачає багаторівневу систему оцінювання та забезпечує перенос сформованих навичок у різні соціальні ситуації.

Саме це зумовлює її вибір як методологічної основи даного дисертаційного дослідження та визначає доцільність розроблення моделі психологічних умов її реалізації в закладах дошкільної освіти.

1.4. Особливості впровадження Денверської моделі в груповому та інклюзивному форматі

З огляду на стрімке зростання кількості дітей із розладами аутистичного спектра, особливо у віковій категорії від двох до чотирьох років, питання інтеграції ефективних моделей раннього втручання в систему дошкільної освіти набуває особливої актуальності. Саме тому впровадження Денверської моделі раннього втручання в інклюзивні заклади дошкільної освіти є важливим кроком у напрямі забезпечення доступності якісної корекційно-розвиткової допомоги для дітей з РАС у природному освітньому середовищі.

Адаптація ESDM до умов інклюзивних груп має низку суттєвих переваг. Проведення втручання у групі дозволяє дитині розвивати соціальні, комунікативні та ігрові навички у взаємодії з однолітками, що відповідає природним механізмам раннього розвитку. Дослідження свідчать, що навчання у присутності ровесників значно посилює ефективність формування соціальної ініціативності, навичок спільної уваги та адаптивної поведінки, а також сприяє швидшій інтеграції дитини у групове середовище.

Низка науковців [28; 42; 45; 111; 113] наголошують, що організація програм раннього втручання на базі дошкільних закладів створює низку додаткових можливостей:

- сприяє активному розвитку соціальних навичок дітей з РАС через включення у взаємодію з нейротиповими ровесниками;

- забезпечує доступ до ширшого спектра спеціалізованих послуг, обладнання та матеріалів, порівняно з домашніми або ізольованими формами втручання;

- дозволяє більш раціонально та ефективно використовувати трудові ресурси фахівців;

- розширює участь батьків та сприяє розвитку їхніх соціальних контактів, що позитивно впливає на емоційний клімат сім'ї та підвищує загальну результативність втручання.

Враховуючи зазначені переваги, впровадження ESDM в умовах інклюзивних ЗДО є не лише доцільним, а й необхідним для забезпечення комплексного підходу до підтримки розвитку дітей з РАС раннього віку та їхніх родин. Це створює оптимальні можливості для ранньої корекції, розвитку ключових навичок та підготовки дитини до успішної подальшої участі в освітньому процесі.

Group Early Start Denver Model (G-ESDM) є спеціально адаптованою груповою модифікацією Денверської моделі раннього втручання, розробленою для впровадження в умовах природного соціального середовища – ясельних груп, дошкільних установ, ігрових центрів та інклюзивних груп початкового рівня. На відміну від індивідуального формату ESDM, де основною одиницею навчання є взаємодія «дорослий-дитина», групове втручання базується на багатовекторних соціальних процесах, які охоплюють дитину, ровесників, вихователя, середовище та групову динаміку. Саме тому G-ESDM розглядається як потужний інструмент впровадження раннього втручання у систему дошкільної освіти.

Наукова основа G-ESDM ґрунтується на міждисциплінарних дослідженнях у сфері раннього розвитку дитини, нейропсихології соціальної взаємодії, теорії прив'язаності, поведінкових наук та сучасних концепціях інклюзивної освіти. Впроваджені механізми моделі спираються на низку ключових теоретичних положень, які визначають логіку її застосування в груповому середовищі.

Одним із фундаментальних підґрунть моделі є принцип соціальної мотивації, сформульований у роботах G. Dawson та співавторів [127]. Дослідження показують, що діти з розладами аутистичного спектра мають атипове функціонування систем соціальної уваги. Це проявляється у меншій частоті ініціювання контактів, слабшій реактивності на соціальні стимули та схильності надавати перевагу об'єктам над взаємодією з людьми. У G-ESDM ці особливості компенсуються завдяки створенню середовища, де дитина постійно залучена до соціальної взаємодії, яка стає не лише умовою для навчання, а й основним підкріплювальним чинником.

Другим важливим теоретичним джерелом є модель опосередкованого соціального навчання A. Bandura [114]. Групові умови створюють для дитини унікальне поле наслідування: вона має можливість спостерігати поведінку ровесників, моделювати її, повторювати та отримувати природний соціальний зворотний зв'язок. Для дітей з РАС, яким часто бракує спонтанної імітації, така форма взаємодії стає потужним механізмом формування нових навичок.

G-ESDM також ґрунтується на розвитковій логіці ESDM, описаній в роботах S. J. Rogers і G. Dawson [145]. Цей підхід розглядає аутизм як порушення низки взаємопов'язаних систем розвитку, тому навчальний план моделі охоплює всі ключові сфери – соціальну, комунікативну, когнітивну, моторну та сенсорну. У груповій модифікації ці принципи зберігаються, проте реалізуються у природних соціальних ситуаціях, що робить засвоєння навичок більш екологічним та узгодженим із повсякденними потребами дитини.

Окреме місце займає інклюзивна парадигма, сформульована в міжнародних документах UNESCO у 2015. Вона підкреслює, що діти з особливими освітніми потребами досягають значно кращих результатів, коли навчаються у середовищі, де представлене різноманіття типового розвитку. G-ESDM інтегрує корекційні методи у звичайну структуру життя групи, створюючи модель «вбудованої підтримки», за якої терапевтичні елементи стають органічною частиною освітнього процесу, а не відокремлюються від нього.

Отже, G-ESDM є науково обґрунтованою моделлю, котра поєднує сучасні розвиткові підходи, доказові поведінкові методи та інклюзивну педагогіку, створюючи умови для максимально природного, соціально насиченого та екологічного навчання дітей раннього віку з РАС у групових дошкільних умовах.

На відміну від індивідуальних занять вдома або в терапевтичному кабінеті, групове середовище закладу дошкільної освіти створює для дитини з РАС унікальні та водночас природні умови для розвитку. У структурі дошкільної групи дитина має можливість спостерігати за поведінкою однолітків, включатися в спільні активності, наслідувати типові соціальні моделі і, що особливо важливо, опановувати соціальні ролі, які є невід'ємною складовою подальшої адаптації до шкільного середовища.

Груповий формат забезпечує значно ширший спектр можливостей для опосередкованого соціального навчання, оскільки соціальні стимули виникають не штучно, а природно – у ході щоденних взаємодій, змін діяльності, рутин та емоційного обміну між дітьми. Частота та різноманітність таких соціальних ситуацій роблять втручання більш інтенсивним, екологічним і наближеним до реальних життєвих умов. Дитина поступово вчиться реагувати на нові виклики, включатися у групові процеси, координувати свою поведінку з діями ровесників і дорослих, що суттєво підвищує її соціальну компетентність.

Крім того, перебування у групі значно полегшує взаємодію між освітнім процесом та родиною. Частина корекційної та навчальної роботи інтегрується безпосередньо у перебування дитини в ЗДО, що зменшує навантаження на батьків і дає їм змогу зосередитися на інших аспектах сімейного життя, не втрачаючи при цьому якості втручання.

Відповідно, групове освітнє середовище не тільки виконує функцію простору, у якому перебуває дитина, а також стає активним механізмом впливу, який підсилює ефективність втручання. Саме ці механізми практично неможливо повноцінно відтворити в умовах індивідуальних домашніх занять, що робить включення елементів ESDM у групову роботу інклюзивного ЗДО надзвичайно перспективним напрямом практичної реалізації моделі.

Ще одним суттєвим чинником, який обумовлює доцільність впровадження елементів ESDM у дошкільному освітньому просторі, виступає специфічна реакція дітей з РАС на зміну середовища. Відомо, що діти з РАС часто демонструють труднощі у генералізації – перенесенні вже засвоєних навичок у нові умови, до нових людей чи в інший контекст. Навичка, опанована у терапевтичному кабінеті або вдома, нерідко «не працює» у дитячому садку, на майданчику чи під час спілкування з ровесниками. Таке явище пов’язане з порушеннями поведінкової гнучкості, труднощами у формуванні міжконтекстуальних зв’язків та підвищеною залежністю від стабільних, добре знайомих умов.

Водночас нове середовище, як показує практика роботи інклюзивних груп, може стати потужним ресурсом. Перебуваючи у незнайомому просторі, дитина починає «з

нуля» вибудовувати стратегії поведінки, які будуть адаптовані до актуальних вимог, правил і соціальних очікувань. Саме в умовах нового середовища відбувається:

- перезавантаження поведінкових патернів;

- запуск механізмів наслідування моделей поведінки інших дітей;

- підпорядкування груповим правилам та структурам;

- активне формування нових сценаріїв дій, які згодом можуть стати стійкими навичками.

Це створює унікальну можливість для педагогів – «перехопити» момент пластичності та закласти необхідні навички, не долаючи вже сформовані неадаптивні стратегії.

З огляду на це, інтеграція елементів ESDM у щоденні освітньо-виховні ситуації стала ефективним практичним інструментом для:

- формування та автоматизації побутових навичок у природних умовах (миття рук, одягання, самообслуговування, організація робочого місця тощо);

- підвищення рівня самостійності та здатності дитини діяти без постійних підказок дорослого;

- розвитку соціальної взаємодії – через наслідування ровесникам, участь у групових рутинах, чергування, спільну увагу;

- зниження ригідної, ритуалізованої або унікальної поведінки, оскільки групове середовище постійно пропонує варіативність і нові стимули;

- формування гнучкості та адаптивності, які є критичними для подальшої шкільної готовності дитини.

Наш практичний підхід ґрунтується на органічній інтеграції ключових принципів Денверської моделі – позитивної соціальної взаємодії, натуралістичного навчання, слідування ініціативі дитини, чутливої підтримки та ймовірнісного підкріплення – у щоденні моменти життя інклюзивної групи. Завдяки цьому втручання стає частиною структури дня, вплетеною у природні рутини, ігрові епізоди, групові активності та побутові процеси.

Таке середовищне впровадження забезпечує:

- неперервність втручання;

- високу щільність навчальних можливостей;

- екологічну валідність;

- цінні для дитини, мотивувальні та соціально значущі контексти;

- стійке перенесення навичок на реальні життєві ситуації.

Таким чином, застосування елементів ESDM у структурі роботи інклюзивного ЗДО створює умови для більш природного, узагальненого та ефективного розвитку дитини, а також підвищує якість освітньої та соціальної адаптації дітей з РАС у дошкільному віці.

Попри численні переваги групового формату, ключовим викликом залишається забезпечення індивідуалізації втручання. Діти з РАС істотно відрізняються за профілем розвитку, типом сенсорної чутливості, рівнем соціальної мотивації, особливостями поведінки та швидкістю засвоєння навичок. Тому ефективне впровадження елементів Денверської моделі в інклюзивному середовищі можливе лише за умови ретельного врахування індивідуальних потреб кожної дитини.

В межах інклюзивної групи важливо вибудувати процес так, щоб кожна дитина мала персоналізовані цілі відповідно до ESDM-плану, а педагогічні та корекційні стратегії адаптувалися під її актуальний рівень розвитку, інтереси та способи взаємодії. Водночас необхідно зберігати цілісність моделі та структури втручання, щоб забезпечити системність навчання і сталий прогрес. Особливо значущим є уникнення ізоляції та прихованої сегрегації дитини з РАС, коли вона опиняється «поза групою» у виконанні більшості активностей або перебуває з самим лише дорослим. Ефективна реалізація моделі неможлива без партнерства між усіма учасниками процесу – педагогами, асистентами дитини, фахівцями команди супроводу та батьками – оскільки саме узгодженість дій та інформованість дорослих формують єдину траєкторію розвитку дитини.

Важливою методологічною відмінністю Денверської моделі раннього втручання від традиційних поведінкових підходів (передусім АВА-терапії) є специфічна логіка використання підказок у процесі формування нових навичок. У класичному прикладному поведінковому аналізі домінує стратегія «від найбільшої до найменшої допомоги», коли дорослий спершу забезпечує максимальне фізичне чи вербальне

втручання, а вже потім поступово зменшує інтенсивність підтримки. Такий підхід є ефективним у контексті чітких структурованих завдань, але часто формує у дитини залежність від дорослого та обмежує можливість прояву власної ініціативи.

У Денверській моделі використовується протилежний принцип: ієрархія підказок вибудовується «від найменшої до найбільшої», що відповідає основній ідеї ESDM – підтримувати активну участь дитини та стимулювати її внутрішню мотивацію до взаємодії й навчання. Така структура підказок створює умови, в яких дитина отримує максимальний простір для самостійного реагування. Спочатку дорослий пропонує мінімальну підтримку: легкий жест, м'який невербальний сигнал, коротке зорове нагадування чи пауза, яка дає дитині час для ініціативи. Якщо дитина не реагує або припускається помилки, тоді інтенсивність допомоги поступово зростає – від уточнювальної вербальної підказки до часткової фізичної підтримки, і лише за повної відсутності реакції використовується повна фізична підказка.

Такий підхід є більш природним для раннього дитячого розвитку та стимулює появу автономних навичок, які не залежать від постійного контролю дорослого. Він також сприяє поглибленню соціальної взаємодії, оскільки дитина навчається реагувати на мінімальні соціальні сигнали (погляд, інтонацію, зміну пози чи паузу), що особливо важливо для дітей з РАС, які часто мають труднощі зі зчитуванням і використанням невербальних способів комунікації.

У контексті роботи інклюзивного закладу дошкільної освіти дана стратегія має додаткове значення. У групових умовах існує високий ризик надмірної допомоги з боку педагогів чи асистентів через багатозадачність, часові обмеження чи прагнення швидко завершити рутину (наприклад, допомогти одягнутись, поїсти, вимити руки). Це призводить до формування у дитини стабільної залежності від дорослого, зниження рівня самостійності та обмежує можливість перенесення навички в інші середовища.

В процесі нашого експериментального впровадження елементів Денверської моделі ми спеціально акцентуємо увагу педагогів, асистентів вихователя, тьюторів та інших фахівців на суворому дотриманні ієрархії підказок. Такий підхід є ключовою умовою якісного формування навичок самообслуговування, комунікації та соціальної взаємодії. Наша мета – забезпечити формування автономної навички, яка:

- зберігається у довготривалій перспективі;

- переноситься у нові ситуації та контексти;

- не потребує надмірного дорослого контролю;

- стає частиною повсякденної поведінки дитини.

Відповідно, ієрархічне використання підказок «від найменшої до найбільшої» в ESDM є фундаментальною стратегією, яка забезпечує розвиток самостійності, гнучкості поведінки та здатності до генералізації – трьох ключових показників ефективності раннього втручання у дітей з РАС.

У груповій версії Денверської моделі раннього втручання кожна активність розглядається як цілісна спільна рутина, яка має передбачувану структуру та повторювану послідовність дій. Такий формат організації навчання дозволяє забезпечити активну участь кожної дитини, незалежно від її рівня розвитку чи поведінкових особливостей, і створює умови для природного соціального навчання. У груповому середовищі дитина потрапляє в контекст, де соціальні стимули виникають часто та спонтанно, а можливості для спільної уваги, моделювання, наслідування, чергування й комунікації з'являються природно у процесі діяльності.

Завдяки структурованості рутин педагог або терапевт може інтегрувати індивідуальні цілі ESDM у звичні для дітей групові ситуації: ігрові цикли, заняття за столом, творчі завдання, рухливі ігри, сенсорні активності, побутові процедури. Передбачуваність і сталість таких рутин є ключовими для дітей з РАС, адже вони знижують рівень тривоги, допомагають дитині краще орієнтуватися в подіях, розуміти очікування дорослих і прогнозувати подальші кроки. Саме передбачувана структура дозволяє формувати поведінкову регуляцію, підтримує здатність до утримання уваги, сприяє зниженню небажаної поведінки та підсилює можливості для самостійних дій.

Протягом цих рутин дитина поступово оволодіває соціально-комунікативними навичками: ініціюванням взаємодії, реагуванням на звернення, участю в спільній діяльності, чергуванням, кооперацією, обміном матеріалами, спільною увагою. Крім того, групові рутини природним чином тренують важливі елементи саморегуляції – очікування, завершення дії, плавні переходи між активностями, переключення уваги та

когнітивну гнучкість. Вони стають практичним інструментом формування саме тих навичок, які зазвичай є найбільш ураженими у дітей з РАС.

З теоретичної точки зору, така логіка організації активностей ґрунтується на сучасних підходах до навчання дітей з РАС, згідно з якими найефективнішими є інтервенції, які відбуваються у природному, емоційно насиченому соціальному контексті. Спільні рутини надають можливість поєднувати елементи розвитку мовлення, соціальної взаємодії, імітації, гри та регуляції поведінки в одному процесі – у взаємодії з дорослими та ровесниками, на основі позитивного афекту та мотивації дитини. Таким чином, групове середовище виступає активним механізмом навчання, який забезпечує більш швидке формування, автоматизацію та генералізацію соціальних і комунікативних навичок.

Науковці, які розробляли G-ESDM, пропонують організовувати кожну групову активність за чіткою чотирифазною структурою [151]. Такий підхід забезпечує стабільний ритм взаємодії, підтримує увагу дітей, формує очікуваність подій і створює можливість інтегрувати індивідуальні цілі ESDM у звичайний перебіг групових занять. Початкова фаза – підготовка (Set-up) – передбачає підготовку до активності: педагог організовує матеріали, формує зрозумілий сигнал початку, привертає увагу дітей та створює умови для виникнення інтересу. Саме на цьому етапі забезпечується вибір, який є центральним компонентом мотивації, та визначається позитивний, ігровий характер взаємодії.

Друга фаза – тема, або основна частина спільної гри (Theme) – становить основну частину спільної діяльності. У цей момент вибудовується структурована, повторювана взаємодія «обличчям до обличчя», яка підтримує ритм спільної дії, сприяє чергуванню ролей та залучає дітей до стану спільної уваги. Педагог моделює цільові соціальні та комунікативні навички: реагування на ім’я, ініціацію звернення, прохання, зоровий контакт, наслідування. Усі індивідуальні цілі, визначені для конкретної дитини, інтегруються у природний хід взаємодії.

У наступній фазі – розширення та ускладнення активності, сюжету чи завдання (Elaboration) – педагог поступово ускладнює активність і збільшує когнітивне, комунікативне та ігрове навантаження. На цьому етапі додаються нові сюжетні

елементи, ролі, рухи чи матеріали, це підвищує гнучкість дитини, розширює ігрові схеми та запобігає надмірній фіксації на повторюваних діях. Саме ця частина має особливе значення для розвитку символічної гри, зростання когнітивних функцій, формування мовленнєвої активності та покращення здатності узагальнювати навички у різних ситуаціях.

Остання фаза – завершення та перехід (Closing) – забезпечує структуроване завершення активності. Вона допомагає дитині плавно завершити дію, розпізнати сигнал, що діяльність наближається до кінця, та перейти до наступної. Завдяки цьому формується важлива навичка емоційної регуляції та навичка переходу – одна з найбільш складних для дітей з РАС. У контексті дитячого садка, де переходи трапляються багаторазово протягом дня, ця фаза має особливо велике значення для мінімізації протестної або тривожної поведінки. Таблиця зі змістом структурних компонентів представлена в Додатку.

Отже, чотирифазна структура активностей у G-ESDM забезпечує організованість і передбачуваність групового процесу, а також створює природні умови для соціального навчання, підтримує мотивацію дітей, полегшує реалізацію індивідуальних цілей та сприяє формуванню ключових соціально-комунікативних і когнітивних навичок у природному середовищі ЗДО.

Структуровані групові рутини відіграють ключову роль у підвищенні ефективності G-ESDM у дошкільному середовищі. Чітка й передбачувана логіка кожної спільної активності створює оптимальні умови для розвитку соціальних, комунікативних та поведінкових навичок у дітей з РАС, оскільки робить групову взаємодію зрозумілою, доступною та опанованою.

Передусім, структуровані групові взаємодії якісно підсилюють соціальне навчання. Завдяки повторюваній і передбачуваній послідовності дій діти з РАС значно частіше долучаються до соціальних циклів – зорового контакту, спільної уваги, наслідування, простих форм соціальної черги чи ініціації взаємодії. Коли дитина розуміє, що відбуватиметься далі, це знижує напруження та дає можливість активніше включатися у гру з дорослими й однолітками. Таким чином формується не лише

соціальна мотивація, але й емоційне залучення, яке є фундаментом для подальшого мовленнєвого та когнітивного розвитку.

Другий важливий ефект структурованих рутин – підтримка поведінкової регуляції. Діти з РАС часто стикаються з труднощами прогнозування подій, що підвищує рівень тривожності та провокує небажану поведінку. Передбачувана структура допомагає їм почуватися в безпеці, зменшує ймовірність протестів, слугує своєрідною «рамкою», в межах якої легше контролювати емоції та поведінку. Повторюваність і логічність дій сприяють розвитку витривалості до очікування, знижують імпульсивність і полегшують адаптацію до рутинного життя дитячого садка.

Третій аспект пов’язаний з оптимізацією навчального часу. Завдяки чітко вибудуваним фазам активності педагог може продумано інтегрувати індивідуальні цілі ESDM у природні моменти групової взаємодії – під час гри, переходів, прийому їжі, творчих занять чи ранкових ритуалів. Окрім підвищення інтенсивності втручання, це ще й робить навчання більш функціональним та пов’язаним із реальним життям дитини.

Також, структуровані групові рутини забезпечують надзвичайно важливий процес – генералізацію навичок. На відміну від індивідуальних кабінетних занять, у групі дитина одразу застосовує щойно сформовану навичку в реальному контексті – поруч із ровесниками, у середовищі з природною варіативністю стимулів і виконуючи справжні соціальні правила. Завдяки цьому навичка не «прив’язується» до однієї ситуації чи одного дорослого, а стає функціональною й переноситься у нові умови – у побут, гру, спілкування.

У сучасних умовах розвитку інклюзивної дошкільної освіти в Україні використання структурованих групових рутин, характерних для G-ESDM, має особливу цінність. Передусім це дає змогу органічно інтегрувати корекційно-розвиткові стратегії у природний освітній процес без необхідності виокремлення дитини в окремий терапевтичний простір. Замість того, щоб відривати дітей від групи для індивідуальних занять, втручання “вбудовується” у звичні для них активності і це відповідає як принципам інклюзії, так і потребам раннього розвитку.

Структурована логіка рутин – підготовка, основна взаємодія, розширення та завершення – забезпечує педагогам чіткий, повторюваний алгоритм роботи, який можуть застосовувати вихователі, асистенти, логопеди та корекційні педагоги. Це створює єдину систему дій, яка сприяє узгодженості в роботі команди й мінімізує суперечності в підходах до дитини з РАС.

Важливою перевагою є те, що впровадження такої моделі зменшує потребу в окремих терапевтичних кабінетах або дорогому спеціалізованому обладнанні. ESDM працює на основі природних матеріалів та щоденних рутин ЗДО (ранкове коло, ігрові осередки, прогулянка, прийом їжі, творчі активності). Таким чином заклади можуть ефективно організувати якісне втручання навіть за обмежених ресурсів.

Передбачуваність структури суттєво знижує кількість поведінкових труднощів, пов'язаних із переходами, неочікуваними змінами та перевантаженням стимуляцією – типових проблем для дітей з РАС. Регулярність, ритм і логічна послідовність дій допомагають дітям краще орієнтуватися в груповому середовищі, підвищують відчуття безпеки та підтримують емоційну стабільність.

Крім того, такий підхід стимулює розвиток базових соціальних, комунікативних, побутових і когнітивних навичок у реальному соціальному контексті. Дитина навчається спільній увазі, чергуванню, ініціації, взаємодії з ровесниками та дорослими, самостійності під час побутових дій саме в тих ситуаціях, які безпосередньо повторюються протягом дня.

З практичного погляду, впровадження структурованих рутин G-ESDM у ЗДО сприяє:

- підвищенню якості інклюзивного освітнього процесу;

- покращенню професійної взаємодії між педагогами та фахівцями;

- зниженню рівня стресу у дітей і персоналу;

- поступовій розбудові в Україні сучасної, науково обґрунтованої моделі раннього втручання в природному середовищі.

На наш погляд, ця система посилює ефективність корекційної допомоги, а також створює більш справедливі, доступні та комфортні умови для всіх учасників освітнього процесу – дітей, батьків і педагогів.

За умови дотримання цих вимог Денверська модель демонструє високу ефективність навіть у складних групових умовах, що підтверджено низкою досліджень та практичними впровадженнями у різних країнах [151; 152; 153; 156; 157].

Переваги інтеграції ESDM у дошкільні заклади є багатогранними. Дослідження показують, що програми раннього втручання, реалізовані на базі освітніх закладів, забезпечують значні можливості для розвитку соціальних навичок у взаємодії з ровесниками без порушень розвитку. Дошкільний заклад створює ситуації спільної гри, чергування, комунікації та наслідування, які важко або неможливо повноцінно відтворити в домашньому середовищі.

Крім того, саме в ЗДО дитина має доступ до мультидисциплінарної команди фахівців, спеціалізованих матеріалів та правильно організованого простору, що сприяє ефективнішому розвитку навичок самообслуговування, комунікації та адаптивної поведінки. Робочий час персоналу використовується раціональніше, адже корекційні та розвиткові завдання можуть інтегруватися у щоденні рутини – заняття, прийоми їжі, прогулянки, переходи між активностями.

Інклюзія також відкриває важливі можливості для родин. Залучення батьків до процесу втручання, участь у спільних заходах і систематична комунікація з педагогами сприяють формуванню соціальних зв’язків, зменшенню ізольованості сім’ї та підвищенню якості емоційної підтримки. Водночас частину корекційної роботи бере на себе заклад освіти, що суттєво знижує психологічне навантаження на батьків.

Участь у змішаному середовищі позитивно впливає не лише на соціальну сферу розвитку дитини з РАС, але й на її здатність інтегруватися у громаду. Діти без порушень розвитку отримують можливість взаємодіяти з ровесниками, які мають інші особливості, формуючи толерантність, співчуття і соціальну гнучкість. Таким чином, інклюзивний формат збагачує обидві сторони та стає середовищем взаємного розвитку й підтримки.

Незважаючи на значні переваги інклюзивного середовища для розвитку дітей з РАС та їхніх нейротипових ровесників, постає потреба у чіткому визначенні оптимальних форматів організації втручання. У сучасній практиці ранньої допомоги широко застосовуються як індивідуальні, так і групові моделі роботи, кожна з яких має

власні теоретичні підстави, структурні особливості та потенціал впливу на динаміку розвитку дитини. З огляду на це, науково важливим є порівняльний аналіз індивідуального та групового форматів Денверської моделі, що дозволяє оцінити їх ефективність у контексті інклюзивних ЗДО та окреслити умови, за яких кожен з підходів забезпечує максимальний корекційно-розвитковий ефект.

Індивідуальний формат ESDM традиційно реалізується у структурі «дорослий – дитина» та забезпечує високий рівень фокусування на цілеспрямованому навчанні, максимальну інтенсивність та можливість точного дозування підказок і підкріплень. Він особливо ефективний у формуванні базових соціально-комунікативних навичок, первинної імітації, раннього мовлення та регуляції поведінки. Індивідуальні заняття створюють безпечний, передбачуваний та мінімально стимулюючий контекст, що є важливим для дітей з високим рівнем сенсорної чутливості або значними труднощами у взаємодії.

Груповий формат G-ESDM переносить навчання у природне соціальне середовище, де дитина має регулярний доступ до однолітків, різноманітних соціальних сигналів та реальних життєвих ситуацій. Саме група забезпечує унікальні умови для моделювання, наслідування, тренування спільної уваги, ініціювання контактів і соціальної гнучкості. На відміну від індивідуальної роботи, де значна частина навичок формується «у тренувальному контексті», групове середовище створює можливість їх природної генералізації – діти одразу застосовують нові форми поведінки у побутових, ігрових та соціальних рутинах.

Водночас індивідуальна модель дає змогу глибше пропрацьовувати цілі, які потребують високої точності й великої кількості повторень (наприклад, артикуляційні вправи, жести, окремі моторні патерни). Натомість груповий формат забезпечує ширший спектр соціальних можливостей, але вимагає ретельної структуризації, адаптації середовища та готовності педагогів підтримувати одночасно кілька індивідуальних цілей у спільній діяльності.

Таким чином, обидві моделі мають взаємодоповнювальний характер: індивідуальний формат створює основу для формування ключових навичок, а груповий – забезпечує їхню інтеграцію, узагальнення та перенесення у природні умови дитячого

садка. Оптимальною є комбінована модель, коли дитина отримує індивідуальну підтримку з акцентом на базові сфери розвитку, а потім або паралельно – групові можливості для соціального навчання та розширення поведінкового репертуару. В Додатку 1 ми навели таблицю порівняння індивідуальної моделі ESDM та групового формату G-ESDM.

Групова модель G-ESDM розширює потенціал розвитку за рахунок залучення природних соціальних стимулів, постійної взаємодії з ровесниками та вбудованості навчання у звичні рутини дитячого садка. У груповому середовищі дитина не лише засвоює навички, а й автоматично переносить їх у широкий спектр щоденних ситуацій. Роль однолітків – як моделей поведінки, партнерів у грі та соціальних тригерів – робить G-ESDM особливо ефективною у формуванні спільної уваги, соціальної мотивації, емоційної включеності та регуляції поведінки. Крім того, груповий формат дає можливість регулярного тренування навичок самообслуговування, що майже неможливо відтворити в індивідуальних умовах.

Отже, індивідуальний ESDM і груповий G-ESDM не є альтернативами, а доповнюють один одного: перший забезпечує інтенсивне формування базових навичок, тоді як другий – їх узагальнення, закріплення та соціальну інтеграцію. Саме тому впровадження елементів G-ESDM в інклюзивних ЗДО є перспективним напрямом розвитку системи раннього втручання, який відповідає сучасним науковим даним, потребам дітей з РАС та запитам українських родин.

Практичне значення впровадження структури групових рутин ESDM в українських закладах дошкільної освіти можна описати як цілісну систему змін, яка торкається одночасно організації освітнього процесу, підходів до корекційної роботи та підвищення ефективності інклюзивного навчання.

Висновки до першого розділу

Раннє втручання у світовій та українській практиці розглядається як міждисциплінарна, родинно-центрована система допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення. Ефективність раннього втручання

для дітей з РАС підтверджена численними дослідженнями, які демонструють переваги ранньої діагностики та своєчасного початку інтенсивного розвитку соціальних, комунікативних і когнітивних навичок. Високий рівень нейропластичності у ранньому віці, наявність сензитивних періодів розвитку та здатність мозку до компенсаторних змін визначають критичне значення раннього початку корекційної роботи.

Нами представлено цілісний аналіз Денверської моделі раннього втручання як науково обґрунтованого, комплексного та інтенсивного підходу, створеного спеціально для дітей раннього віку з РАС. Модель заснована на інтеграції прикладного поведінкового аналізу, природного навчання, розвитку соціальної мотивації, теорії опосередкованого соціального навчання та сучасних уявлень про ранній розвиток мозку. Її ключовими характеристиками є: міждисциплінарність, індивідуалізація, ігрова натуралістична взаємодія, позитивна соціально-емоційна залученість, системний навчальний план, дотримання ієрархії підказок, залучення сім'ї та постійна оцінка прогресу.

Було окреслено значення групової модифікації моделі – G-ESDM, яка адаптує індивідуальні принципи до умов дошкільної групи. Представлено її наукове обґрунтування, структуру групових рутин, механізми соціального навчання, роль інтеграції індивідуальних цілей у природні види активності та переваги групового формату. Доведено, що саме групове середовище відкриває унікальні можливості для розвитку спільної уваги, імітації, соціальних навичок і гнучкості, що складно досягнути в індивідуальній роботі.

В межах розділу окреслено практичні аспекти впровадження елементів ESDM у реальних умовах інклюзивних ЗДО в Україні. Наголошено на важливості поєднання корекційних стратегій із щоденними рутинами, наданні дитині можливостей для самостійності, формуванні побутових навичок у природних ситуаціях та дотриманні структурованої логіки групових активностей. Особливу увагу приділено ролі педагогів, асистентів та батьків як партнерів у моделі інтегрованого втручання.

Узагальнюючи, перший розділ дозволяє зробити висновок, що впровадження Денверської моделі раннього втручання в інклюзивних закладах дошкільної освіти відповідає сучасним науковим тенденціям, запитам практики та потребам українських

дітей з РАС. Модель має потенціал стати ефективним інструментом подолання актуальних труднощів системи раннього втручання, забезпечуючи комплексний, науково обґрунтований і практично здійсненний підхід до підтримки раннього розвитку. Її адаптація до українського освітнього контексту відкриває можливості для підвищення якості інклюзивної освіти, посилення професійної компетентності педагогів і створення сприятливих умов для соціалізації дітей з РАС у природному середовищі.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕНВЕРСЬКОЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ У ДОШКІЛЬНІЙ ІНКЛЮЗИВНІЙ ПРАКТИЦІ

2.1. Комплексна структура психодіагностики дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра при впровадженні елементів Денверської моделі раннього втручання

Підґрунтям розроблення комплексної структури психодіагностики дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра у контексті впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання стало поглиблене вивчення ключових компонентів розвитку, які визначають успішність навчання та корекційного впливу. Аналіз сучасних наукових підходів до оцінювання дітей з РАС, а також принципів побудови індивідуальних програм ESDM, засвідчує потребу у багатовимірній та системній психодіагностичній моделі, яка охоплює взаємопов'язані сфери розвитку дитини.

Важливою науковою основою для побудови комплексної психодіагностики дітей дошкільного віку з РАС є сучасні концепції раннього розвитку, сформовані у працях S. J. Rogers – однієї з провідних дослідниць аутизму та співавторки Денверської моделі раннього втручання. Науковиця наголошує, що ранній розвиток дитини, зокрема соціальний, комунікативний і когнітивний, не може розглядатися поза контекстом взаємодії з дорослими та ровесниками. Вона розглядає аутизм як порушення у функціонуванні кількох систем розвитку одночасно, де центральну роль відіграють труднощі у соціальній мотивації, спільній увазі та ранніх комунікативних формах [145].

Цей підхід має принципове значення для побудови психодіагностики в рамках нашого дослідження. Згідно з S. J. Rogers, ефективна оцінка розвитку дітей з РАС повинна враховувати не лише окремі навички, а й цілісні реляційні процеси: здатність до соціальної взаємодії, варіативність комунікації, якість емоційного залучення, реакції на соціальні стимули та навички регуляції [144].

Комплексна психодіагностика в контексті впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання трактується як багатовимірний, динамічний інструмент, який дозволяє всебічно оцінити розвиток дитини з РАС у природних соціальних взаємодіях. Вона спрямована на аналіз цілісного функціонування дитини у взаємодії з середовищем. Зокрема, важливим є вивчення соціально-комунікативних патернів – способів, у які дитина ініціює та підтримує контакт, реагує на звернення, проявляє інтерес до партнера, включається у спільну діяльність. Оцінка динаміки ініціацій і реакцій дозволяє зрозуміти, як часто дитина проявляє спонтанну активність, наскільки швидко й адекватно відповідає на соціальні стимули, у яких умовах соціальна взаємодія полегшується або ускладнюється.

Окремого значення набуває аналіз гнучкості поведінки – здатності дитини переходити між різними видами активності, переключати увагу, приймати зміни у структурі взаємодії. Цей параметр є критичним у роботі з дітьми з РАС, оскільки саме ригідність поведінкових патернів часто блокує засвоєння нових навичок та утруднює включення у групове життя. Важливо також оцінювати роль середовища та соціальних партнерів, адже саме в контексті взаємодії з дорослими та однолітками проявляється більшість цільових навичок ESDM. Якість моделювання, доступність підказок, наявність емоційної підтримки та організація групових рутин суттєво впливають на навчальну динаміку.

Крім того, психодіагностика в рамках такого підходу не може ігнорувати сенсорні, емоційні та мотиваційні чинники. Сенсорний профіль дитини визначає її здатність витримувати групове середовище, сприймати інструкції й утримувати увагу. Емоційний стан впливає на готовність до взаємодії та засвоєння нового, тоді як мотиваційні особливості визначають, наскільки активно дитина включається у спільні цикли гри. Таким чином, комплексна психодіагностика постає як багатофакторний процес, що дозволяє індивідуалізувати втручання, забезпечити оптимальні умови для навчання й отримати достовірну картину розвитку дитини у реальних освітніх ситуаціях.

Теоретична позиція S. J. Rogers, одна з ключових у розумінні розвитку дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра, наголошує на принципі варіативності

траєкторій розвитку. Згідно з цим підходом, засвоєння соціальних, комунікативних і функціональних навичок у дітей з РАС не може розглядатися як лінійний чи одноманітний процес [142]. Навпаки, розвиток є індивідуалізованим і залежить від того, якими темпами дитина просувається, які способи опанування інформації для неї є доступними, які канали сприймання є провідними, а також від якості та структурованості освітнього середовища, у якому вона перебуває.

У цій теоретичній рамці надзвичайно важливим стає розуміння того, що кожна дитина з РАС може демонструвати високий рівень сформованості окремих функцій за одночасної вираженої недостатності в інших. Саме тому комплексна психодіагностика, запропонована в рамках нашого дослідження, спрямована на аналіз взаємодії кількох ключових систем – соціальної, комунікативної, когнітивної, емоційної та сенсорної. Такий підхід дозволяє побачити реальну картину розвитку дитини, врахувати її сильні сторони, бар'єри та потенційні зони зростання.

В межах логіки ESDM діагностика набуває не лише вимірювального, а й прогностичного та інтервенційного значення. Вона має передбачати, яким чином дитина буде реагувати на певні формати навчання, які умови сприятимуть її прогресу, а які – будуть блокувати навчання. Саме тому результати психодіагностики в ESDM слугують основою для побудови індивідуального плану втручання та добору методів навчання, котрі відповідають природним способам взаємодії дитини з навколишнім світом.

Узгодження принципів варіативності розвитку з багатовимірною моделлю психодіагностики дозволяє забезпечити максимально точний, гнучкий та екологічний підхід до оцінювання та підтримки дітей у процесі впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання в умовах сучасної дошкільної освіти.

В інклюзивних закладах дошкільної освіти комплексна психодіагностика виконує ключову функцію – вона дозволяє виявити індивідуальний профіль сильних сторін дитини, її труднощів і потенційних зон зростання. Такий підхід забезпечує можливість побудови персоналізованого плану втручання, який ґрунтується на реальних можливостях дитини, її актуальних потребах та її природних способах взаємодії з дорослими й однолітками. Завдяки психодіагностичній оцінці педагоги та

фахівці можуть адаптувати навчальні стратегії та підібрати ті форми підтримки, які найефективніше сприятимуть включенню дитини у соціальне середовище, розвитку комунікативних намірів, формуванню емоційної регуляції та опануванню побутових і навчальних навичок.

У контексті Денверської моделі раннього втручання психодіагностика має особливе значення, оскільки є основою для інтеграції цілей розвитку у природні, повсякденні ситуації взаємодії в групі. Вона визначає, які саме компоненти розвитку потребують посиленої уваги, яким може бути оптимальний рівень підказки, які форми комунікації варто стимулювати, а також як організувати навчальне середовище відповідно темпераменту та сенсорних профілів дітей.

Таким чином, наукові положення S. J. Rogers, які підкреслюють важливість ранньої, соціально насиченої та міждисциплінарної підтримки, стали теоретичною основою для формування комплексної структури психодіагностики, представленої у нашому дослідженні. У цій концепції психодіагностика постає стратегічним інструментом, який визначає логіку побудови освітнього процесу, структуру взаємодій та характер підтримки. Вона є фундаментом створення ефективної, чутливої та науково обґрунтованої системи роботи з дітьми з РАС у закладах дошкільної освіти, що забезпечує розвиток окремих навичок та формування цілісної траєкторії соціалізації та особистісного становлення.

З поглибленням наукових досліджень у галузі ранніх проявів аутизму набуває особливого значення розуміння нейробіологічних механізмів соціального розвитку. Саме тому подальший аналіз потребує звернення до робіт авторів, які зробили суттєвий внесок у виявлення специфічних закономірностей формування соціальної уваги та соціальної мотивації в дітей з РАС. Однією з ключових постатей у цьому напрямі є G. Dawson, чиї дослідження стали центральними для обґрунтування концептуальних засад Денверської моделі раннього втручання [127]. Її роботи стали ключовими у формулюванні теорії соціальної мотивації – одного з фундаментальних пояснювальних принципів ESDM.

Dawson G. довела, що у дітей з РАС функціонування систем соціальної уваги та соціального винагородження є атиповим: вони рідше звертають увагу на обличчя,

інтонації, емоції, меншою мірою шукають соціальну взаємодію і віддають перевагу предметам або нефункціональній діяльності. Ці особливості впливають на розвиток таких базових процесів, як спільна увага, емоційна регуляція, соціально-комунікативний обмін та навички наслідування.

У своїх дослідженнях G. Dawson наголошує, що для подолання цих труднощів необхідно забезпечити дитині систематичні, часті й емоційно насичені соціальні взаємодії, які поступово відновлюють здатність мозку реагувати на соціальні стимули як на значущі. Саме тому її теоретичні роботи стали основою для того, щоб ESDM позиціонувалась не лише як поведінкове втручання, а як розвиткове й нейропсихологічне втручання, спрямоване на модифікацію ранніх соціальних процесів і стимулювання формування нейронних мереж, пов'язаних із соціальним мозком.

G. Dawson акцентує увагу на варіативності траєкторій соціально-комунікативного розвитку у дітей з РАС та на необхідності глибокої індивідуалізації втручання. У її підході розвиток дитини розглядається як багатовимірний процес, у якому провідну роль відіграє динамічна взаємодія кількох систем – соціальної, емоційної, когнітивної та поведінкової. Саме тому оцінювання має охоплювати такі параметри, як рівень соціальної мотивації та емоційного залучення, здатність підтримувати і ініціювати спільну увагу, сформованість навичок імітації та варіативність комунікативних проявів. Важливим діагностичним критерієм виступає також гнучкість поведінки у соціальних ситуаціях і характер реакцій дитини на природні соціальні підказки. Усі ці компоненти формують основу для цілісного аналізу розвитку та визначення індивідуальної траєкторії втручання відповідно до принципів ESDM.

Таким чином, концепція G. Dawson доповнює теоретико-методологічну основу нашого дослідження, акцентуючи важливість комплексного та міжсистемного підходу в оцінці й підтримці дітей з РАС. Наукові роботи дослідниці підтверджують, що розвиток соціальної мотивації, емоційної взаємодії та спільної уваги є ключовими механізмами, які забезпечують ефективність Денверської моделі та повинні бути центральними елементами психодіагностики й корекційної роботи у дітей дошкільного віку з РАС.

Проблематика розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, їхньої соціальної адаптації та побудови ефективних програм раннього втручання отримала значний розвиток у працях сучасних українських науковців. Дослідження Т. Скрипник, І. Сухіної, І. Риндер, Г. Горішної, С. Петрочко, С. Хоменко, Н. Бувалкіної, Л. Голуб, О. Матрос та ін. дозволили окреслити ключові закономірності розвитку дітей раннього й дошкільного віку з РАС та визначити принципи побудови комплексної міждисциплінарної допомоги.

В роботах Т. Скрипник і І. Сухіної акцентується увага на специфіці соціальної взаємодії, комунікативної поведінки та ігрового розвитку дітей з аутизмом, що потребує врахування різних профілів розвитку й використання індивідуалізованих навчальних стратегій [94]. Г. Горішна та С. Петрочко підкреслюють важливість міжвідомчої взаємодії, раннього виявлення ризиків порушень та впровадження сімейно-центричних моделей, що відповідає логіці сучасних міжнародних підходів, включаючи ESDM [19].

Українська науковиця Т. Скрипник здійснила вагомий внесок у розроблення теоретичних та практичних засад раннього втручання для дітей раннього й дошкільного віку з розладами аутистичного спектра [79; 81]. У своїх працях дослідниця аналізує специфіку порушень соціальної взаємодії, комунікації та емоційного розвитку дітей з РАС, акцентуючи увагу на необхідності раннього виявлення атипових проявів і побудови індивідуалізованих програм підтримки. Т. Скрипник обґрунтовує важливість міждисциплінарного підходу в роботі з такими дітьми, підкреслюючи, що ефективна психодіагностика має охоплювати не лише когнітивну сферу, але й соціально-комунікативні, емоційні та ігрові компетентності. Саме ці компоненти, на її думку, визначають здатність дитини інтегруватися у взаємодію, засвоювати нові навички та адаптуватися до освітнього середовища.

У своїх роботах дослідниця наголошує на тому, що розвиткові особливості дітей із РАС потребують комплексного підходу, який ґрунтується на урахуванні індивідуального профілю розвитку, інтересів та сенсорних особливостей дитини.

Дослідження С. Хоменко та Н. Бувалкіної зосереджені на розвитку системи ранньої допомоги в Україні, зокрема на необхідності створення доступних сервісів, забезпечення неперервності підтримки та розбудови територіальних центрів раннього

втручання. Їхні праці підтверджують, що ефективна підтримка дітей з РАС можлива лише за умови поєднання корекційної, соціальної й педагогічної роботи, що повністю корелює з мультидисциплінарною природою Денверської моделі.

В роботах Л. Голуб і О. Матрос наголошується на необхідності формування адаптивної поведінки, навичок самообслуговування та соціально-побутових компетентностей у дітей дошкільного віку з порушеннями розвитку. Ці положення прямо резонують із завданнями, які стоять перед практичним впровадженням елементів ESDM у ЗДО, адже модель передбачає навчання функціональних навичок у реальних життєвих ситуаціях.

Погляди провідних міжнародних дослідників корелюють із сучасними українськими науковими підходами. В Україні фундамент для теорії раннього втручання і практик комплексної діагностики закладено у працях Г. Кукурудзи, яка системно обґрунтовує принципи раннього виявлення ризиків, мультидисциплінарності, сімейно-центричності та функціонального оцінювання розвитку дитини. Науковиця наголошує, що діагностика повинна здійснюватися у природному середовищі, тобто в контексті звичних для дитини рутин, де найточніше проявляються соціальна ініціативність, комунікативні наміри, здатність до саморегуляції та участі у соціальних взаємодіях [49; 50]. Її підхід підкреслює важливість багатоджерельного збору даних – через спостереження, опитування сім'ї, аналіз поведінкових патернів і динаміку змін у часовому проміжку. Саме ці положення є методологічним підґрунтям для побудови комплексної психодіагностики в межах нашого дослідження.

Значний внесок у розвиток українських підходів до оцінювання дітей із особливими освітніми потребами зробили також Н. Ярмола, В. Засенко, А. Душка, С. Литовченко, Л. Прохоренко, О. Хохліна та інші. Їхні дослідження підкреслюють необхідність структурованого підходу до аналізу розвитку дитини, у якому поєднується оцінювання когнітивної, емоційної, комунікативної та соціальної сфер, а також оцінювання адаптивних навичок і побутової самостійності. У своїх роботах вони наголошують, що успішний розвиток дитини з РАС залежить не лише від інтенсивності втручання, а й від того, наскільки педагогічні та діагностичні стратегії інтегровані в природні освітні процеси.

З огляду на позиції міжнародних та українських авторів, в інклюзивному закладі дошкільної освіти комплексна психодіагностика має оцінювати динаміку участі дитини в соціальних взаємодіях, її здатність до ініціації, гнучкість поведінки, реакції на зміни у структурі активності, роль мотиваційних та сенсорних чинників, а не тільки рівень наявних умінь. Важливим є також визначення того, як освітнє середовище підтримує або обмежує можливості дитини, та створення індивідуального профілю, який слугуватиме основою для формування персоналізованої програми втручання за принципами ESDM.

Узагальнюючи проаналізовані теоретичні підходи, можна стверджувати, що сучасне розуміння розвитку дітей з розладами аутистичного спектра та специфіки їхнього навчання ґрунтується на уявленні про багаторівневу взаємодію когнітивних, соціальних, емоційних і сенсорних систем. Міжнародні дослідження S. Rogers, G. Dawson, а також українські концепції раннього втручання, представлені у працях Г. Кукурудзи та інших вітчизняних науковців, підкреслюють принципову важливість комплексної, екологічно валідної та функціонально орієнтованої діагностики. Такий підхід дозволяє описати наявні у дитини труднощі та визначити потенційні точки розвитку, зону найближчого розвитку та умови, за яких навчання буде найбільш ефективним.

Побудова психодіагностичної системи в методології Денверської моделі раннього втручання ґрунтується на низці методологічних принципів, які визначають як зміст оцінювання, так і способи збору, інтерпретації та використання діагностичних даних. На відміну від традиційних психодіагностичних підходів, котрі часто мають фрагментарний або статичний характер, психодіагностика в ESDM розглядається як інтегрований процес, безпосередньо пов’язаний із плануванням та реалізацією втручання.

Одним із базових принципів є мультидисциплінарність, що передбачає залучення до психодіагностичного процесу фахівців різного профілю. У роботі з дітьми з РАС у закладі дошкільної освіти це, зокрема, психолог, спеціальний педагог, логопед, фахівець із поведінкового аналізу, педагог групи, асистент дитини, а також батьки. Такий підхід дозволяє отримати багатовимірний погляд на розвиток дитини, уникнути

однобічної інтерпретації її поведінки та врахувати специфіку функціонування у різних контекстах – освітньому, соціальному та сімейному. Мультидисциплінарність також забезпечує узгодженість діагностичних висновків із подальшими освітніми й корекційними стратегіями.

Наступним ключовим принципом є динамічність психодіагностики. У ESDM оцінювання не обмежується одноразовим вимірюванням, а проводиться регулярно, зазвичай із інтервалом у 12 тижнів, що відповідає циклам постановки та перегляду індивідуальних цілей. Такий підхід дозволяє, окрім того, що фіксувати поточний рівень розвитку дитини, а ще й відстежувати динаміку змін, оцінювати ефективність застосованих стратегій та своєчасно коригувати програму втручання. Динамічність психодіагностики особливо важлива для дітей з РАС, розвиток яких часто має нерівномірний і хвилеподібний характер.

Важливим методологічним принципом є натуралістичність діагностики. Вона полягає у проведенні оцінювання в природному для дитини середовищі. У контексті інклюзивного ЗДО це означає спостереження за поведінкою дитини під час повсякденних рутин, вільної та структурованої гри, групових занять, побутових моментів і взаємодії з однолітками. Такий формат дозволяє отримати екологічно валідні дані, які відображають реальні можливості дитини, а не тільки її реакції на спеціально створені тестові ситуації, які можуть бути стресогенними та не завжди показовими для дітей з РАС.

Тісно пов’язаним із попереднім є принцип розвитку та розвитку потенціалу, або розвитковий фокус психодіагностики. У ESDM оцінюється як наявний рівень сформованості навичок, так і потенціал розвитку дитини, можливості підтримки, а також зона найближчого розвитку. Такий підхід дозволяє перейти від констатації дефіцитів до пошуку ресурсів і точок зростання, що є принципово важливим для побудови ефективної індивідуальної програми втручання.

Центральним інструментом психодіагностичного процесу в ESDM виступає спостереження. Саме натуральне, систематизоване спостереження за поведінкою дитини у функціональних ситуаціях дозволяє фіксувати ініціації, реакції, способи комунікації, рівень залучення, особливості саморегуляції та взаємодії з соціальними

партнерами. Для дітей з РАС цей метод є значно валіднішим порівняно зі стандартизованими тестами, бо ті часто не враховують сенсорні, емоційні та мотиваційні особливості.

Окремим принципом є орієнтація на соціально значущі поведінки. В межах психодіагностики ESDM пріоритет надається оцінці навичок, які мають безпосереднє значення для повсякденного функціонування дитини: спільної уваги, ініціації взаємодії, імітації, комунікації, гнучкості поведінки, здатності до саморегуляції та переходів між активностями. Саме ці навички є базовими для включення дитини з РАС у групове освітнє середовище та подальшої соціалізації.

Завершальним, але не менш важливим принципом є партнерство з родиною. Батьки розглядаються як повноцінні учасники психодіагностичного процесу, бо вони надають унікальну інформацію про поведінку дитини у домашньому середовищі, беруть участь у спостереженнях, заповнюють опитувальники та долучаються до формування індивідуальних цілей. Такий підхід забезпечує узгодженість діагностичних висновків із реальними умовами життя дитини та підвищує ефективність подальшого втручання.

Варто відмітити, що сукупність окреслених принципів формує цілісну методологічну основу психодіагностики в ESDM, яка відповідає сучасним уявленням про розвиток дітей з РАС та специфіку їхнього навчання у природному соціальному середовищі інклюзивного закладу дошкільної освіти.

Таким чином, здійснений теоретичний аналіз сучасних підходів до раннього втручання при розладах аутистичного спектра, зокрема положень Денверської моделі раннього втручання, концепції соціально-комунікативного розвитку S. J. Rogers, а також вітчизняних досліджень у сфері інклюзивної освіти та психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС, дозволяє розглядати розвиток дитини як багатовимірний, динамічний і контекстуально зумовлений процес. З цієї парадигми особливого значення набувають соціально насичені форми навчання, природне середовище, участь однолітків і системна взаємодія між дитиною, дорослим та освітнім простором.

Водночас аналіз наукових джерел засвідчив, що, попри значну кількість досліджень, присвячених ефективності раннього втручання загалом та індивідуального

формату роботи з дітьми з РАС зокрема, питання впливу формату реалізації втручання (індивідуального або групового) на особливості розвитку дітей дошкільного віку з РАС залишається недостатньо вивченим. Особливо це стосується умов інклюзивного закладу дошкільної освіти, де групове середовище виступає не лише освітнім, а й соціалізаційним простором.

На сьогодні у науковому обігу практично відсутні системні емпіричні дослідження, спрямовані на порівняльний аналіз розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра залежно від формату раннього втручання – індивідуального (один на один) та групового – за умови впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання (ESDM) в інклюзивному закладі дошкільної освіти. Наявні дослідження, як правило, або зосереджуються на індивідуальній терапії, або не враховують специфіку інклюзивного середовища, або ж не передбачають комплексного психодіагностичного аналізу змін у різних сферах розвитку дитини.

Саме ця наукова прогалина зумовила необхідність розроблення авторської структури комплексної психодіагностики, яка дозволяє оцінювати особливості розвитку дітей з РАС у контексті різних форматів раннього втручання, з урахуванням принципів ESDM, інклюзивної освіти та розвитку у природному соціальному середовищі. Запропонована структура була покладена в основу констатувального експерименту та стала методологічним інструментом для подальшого емпіричного аналізу.

Запропонована в межах нашого дослідження структура психодіагностики ґрунтується на ідеї багатовимірності розвитку й передбачає аналіз трьох ключових взаємопов’язаних компонентів, які одночасно відображають логіку ESDM та актуальні наукові уявлення про розвиток дітей з РАС.

Перший компонент – **когнітивно-пізнавальний** – охоплює базові механізми навчання, зокрема імітацію, формування причинно-наслідкових зв’язків, ранні форми символічної діяльності та елементи виконавчих функцій. Другий, **соціально-комунікативний**, відображає специфіку соціальної взаємодії: здатність до спільної уваги, ініціювання та підтримання контакту, емоційне залучення та прагматичні

аспекти комунікації. Третій – поведінково-регуляторний – включає сенсорну чутливість, гнучкість поведінки, особливості переходів та рівень саморегуляції.

Саме інтеграція цих трьох блоків дозволяє створити комплексну, валідну й практично орієнтовану систему психодіагностики, необхідну для впровадження елементів Денверської моделі в умовах інклюзивного дошкільного закладу.

З огляду на інтегративний характер запропонованої структури психодіагностики постає необхідність її наочного концептуального представлення, що дозволяє відобразити системні зв'язки між виділеними компонентами та їх функціонування у єдиному розвитку дитини. Графічна модель дає змогу узагальнити результати теоретичного аналізу, чітко окреслити логіку побудови авторської структури та продемонструвати взаємозумовленість когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного й поведінково-регуляторного компонентів у процесі розвитку дитини з розладами аутистичного спектра.

У такому вигляді структура психодіагностики може слугувати методологічною основою для організації констатувального експерименту, забезпечуючи цілісність оцінювання, узгодженість діагностичних процедур та можливість подальшого порівняльного аналізу розвитку дітей залежно від формату раннього втручання. Авторська модель структури психодіагностики представлена на схемі.

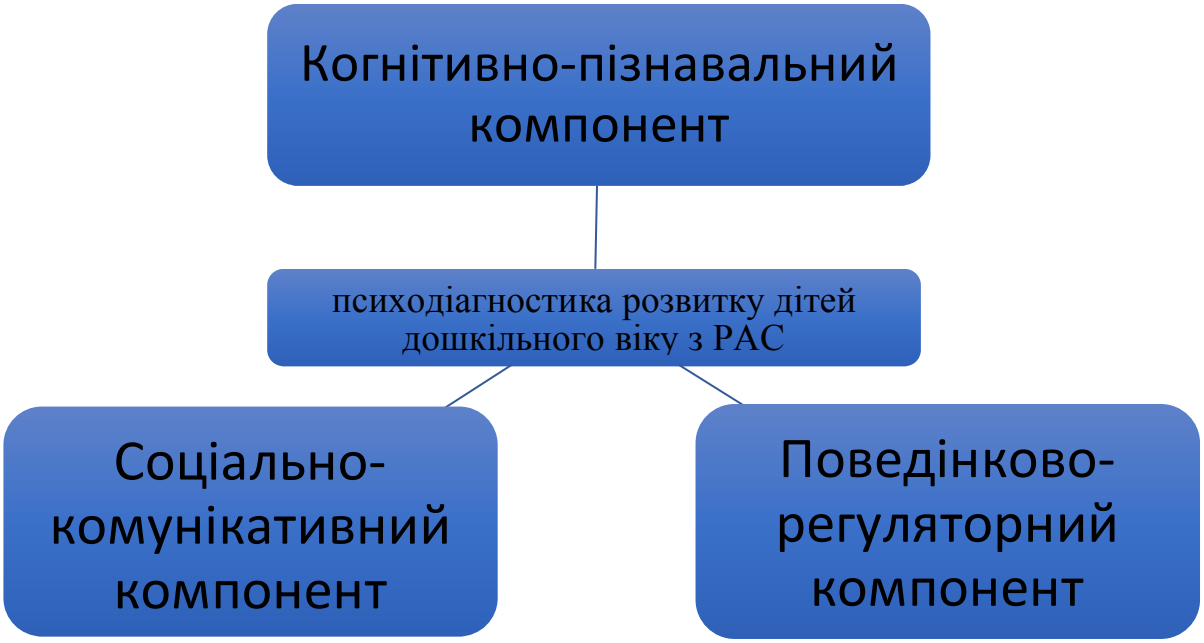


Рис. 2.1.1. Авторська модель структури психодіагностики розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра в умовах інклюзивного ЗДО з упровадженням елементів ESDM

Запропонована структура психодіагностики дозволяє розглядати розвиток дитини з РАС як інтегративний процес, у якому когнітивні, соціально-комунікативні та регуляторні аспекти функціонують у тісному взаємозв'язку. Такий підхід відповідає розвитковій логіці ESDM та забезпечує методологічне підґрунтя для побудови індивідуалізованих програм втручання в умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти.

Таблиця 2.1.1 Авторська структура комплексної психодіагностики дітей дошкільного віку з РАС при впровадженні елементів ESDM

Компонент психодіагностики	**Зміст компоненту**	**Фокус оцінювання в умовах ЗДО**	**Значення для планування втручання (ESDM)**
Когнітивно-пізнавальний компонент	Імітаційні здібності; формування причинно-наслідкових зв'язків; ранні символічні форми гри; здатність до навчання у природних ситуаціях; елементи виконавчих функцій (утримання	Як дитина засвоює новий досвід у групових рутинах; здатність навчатися через спостереження, гру та спільну діяльність; використання набутих знань у змінному контексті	Визначення стартових когнітивних можливостей; добір навчальних стратегій; формування цілей, орієнтованих на розвиток навчальної готовності та генералізації навичок

	завдання, переключення, цілеспрямованість дій)		
Соціально-комунікативний компонент	Спільна увага; ініціація та підтримка соціальної взаємодії; невербальна та вербальна комунікація; емоційне залучення; прагматичні функції спілкування; реакції на соціальні сигнали дорослих і ровесників	Якість та частота соціальних ініціацій у групі; участь у спільних активностях; здатність до чергування; емоційна взаємодія «обличчям до обличчя»	Формування соціально значущих цілей ESDM; планування втручань, спрямованих на розвиток комунікативної мотивації та соціального навчання
Поведенково-регуляторний компонент	Особливості сенсорної обробки; рівень збудження; здатність до саморегуляції; гнучкість поведінки; труднощі переходів; адаптація до рутин та правил групи	Поведінка дитини у повсякденних ситуаціях ЗДО; реакції на зміни, очікування, обмеження; здатність завершувати та починати активності без деструктивних проявів	Планування стратегій регуляції; адаптація середовища; зниження поведінкових труднощів; підвищення включеності дитини у групову діяльність

Комплексна психодіагностика посідає провідне місце у процесі впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання в умовах закладів дошкільної освіти, оскільки саме вона забезпечує цілісне, багатовимірне розуміння розвитку дитини з розладами аутистичного спектра. Її значущість полягає також у виявленні індивідуального профілю сильних сторін, потенціалу розвитку та специфічних потреб дитини, що є необхідною передумовою для побудови персоналізованої, ефективної програми втручання.

На відміну від традиційних психодіагностичних підходів, які здебільшого орієнтовані на виявлення дефіцитів, постановку діагнозу або класифікацію порушень, в методології ESDM ми пропонуємо принципово іншу логіку діагностики. В методології цієї моделі психодіагностика розглядається як динамічний, процесуальний і розвитково-орієнтований компонент системи підтримки дитини. Вона інтегрується у природний освітній та соціальний контекст, відбувається у взаємодії з дорослими та однолітками й дозволяє оцінювати не лише наявність чи відсутність навичок, а й

способи їх формування, умови виникнення, варіативність проявів і здатність до узагальнення.

Такий підхід відповідає базовим принципам ESDM, згідно з якими розвиток дитини з РАС розглядається як результат взаємодії кількох систем – соціальної, комунікативної, когнітивної, емоційної та поведінково-регуляторної. Відповідно, комплексна психодіагностика виконує не лише вимірювальну, а й прогностичну та інтервенційну функції: вона дозволяє прогнозувати зони найближчого розвитку, визначати оптимальні точки втручання та адаптувати освітні й корекційні стратегії до реальних можливостей дитини в умовах інклюзивного дошкільного середовища.

Психодіагностика в межах експериментального впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання виконує низку стратегічно важливих завдань, які визначають як зміст, так і якість подальшої роботи з дитиною в умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти. Насамперед вона спрямована на визначення стартового рівня розвитку дитини, що передбачає побудову індивідуального профілю її сильних сторін, актуальних можливостей та зон найближчого розвитку. Такий профіль дозволяє відійти від узагальнених уявлень про "типові прояви РАС" і зосередитися на унікальній траєкторії розвитку конкретної дитини.

Важливим завданням психодіагностики є ідентифікація ключових ділянок порушень і труднощів, які мають системний вплив на функціонування дитини у повсякденному житті. Йдеться не лише про окремі дефіцити, а про ті вузлові механізми, що обмежують розвиток соціальної взаємодії, комунікації, когнітивної активності та адаптивної поведінки в цілому. Такий аналіз дозволяє виявити, які саме фактори – порушення спільної уваги, низька соціальна мотивація, труднощі імітації, сенсорна дезорганізація чи проблеми саморегуляції – є визначальними для побудови індивідуальної стратегії втручання.

На основі отриманих діагностичних даних формується система персоналізованих навчальних цілей відповідно до логіки ESDM. Ці цілі не є абстрактними або відірваними від реального контексту життя дитини, вони інтегруються у щоденні рутинні ситуації, ігрові та соціальні взаємодії. Психодіагностика в цьому випадку виступає інструментом перекладу результатів оцінювання у практичну площину – у

конкретні навчальні завдання, стратегії взаємодії та способи підтримки ініціативи дитини.

Окремим аспектом діагностичної роботи є оцінка рівня готовності педагогів, асистентів та інклюзивного середовища закладу дошкільної освіти до впровадження елементів Денверської моделі. Це включає аналіз організації простору, рутин, стилю педагогічної взаємодії, здатності дорослих слідувати за ініціативою дитини, використовувати принципи позитивного підкріплення та підтримувати соціально насичену взаємодію. Таким чином, об'єктом психодіагностики стає не лише дитина, а ще й система умов, у яких відбувається її розвиток.

Крім того, психодіагностика виконує функцію системного моніторингу динаміки розвитку. Повторне оцінювання здійснюється з інтервалом у 12 тижнів відповідно до стандартів ESDM та дозволяє відстежувати ефективність втручання, своєчасно коригувати навчальні цілі, змінювати інтенсивність або фокус роботи та запобігати стагнації розвитку. Такий підхід забезпечує безперервність процесу підтримки та його адаптацію до змінних потреб дитини.

Отже, психодіагностика в межах експериментального впровадження ESDM виходить за межі суто діагностичної процедури й набуває прогностичного, організаційного та корекційно-планувального характеру. Вона стає системоутворювальним елементом всієї програми втручання, що забезпечує її наукову обґрунтованість, індивідуалізованість і практичну ефективність в умовах інклюзивної дошкільної освіти.

Метою констатувального дослідження є виявлення та експериментальна перевірка особливостей розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра шляхом аналізу когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів розвитку.

Мету констатувального дослідження було реалізовано поетапним вирішенням таких завдань:

1. Визначити основні психолого-педагогічні та середовищні фактори, які впливають на розвиток дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра в умовах раннього втручання із використанням елементів ESDM.

2. Констатувати стан та специфіку функціонування когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів розвитку у дітей з РАС шляхом виявлення показників і рівнів їх сформованості.
3. Виявити умови освітнього середовища та організації втручання, котрі впливають на формування соціально значущих навичок у дітей з РАС у системі психолого-педагогічного супроводу та раннього втручання.
4. Створити емпіричне підґрунтя для подальшої розробки формувального етапу експерименту, спрямованого на впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання в умовах інклюзивного ЗДО.

Для розв'язання окреслених завдань і забезпечення достовірності отриманих результатів та сформульованих висновків у дослідженні було використано загальнонаукові та специфічні методи дослідження.

До ***теоретичних*** методів належали загальнонаукові методи аналізу, синтезу, індукції та дедукції, порівняння, аналогії, зіставлення, протиставлення, систематизації, класифікації, типологізації та узагальнення, які застосовувалися для вивчення вітчизняних і зарубіжних наукових джерел з проблем раннього втручання, розвитку дітей з розладами аутистичного спектра та впровадження Денверської моделі раннього втручання. Використовувався історико-логічний метод для аналізу становлення та розвитку ключових понять дослідження («раннє втручання», «розлади аутистичного спектра», «соціальна мотивація», «інклюзивна освіта», «психологічний супровід»), метод термінологічного аналізу – для уточнення базових наукових категорій, а також метод наукової інтерпретації з метою виявлення сутності, закономірностей та тенденцій розвитку досліджуваних феноменів. Метод моделювання (структурно-функціональне) було застосовано для побудови авторської структури психодіагностики та логіки експериментального дослідження. Контекстний і прогностичний методи використовувалися з метою імплементації положень загальної, вікової та спеціальної психології в практику психолого-педагогічного супроводу дітей з РАС в умовах інклюзивного ЗДО.

До ***емпіричних*** методів належали діагностичні методи (спостереження, аналіз результатів діяльності, аналіз медико-психолого-педагогічної документації), структуроване та вільне спостереження у природних умовах освітнього середовища, бесіди та інтерв'ю з педагогами і батьками, порівняльно-зіставний метод.

До ***математичних*** методів було віднесено якісний та кількісний аналіз емпіричних даних з використанням методів математичної статистики з метою обробки, інтерпретації та узагальнення отриманих результатів.

Для реалізації завдань констатувального експерименту та забезпечення комплексного аналізу розвитку дітей дошкільного віку з РАС було сформовано авторську систему психодіагностики, яка ґрунтується на принципах Денверської моделі раннього втручання та можливостях практичного застосування в умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти, що висвітлювалося вище.

2.2. Інструментарій психодіагностики експериментального дослідження розвитку дітей дошкільного віку з РАС в умовах раннього втручання з використанням елементів ESDM.

Психодіагностичний інструментарій було відібрано з урахуванням таких критеріїв: розвиткова спрямованість, екологічна валідність, можливість оцінки динаміки розвитку, чутливість до соціально-комунікативних змін та відповідність логіці як індивідуального, так і групового формату втручання.

Комплекс психодіагностичних методик включав чотири взаємодоповнювальні інструменти: ESDM Curriculum Checklist, ESDM Fidelity Checklist, VB-MAPP та Sensory Profile (W. Dunn). Їх використання дозволило оцінити розвиток дитини з РАС у трьох ключових вимірах – соціально-комунікативному, навчально-поведінковому та сенсорно-регуляторному, а також проконтролювати якість реалізації втручання відповідно до стандартів ESDM.

Така багаторівнева структура психодіагностики забезпечує цілісне бачення розвитку дитини, дозволяє виявити наявні труднощі та потенціал до навчання, а також створює надійне методологічне підґрунтя для порівняльного аналізу результатів дітей,

які отримували індивідуальне та комбіноване втручання з використанням елементів ESDM. Таблицю з інструментарієм відповідно до компонентів ми навели в Додатку 2.

Представлений інструментарій дозволяє здійснити комплексну оцінку розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра з урахуванням як індивідуальних характеристик дитини, так і впливу освітнього середовища та формату втручання. Поєднання розвитково-орієнтованих інструментів (ESDM Curriculum Checklist, VB-MAPP) із сенсорно-регуляторною оцінкою (Sensory Profile) та контролем якості реалізації втручання (ESDM Fidelity Checklist) забезпечує багатовимірний аналіз, релевантний завданням констатувального експерименту.

2.2.1 ESDM Curriculum Checklist як інструмент комплексної психодіагностики розвитку дітей з РАС.

ESDM Curriculum Checklist є одним з ключових інструментів оцінювання розвитку дітей раннього та дошкільного віку з розладами аутистичного спектра в межах Денверської моделі раннього втручання. Цей інструмент було розроблено S. J. Rogers та G. Dawson як складову стандартизованої системи ESDM і спрямовано, окрім фіксації рівня сформованості навичок, ще й на побудову індивідуалізованої програми втручання.

На відміну від традиційних психодіагностичних методик, котрі мають переважно тестовий або скринінговий характер, ESDM Curriculum Checklist ґрунтується на розвитковій логіці та відображає послідовність типового онтогенетичного розвитку дитини. Відповідно, оцінювання здійснюється не за принципом "наявність – відсутність дефіциту", а через аналіз того, на якому етапі розвитку перебуває дитина в кожній функціональній сфері.

Список цільових навичок ESDM (ESDM Curriculum Checklist) є стандартизованим інструментом оцінювання, нормованим за чітко визначеними критеріями, який відображає рівень опанування дитиною навичок у ключових сферах вікового розвитку. До них належать:

- рецептивна та експресивна комунікація;
- соціальні навички;
- когнітивна сфера;

- ігрова діяльність;

- розвиток загальної й дрібної моторики;

- адаптивні поведінкові навички.

Структура списку передбачає поділ на чотири рівні, які орієнтовно відповідають віковим періодам 12 – 18, 18 – 24, 24 – 36 та 36 – 48 місяців. Список цільових навичок було розроблено спеціально для дітей раннього та дошкільного віку з розладами аутистичного спектра й він відображає типовий для цієї категорії дітей профіль розвитку. Зокрема, у порівнянні з нейротиповими однолітками, у дітей з РАС візуально-моторні навички, як правило, є відносно більш сформованими, ніж навички комунікації та соціальної взаємодії.

Відповідно, за умови орієнтації на нормативну послідовність онтогенетичного розвитку, на кожному віковому етапі у дітей з аутизмом рівень розвитку комунікативних і соціальних навичок є нижчим порівняно з рівнем розвитку загальної та дрібної моторики. Така асинхронія розвитку врахована в логіці побудови списку цільових навичок та визначає пріоритетність цілей втручання.

Навички, включені до кожного з розділів списку, були відібрані на основі узагальнених результатів масштабних оглядів наукової літератури, присвяченої розвитку нейротипових дітей. Послідовність розміщення навичок в зазначеному інструменті відображає дані емпіричних досліджень типового розвитку, а також клінічний і практичний досвід роботи міждисциплінарних команд фахівців за методологією Денверської моделі раннього втручання, накопичений упродовж понад 25 років.

Метою оцінювання є визначення актуального рівня розвитку дитини. За результатами процедури фахівець здійснює диференційований аналіз навичок в межах кожного розділу, виокремлюючи навички, які є достатньо сформованими, навички, які перебувають на етапі формування, а також навички, які відсутні у поведінковому репертуарі дитини. Переважна більшість навичок, як правило, локалізується в межах одного з чотирьох рівнів розвитку для кожного функціонального розділу.

Заповнення списку цільових навичок здійснюється в процесі ігрової взаємодії з дитиною, зокрема у форматі спільної гри та спільних занять, що відповідає принципам

природного навчального середовища. Під час фіксації результатів оцінювання використовуються три умовні позначення: «Т» («ТАК», або +) – у разі успішного виконання пункту; «Т-Н» («ТАК-НІ» або +/-) – за умови нестійкої або непослідовної реакції; «Н» («НІ» або -) – у випадках, коли цільова реакція не спостерігається або її складно викликати в умовах оцінювання.

Кожен пункт списку цільових навичок містить чіткий опис поведінкової реакції, на підставі якої результат може бути зарахований як виконаний. Окрім цього, спеціаліст фіксує додаткову інформацію, отриману від батьків або законних представників дитини, а також результати безпосереднього спостереження й оцінювання у відповідній колонці, поряд із даними, наданими іншими членами міждисциплінарної команди (за їх наявності).

Незалежно від того, чи змогла дитина продемонструвати цільову поведінку безпосередньо під час процедури оцінювання, обов'язковим є врахування інформації щодо прояву відповідної навички в домашніх умовах та/або в інших середовищах. У разі наявності такої поведінки зазначається частота її прояву, що дозволяє підвищити екологічну валідність оцінювання та точність інтерпретації результатів.

Такий підхід дозволяє зафіксувати факт наявності навички, а також оцінити якість її використання та ступінь узагальненості.

ESDM Curriculum Checklist виконує кілька взаємопов'язаних функцій у психодіагностичному процесі:

1. Описова функція – формує детальний індивідуальний профіль розвитку дитини.
2. Прогностична функція – дозволяє визначити зону найближчого розвитку та потенціал навчання.
3. Планувальна функція – слугує основою для постановки короткострокових і довгострокових цілей втручання.
4. Моніторингова функція – дає змогу відстежувати динаміку розвитку кожні 12 тижнів.
5. Порівняльна функція – дозволяє аналізувати відмінності між дітьми, які отримують індивідуальне та групове втручання.

В умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти ESDM Curriculum Checklist є особливо цінним, оскільки він не потребує ізольованого тестового середовища та адаптований до групового формату роботи. До того ж він дозволяє оцінювати розвиток дитини у реальних соціальних контекстах та інтегрується у щоденні педагогічні та корекційні практики.

Таким чином, ESDM Curriculum Checklist у нашому дослідженні розглядається як центральний інструмент розвитково-орієнтованої психодіагностики, який поєднує оцінювання, планування та корекційно-розвиткову роботу в єдину систему.

Бланки Списку цільових навичок (ESDM Curriculum Checklist) наведені в Додатку.

2.2.2 Характеристика інструменту VB-MAPP у структурі психодіагностики дітей з РАС.

Одним із ключових інструментів комплексної психодіагностики в межах даного дослідження є VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) – програма оцінки мовленнєвого та пов'язаного з мовленням розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, розроблена М. Сандбергом на засадах аналізу вербальної поведінки. Інструмент має чітко структуровану будову та складається з п'яти взаємопов'язаних компонентів, кожен з яких виконує окрему діагностичну й прогностичну функцію.

В межах нашого дослідження VB-MAPP розглядається як комплементарний інструмент, який дозволяє деталізувати мовленнєво-комунікативний профіль дитини та поглибити аналіз результатів, отриманих за допомогою ESDM Curriculum Checklist.

В якості одного з інструментів психодіагностики нами використовувався компонент методики VB-MAPP – «Оцінка віх розвитку», спрямований на визначення поточного рівня сформованості мовленнєвих і суміжних навичок дитини. Зазначений компонент охоплює 170 вимірюваних віх розвитку, систематизованих відповідно до трьох умовних вікових періодів: від народження до 18 місяців, від 18 до 30 місяців та від 30 до 48 місяців. Оцінювання здійснюється за ключовими сферами розвитку, зокрема вербальною поведінкою (манд, такт, ехоповедінка, інтравербальні навички), навичками слухача, імітацією, ігровою та соціальною діяльністю, візуальним

сприйманням, лінгвістичною структурою мовлення, поведінкою в групі та початковими академічними навичками. Саме цей компонент забезпечує кількісну та якісну фіксацію рівня розвитку дитини і слугує базою для формування індивідуальних цілей втручання.

Інші компоненти VB-MAPP – «Оцінка бар'єрів навчання», «Оцінка переходів», «Аналіз завдань і моніторинг набуття навичок» та «Рекомендації щодо побудови індивідуальної програми навчання» додатково забезпечують контекстуальне розуміння логіки побудови методики VB-MAPP, її розвиткової спрямованості та можливостей використання результатів оцінювання для планування й корекції програм втручання.

В нашому дисертаційному дослідженні як інструмент психодіагностики використовувався розділ «Оцінка віх розвитку» методики VB-MAPP, призначений для визначення поточного рівня сформованості мовленнєвих і суміжних навичок у дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. Зазначений розділ забезпечує структуровану, розвитково орієнтовану оцінку навичок дитини та дозволяє кількісно й якісно зафіксувати її актуальний рівень розвитку.

«Оцінка віх розвитку» охоплює систему вимірюваних показників, упорядкованих відповідно до логіки онтогенетичного розвитку, що дає змогу визначити ключові етапи становлення мовлення та пов'язаних із ним функцій. Використання цього інструмента дозволяє виокремити навички, які є сформованими, перебувають у процесі формування або відсутні у поведінковому репертуарі дитини, а також встановити розвитковий рівень, на якому зосереджена переважна частина її навичок.

Застосування розділу «Оцінка віх розвитку» забезпечило нам можливість фіксації динаміки розвитку дітей у процесі втручання та створило науково обґрунтовану основу для формування індивідуальних цілей розвитку. Орієнтація на ключові віхи розвитку дозволила зробити фокус втручання більш цілеспрямованим, узгодженим з актуальними можливостями дитини та відповідним до принципів розвитку, що є особливо важливим у контексті раннього втручання та інклюзивного дошкільного середовища.

Цілі індивідуальної програми розвитку формуються відповідно до визначених віх розвитку, це дозволяє уникнути надмірної зосередженості на другорядних або

ізольованих навичках, а також на навчальних цілях, які не відповідають актуальному рівню розвитку дитини. Орієнтація саме на віхи розвитку забезпечує більшу узгодженість цілей втручання з розвитковими можливостями дитини та підвищує обґрунтованість прийняття рішень у процесі планування і корекції навчання.

Інструмент оцінювання VB-MAPP містить 16 окремих вимірюваних показників мовлення та пов'язаних із ним навичок. Більшість оціночних шкал відповідає класифікації вербальних дій, запропонованій Б. Ф. Скіннером, зокрема ехоповедінці, манд-реакціям, такт-реакціям та інтравербальним реакціям. Окрім цього, оцінюються стандартні лінгвістичні показники, такі як середня довжина висловлювання, словниковий запас, використання різноманітних синтаксичних і граматичних структур (автоклітів), а також навички слухача й візуального сприймання. Методика також передбачає вимірювання показників вокальних висловлювань, ігрових навичок та соціалізації.

Дані за шкалами структуровано відповідно до послідовності розвитку та розподілено на три рівні:

1) Рівень 1 включає 9 показників, згрупованих за складністю таким чином, щоб приблизно відповідати рівню розвитку академічних і мовленнєвих навичок дитини з типовим розвитком віком від 0 до 18 місяців.
2) Рівень 2 охоплює 12 показників, які відповідають рівню розвитку академічних і мовленнєвих навичок дитини з типовим розвитком віком від 18 до 30 місяців.
3) Рівень 3 містить 13 показників, релевантних для вікового діапазону від 30 до 48 місяців.

Окремі показники представлені на кожному з рівнів (зокрема манд, такт та поведінка слухача), тоді як інші з'являються лише на певних, релевантних етапах розвитку: лепет – на рівні 1; інтравербальні реакції та розрізнення за функцією, характеристикою і категорією (LRFFC) – на рівнях 2 і 3; навички читання, письма та елементарні математичні навички – на рівні 3.

Показники шкал є взаємно збалансованими, тобто результат у 5 балів за шкалою «манд» на рівні 1 приблизно відповідає результату у 5 балів за шкалами «такт», «ехо-навички» та «поведінка слухача» на цьому ж рівні розвитку.

Зазначена модель застосовується на всіх етапах тестування за VB-MAPP, за винятком періоду дуже раннього розвитку (від 0 до 6 місяців), коли ігрові, соціальні та візуально-перцептивні навички формуються раніше, ніж ехоповедінка, імітація та такт-навички. У зв'язку з цим результати оцінювання дітей раннього віку можуть виглядати менш збалансованими. Спроби прямого зіставлення процесів формування навичок у дітей з типовим розвитком і дітей із мовленнєвими порушеннями слід розглядати як умовні, оскільки темпи розвитку є індивідуально варіативними, а відмінності у рівнях мовленнєвого розвитку, особливо в інтравербальних, соціальних та академічних навичках, можуть бути суттєвими.

Після досягнення дитиною критеріїв певної віхи розвитку важливо розуміти, що навчання не завершується. Навпаки, відповідна навичка потребує подальшого ускладнення та генералізації.

В методиці VB-MAPP передбачено дві основні форми оцінювання сформованості мовленнєвих і пов'язаних із мовленням навичок:

1. Формальне тестування (ФТ)

Формальне тестування передбачає пред'явлення дитині чітко визначеного завдання та фіксацію результату у вигляді реакції дитини. Основною метою формального тестування є встановлення факту сформованості конкретної навички на момент оцінювання.

2. Спостереження (СП)

Спостереження полягає у фіксації появи або відсутності навички в природних для дитини ситуаціях без надання спеціалістом будь-якого формального стимулу. Для цього виду оцінювання не встановлюються жорсткі часові рамки, що дозволяє врахувати індивідуальні особливості поведінки дитини в повсякденному середовищі.

Поєднання цих форм дозволяє отримати більш повну й екологічно валідну картину розвитку дитини.

У контексті порівняльного аналізу індивідуального та групового формату втручання із застосуванням елементів ESDM, VB-MAPP виконує низку важливих функцій:

- поглиблена оцінка функціональної комунікації, зокрема ініціації, запитів та соціально зумовлених мовленнєвих актів;

- виявлення бар'єрів навчання, які можуть по-різному проявлятися в індивідуальному та груповому форматі;

- аналіз готовності до групової взаємодії, що є критично значущим для дітей, які відвідують інклюзивні ЗДО;

- порівняння траєкторій розвитку в залежності від освітнього середовища.

Особливо важливим для нашого дослідження є те, що VB-MAPP дозволяє структуровано оцінити ті аспекти розвитку, які безпосередньо пов'язані з соціальною мотивацією та функціональним використанням комунікації, що концептуально узгоджується з теоретичними положеннями ESDM.

У запропонованій авторській структурі психодіагностики методика VB-MAPP інтегрується передусім у два взаємопов'язані функціональні блоки: соціально-комунікативний та поведінково-регуляторний. В рамках соціально-комунікативного блоку VB-MAPP забезпечує структуровану оцінку сформованості вербальної поведінки, навичок взаємодії, ініціації та підтримки комунікації, що дозволяє визначити функціональний рівень використання мовлення в різних соціальних контекстах. У поведінково-регуляторному блоці методика надає можливість аналізу особливостей навчальної поведінки, саморегуляції та реакцій дитини в умовах організованої діяльності.

Використання VB-MAPP у поєднанні з ESDM Curriculum Checklist дозволяє поєднати розвиткову та функціонально-поведінкову логіку оцінювання. Така інтеграція забезпечує зіставлення розвитку навичок відповідно до онтогенетичної послідовності (ESDM) із аналізом їх функціонального використання та операціоналізації в поведінці дитини (VB-MAPP). У результаті підвищується валідність отриманих діагностичних даних, зменшується ризик однобічної інтерпретації результатів та формується багатовимірний профіль розвитку дитини, який відображає як актуальний рівень сформованості навичок, так і їхню функціональну значущість у процесі взаємодії та навчання.

Включення методики VB-MAPP до психодіагностичного комплексу дослідження обумовлено її діагностичними та аналітичними можливостями. Зазначений інструмент характеризується високою чутливістю до кількісних і якісних змін у розвитку дитини,

чим забезпечує фіксацію поступових, розвитково значущих зрушень у формуванні комунікативних і пов’язаних із ними поведінкових навичок. Структурованість показників оцінювання дозволяє здійснювати детальну диференціацію рівнів сформованості навичок та відстежувати їхню динаміку в процесі втручання.

Методика VB-MAPP також створює методологічні передумови для проведення порівняльного аналізу показників розвитку дітей, залучених до різних форматів психолого-педагогічного втручання, що відповідає завданням експериментального дослідження. Її використання є концептуально узгодженим із положеннями ESDM, оскільки обидва підходи ґрунтуються на розвитковій послідовності формування навичок та враховують функціональні характеристики поведінки дитини.

Отже, в межах даного дослідження VB-MAPP виконує функцію інструмента деталізації та уточнення психодіагностичних даних, доповнюючи розвитково-орієнтований підхід ESDM і розширюючи аналітичні можливості констатувального етапу експерименту.

2.2.3 Sensory Profile (W. Dunn) як інструмент оцінювання сенсорної обробки та поведінкової регуляції у дітей з РАС.

Sensory Profile є стандартизованим психодіагностичним інструментом, розробленим В. Данн у методі сенсорно-інтегративного підходу, який ґрунтується на нейропсихологічних та поведінкових моделях обробки сенсорної інформації. Методика широко використовується у клінічній, освітній та дослідницькій практиці для оцінювання індивідуальних особливостей сенсорної реактивності дітей, зокрема з розладами аутистичного спектра.

У межах даного дослідження Sensory Profile розглядається як ключовий інструмент оцінки поведінково-регуляторного компонента розвитку, котрий є значущим для аналізу ефективності різних форматів раннього втручання (індивідуального та групового) із використанням елементів Денверської моделі раннього втручання.

Теоретичною основою методики Sensory Profile є концепція сенсорної обробки, розроблена W. Dunn, яка ґрунтується на уявленні про індивідуальні відмінності у взаємодії нервової системи дитини з сенсорним середовищем. В рамках цієї концепції

сенсорна поведінка розглядається як результат взаємодії двох базових параметрів: порогу сенсорної чутливості та стратегій поведінкової відповіді.

Перший параметр – поріг сенсорної чутливості – відображає інтенсивність сенсорного стимулу, необхідного для виникнення реакції з боку нервової системи, і може бути високим або низьким. Другий параметр – стратегії поведінкової відповіді – характеризує спосіб, у який дитина регулює власну взаємодію з сенсорним середовищем, і проявляється у пасивних або активних формах реагування. Поєднання зазначених параметрів утворює чотири відносно стабільні патерни сенсорної обробки:

1) Низька реєстрація (Low Registration) поєднує високий поріг сенсорної чутливості з пасивними стратегіями поведінкової відповіді та проявляється у зниженій помітності сенсорних стимулів, повільних реакціях і потребі в інтенсивнішому сенсорному впливі.
2) Сенсорний пошук (Sensation Seeking) також пов’язаний із високим порогом чутливості, проте супроводжується активними стратегіями поведінки, що зумовлює прагнення дитини до інтенсивних, різноманітних або повторюваних сенсорних стимулів.
3) Сенсорна чутливість (Sensory Sensitivity) формується за умов низького порогу сенсорної чутливості та пасивних стратегій реагування і характеризується швидким перевантаженням сенсорними стимулами, підвищеною реактивністю та труднощами з концентрацією уваги.
4) Сенсорне уникання (Sensation Avoiding) також пов’язане з низьким порогом чутливості, однак поєднується з активними стратегіями поведінкової відповіді, що проявляється у свідомому або несвідомому униканні сенсорних впливів, регуляції середовища та обмеженні сенсорного навантаження.

Запропонована модель дозволяє розглядати сенсорні особливості як індивідуальний стиль сенсорної обробки, який формується у взаємодії біологічних механізмів і середовищних чинників. Такий підхід має принципове значення для дослідження розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, оскільки сенсорні патерни безпосередньо впливають на навчальну поведінку, рівень саморегуляції, участь у соціальній взаємодії та ефективність психолого-педагогічного втручання.

У контексті раннього втручання та реалізації розвитково-орієнтованих програм, зокрема з використанням елементів ESDM, концепція В. Данн створює теоретичне підґрунтя для інтерпретації індивідуальних відмінностей у реагуванні дітей на освітнє середовище та дозволяє адаптувати умови навчання відповідно до їх сенсорно-регуляторних можливостей.

Дана методика має структуру опитувальника та призначена для непрямого оцінювання особливостей сенсорної обробки дитини в умовах повсякденного життя. Опитувальники заповнюються батьками та/або педагогами, які мають можливість тривалого спостереження за дитиною в різних ситуаціях, що забезпечує високу екологічну валідність отриманих даних.

Структура методики охоплює оцінювання реакцій дитини на сенсорні стимули в межах основних сенсорних модальностей, зокрема: тактильної, вестибулярної, пропріоцептивної, зорової, слухової та орально-сенсорної. Аналіз кожної модальності дозволяє виявити індивідуальні особливості сенсорної чутливості, сенсорного пошуку або уникання, а також специфіку регуляції поведінки у відповідь на сенсорні впливи.

Окрім оцінювання реакцій окремих сенсорних систем, методика передбачає аналіз інтегративних показників функціонування дитини. Зокрема, розглядаються поведінкові реакції, пов’язані з сенсорним навантаженням, які можуть проявлятися у формі уникання діяльності, надмірної рухової активності або зниження залученості. Важливим компонентом є також оцінювання емоційної регуляції, що відображає здатність дитини підтримувати емоційну стабільність у ситуаціях сенсорного перевантаження або змін середовища.

Структура Sensory Profile дозволяє оцінити адаптивні можливості дитини в умовах змінних вимог середовища, зокрема її здатність пристосовуватися до нових сенсорних умов, переходів між видами діяльності та варіативних соціальних ситуацій. Окрему увагу приділено аналізу витривалості до групових і структурованих активностей, яка виступає важливим показником готовності дитини до участі в освітньому процесі, особливо в умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти.

У нашому експериментальному дослідженні Sensory Profile виконує функцію інструмента аналізу сенсорно-регуляторних чинників, які опосередковують участь

дитини в освітньому процесі та визначають ефективність різних форматів втручання. Зокрема, методика дозволяє ідентифікувати особливості сенсорної обробки, які впливають на залученість дитини до групових рутин, виконання спільних завдань і дотримання структурованих вимог освітнього середовища.

Отримані за допомогою Sensory Profile дані дають змогу пояснити поведінкові труднощі, які виникають у ситуаціях переходів між видами діяльності, очікування, необхідності дотримання черговості або взаємодії з ровесниками. Аналіз сенсорних профілів дозволяє диференціювати поведінкові прояви, зумовлені сенсорним перевантаженням або недостатньою сенсорною стимуляцією, від труднощів, пов’язаних із дефіцитами соціально-комунікативного розвитку.

Особливу діагностичну цінність методика має для аналізу індивідуальних відмінностей у реагуванні дітей на соціально насичене середовище. Це є принципово важливим у контексті порівняння індивідуального та комбінованого форматів втручання, оскільки дозволяє оцінити готовність дитини до участі в групових формах навчання та прогнозувати можливі труднощі адаптації до умов інклюзивного дошкільного середовища.

У запропонованій авторській структурі психодіагностики методика Sensory Profile інтегрується насамперед до поведінково-регуляторного компонента, оскільки дозволяє оцінити особливості сенсорної обробки, які визначають рівень саморегуляції дитини, її поведінкові реакції на сенсорне навантаження та здатність до підтримання залученості в діяльність. Частково методика включається також до соціально-комунікативного компонента, оскільки індивідуальні особливості сенсорної чутливості безпосередньо впливають на характер соціальної взаємодії, толерантність до присутності інших дітей, участь у спільній діяльності та реагування на соціально насичене середовище.

Дані, отримані за допомогою Sensory Profile, використовуються для інтерпретації поведінкових реакцій дитини в процесі психодіагностики, що дозволяє розмежувати труднощі, зумовлені сенсорними чинниками, та прояви, пов’язані з особливостями соціально-комунікативного або навчального розвитку. Результати методики також слугують підґрунтям для уточнення причин труднощів у груповій взаємодії, зокрема в

ситуаціях спільної діяльності, переходів між активностями та дотримання групових правил.

Крім того, сенсорний профіль дитини використовується для адаптації освітнього середовища та педагогічних стратегій, це відповідає принципам індивідуалізації втручання в умовах раннього втручання та інклюзивного дошкільного середовища. У контексті експериментального дослідження результати Sensory Profile також дозволяють пояснити варіативність ефективності втручання та інтерпретувати індивідуальні відмінності в динаміці розвитку дітей, залучених до різних форматів психолого-педагогічного впливу.

Включення методики Sensory Profile до психодіагностичного комплексу дослідження зумовлено її методичними та діагностичними характеристиками. Зокрема, інструмент відзначається високою екологічною валідністю, оскільки оцінювання ґрунтується на спостереженні за поведінкою дитини в реальних життєвих і освітніх ситуаціях. Методика є чутливою до індивідуальних відмінностей сенсорної обробки, що дозволяє виявляти специфічні патерни реагування дитини на сенсорне навантаження, які не завжди фіксуються в умовах стандартизованого тестування.

Методика є концептуально сумісною з принципами ESDM, зокрема з положеннями щодо адаптації середовища та навчальних стратегій відповідно до індивідуальних потреб дитини.

Таким чином, в межах даного дослідження Sensory Profile виконує функцію інструмента поглибленого аналізу сенсорно-регуляторних механізмів розвитку, що дозволяє встановити взаємозв’язок між індивідуальними особливостями сенсорної обробки та ефективністю індивідуального й групового форматів раннього втручання.

2.2.4 ESDM Fidelity Checklist як інструмент оцінки якості впровадження моделі.

Важливою складовою комплексної психодіагностики в межах експериментального впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання є оцінка не лише розвитку дитини, а й якості реалізації самої моделі у практичному середовищі. Такий підхід відповідає сучасним методологічним вимогам до досліджень ефективності психолого-педагогічних втручань, які передбачають обов’язковий контроль процесуальних змінних, зокрема дотримання принципів і процедур моделі втручання.

З цією метою у дослідженні використовується ESDM Fidelity Checklist – стандартизований інструмент оцінювання дотримання ключових принципів та процедур ESDM у процесі взаємодії з дитиною.

На відміну від інструментів, спрямованих безпосередньо на оцінку навичок дитини, Fidelity Checklist дозволяє здійснити об'єктивний аналіз професійної діяльності фахівця, зокрема рівня відповідності його дій методологічним засадам ESDM. Це є надзвичайно важливим у контексті підтвердження того, що зафіксовані зміни в розвитку дитини можуть бути пов'язані саме з якісним впровадженням моделі, а не з випадковими або зовнішніми чинниками. Даний інструмент спрямований на систематичну фіксацію того, наскільки повно та коректно реалізуються основні компоненти моделі у процесі взаємодії з дитиною, зокрема розвиткова орієнтація втручання, якість емоційної взаємодії, використання природних навчальних можливостей, баланс між ініціативою дитини та структурою заняття, а також чутливість до індивідуальних сигналів і потреб дитини.

Використання ESDM Fidelity Checklist в процедурі нашого експерименту створює підґрунтя для підтвердження того, що зафіксовані позитивні зміни у розвитку дитини можуть бути інтерпретовані як результат системного та якісного впровадження моделі, а не як наслідок спонтанного розвитку чи несистематизованих впливів. Таким чином, даний інструмент виконує функцію контролю методологічної цілісності дослідження та підсилює наукову аргументованість висновків щодо ефективності застосування елементів Денверської моделі раннього втручання в індивідуальному та груповому форматах.

Структура чеклиста побудована таким чином, щоб забезпечити системний аналіз ключових компонентів моделі та їх реалізації в реальному освітньо-терапевтичному середовищі. Оцінювання здійснюється на основі чітко визначених поведінкових індикаторів, що підвищує об'єктивність і відтворюваність результатів.

До основних параметрів, які підлягають оцінюванню, належать, насамперед, якість встановлення та підтримки позитивної соціальної взаємодії між фахівцем і дитиною, що розглядається як базова умова ефективності втручання в межах ESDM. Важливим показником є також здатність фахівця слідувати ініціативі дитини, підтримувати її

інтерес і внутрішню мотивацію до взаємодії, не порушуючи при цьому розвиткової логіки навчання.

Окрему групу критеріїв становлять показники, котрі відображають використання натуралістичних стратегій навчання у грі та повсякденних рутинах. Йдеться про інтеграцію навчальних цілей у природні для дитини ситуації, яка забезпечує функціональність і генералізацію сформованих навичок. У цьому контексті також оцінюється організація ефективних соціальних циклів взаємодії, які передбачають чергування ініціативи дитини та відповідних реакцій дорослого.

Важливими складовими структури ESDM Fidelity Checklist є показники, пов'язані із застосуванням ієрархії підказок, з перевагою мінімально необхідної допомоги, а також своєчасного та природного підкріплення комунікативних і соціальних проявів дитини. Ці параметри дозволяють оцінити, наскільки дії фахівця сприяють самостійності дитини та підтримують розвиток її ініціативної поведінки.

Крім того, чеклист передбачає оцінювання інтеграції індивідуальних навчальних цілей у реальні ситуації взаємодії, і це відображає відповідність практичної роботи фахівця індивідуальній програмі розвитку та її розвитковій спрямованості.

Оцінювання кожного параметра здійснюється за бальною шкалою, яка дозволяє визначити рівень фіделіті – тобто ступінь відповідності реалізації втручання принципам ESDM – у діапазоні від недостатнього до оптимального. Така структура ESDM Fidelity Checklist забезпечує можливість кількісного та якісного аналізу процесу впровадження моделі й створює надійне підґрунтя для контролю методологічної якості експериментального дослідження.

Результати оцінювання за ESDM Fidelity Checklist використовуються для визначення рівня готовності педагогів і міждисциплінарної команди закладу дошкільної освіти до впровадження елементів ESDM у щоденну освітню практику. Це включає аналіз індивідуальних професійних умінь фахівців та організаційних умов, які підтримують або обмежують сталість і якість реалізації моделі.

У груповому форматі втручання особлива увага в процесі оцінювання фіделіті приділяється таким аспектам, як управління соціальною динамікою групи, здатність фахівця підтримувати ініціативу кількох дітей одночасно, організація чергування та

спільної діяльності, а також забезпечення індивідуалізації навчальних цілей в процесі групової взаємодії. Оцінювання цих параметрів дозволяє встановити, наскільки ефективно принципи ESDM можуть бути реалізовані в умовах інклюзивного групового середовища без втрати методологічної цілісності моделі.

У структурі констатувального експерименту ESDM Fidelity Checklist виконує низку принципово важливих методологічних функцій, чим забезпечують наукову коректність і внутрішню валідність дослідження. Передусім, інструмент слугує засобом контролю якості впровадження втручання, підтверджуючи, що елементи ESDM реалізуються відповідно до науково обґрунтованих принципів, процедур і стандартів моделі.

Другою ключовою функцією ESDM Fidelity Checklist є забезпечення валідності експериментальних результатів, оскільки отримані показники розвитку дитини можуть бути інтерпретовані у зв'язку з рівнем якості реалізації втручання. Це дозволяє співвіднести динаміку змін у розвитку дітей не тільки з самим фактом участі у втручанні, а й з мірою відповідності практичної роботи фахівців методологічним засадам ESDM.

Окрім дослідницьких завдань, ESDM Fidelity Checklist виконує практико-орієнтовану функцію, оскільки результати оцінювання можуть бути використані для визначення напрямів професійного розвитку педагогів і фахівців інклюзивного закладу дошкільної освіти, удосконалення командної взаємодії та оптимізації умов впровадження моделі у щоденну практику.

Отже, у запропонованій авторській структурі психодіагностики ESDM Fidelity Checklist виступає системоутворювальним інструментом, який інтегрує оцінювання розвитку дитини, характеристик середовища та якості професійної взаємодії в єдину логіку експериментального дослідження та забезпечує методологічну цілісність отриманих результатів.

Таким чином, психодіагностичний інструментарій дослідження сформовано як цілісну, методологічно узгоджену систему взаємодоповнювальних методик, спрямованих на комплексне вивчення розвитку дитини з розладами аутистичного спектра та умов реалізації раннього втручання. ESDM Curriculum Checklist використовується як розвитково-орієнтований інструмент оцінювання актуального

рівня сформованості навичок і планування індивідуальних цілей втручання. VB-MAPP забезпечує функціонально-поведінкову деталізацію мовленнєвого та суміжного розвитку, дозволяє фіксувати динаміку змін і здійснювати порівняльний аналіз результатів за різних форматів втручання. Методика Sensory Profile доповнює оцінювання аналізом сенсорно-регуляторних механізмів, які опосередковують поведінку, навчальну залученість і адаптацію дитини до індивідуального та групового середовища. Водночас ESDM Fidelity Checklist виконує функцію контролю якості впровадження моделі, забезпечуючи процесуальну валідність дослідження та можливість інтерпретації результатів розвитку дитини у зв'язку з рівнем методичної відповідності реалізації втручання. Сукупне застосування зазначених інструментів забезпечує багатовимірний аналіз розвитку дитини, характеристик середовища та якості професійної взаємодії, що підвищує наукову обґрунтованість і аналітичний потенціал експериментального дослідження.

2.3. Характеристика вибірки та організація емпіричного дослідження.

Експериментальне дослідження здійснювалося на базі двох філій «Дитячого клубу-садку Вікторії Міронової», розташованих у місті Києві, які функціонують як інклюзивні освітні середовища з інтегрованими елементами програм раннього втручання. А також проводилися на базі Центру логопедії, раннього втручання та психологічної допомоги «Пелюстки» (м. Київ), який здійснює психолого-педагогічний супровід дітей раннього та дошкільного віку з особливими освітніми потребами.

Зазначені освітні та реабілітаційні майданчики забезпечували можливість реалізації дослідження в умовах реальної практики раннього втручання, поєднуючи індивідуальні та групові формати роботи, міждисциплінарний підхід і адаптацію середовища відповідно до потреб дітей з розладами аутистичного спектра. Такий контекст сприяв підвищенню екологічної валідності дослідження, а також дозволив аналізувати особливості впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання в різних організаційних умовах.

Вибірку експериментального дослідження становили 38 дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра або з підозрою на РАС, залучені до освітнього процесу та програм раннього втручання в умовах закладів дошкільної освіти. Вік учасників дослідження становив 12 – 48 місяців, що відповідає ранньому та молодшому дошкільному періодам розвитку і є методологічно релевантним для аналізу ефективності реалізації Денверської моделі раннього втручання в індивідуальному та комбінованому форматах. Формування вибірки здійснювалося відповідно до визначених критеріїв включення та виключення, із обов'язковим отриманням інформованої згоди батьків або законних представників дітей.

З метою реалізації завдань порівняльного аналізу учасників було розподілено на дві групи залежно від формату впровадження ESDM. До групи індивідуального втручання (ESDM-IND) увійшли 16 дітей, які отримували корекційно-розвиткову допомогу виключно у форматі індивідуальних занять за моделлю ESDM. Групу комбінованого втручання (ESDM-IND+ЗДО) склали 22 дитини, які поєднували індивідуальні заняття ESDM з відвідуванням інклюзивного закладу дошкільної освіти, у якому в освітній процес були інтегровані елементи Денверської моделі раннього втручання.

Розподіл учасників на групи здійснювався з дотриманням принципу порівнюваності груп на старті дослідження з урахуванням віку, статі та базових показників розвитку, визначених за результатами первинної діагностики із застосуванням ESDM Curriculum Checklist, VB-MAPP, Sensory Profile (W. Dunn). Такий підхід дозволив мінімізувати вплив вихідних індивідуальних відмінностей дітей на результати порівняльного аналізу та підвищити внутрішню валідність експериментального дизайну.

У загальній вибірці переважали хлопчики – 29 дітей (76,3%), дівчаток було 9 (23,7%), що відповідає типовому статевому розподілу при розладах аутистичного спектра у ранньому віці. У групі ESDM-IND було 12 хлопчиків та 4 дівчаток, у групі ESDM-IND+ЗДО – 17 хлопчиків та 5 дівчаток.

Участь дітей у дослідженні передбачала регулярну включеність у відповідний формат втручання та достатній рівень відвідування занять, що забезпечувало можливість коректного аналізу динаміки розвитку. У процесі реалізації дослідницького протоколу додатково фіксувалися індивідуальні особливості розвитку дітей, зокрема

сенсорні характеристики та рівень саморегуляції, які могли впливати на ефективність засвоєння навичок і враховувалися при інтерпретації отриманих результатів.

До вибірки експериментального дослідження включалися діти, які відповідали сукупності заздалегідь визначених критеріїв, які забезпечували однорідність вибірки, можливість простеження динаміки розвитку та методологічну коректність інтерпретації результатів:

1) Вік дитини на момент первинного психодіагностичного оцінювання становив від 12 до 48 місяців, що відповідає періоду раннього та молодшого дошкільного віку. Саме цей віковий діапазон є найбільш чутливим до впливів програм раннього втручання та критично важливим для формування базових соціально-комунікативних, регуляторних і навчальних навичок.

2) Обов’язковою умовою включення була наявність діагностованого розладу аутистичного спектра або клінічно обґрунтованої підозри на РАС, підтвердженої результатами клінічного спостереження, висновками фахівців та/або даними скринінгових і діагностичних інструментів. Такий підхід відповідає сучасній практиці раннього виявлення аутистичних проявів і дозволяє залучати до дослідження дітей на різних етапах діагностичного маршруту.

3) До вибірки включалися діти, які регулярно брали участь у програмі раннього втручання з використанням елементів Денверської моделі раннього втручання – в індивідуальному форматі (заняття «один на один») або в комбінованому форматі, який поєднував індивідуальні заняття з відвідуванням інклюзивного закладу дошкільної освіти, де інтегрувалися принципи та стратегії ESDM. Це забезпечувало можливість аналізу впливу моделі в різних організаційних умовах.

4) Важливим критерієм було забезпечення мінімально необхідної інтенсивності втручання, визначеної протоколом дослідження. Зокрема, враховувалися частота та тривалість індивідуальних занять, а також відповідність змісту освітньо-терапевтичної роботи ключовим принципам ESDM, що контролювалося за допомогою спеціалізованого інструмента оцінювання фіделіті.

5) Обов'язковим критерієм включення була можливість проведення повторних психодіагностичних оцінювань із використанням стандартизованого комплексу

методик, зокрема ESDM Curriculum Checklist, VB-MAPP, методики Sensory Profile (W. Dunn), а також ESDM Fidelity Checklist. Це дозволяло здійснювати аналіз індивідуальної та групової динаміки розвитку дітей у процесі втручання.

6) Обов'язковою умовою участі у дослідженні була також наявність інформованої письмової згоди батьків або законних представників дитини на її участь у дослідженні, проведення психодіагностичних процедур та, за потреби, відеофіксацію взаємодії в освітньо-терапевтичному процесі. Дотримання цього критерію забезпечувало відповідність дослідження етичним нормам і чинному нормативно-правовому регулюванню у сфері освіти та захисту прав дитини.

Із вибірки експериментального дослідження виключалися діти, участь яких не відповідала методологічним, організаційним або етичним вимогам дослідження, зокрема у таких випадках:

1) Підставою для виключення була наявність нестабільного соматичного або неврологічного стану дитини, який унеможливлював її регулярну участь у заняттях, проведення систематичних спостережень та повторних психодіагностичних оцінювань. До таких станів належали гострі або декомпенсовані соматичні захворювання, часті госпіталізації, а також неврологічні порушення у фазі загострення.
2) З дослідження виключалися діти з тяжкими сенсорними, моторними або неврологічними порушеннями, які потребували застосування вузькоспеціалізованих протоколів корекційно-реабілітаційного втручання. Наявність таких порушень обмежувала можливість коректного використання обраного психодіагностичного інструментарію та ускладнювала порівняльний аналіз результатів в межах запропонованого дослідницького дизайну.
3) Критерієм виключення були систематичні пропуски занять, що призводило до порушення мінімально необхідної інтенсивності втручання, визначеної протоколом дослідження. У таких випадках неможливо було забезпечити достатній рівень впливу програми раннього втручання для аналізу її ефективності.

4) Участь дитини у дослідженні припинялася у разі переривання втручання до завершення мінімального періоду спостереження, необхідного для аналізу динаміки розвитку. Зокрема, це стосувалося випадків, коли через об'єктивні обставини (переїзд родини, зміна місця проживання, безпекові чинники воєнного часу) не було можливості провести повторне психодіагностичне оцінювання з використанням визначеного комплексу методик.
5) У разі наявності паралельного інтенсивного втручання поза межами закладу дошкільної освіти, яке суттєво відрізнялося за форматом, частотою або обсягом від програми втручання, передбаченої протоколом дослідження. Зокрема, йшлося про випадки систематичного отримання високої інтенсивності індивідуальних занять, альтернативних або несумісних з принципами ESDM підходів, що могло істотно впливати на динаміку розвитку дитини. Виключення таких випадків було зумовлене необхідністю мінімізації впливу зовнішніх неконтрольованих змінних та забезпечення коректності порівняльного аналізу результатів, отриманих протягом індивідуального та групового форматів втручання з використанням елементів Денверської моделі раннього втручання.
6) Безумовною підставою для виключення дитини з дослідження було відкликання інформованої згоди батьками або законними представниками, що відповідало принципам добровільності участі та дотримання етичних стандартів психолого-педагогічних досліджень.

Застосування зазначених критеріїв виключення дозволило забезпечити методологічну коректність, внутрішню валідність і надійність отриманих результатів, а також відповідність дослідження етичним і нормативно-правовим вимогам.

Психолого-педагогічне дослідження за участю дітей раннього та дошкільного віку з розладами аутистичного спектра потребувало суворого дотримання етичних принципів і чинних нормативно-правових вимог, які регламентують наукову та практичну діяльність у сфері освіти й охорони дитинства.

З огляду на вік учасників, особливості їхнього психофізичного розвитку та умови реалізації дослідження, ключового значення набули принципи добровільності участі, пріоритету інтересів дитини, інформованої згоди батьків або законних представників, а

також забезпечення конфіденційності та безпеки отриманих даних. Усі етапи дослідно-експериментальної роботи здійснювалися відповідно до положень національного законодавства України та міжнародних документів, які визначають стандарти етичного проведення досліджень із залученням дітей з особливими освітніми потребами.

Проведення емпіричних досліджень за участі дітей дошкільного віку з РАС вимагає особливої уваги до дотримання етичних стандартів, оскільки ця категорія респондентів належить до вразливих груп.

Ключовим етичним принципом є добровільна інформована згода законних представників дитини. В представленому дослідженні інформована згода розглядалася нами і як юридична формальна процедура, і як процес побудови довіри між дослідником, родиною та освітнім оточенням дитини.

Інформована згода ґрунтується на поєднанні трьох ключових компонентів: інформованості, добровільності та усвідомленості, кожен з яких має бути забезпечений у повному обсязі.

1. Інформованість батьків (законних представників).

Батьки або законні представники дитини отримували розгорнуту інформацію про дослідження у формі, доступній для розуміння, без використання вузькоспеціалізованої термінології. Інформаційний супровід включав пояснення:

- наукової мети дослідження та його практичної значущості;
- логіки і структури психодіагностичних процедур;
- методів збору даних (спостереження, аналіз взаємодії, ігрові завдання);
- передбачуваної тривалості участі дитини;
- характеру навантаження та можливих реакцій дитини;
- способів використання отриманих результатів.

Особливо підкреслювалося, що дослідження не має на меті «перевірку», «оцінювання» чи «порівняння» дитини з нормативними зразками, а спрямоване на розуміння її індивідуального профілю розвитку та оптимізацію підтримки.

2. Добровільність участі.

Добровільність участі була забезпечена шляхом чіткого розмежування дослідницької діяльності та надання освітніх або корекційних послуг. Батькам пояснювалося, що:

- відмова від участі не впливає на доступ дитини до послуг ЗДО;

- участь у дослідженні не є умовою отримання додаткової підтримки;

- згода може бути відкликана на будь-якому етапі без пояснення причин.

Такий підхід дозволяв уникнути прихованого тиску, характерного для ситуацій, коли дослідження проводиться на базі освітнього закладу.

3. Усвідомленість рішення.

Принцип усвідомленості реалізовувався через діалогову форму отримання згоди. Батьки мали можливість ставити запитання щодо процедур і методів, обговорювати індивідуальні особливості своєї дитини, отримувати роз’яснення щодо можливих реакцій дитини та ознайомитися з прикладами завдань або форматів взаємодії. Таким чином, згода не обмежувалася підписанням документа, а формувалася як результат обґрунтованого і зваженого рішення.

4. Урахування позиції дитини (assent).

Попри те, що діти дошкільного віку юридично не надають інформованої згоди, у дослідженні було дотримано принципу assent – етичного врахування згоди або незгоди самої дитини на рівні поведінкових і невербальних сигналів. Це означало, що небажання брати участь не долалося жорстким примусом, обов'язково фіксувалися ознаки втоми, тривоги або перевантаження та процедура зупинялася або змінювалася відповідно до стану дитини. Таким чином, дитина визнавалася активним учасником процесу, а не об’єктом дослідження.

5. Принцип динамічної згоди.

В представленому дослідженні інформована згода розглядалася як динамічний процес, а не одноразова дія. Батьки регулярно інформувалися про перебіг дослідження, а умови участі могли коригуватися з урахуванням змін у стані дитини, її реакцій на процедури та змін у сімейних або освітніх обставинах.

Організація та реалізація емпіричного дослідження також ґрунтувалися на принципі ненашкодження та забезпечення психологічної безпеки дитини, який також є одним з

базових етичних положень усіх досліджень за участю дітей раннього та дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. Усі психодіагностичні процедури були інтегровані у звичні та передбачувані для дитини контексти життєдіяльності, зокрема ігрову діяльність, повсякденні рутини та взаємодію з добре знайомими дорослими. Такий підхід відповідає як принципам Денверської моделі раннього втручання, так і загальновизнаним етичним стандартам мінімізації психологічних ризиків у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами.

Дослідження не передбачало застосування інвазивних, стресогенних або потенційно травматичних методів. Оцінювання не здійснювалося в умовах жорсткого тестування, тиску на результат або ситуацій змагання, а також не включало порівняння дитини з іншими дітьми у її присутності. Усі процедури проводилися з урахуванням індивідуального темпу, актуального функціонального стану та емоційної готовності дитини до взаємодії.

Особлива увага приділялася уникненню дефіцитарної, стигматизувальної або оціночно-негативної риторики як у процесі безпосередньої роботи з дитиною, так і під час обговорення результатів з батьками або членами команди. Професійна комунікація базувалася на розвитку сильних сторін дитини, підтримці її ініціативи та позитивному підкріпленні досягнень, що відповідає розвитково-орієнтованій парадигмі раннього втручання.

У ході дослідження цілеспрямовано запобігалося формуванню у дитини досвіду неуспіху, фрустрації або підвищеної тривожності. У разі виявлення ознак емоційного перевантаження, втоми чи зниження регуляції процедура оцінювання коригувалася або переривалася. Таким чином, принцип психологічної безпеки реалізовувався як динамічний і практично втілений компонент дослідницького процесу, чим забезпечував гуманістичну спрямованість та етичну цілісність експериментального дослідження.

У процесі організації та проведення експериментального дослідження було забезпечено суворе дотримання принципів конфіденційності та анонімності персональних даних. Це відповідає етичним стандартам психолого-педагогічних

досліджень і чинним нормативно-правовим вимогам у сфері захисту інформації про дитину.

Усі отримані емпіричні дані оброблялися у знеособленому вигляді. Ідентифікаційна інформація про дітей та їхні родини (прізвища, імена, контактні дані, адреси проживання тощо) не включалася в тексти дисертаційної роботи, наукових публікацій, таблиць, додатків або статистичних звітів. Для представлення результатів дослідження використовувалися узагальнені показники та кодові позначення, що унеможливлювали ідентифікацію конкретної дитини чи родини.

Доступ до первинних психодіагностичних протоколів, індивідуальних карт спостереження та матеріалів оцінювання мали виключно дослідник, а також, за обґрунтованої необхідності, фахівці, безпосередньо залучені до реалізації програми раннього втручання та психолого-педагогічного супроводу дитини. Передача даних третім особам без згоди батьків або законних представників не здійснювалася.

У процесі організації та реалізації експериментального дослідження нами дотримувався принцип партнерської взаємодії з педагогічними працівниками закладів дошкільної освіти, що відповідає сучасним підходам до інклюзивної освіти та міждисциплінарної співпраці у сфері раннього втручання. Педагоги, асистенти вихователів та інші фахівці розглядалися не як рівноправні учасники освітнього процесу та професійні партнери дослідження.

Результати психодіагностичного оцінювання не використовувалися з контролюючою, інспекційною або атестаційною метою щодо професійної діяльності педагогів чи асистентів. Будь-які інтерпретації отриманих даних здійснювалися виключно в науково-дослідницькому та практико-орієнтованому контексті й не передбачали формування оціночних суджень про професійну компетентність працівників закладу.

Натомість результати діагностики розглядалися як ресурсний інструмент, спрямований на:

- поглиблення розуміння індивідуальних потреб, можливостей і труднощів розвитку дитини;

- оптимізацію освітніх і корекційно-розвиткових стратегій у інклюзивному середовищі;

- підвищення якості організації освітнього процесу та адаптації середовища відповідно до принципів Денверської моделі раннього втручання.

Такий підхід сприяв формуванню довірливої професійної взаємодії, зменшенню ризику опору з боку педагогів та підвищенню екологічної валідності дослідження. Реалізація принципу партнерства забезпечила інтеграцію результатів наукового аналізу у щоденну практику закладу дошкільної освіти та відповідала гуманістичній, розвитково-орієнтованій парадигмі сучасної інклюзивної освіти.

Таким чином, організація та проведення експериментального дослідження здійснювалися з дотриманням базових етичних принципів психолого-педагогічної науки, зокрема принципів ненашкодження, добровільності участі, інформованої згоди, конфіденційності та партнерської взаємодії з усіма учасниками освітнього процесу. Зазначені етичні та нормативно-правові засади забезпечили гуманістичну спрямованість дослідження, захист прав і психологічної безпеки дітей та створили методологічно надійні умови для отримання й інтерпретації емпіричних даних.

Водночас специфічні соціально-історичні умови реалізації дослідження, зумовлені повномасштабною війною в Україні, суттєво вплинули на процес формування вибірки, тривалість участі дітей у програмі втручання та динаміку дослідно-експериментальної роботи. У зв’язку з цим особливої уваги потребує аналіз особливостей формування вибірки в умовах воєнного часу.

Експериментальне дослідження проводилося в період 2022–2025 років в умовах повномасштабного збройного вторгнення в Україну, що зумовило низку об’єктивних обмежень у процесі формування та збереження вибірки. Зокрема, ми як дослідники, стикалися з випадками вибування учасників у зв’язку з вимушеними переїздами, внутрішньою та зовнішньою міграцією сімей, а також тимчасовим погіршенням безпекової ситуації в місті.

У зв’язку з цими обставинами експеримент не мав жорстко фіксованих календарних меж (від – до), а реалізовувався у форматі динамічного (відкритого) дизайну. Формування дослідницьких груп здійснювалося поступово: частина дітей брала участь

у дослідженні протягом одного періоду (наприклад, 2022–2023 рр.), тоді як інші учасники долучалися пізніше та проходили повний цикл спостереження у наступні часові інтервали.

Попри змінний календарний період участі, для всіх дітей, включених до аналізу, було забезпечено зіставні умови втручання, а саме:

1) однакову або порівнювану інтенсивність індивідуальних занять за моделлю ESDM;
2) єдиний підхід до структури занять, добору цілей і методів навчання відповідно до принципів ESDM;
3) фіксовану тривалість періоду спостереження для кожної дитини (визначену в тижнях/місяцях, а не календарними датами);
4) застосування однакового комплексу методик оцінювання на початковому та повторних етапах.

Таким чином, динамічний характер експериментального дизайну дозволив здійснювати порівняльний аналіз динаміки розвитку дітей, незважаючи на різні календарні терміни їх участі у дослідженні, та забезпечив методологічну коректність отриманих результатів в умовах соціальних і безпекових викликів воєнного часу.

Констатувальне обстеження було спрямоване на комплексне вивчення особливостей розвитку дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектра з урахуванням формату раннього втручання – індивідуального (один на один) та комбінованого в умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти із використанням елементів ESDM.

Процедура психодіагностики здійснювалася у кілька послідовних та взаємопов’язаних етапів, побудованих відповідно до розвиткової логіки Денверської моделі раннього втручання та завдань констатувального експерименту. Така поетапна організація забезпечувала системність збору емпіричних даних, їхню методологічну узгодженість та можливість подальшого аналізу індивідуальних і групових особливостей розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.

1. Перший етап – підготовчо-організаційний

На підготовчо-організаційному етапі здійснювався збір та первинний аналіз анамнестичних даних, включаючи інформацію про особливості раннього розвитку дитини, перебіг вагітності та пологів (за наявності відповідних даних), попередній досвід отримання психолого-педагогічної допомоги, а також дані щодо стану здоров'я, сенсорних та поведінкових особливостей.

Паралельно проводився аналіз психолого-педагогічної документації дитини, зокрема висновків інклюзивно-ресурсних центрів (за наявності), рекомендацій фахівців, індивідуальних програм розвитку та інших матеріалів, які характеризували корекційний та освітній маршрут дитини. Особлива увага приділялася уточненню умов навчання та формату отримуваного втручання – індивідуального або комбінованого, а також відповідності змісту занять принципам ESDM.

Важливою складовою цього етапу були первинні консультації з батьками та педагогами, які безпосередньо залучені до взаємодії з дитиною у повсякденному середовищі. Метою таких консультацій було уточнення особливостей соціальної взаємодії, комунікативної поведінки, рівня саморегуляції та адаптації дитини в різних контекстах (у домашньому середовищі, в інклюзивній групі, під час структурованих та неструктурованих активностей).

Отримана на цьому етапі інформація була використана для індивідуалізації подальшої психодіагностичної процедури, визначення оптимальних умов оцінювання, вибору адекватних стратегій взаємодії з дитиною та забезпечення психологічної безпеки в процесі подальших етапів дослідження.

2. Другий етап – натуралістичне спостереження.

Другий етап процедури психодіагностики передбачав натуралістичне, систематичне спостереження за поведінкою дитини в умовах природного освітнього середовища інклюзивного закладу дошкільної освіти. Даний етап був ключовим для отримання екологічно валідних даних щодо реального функціонування дитини у щоденних рутинах та соціальних контекстах.

Спостереження здійснювалося під час типових для дитини повсякденних активностей, зокрема вільної та структурованої гри, групових занять, переходів між видами діяльності, побутових ситуацій (прийом їжі, самообслуговування), а також у

процесі взаємодії з однолітками та дорослими. Такий підхід дозволяв зафіксувати поведінкові прояви дитини у різних ситуаціях соціального та сенсорного навантаження.

У процесі натуралістичного спостереження особлива увага приділялася соціально значущим формам поведінки, які мають принципове значення для розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. До них належали ініціація та підтримка соціальної взаємодії, прояви спільної уваги, здатність до моторної та соціальної імітації, комунікативні спроби (вербальні та невербальні), реакції на соціальні підказки з боку дорослих і ровесників, а також рівень саморегуляції та адаптації до змін у середовищі.

Отримані в ході спостереження дані фіксувалися у стандартизованих протоколах та використовувалися для уточнення результатів формалізованого оцінювання, співвіднесення поведінкових проявів дитини з даними психодіагностичних методик, а також для більш повного розуміння її індивідуального профілю розвитку в реальних умовах освітньо-терапевтичної взаємодії.

3. Третій етап – застосування структурованих психодіагностичних інструментів.

Третій етап процедури психодіагностики передбачав цілеспрямоване застосування стандартизованих та напівструктурованих діагностичних інструментів, спрямованих на комплексну оцінку розвитку дитини з урахуванням даних, отриманих на попередньому етапі натуралістичного спостереження. Використання структурованих методик дозволяло уточнити та систематизувати емпіричні спостереження, а також забезпечити порівнюваність результатів між окремими дітьми та групами.

На основі результатів натуралістичного спостереження здійснювалося заповнення ESDM Curriculum Checklist, що дало змогу визначити рівень сформованості соціально-комунікативних, когнітивних, ігрових та адаптивних навичок дитини відповідно до вікових етапів розвитку. Даний інструмент використовувався як розвитково-орієнтований показник актуального функціонального рівня дитини та як підґрунтя для подальшого аналізу динаміки розвитку в межах втручання.

Паралельно застосовувалися окремі розділи методики VB-MAPP, зокрема Оцінка віх розвитку та Бар'єри в навчанні, які дозволяли здійснити більш деталізовану функціонально-поведінкову характеристику мовленнєвих і суміжних навичок, а також виявити чинники, які потенційно обмежують ефективність навчання та соціальної

взаємодії. Використання зазначених розділів забезпечило можливість зіставлення розвиткової логіки ESDM із функціональною структурою навичок, що було важливим для інтерпретації результатів дослідження.

Окрім цього, для оцінки особливостей сенсорної обробки та регуляторних механізмів розвитку використовувалася методика Sensory Profile (W. Dunn), яка заповнювалася батьками та/або педагогами. Дані цієї методики дозволяли врахувати індивідуальні відмінності у реагуванні дитини на сенсорне та соціальне навантаження, оскільки це є значущим при аналізі участі дитини в групових формах взаємодії та навчання.

Застосування структурованих психодіагностичних інструментів здійснювалося у формі, максимально наближеній до природної взаємодії, з дотриманням принципів ненашкодження, індивідуалізації та підтримки ініціативи дитини. Отримані результати інтегрувалися з даними попередніх етапів і слугували основою для подальшого аналізу динаміки розвитку та порівняння індивідуального й змішаного форматів втручання.

Констатувальне обстеження проводилося протягом визначеного діагностичного періоду тривалістю від 2 до 4 тижнів для кожної дитини, це відповідало розвитково-орієнтованій логіці Денверської моделі раннього втручання та особливостям психодіагностики дітей раннього і дошкільного віку з розладами аутистичного спектра. У разі складнішого профілю розвитку або необхідності додаткового уточнення даних діагностичний період міг бути подовжений до 6 тижнів.

У зазначений період для кожної дитини проводилося від 4 до 6 сесій натуралістичного спостереження у природному освітньому середовищі. Тривалість однієї сесії становила в середньому 20 – 40 хвилин і залежала від віку дитини, її регуляторних можливостей та контексту взаємодії. Спостереження здійснювалися у різних видах діяльності для забезпечення фіксації стабільних поведінкових проявів, а не ситуативних реакцій.

Структуроване психодіагностичне оцінювання із застосуванням ESDM Curriculum Checklist, розділів методики VB-MAPP, а також Sensory Profile проводилося у 2 – 3 окремих сесіях, інтегрованих у ігрову взаємодію та повсякденні рутини дитини. Такий

формат дозволяв мінімізувати навантаження на дитину та підвищити достовірність отриманих результатів.

Повторні психодіагностичні оцінювання здійснювалися з інтервалом приблизно 12 тижнів, бо це відповідало циклам постановки, реалізації та перегляду індивідуальних цілей розвитку в межах ESDM. Зазначена періодичність забезпечувала можливість аналізу динаміки розвитку дитини та порівняння індивідуальних траєкторій змін залежно від формату втручання.

2.4. Оцінювання рівнів сформованості навичок.

З метою кількісного та якісного аналізу сформованості навичок когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів розвитку було розроблено уніфіковану шкалу оцінювання, яка ґрунтується на поєднанні розвиткової логіки ESDM та функціонального підходу VB-MAPP.

Кожна навичка, представлена в діагностичних інструментах (ESDM Curriculum Checklist, VB-MAPP), зазвичай оцінюється за трирівневою номінальною шкалою:

- «+» (плюс) – навичка сформована: дитина демонструє навичку спонтанно, стабільно, без підказок або з мінімальною природною підтримкою, з ознаками генералізації;

- «±» (плюс-мінус) – навичка частково сформована: навичка проявляється нестабільно, потребує підказок або підтримки, відсутня генералізація;

«–» (мінус) – навичка несформована: відповідна поведінка не спостерігається або викликається лише за умови інтенсивної допомоги.

Для можливості статистичної обробки даних та аналізу динаміки розвитку кожному позначенню було надано числове значення, які ми відобразили в таблиці 2.4.1.

Таблиця 2.4.1 Перехід до кількісної шкали

Позначення	Характеристика навички	Бал
–	Навичка несформована	**0**
±	Навичка частково сформована (проявляється нестабільно, з підказками, без генералізації)	**0,5**
+	Навичка сформована (стабільна, функціональна, з ознаками генералізації)	**1**

На наступному етапі нами проводився підрахунок сумарної кількості балів за всіма навичками, віднесеними до відповідного компонента (когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного або поведінково-регуляторного).

Далі нами передбачалася нормалізація отриманого показника шляхом співвідношення фактично набраної кількості балів до максимально можливої кількості балів даного компонента, що дозволяло виразити рівень сформованості у відсотковому значенні.

В даному дослідження рівні сформованості кожного компонента інтерпретувалися не лише з урахуванням абсолютної кількості сформованих навичок, але й відносно хронологічного віку дитини.

Такий підхід зумовлений розвитковою логікою використаних методик, у яких кожен рівень відповідає певному віковому етапу онтогенезу (1 – 4 роки). Відтак високий рівень сформованості навичок в межах нижчого рівня не розглядався як показник високого розвитку компонента загалом, якщо досягнутий рівень не відповідав віковим очікуванням дитини. Приклад наведений в Додатку.

Тобто розрахунок інтегральних показників розвитку окремих компонентів здійснювався з урахуванням хронологічного віку дитини та розвитку, закладеного у структурі використаних методик. Для кожного компонента враховувалися всі навички, котрі відповідають рівням розвитку до вікового рівня дитини включно.

Максимально можливий бал компонента визначався як сума балів за всі навички відповідних рівнів, а фактичний рівень розвитку розраховувався у відсотковому співвідношенні до цієї вікової норми. Такий підхід дозволив забезпечити коректну віково-нормативну інтерпретацію результатів, диференціювати якісну сформованість навичок та уникнути спотворення показників у дітей з нерівномірним профілем розвитку.

Відповідно до визначених порогових значень, отримані інтегральні показники інтерпретувалися як такі, що відповідають низькому, середньому або високому рівню сформованості компонента розвитку.

Застосування інтегральних показників забезпечило порівнянність результатів між дітьми з різною кількістю оцінюваних навичок, а також створило підґрунтя для аналізу

динаміки розвитку в процесі формувального експерименту та зіставлення ефективності різних форматів раннього втручання.

На основі інтегрального показника сформованості навичок кожного компонента розвитку було виокремлено три рівні, в залежності від отриманого відсотку від максимально можливого балу.

Таблиця 2.4.2 Критерії рівнів сформованості навички

Рівень сформованості	Критерій
Низький рівень	до **40 %** від максимально можливого балу
Середній рівень	**40–74 %** від максимально можливого балу
Високий (відносно сформований) рівень	**75%** і більше від максимально можливого балу

Такий високий відсоток порогового значення для віднесення розвитку до високого рівня обумовлено специфікою раннього віку та розвитку дітей з розладами аутистичного спектра, для яких часткова сформованість навичок не завжди означає їх функціональну стабільність та здатність до генералізації.

Рівень понад 75 % від максимально можливого балу свідчить про те, що більшість навичок:

- сформовані або наближені до сформованих;
- проявляються в різних контекстах;
- мають ознаки функціонального використання у повсякденній діяльності дитини.

2.5. Психологічний аналіз когнітивно-пізнавального компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.

Когнітивно-пізнавальний компонент розвитку дитини з РАС розглядається у даному дослідженні як системне утворення, яке забезпечує пізнання навколишнього світу, формування способів взаємодії з предметним і соціальним середовищем та становлення

готовності до навчання. В рамках авторської концепції когнітивно-пізнавальний компонент не ототожнюється з показниками інтелекту в традиційному психометричному розумінні, а аналізується з позицій функціонального розвитку в умовах раннього втручання.

У сучасних психологічних та нейропсихологічних дослідженнях когнітивний розвиток дитини раннього та дошкільного віку розглядається як процес, який формується у тісному взаємозв'язку з соціальною взаємодією та спільною діяльністю з дорослим. Відповідно до культурно-історичного підходу, когнітивні функції розвиваються в процесі інтеріоризації соціально опосередкованих дій, котрі реалізуються у спільній діяльності.

З позицій сучасної розвиткової психології та когнітивної науки, ключову роль у формуванні пізнавальних процесів відіграють спільна увага, наслідування та соціально опосередковане навчання. Як зазначає М. Томаселло, саме здатність дитини до участі у спільних намірах і розуміння дій іншого як цілеспрямованих є фундаментом подальшого розвитку мислення, мовлення та навчальної діяльності.

У дітей з розладами аутистичного спектра ці механізми зазнають якісних порушень. Дослідження S. J. Rogers та G. Dawson свідчать, що обмеження спільної уваги, знижена спонтанність наслідування та дефіцити соціального залучення призводять до специфічного профілю когнітивного розвитку, у якому відносно збережені окремі перцептивні або маніпулятивні навички поєднуються з труднощами формування гнучких пізнавальних стратегій та перенесення досвіду [145].

Саме тому в межах ESDM когнітивно-пізнавальний розвиток розглядається як результат інтеграції соціальної взаємодії, емоційного залучення та пізнавальної активності. Згідно з теоретичними положеннями ESDM, розвиток пізнавальних навичок у дітей з РАС відбувається найбільш ефективно за умови активної участі дитини у спільній діяльності, орієнтованій на її ініціативу, інтереси та зону найближчого розвитку.

У процесі розвитку дітей раннього та дошкільного віку поступово формується здатність переходити від безпосереднього сенсомоторного досвіду до більш складних форм пізнавальної діяльності, які включають орієнтацію на значущі властивості

предметів, передбачення результатів власних дій та використання досвіду для вирішення нових завдань. Для дітей з РАС цей процес має специфічний характер, зумовлений порушеннями спільної уваги, наслідування та соціального опосередкування пізнавальної діяльності, що безпосередньо впливає на темп і якість формування когнітивних навичок.

Оцінювання стану когнітивно-пізнавального компонента здійснювалося шляхом інтеграції даних ESDM Curriculum Checklist, окремих розділів VB-MAPP, а також результатів натуралістичного спостереження за поведінкою дитини у предметно-ігровій та соціальній взаємодії. Такий підхід дозволив і зафіксувати рівень сформованості окремих навичок, і проаналізувати цілісну картину функціонування когнітивно-пізнавального компонента, характерну для дітей з РАС у досліджуваній вибірці.

З метою операціоналізації когнітивно-пізнавального компонента розвитку було здійснено аналітичне зіставлення змісту навичок, представлених у використаних діагностичних інструментах. До даного компонента були віднесені ті пункти чек-листів, які відображають сформованість пізнавальної активності, предметної та ігрової взаємодії, а також когнітивних передумов навчання.

Зокрема, до когнітивно-пізнавального компонента були віднесені такі групи навичок:

– предметно-маніпулятивна та дослідницька гра;

– базові когнітивні операції (співвіднесення, сортування, причинно-наслідкові зв’язки);

– ранні форми функціональної та символічної гри.

Детальний перелік сфер із відповідними навичками подано у таблиці в Додатку.

На основі інтегральних показників, отриманих шляхом узагальнення даних ESDM Curriculum Checklist, відповідних розділів VB-MAPP та результатів натуралістичного спостереження, було здійснено аналіз рівня сформованості когнітивно-пізнавального компонента розвитку у дітей експериментальної вибірки на констатувальному етапі дослідження.

Для цього компонента інтегральний коефіцієнт складав наступні показники:

1) Для віку 12-23 місяці – 0,17
2) 24 – 35 місяців – 0,37
3) 36 – 47 місяців – 0,69
4) від 48 місяців – 1,09.

Згідно з визначеними критеріями, кожна дитина була віднесена до одного з трьох рівнів сформованості когнітивно-пізнавального компонента: низького, середнього або високого (відносно сформованого).

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що переважна більшість дітей з РАС на момент первинного обстеження демонстрували недостатній рівень сформованості когнітивно-пізнавальних навичок.

Зокрема:

- Низький рівень сформованості когнітивно-пізнавального компонента було виявлено у приблизно 83% дітей вибірки. Інтегральні показники варіювалися в межах низького рівня, коливаючись орієнтовно від 17% до 37% максимально можливого вікового показника.

- Середній рівень – у 10% дітей (лише 4 дитини), які набрали 40 – 42% від вікового критерія.

- Високий (відносно сформований) рівень – лише у 7% обстежених дітей (а саме, 3 дитини). При чому, високий рівень проявлявся на граничному порозі 75% від можливих балів.

Такий розподіл свідчить про нерівномірність та фрагментарність розвитку пізнавальних функцій у дітей з РАС раннього та молодшого дошкільного віку.

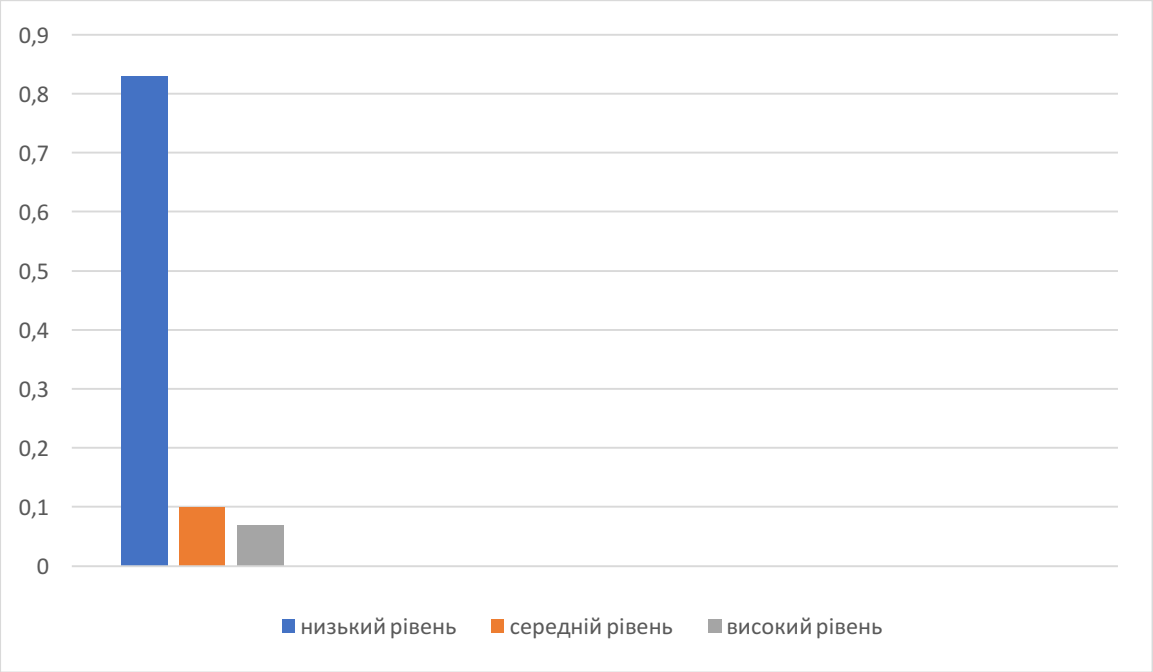


Рис. 2.5.1 Розподіл вибірки за рівнями когнітивно-пізнавального компоненту

За даними натуралістичного спостереження та інтегрованої оцінки (ESDM Curriculum Checklist + релевантні показники VB-MAPP), у більшості дітей найстійкіше проявлялися візуально-предметні та наочно-дійові когнітивні навички. До таких, як правило, належали:

- співставлення/підбір за зразком, підбір "однакових" предметів або карток;

- сортування за простими ознаками (колір/форма/розмір) на рівні базових категорій;

- функціональне використання предметів у маніпулятивній грі (катання машинки, відкривання/закривання, натискання кнопок, складання-розкладання);

- просте причинно-наслідкове навчання на іграшках із очевидним ефектом ("натиснув – загорілось/зазвучало", "потягнув – відкрилась кришка").

Ці прояви можна інтерпретувати як відносну збереженість (або більш раннє дозрівання) перцептивно-дійового рівня пізнання, який часто опирається на візуальну підтримку, повторюваність дій та чітку структуру завдання.

Тобто, найбільш доступними для більшості дітей виявилися дії, котрі спираються на візуально-просторову організацію та маніпуляцію предметами, зокрема співставлення за зразком, сортування за простими ознаками та прості причинно-

наслідкові операції. Також, відносно вищі показники за когнітивно-пізнавальним компонентом демонстрували діти, пізнавальна активність яких була зосереджена в межах вузьких, інтенсивно виражених інтересів. Зокрема, йшлося про інтереси, пов'язані з кольорами, геометричними формами, візуальними закономірностями, впорядкуванням, сортуванням та простими логічними операціями.

В процесі діяльності, яка відповідала індивідуально значущим інтересам дитини, спостерігалося підвищення рівня концентрації уваги, стійкості залучення та точності виконання пізнавальних дій, це позитивно позначалося на результатах оцінювання окремих когнітивних навичок. Такі діти демонстрували більш сформовані навички співставлення, класифікації, маніпуляцій з об'єктами та відтворення знайомих схем дій, що відображалося у вищих відсоткових показниках когнітивно-пізнавального компонента.

Разом з тим, зазначені результати мали ситуативний та обмежений характер, оскільки підвищений рівень виконання пізнавальних завдань спостерігався переважно в умовах діяльності, яка відповідала вузькому колу інтересів дитини, і не супроводжувався узагальненням навичок або їх перенесенням у нові контексти. Це узгоджується з типовими особливостями когнітивного профілю дітей з розладами аутистичного спектра, для яких характерне поєднання вибірково збережених або навіть підвищених здібностей у сфері специфічних інтересів із загальним дефіцитом гнучкого пізнавального функціонування.

Найменш сформованими у вибірці, як правило, виявилися ті когнітивні навички, які потребують символізації, гнучкості, узагальнення та переносу. В рамках нашого компонента це насамперед:

- уявна (символічна) гра: заміщення предметів (“кубик як телефон”), “як-ніби” дії, сюжетні елементи;

- комбінована/послідовна гра: поєднання 2 – 3 дій у ланцюжок за змістом (нагодувати ляльку → витерти рот → покласти спати);

- узагальнення правил: виконання вже засвоєної операції з новими матеріалами або в іншій ситуації;

- когнітивна гнучкість: труднощі переходу до нового способу дії, ригідність у виборі предметів/сценаріїв гри.

Такі результати узгоджуються з клінічним профілем РАС, де найбільш уразливими часто є механізми символічної репрезентації, гнучкого переключення та спонтанного розгортання уявної гри. Це проявляється не тільки у власне грі, а й у здатності використовувати досвід "поза контекстом" – переносити вміння на нові умови, матеріали, партнерів.

Діти, віднесені до групи з **низьким** рівнем сформованості когнітивно-пізнавального компонента, характеризувалися обмеженим репертуаром предметно-маніпулятивних дій, труднощами у виконанні завдань на співставлення та сортування, а також недостатнім розумінням простих причинно-наслідкових зв'язків.

Їхня пізнавальна активність здебільшого носила ситуативний характер, залежала від зовнішньої підтримки дорослого та не проявлялася спонтанно у вільній діяльності. Уявна та комбінована гра, частіше за все, була відсутня або обмежувалася окремими стереотипними елементами без розвитку ігрового сюжету.

Для дітей із **середнім** рівнем сформованості когнітивно-пізнавального компонента було характерним часткове засвоєння базових когнітивних операцій. Вони демонстрували здатність до виконання завдань на співставлення та сортування за однією чи кількома ознаками, орієнтувалися в кількості до 3-х, а також виявляли епізодичні прояви причинно-наслідкового мислення за умови підтримки з боку дорослого.

Предметно-маніпулятивна та ігрова діяльність у цієї групи дітей була дещо більш варіативною, проте залишалася нестабільною та обмеженою у контексті самостійного використання. Уявна гра майже не проявлялася, лише інколи фрагментарно, й потребувала структурування та моделювання з боку дорослого.

Невелика частка дітей, віднесених до групи з **високим** рівнем сформованості когнітивно-пізнавального компонента, демонструвала відносно цілісний профіль пізнавального розвитку. У цих дітей спостерігалася сформованість базових когнітивних операцій, здатність до самостійного виконання завдань на співставлення та сортування,

рахунок та асоціації, а також більш стійке розуміння простих причинно-наслідкових зв'язків.

Їх предметно-маніпулятивна діяльність була дещо більш різноманітною та функціональною, а уявна й комбінована гра – більш розгорнутою, з елементами послідовності та перенесення ігрових дій у нові ситуації.

Отримані результати констатувального етапу свідчать про те, що когнітивно-пізнавальний компонент розвитку у більшості дітей з РАС раннього віку перебуває на низькому або середньому рівні сформованості, що зумовлює необхідність цілеспрямованого, системного та розвитково орієнтованого втручання.

Виявлена структура когнітивних труднощів обґрунтовує доцільність застосування елементів Денверської моделі раннього втручання, спрямованих на розвиток пізнавальної активності, предметної та ігрової діяльності в умовах індивідуального та групового форматів.

2.6. Психологічний аналіз соціально-комунікативного компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.

Соціально-комунікативний компонент розвитку дитини з розладами аутистичного спектра у даному дослідженні розглядається як системне утворення, яке забезпечує становлення здатності до взаємодії з іншими людьми, ініціації та підтримки соціального контакту, обміну намірами, емоціями та значеннями у процесі спільної діяльності. Саме цей компонент виступає центральною ланкою, яка інтегрує пізнавальний, мовленнєвий та регуляторний розвиток дитини і визначає її включеність у соціальне середовище.

В рамках авторської концепції соціально-комунікативний компонент не зводиться виключно до рівня мовленнєвого розвитку або кількості комунікативних актів. Він аналізується як багатовимірна система, яка охоплює як довільні, так і спонтанні форми соціальної поведінки, здатність дитини орієнтуватися на партнера по взаємодії, розуміти соціальний контекст та регулювати власну активність у відповідь на дії іншого.

Сучасні психологічні та нейронаукові дослідження розглядають соціальну комунікацію як базову умову формування вищих психічних функцій у ранньому онтогенезі. У контексті культурно-історичного підходу розвиток соціально-комунікативних навичок відбувається у процесі спільної діяльності дитини з дорослим, де дорослий виступає носієм соціальних норм, значень та способів дії. Саме через механізми спільної уваги, емоційного резонансу та наслідування дитина поступово інтеріоризує соціальні форми поведінки та комунікації.

Особливе значення для розуміння специфіки соціально-комунікативного розвитку дітей з РАС мають роботи, в яких підкреслюється роль порушень спільної уваги, соціальної мотивації та здатності до розуміння намірів іншого. Саме через участь у спільних соціальних діях дитина набуває досвіду координації власних дій із діями іншого, це створює умови для розвитку мовлення, символічної гри та навчальної діяльності.

У дітей з РАС соціально-комунікативний компонент часто характеризується нерівномірністю сформованості, фрагментарністю навичок та обмеженою генералізацією соціального досвіду. Це зумовлює необхідність його аналізу, окрім з позицій наявності або відсутності окремих умінь, ще й з урахуванням якості, спонтанності та функціональної значущості соціальної взаємодії в реальних умовах повсякденного життя.

У даному дослідженні соціально-комунікативний компонент розглядається як ключова ціль раннього втручання за Денверською моделлю, оскільки це відповідає її базовим принципам: орієнтації на соціальну мотивацію дитини, розвитку комунікації у природних контекстах та формуванню взаємодії як двостороннього, емоційно насиченого процесу.

Базовим інструментом для фіксації рівня сформованості соціально-комунікативних навичок виступав ESDM Curriculum Checklist, який дозволяє оцінити розвиток дитини у природних умовах взаємодії, з урахуванням вікових етапів та функціонального використання навичок. Для уточнення структури та рівня сформованості комунікативної поведінки додатково застосовувалися відповідні розділи

методики VB-MAPP, зокрема Milestones та Social Skills, що забезпечувало функціонально-поведінкову деталізацію отриманих показників.

Важливим джерелом інформації також виступало натуралістичне спостереження, яке проводилося у процесі вільної гри, спільних занять, рутинних побутових ситуацій та групової взаємодії. Це дозволяло зафіксувати спонтанні комунікативні ініціації, які не завжди проявляються у структурованих діагностичних ситуаціях.

В авторській концепції до соціально-комунікативного компонента нами було віднесено конкретні навички, сформульовані у відповідних пунктах ESDM Curriculum Checklist та VB-MAPP, що забезпечило можливість подальшого кількісного аналізу та відстеження динаміки розвитку. Таблиця наведена в Додатку.

Для цього компонента інтегральний коефіцієнт складав наступні показники:

1) Для віку 12 – 23 місяці – 0,32
2) 24 – 35 місяців – 0,84
3) 36 – 47 місяців – 1,2
4) від 48 місяців – 1,64.

Як було описано вище, соціально-комунікативний компонент розвитку дітей з розладами аутистичного спектра нашого дослідження розглядався як інтегральна система навичок, яка забезпечує ініціацію та підтримку соціальної взаємодії, обмін комунікативними намірами, емоційну залученість у спільну діяльність, а також участь у соціально організованих формах навчання. Оцінювання даного компонента здійснювалося з урахуванням вікових очікувань, функціонального використання навичок та їх прояву у природному соціальному середовищі.

Аналіз результатів констатувального етапу дослідження засвідчив, що **високий** рівень сформованості соціально-комунікативного компонента у вибірці дітей з РАС зафіксований не був.

Водночас високий рівень в межах авторської концепції визначається як такий, що характеризується:

- стійкою ініціацією соціальної взаємодії з дорослими та однолітками;
- сформованою здатністю до спільної уваги та її підтримки у різних контекстах;

- використанням різноманітних функціональних комунікативних засобів (жести, вокалізації, мовлення) для регуляції взаємодії;

- участю у тривалих соціальних циклах із дотриманням чергування;

- здатністю до соціально опосередкованої гри та співпраці у групових активностях.

Відсутність дітей з високим рівнем сформованості соціально-комунікативного компонента на констатувальному етапі відображає загальну специфіку вибірки та підтверджує виражені труднощі соціальної взаємодії, притаманні ранньому прояву розладів аутистичного спектра.

Середній рівень сформованості соціально-комунікативного компонента було виявлено у 5% дітей (лише 2 дитини). Для цієї групи характерною була наявність окремих соціально-комунікативних навичок в умовах зовнішньої підтримки з боку дорослого, обмежена тривалість соціальних циклів, вибіркова ініціація взаємодії та нестійкість спільної уваги. Комунікація переважно мала реактивний характер і залежала від структури ситуації та рівня підказки, що було допустимо в їхньому віці.

Низький рівень сформованості соціально-комунікативного компонента було зафіксовано у 95% дітей. Для них характерною була відсутність або мінімальна вираженість ініціативної комунікації, значні труднощі встановлення спільної уваги, обмежений репертуар соціальних реакцій та переважання індивідуально спрямованої діяльності. Соціальна взаємодія у більшості випадків виникала лише при наявності інтенсивної підтримки з боку дорослого та не носила стабільного характеру.

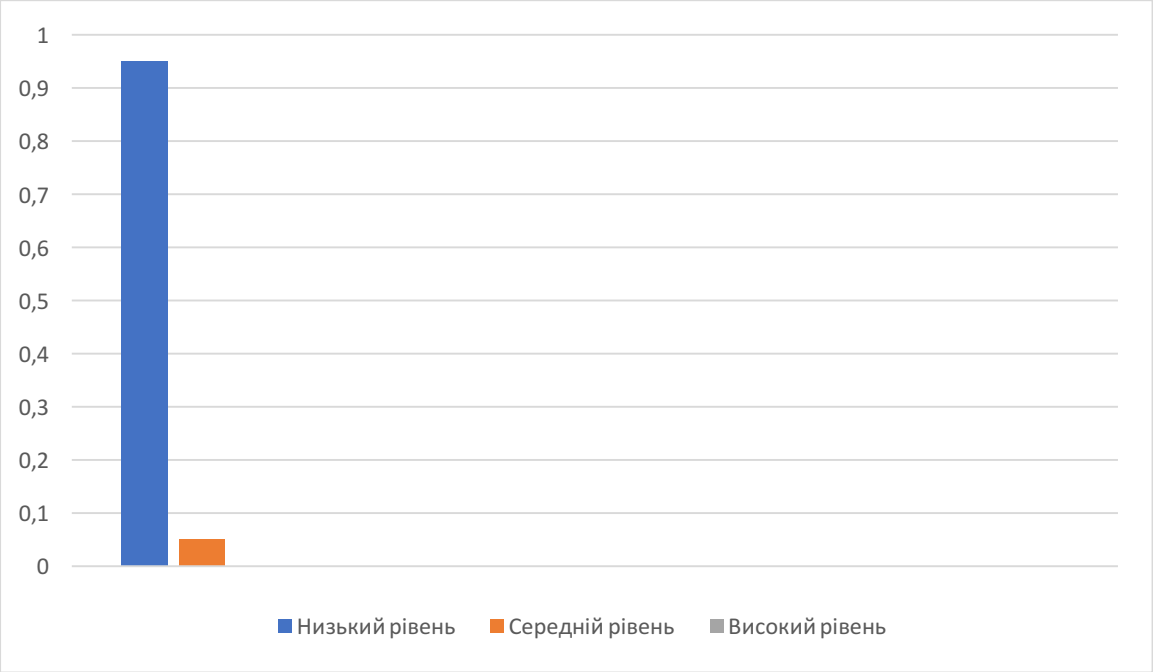


Рис.2.6.1 Розподіл вибірки за рівнями соціально-комунікативного компоненту

У більшості дітей соціально-комунікативний розвиток мав фрагментарний і ситуаційно зумовлений характер. В основному фіксувалися соціально-комунікативні дії, спрямовані на задоволення власних потреб у взаємодії з дорослим, що свідчить про переважання інструментального типу комунікації над соціально-обмінним. Найчастіше у дітей спостерігалися такі прояви:

- реакція на знайомого дорослого (орієнтація на педагога, спеціаліста, батьків);
- використання комунікації для отримання бажаного (інструментальна комунікація: прохання предметів, дій, допомоги);
- короткочасна спільна діяльність з дорослим за умови високої мотивації;
- реакція на прості соціальні підказки (жест, інтонація, фізичне спрямування);
- епізодичний зоровий контакт, який виникав у структурованих або емоційно насичених ситуаціях.

Ці прояви дозволяють говорити про наявність базових передумов соціальної взаємодії, однак переважно в межах асиметричної взаємодії "дитина – дорослий", де ініціатива, структура та підтримка виходили від партнера.

Найбільш проблемними у структурі соціально-комунікативного компонента виявилися навички, які потребують спонтанності, ініціативності та орієнтації на іншого як на суб'єкта взаємодії, зокрема:

- ініціація соціального контакту без прямої потреби у предметі або допомозі;
- спільна увага (ініціативне привертання уваги дорослого до об'єкта/події);
- соціально спрямована комунікація для обміну досвідом (показати, поділитися, прокоментувати);
- взаємодія з однолітками (спільна гра, чергування, наслідування дій ровесника);
- соціальна імітація у природному середовищі;
- стійкість соціальної взаємодії поза межами чітко структурованої ситуації.

Такі результати узгоджуються з даними сучасних досліджень, які вказують, що для дітей з РАС характерні первинні труднощі саме у сфері соціальної мотивації, спільних намірів та розуміння іншого як партнера взаємодії, а не лише як джерела підкріплення.

У значної частини дітей спостерігався дисоційований профіль соціально-комунікативного розвитку: при наявності реактивних форм взаємодії (відповідь на звернення, прийняття допомоги) були практично відсутні проактивні соціальні дії (ініціація, підтримка контакту, розгортання взаємодії).

Це дозволяє розглядати соціально-комунікативний компонент як нерівномірно сформований, із переважанням реактивних стратегій над ініціативними.

Отримані результати свідчать про те, що соціально-комунікативний компонент розвитку у дітей з РАС на етапі констатувального експерименту характеризується переважно низьким та середнім рівнями сформованості. Відсутність високого рівня у вибірці підкреслює необхідність цілеспрямованого раннього втручання, орієнтованого на формування базових соціально-комунікативних механізмів, котрі становлять ядро подальшого розвитку дитини та є ключовими для її включення у групові форми навчання.

2.7. Психологічний аналіз поведінково-регуляторного компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра.

Поведінково-регуляторний компонент розвитку дитини з розладами аутистичного спектра в даному дослідженні розглядається як системне утворення, яке забезпечує здатність до саморегуляції, адаптації до вимог середовища, керування власною активністю та поведінковими реакціями у процесі взаємодії з іншими людьми та предметним оточенням. Саме рівень сформованості цього компонента значною мірою визначає можливості дитини до участі у спільній діяльності, навчанні та соціальній інтеграції в умовах інклюзивного освітнього середовища.

У сучасній психології та нейропсихології поведінкова регуляція розглядається як складний багаторівневий процес, який формується у ранньому онтогенезі та ґрунтується на взаємодії біологічних, сенсорних, емоційних і соціальних чинників. З позицій культурно-історичного підходу регуляція поведінки розвивається в контексті спільної діяльності дитини з дорослим, де зовнішня регуляція поступово трансформується у внутрішні механізми самоконтролю та довільної поведінки.

Особливу роль у становленні поведінково-регуляторного компонента відіграють процеси сенсорної обробки та емоційної регуляції. Сучасні дослідження вказують на тісний взаємозв'язок між сенсорними особливостями дитини та її здатністю підтримувати оптимальний рівень активації, що, своєю чергою, впливає на поведінкові реакції, здатність до концентрації уваги та витривалість до вимог середовища. У дітей з РАС порушення сенсорної модуляції часто призводять до труднощів адаптації до змін, підвищеної реактивності або, навпаки, зниженого рівня активності.

З позицій сучасної розвиткової психології поведінково-регуляторний компонент включає як базові механізми фізіологічної та сенсорної саморегуляції, так і вищі форми поведінкового контролю, пов'язані з дотриманням соціальних правил, прийняттям інструкцій, очікуванням, гнучкістю поведінки та здатністю до переходів між активностями. Саме ці навички є критично важливими для участі дитини у групових формах навчання та соціально організованих видах діяльності.

У дітей з РАС поведінково-регуляторний компонент часто характеризується нерівномірністю розвитку, фрагментарністю сформованих навичок та високою залежністю від зовнішньої підтримки. Типовими є труднощі з адаптацією до нових або

змінних умов, зниження толерантності до фрустрації, імпульсивність або ригідність поведінкових реакцій, що обмежує можливості включення дитини у структуроване освітнє середовище.

У контексті раннього втручання за ESDM поведінково-регуляторний компонент розглядається як один із базових, оскільки саме регуляція стану та поведінки створює передумови для розвитку соціально-комунікативних і когнітивних навичок. Принципи ESDM передбачають підтримку оптимального рівня залученості дитини, адаптацію середовища до її індивідуальних сенсорних та регуляторних потреб, а також поступове формування довільної поведінки у процесі спільної, емоційно насиченої взаємодії з дорослим.

В рамках даного дослідження поведінково-регуляторний компонент розвитку розглядається як багатовимірна система навичок, яка забезпечує здатність дитини до регуляції власного психофізіологічного стану, поведінкових реакцій та адаптації до вимог соціального й освітнього середовища. Його сформованість визначає можливість дитини брати участь у спільній діяльності, дотримуватися правил, витримувати навчальне навантаження та ефективно взаємодіяти з дорослими й однолітками.

Відповідно до авторської концепції та з урахуванням принципів ESDM, у структурі поведінково-регуляторного компонента було виокремлено такі основні складові:

1. Сенсорна регуляція та модуляція.

Дана складова відображає здатність дитини адекватно сприймати, обробляти та інтегрувати сенсорну інформацію з різних модальностей (тактильної, вестибулярної, пропріоцептивної, зорової, слухової, орально-сенсорної). Вона охоплює:

- рівень сенсорної чутливості;
- особливості сенсорного пошуку або уникання;
- здатність підтримувати оптимальний рівень активації;
- реакції на сенсорне перевантаження або сенсорну депривацію.

2. Емоційна регуляція та стабільність.

Ця складова характеризує здатність дитини керувати власними емоційними реакціями, відновлювати емоційну рівновагу та витримувати помірний рівень фрустрації. Вона включає:

- толерантність до очікування;
- реакції на зміни та обмеження;
- інтенсивність і тривалість емоційних вибухів;
- здатність до заспокоєння за участі дорослого.

3. Поведінкова гнучкість та адаптація.

Дана складова відображає можливість дитини змінювати поведінкові стратегії відповідно до ситуації, приймати нові правила та адаптуватися до змінних умов. Вона охоплює:

- реакції на переходи між активностями;
- здатність до зміни рутин;
- зниження ригідності та стереотипності поведінки;
- прийняття альтернативних способів дії.

4. Регуляція поведінки у соціальному контексті.

Ця складова пов’язана зі здатністю дитини дотримуватися соціально зумовлених норм поведінки у взаємодії з іншими. Вона включає:

- виконання інструкцій;
- участь у групових активностях;
- очікування черги;
- дотримання простих правил спільної діяльності.

5. Витривалість до вимог та навчального навантаження.

Дана складова відображає рівень залученості дитини до організованої діяльності та здатність підтримувати увагу й поведінкову стабільність упродовж певного часу. Вона охоплює:

- тривалість участі у структурованих заняттях;
- збереження регульованої поведінки;
- стійкість до зовнішніх вимог;
- поступове збільшення часу зосередженої діяльності.

6. Адаптивна поведінка та навички самообслуговування.

В нашому дослідженні ця складова також розглядалася у структурі поведінково-регуляторного компонента як показник адаптивної поведінки дитини. Оскільки формування навичок самообслуговування у дітей з розладами аутистичного спектра безпосередньо залежить від рівня сенсорної та емоційної регуляції, здатності дотримуватися послідовності дій, витримувати вимоги середовища та адаптуватися до змін у рутинних ситуаціях. У контексті Денверської моделі раннього втручання навички самообслуговування формуються у природних життєвих умовах та розглядаються як складова загальної поведінкової адаптації дитини.

Дана складова базується на здатності дитини виконувати послідовні дії, приймати допомогу та поступово зменшувати її обсяг, дотримуватися рутин і правил у побутових ситуаціях, а також регулювати поведінку у ситуаціях базових життєвих потреб. До цієї складової відносяться:

- прийом їжі (самостійність, толерантність до текстур, дотримання правил);
- одягання / роздягання (участь, послідовність, витривалість);
- гігієнічні навички;
- користування побутовими предметами за призначенням;
- участь у щоденних рутинах ЗДО.

Оцінювання поведінково-регуляторного компонента здійснювалося на основі інтеграції даних, отриманих за допомогою ESDM Curriculum Checklist, VB-MAPP (розділи Barriers та Group Behavior), Sensory Profile (W. Dunn), а також результатів натуралістичного спостереження у повсякденних умовах функціонування дитини. Кожна з методик забезпечувала фіксацію різних аспектів регуляції поведінки – від сенсорної модуляції та емоційної стабільності до адаптації у груповому середовищі та виконання побутових рутин.

З метою уніфікації даних та подальшого розрахунку інтегральних показників розвитку всі релевантні навички було згруповано відповідно до структурних складових поведінково-регуляторного компонента з урахуванням рівнів розвитку і специфіки кожної методики. Узагальнений перелік складових, змісту навичок та методики подано в таблиці в Додатку.

Для цього компонента інтегральний коефіцієнт складав наступні показники:

1) Для віку 12 – 23 місяці – 0,49
2) 24 – 35 місяців – 0,99
3) 36 – 47 місяців – 1,37
4) від 48 місяців – 1,78.

На основі відсоткового показника визначалися рівні сформованості поведінково-регуляторного компонента: низький, середній та високий, що дозволяло здійснювати індивідуальний і груповий аналіз, а також відстежувати динаміку розвитку в процесі формувального експерименту.

Низький рівень поведінково-регуляторного компонента характеризується вираженими труднощами сенсорної та емоційної регуляції, високою реактивністю або, навпаки, зниженим рівнем залученості дитини. Для цього рівня типовими є:

- нестійка або порушена сенсорна модуляція;
- низька толерантність до вимог і фрустрації;
- значні труднощі адаптації до змін та переходів між активностями;
- обмежена здатність дотримуватися правил і виконувати інструкції;
- залежність від зовнішнього контролю у побутових та навчальних ситуаціях.

Навички самообслуговування на цьому рівні є фрагментарними або несформованими, їх виконання часто супроводжується поведінковими реакціями уникання або протесту.

Середній рівень сформованості поведінково-регуляторного компонента характеризується частковою сформованістю регуляторних механізмів та наявністю окремих адаптивних стратегій поведінки. Для цього рівня властивими є:

- відносна стабільність сенсорної регуляції за умови підтримки;
- здатність до короткочасного очікування та виконання інструкцій;
- зниження інтенсивності емоційних реакцій у знайомих ситуаціях;
- часткова адаптація до групових форм діяльності;
- виконання навичок самообслуговування за наявності підказок або структурування середовища.

Поведінка дітей цього рівня є менш реактивною, однак потребує постійної регуляторної підтримки з боку дорослого.

Високий рівень поведінково-регуляторного компонента передбачає сформованість базових механізмів саморегуляції та адаптації. Для нього характерними є:

- адекватна сенсорна модуляція та стабільний рівень залученості;
- здатність до регуляції емоційних реакцій;
- поведінкова гнучкість та прийняття змін;
- дотримання правил у груповій діяльності;
- відносна самостійність у навичках самообслуговування.

Цей рівень розглядається як цільовий орієнтир формувального етапу втручання.

Аналіз результатів констатувального етапу експериментального дослідження засвідчив, що високий рівень сформованості поведінково-регуляторного компонента у вибірці дітей з РАС зафіксований не був.

Середній рівень сформованості поведінково-регуляторного компонента було виявлено у 24 % дітей. Для цієї групи характерною була часткова сформованість навичок сенсорної та емоційної регуляції, здатність до виконання вимог за умови структурованої підтримки, а також відносна стабільність поведінки у знайомих рутинних ситуаціях.

Низький рівень сформованості поведінково-регуляторного компонента було зафіксовано у 76 % дітей, що проявлялося у значних труднощах саморегуляції, низькій толерантності до сенсорного та соціального навантаження, високій залежності від зовнішньої регуляції та обмежених адаптивних можливостях у груповому середовищі.

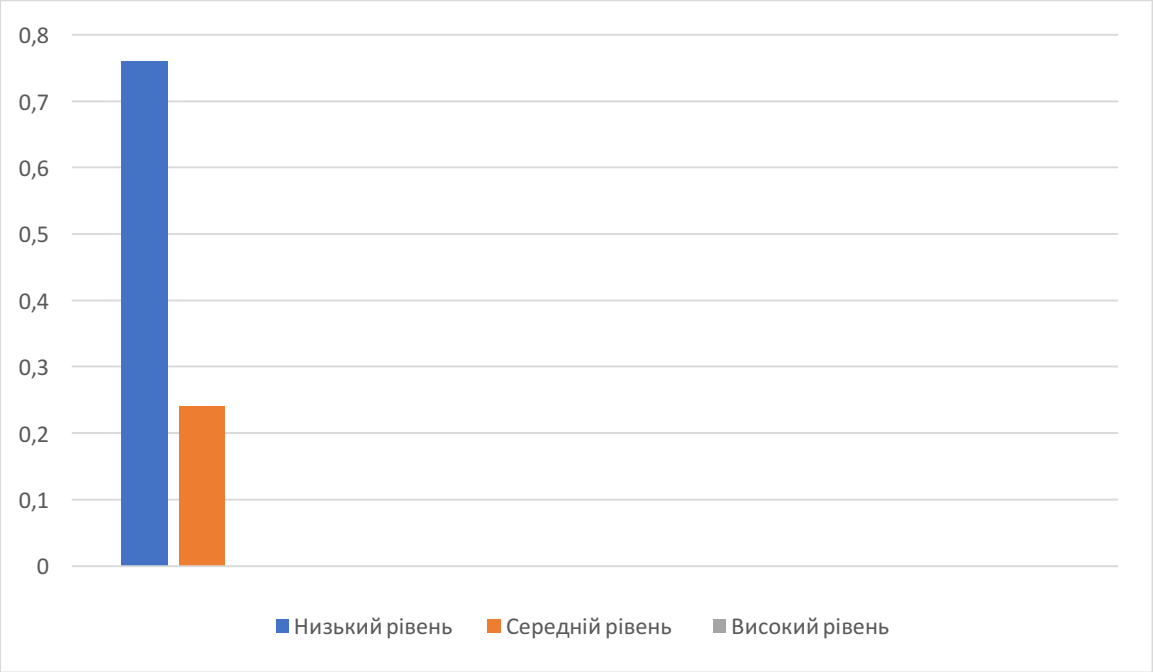


Рис.2.7.1 Розподіл вибірки за рівнями поведінково-регуляторного компоненту

Отримані дані показали, що поведінково-регуляторний компонент у дітей з розладами аутистичного спектра характеризується вираженою нерівномірністю сформованості та високою залежністю від умов середовища, рівня підтримки дорослого й сенсорного навантаження.

Для більшості обстежених дітей регуляція поведінки має ситуативний характер і забезпечується переважно зовнішніми механізмами контролю (структура, підказки, фізичне або візуальне спрямування), тоді як внутрішні механізми саморегуляції залишаються недостатньо сформованими.

Найбільш збереженими виявилися регуляторні дії, які підтримувалися зовнішніми засобами контролю та не вимагали самостійного планування або утримання поведінкової програми. Найчастіше фіксувалися такі частково сформовані навички:

- прийняття зовнішньої допомоги та підтримки з боку дорослого;

- короткочасне дотримання простих правил у структурованій ситуації;

- участь у рутинних активностях за умови чіткої послідовності та передбачуваності;

- регуляція поведінки через підкріплення (реакція на мотиваційні стимули);

- епізодичне очікування черги або завершення дії за безпосередньої присутності дорослого.

Ці навички, як правило, проявлялися за умови високого рівня зовнішньої організації та швидко знижувалися або втрачалися у менш структурованих або соціально насичених ситуаціях.

Найбільш виражені труднощі спостерігалися у сфері самостійної поведінкової регуляції, зокрема:

- здатність до самостійного очікування без негайного підкріплення;

- перенесення правил і вимог з однієї ситуації в іншу;

- регуляція емоційних реакцій у разі фрустрації або зміни активності;

- адаптація до переходів між видами діяльності без протестної поведінки;

- утримання спільної діяльності в умовах групової взаємодії;

- самостійне завершення діяльності без нагадувань або фізичних підказок.

У значної частини дітей фіксувалися поведінкові реакції уникання, протесту або сенсорного перевантаження, які безпосередньо впливали на можливість участі у навчальній та соціальній діяльності.

Якісний аналіз показав, що порушення поведінково-регуляторного компонента тісно пов’язані з підвищеною або зниженою сенсорною чутливістю, труднощами переробки соціальних стимулів, низькою толерантністю до непередбачуваності, а також обмеженими можливостями самозаспокоєння.

Це підтверджує доцільність розгляду поведінково-регуляторного компонента як інтегративного, який поєднує сенсорні, емоційні та поведінкові механізми адаптації дитини до середовища. Така картина узгоджується із сучасними клінічними уявленнями про розвиток дітей з РАС, згідно з якими регуляторні труднощі:

- проявляються раніше за мовленнєві;

- суттєво обмежують можливості навчання;

- визначають ефективність будь-якого формату втручання.

Таким чином, поведінково-регуляторний компонент виступає ключовим чинником, який опосередковує реалізацію когнітивних та соціально-комунікативних можливостей дитини.

Отримані результати свідчать, що поведінково-регуляторний компонент розвитку у більшості дітей з розладами аутистичного спектра на етапі констатувального експерименту перебуває на низькому або середньому рівні сформованості. Відсутність високого рівня підкреслює необхідність цілеспрямованого формувального втручання, спрямованого на розвиток сенсорної, емоційної та поведінкової регуляції як базової умови ефективного навчання та соціальної адаптації дитини.

Висновки до другого розділу.

У другому розділі нами було розроблено авторську модель розвитку, яка включає когнітивно-пізнавальний, соціально-комунікативний та поведінково-регуляторний компоненти.

Метою констатувального етапу експериментального дослідження було виявлення стану та специфіки сформованості зазначених компонентів розвитку у дітей з РАС, а також визначення їх рівнів з урахуванням вікових нормативів і функціональних можливостей дитини. Для реалізації поставленої мети було сформовано комплекс психодіагностичних інструментів, який поєднував розвитково-орієнтовані (ESDM Curriculum Checklist), функціонально-поведінкові (VB-MAPP), сенсорно-регуляторні (Sensory Profile за В. Данн) методики.

Аналіз когнітивно-пізнавального компонента розвитку дітей з РАС на констатувальному етапі дослідження засвідчив загалом низький рівень його сформованості у більшості обстежених дітей, що проявлялося в обмеженості пізнавальної активності, фрагментарності способів дії з предметами та недостатньому розвитку узагальнених пізнавальних операцій.

Аналіз соціально-комунікативного компонента розвитку дітей з РАС на констатувальному етапі дослідження засвідчив, що саме ця сфера є найбільш уразливою у структурі їхнього психічного розвитку. У переважної більшості обстежених дітей було зафіксовано низький рівень сформованості соціально-комунікативних навичок, що проявлялося в обмеженості соціальної ініціативи, недостатній спрямованості на партнера по взаємодії та фрагментарності комунікативної

поведінки. Соціальна взаємодія дітей мала переважно реактивний характер і значною мірою залежала від активної участі дорослого.

Аналіз поведінково-регуляторного компонента розвитку дітей з РАС засвідчив наявність суттєвих труднощів у формуванні механізмів саморегуляції поведінки та емоційної стійкості. У більшості обстежених дітей регуляція поведінки має ситуативний характер і значною мірою забезпечується зовнішніми засобами контролю – структурою середовища, безпосередньою участю дорослого, підказками та підкріпленнями.

Узагальнення результатів констатувального етапу дозволило встановити системний та взаємопов'язаний характер порушень у розвитку дітей з РАС: недостатня сформованість поведінково-регуляторного компонента ускладнює включення дитини у соціальну взаємодію, що, своєю чергою, негативно позначається на розвитку когнітивно-пізнавальних процесів. Отримані результати підтвердили доцільність використання комплексного, розвитково-орієнтованого підходу до оцінювання та планування втручання.

Низький рівень сформованості досліджуваних компонентів на старті експерименту відображає типову стартову позицію дітей з РАС у системі раннього втручання та підтверджує доцільність подальшого формувального впливу, спрямованого на розвиток ключових функціональних сфер.

Також однорідність вибірки за рівнем розвитку на констатувальному етапі створює валідні умови для подальшого аналізу динаміки розвитку, порівняння ефективності індивідуального та змішаного форматів втручання, а також оцінки внеску якості реалізації ESDM у зміни розвитку дитини, тобто дозволяє інтерпретувати подальші позитивні зрушення як результат цілеспрямованого втручання, а не як наслідок спонтанного вікового дозрівання.

Таким чином, матеріали другого розділу створили науково обґрунтовану основу для розроблення та реалізації формувального експерименту, спрямованого на підвищення рівня сформованості когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів розвитку дітей з РАС в індивідуальному та груповому форматах раннього втручання за Денверською моделлю.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ФОРМАТУ ДЕНВЕРСЬКОЇ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

3.1. Теоретико-методичне обґрунтування психологічних умов реалізації комплексного формату Денверської моделі раннього втручання для дітей з розладами аутистичного спектра

В контексті даного дослідження розвиток дитини з розладами аутистичного спектра розглядається як цілісний, динамічний процес, який реалізується через взаємодію соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів. Відповідно до авторської концепції, зазначені компоненти не функціонують ізольовано, а перебувають у постійному взаємозв'язку, взаємно обумовлюючи можливості участі дитини у спільній діяльності, засвоєнні досвіду та адаптації до освітнього середовища.

Результати констатувального етапу дослідження засвідчили переважно низький рівень сформованості всіх трьох компонентів розвитку у дітей раннього та молодшого дошкільного віку з РАС, що обумовило необхідність розробки комплексу психологічних умов формувального впливу. Вихідною методологічною основою стала Денверська модель раннього втручання.

На основі результатів психодіагностичного обстеження було розроблено та впроваджено комплекс психологічних умов формувального впливу, спрямованого на розвиток соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів розвитку дітей з РАС в умовах раннього втручання. Програма реалізовувалася у форматі індивідуальних та комбінованих занять з інтеграцією елементів ESDM у повсякденні рутини та освітній процес інклюзивного закладу дошкільної освіти.

Метою формувального експерименту було забезпечення позитивної динаміки розвитку соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів у дітей з розладами аутистичного спектра шляхом

реалізації комплекса психологічних умов впровадження елементів Денверської моделі раннього втручання, та перевірка її ефективності.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання** формувального етапу дослідження:

1. Розробити теоретико-методичні засади реалізації психологічних умов формувального впливу з використанням принципів та інструментарію Денверської моделі раннього втручання.
2. Сконструювати індивідуальні програми розвитку з урахуванням профілю сформованості навичок кожного з компонентів.
3. Забезпечити поетапне формування цільових навичок із використанням градуйованої системи підказок та принципів розвитку в зоні найближчого розвитку.
4. Простежити динаміку змін у функціонуванні соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів у процесі формувального експерименту.
5. Оцінити ефективність запропонованих психологічних умов на основі кількісного та якісного аналізу результатів повторної діагностики.

Реалізація формувального експерименту здійснювалася шляхом моделювання психологічного впливу в умовах природного для дитини середовища, з опорою на гру, спільну діяльність з дорослим та включення дитини у соціально значущі взаємодії. Основу склали принципи індивідуалізації, розвиткової спрямованості, активної участі дитини, партнерської взаємодії з батьками та педагогами, а також систематичності й наступності формувального впливу.

Метою програми формувального впливу є розроблення та реалізація психологічних умов, спрямованих на поетапне формування базових соціально-комунікативних, когнітивно-пізнавальних та поведінково-регуляторних навичок, а також корекцію труднощів розвитку, характерних для дітей з розладами аутистичного спектра, в умовах раннього втручання та інклюзивного освітнього середовища.

Відповідно до поставленої мети було уточнено такі **завдання**:

1. Створити теоретико-методичне підґрунтя для розробки комплекса психологічних умов формувального впливу на розвиток дітей з РАС з опорою на принципи Денверської моделі раннього втручання.
2. Розробити та реалізувати індивідуальні програми розвитку, спрямовані на формування соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів з урахуванням індивідуального профілю сформованості навичок дитини.
3. Забезпечити адаптацію методів природного навчання, ігрової взаємодії, спільної діяльності та розвитку в повсякденних рутинах до потреб дітей з розладами аутистичного спектра.
4. Реалізувати поетапне формування навичок із використанням градуйованої системи підтримки (фізичної, часткової, вербальної, мінімальної та генералізованої), яке відповідає принципам ESDM.
5. Оцінити ефективність запропонованого комплексу психологічних умов впровадження Денверської моделі раннього втручання шляхом аналізу динаміки показників розвитку у межах кожного з компонентів.

Теоретико-методичним підґрунтям програми виступили положення розвиткового, особистісно-орієнтованого та системного підходів, які узгоджуються з сучасними уявленнями про організацію раннього втручання для дітей з РАС.

Відповідно до особистісно-орієнтованого підходу, ефективність формувального впливу визначається урахуванням індивідуальних особливостей дитини, її актуального рівня розвитку, мотиваційної сфери, емоційних реакцій та способів взаємодії з навколишнім середовищем. Формування соціально-комунікативних, когнітивно-пізнавальних і регуляторних навичок розглядається як процес, який реалізується через активну участь дитини у спільній діяльності з дорослим, а також через засвоєння соціально опосередкованих способів дії.

З позицій системного підходу розвиток зазначених компонентів потребує цілісної, послідовної та систематичної організації психологічного впливу. Формування навичок здійснювалося в межах інтегрованої програми, яка передбачала узгодження

цілей, методів і форм роботи, а також взаємодію між усіма учасниками освітнього процесу – дитиною, батьками, педагогами та фахівцями супроводу.

Під час розробки змісту формувального експерименту було враховано дидактичні та методичні принципи спеціальної та розвиткової психології, зокрема принципи гуманізму, дитиноцентризму, розвитку в зоні найближчого розвитку, активної участі дитини та опори на її інтереси. Реалізація програми передбачала створення безпечного, передбачуваного та емоційно підтримувального середовища, яке сприяє зниженню тривожності та підвищенню готовності дитини до взаємодії.

Окрім базових принципів, у програмі формувального експерименту було застосовано допоміжні принципи: принцип інтересу, принцип єдності з життєвим досвідом, принцип доступності та принцип наступності.

Принцип інтересу реалізовувався шляхом опори на індивідуальні мотиваційні стимули дитини, її провідні інтереси та уподобання, це сприяло підвищенню залученості у спільну діяльність і підтриманню активності під час занять. Принцип єдності з життям передбачав інтеграцію формувального впливу у повсякденні рутини та природні ситуації взаємодії, що забезпечувало перенесення сформованих навичок у реальні життєві контексти. Принцип доступності полягав у відповідності змісту та способів роботи віковим і індивідуальним можливостям дітей з РАС. Принцип наступності забезпечував поступове ускладнення завдань, розширення контекстів застосування навичок та перехід від підтримуваної до більш самостійної діяльності.

На підставі окреслених теоретичних положень, результатів констатувального етапу дослідження та визначених психолого-педагогічних умов було розроблено зміст формувальної методики, спрямованої на розвиток соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів розвитку дітей з РАС в умовах раннього втручання з використанням елементів Денверської моделі, яка представлена в Таблиці в Додатку.

Запропонована програма має чітко структурований характер і передбачає реалізацію трьох взаємопов’язаних блоків, кожен з яких орієнтований на формування окремих груп навичок із урахуванням індивідуального профілю розвитку дитини. Структура програми забезпечує поетапне ускладнення змісту та поступовий перехід від

підтримуваної діяльності до більш самостійного функціонування дитини у спільній взаємодії.

Індивідуальні заняття в межах формувальної програми тривали від 35 - 40 хвилин до 60 хвилин, а групові заняття – від 45 хвилин до 60 хвилин. Така тривалість дещо перевищує загальноприйняті часові нормативи для корекційно-розвиткових занять з дітьми раннього та молодшого дошкільного віку, однак є методично обґрунтованою та відповідає принципам Денверської моделі раннього втручання.

Збільшення тривалості занять компенсувалося високим рівнем структурованості та динамічності діяльності, що є однією з ключових характеристик ESDM. У процесі занять систематично змінювалися види активності, темп роботи та просторові умови взаємодії, що дозволяло підтримувати залученість дитини та запобігати перевтомі. Навчальні та ігрові епізоди чергувалися з рухливими, сенсорно-соціальними та вільно-ігровими формами діяльності, а робота за столом поєднувалася з активністю на килимі та в інших зонах середовища.

Аналогічний принцип організації застосовувався і в груповому форматі занять, де зміна локацій, типів завдань і соціальних форматів взаємодії (індивідуальна активність, робота в парі, спільна групова дія) забезпечувала оптимальний рівень регуляції навантаження. Такий підхід дозволяв зберігати працездатність дітей, підтримувати мотивацію до взаємодії та створювати умови для включення кожної дитини у спільну діяльність відповідно до її індивідуального рівня розвитку.

Заняття в межах програми будувалися у формі спеціально організованої ігрової та тренінгової діяльності з інтеграцією індивідуальної та групової роботи.

Важливою особливістю реалізації формувальної програми стало вбудовування окремих елементів втручання у повсякденні побутові рутини закладу дошкільної освіти. Насамперед це стосувалося формування навичок самообслуговування, зокрема під час прийому їжі, миття рук, відвідування туалету, одягання та інших регулярних щоденних дій.

Робота в межах побутових рутин здійснювалася відповідно до принципів Денверської моделі раннього втручання і передбачала використання послідовної ієрархії підказок, підтримку ініціативи дитини, поступовий перехід від повної допомоги

до часткової та самостійної діяльності, а також обов'язкове закріплення навичок у природному контексті.

Інтеграція формувальних впливів у повсякденні рутини дозволила забезпечити функціональність набутих навичок, підвищити їхню стійкість та сприяти генералізації у різних ситуаціях взаємодії, оскільки це відповідає базовим положенням ESDM щодо навчання у природному середовищі.

Використовувалися натуралістичні методи навчання, ігри з чітко визначеними цілями, вправи на формування спільної діяльності, а також елементи психотехнологічної та просвітницької роботи з дорослими, залученими до супроводу дитини. Така організація формувального впливу забезпечувала узгодженість корекційної роботи, навчального середовища та повсякденних рутин, що відповідає ключовим принципам Денверської моделі раннього втручання.

Аналіз результатів первинної діагностики засвідчив, що попри загальний низький рівень сформованості когнітивно-пізнавального компонента у більшості дітей, окремі з них демонстрували відносно кращі показники у сферах, пов'язаних із вузькими інтересами та повторюваними формами діяльності. Зокрема, це стосувалося зацікавленості кольорами, формами, візуальними закономірностями, сортувальними та логічними іграми. Саме ці інтереси використовувалися як опора для побудови формувального впливу та підвищення навчальної мотивації дитини.

Метою формувального впливу в межах когнітивно-пізнавального компонента було стимулювання пізнавальної активності дитини та поступове розширення її можливостей у сфері сприймання, мислення й навчальної діяльності в умовах соціальної взаємодії.

Відповідно до поставленої мети було визначено такі основні завдання:

1) розвиток здатності до зосередження та утримання уваги у спільній діяльності;
2) формування наочно-дійового та наочно-образного мислення;
3) розвиток навичок сортування, порівняння, встановлення простих причинно-наслідкових зв'язків;
4) стимулювання пізнавальної ініціативи та інтересу до нових матеріалів і способів дії;

5) формування передумов навчальної діяльності (наслідування, виконання інструкцій, спільна увага).

Формування когнітивно-пізнавального компонента здійснювалося у процесі індивідуальних та групових занять, а також шляхом інтеграції пізнавальних завдань у повсякденні ігрові та побутові ситуації. Відповідно до принципів ESDM, пізнавальні завдання подавалися в ігровій формі, з опорою на інтереси дитини та активною участю дорослого як партнера по взаємодії.

Основними видами діяльності, які використовувалися для формування когнітивно-пізнавального компонента, були:

- сенсорно-дидактичні ігри на розрізнення кольорів, форм, розмірів;
- ігри на сортування та класифікацію предметів;
- ігри з конструкторами, вкладками, пазлами;
- вправи на встановлення простих послідовностей і логічних ланцюжків;
- спільне розглядання книжок, картинок, фотографій з коментуванням дій та об’єктів.

Під час індивідуальних занять особлива увага приділялася поступовому ускладненню завдань та перенесенню сформованих умінь у нові ситуації. Дорослий використовував ієрархію підказок – від фізичних і візуальних до вербальних – з подальшим зменшенням рівня допомоги та переходом до самостійних дій дитини.

Важливим аспектом формувального експерименту була генералізація когнітивно-пізнавальних навичок за межі спеціально організованих занять. Сформовані уміння закріплювалися у групових формах діяльності, іграх з однолітками, а також у побутових рутинах закладу дошкільної освіти. Наприклад, навички сортування та класифікації переносилися у процес прибирання іграшок, сервірування столу, підготовки матеріалів до занять.

Таким чином, формування когнітивно-пізнавального компонента розвитку здійснювалося як безперервний процес, інтегрований у різні контексти життєдіяльності дитини, що відповідало сучасним уявленням про ефективне раннє втручання та принципам Денверської моделі.

Формування соціально-комунікативного компонента розвитку дітей з розладами аутистичного спектра протягом формувального експерименту здійснювалося з урахуванням провідної ролі соціальної взаємодії у становленні пізнавальних та регуляторних процесів дитини. Соціально-комунікативний компонент розглядався як система навичок, яка забезпечує ініціацію та підтримку взаємодії з дорослими й однолітками, розуміння соціальних сигналів, використання вербальних і невербальних засобів комунікації, а також участь у спільній діяльності.

Результати констатувального етапу дослідження засвідчили, що у більшості дітей з РАС соціально-комунікативні навички мали фрагментарний характер або перебували на початковому рівні розвитку. Найменш сформованими виявилися навички ініціації контакту, підтримки спільної діяльності, реагування на соціальні сигнали та включення у взаємодію з однолітками. Водночас у частини дітей спостерігалася ситуативна соціальна активність у взаємодії з дорослим і це створювало потенціал для подальшого формування соціально-комунікативної сфери.

Метою формувального впливу на розвиток соціально-комунікативного компоненту було розширення можливостей дитини до соціальної взаємодії та формування функціональних комунікативних навичок у природних умовах спільної діяльності.

Основними завданнями формування соціально-комунікативного компонента були:

1) розвиток здатності до ініціації та підтримки соціального контакту;
2) формування навичок спільної уваги та спільної діяльності;
3) стимулювання використання вербальних і невербальних засобів комунікації;
4) розвиток соціального наслідування та участі у простих рольових іграх;
5) формування передумов взаємодії з однолітками.

Формування соціально-комунікативного компонента здійснювалося у процесі ігрової взаємодії з дорослим і однолітками, з використанням принципів природного навчання та активної соціальної залученості. Особливий акцент робився на створенні ситуацій, у яких комунікація була функціонально необхідною для досягнення бажаного результату.

В процесі формувального експерименту використовувалися:

- сенсорно-соціальні ігри, спрямовані на встановлення контакту;
- ігри з чергуванням дій та спільним досягненням результату;
- прості рольові та сюжетні ігри;
- вправи на розвиток соціального наслідування;
- інтеграція комунікативних завдань у повсякденні рутини.

Сформовані соціально-комунікативні навички закріплювалися у групових формах діяльності, іграх з однолітками та побутових ситуаціях, що сприяло перенесенню соціального досвіду у різні контексти взаємодії та підвищенню функціональності комунікації.

Формування поведінково-регуляторного компонента розвитку дітей з РАС розглядалося як необхідна умова ефективної реалізації когнітивних і соціально-комунікативних можливостей дитини. Поведінково-регуляторний компонент охоплював здатність дитини до саморегуляції поведінки, дотримання правил, керування емоційними реакціями, адаптації до змін та організації власної діяльності.

За результатами констатувального етапу дослідження встановлено, що у більшості дітей регуляція поведінки носила ситуативний характер і значною мірою залежала від зовнішніх факторів – структури середовища, безпосередньої допомоги дорослого та використання підказок.

Метою формувального впливу в рамках поведінково-регуляторного компонента було поступове формування навичок саморегуляції та зниження залежності поведінки дитини від зовнішнього контролю.

Основними завданнями були:

1) формування здатності дотримуватися простих правил;
2) розвиток навичок очікування та завершення діяльності;
3) зниження рівня фрустраційних реакцій;
4) формування адаптації до змін умов діяльності;
5) розвиток самостійності у повсякденних діях.

Формування поведінково-регуляторного компонента здійснювалося через структуровану гру, чітку організацію середовища, використання візуальної підтримки

та ієрархії підказок. Значна увага приділялася формуванню навичок саморегуляції у побутових рутинах та групових ситуаціях.

Сформовані навички закріплювалися у різних контекстах діяльності, що сприяло їх перенесенню та підвищенню стійкості поведінкових реакцій.

Формувальний етап експериментального дослідження реалізовувався упродовж 2022 – 2024 років на базі закладів дошкільної освіти та центрів раннього втручання міста Києва. Зокрема, дослідження проводилося на базі «Дитячого клубу-садочка Вікторії Миронової» (дві філії: на вул. Стадіонній та вул. Кар'єрній, м. Київ), а також Центру логопедії, раннього втручання та психологічної допомоги "Пелюстки" (м. Київ).

Зазначені заклади забезпечували умови для реалізації як індивідуального, так і групового форматів психоло-педагогічного впливу з використанням елементів Денверської моделі раннього втручання. Освітнє та корекційно-розвиткове середовище баз зазначених установ дозволяло інтегрувати формувальні заходи у повсякденні рутини дітей, організовувати спеціально сплановані індивідуальні та групові заняття, а також здійснювати системний психолого-педагогічний супровід за участі фахівців і батьків.

Корекційно-розвитковий вплив протягом формувального експерименту здійснювався щодо експериментальної та умовно-контрольної груп, сформованих залежно від формату впровадження Денверської моделі раннього втручання.

Експериментальну групу склали 22 дитини раннього та молодшого дошкільного віку з РАС, які отримували комбіноване втручання за ESDM. Корекційно-розвиткова робота з дітьми цієї групи здійснювалася у форматі індивідуальних занять за Денверською моделлю раннього втручання з одночасною інтеграцією її принципів та методів у повсякденний освітній процес інклюзивного закладу дошкільної освіти, групові заняття та побутові рутини.

Умовно-контрольну групу склали 16 дітей з РАС, які отримували індивідуальне втручання виключно у форматі індивідуальних занять за Денверською моделлю раннього втручання, без системної інтеграції елементів ESDM у середовище закладу дошкільної освіти та групові форми діяльності.

Віковий діапазон учасників дослідження становив від 12 до 48 місяців, що відповідає критичному періоду формування базових соціально-комунікативних, когнітивно-пізнавальних і поведінково-регуляторних навичок. Загальна вибірка складалася з 29 хлопчиків (76,3%) та 9 дівчаток (23,7%), що узгоджується з типовим статевим розподілом при розладах аутистичного спектра в ранньому віці.

У групі комбінованого втручання (ESDM-IND+ЗДО) було 17 хлопчиків та 5 дівчаток, у групі індивідуального втручання (ESDM-IND) – 12 хлопчиків та 4 дівчатки.

Розподіл учасників на експериментальну та умовно-контрольну групи дозволив здійснити порівняльний аналіз ефективності різних форматів впровадження Денверської моделі раннього втручання, а також оцінити вплив системної інтеграції принципів ESDM у освітнє середовище, групову діяльність та повсякденні рутини на динаміку розвитку соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів у дітей з розладами аутистичного спектра.

Такий дизайн формувального експерименту забезпечив можливість отримання достовірних даних щодо диференційованого впливу індивідуального та комбінованого форматів раннього втручання, не порушуючи принципів етичності та доступності корекційно-розвиткової допомоги для дітей раннього віку.

Окрім основної формувальної програми, під час формувального експерименту було розроблено та впроваджено супроводжувальну додаткову програму для батьків та педагогів, яка застосовувалася в експериментальній групі з метою забезпечення комплексного впливу на розвиток дітей з розладами аутистичного спектра.

Зазначена програма була спрямована на підвищення ефективності формування соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів розвитку дитини, а також на створення узгодженого підтримувального середовища між усіма учасниками освітнього процесу. Реалізація супроводжувальної програми дозволяла забезпечити єдність підходів до взаємодії з дитиною в рамках індивідуальних занять, групової діяльності, освітнього середовища закладу дошкільної освіти та сімейного контексту.

Супроводжувальна програма для батьків і педагогів ґрунтувалася на принципах Денверської моделі раннього втручання та передбачала формування компетентності

дорослих у питаннях розвитку дитини з РАС, використання природних навчальних можливостей, застосування градуйованої системи підтримки, стимулювання ініціативи дитини та розвитку навичок у повсякденних рутинах.

Зміст програми включав елементи психоосвітньої роботи, коучингового супроводу, консультування та практичних рекомендацій, спрямованих на зниження ризику виникнення психологічних труднощів у дітей, підвищення якості взаємодії дорослого з дитиною та підтримку емоційно безпечного й передбачуваного середовища.

На нашу думку, упровадження супроводжувальної програми для батьків і педагогів сприяло посиленню формувального впливу основної програми, забезпечувало перенесення набутих дитиною навичок у різні життєві контексти та відповідало системному й сімейно-орієнтованому підходам, які лежать в основі сучасних моделей раннього втручання.

Одним із ключових етапів реалізації формувального втручання в межах Денверської моделі раннього втручання, а також однією з психологічних умов є постановка короткострокових навчальних цілей, розрахованих на період близько 12 тижнів. Саме ці цілі визначають вектор психологічного та педагогічного впливу, структурують зміст індивідуальних і групових занять та забезпечують цілеспрямованість формувального процесу.

З огляду на багатовимірність порушень розвитку у дітей з РАС, під час ігрових та натуралістичних занять існує ризик втрати фокусу на ключових навичках, якщо навчальний процес не має чітко визначених орієнтирів. Формулювання конкретних, вимірюваних цілей дозволяє фахівцям постійно утримувати у полі професійної уваги ті форми поведінки та навички, над якими здійснюється робота, а також цілеспрямовано створювати навчальні ситуації для їх опанування в природному контексті взаємодії.

Процес постановки короткострокових цілей розпочинався з оцінки актуального рівня розвитку дитини за допомогою чек-листів цільових навичок ESDM, що було реалізовано на констатувальному етапі дослідження. На основі результатів оцінювання, а також з урахуванням запиту батьків і міждисциплінарної думки фахівців, які супроводжують дитину та сім’ю, формувалися цілі формувального втручання.

У кожному напрямі розвитку визначалося 2–3 цільові навички, над якими планувалася робота протягом наступних 12 тижнів. Кожна навичка формулювалася у вигляді чіткої навчальної цілі з дотриманням поведінкового формату, який включав:

- опис попередньої умови (антецеденту або дискримінативного стимулу);
- цільову поведінкову реакцію дитини;
- критерії досягнення навички;
- умови генералізації у різних ситуаціях та в природному середовищі.

Такий підхід забезпечував можливість об'єктивного відстеження динаміки розвитку та корекції навчальних стратегій у процесі формувального експерименту.

Важливою умовою, дотриманою у контексті дослідження, є баланс цілей за різними сферами розвитку. Модель наполягає на тому, щоб кількість навчальних цілей була відносно рівномірно розподілена між основними напрямами, а не концентрувалася виключно на найбільш дефіцитарних або, навпаки, найбільш збережених функціях.

Надмірна орієнтація лише на слабкі сторони розвитку може призводити до зростання фрустрації у дитини, батьків та фахівців, зниження мотивації та уповільнення темпів навчання. Водночас фокусування виключно на сильних сторонах дитини, попри зовнішню легкість досягнення результатів, залишає поза увагою ключові труднощі, з якими дитина стикається у повсякденному житті, зокрема у сфері соціальної взаємодії та комунікації. Така диспропорція може ще більше підсилювати асиметрію розвитку, характерну для дітей з РАС.

З огляду на це, під час формувального експерименту цілі визначалися для всіх сфер розвитку – як сильних, так і проблемних, що дозволяло одночасно підтримувати наявні ресурси дитини та поступово компенсувати дефіцити. Загалом протягом одного 12-тижневого циклу формувального втручання визначалося понад 20 навчальних цілей, що відповідало інтенсивному характеру роботи за моделлю ESDM.

Отже, система постановки короткострокових навчальних цілей в межах формувального експерименту забезпечувала структурованість, цілісність і розвиткову спрямованість втручання, відповідала принципам Денверської моделі раннього втручання та створювала методологічне підґрунтя для подальшої організації

індивідуальної й групової роботи з дітьми з РАС, а також виступала однією з ключових психологічних умов реалізації Денверської моделі.

Визначення пріоритетних навичок для навчання у формувальному втручанні ґрунтувалося на аналізі послідовності сформованості та несформованості навичок у різних сферах розвитку дитини. Під час відбору навчальних цілей орієнтація здійснювалася на рівень чек-листа цільових навичок ESDM у тій галузі розвитку, в якій дитина демонструвала найбільш стабільний і послідовний прогрес. Відповідно, завданням формувального етапу ставало завершення (закриття) відповідного рівня розвитку.

Передбачалося, що за умови систематичних, структурованих і методично обґрунтованих занять кожна дитина здатна досягти критерію сформованості значної частини навичок, які перебувають у зоні «частково сформовані» або «на межі засвоєння», упродовж 12 тижнів інтенсивного втручання. Саме такі навички в обов'язковому порядку включалися до короткострокових навчальних цілей.

Під час ухвалення рішення щодо глибини опрацювання повністю несформованих навичок враховувалися індивідуальні особливості розвитку дитини, виявлені в ході комплексного психодіагностичного обстеження. У разі сумнівів пріоритет надавався помірному рівню вимог, оскільки систематична неуспішність дитини у процесі навчання призводить до зниження мотивації не лише в неї самої, а й у батьків та фахівців, залучених до реалізації програми втручання.

Відповідно до методології ESDM кожна навчальна ціль повинна мати чотири обов'язкові характеристики, що забезпечують її функціональність, вимірюваність та можливість генералізації:

1. Визначення антецедентного (дискримінативного) стимулу – події або сигналу, який передує цільовій поведінці та ініціює її прояв.

2. Детальний опис цільової поведінки або навички, включно з її топографією, котрий дає змогу спостерігати та об'єктивно вимірювати поведінкові прояви.

3. Критерій досягнення цілі, який визначає умови, за яких навичка вважається сформованою.

4. Критерій узагальнення (генералізації) цільової поведінки в різних ситуаціях, з різними партнерами взаємодії та в природному середовищі.

Поведінкові та навчальні навички формуються як реакція на певні стимули, які розглядаються як антецеденти або дискримінативні стимули. У ролі таких стимулів можуть виступати:

- дії або поведінка іншої людини;

- зовнішні вербальні, невербальні чи ситуаційні сигнали;

- внутрішні стани або імпульси дитини;

- попередні елементи поведінкової ланки (ланцюжка дій).

Точне визначення антецедентного стимулу під час формулювання навчальної цілі має принципове значення з двох причин. По-перше, це дає змогу навчати дитину реагувати на ті самі стимули, які запускають відповідну поведінку у нейротипових однолітків. По-друге, чітке описання антицедента забезпечує узгодженість дій фахівців та дозволяє використовувати єдиний навчальний сигнал, що суттєво підвищує ефективність і темпи формування навичок.

За логікою ESDM особлива увага приділяється використанню сталих і функціонально значущих антицедентів, оскільки їх систематичне застосування сприяє більш стабільній динаміці розвитку навичок.

В методології ESDM єдиним безпосереднім індикатором навчання дитини виступає її спостережувана поведінка. Усі навчальні цілі в рамках формувального експерименту формулювалися виключно через опис того, що саме робить дитина: дає, показує, дивиться, вказує, сортує, натискає, кладе, імітує, називає, реагує. Наприклад, прояви спільної уваги визначалися через такі поведінкові дії, як, передавання предмета дорослому, вказування на об’єкт, переведення погляду з предмета на партнера і назад, встановлення зорового контакту у поєднанні з жестом або вокалізацією. Аналогічно, реакція дитини на соціальні стимули описувалася через спостережувані рухові, зорові, жестові та мовленнєві дії – поворот голови чи корпусу, фіксацію погляду, використання жестів, вокалізацій або слів. Одна навчальна ціль може включати кілька форм поведінки, що зумовлено двома основними причинами. По-перше, багато навичок є

ланцюговими та складаються з послідовності окремих дій. По-друге, одна навчальна ціль може охоплювати різні прояви одного класу поведінки.

Для кожної навчальної цілі визначався чіткий критерій її досягнення, який дозволяв встановити факт успішного засвоєння навички. Запровадження критеріїв виконувало дві основні функції:

1) забезпечувало фокусування навчання на конкретному рівні володіння навичкою;
2) дозволяло об'єктивно оцінити результати навчання та надати чіткий зворотний зв'язок.

Визначення критерію досягнення ґрунтувалося на знанні індивідуальної швидкості навчання дитини, кількості годин втручання та реалістичних очікуваннях щодо прогресу впродовж 12-тижневого циклу. При цьому застосовувався принцип помірного оптимізму: цілі мали бути досяжними, але вимагати зусиль і систематичної роботи.

Критерії досягнення могли включати різні параметри, зокрема:

- кількість сформованих одиниць (наприклад, називає 8 кольорів);

- латентність реакції (наприклад, реагує на привітання протягом 1 секунди);

- рівень самостійності (наприклад, виконує 70% дій під час миття рук без підказок);

- тривалість виконання діяльності (наприклад, самостійно грається 10 хвилин);

- стабільність першої реакції на антецедент.

Останній показник – перша реакція на антецедент – розглядався як важливий індикатор стабільності навички. Якщо дитина протягом кількох сесій і днів поспіль демонструвала правильну реакцію на перший стимул, навичка вважалася сформованою на функціональному рівні.

Особлива увага приділялася ступеню необхідної підтримки з боку дорослого. Враховувалося, що навіть типово розвинені дошкільники потребують підказок, нагадувань і допомоги в багатьох життєвих ситуаціях. Тому більшість цілей передбачали допустимий рівень підтримки, наприклад:

- виконання діяльності з обмеженою кількістю вербальних або жестових підказок;

- реагування на першу інструкцію без повторення;

- періодичне повернення уваги дитини до завдання.

При визначенні критеріїв обов'язково враховувався віковий рівень очікувань. У разі сумнівів застосовувався порівняльний аналіз із поведінкою типово розвинених однолітків.

Завершальним і обов'язковим елементом постановки навчальних цілей було визначення критеріїв генералізації навички, що дозволяло оцінити її перенесення в різні контексти, з різними партнерами та в умовах природного середовища. Наявність чітко сформульованого, вимірюваного критерію генералізації дозволяє оцінити, чи відображає спостережувана частота реакцій дитини її реальний рівень сформованості навички.

Підходи до визначення критеріїв генералізації залежать від частоти та складності цільової поведінки. Для поведінкових реакцій, які відбуваються обмежену кількість разів на день (наприклад, реакція на привітання), доцільним є спостереження за проявом навички у більшості відповідних ситуацій протягом 3 – 4 послідовних днів. Це дозволяє зробити висновок про стабільність навички та її незалежність від випадкових чинників.

Для більш складних або часто повторюваних поведінкових ланцюгів (наприклад, миття рук, одягання, участь у побутових рутинах) показовим є стабільне виконання навички протягом 1 – 2 днів поспіль у звичних умовах. У такому випадку оцінюється не лише факт виконання дії, але й рівень самостійності, послідовність етапів та здатність дитини діяти без надмірної зовнішньої підтримки.

Загалом навичка вважалася генералізованою, якщо вона демонструвалася у різних умовах або контекстах, з використанням різних матеріалів, а також у взаємодії з двома і більше людьми.

У випадках, коли цільова поведінка не була жорстко прив'язана до конкретного місця або спеціальних умов, кожна з навчальних цілей, запланованих на 12-тижневий цикл, включала критерій, згідно з яким поведінка мала проявлятися щонайменше у двох

різних ситуаціях, з двома і більше матеріалами та з участю двох і більше партнерів по взаємодії.

Запровадження таких вимог має як переваги, так і певні обмеження. До безумовних переваг належить висока стабільність і функціональність сформованої навички. Для досягнення критерію генералізації фахівець змушений організовувати навчання у різних умовах і залучати до процесу різних осіб, що значно розширює можливості для навчання та закріплення поведінки.

Водночас подібні критерії є більш складними для вимірювання, оскільки потребують збору даних або достовірної інформації про прояви навички поза межами індивідуального заняття. Крім того, досягнення таких критеріїв зазвичай вимагає більш тривалого часу навчання, оскільки генералізація не відбувається автоматично і потребує цілеспрямованої організації.

Попри ці обмеження, переваги підходу переважають, оскільки він дозволяє уникнути поширеної та фруструючої ситуації, коли дитина володіє певним набором навичок, але не здатна використовувати їх функціонально поза межами терапевтичного простору.

Окремий акцент у процесі планування формувального впливу робився саме на функціональність навчальних цілей. Оскільки процес навчання потребує значних часових і емоційних ресурсів як від дитини, так і від дорослого, принципово важливо, щоб сформовані навички мали реальну адаптивну цінність та використовувалися у повсякденному житті.

Навчальні цілі, які враховують ці аспекти, сприяють натуралізації процесу навчання та дозволяють інтегрувати формувальний вплив у звичайні види діяльності й соціальні взаємодії. Саме такі функціональні цілі забезпечують максимальну адаптивну цінність сформованих навичок і підвищують якість життя дитини.

Для перевірки функціональності обраної цілі застосовувався простий, але ефективний принцип: «Чи здатна типово розвинена дитина того ж віку демонструвати аналогічну поведінку у подібних умовах?»

Якщо відповідь є ствердною, то відповідна навчальна ціль вважалася функціонально обґрунтованою і доцільною для дитини з розладами аутистичного спектра.

Рекомендації щодо формулювання навчальних цілей для реалізації Денверської моделі раннього втручання ми звели в таблицю, яка наведена в Додатку.

Відповідно, формулювання навчальних цілей із чітко визначеними антецедентами, поведінковими індикаторами, критеріями досягнення та генералізації забезпечувало системність, функціональність і практичну значущість формувального експерименту, а також виступало однією з психологічних умов впровадження Денверської моделі раннього втручання.

Сформульовані навчальні цілі в межах Денверської моделі раннього втручання розглядаються як короткостроковий навчальний план тривалістю 12 тижнів. Однак для їх практичної реалізації кожна ціль підлягає подальшій декомпозиції на низку послідовних, логічно пов’язаних етапів, які відображають поступове формування цільового навику.

У процесі роботи над кожною ціллю складається алгоритм формування навички (task analysis), який охоплює шлях від актуального рівня розвитку дитини до повністю сформованої й генералізованої навички, відповідно до опису в навчальному плані. Саме ці етапи, структуровані у вигляді алгоритмів, стають основою щоденних занять, а також операціоналізованими описами цільової поведінки для систематичного збору даних під час терапевтичних сесій.

Збір і аналіз даних, отриманих у процесі занять, дає змогу об’єктивно відстежувати динаміку розвитку кожної дитини, своєчасно коригувати стратегії втручання та приймати рішення щодо переходу до наступних етапів навчання.

Визначення етапів навчання для кожної цілі ґрунтується на:

- знаннях про закономірності онтогенетичного розвитку дитини в різних сферах;
- результатах попередньої психолого-педагогічної оцінки;
- використанні алгоритмів аналізу завдань і навичок, напрацьованих у практиці ESDM.

Алгоритм формується на основі спостереження за виконанням навику, а також шляхом прогностичного моделювання розвитку навику, з урахуванням вікових норм, типових віх розвитку та клінічного досвіду роботи з дітьми з РАС.

Такий підхід отримав назву «побудова алгоритму завдання відповідно до закономірностей розвитку». Він передбачає визначення етапів, за якими дитина опановує навик, включаючи поступове зростання самостійності, підвищення точності виконання, розширення контекстів використання навику, варіативність форм його прояву, генералізацію навику з різними партнерами та в різних умовах.

У процесі навчання підказки поступово редукуються, а кожен елемент поведінкового ланцюжка починає виконувати функцію антецедента для наступної дії. У результаті формується цілісна поведінкова послідовність, яка автоматично запускається у відповідь на відповідний стимул і завершується після виконання фінального компонента навику.

Опис етапів навчання фактично є планом поетапного формування навику, який визначає логіку переходу від початкового рівня до повного оволодіння цільовою поведінкою. Кількість етапів не є жорстко регламентованою, однак у практиці ESDM зазвичай коливається від чотирьох до шести, що забезпечує можливість фіксації поступової динаміки розвитку навику на щотижневій основі.

В рамках формувального експерименту, проведеного в даному дослідженні, кожна навчальна ціль була структурована в середньому на п’ять послідовних етапів, що відображалося в індивідуальних програмах розвитку дітей та забезпечувало системність і керованість формувального впливу.

Обов’язково задається чіткий кількісний критерій успішності, який дозволяє об’єктивно оцінити готовність дитини до переходу на фінальний рівень. Такими критеріями можуть бути:

- стабільність виконання (наприклад, не менше 85 % успішних реакцій протягом трьох послідовних сесій);

- частота прояву поведінки (наприклад, 2 – 3 рази протягом 15 хвилин взаємодії);

- зростання ймовірності реакції на антецедент (наприклад, 1 із 3, 2 із 3, 3 із 3 спроб).

Незалежно від конкретної форми, критерій цього етапу завжди має бути кількісно вимірюваним, бо це забезпечує об’єктивність збору даних і дозволяє чітко відстежувати динаміку формування цільового навику.

Характер і зміст проміжних етапів навчання безпосередньо залежать від специфіки навику, над яким здійснюється формувальний вплив. В межах Денверської моделі раннього втручання більшість навчальних цілей, які включаються до індивідуальних програм розвитку дитини, можуть бути віднесені до одного з чотирьох основних типів, кожен з яких передбачає власну логіку побудови проміжних етапів навчання:

1) навчання відповідно до природної послідовності розвитку дитини;
2) формування поведінкових ланцюжків і поведінкових зв’язок;
3) збільшення частоти реакцій та розширення поведінкового репертуару;
4) пов’язування вже наявної поведінки з новими антицедентами.

Окремі аспекти розвитку дитини підпорядковуються відносно стабільній та передбачуваній послідовності етапів, характерних для більшості типово розвинених дітей. Дослідження свідчать, що діти з РАС нерідко проходять ті самі стадії розвитку, що й їхні нейротипові однолітки, навіть у тих сферах, які є для них найбільш уразливими, зокрема у мовленні чи символічній грі [135].

Визначення проміжних етапів навчання у таких випадках ґрунтується на уявленнях про типову онтогенетичну логіку розвитку навику.

Одним із системних джерел для визначення етапів навчання є чек-лист цільових навичок ESDM, який містить детальний опис послідовності розвитку навичок як на окремих рівнях, так і між ними. Аналогічні принципи закладені і в інших програмах раннього втручання, які орієнтуються на вікові нормативи розвитку. Під час формувального експерименту даного дослідження при побудові алгоритмів навчання ми спиралися насамперед на етапи, визначені в списку цільових навичок ESDM.

В процесі формувального впливу за ESDM одну із ключових ролей відіграє ієрархічна система підказок, яка забезпечує підтримку дитини під час оволодіння новими навичками та створює умови для поступового переходу до самостійного виконання цільової поведінки. Використання підказок у ESDM ґрунтується на

принципах натуралістичного навчання, мінімальної достатньої допомоги та обов'язкового поступового згортання зовнішньої підтримки.

Підказки застосовуються як гнучкий інструмент регуляції складності завдання, який адаптується до актуального рівня розвитку дитини, її мотиваційного стану та специфіки навчальної ситуації. Основною метою використання підказок є забезпечення успішної відповіді дитини та закріплення правильного способу дії, а не виконання завдання замість неї.

У формувальному експерименті використовувалася ієрархія підказок від найменш інвазивних до найбільш інтенсивних, що відповідає сучасним підходам ESDM та AAC-практик. Перехід між рівнями підказок здійснювався поступово, залежно від реакції дитини та стабільності сформованої навички. Але сам ієрархічний ланцюжок використовувався при кожній навчальній спробі та спонтаних навчальних епізодах. Основними та найбільш використовуваними є наступні види підказок:

1) Підказка-пауза є найменш інвазивним видом підтримки і передбачає навмисне очікування з боку дорослого після подання антецедентного стимулу. Така пауза створює для дитини можливість самостійно ініціювати дію або комунікацію. Цей тип підказки активно використовувався для розвитку спонтанної комунікації, ініціативності, саморегуляції та закріплення вже частково сформованих навичок.
2) Непряма невербальна підказка включає використання міміки, пози тіла, погляду, очікувального виразу обличчя або легких рухів рук, які сигналізують дитині про необхідність дії, не вказуючи її безпосередньо. Такий тип підказки сприяє розвитку соціальної чутливості та орієнтації на невербальні сигнали партнера по взаємодії.
3) Непряма вербальна підказка реалізується через відкриті або загальні запитання й коментарі (наприклад: «І що далі?», «Як ми це зробимо?»), які не містять прямої інструкції. Вона стимулює мовленнєву активність, мислення та ініціативу дитини, залишаючи їй простір для самостійної відповіді.
4) Жестова підказка передбачає використання вказівних або моделювальних жестів, спрямованих на об'єкт або дію, яку необхідно виконати. У ESDM

жестові підказки розглядаються як проміжний рівень між вербальною підтримкою та фізичним втручанням і широко застосовуються для розвитку рецептивної та експресивної комунікації.

5) Вербальна підказка включає короткі, чіткі інструкції або ключові слова, які безпосередньо вказують на очікувану дію. Вона використовується у випадках, коли менш інвазивні підказки виявляються недостатніми, та поступово згортається у міру формування навички.
6) Моделювання (direct model) передбачає демонстрацію цільової дії або поведінки дорослим із подальшим наданням дитині можливості повторити її. Цей тип підказки є особливо ефективним у навчанні імітації, нових моторних або комунікативних дій.
7) Часткова фізична підказка полягає у легкому фізичному спрямуванні або підтримці окремих компонентів руху без повного контролю дії. Вона використовується як перехідний етап до самостійного виконання та дозволяє зберігати активну участь дитини у виконанні завдання.
8) Повна фізична підказка є найбільш інтенсивною формою підтримки та застосовується на початкових етапах формування нових навичок, коли дитина не демонструє цільової поведінки навіть за наявності інших типів підказок. Її використання має бути обмеженим у часі та обов’язково супроводжуватися поступовим згортанням.

Основні характеристики різних типів підказок ми звели в таблицю, яка наведена в Додатку.

Відповідно до стандартів ESDM, процес оволодіння дитиною цільовими навичками систематично відстежується за допомогою щоденного листа збору даних. Приклад такого інструмента, який ілюструє одну з навчальних цілей та містить опис усіх етапів її формування, наведений в Додатку. Повний зразок індивідуальної програми розвитку та супровідної документації також представлено у Додатках до роботи.

В програмі фіксується дата початку навчання навику та дата досягнення критерію його сформованості. Датою завершення роботи над конкретною ціллю вважається

момент, коли дитина вперше продемонструвала рівень оволодіння навиком, що відповідає визначеному цільовому критерію. Для більш детального аналізу динаміки розвитку дитини під час кожної терапевтичної сесії використовується щоденний лист збору даних, який дозволяє здійснювати проміжні фіксації результатів та оперативно коригувати навчальний вплив.

Щоденний лист збору даних є, по суті, скороченою операціоналізованою версією навчальних цілей, яка містить опис етапів їх формування. Він використовується безпосередньо під час сесій і виконує подвійну функцію: з одного боку, слугує орієнтиром для спеціаліста щодо того, які навички та дії необхідно відпрацьовувати, а з іншого – є журналом реєстрації реакцій дитини на навчальні впливи.

Таким чином, ESDM базується на високоструктурованому практичному підході до планування щоденних навчальних сесій, який вибудовується на основі індивідуальних цілей розвитку дитини, визначених на 12-тижневий період. Для кожної цілі розробляється алгоритм навчального завдання з чітко окресленими етапами формування навику, які надалі використовуються як основа для щоденного збору даних. Основна увага терапевта та процес фіксації результатів зосереджуються на поточному етапі навчання та на кінцевому, вже сформованому рівні навику, що дозволяє об’єктивно оцінювати динаміку розвитку.

Збір та опрацювання даних за кілька сесій спрощує аналіз прогресу та дає змогу своєчасно виявляти ті компоненти навчального плану, які потребують перегляду або модифікації. У випадках недостатньої позитивної динаміки навчальний підхід підлягає корекції з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Денверська модель раннього втручання забезпечує умови для максимально індивідуалізованого підходу, починаючи з використання чек-листа цільових навичок ESDM для побудови навчального плану та залучення батьків до процесу формування навчальних цілей, включених до індивідуального профілю розвитку дитини. Такий профіль охоплює інформацію про улюблені матеріали, ігри та види діяльності дитини, які доцільно використовувати у процесі формування цільових навичок, а також передбачає систематичний план зміни навчальних стратегій у разі їх недостатньої ефективності.

Отже, ESDM виступає гнучкою, динамічною системою втручання, яка дозволяє адаптувати навчальний процес до індивідуального стилю навчання дитини, її сильних сторін, потреб та інтересів, а також до цінностей і пріоритетів її родини. Саме така індивідуалізація є однією з ключових психологічних умов ефективності впровадження раннього втручання для дітей з РАС.

В межах реалізації формувального впливу нами було враховано різні формати навчання та стратегії взаємодії, які відповідають принципам Денверської моделі раннього втручання та сучасним уявленням про розвиток дітей з РАС. Першим елементом в організації формувального експерименту виступала стратегія формування ігрового партнерства, яка розглядалася як базова умова ефективного навчання, розвитку соціальної взаємодії та залучення дитини до спільної діяльності. Формування ігрового партнерства здійснювалося поетапно та передбачало обов'язкове урахування мотиваційної сфери дитини.

Окреме місце у формувальній програмі посідала стратегія спільних повторюваних ігор і занять, які розглядалися як один з основних форматів навчання в межах Денверської моделі, відповідно до яких партнери у спільній діяльності виконують дії з одними й тими самими предметами, імітують один одного, діють по черзі та поступово ускладнюють спільний сценарій. Соціальний компонент спільних занять виступав ключовим навчальним інструментом.

Спільні повторювані ігри та заняття мали чітку внутрішню структуру, яка включала кілька послідовних етапів. Перший етап – підготовка до гри, котрий охоплював дії, які передували початку спільної взаємодії, знайомство з матеріалами та налаштування на спільну діяльність. Другий етап – основна тема гри, в межах якої дитина і дорослий брали участь у спільній предметній або соціальній діяльності (ігри з водою, кубиками, малювання, рухливі ігри, танці, ігри-хованки тощо). Наступним третім етапом було ускладнення та варіативність гри, яке передбачало внесення змін у базовий сценарій, розширення дій та використання різних способів взаємодії. Така варіативність дозволяла підтримувати інтерес дитини, уникати одноманітності, розвивати гнучкість мислення та охоплювати різні сфери розвитку в межах однієї ігрової теми. Завершальним етапом виступало завершення гри, яке відбувалося в

момент зниження уваги дитини або вичерпання навчального потенціалу взаємодії. На цьому етапі здійснювалося прибирання матеріалів, переключення на нову діяльність або зміну локації, що сприяло формуванню навичок переходу між видами діяльності, завершення активності та прийняття змін.

Терапевтична сесія в межах Денверської моделі раннього втручання включала послідовність взаємопов'язаних спільних ігор, які могли бути як предметно-орієнтованими, так і соціальними, проходити за столом або в більш динамічному форматі. Сесія мала чітку структуру (від ритуалу привітання до завершального прощання), яка забезпечувала передбачуваність, емоційну безпеку та оптимальні умови для навчання дитини.

Навчання в концепції Денверської моделі раннього втручання здійснюється безпосередньо у процесі спільної ігрової взаємодії між дитиною та дорослим і розглядається як динамічний процес, інтегрований у природний контекст діяльності. Освоєння кожної навчальної цілі відбувається у трьох ключових точках моменту взаємодії, які забезпечують послідовність і ефективність формувального впливу. Ці три навчальні дії (моделювання у відповідь на ініціативу дитини, використання підказок та надання позитивних наслідків) забезпечують реалізацію ключових кроків у процесі засвоєння кожної навчальної цілі та відповідають базовим принципам навчання в логіці Денверської моделі раннього втручання.

У процесі формувального експерименту використовувалися різні види спільних ігор і занять, які слугували природним контекстом для навчання та розвитку дитини. До них належали:

- повторювані заняття з предметами (ігри з конструкторами, вкладками, кубиками, матеріалами для маніпуляцій);
- сенсорно-соціальні ігри, які поєднували рух, тілесну взаємодію, емоційний контакт і сенсорний досвід;
- повторювані спільні заняття з чіткою структурою та прогнозованим сценарієм;
- ритуали привітання та прощання, які забезпечували передбачуваність і формували навички соціальної взаємодії;

- організаційні спільні дії, зокрема розкладання іграшок та матеріалів по місцях;
- спільні побутові епізоди, включно з перекусами, які використовувалися як контекст для навчання соціально-комунікативних і регуляторних навичок.

Зазначені види спільних ігор і занять виступали базовими форматами реалізації формувального впливу.

У повторюваних спільних заняттях з предметами соціальний аспект реалізується через наслідування дій дитини, організацію черговості, контроль і розподіл матеріалів, спільний вибір теми гри, а також варіювання дій протягом одного ігрового сюжету. У процесі гри дорослий не лише підтримує предметну активність дитини, а й цілеспрямовано вплітає соціальні елементи у взаємодію, що створює умови для формування соціально опосередкованого навчання.

Особливе значення у спільних заняттях з предметами має соціальна взаємодія, яка постійно відбувається за допомогою поглядів, вербальних і невербальних засобів комунікації, емоційних реакцій та спільної уваги до предмета. Саме у таких ігрових ситуаціях формується підґрунтя для розвитку спільної уваги, коли обидва партнери розділяють інтерес до об’єкта, задоволення від взаємодії та намір продовжувати спільну діяльність.

Особливе місце посідали сенсорно-соціальні повторювані ігри та заняття, які розглядалися як специфічний формат спільної діяльності, спрямований передусім на розвиток соціальної взаємодії, емоційного обміну та регуляції поведінки дитини з РАС.

На відміну від предметно-орієнтованих спільних повторюваних ігор, у яких взаємодія вибудовується навколо трьох компонентів (дитина – предмет – партнер), сенсорно-соціальні повторювані ігри є двосторонньою взаємодією, яка включає лише дитину та ігрового партнера. Такі заняття мають парний характер і передбачають почергову участь обох партнерів у спільному виді діяльності, наслідування дій один одного, обмін емоціями та координацію рухів.

Хоча окремі сенсорно-соціальні заняття мають зовнішню схожість із формами взаємодії, які використовуються в підходах RDI або DIR/Floortime, зазначені ігри були

розроблені незалежно в процесі становлення Денверської моделі раннього втручання та є її автономною складовою.

Сенсорно-соціальні повторювані ігри та заняття, що застосовувалися у формувальному експерименті, відповідали чотирьом основним критеріям, які продиктовані методологією ESDM:

1) Спрямованість на соціально-комунікативні сигнали.

Ігри орієнтують увагу дитини на соціальні сигнали партнера, передусім на зоровий контакт та увагу до обличчя, а також на жести, пози, міміку та передбачувальні рухи.

2) Формування емоційного обміну та розуміння міміки.

У процесі гри дитина навчається розпізнавати емоційні вирази іншої людини та ділитися власними емоціями у взаємодії «обличчям до обличчя». Дорослий активно використовує міміку, усмішки, інтонацію та звукові ефекти, залучаючи увагу дитини до свого обличчя.

3) Стимуляція комунікативних ініціатив.

Сенсорно-соціальні ігри сприяють збільшенню кількості ініціатив з боку дитини, які реалізуються через погляд, міміку, жести, вокалізації та слова.

4) Оптимізація рівня збудження та регуляція уваги.

Такі ігри позитивно впливають на процеси збудження та гальмування, допомагаючи дитині утримувати оптимальний рівень активації. Вони можуть як активізувати дитину у стані втоми, так і заспокоїти її у разі надмірного збудження чи сенсорного перевантаження, змінювати емоційний стан та відновлювати здатність до взаємодії.

Отже, ми можемо сказати, що сенсорно-соціальні повторювані ігри та заняття виступають важливим інструментом формування соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів розвитку дітей з РАС, створюючи умови для розвитку емоційної взаємодії, комунікативної ініціативи та саморегуляції в межах природної, ігрової взаємодії.

Також сенсорно-соціальні повторювані ігри та заняття відіграють провідну роль у формуванні у дитини з розладами аутистичного спектра розуміння того, що вираз

обличчя, рухи тіла, жести та пози інших людей несуть комунікативне значення і є важливими засобами соціальної взаємодії. Саме тому в процесі реалізації сенсорно-соціальних повторюваних ігор принципово важливо, щоб дитина перебувала у безпосередньому просторі взаємодії з дорослим, добре бачила його обличчя, рухи та жести і могла спрямовувати на них свою увагу.

Зоровий контакт і орієнтація на партнера забезпечувалися за рахунок відповідної організації простору: дитину розміщували обличчям до дорослого (на колінах, на маленькому стільчику, у кріслі-мішку, на гімнастичному м'ячі тощо), що створювало оптимальні умови для сприймання міміки, погляду та рухів партнера. Така просторово-організаційна умова є критично важливою для розвитку соціального сприймання та цілеспрямованої комунікації.

Сенсорно-соціальні повторювані ігри навчають дитину наміровому спілкуванню, тобто здатності за власною ініціативою ініціювати, підтримувати та завершувати соціальну взаємодію. Намірова комунікація у цьому форматі включає використання погляду, жестів, пози тіла, міміки, різних типів вокалізацій, а згодом і мовлення.

Важливим аспектом сенсорно-соціальних занять є регуляція емоційного стану та рівня збудження дитини. Регуляція емоційного стану дитини розглядається як ключова компетентність фахівця, який працює в межах Денверської моделі раннього втручання. У разі появи ознак дискомфорту або негативної реакції з боку дитини інтенсивність стимуляції має бути негайно знижена, а за відсутності позитивної динаміки — відповідне заняття припинене.

Принципово важливо, щоб під час використання предметів фокус уваги дитини залишався спрямованим на дорослого, а не на об'єкт. З цією метою дорослий постійно зберігав контроль над предметами і не організовував чергування дій із предметом, як у предметно-орієнтованих іграх. Натомість дитина мала звертатися до дорослого з проханням продовжити дію, супроводжуючи це поглядом, усмішкою, жестом чи вокалізацією.

Сенсорно-соціальні повторювані ігри будувалися як активна взаємодія двох рівноправних партнерів, у якій ролі постійно змінювалися, а чергування відбувалося

переважно під час соціальної та комунікативної поведінки. Діти виступали як активні соціальні партнери, які багаторазово ініціювали взаємодію, наслідували дії дорослого, подавали комунікативні сигнали та реагували на дії партнера. Недопустимими вважалися ситуації, у яких дорослий лише розважає дитину, а вона залишається пасивним спостерігачем. Навпаки, сенсорно-соціальне заняття мало вигляд безперервного двостороннього обміну, у якому кожен з партнерів постійно реагує на дії іншого, а дитина демонструє соціальну або комунікативну поведінку приблизно кожні 10 секунд.

Під час терапевтичних сесій у форматі ESDM нами систематично поєднувалися предметно-орієнтовані повторювані ігри та сенсорно-соціальні повторювані ігри, що забезпечувало комплексний вплив на різні компоненти розвитку дитини з розладами аутистичного спектра.

Повторювані ігри з предметами використовувалися насамперед для розвитку когнітивно-пізнавальних навичок, навичок імітації, мовленнєвих і комунікативних умінь, функціональної гри з іграшками, а також дрібної моторики. У свою чергу, сенсорно-соціальні повторювані ігри були спрямовані на формування соціально-комунікативних, мовленнєвих та регуляторних навичок, розвиток імітації, емоційного обміну та здатності дитини отримувати задоволення від соціальної взаємодії.

Окрім ігрових форматів, у структурі терапевтичних сесій ESDM важливе місце посідали інші типи спільних занять, які не належать безпосередньо до ігор, але мають суттєве значення для формування навичок адаптації до освітнього середовища та повсякденного життя. До таких занять належать:

- ритуали привітання та прощання;
- спільний перекус;
- розкладання ігрових матеріалів по місцях;
- переходи від однієї діяльності до іншої.

Кожне терапевтичне заняття починалося та завершувалося ритуалом привітання і прощання, який розглядався як окремий тип спільної діяльності. У цих рутинах відпрацьовувалися цілі з розвитку рецептивного мовлення (наприклад, виконання інструкцій «сідай», «вставай», «дай п’ять», «зніми взуття»), а також соціально-

комунікативні навички – здатність звертати увагу на партнера, ініціювати та завершувати контакт, використовувати вербальні й невербальні засоби привітання та прощання. Такі ритуали створювали передбачувану структуру заняття та слугували важливою основою для формування відчуття безпеки й послідовності подій.

Спільний перекус розглядався в межах індивідуальних сесій ESDM як окреме повторюване спільне заняття, яке має високий навчальний потенціал. У процесі перекусу терапіст і дитина виконували послідовно ускладнювані дії, відпрацьовуючи різноманітні цілі: прохання, чергування, очікування, використання жестів і слів, наслідування, регуляцію поведінки та дотримання правил.

Завершальним етапом терапевтичної сесії було розкладання ігрових матеріалів по місцях, яке розглядалося як важлива навчальна діяльність з кількома функціональними цілями. По-перше, прибирання матеріалів дозволяло мінімізувати сторонні стимули та спрямувати увагу дитини на дорослого і наступну заплановану діяльність. По-друге, процес розкладання матеріалів по місцях використовувався як засіб ускладнення діяльності, що створювало додаткові навчальні можливості. По-третє, прибирання іграшок сприяло формуванню навичок планування та послідовності дій, оскільки включало часову організацію діяльності («спочатку прибираємо, потім обираємо нову гру»). Такі прості послідовності дій є важливими для розвитку виконавчих функцій — гальмування імпульсів, робочої пам’яті, постановки цілі та переключення між завданнями, які часто є вразливими у дітей з аутизмом. По-четверте, прибирання використовувалося як засіб стимулювання мовлення як інструменту саморегуляції. Вербальні коментарі дорослого, які супроводжували дії («спочатку», «потім», «після цього»), формували у дитини основу для розвитку внутрішнього мовлення та планування власної поведінки. По-п'яте, навички розкладання матеріалів по місцях розглядалися як підготовка дитини до вимог реального соціального середовища — дому, закладу дошкільної освіти та подальшого шкільного навчання. У групових форматах занять прибирання є важливим елементом переходу між активностями, що потребує від дитини зростаючої самостійності. Навчаючи дитину брати участь у цих рутинах, фахівці сприяли її поступовій адаптації до нових соціальних та освітніх умов.

У процесі реалізації формувального впливу в межах Денверської моделі раннього втручання окрему складність становлять ситуації переходу між видами діяльності, особливо у випадках, коли дитина демонструє високу залученість до поточного заняття та опір його припиненню. Повторювані ігрові заняття або діяльність, яка відповідає інтенсивним інтересам дитини, можуть викликати виражене емоційне задоволення, у зв'язку з чим переривання такої активності нерідко супроводжується фрустраційними реакціями. Водночас припинення привабливої діяльності не розглядається як небажане або шкідливе втручання, оскільки одним із ключових завдань формувального експерименту є розвиток здатності дитини до гнучкого переключення уваги та регуляції поведінки. Уміння за запитом дорослого завершити поточну діяльність і перейти до нової є важливою складовою когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного розвитку, зокрема в контексті формування виконавчих функцій.

У ситуаціях, коли дитина систематично чинить опір зміні діяльності, в процесі формувальної програми застосовувалася поетапна стратегія підтримки переходу, яка ґрунтується на принципах ESDM і передбачає поступове зниження привабливості попереднього заняття та підвищення мотиваційної цінності наступного.

Таким чином, робота з переходами між видами діяльності в межах формувального експерименту розглядалася як цілеспрямований процес розвитку гнучкості уваги, регуляції поведінки та виконавчих функцій, а не як другорядний організаційний аспект заняття. Застосування описаних стратегій відповідало принципам Денверської моделі раннього втручання та забезпечувало поступовий перехід дитини від ситуаційної регуляції поведінки до більш усвідомленої та самостійної участі в навчальній діяльності.

3.2. Організація та планування індивідуальної терапевтичної сесії та групового формату за моделлю ESDM.

Терапевтична сесія у форматі ESDM являє собою послідовність спеціально організованих спільних ігор та занять, спрямованих на реалізацію індивідуальних навчальних цілей дитини. На початковому етапі втручання тривалість кожного

окремого ігрового епізоду зазвичай не перевищує 2–5 хвилин. У міру накопичення дитиною досвіду спільної діяльності та зростання її залученості, тривалість окремих занять поступово збільшується і може сягати 8–10 хвилин.

Протягом однієї терапевтичної сесії (тривалістю до двох годин у форматі інтенсивного втручання або скороченого часу – у стандартному режимі) створюються численні можливості для роботи з усіма актуальними навчальними цілями дитини. Це включає перевірку вже сформованих навичок, їхню підтримку, а також навчання на поточному етапі засвоєння кожної з визначених цілей в межах соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів розвитку.

Планування структури сесії здійснювалося з опорою на низку методичних правил, які визначають вибір видів ігор, занять та їхню послідовність. Кожна терапевтична сесія обов'язково розпочиналася ритуалом привітання і завершувалася ритуалом прощання, які самі по собі розглядалися як окремі повторювані спільні заняття з чітко визначеними навчальними цілями. Після етапу привітання терапист обирав одну із сенсорно-соціальних ігор або спільну гру з предметами залежно від актуального стану дитини, її рівня активації та навчальних завдань.

Відповідно до принципів ESDM, ігри та заняття проводилися у різних просторових зонах приміщення, кожна з яких асоціювалася з певним типом активності. Зміна місця проведення занять зазвичай відбувалася з кожним новим ігровим епізодом, однак у разі потреби могла зберігатися і протягом декількох занять. Аналогічно варіювався і темп сесії: після занять, котрі вимагали тривалої концентрації уваги у положенні сидячи, обов'язково пропонувалися більш активні ігри на підлозі; після інтенсивних рухливих занять – спокійніші види діяльності. Рівень фізичної активності та емоційного збудження регулювався дорослим з урахуванням індивідуальної чутливості дитини та її оптимального рівня збудження для навчання.

Спільні повторювані ігри та заняття протягом терапевтичної сесії були спрямовані на формування і вдосконалення навичок загальної та дрібної моторики, соціальної взаємодії, когнітивних процесів, ігрової діяльності та комунікації. У дітей, які перебували у програмі втручання тривалий час і вже засвоїли базову структуру

повторюваних ігор, ці заняття поступово ускладнювалися та подовжувалися за рахунок розширення змісту та кількості навчальних цілей. Приклад послідовності занять наведений в таблиці в Додатку.

Представлена послідовність занять є орієнтовною та може варіюватися залежно від індивідуального профілю розвитку дитини, її рівня залученості, емоційного стану та навчальних цілей. Чергування сенсорно-соціальних, предметно-орієнтованих і рухових активностей забезпечує оптимальний рівень активації, підтримку мотивації та ефективне формування навичок в межах соціально-комунікативного, когнітивно-пізнавального та поведінково-регуляторного компонентів розвитку.

Для забезпечення максимальної ефективності навчання дитини в межах однієї терапевтичної сесії необхідним є попереднє планування та підготовка змісту занять. Однією з характерних особливостей Денверської моделі раннього втручання є відсутність жорстко заданих сценаріїв навчальних програм. Це зумовлює високі вимоги до професійної гнучкості та компетентності фахівця.

Планування терапевтичної сесії ґрунтується на низці обов'язкових вимог:

1. Багаторівневе опрацювання цілей.

Під час кожної сесії необхідно працювати як над поточним етапом формування кожної з обраних навчальних цілей, так і над підтриманням та закріпленням уже засвоєних навичок. Обов'язковим компонентом є також систематичний збір даних щодо виконання завдань.

2. Комплексний характер занять.

Кожне заняття має включати цілі з різних сфер розвитку (соціально-комунікативної, когнітивно-пізнавальної, поведінково-регуляторної, моторної тощо). Дотримання цього принципу є одним із ключових критеріїв у системі оцінювання відповідності втручання методології ESDM (Fidelity Checklist).

3. Пріоритетність комунікативних цілей.

На кожному занятті повинна бути реалізована щонайменше одна навчальна ціль, пов'язана з розвитком комунікації. Це положення відображає центральну роль соціально-комунікативної взаємодії як основного механізму навчання у Денверській моделі раннього втручання.

Планування спільних ігор та занять у ході терапевтичної сесії є важливою складовою реалізації психологічної технології формувального впливу за Денверською моделлю раннього втручання. Для цього застосовується спеціальна форма «План терапевтичного втручання в межах сесії», зразок якої подано у додатку і яка використовується як допоміжний інструмент планування.

Планування втручання вважалося завершеним за умови досягнення таких критеріїв:

1. Для кожного змістового блоку сесії заплановано не менше двох ігор або занять.

2. У кожному занятті передбачено відпрацювання двох і більше актуальних навчальних цілей, що дозволяє одночасно підтримувати вже сформовані навички та забезпечувати навчання новим.

3. Сукупність запланованих занять охоплює всі навчальні цілі індивідуальної програми розвитку дитини.

Після завершення етапу планування терапевтичної сесії здійснювалася підготовка просторово-предметного середовища, яке розглядається в межах Денверської моделі раннього втручання як активний компонент навчального процесу. Організація середовища мала на меті створення умов, за яких будь-який вибір дитини може бути використаний для реалізації однієї або кількох навчальних цілей.

Отже, підготовка терапевтичного середовища забезпечувала оптимальні умови для реалізації навчальних цілей, підтримки ініціативи дитини та дотримання ключових принципів Денверської моделі раннього втручання — навчання у природному середовищі, активної участі дитини та динамічної організації взаємодії.

Таким чином, натуралістичний підхід ESDM, зовні схожий на природну ігрову взаємодію, ґрунтується на ретельно спланованій структурі занять і системному вбудовуванні навчальних моментів. За відсутності стабільної позитивної динаміки щодо окремих навичок передбачалося коригування стратегій навчання з метою досягнення максимальної ефективності формувального впливу.

В межах нашого формувального експерименту груповий формат реалізовувався через:

1) інтеграцію навчальних стратегій ESDM у щоденне розклад та середовище закладу дошкільної освіти;
2) поєднання індивідуальних цілей дитини з груповими активностями;
3) використання спільних повторюваних ігор (з предметами та сенсорно-соціальних);
4) організацію навчального простору з урахуванням особливостей сенсорної обробки дітей з РАС;
5) систематичне включення навчальних епізодів у природні рутини (перехід між зонами, перекус, прибирання, ритуали привітання та прощання).

Таким чином, груповий формат у нашому дослідженні розглядався як розширене середовище генералізації, соціалізації та функціоналізації сформованих навичок. Індивідуальна робота забезпечувала цілеспрямоване формування конкретних навчальних цілей, тоді як групове середовище створювало умови для їх закріплення, узагальнення та перенесення у соціально значущі ситуації.

Дані міжнародних досліджень корелюють із логікою нашого формувального експерименту, метою якого було інтегрувати принципи ESDM у звичайну структуру закладу дошкільної освіти без порушення його організаційного режиму [113;151;152;156]. Подібно до описаних у дослідженні умов, у нашій роботі навчальні стратегії впроваджувалися в природні рутини групи: під час колективних занять, вільної гри, переходів між видами діяльності, малих підгрупових форматів та індивідуальних епізодів взаємодії. Це забезпечувало екологічну валідність втручання та сприяло формуванню навичок у функціональному, соціально значущому контексті.

Також, ці дані слугують науковим підґрунтям для організації формувального експерименту у змішаному форматі (індивідуальне + групове втручання) та підтверджують методичну обґрунтованість інтеграції Денверської моделі у систему інклюзивного дошкільного середовища.

Специфіка цього формату полягає у вбудовуванні спеціалізованих навчальних стратегій у природне освітнє середовище, що забезпечує підтримку індивідуальних навчальних цілей, розвиток соціально-комунікативних навичок у природних умовах, а також поступову інклюзію дитини в типове групове середовище. Груповий формат

розглядався нами як самостійне розвивальне середовище, яке висуває до дитини специфічні вимоги щодо організації поведінки, регуляції активності, взаємодії з однолітками та дотримання соціальних правил.

Передусім значущим є формування здатності орієнтуватися у структурованому розкладі дня та здійснювати самостійні переходи між видами діяльності. Для дітей з РАС труднощі гнучкості поведінки, переключення уваги та прийняття змін можуть ускладнювати адаптацію до динамічного ритму дошкільної групи. Тому особлива увага приділялася навчанню розумінню послідовності подій, завершенню попередньої діяльності без дезорганізації та самостійному переходу до наступного заняття відповідно до візуально та просторово організованого середовища.

Не менш важливою умовою ефективного функціонування в групі є здатність брати участь у роботі як малих, так і великих груп. Це передбачає перебування поруч з іншими дітьми без виражених поведінкових порушень, спрямування та утримання уваги на дорослому/ведучому, виконання інструкцій у колективному форматі, а також демонстрацію вже сформованих навичок у присутності однолітків. На початкових етапах така участь могла супроводжуватися додатковою підтримкою, проте поступово завданням було забезпечення дедалі більшої самостійності та стабільності групової поведінки.

Центральне місце у структурі групових цілей посідало формування соціально-комунікативної компетентності. Йшлося як про здатність реагувати на звернення дорослих і дітей, так і про ініціювання взаємодії, підтримання контакту, використання вербальних і невербальних засобів комунікації відповідно до контексту. Важливою особливістю групового формату стало перенесення навичок, сформованих в індивідуальній роботі, у спонтанні ситуації взаємодії з однолітками, що забезпечувало їх генералізацію та функціональність.

Суттєву роль відігравало формування цілеспрямованої гри та функціонального використання предметів. Групове середовище створює умови для розвитку паралельної, а згодом і спільної гри, для опанування простих сценаріїв символічної діяльності, для розширення репертуару ігрових дій. Гра розглядалася як природний

механізм соціалізації, у якому інтегруються когнітивні, мовленнєві та соціальні компоненти розвитку.

Окремий блок становили навички самообслуговування та безпечної поведінки. Повсякденна організація життя дошкільної групи надає численні можливості для формування автономності: організація особистих речей, гігієнічні процедури, участь у прийомі їжі, дотримання правил безпеки. У формувальному експерименті ці навички не виділялися ізольовано, а інтегрувалися в реальні життєві ситуації, що забезпечувало їх функціональну значущість.

Особливого значення набув розвиток спонтанного соціального залучення, тобто здатності дитини самостійно ініціювати контакт із ровесниками, проявляти інтерес до їх діяльності, підтримувати спільну увагу та взаємодію без прямої директивної участі дорослого. Саме цей компонент визначав якість інтеграції дитини у групу та поступовий перехід від керованої взаємодії до природної соціальної активності.

Груповий формат також забезпечував розширення репертуару навичок у різних сферах розвитку. В умовах колективної діяльності одночасно відпрацьовувалися мовленнєві, когнітивні, імітаційні, сенсорно-моторні та соціальні вміння. Така багатовекторність дозволяла створити умови для генералізації та ускладнення вже засвоєних форм поведінки.

Зрештою, формування зазначених навичок розглядалося як підґрунтя для подальшої освітньої траєкторії дитини. Здатність працювати в групі, дотримуватися правил, регулювати власну поведінку, взаємодіяти з однолітками та демонструвати навчальні досягнення у колективному форматі є ключовими передумовами успішної адаптації до шкільного навчання.

Таким чином, груповий формат ESDM розглядався нами як інтегративна система, яка поєднує реалізацію загальних освітньо-розвиткових цілей дошкільного середовища з індивідуальними навчальними завданнями, визначеними на основі оцінювання за чек-листом ESDM. Групове середовище виступало і простором навчання, і механізмом соціальної інтеграції та генералізації сформованих навичок у природному контексті взаємодії.

Реалізація індивідуальних навчальних цілей здійснювалася систематично та інтегровано в повсякденну діяльність групи. Робота над цілями була органічно вплетена в структуру освітнього процесу протягом усього дня. Зокрема, індивідуальні завдання відпрацьовувалися під час коротких епізодів цілеспрямованої взаємодії дитини з педагогом, у форматі малих підгруп (3 – 4 дитини), в процесі загальних групових занять, а також у спеціально відведений час для індивідуальної підтримки.

У груповому середовищі активно використовувалися сенсорно-соціальні ігри, які поєднували емоційне залучення, тілесний контакт, ритмічність та спільну увагу. Саме через такі ігрові формати відбувалося формування комунікативної ініціативи, підтримання взаємності та регуляція емоційної взаємодії. Водночас систематично застосовувалися різні типи підказок із подальшим їх поступовим згасанням відповідно до ієрархії підтримки, що забезпечувало перехід від керованої до самостійної поведінки.

Робота над комунікацією здійснювалася в кожному виді діяльності, незалежно від її змісту. Мовленнєві, невербальні та соціальні компоненти взаємодії інтегрувалися в гру, побутові ситуації, творчі заняття, рухову активність. Такий підхід відповідає принципу багатосферності навчання, відповідно до якого в межах однієї діяльності одночасно відпрацьовуються навички з різних сфер розвитку — комунікативної, ігрової, імітаційної, когнітивної, моторної.

Це забезпечило узгодженість навчальних стратегій, послідовність вимог до дитини та створення цілісного розвивального середовища, у якому індивідуальні цілі інтегрувалися в природну соціальну взаємодію.

Також були організовані певні групові заняття, де педагог працював з малою підгрупою дітей, яка зазвичай складалася з трьох–чотирьох учасників. Такий формат дозволяв забезпечити достатню інтенсивність взаємодії та водночас зберігати керованість процесу. Педагог динамічно переключався між дітьми, оперативно реагуючи на їхню активність, ініціативу або труднощі, підтримував високий рівень залученості кожного учасника та цілеспрямовано створював навчальні можливості відповідно до індивідуальних цілей дітей.

Особливістю організації роботи було те, що асистенти розташовувалися позаду дітей або збоку, залишаючись поза основним фокусом групової взаємодії. Їхня роль

полягала у наданні ненав'язливої, своєчасної підтримки, яка не порушувала структури заняття та не відволікала увагу дитини від ведучого педагога. Такий формат дозволяв зберігати фокус дитини на основному дорослому, який організовує заняття, мінімізувати ризик формування надмірної залежності від допомоги та водночас підтримувати поступове зростання самостійності.

Під час формувального експерименту принципи індивідуально орієнтованого втручання за моделлю ESDM були системно інтегровані у груповий формат інклюзивного дошкільного середовища. Інтеграція здійснювалася за кількома взаємопов'язаними напрямами. Передусім було забезпечено структуровану організацію простору групи, яка включала функціональне зонування приміщення, мінімізацію надлишкових сенсорних стимулів та чітке визначення місць для різних видів діяльності.

Другим важливим компонентом стала побудова передбачуваного та стабільного розкладу дня. Чітка послідовність занять, повторюваність основних рутин і сталість ролей дорослих створювали для дітей із розладами аутистичного спектра умови психологічної безпеки, знижували тривожність і сприяли формуванню довільної поведінки та навичок самостійного переходу між видами діяльності.

Навчальний зміст групових занять вибудовувався на основі використання спільних тем і матеріалів для всіх дітей групи, що відповідало принципам інклюзивної освіти. Водночас складність завдань та вимоги до виконання адаптувалися відповідно до індивідуального профілю розвитку кожної дитини, сформованого за результатами оцінювання за чек-листом ESDM. Таким чином, забезпечувався баланс між спільністю освітнього простору та індивідуалізацією втручання.

Не менш важливим елементом стала організація систематичного збору даних щодо прогресу кожної дитини. Щоденний лист збору даних використовувався як інструмент моніторингу динаміки формування навичок протягом групових і індивідуальних активностей. Це дозволяло своєчасно коригувати навчальні стратегії, уточнювати етапи алгоритму задач і підтримувати високий рівень відповідності втручання стандартам моделі.

Отже, в умовах групи створювалися додаткові можливості для генералізації сформованих навичок, розвитку соціальної компетентності та поступової підготовки дитини до подальшої інклюзії у типовий освітній простір.

Адаптоване навчальне середовище в межах формувального експерименту виконувало функцію поведінкового регулятора та природного антецеденту для формування цілеспрямованої діяльності. Структурованість, передбачуваність і сенсорна оптимізація простору забезпечували підтримку концентрації уваги, зменшення надлишкового стимуляційного навантаження, розвиток комунікації та створювали умови для генералізації сформованих навичок у природному груповому контексті. Також, організація навчального середовища в межах групового формату ESDM спиралася на сучасні стандарти дошкільної освіти та рекомендації щодо структурованого освітнього простору [66;79;98]. У контексті нашого формувального експерименту ці підходи були адаптовані до реальних умов функціонування закладу дошкільної освіти, з урахуванням матеріально-просторових можливостей та організаційної структури груп.

Організація предметного середовища в межах формувального експерименту ґрунтувалася на принципах структурованості, функціональної доцільності та сенсорної оптимізації. Принципи ESDM були інтегровані у стандартну структуру дошкільної групи без створення спеціалізованого «клінічного» простору. Ключовими характеристиками середовища стали:

- чітка структурованість та функціональне зонування;
- обмеження надлишкових стимулів;
- систематичне використання візуальних опор;
- продумане планування переходів;
- підтримка автономності дитини.

Такий підхід забезпечував поєднання природності інклюзивного середовища з методичною послідовністю втручання та створював умови для ефективної генералізації сформованих навичок у реальному соціальному контексті дошкільної групи.

В рамках формувального етапу експерименту повсякденні події організовувалися за принципом просторової та часової стабільності: ключові види

діяльності відбувалися в одних і тих самих місцях і відповідно до чітко визначеного розпорядку дня. Заняття планувалися таким чином, щоб:

- охоплювати всі основні сфери розвитку (комунікація, соціальна взаємодія, гра, когнітивні навички, моторика, самообслуговування);

- забезпечувати баланс між структурованими видами діяльності під керівництвом дорослого та вільною грою;

- чергувати активні та спокійні види діяльності;

- створювати достатню кількість навчальних можливостей у природному контексті.

Ефективність навчального процесу підвищується за умови чіткого розподілу ролей між працівниками та стабільності цих ролей протягом часу. У реальних умовах дошкільного закладу це відповідає функціональному розподілу обов'язків: вихователь проводить освітні заняття, помічник відповідає за навички самообслуговування, музичний керівник - за музичні заняття, інші педагоги – за спеціалізовані напрями (англійська мова, фізична активність тощо). Відповідно, у щоденному розкладі відображалося, який саме дорослий відповідає за організацію певного виду діяльності та супровід переходів між заняттями.

Індивідуальний розклад кожної дитини формувався з урахуванням групових активностей і передбачав можливість участі у великих та малих групах, коротких епізодів індивідуальної роботи та взаємодії з логопедом, ерготерапевтом, психологом та іншими фахівцями відповідно до індивідуальної програми втручання.

Загальний розклад групи створював структурну «рамку» дня, в межах якої для дитини з РАС організовувалися численні природні навчальні ситуації. Для забезпечення системності втручання під час планування кожного групового заняття визначалося, над якими індивідуальними цілями (згідно з щоденним листом збору даних) буде здійснюватися робота.

З метою підтримки фокусування персоналу на актуальних навчальних завданнях у зоні проведення занять розміщувався перелік поточних індивідуальних цілей кожної дитини. Це слугувало нагадуванням про пріоритетні навички, які необхідно відпрацьовувати під час природної взаємодії.

В процесі формувального експерименту різні сфери розвитку інтегрувалися у відповідні види діяльності:

- дрібна моторика – під час малювання, ліплення, конструювання, використання вкладок, перекусів, ігор з водою;

- загальна моторика – на майданчику, під час рухливих ігор на підлозі;

- мовленнєві та соціальні навички – у процесі будь-якого спільного заняття;

- когнітивні навички – у навчальних зонах та в малих групах;

- функціональна символічна гра – у спеціально організованій зоні рольової гри;

- рецептивна комунікація та імітація – під час привітань, прощань, музичних занять, спільного читання, сенсорно-соціальних активностей.

Організаційна координація роботи персоналу здійснювалася систематично. Протягом формувального етапу:

1) щотижня проводилися зустрічі з персоналом щодо розподілу ролей та актуалізації індивідуальних цілей дітей;
2) щодня здійснювалося коротке оперативне обговорення прогресу кожної дитини та уточнення навчальних акцентів;
3) за потреби до занять долучався психолог, який здійснював супровід, корекцію стратегій та консультування педагогів;
4) працівники мали можливість звернутися за методичною підтримкою у випадках труднощів із реалізацією певних навчальних цілей.

Оцінювання якості впровадження моделі здійснювалося за допомогою інструменту Fidelity, який входив до системи інструментарію формувального експерименту. Це дозволяло контролювати відповідність практичної реалізації принципам ESDM, своєчасно виявляти відхилення та вносити корективи в організацію навчального процесу.

Структуроване планування розкладу, чіткий розподіл ролей персоналу, інтеграція індивідуальних цілей у природні групові активності та системний моніторинг якості впровадження виступали психологічними умовами ефективної реалізації групового формату ESDM протягом формувального етапу дослідження.

Для забезпечення узгодженості групової та індивідуальної роботи в межах формувального етапу використовувалася система трьох взаємопов'язаних розкладів:

1. Загальний розклад групи, у якому відображено послідовність і тривалість основних видів діяльності протягом дня (приклад подано в додатку).

2. Індивідуальний розклад дитини, що накладається на груповий та враховує особливості програми втручання, рівень підтримки та цільові навички (приклад подано в додатку).

3. Розклад персоналу, який також інтегрується в загальну структуру дня та визначає, хто з дорослих відповідає за конкретні види діяльності.

Ефективність реалізації групового формату значною мірою залежить від рівня командної координації. В процесі формувального етапу була впроваджена система регулярних обговорень:

1) щоденні короткі зустрічі (близько 10 хвилин) після занять для узгодження спостережень, фіксації прогресу, уточнення поточних труднощів;
2) щотижневі розширені наради (до 60 хвилин) для детального аналізу динаміки кожної дитини, перегляду цілей, планування матеріалів та організації навчального простору на наступний тиждень.

Під час таких зустрічей узгоджувалися ролі співробітників, визначалися конкретні кроки формування навичок, за потреби вносилися зміни до індивідуальних програм, а також аналізувалися дані моніторингу (у тому числі результати оцінювання Fidelity). Керівник команди спрямовував обговорення щодо кожної дитини, визначаючи подальші кроки втручання та корекції навчальних стратегій.

Важливою складовою організаційної моделі є емоційна атмосфера в колективі. Робота з дітьми з РАС в умовах інтенсивного втручання передбачає високий рівень професійного навантаження, що може супроводжуватися почуттям фрустрації, сумнівами щодо власної професійної компетентності, тривожністю через повільну динаміку окремих навичок та емоційним виснаженням.

В межах формувального експерименту підтримувалася культура відкритого професійного діалогу, де кожен член команди мав можливість висловити труднощі, з

якими стикався або відчував, отримати методичну та емоційну підтримку, обговорити складні ситуації та спільно знайти альтернативні рішення.

Конфліктні ситуації вирішувалися оперативно та в доброзичливому форматі, що сприяло збереженню стабільності командної взаємодії.

Систематизоване планування трьох рівнів розкладу (групового, індивідуального та персонального), регулярна командна координація та підтримка позитивного емоційного клімату стали важливими психологічними умовами реалізації групового формату ESDM в межах формувального експерименту.

Досвід групової взаємодії є необхідним етапом підготовки дитини до подальшого навчання у школі. Саме в умовах групи формується здатність функціонувати в колективі, дотримуватися правил спільної діяльності та демонструвати набуті навички в соціальному контексті.

Під час формувального етапу впровадження ESDM основною метою групової роботи було формування базових навичок, необхідних для успішного навчання в групі, а саме:

1. Здатність перебувати в безпосередній близькості до інших дітей, зберігаючи регульовану поведінку.
2. Здатність спрямовувати увагу на ведучого дорослого та утримувати її протягом визначеного часу.
3. Здатність демонструвати вже сформовані навички в умовах малої та великої групи.
4. Здатність адекватно реагувати на звернення однолітків (вербальні та невербальні).

Зазначені навички не формуються спонтанно лише через перебування дитини в групі, а потребують спеціально організованого педагогічного впливу та цілеспрямованого структурування групової діяльності. Саме тому наступним кроком формувального етапу стало визначення таких форматів і методів організації групових занять, які б одночасно відповідали освітнім завданням дошкільного середовища та створювали оптимальні умови для реалізації індивідуальних цілей дитини з РАС. Організація групової роботи здійснювалася з урахуванням принципів мотиваційної

значущості, передбачуваності та активного залучення кожного учасника до спільної діяльності.

У ході формувального експерименту було визначено низку принципів, що забезпечують успішність групового формату:

1. Коротка тривалість групових епізодів.

Особливо на початковому етапі заняття були нетривалими та структурованими.

2. Частота активної участі.

Кожна дитина мала можливість успішно долучатися до спільної діяльності щонайменше один раз на 30 секунд.

3. Мотиваційна значущість занять.

Групові активності будувалися на інтересах дітей і підкріплювалися доступом до бажаних предметів або дій.

4. Динамічність та темп.

Заняття проходили у комфортному для дітей темпі, з чергуванням активних і спокійних компонентів, можливістю руху та маніпуляції предметами.

5. Відповідність вимог індивідуальним можливостям.

Рівень підтримки та очікування щодо участі відповідали актуальному рівню розвитку дитини.

Пасивне сидіння та спостереження за діяльністю інших не розглядалося як прийнятна ціль втручання. Активність, навіть мінімальна, була обов'язковою умовою участі.

На початкових етапах групова діяльність була спрямована не стільки на формування нових навичок, скільки на закріплення вже сформованих умінь, їх узагальнення в соціальному контексті та перенесення навичок із індивідуальної роботи в групове середовище.

Групові заняття конструювалися таким чином, щоб спиратися на сильні сторони дитини. Використання вже освоєних навичок підвищувало впевненість і сприяло активній участі. Водночас під час кожного групового заняття відпрацьовувалася щонайменше одна індивідуальна ціль з програми конкретної дитини, що забезпечувало інтеграцію індивідуального навчального плану в груповий формат.

Отже, формування досвіду групової роботи в межах формувального етапу ESDM виступало підготовчим механізмом до подальшої шкільної соціалізації. Систематичне поєднання структурованості, частих можливостей активної участі, індивідуалізованої підтримки, мотиваційної значущості та інтеграції індивідуальних цілей у груповий контекст забезпечувало поступове формування готовності дитини з РАС до навчання в колективі та підвищувало рівень її соціально-комунікативної компетентності.

У системі дошкільної освіти одними з провідних цілей розвитку дитини є формування навичок взаємодії з однолітками та опанування базових умінь самообслуговування. Протягом формувального етапу впровадження ESDM ці напрями також розглядалися як стратегічні, оскільки вони безпосередньо визначають рівень соціальної адаптації дитини та її готовність до подальшого навчання в умовах закладу освіти.

Протягом формувального етапу впровадження ESDM реалізовувалася поетапна модель переходу дитини з індивідуального формату втручання до повноцінної участі у групі закладу дошкільної освіти. Початково навчання здійснювалося в індивідуальному форматі ESDM, де формувалися базові навички спільної уваги, імітації, черговості та комунікації у взаємодії з дорослим. Після досягнення стабільності цих умінь дитина залучалася до парних ігор з однолітком під супроводом дорослого, що дозволяло поступово переносити сформовані навички у формат взаємодії «дитина – дитина».

Наступним етапом було включення до малих груп (3 – 4 дитини), де відпрацьовувалися навички групової участі, регуляції поведінки в присутності кількох партнерів та демонстрації раніше засвоєних умінь у більш складному соціальному контексті. Лише після цього здійснювався перехід до повноцінної участі у групі закладу дошкільної освіти з типовим розкладом і ширшим колом соціальних контактів.

Такий поступовий, поетапний перехід забезпечував зниження рівня тривожності, підвищення передбачуваності соціальних ситуацій та стабільність поведінки дитини. Крім того, він сприяв формуванню стійких навичок генералізації та забезпечував більш м’яке й ефективне включення дітей з РАС в інклюзивне освітнє середовище.

Отже, формування навичок взаємодії з однолітками у груповому форматі ESDM розглядалося як системний процес, що передбачає:

- розвиток базових соціальних реакцій;
- формування мовленнєвих сценаріїв;
- організацію контрольованих парних ігор;
- поступове розширення соціального контексту;
- мінімізацію ролі дорослого у взаємодії;
- генералізацію навичок у природному середовищі.

Ще однією суттєвою перевагою групового формату реалізації ESDM, в тому числі в межах формувального експерименту, є те, що побутові навички та навички самообслуговування природно інтегруються у щоденну діяльність закладу дошкільної освіти. На відміну від індивідуальних занять, де такі вміння необхідно спеціально планувати як окремі навчальні блоки, у груповому середовищі вони виникають як функціонально значущі ситуації навчання протягом усього дня.

Таким чином, груповий формат ESDM в межах формувального експерименту продемонстрував свою ефективність як структуроване, індивідуалізоване й водночас природне середовище розвитку, яке забезпечує формування соціальної компетентності, адаптивної поведінки та готовності до подальшого навчання в системі загальної освіти. Це підтверджується отриманими даними після повторного тестування.

3.3 Аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту.

Формувальний етап експериментального дослідження був спрямований на перевірку ефективності впровадження принципів ESDM у двох організаційних форматах: індивідуальному (ESDM-IND) та комплексному (ESDM-IND+ЗДО), який поєднував індивідуальне втручання з інтеграцією стратегій ESDM у групове інклюзивне середовище закладу дошкільної освіти.

Початковий стан розвитку (констатувальний етап) розглядався як базова точка відліку (**T0**). Далі в межах формувального етапу проводилися повторні оцінювання відповідно до циклів планування індивідуальної програми. Оскільки через об’єктивні умови (перерви, зміни відвідуваності, міграції, медичні паузи) кількість проміжних замірів у дітей була нерівною, для аналітичного узагальнення було прийнято підхід

“річного вікна”: результати стандартизовано порівнювалися на часових відмітках 12, 24, 36 і 48 тижнів від старту формувального втручання (**T1 – T4**). Якщо в окремої дитини фактичні заміри не збігалися точно з цими тижнями, для обчислень використовувався найближчий у часі протокол (наприклад, 10 – 14 тижнів як «12-тижневий» замір), що зберігало валідність порівняння в межах заданого періоду.

Порівняння проводилося у двох площинах:

1. Внутрішньогрупова динаміка (зміни в межах кожної групи від T0 до T4 та між проміжними точками).
2. Міжгрупові відмінності (ESDM-IND та ESDM-IND+ЗДО) за темпом і величиною змін на 48-тижневому інтервалі.

Для кожного компонента визначалися рівні сформованості за інтегральним відсотковим показником:

- низький рівень: до 40% від максимально можливого;

- середній рівень: 40 – 74%;

- високий (відносно сформований): від 75% і вище.

Враховуючи, що на констатувальному етапі високий рівень був відсутній або поодинокий (особливо за соціально-комунікативним і поведінково-регуляторним компонентами), аналіз формувального етапу будувався так, щоб відображати не лише переходи між рівнями (“низький → середній”), а й суттєве зростання показників в межах одного рівня. Це принципово важливо, оскільки дитина може демонструвати значущий прогрес (наприклад, 18% → 35%), залишаючись у категорії “низький рівень”, але наближаючись до порогу переходу.

Тому результати формувального експерименту інтерпретувалися за двома взаємодоповнювальними індикаторами:

1. Категоріальна динаміка – зміна рівня сформованості (низький/середній/високий) за кожним компонентом.
2. Безперервна динаміка – величина приросту Δ% у відсоткових балах, яка відображає прогрес незалежно від переходу порогів.

Додатково, для точнішого опису змін «в межах рівня» застосовувався індикатор **позиції в діапазоні рівня** (умовно: “на нижній/верхній межі низького чи середнього

рівня”), який дозволяє показати, що дитина може просунутися, наприклад, від 15% низького рівня до 30 – 35% низького рівня, зберігаючи той самий формальний рівень, але демонструючи виражене покращення.

Оцінювання ефективності формувального втручання здійснювалося на двох взаємопов’язаних рівнях.

Перший рівень – інтегральний (відсотковий): для кожного компонента визначався відсоток освоєння навичок відповідного вікового рівня, що дозволяло відстежувати загальну динаміку розвитку дитини в межах компонента, а також порівнювати дітей між собою незалежно від різниці календарного віку.

Другий рівень – мікродинаміка навчання за індивідуальними цілями: кожна навчальна ціль у програмі дитини розгорталася у вигляді п’яти кроків (0 – 5), де 5-й крок відповідав сформованому й генералізованому навику. Ця шкала дозволяла фіксувати прогрес навіть тоді, коли інтегральний відсоток ще не змінювався достатньо для переходу між рівнями. Таким чином, поєднання двох систем показників забезпечувало повніший опис змін: від загального зростання по компоненту до конкретного просування в межах кожної навички.

Таблиця з динамікою показників сформованості компонентів наведена в Додатку.

Порівняльний аналіз двох форматів втручання свідчить, що група ESDM-IND+ЗДО демонструвала більші прирости упродовж усіх інтервалів спостереження. Найбільш виражена різниця зафіксована у соціально-комунікативному компоненті, де середній сумарний приріст за 48 тижнів становив +37.9 в.п. у комплексній групі проти +25.8 в.п. в групі індивідуального втручання.

Подібна тенденція простежується й у когнітивно-пізнавальному компоненті: у групі ESDM-IND+ЗДО сумарна зміна становила +35.3 в.п., тоді як у групі ESDM-IND – +25.4 в.п.

У поведінково-регуляторному компоненті також зафіксовано позитивні зміни в обох групах, однак перевага комплексного формату зберігається: +31.2 в.п. у групі ESDM-IND+ЗДО проти +22.1 в.п. у групі ESDM-IND.

Загалом отримані результати дозволяють зробити висновок, що обидва формати ESDM-втручання є результативними, проте комплексна модель (індивідуальне втручання + системна інтеграція в ЗДО) забезпечує більш виражену динаміку, особливо в соціально-комунікативній та поведінково-регуляторній сферах. Отримані дані підтверджують доцільність розгляду групового середовища не як альтернативи індивідуальній роботі, а як розширеного простору реалізації тих самих навчальних стратегій ESDM із посиленим потенціалом генералізації.

Аналіз категоріальних змін рівнів сформованості за 48 тижнів формувального експерименту продемонстрував позитивну динаміку в обох групах, однак інтенсивність переходів між рівнями була більш вираженою у групі ESDM-IND+ЗДО. Таблицю з даними щодо переходів між рівнями ми надали в Додатку.

У когнітивно-пізнавальному компоненті перехід із низького до середнього рівня зафіксовано у 56% дітей групи ESDM-IND та у 68% дітей групи ESDM-IND+ЗДО. Крім того, у комплексній групі 18% дітей досягли високого рівня сформованості, тоді як у групі лише індивідуального втручання цей показник становив 6%. Виявлені міжгрупові відмінності були статистично значущими (χ^2=4.87; p=0.027).

У соціально-комунікативному компоненті перехід із низького до середнього рівня відбувся у 44% дітей групи ESDM-IND та у 64% дітей групи ESDM-IND+ЗДО. Досягнення високого рівня спостерігалося лише в комплексній групі (9%). Міжгрупові відмінності також виявилися статистично значущими (χ^2=6.14; p=0.013).

У поведінково-регуляторному компоненті позитивна динаміка простежувалася в обох групах, однак частка дітей, які перейшли з низького до середнього рівня, була більшою в групі ESDM-IND+ЗДО (55% проти 38%). Досягнення високого рівня зафіксовано лише у комплексній групі (9%). Різниця між групами була статистично значущою (χ^2=4.21; p=0.041).

Таким чином, результати свідчать, що інтеграція принципів ESDM у групове середовище закладу дошкільної освіти підвищує ймовірність переходу дітей із низького рівня сформованості навичок до середнього та високого рівнів. Найбільш виражений ефект комплексної моделі втручання спостерігається у соціально-комунікативному

компоненті, що узгоджується з теоретичними положеннями щодо ролі природних соціальних контекстів у формуванні комунікативної компетентності дітей з РАС.

Окремий аналіз внутрішньорівневої динаміки дозволив встановити, що навіть у випадках, коли формального переходу між рівнями сформованості не відбулося, діти демонстрували статистично значущий приріст інтегральних показників. Таблицю з аналізом динаміки ми навели в Додатку.

Виходячи з отриманих даних, у когнітивно-пізнавальному компоненті діти, які залишилися в межах низького рівня, підвищили свої показники в середньому на 13 в.п. у групі ESDM-IND та на 19 в.п. у групі ESDM-IND+ЗДО ($p<0,05$). Подібна тенденція простежується у соціально-комунікативному компоненті, де приріст у межах низького рівня становив 16 в.п. в групі індивідуального втручання та 26 в.п. у комплексній групі ($p<0,01$).

Найбільш виражена внутрішньорівнева динаміка спостерігалася в соціально-комунікативному компоненті групи ESDM-IND+ЗДО, що може бути пов’язано з розширенням соціальних контекстів взаємодії та більш частими можливостями для застосування сформованих навичок у природному груповому середовищі.

Таким чином, результати свідчать, що відсутність переходу між категоріями рівнів не означає відсутності прогресу. Навпаки, внутрішньорівневий приріст демонструє поступове наближення дітей до порогових значень наступного рівня, що підтверджує ефективність формувального втручання навіть у тих випадках, коли категоріальна оцінка змін залишається стабільною.

Отримані дані дозволяють розглядати інтегральний відсотковий показник не лише як індикатор переходу між рівнями, а й як чутливий інструмент фіксації поступового накопичення розвитку в межах кожного рівня.

Аналіз середніх показників досягнення індивідуальних навчальних цілей за період T1 – T4 продемонстрував позитивну динаміку в обох групах. Середня кількість активних цілей на інтервал становила 15,5 у групі ESDM-IND та 17,0 у групі ESDM-IND+ЗДО. Середній прогрес за шкалою 0 – 5 був вищим у комплексній групі (3,8 проти 3,2), що відображає більш інтенсивне просування дітей до рівня самостійного виконання.

Частка цілей, які досягли кроку 5 (генералізація), у групі ESDM-IND становила 41%, тоді як у групі ESDM-IND+ЗДО – 62%. Відповідно, середня кількість генералізованих навичок за інтервал була більшою у комплексній групі (10,3 проти 6,3).

Отримані результати свідчать про те, що інтеграція індивідуального втручання з організованим груповим середовищем створює додаткові можливості для стабілізації та узагальнення сформованих навичок.

Отже, згідно даних формувального експерименту обидві групи продемонстрували позитивну динаміку за всіма трьома компонентами розвитку, однак комплексний формат (ESDM-IND+ЗДО) виявився результативнішим за низкою ключових індикаторів. Так, середній інтегральний приріст (усереднений по компонентах) був статистично значуще вищим у групі ESDM-IND+ЗДО порівняно з ESDM-IND ($p<0,05$), що підтверджує додаткову ефективність інтеграції принципів ESDM у групове середовище ЗДО. На рівні категоріальних змін спостерігалася тенденція до більшої частки переходів із низького до середнього рівня в комплексній групі ($p\approx0,07$), а також тенденція до більшої частки дітей, які досягли високого рівня хоча б в одному компоненті ($p\approx0,055$), що є очікуваним з огляду на відносно невеликі обсяги підгруп та гетерогенність проявів РАС.

Окремий аналіз внутрішньорівневої динаміки показав, що навіть за відсутності формального переходу між рівнями діти накопичували значущий прогрес у межах поточного рівня: у підгрупах «низький→низький» комплексна модель забезпечувала більший приріст ($p<0,05$). Це підтверджує доцільність використання нормованих відсоткових показників як чутливого індикатора поступового наближення до порогових значень наступного рівня. Найбільш переконливі міжгрупові відмінності зафіксовано в операційних показниках навчання за індивідуальними цілями: у групі ESDM-IND+ЗДО діти демонстрували вищий середній прогрес за шкалою 0 – 5 ($p<0,05$), вищу частку цілей, що досягли кроку 5 (генералізація) ($p<0,05$), а також більшу середню кількість генералізованих навичок ($p<0,01$). Сукупно ці результати дозволяють інтерпретувати групове середовище ЗДО не як альтернативу індивідуальному втручанню, а як розширений простір реалізації тих самих стратегій ESDM, який підсилює можливості

щоденного застосування навичок у природних соціальних контекстах і, відповідно, сприяє їх стабілізації та генералізації.

3.4 Психологічні умови реалізації ESDM в закладах дошкільної освіти та практичні рекомендації щодо їхнього впровадження.

Результати формувального експерименту засвідчили, що інтеграція принципів ESDM у структуру діяльності закладу дошкільної освіти створює додаткові умови для більш інтенсивної позитивної динаміки розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Особливо виражений ефект спостерігається у соціально-комунікативному компоненті та показниках генералізації індивідуальних цілей.

Отримані дані дозволяють сформулювати комплекс психологічних умов реалізації та низку практичних рекомендацій щодо впровадження ESDM у ЗДО, які можуть бути використані керівниками закладів, педагогами, асистентами, психологами та фахівцями з раннього втручання.

1. Умова соціально-емоційної безпеки та мотиваційної залученості дитини.

Ефективність ESDM у ЗДО забезпечується створенням стабільного, передбачуваного та емоційно підтримувального середовища, яке знижує рівень тривожності, підтримує ініціативу дитини, стимулює спільну увагу, формує позитивну соціальну мотивацію. Це дозволяє зробити висновок про суттєву роль організаційно-середовищних факторів у підвищенні ефективності втручання.

У зв’язку з цим для впровадження групового формату ESDM у закладах дошкільної освіти доцільно врахувати такі рекомендації:

1.1. Структуризація простору як умова стабілізації поведінки

На основі отриманих нами результатів, можна обґрунтовано стверджувати, що передбачувана структура простору та повторюваність рутин знижують рівень дезорганізації поведінки.

Рекомендується:

- чітко зонувати простір групи (навчальна зона, зона спільної гри, сенсорна зона, зона рухової активності);

- забезпечити сталість розташування меблів і матеріалів;

- уникати хаотичних змін у просторовій організації без попередньої підготовки дітей.

Очікуваний ефект: зниження тривожності, підвищення толерантності до переходів та збільшення часу цільової залученості.

1.2. Сенсорна оптимізація середовища як фактор підвищення концентрації.

Рекомендується:

- обмежити одночасну доступність великої кількості матеріалів;

- мінімізувати фоновий шум під час структурованих активностей;

- передбачити «сенсорно нейтральний» простір для відновлення регуляції.

Очікуваний ефект: підвищення стійкості уваги та зменшення поведінкових зривів.

1.3. Візуалізація розкладу як засіб підвищення самостійності

Рекомендується:

- впровадити індивідуальні та групові візуальні розклади;

- використовувати формат «зараз — потім» для підготовки до переходів;

- поступово зменшувати кількість візуальних підказок із фіксацією рівня самостійності.

Очікуваний ефект: підвищення здатності до саморегуляції та самостійного завершення діяльності.

1.4. Побутові ситуації як простір генералізації навичок.

Рекомендується:

- розглядати прийом їжі, одягання, гігієнічні процедури та переходи як структуровані навчальні епізоди;

- визначати для кожної рутини конкретні мікроцілі;

- застосовувати принцип ієрархії підказок;

- фіксувати дані щодо самостійності у цих ситуаціях.

Очікуваний ефект: підвищення функціональної значущості навичок та збільшення частки цілей із генералізацією.

Результати дослідження дозволяють рекомендувати розглядати середовище закладу дошкільної освіти як активний психологічна умова формування розвитку дітей з РАС. Саме системна структуризація, сенсорна оптимізація та візуальна підтримка забезпечують умови для більш інтенсивного розвитку навичок та підвищення показників генералізації.

Важливим механізмом виступає також побудова взаємності у взаємодії «дорослий – дитина – однолітки». Позитивний емоційний клімат, передбачуваність взаємодії, підтримка ініціативи дитини та чутливість дорослого до її сигналів сприяють розвитку спільної уваги, соціальної мотивації та комунікативної активності.

2. Умова чіткої постановки індивідуальних цілей розвитку та їхня інтеграція у природне групове середовище.

Формування цілей має ґрунтуватися на поєднанні різних сфер розвитку дитини (комунікативної, соціально-емоційної, когнітивної, моторної), а також на дотриманні принципу збалансованості між розвитковими та поведінковими компонентами навчання. Використання структурованої схеми планування цілей забезпечує поступове ускладнення навичок та їхню інтеграцію у природні соціальні взаємодії.

З огляду на отримані дані, для впровадження ESDM у закладах дошкільної освіти доцільно рекомендувати наступне.

2.1. Вбудовування індивідуальних цілей у природні групові активності.

Індивідуальні цілі доцільно реалізовувати у щоденних групових активностях (ранкове коло, спільна гра, творчі заняття, прийом їжі, рухові вправи), а не тільки в індивідуальних сесіях.

Рекомендується:

- визначати для кожної активності можливі «точки входу» для індивідуальних цілей;

- планувати соціальні мікросценарії (черговість, запит, коментар, спільна увага);

- поступово переносити ініціативу з дорослого на однолітків.

Очікуваний ефект: підвищення частоти спонтанних ініціатив та зростання показників соціально-комунікативного компонента.

2.2. Оптимальна кількість активних цілей.

Оптимальним є визначення 12 – 20 активних цілей на інтервал 12 – 16 тижнів. Саме така кількість дозволяє підтримувати достатню інтенсивність навчальних можливостей, уникати перевантаження команди та дитини, а також забезпечувати реалістичний темп просування.

Рекомендується:

- формувати цілі з урахуванням актуального рівня (низький/середній);

- передбачати різну складність цілей (частина швидко закривається, частина є довготривалими);

- переглядати список цілей кожні 12 тижнів.

Очікуваний ефект: стабільний приріст рівнів розвитку навичок по всі компонентах.

2.3. Моніторинг із урахуванням внутрішньорівневої динаміки.

Результати дослідження продемонстрували, що навіть за відсутності формального переходу між рівнями діти демонстрували стабільний розвиток і покращення навичок навіть в межах одного рівня. Це підтверджує необхідність більш чутливої системи оцінювання.

Рекомендується:

- фіксувати прогрес за шкалою, наприклад, 0–5 мінімум щотижнево;

- аналізувати не лише завершені цілі, а й кроки просування;

- враховувати темпи просування і вносити своєчасні коригування.

Очікуваний ефект: більш точне розуміння темпу розвитку та своєчасна корекція втручання.

3. Умова системного моніторингу та вимірюваності динаміки.

Реалізація ESDM у ЗДО потребує функціонування багаторівневої системи оцінювання, оскільки саме системна вимірюваність забезпечує керованість процесу втручання. Регулярне оцінювання динаміки розвитку дозволяє своєчасно коригувати індивідуальну програму, уточнювати навчальні цілі та адаптувати методи роботи відповідно до змін у розвитку дитини. Нами рекомендується впровадження багаторівневої системи моніторингу.

3.1. Регулярність оцінювання.

Рекомендується:

- проводити комплексне оцінювання кожні 12 тижнів;

- аналізувати як загальні показники, так і мікродинаміку цілей.

Очікуваний ефект: своєчасне виявлення як позитивних тенденцій, так і зон ризику.

3.2. Поєднання кількісних і практичних показників оцінювання.

На нашу думку в практиці ЗДО доцільно застосовувати комбіновану систему оцінювання.

Рекомендується регулярно відстежувати:

- загальний відсоток сформованості навичок (динаміку зростання показника);

- чи відбувся перехід між рівнями (низький → середній → високий);

- просування за індивідуальними цілями;

- кількість навичок, які дитина почала використовувати самостійно в різних ситуаціях (генералізація).

Очікуваний ефект: підвищення чутливості системи оцінювання до навіть незначних, але клінічно значущих змін у розвитку; забезпечення можливості своєчасної корекції індивідуальної програми втручання; зменшення ризику хибної інтерпретації стабільності рівня як відсутності прогресу; підтримання професійної мотивації педагогів і залученості батьків через об’єктивну фіксацію позитивної динаміки.

3.3. Генералізація як стратегічний критерій.

Показник генералізації має розглядатися як стратегічний критерій ефективності впровадження втручання.

Рекомендується:

- оцінювати генералізацію в різних умовах і з різними партнерами;

- фіксувати спонтанне використання навички;

- не завершувати ціль без перевірки переносу.

Очікуваний ефект: підвищення стійкості та функціональної значущості сформованих умінь.

4. Умова організації соціальної взаємодії як механізму підсилення розвитку.

Організована соціальна взаємодія в груповому середовищі виступає одним із ключових факторів підвищення ефективності втручання.

У зв'язку з цим доцільно врахувати такі рекомендації.

4.1. Поступове розширення соціального формату.

Різке включення у повноформатну групову взаємодію може бути дезорганізуючим для дитини з РАС. На нашу думку, ефективною є схема, описана нижче.

Рекомендується:

- починати з індивідуального формату → переходити до парної роботи → малої групи → повної участі в групі;

- вводити структуровані соціальні сценарії (черговість, «твоя/моя черга», спільне виконання дії);

- використовувати передбачувані ігрові шаблони з поступовим ускладненням.

Очікуваний ефект: зростання ініціативності та стабільності соціальної взаємодії.

4.2. Активізація ролі однолітків як соціальних партнерів.

Нами перевірено, що участь однолітків виступає природним підсилювачем соціальної мотивації.

Рекомендується:

- організовувати парні та малі групові активності з чіткою роллю кожного учасника;

- навчати типових дітей елементам підтримуючої взаємодії;

- планувати діяльності, які передбачають необхідність звернення до партнера.

Очікуваний ефект: збільшення частоти спонтанних соціальних ініціатив і зменшення залежності від дорослого.

4.3. Використання природних соціальних контекстів.

Доцільно максимально використовувати повсякденні соціальні ситуації.

Рекомендується:

- включати комунікативні цілі у ранкове коло, спільні творчі заняття, рухливі ігри;

- планувати завдання, які передбачають обмін матеріалами або спільне досягнення результату;

- заохочувати коментарі, запитання, звернення до групи.

Очікуваний ефект: підвищення узагальнення навичок у реальному соціальному середовищі.

5. Умова професійної узгодженості команди ЗДО.

В умовах закладу дошкільної освіти реалізація ESDM передбачає системну координацію діяльності педагогів, асистентів, психолога та інших членів команди, оскільки це забезпечує цілісність втручання, узгодженість педагогічних стратегій та стабільність навчального середовища. Для забезпечення професійної узгодженості команди під час впровадження ESDM у закладах дошкільної освіти доцільно врахувати такі рекомендації:

5.1. Структуроване планування діяльності.

Ефективність реалізації ESDM значною мірою залежить від системної організації освітнього процесу та чіткого розподілу ролей між членами команди.

Рекомендується:

- впроваджувати систему взаємопов’язаних розкладів: загального групового розкладу, індивідуального розкладу дитини та розкладу роботи персоналу;

- інтегрувати індивідуальні навчальні цілі дітей у природні групові активності та прописувати це для педагогів;

- забезпечувати чіткий розподіл відповідальності між членами команди щодо реалізації окремих компонентів програми.

Очікуваний ефект: підвищення системності реалізації втручання, узгодженість педагогічних дій та ефективніша інтеграція індивідуальних цілей у групову діяльність.

5.2. Регулярна командна координація.

Система регулярних обговорень роботи з дітьми дозволяє оперативно реагувати на зміни у динаміці розвитку.

Рекомендується:

- проводити щоденні короткі зустрічі команди після занять для обговорення спостережень та уточнення навчальних акцентів;

- організовувати щотижневі розширені наради для аналізу динаміки розвитку кожної дитини;

- здійснювати перегляд індивідуальних цілей та планування матеріалів і навчальних активностей на наступний період.

Очікуваний ефект: своєчасна корекція освітніх стратегій, підвищення ефективності формування цільових навичок та узгодженість роботи всіх членів команди.

5.3. Супервізійна підтримка та контроль якості впровадження.

Підтримання концептуальної цілісності моделі потребує системного моніторингу якості її реалізації та професійної підтримки педагогів.

Рекомендується:

- використовувати інструменти оцінювання Fidelity для контролю відповідності практики принципам ESDM;

- проводити аналіз складних випадків та обговорення результатів моніторингу під час командних зустрічей;

- забезпечувати методичну підтримку педагогів з боку психолога або супервізора.

Очікуваний ефект: підвищення якості реалізації втручання та збереження методологічної цілісності моделі.

5.4. Підтримка позитивного емоційного клімату в команді

Робота з дітьми з РАС в умовах інтенсивного втручання передбачає значне професійне навантаження, що може супроводжуватися емоційним виснаженням, сумнівами щодо ефективності власної діяльності або переживанням фрустрації.

Рекомендується:

- підтримувати культуру відкритого професійного діалогу в команді;

- створювати умови для обговорення складних ситуацій та спільного пошуку рішень;

- оперативно та конструктивно вирішувати конфліктні ситуації.

Очікуваний ефект: підвищення психологічної стійкості фахівців, збереження стабільності командної взаємодії та підтримка високої якості професійної діяльності.

6. Умова залучення батьків до процесу втручання.

Ефективність реалізації Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти значною мірою залежить від рівня залученості батьків до процесу розвитку дитини. Залучення батьків до процесу втручання також сприяє підвищенню стабільності результатів.

У зв'язку з цим для впровадження ESDM у закладах дошкільної освіти доцільно врахувати такі рекомендації:

6.1. Узгодження цілей втручання між фахівцями та родиною

Спільне визначення пріоритетних цілей розвитку дитини підвищує ефективність формування навичок та сприяє їх генералізації у різних середовищах.

Рекомендується:

- обговорювати з батьками індивідуальні цілі втручання та очікувані результати;
- враховувати запити родини під час формування індивідуальної програми розвитку;
- регулярно інформувати батьків про динаміку розвитку дитини.

Очікуваний ефект: підвищення узгодженості освітніх і домашніх впливів та стабільніший розвиток сформованих навичок.

6.2. Навчання батьків принципам природного навчання

Залучення батьків до використання принципів природного навчання у щоденній взаємодії з дитиною сприяє збільшенню кількості навчальних можливостей та підтримує формування соціально-комунікативних навичок.

Рекомендується:

- проводити консультації для батьків щодо використання стратегій природного навчання;
- демонструвати приклади взаємодії з дитиною під час ігрових або побутових ситуацій;
- надавати рекомендації щодо інтеграції навчальних цілей у повсякденні активності.

Очікуваний ефект: збільшення кількості природних навчальних ситуацій та прискорення формування соціально-комунікативних навичок.

6.3. Підтримка генералізації навичок у домашньому середовищі

Стійкість результатів втручання значною мірою залежить від здатності дитини застосовувати сформовані навички у різних контекстах взаємодії.

Рекомендується:

- надавати батькам конкретні приклади використання цільових навичок у домашніх ситуаціях;
- заохочувати регулярне практикування нових умінь у щоденних активностях;
- обговорювати з батьками труднощі, які можуть виникати під час реалізації рекомендацій.

Очікуваний ефект: підвищення стабільності сформованих навичок та ефективніша генералізація результатів втручання.

Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладі дошкільної освіти становлять систему взаємопов'язаних організаційних, соціально-емоційних, розвиткових та моніторингових чинників, які забезпечують інтеграцію індивідуального втручання в природне освітнє середовище, підвищують темп розвитку дітей з РАС та сприяють генералізації сформованих навичок.

Висновки до третього розділу.

У третьому розділі дисертаційного дослідження представлено реалізацію ESDM у закладах дошкільної освіти, яка включає два формати: індивідуальне втручання та комплексний формат (індивідуальне втручання з інтеграцією в групове середовище ЗДО). Нами представлено опис структурно-організаційних засад втручання, особливостей програмування цілей, механізмів інтеграції у групову діяльність, систему моніторингу ефективності та аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту.

Аналітичне узагальнення результатів формувального експерименту (Т0 – Т4, 48 тижнів) засвідчило позитивну динаміку в обох форматах втручання за всіма трьома компонентами розвитку: когнітивно-пізнавальним, соціально-комунікативним та поведінково-регуляторним. Водночас комплексна модель (ESDM-IND+ЗДО) продемонструвала більш виражені прирости інтегральних показників, особливо у

соціально-комунікативному компоненті. Зафіксовано більшу частку переходів із низького до середнього рівня, більшу частоту досягнення високого рівня та більш інтенсивну внутрішньорівневу динаміку в комплексній групі.

Найбільш показовими виявилися операційні результати досягнення індивідуальних цілей: у комплексному форматі зафіксовано вищий середній прогрес за шкалою 0 – 5, більшу частку цілей, які досягли кроку генералізації, а також більшу середню кількість узагальнених навичок. Це підтверджує, що інтеграція індивідуального навчання у природні групові контексти підсилює механізми переносу та стабілізації сформованих умінь.

У завершальному підпункті розділу сформульовані психологічні умови реалізації та практичні рекомендації щодо впровадження ESDM у закладах дошкільної освіти. Рекомендації охоплюють: структуризацію середовища, алгоритм інтеграції індивідуальних цілей у групову діяльність, організацію соціальної взаємодії, багаторівневу систему моніторингу та орієнтацію на генералізацію як стратегічний критерій ефективності.

Таким чином, результати третього розділу підтверджують положення гіпотези дослідження про те, що психологічні умови реалізації групового формату ESDM у ЗДО є значущим фактором підвищення результативності розвитку дітей з розладами аутистичного спектра. Комплексний підхід забезпечує більш інтенсивний приріст кількісних показників, а також підвищення функціональної самостійності та узагальнення навичок у природному освітньому середовищі.

Отримані дані створюють підґрунтя для подальшого вдосконалення умов інтеграції раннього втручання в систему дошкільної освіти та підтверджують доцільність впровадження визначених умов як ефективної психолого-педагогічної технології підтримки розвитку дітей з РАС.

ВИСНОВКИ

Результати дисертаційного дослідження підтвердили наукову обґрунтованість висунутих положень, досягнення поставленої мети та виконання визначених завдань.

За результатами теоретичного аналізу наукових джерел з проблеми раннього втручання, розладів аутистичного спектра та інклюзивної освіти визначено психолого-педагогічні засади реалізації Денверської моделі раннього втручання в умовах закладу дошкільної освіти. Узагальнення сучасних підходів до організації раннього втручання дозволило обґрунтувати доцільність використання інтегративних природно-середовищних моделей розвитку.

Нами розроблено структурно-компонентну модель оцінювання розвитку дітей дошкільного віку з РАС, яка включає три взаємопов'язані компоненти: когнітивно-пізнавальний, соціально-комунікативний та поведінково-регуляторний. Для кожного компонента визначено показники, критерії та рівні сформованості (низький, середній, високий), що забезпечує можливість комплексного аналізу динаміки розвитку дітей.

В процесі емпіричного дослідження нами виявлені особливості розвитку когнітивно-пізнавального, соціально-комунікативного та поведінково-регуляторного компонентів у дітей дошкільного віку з РАС у процесі реалізації Денверської моделі раннього втручання. Також встановлено позитивну динаміку розвитку навичок наслідування, спільної уваги, функціональної гри, комунікативної ініціативи, соціальних реакцій та зниження дезадаптивних проявів і підвищення рівня саморегуляції.

Отримані результати засвідчили, що в процесі втручання у більшості дітей спостерігається поступове зростання показників розвитку, включаючи внутрішньорівневий прогрес навіть за відсутності формального переходу між рівнями сформованості.

Після того, як нами було визначено рівні розвитку дітей за когнітивно-пізнавальним, соціально-комунікативним та поведінково-регуляторним компонентами, ми розробили систему багаторівневого моніторингу результативності втручання, яка включає інтегральні, категоріальні та операційні показники. Запропонована система

дозволяє оцінювати як загальну динаміку розвитку дітей (у відсотках від вікового максимуму), так і якісні переходи між рівнями сформованості, а також мікродинаміку опанування конкретних навичок в межах індивідуальних цілей. Запровадження внутрішньорівневої оцінки динаміки дозволило більш точно фіксувати прогрес розвитку та уникати інтерпретації відсутності переходу рівня як відсутності результатів втручання.

Теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально перевірено комплекс психологічних умов реалізації комплексного формату Денверської моделі раннього втручання у закладах дошкільної освіти.

Експериментальне порівняння результатів реалізації індивідуального та комплексного форматів втручання показало перевагу комплексної моделі за всіма досліджуваними компонентами розвитку. У дітей, які брали участь у комплексному форматі, спостерігалися вищі показники інтегральної динаміки розвитку, більша частка переходів між рівнями сформованості та більш виражений прогрес у досягненні індивідуальних цілей, зокрема щодо генералізації навичок у природному соціальному середовищі. Отже, доведено, що інтеграція індивідуального втручання з організованим груповим середовищем підвищує ефективність розвитку дітей з РАС порівняно з виключно індивідуальним форматом.

Практична значущість дослідження полягає у розробленні низки психологічних умов реалізації ESDM в закладах дошкільної освіти та формулюванні рекомендацій щодо практичного впровадження.

Перспективи подальших досліджень пов’язані з розширенням вибірки дослідження, вивченням довготривалих ефектів раннього втручання для подальшої освітньої адаптації дітей з РАС та розробленням цифрових інструментів моніторингу динаміки розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко О. О. Особливості виховного впливу на особистість дітей із синдромом раннього дитячого аутизму. Спеціальна та інклюзивна освіта: теорія, методика, практика : матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (10–11 квітня 2020 р.). Умань : ВПЦ «Візаві», 2020. С. 169–170.

2. Авраменко О. О., Білан В. А. Інноваційні технології у дошкільній освіті: сучасні тенденції та перспективи розвитку. Вісник науки та освіти. 2025. Вип. 11(41). С. 1660–1671.

3. Айрес А. Ж. Сенсорна інтеграція та дитина / пер. з англ. Київ : Основа, 2020. 248 с.

4. Акменс Л. А. Проблема впровадження інклюзивного навчання в регіонах. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: соціальна педагогіка. 2011. Вип. 17, ч. 1. С. 11–19.

5. Алгоритм дій команди раннього втручання в сімейно-центрованій моделі : методичні рекомендації. Харків, 2024. 29 с.

6. Бабяк О. О., Вовченко О. А., Гладченко І. В. та ін. Запровадження безбар'єрності освітніх послуг в закладах дошкільної та загальної середньої освіти : аналітичні матеріали для МОН України. Київ : Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2024.

7. Базима Н. Проблема мовленнєвої активності у дітей з аутистичними порушеннями. Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету (Педагогічні науки). 2012. № 4. С. 14–19.

8. Баскаков А. Методологія наукового дослідження. Київ : МАУП, 2004. 216 с.

9. Бех І. Д. Виховання особистості. Київ : Либідь, 2003. 280 с.

10. Білан В. А., Бевзюк М. С., Авраменко О. О. Формування професійної компетентності вихователів у сфері інклюзивної дошкільної освіти. Перспективи та інновації науки. Серія: «Педагогіка», «Психологія», «Медицина». 2025. № 10(56).

11. Блеч Г. О., Гладченко І. В., Трикоз С. В., Сухіна І. В., Ярмола Н. А. Психолого-педагогічний супровід навчання дітей з інтелектуальними порушеннями : навч.-метод. посіб. Київ : ІСП НАПН України, 2018. 180 с.

12. Бондар В. І., Синьов В. М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шляхи від інституалізації до інтеграції. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського університету ім. І. Огієнка. 2009. Вип. 12. С. 8–14.

13. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Позднякова О. Л., Турубарова А. В. Аутологія: навчально-методичний посібник. Запоріжжя : Видавництво КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2023. 324 с

14. Вовченко О., Жук В., Кульбіда С. Запровадження безбар'єрності освітніх послуг в закладах дошкільної та загальної середньої освіти : аналітичні матеріали для МОН України. Київ : ІСПП імені М. Ярмаченка НАПН України, 2024.

15. 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.

16. Гаяш О. В., Кляп М. І. Комплексний психолого-педагогічний супровід дітей з розладами спектру аутизму в умовах інклюзивно-ресурсного центру. Актуальні питання корекційної освіти. 2019. Вип. 13. С. 37–47.

17. Гдиря О. В., Міщук Т. М. Реалізація програми раннього втручання для дітей віком від народження до 4 років на прикладі діяльності навчально-реабілітаційного центру «Джерело». Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2017. № 3. С. 103–103.

18. Гордійчук О. Є. Психолого-педагогічний супровід дітей з функціональними мовленнєвими труднощами в умовах інклюзивного навчання. Чернівці : ЧНУ, 2024. 231 с.

19. Горішна Н., Слозанська Г. Моделі надання раннього втручання в Україні та світі. Науковий вісник Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії. 2020. № 2(54). С. 45–52.

20. Горішна Н., Слозанська Г. Моделі надання послуги раннього втручання: переваги, недоліки, можливості для імплементації в Україні. Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. Переяслав, 2020. Вип. 57. С. 63–66.

21. Гошовська Д. Інноваційні підходи до психолого-педагогічного супроводу інклюзивної освіти : навч.-наоч. посіб. Луцьк : СНУ імені Лесі Українки, 2019.

22. Гошовська Д., Ляшко Л. Психологічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями: теоретичний огляд досліджень. Психогенеза особистості: норма і девіація. Луцьк, 2022. С. 86–91.

23. Грітченко Т. Я. Особливості комунікації у дітей із розладами аутичного спектра. Модернізація освітнього середовища: проблеми та перспективи : матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф. Умань, 2019. С. 63–65.

24. Гуртовенко Н. В. Психологічна корекція поведінки та особливості психічного розвитку дітей, що страждають раннім дитячим аутизмом. Габітус. 2022. Вип. 39. С. 268–272.

25. Даниленко Л. І. Формування інклюзивної компетентності педагогів закладів дошкільної освіти. Освітологічний дискурс. 2021. № 1(34). С. 115–124.

26. Данілявічютє Е. А., Литовченко С. В. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі. Київ : Видавнича група «А.С.К.», 2012.

27. Дитина: Освітня програма для дітей від двох до семи років / наук. кер. В. О. Огнев'юк. Київ : Київський університет імені Б. Грінченка, 2016. 304 с.

28. Добрянська Н., Матюша О. Раннє втручання в системі інклюзивної освіти : методичні рекомендації. Київ : МОН України, 2020.

29. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засєкіної, О. Плевачук. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.

29. Душка А. Дитина з розладами аутистичного спектра. Харків : Ранок, 2018.

30. Душка А., Міронова В. Основні підходи реабілітації сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2023. № 23. С. 35–46.

31. Душка А. Л. Психологічний супровід родин дітей з розладами аутистичного спектра в умовах стресу : методичні рекомендації. Київ : Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2024.

32. Душка А. Л. Сучасні проблеми сімей, що виховують дитину з психофізичними вадами у розвитку. Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія. 2013. С. 285–293.

33. Душка А. Л. Дитячо-батьківські відносини як фактор успішного розвитку дитини. Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. 2011. № 11–12. С. 262–270.

34. Єжова Т. Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наук. праць. 2011. Вип. 10 (8). С. 77–84.

35. Етичний кодекс психолога. Збірник нормативно-правових документів психологічної служби та ПМПК системи освіти України / упоряд. В. Г. Панок, І. І. Цушко, А. Г. Обухівська. Київ : Ніка-Центр, 2005. С. 429–435.

36. Засенко В., Колупаєва А. Діти з особливими потребами: пріоритетні напрями державної політики України. Особлива дитина: навчання і виховання. 2014. № 3 (71). С. 20–29.

37. Засенко В., Прохоренко Л. До проблеми реформування галузі освіти дітей з особливими потребами. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2020. № 16. С. 143–159.

38. Застосування діагностичних мінімумів в діяльності працівників психологічної служби : практичний посібник / авт.-упоряд.: І. І. Ткачук, Н. В. Пророк, Н. В. Лунченко, В. М. Горленко, В. Д. Острова, Н. В. Сосновенко ; за заг. ред. В. Г. Панка. 2-ге вид., доповн. і переробл. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2024. 100 с.

39. Кобильченко В., Омельченко І. Спеціальна психологія : підручник. Київ : ВЦ «Академія», 2020. 224 с.

40. Козак М. М. Вплив раннього втручання на розвиток мовних навичок у дітей з аутизмом. Спеціальна освіта та соціальна інклюзія: виклики XXI століття. 2023. № 14.

41. Козинець ОВ, Карпець ОВ. Альтернативні та додаткові технології навчання соціальної комунікації як спосіб взаємодії з оточенням дітей із аутистичними порушеннями. В: Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації. Тези

доп. міжнар. наук.-практ. конф. здобувачів освіти та молодих вчених. Вінниця; 2021, с. 106–10

42. Колупаєва А., Таранченко О. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі : навч.-метод. посіб. Харків : Ранок, 2019.

43. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи розвитку в Україні. Київ : Педагогічна думка, 2020. 256 с.

44. Компанець Н. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери : навч.-метод. посіб. Київ : Актуальна освіта, 2023.

45. Компанець Н. М., Луценко І. В., Коваль Л. В. Організаційно-методичний супровід дитини з особливими освітніми потребами в умовах ДНЗ : навч.-метод. посіб. Київ : Видавнича група «Атопол», 2018. 100 с.

46. Компанець Н. М. Програмно-методичне забезпечення психологопедагогічного супроводу навчання дітей з особливими потребами в умовах інклюзивної освіти. Київ, 2015. 92 с.

47. Конопляста С., Косинкіна Ю. До проблеми мовленнєвої активності дітей дошкільного віку з аутистичними проявами. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2013. Вип. 24. С. 134–137.

48. Конопляста С. Ю. Ранній дитячий аутизм – проблеми теорії та практики. Вісник Луганського національного педагогічного університету імені Тараса Шевченка. 2015. № 13. С. 96-101.

49. Кукуруза Г. В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку : монографія. Харків : Планета-принт, 2013.

50. Кукуруза Г. В. Ефективність програм раннього втручання для дітей з порушенням психічного розвитку. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія. 2013. С. 184–186.

51. Кутова ЛМ. Особливості діагностики дітей з розладами аутистичного спектра. В: Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях. Зб. матеріалів Всеукр. наук. конф. Черкаси; 2021, с. 334.

52. Куценко Т. О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2013. Вип. 4 (2). С. 209–218.

53. Литовченко С. Деякі аспекти реалізації послуги раннього втручання для дітей з порушеннями слуху. Особлива дитина: навчання і виховання. 2020. № 3. С. 47–52.

54. Литовченко В. П., Литовченко С. В. Підготовка батьків до оцінки розвитку дітей в інклюзивно-ресурсних центрах: психолого-педагогічні основи комунікації. Наука і освіта. 2022. № 2. С. 31–38.

55. Лопатинська Н. А. Технологія абілітації і реабілітації порушень мовлення дітей раннього віку у системі раннього втручання. The role of psychology and pedagogy in the spiritual development of modern society : conference proceedings. Riga : Baltija Publishing, 2022. P. 357–360.

56. Лопатинська Н. А., Зборовська Н. В. Раннє втручання в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. Перспективи та інновації науки. 2023. № 12. С. 293 – 302.

57. Мартинчук О. В. Інклюзивна педагогіка як науковий чинник формування компетентності у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами. Актуальні питання корекційної освіти. 2019. № 13. С. 157-175.

58. Марценковський І.А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму: методичні рекомендації. СПД-ФО Парашин І.С. 2009. 46 с.

59. Мельничук О. Становлення та розвиток інклюзивної освіти в Україні. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія. 2019. С. 54–60.

60. Міронова, В. Впровадження денверської моделі раннього втручання в умови інклюзивної групи ЗДО. Особлива дитина: навчання і виховання. 2025. 117(1), 143-154.

61. Міронова В. Теоретичні засади впровадження Денверської моделі раннього втручання в інклюзивні заклади дошкільної освіти Перспективи та інновації науки (серія “Психологія”). 2025. 7(53), 1462-1471.

62. Міронова, В. Денверська модель раннього втручання як психолого-педагогічний інструмент формування соціально-комунікативної компетентності дитини з РАС. Особлива дитина: навчання і виховання. 2025. 120(4), 280 – 298.

63. Міронова В. Психологічні механізми формування соціальної взаємодії в дітей із розладами аутистичного спектра під час групових занять за Денверською моделлю раннього втручання. Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янчука. 2025. (Серія: Педагогіка та психологія), № 4, 179 – 193.

64. Недозим І. В. Особливості соціального інтелекту дітей дошкільного віку з розладами аутистичного спектру : дис. … канд. психол. наук. Київ, 2019. 210 с.

65. Основи раннього втручання : навчальний посібник. ЮНІСЕФ; ВГО «АПДО». 2025. 80 с.

66. Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : монографія. Львів : Тріада плюс, 2012. 520 с.

67. Островська К. О. Методи діагностично-корекційної роботи з дітьми з аутизмом. Актуальні питання корекційної освіти. 2017. № 9.

68. Павелків Р. В., Цигипало О. П. Психодіагностичний інструментарій в умовах дошкільного закладу : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2017. 296 с.

69. Панченко Т. Л., Заплатинська А. Б. Раннє втручання як система комплексної допомоги дітям раннього та дошкільного віку. 2018.

70. Пироженко Т. О., Соловйова О. В. Готовність дитини до школи: критерії, індикатори, інструменти оцінювання. Інноваційні технології в дошкільній освіті. Київ, 2024. С. 14–25.

71. Практика взаємодії з батьками дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному просторі : метод. посіб. / уклад. О. В. Коган та ін. Лисичанськ : ТОВ «ФОКСПРИНТ», 2022. 80 с.

72. Програма розвитку дітей раннього та дошкільного віку з інтелектуальними порушеннями / за наук. ред. О. В. Чеботарьової, І. В. Гладченко. Київ : ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2023.

73. Прохоренко Л. І., Бабяк О. О., Баташева Н. І. Психологічний супровід дітей з особливими освітніми потребами: стратегія реалізації. Вісник НАПН України. 2020. Т. 2, № 1. С. 1–6.

74. Прядко Л. О. Особливості індивідуалізації навчання в інклюзивному навчальному закладі. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2017. Вип. 9, т. 2. С. 144–152.

75. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 350-р від 22 травня 2019 р. «Деякі питання створення системи надання послуги раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя» [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://cutt.ly/zrmLEP4

76. Руденок А. І., Ільницька І. Є. Особливості стосунків в сім'ях з дітьми з розладами аутистичного спектру. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2022. № 3. С. 71–75.

77. Садова І. І. Організація системи психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами. Гуманітарний форум. 2023. Т. 1, № 1. С. 28–34.

78. Синьов В. М., Шульженко Д. І. Психологія інклюзивної освіти учнів зі спектром інтелектуальних та аутистичних порушень. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2017. Вип. 9, т. 2. С. 190–205.

79. Скрипник Т. В. Діти з аутизмом в інклюзії: сценарії успіху : монографія. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2019.

80. Скрипник Т. В., Лозова О. М. Формування діалогічних інтеракцій у дітей з розладами аутистичного спектра. Psycholinguistics. 2020. № 27(1). С. 237– 261.

81. Скрипник Т. В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра. Київ : Гнозіс, 2013.

82. Скрипник Т. В. Розроблення SMART-цілей для дитини з особливими потребами в процесі інклюзивного навчання. Матеріали Всеукраїнської (заочної) науково-практичної конференції, присвяченої 5-річчю кафедри корекційної освіти та спеціальної психології. 17–18 травня 2017 р. С. 10–13.

83. Скрипник Т. В., Ганевич С. М., Ільїна Г. О. Моделювання програми становлення адаптивних навичок у дітей молодшого шкільного віку з аутизмом з опорою на метод

«Прикладний аналіз поведінки». Актуальні питання у сучасній науці. 2024. № 1(19). С. 746–756.

84. Скрипник Т. В., Ганевич С. М., Заєркова Н. В. Планування змісту психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами з опорою на SMART-цілі. Актуальні проблеми соціальної роботи та інклюзивної освіти в сучасних умовах. 2024. С. 109–114.

85. Скрипник Т. В., Мартинчук О. В., Супрун Г. В., Криваковська Р. В. Особливості партнерства між фахівцями закладу освіти та батьками дитини з особливими освітніми потребами. Наукові перспективи. 2022. № 6(24). С. 514–526.

86. Слозанська Г., Горішна Н. Ефективність раннього втручання у роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями раннього віку. Освіта. Інноватика. Практика. 2023. Т. 11, № 10. С. 36–49.

87. Слозанська Г. І., Скочко М. Розвиток соціально-реабілітаційних послуг в Україні у воєнний та повоєнний період. Запоріжжя, 2023. 146 с.

88. Соколова Г., Кравець Ю. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими потребами: організаційні і методичні аспекти. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2023. № 2(23). С. 178–195.

89. Спіріна І., Коваленко Т., Фаузі Є. Проблема ранньої діагностики й корекції розладів аутистичного спектру у дітей. Актуальні проблеми сучасної психології : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 2021. С. 139.

90. Столярик О., Горішна Н., Криницька І. Сучасні підходи до оцінки якості соціально-реабілітаційних послуг для дітей з інвалідністю. Humanitas. 2024. № 4. С. 74–84.

91. Супрун Г. В. Особливості вивчення міжособистісних стосунків у дошкільників з розладами аутистичного спектра. Особлива дитина: навчання і виховання. 2016. № 2. С. 76–82.

92. Супрун Г. В. Особливості психічної організації дошкільників з аутизмом. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2014. Вип. 5, част. 2. С. 151–156.

93. Супрун Г. В. Особливості соціально-психологічної адаптації дітей з аутизмом у дошкільному віці : дис. … канд. психол. наук. Київ, 2017. 295 с.

94. Сухіна І. В., Риндер І., Скрипник Т. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ–Чернівці : Букрек, 2017.

95. Таранченко О. М. Професійна підготовка педагогів до роботи в інклюзивному освітньому середовищі. Київ : Науковий світ, 2018. 212 с.

96. Тарасун В. В., Хворова Г. М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом : навч. посіб. для вищих навч. закладів / за наук. ред. В. В. Тарасун. Київ : Наук. світ, 2004. 100 с.

97. Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом : у 2 томах / за ред. В. Бондаря, В. Засенка, В. Тарасун. Київ : Наук. світ, 2006.

98. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі : навч.-наоч. посіб. Київ : Плеяди, 2015. 56 с.

99. Фаловська І. Д., Слатвінська А. А., Вознюк О. В. Психолого-педагогічний супровід здобувачів освіти з особливими потребами в інклюзивному середовищі. Наукові інновації та передові технології. 2025. № 7(47).

100. Хворова Г. М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом : автореферат дис. канд. пед. наук : 13.00.03 Київ : НПУ ім. М. Драгоманова, 2010. 22 с.

101. Хворова Г. М. Формування батьківської компетентності в корекційній освіті дітей з полісистемними порушеннями розвитку. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 28. С. 236–242.

102. Хохліна О. П. Психологічні аспекти проблеми стресу у дітей з розладами аутистичного спектру. Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія». 2024. № 3(37). С. 1035–1046.

103. Чекан, О. І. Аутизм як педагогічна проблема: комунікативно-когнітивні аспекти. Становлення особистості: персоногенетичний контекст: зб. тез доп. Міжнар. наук.-практ. конф. Мукачево: МДУ. 2024. с. 125-126.

104. Черніченко Л. Сучасні підходи до формування комунікативних навичок у дітей з розладами аутистичного спектру. KELM (Knowledge, Education, Law, Management). 2022. № 5(49). С. 35–40.

105. Черніченко Л. А., Хрипун Д. М. Психолого-педагогічний супровід сімей, які виховують дітей з порушенням мовлення та слуху. Наукові інновації та передові технології. 2025. № 5(45). С. 1495–1503.

106. Шевченко Ю. В. Соціалізація дітей з особливими потребами в умовах інклюзивної освіти в Україні. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2017. Вип. 9, т. 2. С. 280–289.

107. Шульга Т. О. Сенсорна інтеграція у роботі з дітьми дошкільного віку : практичний посібник. Харків : Основа, 2019. 144 с.

108. Шульженко Д. Аутизм – не вирок : науково-методичне видання. Львів : Кальварія, 2010. – 224 с.

109. Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція дітей із аутизмом : монографія. Київ, 2017.

110. Aaronson B., Estes A., Rogers S. J., Dawson G., Bernier R. The Early Start Denver Model Intervention and mu rhythm attenuation in autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022. Vol. 52(7). P. 3304–3313.

111. Aiello P., Agrillo F., Russo I., Zappalà E., Sibilio M. Group-based Early Start Denver Model: An educational approach for pupils with Autism Spectrum Disorder in Italian preschools. Italian Journal of Special Education for Inclusion. 2019. Vol. 1.

112. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5). DC : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

113. Aylward E., Neilsen-Hewett C. Application of an evidence-based early intervention model for children with ASD in mainstream early childhood education and care settings via a targeted professional developmental program. Australasian Special and Inclusive Education. 2021. Vol. 45(2). P. 135–149.

114. Bandura A. Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.

115. Bent C., Glencross S., McKinnon K., Hudry K., Dissanayake C., Victorian ASELCC Team, Vivanti G. Predictors of developmental and adaptive behaviour outcomes in response to early intensive behavioural intervention and the Early Start Denver Model. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2024. Vol. 54(7). P. 2668–2681.

116. Ben-Itzchak E., Zachor D. A. Who benefits from early intervention in autism spectrum disorders? Research in Autism Spectrum Disorders. 2011. Vol. 5(1). P. 345–350.

117. Berman S., Ventola P., Gordon I. Improvements in micro level indices of social communication following pivotal response treatment (PRT). Research in Autism Spectrum Disorders. 2018. Vol. 51. P. 56–65.

118. Bradshaw J., McCracken C., Pileggi M., Brane N., Delehanty A., Day T., Federico A., Klaiman C., Saulnier C., Klin A., Wetherby A. Early social communication development in infants with autism spectrum disorder. Child Development. 2021. Vol. 92. P. 2224–2234.

119. Capes K., Upson S., Jones C., Dissanayake C., Vivanti G. Delivery of group-early start Denver model in an Australian early childhood setting. Pediatric Medicine. 2019. Vol. 2. P. 16–19.

120. Chevallier C., Kohls G., Troiani V., Brodkin E. S., Schultz R. T. The social motivation theory of autism. Trends in Cognitive Sciences. 2012. Vol. 16(4). P. 231–239.

121. Christensen D. L., Baio J., Braun K. V. N. та ін. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. MMWR Surveillance Summaries. 2016. Vol. 65(3). P. 1–23.

122. Crank J., Sandbank M., Dunham K., Crowley S., Bottema-Beutel K., Feldman J., Woynaroski T. G. Understanding the effects of naturalistic developmental behavioral interventions: A project AIM meta-analysis. Autism Research. 2021. Vol. 14(4). P. 817–834.

123. Dawson G., Franz L., Brandsen S. At a crossroads—reconsidering the goals of autism early behavioral intervention from a neurodiversity perspective. JAMA Pediatrics. 2022. Vol. 176. P. 839–840.

124. Dawson G., Rieder A. D., Johnson M. H. A developmental social neuroscience perspective on infant autism interventions. Annual Review of Developmental Psychology. 2023. Vol. 5. P. 89–113.

125. Dawson G., Rieder A. D., Johnson M. H. Prediction of autism in infants: Progress and challenges. The Lancet Neurology. 2023. Vol. 22. P. 244–254.

126. Dawson G., Rogers S. J., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J., Varley J. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. Pediatrics. 2010. Vol. 125(1). P. e17–e23.

127. Dawson G., Toth K., Abbott R., Osterling J., Munson J., Estes A., Liaw J. Early social attention impairments in autism: Social orienting, joint attention, and attention to distress. Developmental Psychology. 2004. Vol. 40(2). P. 271–283.

128. Dawson G., Zanolli K. Early intervention and brain plasticity in autism. In: Bock G., Goode J. (Eds.). Autism: Neural bases and treatment possibilities. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003. P. 266–280.

129. Duan K., Eyler L., Pierce K., Lombardo M. V., Datko M., Hagler D. J., Taluja V., Zahiri J., Campbell K., Barnes C. C., Arias S., Nalabolu S., Troxel J., Ji P., Courchesne E. Differences in regional brain structure in toddlers with autism are related to future language outcomes. Nature Communications. 2024. Vol. 15(1). Article 5075.

130. Dunn W. Sensory Profile. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, 1999.

131. Fossum K. L., Williams K. L., Cihon J. H., Leaf J. B. A review of group teaching arrangements used with individuals diagnosed with autism spectrum disorder. Behavior Analysis in Practice. 2021. Vol. 14(3). P. 702–712.

132. Greenspan S. I., Wieder S. Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think. Boston: Da Capo Press, 2006.

133. Guralnick M. The Effectiveness of Early Intervention. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., 1997. 661p.

134. Kasari C., Sturm A., Shih W. SMARTer approach to personalizing intervention for children with autism spectrum disorder. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2018. Vol. 61(11). P. 2629–2640.

135. Keifer C. N., Day T. C., Hauschild K. M., Lerner M. D. Social and nonsocial reward anticipation in typical development and autism spectrum disorder: Current status and future directions. Current Psychiatry Reports. 2021. Vol. 23. Article 32.

135. Koegel L. K., Koegel R. L. Motivating communication in children with autism. In: Schopler E., Mesibov G. B. (Eds.). Learning and Cognition in Autism. New York: Springer, 1995. P. 73–87.

136. Kolb B., Gibb R. Brain plasticity and behaviour in the developing brain. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2011. Vol. 20(4). P. 265–276.

137. Maenner M. J., Warren Z., Williams A. R., Amoakohene E., Bakian A. V., Bilder D. A., Shaw K. A. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveillance Summaries. 2023. Vol. 72(2). P. 1–14.

138. McDonnell A., Hardman M. A synthesis of "best practices" guidelines for early childhood services. Journal of the Division for Early Childhood. 1998. Vol. 12. P. 328–341.

139. Mundy P. A review of joint attention and social-cognitive brain systems in typical development and autism spectrum disorder. Development and Psychopathology. 2018. Vol. 30(1). P. 5–29.

140. Murphy J. W., Foxe J. J., Peters J. B., Molholm S. Susceptibility to distraction in autism spectrum disorder: Probing the integrity of oscillatory alpha-band suppression mechanisms. Autism Research. 2014. Vol. 7(4). P. 442–458.

141. Ozturk Y., Vivanti G., Uljarevic M., Dissanayake C., Victorian ASELCC Team. Treatment-related changes in children's communication impact on maternal satisfaction and psychological distress. Research in Developmental Disabilities. 2016. Vol. 56. P. 128–138.

142. Pierce K., Schreibman L. Increasing complex social behaviors in children with autism: Effects of peer-implemented pivotal response training. Journal of Applied Behavior Analysis. 1995. Vol. 28(3). P. 285–295.

143. Raver S. Intervention Strategies for Infants and Toddlers with Special Needs. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2009.

144. Rizzolatti G., Sinigaglia C. The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: Interpretations and misinterpretations. Nature Reviews Neuroscience. 2010. Vol. 11(4). P. 264–274.

145. Rogers S. J., Dawson G. Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement. New York: Guilford Press, 2010.

142. Rogers S. J., Dawson G., Vismara L. A. An Early Start for Your Child with Autism: Using Everyday Activities to Help Kids Connect, Communicate, and Learn. New York: Guilford Press, 2012.

143. Rogers S. J., Estes A., Vismara L., Munson J., Zierhut C., Greenson J., Dawson G., Rocha M., Sugar C., Senturk D., Whelan F., Talbott M. Enhancing low-intensity coaching in parent implemented Early Start Denver Model intervention for early autism: A randomized comparison treatment trial. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2019. Vol. 49(2). P. 632–646.

144. Rogers S. J., Hayden D., Hepburn S., Charlifue-Smith R., Hall T., Hayes A. Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver Model and PROMPT interventions. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006. Vol. 36(8). P. 1007–1024.

145. Schreibman L., Dawson G., Stahmer A. C., Landa R., Rogers S. J., McGee G. G., Halladay A. Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015. Vol. 45. P. 1–18.

146. Siller M., Landa R., Vivanti G., Ingersoll B., Jobin A., Murphy M., Pellecchia M., Boyd B., D'Agostino S., Zierhut Ursu C., Stapel-Wax J., Fuhrmeister S., Morgan L. Bridging priorities between naturalistic developmental behavioral interventions for autism and educational practice in inclusive early childhood education. Topics in Early Childhood Special Education. 2023. P. 1–13.

147. Sinai-Gavrilov Y., Gev T., Mor-Snir I., Vivanti G., Golan O. Integrating the Early Start Denver Model into Israeli community autism spectrum disorder preschools: Effectiveness and treatment response predictors. Autism. 2020. Vol. 24(8). P. 2081–2093.

148. Torop K., Yarmola N., Lytovchenko S., Trykoz S., Shevchenko V., Kruhlyk O. The innovative development of socialization of children with special educational needs on the intellectual disability example. AD ALTA: Journal of Interdisciplinary Research. 2021. Vol. 11/02-XXIV. P. 93–96.

149. Umansky W., Hooper S. Young Children with Special Need. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2008.

150. Vivanti G. The importance of imitation for the early development of children with autism spectrum disorder. Infants & Young Children. 2014. Vol. 27(3). P. 207–219.

151. Vivanti G., Paynter J., Duncan E., Fothergill H., Dissanayake C., Rogers S. J., Victorian ASELCC Team. Effectiveness and feasibility of the Early Start Denver Model implemented in a group-based community 2014.

152. Vivanti G., Dissanayake C., Zierhut C., Rogers S. J., Paynter J. Implementing the group-based Early Start Denver Model for preschoolers with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2017. Vol. 47(7). P. 2432–2444.

153. Vivanti G., Bent C., Capes K., Upson S., Hudry K., Dissanayake C., Victorian ASELCC Team. Characteristics of children on the autism spectrum who benefit the most from receiving intervention in inclusive versus specialised early childhood education settings. Autism Research. 2022. Vol. 15(11). P. 2200–2209.

154. Ziegler S., Rogers S. J., Yu Q. The role of sensory processing in Early Start Denver Model outcomes. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2020. Vol. 50(12). P. 4567–4582.

155. Zierhut C., Ivanovna M., Rogers S. J. Enhancing parent–child interaction in ESDM home-based intervention: Clinical guide and outcomes. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2020. Vol. 50(9). P. 3245–3257.

156. Zitter A., David V., Vismara L. A., Sheridan E., Fernandes S., Vivanti G. Implementation of the group-ESDM in a childcare setting serving under-resourced communities. Journal of Early Intervention. 2023. Vol. 45(3). P. 343–355.

157. Zwaigenbaum L. et al. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research. Pediatrics. 2015. Vol. 136(Suppl). P. S60. Doi:10.1542/peds.2014-3667E.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у зарубіжних виданнях, країн ЄС

1. Душка А.Л., Міронова В.М. (2025). Інноваційні стратегії психолого-педагогічної допомоги дітям з ооп у ситуаціях невизначеності та втрати безпечного середовища. Колективна монографія “Psychology, Physical Culture, Sports, and Comprehensive Rehabilitation: A Multidisciplinary Approach in the Context of Social Transformations” : Scientific monograph. Riga, Latvia : «Baltija Publishing», 2026. с.113-145. https://doi.org/10.30525/978-9934-26-644-7-5 URL: http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/book/688

Статті у наукових фахових виданнях, категорії Б (у тому числі ті, які індексуються у міжнародних науковометричних базах)

2. Душка А., Міронова В**.** (2024). Основні підходи реабілітації сімей, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови.*, 2(23), 35-46. https://doi.org/10.33189/epsn.v2i23.229 URL: https://www.spp.org.ua/index.php/journal/article/view/229
3. Міронова, В. (2025). Впровадження денверської моделі раннього втручання в умови інклюзивної групи ЗДО. *Особлива дитина: навчання і виховання,* 117(1), 143-154. https://doi.org/10.33189/ectu.v117i1.218. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/218
4. Міронова В. (2025). Теоретичні засади впровадження Денверської моделі раннього втручання в інклюзивні заклади дошкільної освіти *Перспективи та інновації науки (серія “Психологія”),* 7(53), 1462-1471. https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1462-1471. URL: http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/26691/26664
5. Міронова, В. (2025). Денверська модель раннього втручання як психолого-педагогічний інструмент формування соціально-комунікативної компетентності дитини з РАС. *Особлива дитина: навчання і виховання* , 120(4), 280 – 298.

https://doi.org/10.33189/ectu.v120i4.302. URL: https://ojs.csnukr.in.ua/index.php/Exceptional_child/article/view/302 .

6. Міронова В. (2025). Психологічні механізми формування соціальної взаємодії в дітей із розладами аутистичного спектра під час групових занять за Денверською моделлю раннього втручання. *Вісник Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені Академіка Степана Дем'янчука. (Серія: Педагогіка та психологія),* № 4 (2025), 179 – 193. https://doi.org/10.32782/3041-2021/2025-4-24. URL: https://journals.megu.rovno.ua/index.php/ped-psyh/article/view/151/147

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Міронова В.М. (2024) Тези Формування здатності до комунікативної взаємодії у дітей з порушеннями спілкування Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни, матеріали Всеукраїнської конференції молодих вчених, 2024. С. 66-68. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740058/1/тези%20мол.конф.%202024.pdf
8. Міронова В.М. (2025) Тези Денверська модель як інструмент розвитку соціально-комунікативних навичок у дітей з рас в умовах закладу дошкільної освіти, *Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики*: матеріали Міжнародної науково-практичнаої конференції (11 листопада, 2025 р., м. Київ). Київ, 2025, с. 155 URL:https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/55103/2/Martynchuk_M_Vasylieva_H_SDIN_FPSRSO.pdf

Додаток Б

Відомості про апробацію результатів дисертації

1. Всеукраїнська конференція молодих вчених «Освіта осіб з особливими потребами в дії: реалії в умовах війни» (2024, Київ). Тези на тему: «Формування здатності до комунікативної взаємодії у дітей з порушеннями спілкування». URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740058/1/тези%20мол.конф.%202024.pdf
2. Міжнародна науково-практична конференція «Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики» (11 листопада 2025, Київ). Тези на тему: «Денверська модель як інструмент розвитку соціально-комунікативних навичок у дітей з РАС в умовах закладу дошкільної освіти». URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/55103/2/Martynchuk_M_Vasylieva_H_SDIN_FPSRSO.pdf
3. Науково-практичний семінар для асистентів учителів та здобувачів вищої освіти в межах міжнародного проєкту EPERE «Enhancing the Participation and Ensuring the Right to Education for Children with Intellectual Disability» (Криворізький державний педагогічний університет, Центр психологічної стійкості та благополуччя). «Питання підтримки розвитку та освітньої участі дітей з інтелектуальними порушеннями в інклюзивному освітньому середовищі».
4. Міжнародна науково-практична конференція «Психологія, фізична культура, спорт та комплексна реабілітація: мультидисциплінарний підхід у вимірі суспільних трансформацій». Воркшоп на тему: «Інноваційні стратегії психолого-педагогічної допомоги дітям з ООП у ситуаціях невизначеності та втрати безпечного середовища». Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького
5. Відкритий семінар-майстер-клас «Підтримка автономії та комунікації дітей з інтелектуальними порушеннями через повсякденні рутини» (Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького). Захід проведено в межах реалізації міжнародного проєкту EPERE «Enhancing the

Participation and Ensuring the Right to Education for Children with Intellectual Disability» («Посилення участі та забезпечення права на освіту дітей з інтелектуальними порушеннями. Розвиток спроможностей і можливостей»).

6. Відкритий науково-практичний семінар для науково-педагогічних працівників та здобувачів вищої освіти (Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка, Тернопіль). Тема доповіді: «Інноваційні стратегії психолого-педагогічної допомоги дітям з ООП у ситуаціях невизначеності та втрати безпечного середовища».

Додаток В

Таблиця В. 1

Порівняння моделей втручання при РАС за структурними характеристиками

Критерій	ABA/DTT	TEACCH	DIR/Floortime	PRT	ESDM
Структурованість	Висока	Висока	Низька	Середня	Середня
Природність середовища	Низька	Середня	Висока	Висока	Висока
Орієнтація на соціальну взаємодію	Помірна	Обмежена	Висока	Висока	Висока
Інтеграція з розвитковою теорією	Низька	Помірна	Висока	Помірна	Висока
Система моніторингу	Чітка	Часткова	Недостатньо стандартизована	Помірна	Чітка, багаторівнева
Можливість інтеграції в ЗДО	Обмежена	Висока	Висока	Висока	Висока

Таблиця В. 2

Фунціональний зміст структурних компонентів групових рутин у G-ESDM

Фаза групової рутини	Основний зміст і дії дорослого	Цілі для дитини	Значення для дітей з РАС
1.Підготовка (Set-Up)	- Організація простору та матеріалів - Привертання уваги дітей - Регуляція рівня збудження (заспокоєння / активізація) - Створення інтересу до діяльності	- Формування готовності до участі - Перехід від попередньої діяльності - Фокусування уваги	- Зниження тривожності перед зміною діяльності - Покращення адаптації до переходів - Підвищення передбачуваності та організованості
2. Основна активність (Theme)	- Моделювання дій і соціальної взаємодії - Підтримка спільної уваги - Вбудоване навчання індивідуальним цілям ESDM - Підтримка чергування, імітації, комунікації	- Розвиток соціальної взаємодії - Ініціювання та відповіді - Імітація, комунікація - Виконання рольових та групових дій	- Формування соціальної мотивації - Збільшення кількості соціальних сигналів - Природний контекст навчання - Підсилення емоційної включеності
3.Розширення (Elaboration)	- Ускладнення завдань - Введення варіативності, нових правил, нових ролей - Формування когнітивної гнучкості - Перенесення набутих навичок у нові умови	- Адаптація до змін - Розвиток гнучкості мислення - Генералізація навичок - Розширення соціальної компетентності	- Подолання ригідності та стереотипності - Тренування здатності адаптуватися до змін - Зменшення протестної поведінки при нових умовах - Розвиток навичок перенесення
4.Завершення (Closing)	- Підбиття підсумків активності - Емоційне завершення гри («емоційна кома») - Плавний перехід до наступної рутини або побутової дії - Підтримка самостійності	- Навчання завершенню активності - Переключення уваги - Регуляція поведінки під час переходів	- Зменшення стресу при завершенні - Формування передбачуваних переходів - Зниження ймовірності зривів та істерик - Перенесення навички переходів у побутові ситуації

Таблиця В. 3

Порівняння індивідуальної моделі ESDM та групового формату G-ESDM

Критерій	Індивідуальний ESDM (1:1)	Груповий G-ESDM (інклюзивні ЗДО)
Формат втручання	Робота терапевта з дитиною один на один, зазвичай у домашніх умовах або кабінеті.	Інтегроване втручання у групі (ясла, садок), одночасно з участю декількох дітей.
Основне навчальне середовище	Кероване середовище, контрольована кількість стимулів, мінімальні відволікання.	Природне соціальне середовище, багате на стимули, взаємодії з однолітками, реальні побутові ситуації.
Тип навчання	Натуралістичне індивідуальне навчання з високою концентрацією підкріплень.	Вбудоване навчання у спільні групові рутини, з можливостями для соціального моделювання.
Фокус втручання	Глибока робота з індивідуальними цілями: комунікація, імітація, спільна увага, гра.	Поєднання індивідуальних цілей з груповими: участь у рутинах, соціальна взаємодія, кооперація, самостійність.
Соціальні стимули	Створюються дорослим цілеспрямовано; кількість контрольована.	Виникають природно й спонтанно: ініціативи ровесників, ігрові запрошення, конфлікти, чергування.
Соціальна мотивація	Формується через взаємодію з терапевтом.	Підсилюється через взаємодію з ровесниками, соціальну залученість і груповий інтерес.
Навички спільної уваги	Тренуються з дорослим у структурованих епізодах.	Виникають природно за рахунок спостереження за дітьми, спільної гри, наслідування.
Можливості моделювання поведінки	Обмежені дорослим як єдиним партнером у взаємодії.	Розширені завдяки постійному спостереженню за однолітками та груповою динамікою.
Боротьба з ригідністю	Зміна сценаріїв задається дорослим поступово.	Варіативність виникає природно в групі (інші діти — інші сценарії, ролі, пропозиції).
Навички самообслуговування	Обмежені («імітація дії», рідко повторювані у реальному контексті).	Відпрацьовуються кілька разів щодня: одягання, прийом їжі, гігієна, прибирання.
Генералізація навичок	Потребує додаткових зусиль, часто не переноситься автоматично.	Відбувається природно через багатоконтекстне використання навичок у групі.
Роль дорослого	Дорослий — головний регулятор, вчить, моделює, підсилює.	Дорослий — фасилітатор, організатор простору, координатор групової взаємодії.
Роль однолітків	Мінімальна або відсутня.	Центральна: рівні моделі поведінки, партнери у грі, соціальні тригери, можливість імітації.
Індивідуалізація	Максимальна, з фокусом на конкретний профіль розвитку.	Зберігається, але інтегрується у групові рутини; потребує високої кваліфікації команди.
Емоційна залученість	Ґрунтується на диадній взаємодії.	Значно підсилюється соціальною залученістю, груповими іграми, спільними емоційними ситуаціями.
Переходи між активностями	Регулюються терапевтом, передбачувані.	Часті, природні та різнопланові — критичні для розвитку гнучкості.
Навчальні можливості за годину	30–60 навчальних епізодів (одночасних «навчальних моментів»).	80–120 навчальних епізодів, оскільки кожен момент групової дії має потенціал для втручання.
Навантаження на сім'ю	Високе: батьки мають активно брати участь у щоденній практиці.	Знижене: значна частина інтервенцій інтегрується в перебування дитини в ЗДО.
Ефективність для соціальної сфери	Висока, але обмежена відсутністю ровесників.	Дуже висока: включає природні можливості соціального навчання.
Оптимальність для дітей з високою підтримкою	Висока (інтенсивна індивідуальна робота).	Вимагає додаткової підтримки асистента/педагога, але забезпечує багатший досвід.
Оптимальність для дітей з середнім та легким рівнем підтримки	Висока.	Найвища: група дає оптимальний соціально-комунікативний тренажер.

Додаток Д

Таблиця Д. 1

Інструментарій психодіагностики розвитку дітей дошкільного віку з РАС в умовах раннього втручання з використанням елементів ESDM

Компонент розвитку	Зміст оцінювання	Методика (інструмент)	Діагностичні показники	Формат застосування
Соціально-комунікативний компонент	Рівень соціальної мотивації, спільної уваги, ініціації взаємодії, імітації, функціональної комунікації, гри	**ESDM Curriculum Checklist**	Частота та якість ініціацій, реакцій на соціальні сигнали, здатність до наслідування, участь у спільній діяльності	Натуралістичне спостереження в групі та/або індивідуальній взаємодії
		VB-MAPP (Milestones, Social Skills, Play)	Рівень сформованості соціально-комунікативних та ігрових навичок відповідно до вікових етапів розвитку	Структуроване спостереження, аналіз поведінки в навчальних і ігрових ситуаціях
Навчальна та поведінкова готовність	Здатність до навчання в природних умовах, реагування на інструкції, узагальнення навичок, наявність поведінкових бар'єрів	**VB-MAPP (Barriers Assessment)**	Поведінкові бар'єри навчання: уникання, ригідність, низька мотивація, проблемна поведінка	Спостереження, аналіз навчальних ситуацій
		ESDM Curriculum Checklist (learning readiness)	Рівень готовності до навчальних завдань, участь у рутинах, витримування очікування	Групова та індивідуальна діяльність
Сенсорно-регуляторний компонент	Особливості сенсорної обробки, рівень збудження, саморегуляція, реакції на переходи та зміни рутин	**Sensory Profile (W. Dunn)**	Профіль сенсорної чутливості, сенсорного пошуку/уникання, регуляції	Опитувальник для батьків / педагогів
		Натуралістичне спостереження (на основі ESDM)	Поведінка дитини в сенсорно насичених та змінних ситуаціях	Щоденні рутини ЗДО
Якість реалізації втручання (контекстний рівень)	Відповідність взаємодії принципам ESDM, якість втручання	**ESDM Fidelity Checklist**	Дотримання ключових компонентів моделі (афект, ініціатива дитини, темп, взаємодія)	Оцінка роботи фахівців у групі та індивідуально

Компонент розвитку	Зміст оцінювання	Методика (інструмент)	Діагностичні показники	Формат застосування

Таблиця Д 2

ESDM Curriculum Checklist Рівень 1

	навичка	спостереження	Інформація від батьків	Інформація від вчителя/інше	Загальна оцінка
	Рецептивна комунікація				
1	Визначає напрямок звуку, повертаючись до його джерела				
2	Звертає увагу, дивиться на того, хто видає смішні звуки в грі (пирхання, свист)				
3	Реагує на голос, повертаючись до людини				
4	Дивиться на ті картинки в книзі, на які вказує йому дорослий				
5	Кладе предмети в контейнери, шматочки пазла на певне місце в рамці, слідуючи вказівному жесту на відстані витягнутої руки				
6	Дивиться на предмет, колийого показують і кажуть: «_____(ім'я), дивись!»				
7	Дивиться на партнера, коли його кличуть по імені				
8	Слідує жестовій інструкції (на відстані витягнутої руки), яка відноситься до предмета або місця в кімнаті				
9	Слідуючи жестовій інструкції, забирає іграшку, яка знаходиться віддалено				
10	Дивиться, тягнеться, усміхається та/або жестикулює у відповідь на мову/жести дорослого під час соціальних ігор				
11	Дивиться, тягнеться, усміхається та/або жестикулює у відповідь на мову/жести дорослого під час пісеньок				
12	Реагує, одразу припиняючи свої дії, після слів «Ні», «Стоп» і т.і.				
13	Віддає предмет, якщо дорослий простягає руку і просить його				

14	Змінює положення тіла, слідуючи однокроковим побутовим інструкціям, які супроводжуються жестом або вербальною підказкою (наприклад, «Сідай», «Іди сюди», «Поклади на місце»).				
15	Змінює положення тіла, слідуючи однокроковим побутовим інструкціям без жестових підказок				

	(наприклад, «Сідай», «Іди сюди», «Поклади на місце»).				
Експресивна комунікація					
1	Цілеспрямовано тягнеться до об'єкта, щоб попросити або отримати його				
2	Навмисно вокалізує				
3	«Просить» про допомогу, передаючи дорослому предмет				
4	Обмінюється вокалізаціями з комунікативним партнером				
5	Висловлює відмову, відштовхуючи запропонований предмет або повертаючи його.				
6	Вказує пальцем на предмет на відстані витягнутої руки, щоб попросити.				
7	Встановлює зоровий контакт з дорослим, щоб отримати бажаний об'єкт, коли дорослий блокує до нього доступ або утримує його				
8	Вибирає з двох предметів за допомогою вказівного жесту				
9	Свідомо просить за допомогою комбінації погляду та вокалізацій.				
10	Вказує на предмет, який знаходиться у віддаленні, щоб його попросити.				
11	Вибирає один з двох предметів у віддаленні, показуючи на нього				

12	Вокалізує з повторюваними послідовностями «Приголосний-голосний приголосний-голосний (не обов'язково схожими на слова).				
13	Вимовляє п'ять і більше приголосних в спонтаних вокалізаціях				
14	Комбінує в ланцюжках «Приголосний-голосний приголосний-голосний» різні поєднання приголосних і голосних звуків (різноманітний лепет).				
Соціальні навички					

1	Не протестує проти коротких сенсорносоціальних ігор та дозволяє себе торкатися.				
2	Використовує фізичні підказки, щоб почати або продовжити сенсорно-соціальну повторювану гру.				
3	На коротку мить встановлює з іншою людиною зоровий контакт.				
4	Бере участь в сенсорно-соціальних іграх протягом двох хвилин.				
5	Реагує на улюблені предмети/заняття поглядом, посмішкою, рухами або тягнеться до них.				

6	Дивиться і бере участь в паралельній грі з іграшками, якщо дорослий повторює його рухи.				
7	В його репертуарі є п'ять-десять сенсорносоціальних ігор.				
8	Реагує на привітання: дивиться, повертається і т.і.				
9	Реагує на привітання жестом та/або вокалізацією.				
10	Обмінюється посмішками з партнером під час узгодженої гри.				
Імітація					
1	Імітує вісім-десять однокрокових дій з предметами.				
2	Імітує десять моторних дій в процесі повторюваної пісеньки з рухами або гри, якщо бачить власні дії (дії, які дитина бачить, наприклад, хлопки руками)				
3	Імітує шість невидимих йому самому рухів (рухи головою аба міміка) під час ігор або співів.				
4	Імітує шість мімічних рухів				
Когнітивні навички					
1	Співставляє/сортує ідентичні предмети.				
2	Співставляє/сортує ідентичні зображення.				

3	Співставляє/сортує предмети із зображеннями.				

4	Співставляє/сортує предмети за кольором.				
Гра					
1	Адекватно та без підказки використовує п'ять різних предметів.				
2	Самостійно та правильно грає з десятьма іграшками, з якими потрібно виконати одну дію.				
3	Самостійно грає з іграшками, де з різними предметами потрібно виконувати повторювані дії (пірамідки, формочки).				
4	Правильним способом грає з більшою кількістю іграшок для малюків, де потрібно виконувати тільки одну дію: кидає м'яч, кладе кубики один на одний, катає машинки, вставляє в дірочки елементи мозаїки.				
5	Самостійно грає з іграшками, з якими потрібно виконувати дві різні моторні дії (наприклад, покласти, відкрити, прибрати, закрити).				
6	Самостійно грає з іграшками, з якими потрібно виконати декілька різних				

	моторних дій (наприклад, покласти, відкрити, прибрати, закрити).				
7	Правильно застосовує цілий ряд предметів.				
8	Доводить ігрові дії до кінця і прибирає іграшки на місце.				
Дрібна моторика					
1	Кладе одну-дві форми в сортер				
2	Надягає кільця на пірамідку				
3	Збирає дерев'яний пазл, який складається з трьох чи більше частин				
4	Вставляє кілочки в отвір на дошці				
5	Натискає кнопки на п'яти різних механічних іграшках (іграшках з ефектом)				
6	Розбирає на частини великі буси-вкладиші Будівлі з великого конструктора				

7	Виконує пінцетний захват і захват трьома пальцями для відповідних іграшок				
8	Будує башню з трьох та більше кубиків (використовує при будівництві три формочки,які вкладаються один в одного)				
9	Робить відмітки, каракулі,крапки				
	на папері фломастером чи крейдою				
10	Стукає іграшковим молотком по м'ячам, кілочкам				
11	Копає, водить граблями,пересипає пісок,воду,рис				
12	З'єднує між собою великі деталі конструктора LEGO				
Загальна моторика					
1	Штовхає ногою м’яч				
2	Піднімається та спускається по сходам з підтримкою, не чергуючи ноги				
3	Піднімається на однудві сходинки іграшкової гірки				
4	Залазить на надані предмети (наприклад, сідає в іграшкову машину,на коня качалку,дитячий чи дорослий стілець)і потім самостійно спускається				
5	Виставляє руки з метою захиститись, якщо втрачає рівновагу				
6	Обходить предмети на підлозі, не наступаючи на них				
7	Може кинути м'яч чи мішечок з крупою (набивний м'ячик) в будь-якому напрямку				
8	Кидає м'яч від себе партнеру і назад				
Поведінка					
1	Демонструє мінімальну кількість тяжких поведінкових порушень				
2	Сидить на стільці або обличчям до дорослого, займаючись приємною для себе діяльністю, протягом однієї-двох хвилин				

3	Із задоволенням грає з дорослим в прості ігри, сидячи на стільці або підлозі, протягом п'яти хвилин				
4	Може витримувати близький контакт з дорослим (з мінімальними вимогами зі сторони дорослого) протягом 20 хвилин				
5	Адекватно взаємодіє з членами родини, без агресії та інших видів небажаної взаємодії				
Навички самообслуговування: їжа					
1	Їсть за столом (обід, сніданок, вечерю, перекуси)				
2	Їсть самостійно				
3	Користується чашкою				
4	Користується ложкою				
5	Користується виделкою				
6	Їсть продукти різної текстури та вигляду				
7	Спокійно відноситься до незнайомої їжі на своїй тарілці				
8	П'є через соломинку				
Навички самообслуговування: одягання/роздягання					
9	Знімає всі предмети одягу за допомогою дорослого				
10	Надягає всі предмети одягу за допомогою дорослого				
Навички самообслуговуваня: догляд за собою					
11	Підставляє руки під воду з крана				
12	Витирає руки рушником				
13	Тре себе мочалкою і витирається рушником				
14	Спокійно витримує, коли його причісує, витирають ніс, чистять зуби				
15	Допомагає при використанні розчіски або гребня				
16	Поміщає зубну щітку в рот				
Навички самообслуговування: допомога по дому					
17	Кладе брудний одяг в спеціальний бак для білизни				
18	Викидає використані паперові серветки				

Д2

ESDM Curriculum Checklist Рівень 2

	навичка	спостереження	Інформація від батьків	Інформація від вчителя/інше	Загальна оцінка
	Рецептивна комунікація				
1	Слідує інструкції «Стоп» та «Почекай» без додаткових підказок або жестів.				
2	Виконує 8-10 однокрокових вербальних інструкцій, включаючи рухи тіла та дії з предметами.				
3	Може вказати жестом або показати декілька частин тіла на собі чи іншій людині, коли їх називають.				
4	В звичайній грі, під час побутових дій (прийому їжі, одяганні, тощо) реагує на вербальну інструкцію «показати/дати/вказати» з 8-10 тематичними предметами (напр., лялька, стілець, машинка, кубик, чашка, ведмедик).				
5	Показує та шукає поглядом, коли дорослий називає три картинки в книзі (включаючи чашку, машину, собаку, кішку, ляльку).				
6	Розуміє первинне відношення предметів в просторі (використання прийменників «на», «в»).				
7	Дивиться на людей чи їхні фотографії, коли їх називають, включаючи членів сім'ї, домашніх улюбленців, вчителів.				
8	Може знайти в кімнаті 8-10 предметів, слідуючи вербальній інструкції; при цьому предмети можуть не бути в безпосередній близькості до дитини, та їх доведеться пошукати.				
9	За вербальною інструкцією, з жестовою підказкою, виконує дві дії з одним предметом.				
10	Вказує на названі частини тіла на картинці.				

Експресивна комунікація

1	Використовує спеціальні або побутові жести з вокалізаціями щоб попросити, пояснити, що все зроблено, поділитися чимось, попросити про допомогу та протестувати проти чого-небудь.				
2	Вимовляє 6-10 окремих слів чи подібних до слів звуків в контексті знайомих побутових дій, сенсорно-соціальних повторюваних ігор та пісеньок.				
3	Спонтанно вимовляє багато слів, пов'язаних з повторюваною грою («Коти», «Вперед», «Стоп»).				
4	Функціонально використовує 20 чи більше подібних до слів іменників (предмети, тварини, люди) та слів, які відносяться до дій, або інших: «Все», «Вгору», тощо.				
5	Спонтанно називає предмети та картинки.				
6	Вокалізує з різною інтонацією, наприклад, під час співання пісеньок.				
7	Просить та відмовляється, використовуючи окремі слова та погляд.				
8	Називає дії в контексті (наприклад, під час рухів тілом та/або дій з предметами.				
9	Приблизно вимовляє імена трьох значущих людей, включаючи своє.				
10	Хитає головою та говорить: «Ні», щоб відмовитися.				
11	Киває головою і говорить: «Так», щоб підтвердити свою згоду.				
12	Запитує (приблизно): «Що це?», коли зустрічає щось незнайоме.				

Навички спільної уваги					
1	Реагує на слово «Дивись» та запропонований предмет: переводить погляд, повертається та дивиться на предмет.				
2	Реагує на слово «Дивись» та вказівний жест, повертаючись в напрямку предмета/людини, що знаходиться у віддалені.				
3	Дає та приймає предмет від іншої людини, демонструючи при цьому зоровий контакт.				
4	Реагує на «Покажи мені», простягаючи дорослому предмет.				
5	Спонтанно «показує» предмети.				

6	Спонтанно реагує на вказівний жест або погляд партнера (без вербальної підказки) та дивиться на предмет/людину.				
7	Спонтанно вказує на предмети, які зацікавили.				
8	Під час приємних для дитини дій з предметами, вонав обмінюється з дорослим поглядами та усмішками.				

Соціальні навички: дорослі або однолітки					
1	Ініціює та підтримує комунікацію поглядом в очі.				
2	Вербально або фізично просить почати знайомі соціальні ігри.				
3	Відповідає на виявлення симпатії від близьких людей: обійми, поцілунки.				
4	Використовує жести або слова, щоб привернути увагу дорослого.				
5	Відповідає на соціальні дії при привітанні та прощанні підходящими словами («Привіт», «Бувай/Пока/До побачення») та махає, повторюючи дії іншого.				
6	Просить про допомогу словами або жестами.				
7	Постійно супроводжує погляд в очі вокалізаціями та/або жестами для підтримки комунікації.				
8	«Танцює» з іншими під музику під час спільних занятть в колі.				
9	Бігає з іншими під час гри в догонялки.				
10	Привертає увагу комунікативного партнера, називаючи його по імені або називаючи гру, та починає соціальну гру або заняття.				

Соціальні навички з однолітками					
11	Віддає предмет однолітку на його прохання.				
12	Бере участь в знайомій спільній пісенці з рухами або пальчиковій грі в групі.				
13	Продовжує грати, якщо одноліток починає паралельну гру.				
14	Правильно реагує на привітання однолітків.				

15	Діє по черзі (за проханням партнера), граючи з однолітком в прості активні ігри з іграшками. Дає та приймає іграшки.				

16	Сидить в групі з однолітками та реагує на знайомі інструкції від дорослого.				
17	Коли інша дитина пропонує, бере з її рук предмет.				
18	За проханням передає предмети одноліткам за столом або в групі.				
19	Час від часу імітує дії однолітків під час ігрових занять.				
20	Грає в ігри з співставленням картинок («Меморі», лото тощо) одна або з іншою дитиною.				
Імітація					
1	Імітує різні голосні та приголосні звуки, вимовляючи подібні до слів звукокомплекси під час цільової комунікації.				
2	Імітує звуки тварин та інші звуки.				
3	Спонтанно, часто та впізнавано імітує окремі слова в ситуаціях взаємодії.				
4	Імітує підходящі рухи для п'яти пісеньок з рухами; імітує по меншій мірі десять різних рухів.				
5	Імітує/намагається імітувати нові дії під час пісеньок з рухами.				
6	Імітує дії з предметами, які складаються з кількох кроків (ігрові дії).				
7	Імітує дії під час уявної гри (понарошку), самостійно та з партнером, використовуючи іграшковий інвентар.				
8	Імітує два ланцюжки рухів під час музичних та простих ігор.				
9	Імітує фрази з двох слів				
Когнітивні навички					
1	Співставляє/сортує за формою.				
2	Співставляє/сортує за розміром.				

3	Співставляє/сортує візерунки та малюнки.				
4	Сортує за групами схожі між собою предмети				

5	Сортує знайомі побутові предмети за функціональними групами.				
6	Шукає/просить предмет, якого не вистачає.				
7	Співставляє/сортує за двома характеристиками.				
8	Співставляє за кількістю від одного до трьох.				
Гра: з іграшковими предметами, які повторюють справжні					
1	Правильно комбінує відповідні предмети в грі (чашку на блюдечко, ложку в тарілку).				
2	Імітує або самостійно вимовляє різні звуки в грі (вокалізує, коли тримає телефон, імітує сирену в машинці, звуки тварин тощо).				
3	Виконує окремі дії з лялькою або м'якою іграшкою з використанням реквізиту.				
4	Комбінує функціональні дії, які відносяться до теми гри (годує та напуває, вкладає спати та вкриває).				
5	Використовує метод проб і помилок, вирішуючи проблеми під час гри з іграшками-конструкторами; схеми гри мають бути гнучкими та не повторюватись.				

Гра: самостійна гра					
6	Правильно та різноманітно грає протягом 10 хвилин з епізодичною увагою зі сторони дорослого.				
7	Займає себе, використовуючи ігри та іграшки, які не вимагають кінцевого результату, по крайній мірі 10 хвилин, лише з епізодичною увагою зі сторони дорослого.				
8	Дістає необхідні матеріали, приносить за стіл, виконує завдання/ігрову дію, а потім прибирає їх на місце.				

Дрібна моторика					
1	Аккуратно кладе три та більше форм в сортер				
2	Будує башню з 8-10 будівельних блоків розміром 2,5 см.				
3	Може побудувати за зразком три та більше конструкцій з будівельних блоків.				

4	Зчеплює 5 та більше деталей конструктора типа Lego, намистин-вкладишів, конструкторів з палочок та шайб з отворами.				
5	Імітує п'ять та більше простих дій з м'яким пластиліном (Play Dough): розкочує, видавлює ямки, формує, стискає.				
6	Наклеює багато наліпок на лист.				
7	Відкриває та закриває різні ємності, в тому числі з кришками, які закручуються.				
8	Розстібає та застібає велику блискавку.				
9	Нанизує крупні предмети на нитку, мотузку або пластиковий шнур.				

10	Імітує каракулі, крапки та штрихи фломастером або крейдою.				
11	Надрізає папір ножицями.				
12	Закидає монетки та фішки в отвір скарбнички.				
13	Нанизує різноманітні намистини на мотузки, шнури, жгути.				
14	Збирає пазли з рамками, які складаються з 4-6 частин.				
Загальна моторика					
1	Імітує дії загальної моторики в різноманітних положеннях тіла, сидячи, стоячи, в русі.				
2	Стрибає на місці та через перепони.				
3	Використовує деякі знаряддя на дитячому майданчику (гірки, драбинки).				
4	Сидить на триколісному велосипеді та відштовхується ногами від землі або пробує крутити педалі				
5	Тягне візочок, штовхає тачку.				
6	Б'є м'ячем в ціль				
7	Копає лопаткою.				

Навички самообслуговування: їжа					
1	Користується серветкою після підказки.				
2	Самостійно накладає собі їжу зі спільної тарілки, використовуючи при цьому столовий прибор, який додається.				
3	За інструкцією передає іншим за столом той чи інший предмет або блюдо.				

4	В кінці трапези відносить посуд та прибори в мийку або на стійку.				
5	Під час їжі лишається за столом, якщо сидить не один і не довго.				
6	Їсть та правильно себе поводить в ресторанах швидкого харчування.				
7	Буде торкатися і пробувати нову їжу, якщо її запропонувати кілька разів.				
8	В його раціоні є всі групи продуктів.				
9	П'є самостійно.				
Навички самообслуговування: одягання/роздягання					
10	Знімає весь одяг самостійно (не враховуючи допомоги з застібками) та кладе в кошик.				
11	Може самостійно не до кінця надягнути всі предмети одягу (допускається допомога із застібками).				
12	Знімає куртку та шапку (без застібок) та вішає на гачок.				
Навички самообслуговуваня: гігієна					
13	За інструкцією витирає обличчя вологою серветкою.				
14	Витирає ніс, слідуючи інструкції.				
15	Самостійно діє на всіх етапах миття рук.				
16	Не противиться під час стрижки та миття голови.				
17	Адекватно грає з п'ятьма іграшками для ванної.				
18	В кінці купання за проханням прибирає іграшки на місце.				
19	Допомагає батькам наносити йому на тіло крем/лосьон.				
20	Чистить зуби.				
21	Самостійно засинає після ритуалу відходу до сну.				
22	Демонструє розуміння дій, які входять в підготовку до сну.				
Навички самообслуговування: допомога по дому					
23	Сортує столові прибори з посудомийної машини на їхні місця в висувному ящику.				
24	Виймає білизну з сушилки та складає в кошик.				
25	Підбирає однакові шкарпетки.				
26	Наливає воду та накладає корм в миску домашньому улюбленцю.				

ДЗ

ESDM Curriculum Checklist Рівень 3

	навичка	спостереження	Інформація від батьків	Інформація від вчителя/інше	Загальна оцінка
	Рецептивна комунікація				
1	Звертає увагу та проявляє інтерес, коли дорослий читає знайому книжку, використовуючи прості речення.				
2	Слідує новим інструкціям в одну дію зі знайомими предметами або діями.				
3	Розрізняє багато побутових предметів та їх зображень: предмети одягу, столовий посуд, предмети гігієни, іграшки, їжа.				
4	Правильно відповідає на питання про уподобання, використовуючи слова «так»/ «ні».				
5	Розрізняє п'ять і більше дій на окремих картинках та ілюстраціях книг.				
6	Слідує двом і більше інструкціям в повсякденних ситуаціях (відхід до сну: «Візьми книжку та лягай»; чистка зубів: «Візьми пасту та щітку»).				
7	Розуміє положення предметів по відношенню один до одного («під», «поряд»).				
8	Розрізняє прості розміри – великий, маленький.				
9	Розрізняє 4 і більше кольори за інструкцією.				
10	Розрізняє 20 предметів за їхнім звучанням (звуки тварин, телефону, машини). Наприклад, «Яка тварина говорить «Мяв»?				
11	Розуміє функції побутових предметів (їхати, різати, їсти, спати, надягати на ноги, пити тощо).				
12	Розуміє займенники «моє», «твоє».				
13	Розрізняє 10 дієслів, показуючи/вибираючи потрібну картинку або зображаючи цю дію.				
14	Виконує дві та більше непов'язані між собою інструкції в новому для нього контексті.				

Експресивна комунікація					
1	Вимовляє фрази з двох-трьох слів з різними комунікативними цілями (прохання, привітання, привертання уваги, протест).				
2	Вимовляє фрази з двох і більше слів, щоб прокоментувати щось, звертаючись до іншої людини.				
3	Називає дії на окремих картинках та на ілюстраціях в книгах.				
4	Коментує місцеположення предметів та просить покласти щось в певне місце («зверху», «знизу», «в», «на»).				
5	Коментує і просить, використовуючи займенники («моє», «твоє»).				
6	Показує жестом або вокалізує: «Я не знаю» у відповідній ситуації.				
7	Постійно кличе інших людей за іменем, щоб привернути їхню увагу				
8	Передає просте повідомлення іншій людині («Йди скажи мамі: «привіт»).				
9	Говорить «Привіт» і «Пока» як ініціюючи привітання/прощання, так і у відповідь.				
10	Використовує займенники, говорячи про себе та інших (займенники «я», «ти», «моє», «твоє»).				
11	Використовує прості слова і жести, описуючи особистий досвід.				
12	Називає один-два кольори.				
13	Правильно відповідає на питання типу «Що?»				
14	Правильно відповідає на питання типу «Де?»				
15	Правильно відповідає на питання типу «Хто?»				
16	Задає прості питання з однозначною відповіддю «Так»/«Ні», використовуючи висхідну інтонацію (це можуть бути односкладові висловлювання з висхідною інтонацією).				
17	Задає питання «Що?» і «Де?».				
18	Відповідає на прості запитання з інформацією про себе: вік, ім'я, колір сорочки, тощо.				

Соціальні навички: дорослі або однолітки

1	Грає в прості ігри, в яких задіяна загальна моторика (кидає м'яч, водить хоровод, грає в хованки).				
2	Дивиться і показує предмети за проханням партнерів.				
3	Імітує і грає в нові музичні/пальчикові ігри в групі.				
4	Правильно реагує на прості прохання та інструкції однолітків.				
5	Ініціює взаємодію та імітує дії однолітків.				
6	Грає в знайому рольову повторювану гру паралельно з однолітком.				
7	Грає в прості настільні ігри, дотримуючись черговості.				
8	Використовує ввічливі слова («Будь ласка», «Дякую», «Вибачте»).				
9	Імітує різноманітні нові дії загальної моторики, стоячи на місці або знаходячись в русі, наприклад, в грі «Повтори за мною» або повторюючи ходу тварин.				
10	Бере участь в іграх та заняттях, в тому числі з вербальним сценарієм.				
11	Часто привертає увагу оточуючих до предметів за допомогою жестів або слів, щоб прокоментувати, показати, поділитися або попросити.				
12	Реагує на чужі спроби встановити спільну увагу за допомогою погляду та коментарів.				
13	Рецептивно розрізняє емоції (сумний, веселий, злий, наляканий) на фотографіях, малюнках, живих прикладах.				
14	Називає емоції на фотографіях, живих прикладах та/або малюнках.				
15	Сам зображає різні емоції (сумний, веселий, злий, наляканий).				

16	Сидить в групі з однолітками та реагує на знайомі інструкції від дорослого.				
17	Коли інша дитина пропонує, бере з її рук предмет.				
18	За проханням передає предмети одноліткам за столом або в групі.				
19	Час від часу імітує дії однолітків під час ігрових занять.				

20	Грає в ігри з співставленням картинок («Меморі», лото тощо) одна або з іншою дитиною.				
Когнітивні навички					
1	Співставляє букви свого імені.				
2	Співставляє букви.				

3	Співставляє слова.				
4	Співставляє числа.				
5	Розрізняє та називає деякі букви, числа, форми та кольори.				
6	Грає в ігри, де потрібно запам'ятати сховані предмети або де вони були сховані.				
7	Розподіляє предмети/зображення за вісьмома категоріями.				
8	Розуміє співвіднесення числа з кількістю до цифри 5.				
9	Може правильно порахувати до 5 предметів.				
10	Розкладає три і більше послідовностей зображень по порядку та коментує їх фразами, використовуючи слова «спочатку» та «потім».				
Гра					
1	Грає в ігри-конструктори, які включають в себе складні послідовності дій з необхідністю координувати одразу декілька предметів (залізниця та потяг, кубики вибудовуються в будинок, з намистинок виходить намисто).				
2	Робить під час гри три і більше пов'язаних між собою дії.				
3	За інструкцією, робить дві та більше пов'язаних між собою дії з лялькою або іграшкою.				
4	Саджає іграшкові фігурки на іграшкові меблі і в транспорт в підходящих за змістом ситуаціях.				
5	Спонтанно робить дії з ляльками або іграшковими тваринами.				
6	Готує реквізит відповідно до теми гри.				

Дрібна моторика

1	Складає пазли з 5-6 частин (мається на увазі пазли, де одна деталь з'єднується з іншою).				
2	Малює круг, хрест, квадрат, діагональну лінію, імітуючи дії партнера або копіюючи вже намальовану фігуру.				
3	Будує за зразком різні конструкції з використанням різноманітного будівельного матеріалу (кубики, Лего, цеглинки тощо).				
4	Робить шнурівку, «шиє» голкою або схожими матеріалами.				
5	Обводить прямі та вигнуті лінії пальцем або письмовими приналежностями.				
6	Використовує різні інструменти (виделку, щипці), щоб підіймати предмети і складати їх на місце.				
7	Обводить на папері геометричні фігури різної форми.				
8	Правильно тримає ножиці і використовує другу руку, щоб утримувати і розвертати папір.				
9	Ріже по лінії – прямій та вигнутій.				
10	Може виконати прості двокомпонентні дії під час занять творчістю (вирізати та приклеїти, поставити відбиток штампом, скласти папір і вирізати по лінії).				
11	Використовує декілька схем для гри з м'яким пластиліном (Play Dough), використовує різні інструменти.				

Загальна моторика					
1	Добре катається на триколісному велосипеді (крутить педалі, рулить, слідує маршрутом).				
2	Б'є ногою, розмахнувшись та утримуючи баланс.				
3	Користується усіма знаряддями на дитячому майданчику з допомогою дорослого.				
4	Грає в догонялки з дорослими та однолітками, бігає плавно, змінюючи напрямок, добре утримує рівновагу.				
5	Імітує рухи загальної моторики в пісеньках з рухами і під музику.				
6	Кидає предмет в ціль знизу, рука під предметом.				
7	Стрибає вперед, дві ноги разом.				

8	Стрибає на одній нозі.				

Навички самообслуговування					
1	Акуратно використовує ложку, виделку і чашку, не проливає і не просипає їжу.				
2	Добре себе поводить в тих ресторанах і кафе, де потрібно сидіти за столом.				
3	Використовує піктограми або інші системи візуальної комунікації (наприклад, PECS), з метою вибору, розуміння свого розкладу і т. Д. Робить це самостійно в школі і вдома.				
4	Відносить свої речі в машину, в школу, додому і приносить їх назад.				
5	Самостійно відкриває і закриває рюкзак, складає та виймає звідти предмети за інструкцією.				
6	Може самостійно вдягнутися і роздягнутися (справляється з застібками та блискавками).				
Навички самообслуговуваня: гігієна					
7	Виконує самостійно всі етапи, які складають відвідування туалету, коли ог отуди відведуть або попросять сходити.				
8	Справляється з одягом при відвідуванні туалету (окрім блискавок).				
9	Виконує самостійно всі етапи, які складають миття рук.				
10	Витирає обличчя вологою серветкою, якщо її дають.				
11	Розчісує волосся гребінцем або щіткою.				
12	Прикриває рот, коли чхає або кашляє.				
13	Активно бере участь в купанні та витирається після ванної.				
14	Чистить зуби зубною щіткою, робить нею, по крайній мірі, кілька рухів.				
Навички самообслуговування: допомога по дому					
15	Годує/напуває домашнього улюбленця.				
16	Допомагає прибирати зі столу.				
17	Розвантажує посудомийну машину.				
18	Розкладає чистий одяг по ящиках.				
19	За проханням прибирає свої речі.				

Д4

ESDM Curriculum Checklist Рівень 4

	навичка	спостереження	Інформація від батьків	Інформація від вчителя/інше	Загальна оцінка
	Рецептивна комунікація				
1	Розуміє різні описи фізичного стану предметів (прикметники та прислівники).				
2	Знаходить 10-15 предметів за двома-трьома характеристиками одночасно (розмір, кількість, колір, назва).				
3	Розуміє особисті займенники.				
4	Розуміє порівняльною мірою прийменники та прислівники (крупніше, коротше, менше, більше/менше, декілька, багато і таке інше).				
5	Розуміє описи положення предметів в просторі за допомогою прийменників «поза», «позаду від», «перед».				
6	Розуміє поняття «ні» плюс іменник. «Ні + іменник» (в коробці не м'ячики; хлопчик не сидить).				
7	Розуміє присвійні займенники та поняття «частина/ціле».				
8	Уважно слухає короткі історії та показує розуміння частини історії, відповідаючи на прості питання типу «Що?», «Хто?», «Де?», «Коли?».				
9	Відповідає на запитання «Так/Ні» для визначення чого-небудь.				
10	Відповідає на питання про фізичний стан людини.				
11	Відповідає на питання, які стосуються особистих даних.				
12	Розуміє, що значить «різний» та «однаковий».				
13	Розуміє кількісні поняття.				
14	Знає певні якості предметів				
15	Відповідає на питання про приналежність предметів або зображень до тої чи іншої категорії.				
16	Знає, що таке минулий і майбутній час.				

17	Розуміє речення з дієсловами у формі пасивного (страдного) стану.				
18	Розуміє часові послідовності дій (перший/останній, спочатку/потім, одночасно).				
19	Слідує не пов'язаним між собою інструкціям, які складаються з трьох речень.				

Експресивна комунікація					
1	Відповідає на складні питання типу «Чому?» та «Як?».				
2	Описує функції предмета у відповідь на питання (наприклад, «Що ти робиш з ложкою?»).				
3	Постійно використовує в мовленні фрази з трьох-чотирьох слів.				
4	Використовує іменники в різних формах та поєднаннях.				
5	Використовує фрази з прийменниками «під», «поза», «поряд», «ззаду», «перед» і так далі.				
6	Використовує безліч фраз з дієсловами (наприклад, «Він плаче», «Вона любить його», «Він впав», «Він був радий», «Він радіє/може/має/буде»).				
7	Точно вимовляє принаймні 80% приголосних звуків і складових поєднань в зв'язному мовленні.				
8	Описує свій нещодавній досвід за допомогою речень з трьох-чотирьох слів.				
9	Запитує дозволу продовжити гру або заняття.				
10	Використовує в мовленні множинні форми слів.				
11	Використовує присвійні займенники та прикметники (наприклад, його/її/мамин капелюх).				
12	Постійно використовує минулий час.				
13	Використовує артиклі a, an, the (застосовно до англійської мови).				
14	Використовує вищий і найвищий ступені прикметників.				
15	Використовує допоміжні слова при запереченні.				

16	Використовує дієслова в формі теперішнього продовженого часу (тільки в англійській мові).				
17	Описує свій фізичний стан за допомогою слів.				
18	Відповідає на питання про фізичний стан: «Що ти робиш, коли...?»				
19	Використовує назви і категорії для знайомих предметів.				
20	Описує якості предметів.				
21	Використовує зворотні займенники.				
22	Може відповісти на телефонний дзвінок, в тому числі, покликати до телефона потрібну людину.				
23	Бере участь в розмові, яка ініційована дорослим, під час якої відбуваються 2-3 обміни репліками з різними цілями (почергове коментування, запит інформації, отримання інформації).				
24	Ініціює та підтримує бесіду з дорослим на обрану самостійну тему.				
25	Описує яку-небудь подію, використовуючи послідовність двох-трьох дій (наприклад, поїздку до бабусі).				
26	Говорить: «Я не знаю», поєднуючи фразу з жестом.				
27	Просить поточнити, якщо не розуміє зміст сказаного.				
28	Підтримує розмову на різні теми.				
29	Виправляє себе або намагається говорити чіткіше, якщо партнер його не розуміє.				
30	Відповідає на питання про себе та інших.				

Соціальні навички					
1	Пропонує одноліткам погарати.				
2	Використовує ввічливі фрази «Вибачте», «Будьте ласкаві».				
3	Знаходячись в групі, шукає втіхи в інших в складній ситуації.				
4	Активно висловлює свої почуття.				
5	Самостійно міняється ролями в неформальній грі.				

6	Описує однолітку подію або пережитий досвід.				
7	Визначає, що викликає в нього почуття радості, суму, злості та інші.				
8	Визначає емоції інших людей, виходячи з аналізу ситуації.				
9	Починають формуватися навички самоконтролю, коли засмучений, злий або наляканий.				

Когнітивні навички					
1	Рахує підряд до 20.				
2	Відраховує потрібну кількість предметів до 10.				

3	Може дати партнеру «один», «декілька», «багато», «небагато», «все», «більше» та «більшу частину» предметів.				
4	Дає потрібну кількість предметів (до 10).				
5	Знає кількісні поняття, (один, декілька, всі).				
6	Знає терміни, які називають положення предметів в просторі.				
7	Співставляє та розуміє написані назви 5-10 предметів з 3-4 букв.				
8	Може читати деякі слова.				
9	Може визначити своє написане ім'я в наборі з п'яти імен.				
10	«Читає» знаки та символи.				
11	Розрізняє і називає числа та букви.				
12	Називає протилежності та аналогії.				
Гра					
1	В грі діє від імені фігурок.				
2	В грі використовує заміщаючі нейтральні предмети (наприклад, кубики) замість відповідного реквізиту.				
3	Називає дії і реквізит в сюжетній уявній грі («понарошку»).				
4	Спонтанно вибудовує ланцюжки з трьох і більше дій відповідно до теми гри.				

5	Керує діями партнера в грі.				
6	Розігрує декілька подій із життя (день народження, похід в Макдональдс, до лікаря), використовуючи вербальні сценарії.				
7	Розігрує декілька сюжетів з книг в грі.				
8	Може зіграти чужу роль (наприклад, мами).				
9	Слідує за іншою людиною в грі.				

Дрібна моторика					
1	Охайно розмальовує картинку різними кольорами.				
2	Копіює основні геометричні фігури і букви, правильно тримаючи олівець.				
3	По пам'яті малює лінії, геометричні фігури та деякі букви і цифри.				
4	Копіює і самостійно малює деякі букви, числа та форми.				
5	Самостійно пише своє ім'я.				
6	Обводить геометричні фігури та букви.				
7	Розмальовує обведені геометричні фігури.				
8	З'єднує крапки пишучим інструментом.				
9	Малює лінії між пов'язаними за змістом зображеннями, словами або фігурами.				
10	Копіює безліч простих малюнків реальних предметів (обличчя, дерево, будиночок, квітка).				
11	Складає лист паперу навпіл і кладе його в конверт.				
12	Ріже по прямій лінії, вирізає хвилясті лінії та кути.				
13	Вирізає прості фігури.				
14	Самостійно завершує творчий проєкт з трьох кроків (вирізав, розмалював, приклеїв).				
15	Використовує пензлики, штампи, фломастери, олівці, гумки в процесі малювання.				

16	Використовує захват трьома пальцями, коли тримає інструмент для малювання.				
17	Конструює з різних матеріалів, придумуючи об'єкти, та копіює прості моделі з зображень або 3D-зразків.				
18	Збирає об'ємні пазли напольні пазли, пазли в рамці.				
19	Використовує скотч, клейку стрічку, скріпки, затискачі.				

Загальна моторика					
1	Перекидується м'ячем з однолітком.				
2	Кидає тенісний м'ячик або м'яч для бейсболу партнеру, використовуючи кидок рукою із захватом м'яча зверху.				
3	Правильно використовує все обладнання на дитячому майданчику, в тому числі гойдалки та каруселі.				
4	Може вдарити ногою по м'ячу, який котиться.				
5	Грає в різні ігри з м'ячем: кидає м'яч в кошик, б'є по м'ячу на підставці на рівні поясу бітою, підбиває, забиває м'яч в лузу, граючи в гольф, кидає в ціль набивний м'яч.				
6	Впевнено їде на велосипеді з додатковими колесами, контролює швидкість, маневрує та гальмує.				
7	Бігає з підстрибом та стрибає.				
8	Проходить, не падаючи, по гімнастичному брусу, довгій лавці, бордюру.				
9	Грає в звичайні моторні ігри («червоне світло/зелене світло», «заморозка», тощо.				

Навички самообслуговування					
1	Самостійно та незалежно виконує всі необхідні дії в туалеті на рівні з однолітками.				
2	При необхідності сам йде до туалету.				
3	Самостійно миє руки, як і однолітки.				
4	Самостійно витирає обличчя рушником або вологою серветкою.				
5	Самостійно причісується гребнем або розчіскою.				
6	Активно бере участь в процесі купання, витирається рушником після ванни.				

7	Самостійно виконує всі етапи чищення зубів. Дорослий може допомогти почистити зуби якісніше.				
8	Застібає одяг – гудзики, кнопки, блискавки.				
9	Після підказки може висякатися, використовуючи носову хустку та серветки. Прикриває рота, коли чхає та кашляє.				
10	Коли переходить вулицю із супроводом дорослого, то зупиняється, дивиться почергово в обидві сторони дороги.				
11	Самостійно йде поруч з дорослим (на парковці, магазинах і т.д.).				
12	Допомагає накривати на стіл.				
13	Використовує ніж при намащуванні.				
14	Витирає, якщо щось пролив.				
15	Наливає собі напій з невеликої тари.				
16	Прибирає тарілки в раковину або ставить на стійку, або складає в посудомийну машину.				
17	Виконує дві послідовні дії при приготуванні страви.				
18	Допомагає готувати – помішує, наливає тощо.				

Д5

Приклад віково-нормативного рівня розвитку компонента

Хронологічний вік дитини	**Найвищий досягнутий рівень**	**Інтерпретація**
3 роки	Рівень 1	Низький рівень розвитку
3 роки	Рівень 2	Нижче вікової норми
3 роки	Рівень 3	Відносна вікова відповідність
3 роки	Частково Рівень 4	Вище очікуваного

Д6

Перелік навичок когнітивно-пізнавального компонента

Сфера	Навичка	Методика
Когнітивні навички	Співставлення предметів за формою	ESDM Curriculum Checklist
	Співставлення предметів за кольором	ESDM Curriculum Checklist
	Співставлення предметів за розміром	ESDM Curriculum Checklist
	Сортування предметів за однією ознакою	ESDM Curriculum Checklist
	Сортування предметів за двома ознаками	ESDM Curriculum Checklist
	Розуміння простих причинно-наслідкових зв’язків	VB-MAPP (Milestones)
	Використання предметів для досягнення результату	VB-MAPP (Milestones)
Предметно-маніпулятивна та ігрова діяльність	Функціональне використання предметів	ESDM Curriculum Checklist
	Варіативні маніпуляції з одним предметом	ESDM Curriculum Checklist
	Послідовні дії з кількома предметами	ESDM Curriculum Checklist
	Розширення способів використання іграшок	VB-MAPP (Play)
	Самостійна предметна гра без підказок	VB-MAPP (Play)
Уявна та комбінована гра	Використання предмета-замінника	ESDM Curriculum Checklist
	Комбінування кількох ігрових дій	ESDM Curriculum Checklist
	Розгортання простого ігрового сюжету	VB-MAPP (Play)
	Перенесення ігрових дій на нові предмети	VB-MAPP (Play)
	Самостійна уявна гра	VB-MAPP (Play)

Д7

Структура соціально-комунікативного компонента та перелік навичок за методиками.

Група навичок	Зміст навичок	Методика
Соціальна орієнтація та спільна увага	Орієнтація на дорослого, зоровий контакт, чергування погляду, реагування на соціальні підказки	ESDM Curriculum Checklist
	Реагування на ім'я, спільна увага до предмета/події	VB-MAPP (Milestones)
Комунікативні ініціації та відповіді	Ініціювання контакту, запити, коментарі, відмови (невербальні та вербальні)	ESDM Curriculum Checklist
	Манд-реакції, функціональні комунікативні спроби	VB-MAPP (Milestones)
Соціальна взаємодія та взаємний обмін	Участь у соціальних циклах, чергування, підтримка взаємодії	ESDM Curriculum Checklist
	Соціальні реакції у відповідь на ініціативу іншого	VB-MAPP (Social Skills)
Соціально-ігрові навички	Спільна гра з предметами, участь у простій сюжетній грі.	ESDM Curriculum Checklist
	Соціальне використання гри.	VB-MAPP (Play)
Емоційно-комунікативні прояви	Соціальна усмішка, емоційна відповідність, афективна залученість	ESDM Curriculum Checklist
	Емоційні реакції у взаємодії	Натуралістичне спостереження

Д8

Структура поведінково-регуляторного компонента та зміст навичок за психодіагностичними методиками.

Складова компонента	Зміст навичок	Методика
Сенсорна регуляція та модуляція	Реакції на сенсорні стимули, сенсорний пошук / уникання, толерантність до сенсорного навантаження	Sensory Profile (W. Dunn)
	Сенсорні реакції, що впливають на поведінку та залученість	Натуралістичне спостереження
Емоційна регуляція та стабільність	Толерантність до очікування, реакції на обмеження, здатність до заспокоєння	ESDM Curriculum Checklist
	Емоційні спалахи, афективна нестабільність	VB-MAPP (Barriers)
Поведінкова гнучкість та адаптація	Реакції на зміни, переходи між активностями, зниження ригідності	ESDM Curriculum Checklist
	Труднощі адаптації, ригідність, стереотипність	VB-MAPP (Barriers)
Регуляція поведінки у соціальному контексті	Виконання інструкцій, очікування черги, дотримання правил	ESDM Curriculum Checklist
	Поведінка у групі, прийняття соціальних вимог	VB-MAPP (Group Behavior)
Витривалість до вимог та навчального навантаження	Тривалість залучення у діяльність, збереження регуляції	ESDM Curriculum Checklist
	Уникання вимог, швидка виснажуваність	VB-MAPP (Barriers)
Адаптивна поведінка та навички самообслуговування	Прийом їжі, гігієна, одягання, участь у побутових рутинах	ESDM Curriculum Checklist
	Поведінкові бар’єри у побутових ситуаціях	VB-MAPP (Barriers)
	Реакції на побутові та сенсорні вимоги	Sensory Profile

Д9

Структура програми формування основних компонентів розвитку дітей з розладами аутистичного спектра на основі Денверської моделі раннього втручання.

Компонент розвитку	**Види діяльності та методи формувального впливу**	**Контексти реалізації**
Когнітивно-пізнавальний компонент	Сенсорно-дидактичні ігри; ігри на сортування, порівняння та класифікацію; конструктивна діяльність (пазли, вкладки, конструктори); вправи на встановлення послідовностей і причинно-наслідкових зв'язків; спільне розглядання книжок, картинок, предметів з коментуванням дій; ігрові пізнавальні завдання з опорою на інтереси дитини	Індивідуальні заняття; групові заняття; вільна та організована гра; навчальні та побутові рутини закладу дошкільної освіти
Соціально-комунікативний компонент	Сенсорно-соціальні ігри; ігри на чергування дій; спільна ігрова діяльність з дорослим; вправи на розвиток спільної уваги та ініціації взаємодії; ігри з елементами соціального наслідування; прості сюжетно-рольові та комунікативні ігрові ситуації	Індивідуальні заняття; групові заняття; ігри з однолітками; повсякденні соціальні взаємодії та рутинні ситуації
Поведінково-регуляторний компонент	Структурована ігрова діяльність; використання ієрархії підказок (фізичної, часткової, вербальної, мінімальної); вправи на формування дотримання правил і завершення діяльності; розвиток самостійності; формування навичок саморегуляції у природному контексті; поступове зменшення зовнішнього контролю	Індивідуальні заняття; групові заняття; побутові рутини (прийом їжі, гігієна, одягання); освітнє середовище інклюзивного закладу

Д10

Рекомендації щодо формулювання навчальних цілей для реалізації Денверської моделі раннього втручання

Етап формулювання цілі	Зміст та методичні рекомендації
Визначення навички, якій навчають	- До переліку цілей включаються навички, що перебувають на етапі часткового формування («так/ні»). - Пріоритет надається тим розділам оцінювання, у яких дитина демонструє найбільшу кількість успішно виконаних завдань. - Після вибору кількох частково сформованих навичок доцільно звернути увагу на перші навички, позначені як «не сформовані», та оцінити темп навчання дитини. - У разі сумнівів щодо складності цілі рекомендується не завищувати вимоги.
Визначення антецеденту (дискримінативного стимулу)	- Обираються максимально природні сигнали, що запускають цільову поведінку в повсякденному житті (поведінка іншої людини, зовнішні або внутрішні сигнали, попередні дії). - За можливості описується більше ніж один антицедент. - Події середовища слід використовувати як антецеденти з обережністю, чітко відмежовуючи їх від загального контексту або обстановки.
Опис цільової поведінки (навички)	- Навичка має бути конкретною, спостережуваною та вимірюваною. - Поведінка описується через дії дитини (показує, дає, називає, сортує, імітує, реагує тощо). - Одна навчальна ціль може включати кілька форм поведінки, зокрема у випадку ланцюжкових або комплексних навичок.
Визначення критерію досягнення навички	- Критерій може включати один або кілька з наведених показників: а) кількість правильних реакцій; б) точність виконання; в) плавність (біглість) дій; г) латентність реакції (час від подання стимулу до початку дії); ґ) перша реакція на антицедент; д) рівень самостійності (ступінь необхідної підтримки); е) тривалість виконання діяльності. - Критерії добираються з урахуванням віку дитини та її типових можливостей.
Визначення критерію генералізації навички	- Навичка вважається узагальненою, якщо вона проявляється: а) у різних умовах; б) та/або з різними матеріалами або предметами; в) та/або у взаємодії з різними людьми. - Рекомендується включати щонайменше два контексти, два матеріали або двох партнерів взаємодії.

Д11

Ієрархія підказок ESDM

Рівень підказки	Вид підказки	Характеристика підказки	Приклади використання	Основна мета
1	Підказка-пауза (expectant pause)	Навмисне очікування відповіді дитини після подання антицеденту без додаткових сигналів	Дорослий дивиться очікувально, робить паузу перед продовженням гри	Стимуляція ініціативи, спонтанної комунікації та самостійної реакції
2	Непряма невербальна підказка	Використання міміки, погляду, пози тіла або жесту без прямої інструкції	Очікувальний вираз обличчя, підняті брови, знизування плечима	Орієнтація дитини на соціальні сигнали партнера
3	Непряма вербальна підказка	Загальні або відкриті вербальні сигнали без уточнення дії	«І що далі?», «Як ми це зробимо?»	Підтримка мовленнєвої активності та мислення
4	Жестова підказка	Вказівні або демонстраційні жести, спрямовані на об’єкт або дію	Вказування на предмет, жест «дай», показ руху	Формування зв’язку між дією та сигналом
5	Вербальна підказка	Коротка, чітка словесна інструкція	«Дай м’яч», «Поклади сюди»	Актуалізація цільової поведінки
6	Моделювання (direct model)	Демонстрація правильної дії дорослим із пропозицією повторити	Дорослий показує, як будувати вежу або жест	Навчання через наслідування
7	Часткова фізична підказка	Легке фізичне спрямування окремих компонентів руху	Підтримка зап’ястя, ліктя, плеча	Перехід до самостійного виконання
8	Повна фізична підказка	Повне фізичне супроводження дії («рука в руці»)	Повне ведення руки або тіла дитини під час дії	Формування нового навику на початковому етапі

Д12

Приклад Програма за ESDM та щоденний лист збору даних
Ілля Т

Рівень 1

Рецептивна комунікація

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.04 Під час перегляду книжок, коли дорослий показує на картинку в книзі, Ілля слідкує поглядом або жестом за жестом дорослого, який вказує на картинку в 8 з 10 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.05 Під час взаємодії, коли дорослий вказівним пальцем показує Іллі куди класти предмет на відстані витягнутої руки, Ілля у відповідь на інструкцію, шукає поглядом і кладе предмет у вказане місце в 8 з 10 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.07 Під час взаємодії, коли дорослий кличе Іллю за іменем, він повертається в сторону того, хто його кличе і дивиться на нього в 8 з 10 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												

Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.08
Під час взаємодії, коли дорослий показує на предмет, Ілля повертає голову в сторону предмета/назначеного місця, коли воно знаходиться поряд в 8 з 10 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.09
Під час взаємодії, коли дорослий показує на предмет у віддаленні, Ілля слідує до вказаного місця та забирає предмет, що знаходиться на відстані в 8 з 10 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.12
Під час взаємодії, коли дорослий каже: «Не можна! Стоп!», Ілля відразу припиняє свої дії у 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.13 Під час взаємодії, коли дорослий простягає руку і просить предмет, Ілля кладе чи намагається вкласти предмет у руку в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з двома і більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Рецептивна комунікація» 1.15 Під час взаємодії, коли дорослий дає однокрокову побутову інструкцію, Ілля виконує інструкцію без фізичної чи жестової підказки, 5 і більше інструкцій у 4/5 випадках, 3 сесії поспіль із двома і більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує 1 інструкцію з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує 3 інструкції з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує 4 інструкції з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує 5 і більше інструкцій без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Експресивна комунікація

Розділ «Експресивна комунікація» 1.04 Під час взаємодії, коли дорослий грається з Іллєю, він обмінюється вокалізаціями з дорослим, супроводжуючи їх поглядом у очі, в двох послідовних ігрових епізодах у 8/10 випадках, 3 сесії поспіль із двома і більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Експресивна комунікація» 1.06
Під час взаємодії, коли дорослий показує предмет на відстані витягнутої руки, Ілля показує або торкається вказівним пальцем до бажаного предмета, щоб попросити його в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2 і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Експресивна комунікація» 1.07
Під час взаємодії, коли дорослий показує Іллі предмет, він для висловлення прохання повертається до дорослого і встановлює зоровий контакт з ним на 1-2 секунди, в той же час тягнеться до бажаного об’єкту або намагається його схопити в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2 і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Експресивна комунікація» 1.08
Під час взаємодії, коли дорослий дає два предмети на вибір на відстані витягнутої руки, Ілля показує вказівним пальцем на бажаний предмет, щоб попросити його в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2 і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Експресивна комунікація» 1.09
Під час взаємодії, коли дорослий показує предмет, Ілля повертається до дорослого, дивиться йому у вічі і вокалізує, щоб попросити предмет у 8/10 випадках, 3 сесії поспіль із двома і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Експресивна комунікація» 1.10
Під час взаємодії, коли дорослий тримає в руці предмет, перебуваючи на відстані, показує і називає його, Ілля вказує пальцем на бажаний предмет, в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Експресивна комунікація» 1.11
Під час взаємодії, коли дорослий тримає в кожній руці по 1 предмету, перебуваючи на відстані, показує і називає їх, Ілля вказує пальцем на бажаний предмет, в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2-ма і більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Соціальні навички

Розділ «Соціальні навички» 1.08
Під час взаємодії, коли дорослий вітається з Іллєю, він реагує на це, повертаючись до дорослого, махає рукою або каже «Привіт», дивлячись у вічі дорослому 2-3 секунди в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2 -ма і більше дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Соціальні навички» 1.09
Під час взаємодії, коли дорослий прощається з Іллєю, він реагує на це, повертаючись до дорослого, махає рукою або каже «Бувай», дивлячись у вічі дорослому 2-3 секунди в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2 -ма і більше дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Соціальні навички» 1.10
Під час взаємодії, коли дорослий грається з Іллєю, він під час гри з дорослим посміхається йому у відповідь і встановлює зоровий контакт на 2-3 секунди, в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з 2 -ма і більше дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Імітація

Розділ «Імітація» 1.01
Під час взаємодії, коли дорослий показує Іллі різні однокрокові дії з предметами, він повторює за дорослим ці дії не пізніше, ніж через 5 секунд після демонстрації, щонайменше 8 різних у 4/5 випадках 3 сесії поспіль із двома і більше дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує 2 дії з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує 4 дії з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує 6 дій з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує 8 дій без підказок в 8/10 випадках												
Виконує 10 дій без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Імітація» 1.02
Під час гри або пісеньки, коли дорослий показує Іллі видимі рухи, він повторює за дорослим ці рухи, не менше 10 різних у 4/5 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує 2 рухи з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує 5 рухів з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує 8 рухів з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує 10 рухів без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Імітація» 1.03
Під час гри або пісеньки, коли дорослий показує Іллі невидимі йому самому руху, він повторює за дорослим ці рухи, не менше 6 різних у 4/5 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма і дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує 1 рух з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує 2 рухи з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує 4 рухи з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує 6 рухів без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Імітація» 1.04
Під час взаємодії, коли дорослий показує Іллі мімічні рухи, він повторює за дорослим ці рухи, щонайменше 6 різних у 4/5 випадках 3 сесії поспіль із двома і більше дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує 1 рух з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує 2 рухи з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує 4 рухи з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує 6 рухів без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Гра

Розділ «Гра» 1.08
Під час гри, коли дорослий оголошує її закінчення, Ілля правильним чином закінчує гру і намагається прибрати за собою в 4/5 випадках 3 сесії поспіль з 2-ма дорослими.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Дрібна моторика

Розділ «Дрібна моторика» 1.07
Під час взаємодії, коли дорослий пропонує Іллі погратися з дрібними іграшками, він використовує пінцетний захват і захват трьома пальцями для відповідних іграшок в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з двома чи більше людьми.

	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Розділ «Дрібна моторика» 1.12 Під час взаємодії, коли дорослий пропонує Іллі погратися з Лего, він самостійно складає між собою великі деталі конструктора в 4/5 випадках, 3 сесії поспіль з двома чи більше людьми.												
	С 1	С 2	С 3	С 4	С 5	С 6	С 7	С 8	С 9	С 10	С 11	С 12
Виконує з повною фізичною підказкою в 2/10 випадках												
Виконує з частковою фізичною підказкою в 4/10 випадках												
Виконує з вербальною чи/або жестовою підказкою в 6/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках												
Виконує без підказок в 8/10 випадках з генералізацією												

Д13

Приблизна послідовність занять у межах індивідуальної терапевтичної сесії за ESDM

Етап / заняття	Місце проведення	Зміст діяльності	Основні цілі
Привітання	Стільчик для привітань	Ритуал привітання з використанням пісеньки, жестів, простих інструкцій (сісти, встати, «дай п’ять»), зняття взуття	Соціальна комунікація, спільна увага, імітація, рецептивне мовлення
Гра з предметами 1	За столом	Маніпуляції з предметами (пазли, вкладки, сортери), спільна діяльність із дорослим	Когнітивно-пізнавальні навички, дрібна моторика, імітація, комунікація
Сенсорно-соціальна гра 1	На килимі	Сенсорно-соціальна повторювана гра (пальчикові ігри, пісеньки з рухами, «ку-ку»)	Соціальна взаємодія, ініціація комунікації, емоційний обмін
Активна рухова діяльність 1	Вільний простір / килим	Рухливі ігри (катання м’яча, вправи з великою іграшкою, стрибки, «літачок»)	Загальна моторика, імітація, регуляція збудження, комунікація
Гра з предметами 2	За столом або на підлозі	Повторювана гра з ускладненням (конструктори, сортування за ознаками, чергування дій)	Когнітивні навички, черговість, гнучкість мислення, спільна діяльність
Сенсорно-соціальна гра 2	На килимі	Ігри з високою соціальною залученістю (лоскотання, ритмічні рухи, хороводні ігри)	Соціальна ініціатива, регуляція емоцій, спільна увага
Перекус	За столом	Спільний прийом їжі з використанням ієрархії підказок, очікування, запитів	Комунікативні навички, самообслуговування, соціальна взаємодія
Активна рухова діяльність 2	Килим / вільний простір	Рухливі ігри з чергуванням ролей, координаційні вправи	Загальна моторика, імітація, комунікація
Книги / спокійна діяльність	Крісло-мішок / килим	Спільне розглядання книг, імітація звуків, коментування зображень	Розвиток мовлення, спільна увага, соціальна взаємодія
Гра з предметами 3	На килимі	Відбивання ритму на музичних інструментах	Комунікативні, перцептивні, імітаційні та ігрові цілі
Прощання	Стільчик для прощань	Ритуал прощання, одягання взуття, завершення сесії	Соціальні навички, завершення взаємодії, самообслуговування

Д14

Спеціальна форма «План терапевтичного втручання в межах сесії»

Дитина Дата	
Необхідні матеріали	
Привітання	
Гра з предметами 1	
Сенсорно-соціальна активність 1	
Гра з предметами 2	
Активні ігри на підлозі	
Гра з предметами 3	
Активні ігри	
Книги	
Перекус	
Гра з предметами 4	
Сенсорно-соціальні ігри	
Прощання/завершення заняття	

Д15

Динаміка показників сформованості трьох компонентів розвитку у дітей з РАС протягом 48 тижнів формувального експерименту (T0–T4), % від вікового максимуму

Компонент	Група	T0	T1	T2	T3	T4	Δ(T1–T0)	Δ(T2–T1)	Δ(T3–T2)	Δ(T4–T3)	Δ(T4–T0)
Когнітивно-пізнавальний	ESDM-IND	29.4	41.9	47.8	51.6	54.8	+12.5	+5.9	+3.8	+3.2	**+25.4**
	ESDM-IND+ЗДО	28.6	45.8	53.8	59.3	63.9	+17.2	+8.0	+5.5	+4.6	**+35.3**
Соціально-комунікативний	ESDM-IND	21.8	33.6	38.7	43.2	47.6	+11.8	+5.1	+4.5	+4.4	**+25.8**
	ESDM-IND+ЗДО	20.9	37.9	45.9	52.4	58.8	+17.0	+8.0	+6.5	+6.4	**+37.9**
Поведінково-регуляторний	ESDM-IND	33.1	42.7	47.2	51.3	55.2	+9.6	+4.5	+4.1	+3.9	**+22.1**
	ESDM-IND+ЗДО	31.7	45.3	52.1	58.0	62.9	+13.6	+6.8	+5.9	+4.9	**+31.2**

Примітки до таблиці (позначення):

T0 – старт формувального етапу (дані констатувального обстеження).

T1, T2, T3, T4 – проміжні заміри кожні **12 тижнів** (загалом 48 тижнів).

Значення подано у **% від вікового максимуму** (нормовані показники за відповідним віковим рівнем чек-листа).

Δ(T1 – T0) тощо – **приріст у відсоткових пунктах (в.п.)**, різниця між двома середніми значеннями.

Критерії рівнів: **низький <40%**, **середній 40 – 74%**, **високий ≥75%**.

Д16

Переходи між рівнями сформованості компонентів розвитку за 48 тижнів формувального експерименту (T0 → T4)

Когнітивно-пізнавальний компонент					
Група	**Низький → Середній**	**Середній → Високий**	**Без зміни рівня**	**χ^2**	**p**
ESDM-IND	9 (56%)	1 (6%)	6 (38%)		
ESDM-IND+ЗДО	15 (68%)	4 (18%)	3 (14%)	4.87	0.027
Соціально-комунікативний компонент					
Група	**Низький → Середній**	**Середній → Високий**	**Без зміни рівня**	**χ^2**	**p**
ESDM-IND	7 (44%)	0	9 (56%)		
ESDM-IND+ЗДО	14 (64%)	2 (9%)	6 (27%)	6.14	0.013
Поведінково-регуляторний компонент					
Група	**Низький → Середній**	**Середній → Високий**	**Без зміни рівня**	**χ^2**	**p**
ESDM-IND	6 (38%)	0	10 (62%)		
ESDM-IND+ЗДО	12 (55%)	2 (9%)	8 (36%)	4.21	0.041

Позначення

Рівні: низький <40%, середній 40 – 74%, високий ≥75%.

Дані подані як n (%).

χ^2 – критерій для порівняння часток переходів між групами.

P – рівень статистичної значущості ($p<0,05$).

Д17

Внутрішньорівнева позитивна динаміка показників сформованості (T0 → T4) у дітей без переходу рівня

	Когнітивно-пізнавальний компонент					
Група	**Підгрупа**	**n**	**T0, % (Me [IQR])**	**T4, % (Me [IQR])**	**Приріст, в.п.**	**p**
ESDM-IND	Низький → Низький	6	24 [20–29]	37 [33–39]	+13	0.012
ESDM-IND+ЗДО	Низький → Низький	3	25 [21–30]	44 [40–48]	+19	0.008
	Соціально-комунікативний компонент					
Група	**Підгрупа**	**n**	**T0, % (Me [IQR])**	**T4, % (Me [IQR])**	**Приріст, в.п.**	**p**
ESDM-IND	Низький → Низький	9	18 [15–22]	34 [29–38]	+16	0.006
ESDM-IND+ЗДО	Низький → Низький	6	17 [14–21]	43 [38–47]	+26	0.003
	Поведінково-регуляторний компонент					
Група	**Підгрупа**	**n**	**T0, % (Me [IQR])**	**T4, % (Me [IQR])**	**Приріст, в.п.**	**p**
ESDM-IND	Низький → Низький	10	30 [26–35]	42 [38–46]	+12	0.018
ESDM-IND+ЗДО	Низький → Низький	8	29 [25–34]	49 [45–53]	+20	0.009

Позначення

Рівні: **низький <40%**, **середній 40 – 74%**, **високий ≥75%**.

Me [IQR] – медіана та інтерквартильний розмах.

в.п. – відсоткові пункти.

P – критерій Вілкоксона для залежних вибірок.

Д18

Середні значення показників досягнення індивідуальних цілей (шкала 0 – 5) за період Т1–Т4

Група	Середня кількість активних цілей за інтервал (Т1–Т4), М	Середній прогрес за шкалою 0–5 (Т1–Т4), М	Частка цілей, що досягли кроку 5 (генералізація), %	Середня кількість генералізованих навичок (Т1–Т4), М
ESDM-IND	15.5	3.2	41%	6.3
ESDM-IND+ЗДО	17.0	3.8	62%	10.3

Позначення:

Т0 – Т4 – часові точки оцінювання (кожні 12 тижнів);

Т1 – Т4 – період аналізу (усереднення показників інтервалів Т0 – Т1, Т1 – Т2, Т2 – Т3, Т3 – Т4);

М – середнє арифметичне значення показника;

Шкала 0 – 5 – рівні сформованості індивідуальної навчальної цілі (0 – відсутність навички / виконання лише за повної підказки; 5 – сформована навичка з критерієм генералізації).

Д19

Узагальнені результати формувального експерименту за 48 тижнів

Показник	ESDM-IND	ESDM-IND+ЗДО	Міжгрупова різниця (тест; p)
Середній інтегральний приріст (усі компоненти), в.п.	+24.4 ± 8.9	+34.8 ± 9.6	t = 3.44; p = 0.002
Перехід з низького до середнього рівня (середнє по компонентах), % дітей	46%	62%	χ^2; p = 0.018
Досягнення високого рівня (діапазон по компонентах), % дітей	0 – 6%	9 – 18%	χ^2; p = 0.072 *(тенденція)*
Діти, що досягли високого рівня хоча б в 1 компоненті, n (%)	1 (6%)	7 (32%)	Fisher exact test; p = 0.049
Внутрішньорівневий приріст у межах низького рівня, в.п. *(середнє по компонентах, "Низький→Низький")*	+13.7 ≈ +14	+21.7 ≈ +22	Mann-Whitney U; p = 0.055 (тенденція)
Середній прогрес за шкалою 0–5 (Т1–Т4), M ± SD	3.2 ± 0.5	3.8 ± 0.6	Mann-Whitney U; p = 0.031
Середня кількість активних цілей за інтервал (Т1–Т4), M ± SD	15.5 ± 2.6	17.0 ± 2.8	Mann-Whitney U; p = 0.012
Частка цілей, що досягли кроку 5 (генералізація), %	41%	62%	χ^2; p = 0.086 (тенденція)
Частка цілей з генералізацією на дитину, Me [IQR] *(узгоджене моделювання)*	0.40 [0.30 – 0.52]	0.62 [0.50 – 0.74]	Mann-Whitney U; p = 0.028
Середня кількість генералізованих навичок (Т1–Т4), M ± SD	6.3 ± 2.1	10.3 ± 2.7	Mann-Whitney U; p = 0.009

Примітки:

в.п. – відсоткові пункти.

M ± SD – середнє та стандартне відхилення; **Me [IQR]** – медіана та інтерквартильний розмах.

p<0.05 – статистично значущі відмінності; **0.05–0.10** – тенденції.

УКРАЇНА
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ГНАТЮКА (ТНПУ)
вул. М.Кривоноса, 2, м. Тернопіль, 46027,
тел. (0352) 43-58-80, факс (0352) 43-60-02
e-mail: info@tnpu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125544

UKRAINE
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF UKRAINE
TERNOPIL VOLODYMYR HNATIYK NATIONAL PEDAGOGICAL UNIVERSITY (TNPU)
2 M.Kryvonosa st., Ternopil, 46027, Ukraine
tel. +38 0352 43-58-80, fax:+38 0352 43-60-02
e-mail: info@tnpu.edu.ua

Від «11» 03 2026 р. №263/26.04-33 На № _____ від «____» _____ 20___ р.

ДОВІДКА
про представлення та апробацію результатів дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни на тему: «Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти» поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія»

Основні положення та результати дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни було представлено на базі Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка у форматі відкритого семінару на тему «Інноваційні стратегії психолого-педагогічної допомоги дітям з ООП у ситуаціях невизначеності та втрати безпечного середовища» для науково-педагогічних працівників і здобувачів вищої освіти. Представлені матеріали викликали професійний інтерес в учасників заходів та були рекомендовані до використання у фаховій діяльності.

Викладачі університету використовували методичні рекомендації дисертантки при підготовці курсових та кваліфікаційних робіт. Позитивні відгуки викладачів та здобувачів освіти дають підстави стверджувати, що тема дослідження є актуальною, а результати дослідження доцільно впроваджувати в освітній процес закладу вищої освіти.

У межах заходу було презентовано теоретичні та практичні напрацювання, отримані в ході виконання дисертаційного дослідження, а також окреслено можливості їх використання у практиці психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами.

Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

Проректор з наукової роботи
та міжнародного співробітництва Ірина ЗАДОРОЖНА

Завідувач кафедри
психології розвитку та консультування . Іванна АНДРІЙЧУК

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО

Юридична адреса: вул. Гетьманська, 20, м. Мелітополь, Запорізька область, Україна, 72312,
Фактична адреса: вул. Наукового містечка, 59, м. Запоріжжя, Запорізька область, Україна, 69000,
тел. (061) 286-23-60, (096) 21-61-372 E-mail: rectorat@mdpu.org.ua, www.mdpu.org.ua,
код ЄДРПОУ 02125237

03 БЕР 2026 № 01-15/449 На № _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни на тему «Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти», поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 Психологія

У дисертаційному дослідженні Міронової Вікторії Михайлівни обґрунтовано й експериментально перевірено використання практичних рекомендацій щодо організації психолого-педагогічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивних та інших закладах освіти в умовах суспільних трансформацій, кризових ситуацій та порушення стабільності освітнього середовища.

Результати дослідження впроваджено в освітній процес Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького, що передбачало проведення воркшопу «Інноваційні стратегії психолого-педагогічної допомоги дітям з ООП у ситуаціях невизначеності та втрати безпечного середовища» на міжнародній науково-практичній конференції «Психологія, фізична культура, спорт та комплексна реабілітація: мультидисциплінарний підхід у вимірі суспільних трансформацій» і відкритого семінару та майстер-класу «Підтримка автономії та комунікації дітей з інтелектуальними порушеннями через повсякденні рутини. Практичний досвід роботи в умовах воєнного часу» в межах реалізації проєкту EPERE – «Посилення участі та забезпечення права на освіту дітей з інтелектуальними порушеннями: розвиток спроможностей і можливостей». Представлені матеріали викликали професійний інтерес у учасників заходів та були рекомендовані до використання у фаховій діяльності.

Викладачі університету використовували методичні рекомендації дисертантки при підготовці курсових та кваліфікаційних робіт. Позитивні відгуки викладачів та здобувачів освіти дають підстави стверджувати, що тема дослідження є актуальною, а результати дослідження доцільно впроваджувати в освітній процес закладу вищої освіти.

Довідка про впровадження результатів дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни на тему «Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти» обговорена та затверджена на засіданні кафедри психології (протокол № 12 від 02.03.2026 р.).

Ректор Наталя ФАЛЬКО

Виконавець Олеся Прокоф'єва
+380 96 544 63 63

ДОВІДКА

про впровадження та подальше використання результатів дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни

на тему:
«Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
зі спеціальності 053 «Психологія».

У приватному закладі дошкільної освіти «Нест» (м. Київ), який функціонує на основі методичної моделі, сформованої в межах попередньої діяльності Дитячого клубу-садка Вікторії Міронової, продовжується впровадження та практичне застосування результатів дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни.

У закладі системно використовуються розроблені в межах дослідження психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання, зокрема:

– структурована система психолого-педагогічної діагностики розвитку дітей;
– принципи організації сенсорно збалансованого та психологічно безпечного освітнього середовища;
– алгоритми формування соціальної взаємодії, спільної уваги та комунікативних навичок у природних освітніх ситуаціях;
– моделі міждисциплінарної взаємодії фахівців;
– практика батьківського консультування та коучингового супроводу.

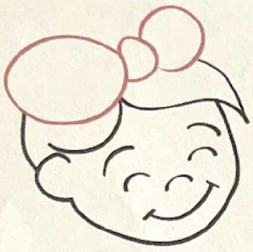
Результати дисертаційного дослідження використовуються також у системі внутрішнього професійного розвитку працівників закладу. На їх основі проводяться методичні семінари, практичні тренінги та супервізійні зустрічі з метою підвищення компетентності педагогів у сфері раннього втручання та підтримки дітей з труднощами розвитку.

Таким чином, розроблена модель реалізації Денверської моделі раннього втручання має сталий характер впровадження та продовжує використовуватися в освітній практиці закладу.

Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

фізична особа-підприємець Ющенко Марина Володимирівна ідентифікаційний код 3264106485

Директор Марина Ющенко



ДИТЯЧИЙ КЛУБ-САДОК
ВІКТОРІЇ МІРОНОВОЇ

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Міронової Вікторії Михайлівни
на тему:
«Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
зі спеціальності 053 «Психологія».

Упродовж 2023–2025 років на базі приватного закладу дошкільної освіти «Дитячий клуб-садок Вікторії Міронової» (м. Київ, вул. Кар'єрна, 19 Г) було здійснено констатувальний та формувальний етапи експериментального дослідження Міронової Вікторії Михайлівни.

Зазначений заклад виступив основною експериментальною базою реалізації дисертаційного дослідження.

У межах констатувального етапу було:

– проведено комплексну психологічну діагностику рівня соціально-комунікативного розвитку дітей;
– визначено індивідуальні профілі розвитку;
– проаналізовано особливості освітнього середовища та його відповідність потребам дітей з розладами аутистичного спектра.

У межах формувального етапу дослідження було:

– впроваджено систему психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання;
– апробовано розроблену модель діагностики;
– організовано структуровані індивідуальні та групові заняття за принципами ESDM;

– здійснено адаптацію освітнього простору відповідно до вимог сенсорної та соціально-комунікативної підтримки;
– забезпечено міждисциплінарну взаємодію фахівців;
– реалізовано програму батьківського коучингу.

Отримані результати засвідчили позитивну динаміку розвитку дітей у сферах соціальної взаємодії, спільної уваги, комунікації, ігрової діяльності та поведінкової регуляції.

Розроблена система психологічних умов реалізації Денверської моделі була повністю впроваджена в освітній процес закладу.

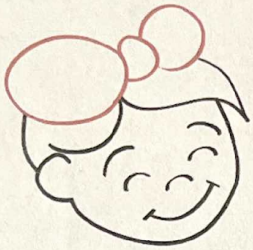
Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

Директор Марина Юденко
Підпис _____
П.І.Б. Юденко М. В.

Фізична особа - підприємець
Міронова Вікторія Михайлівна
Код 3206612001

happychildren.in.ua
club@happychildren.in.ua
093-168-70-52
Київ, вул. Кар'єрна, 19 Г
вул. Стадіонна,6

25 березня 2025



ДИТЯЧИЙ КЛУБ-САДОК
ВІКТОРІЇ МІРОНОВОЇ

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Міронової Вікторії Михайлівни
на тему:
«Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
зі спеціальності 053 «Психологія».

Упродовж 2023–2025 років на базі приватного закладу дошкільної освіти «Дитячий клуб-садок Вікторії Міронової» (м. Київ, вул. Стадіонна, 6) було здійснено констатувальний та формувальний етапи експериментального дослідження Міронової Вікторії Михайлівни.

Зазначений заклад виступив основною експериментальною базою реалізації дисертаційного дослідження.

У межах констатувального етапу було:

– проведено комплексну психологічну діагностику рівня соціально-комунікативного розвитку дітей;
– визначено індивідуальні профілі розвитку;
– проаналізовано особливості освітнього середовища та його відповідність потребам дітей з розладами аутистичного спектра.

У межах формувального етапу дослідження було:

– впроваджено систему психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання;
– апробовано розроблену модель діагностики;
– організовано структуровані індивідуальні та групові заняття за принципами ESDM;

– здійснено адаптацію освітнього простору відповідно до вимог сенсорної та соціально-комунікативної підтримки;
– забезпечено міждисциплінарну взаємодію фахівців;
– реалізовано програму батьківського коучингу.

Отримані результати засвідчили позитивну динаміку розвитку дітей у сферах соціальної взаємодії, спільної уваги, комунікації, ігрової діяльності та поведінкової регуляції.

Розроблена система психологічних умов реалізації Денверської моделі була повністю впроваджена в освітній процес закладу.

Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

Директор Наход Світлана
Підпис
П.І.Б. Наход С.А.

Фізична особа - підприємець
Міронова Вікторія Михайлівна
Код 3205612001

25 березня 2025

happychildren.in.ua
club@happychildren.in.ua
093-168-70-52
Київ, вул. Кар'єрна, 19 Г
вул. Стадіонна,6

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА

BORYS GRINCHENKO
KYIV METROPOLITAN UNIVERSITY

ФАКУЛЬТЕТ
ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ
б-р І. Шамо, 18/2, м. Київ, Україна, 02154
Тел.: +380 44 295-78-58
fpsrso.kubg.edu.ua, fpsrso@kubg.edu.ua

FACULTY
OF PSYCHOLOGY, SOCIAL WORK
AND SPECIAL EDUCATION
18/2 I. Shamo Blvd, Kyiv, Ukraine, 02154
Tel.: +380 44 295-78-58
fpsrso.kubg.edu.ua, fpsrso@kubg.edu.ua

10.02.2026 № 62
№_____від _____

ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Міронової Вікторії Михайлівни
на тему:
«Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
зі спеціальності 053 «Психологія»

Результати та основні положення дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни було впроваджено у навчальний процес на Факультеті психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка у 2024–2025 навчальному році.

Матеріали дослідження використовувалися під час викладання дисципліни **«Основи раннього втручання»** для здобувачів вищої освіти Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти, кафедри спеціальної та інклюзивної освіти.

Здобутки дисертаційної роботи були інтегровані у:

- зміст лекційних занять;
- практичні та семінарські заняття;
- аналіз кейсів з організації раннього втручання в закладах дошкільної освіти;
- формування у студентів компетентностей щодо реалізації Денверської моделі раннього втручання;
- розробку завдань, спрямованих на моделювання психологічних умов інклюзивного середовища.

Використання результатів дослідження сприяло підвищенню якості підготовки майбутніх фахівців у сфері раннього втручання, формуванню практико-орієнтованого мислення та розвитку професійних компетентностей щодо підтримки дітей з розладами аутистичного спектра в умовах закладів дошкільної освіти.

Одержані результати мають вагоме значення для доповнення змісту освітніх програм і підготовки фахівців спеціальної та інклюзивної освіти.

Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

Декан Факультету психології,
соціальної роботи та спеціальної освіти,
кандидат педагогічних наук, доцент Наталія Клішевич

ЦЕНТР ЛОГОПЕДІЇ, РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ «ПЕЛЮСТКИ»

М. Київ, вул. Левка Лук'яненка, 18. Тел. 099 337 54 84

Отримані результати засвідчили позитивну динаміку розвитку дітей у сферах соціальної взаємодії, спільної уваги, ініціативної комунікації, ігрової діяльності, емоційної регуляції та поведінкової адаптації.

Розроблена Міроновою В. М. система психологічних умов реалізації Денверської моделі сприяла підвищенню ефективності корекційно-розвиткової роботи фахівців центру, удосконаленню міждисциплінарної взаємодії та підвищенню професійної компетентності спеціалістів.

Отримані результати було впроваджено у практику роботи фахівців центру.

Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

Директор ЗПО «Центр логопедії, раннього втручання та психологічної допомоги «Пелюстки»

Підпис _____

П.І.Б. Шупта Тетяна Вікторівна

DIAGNOSTICS 360°

Наказ МОЗ України
«Про ліцензування медичної практики»
від 13.12.2021 № 2765
E-mail: med.diagnostics@gmail.com

www.facebook.com/360MedDiagnostics

ЄДРПОУ 44360017
МФО 380805

ДОВІДКА

про впровадження та обговорення результатів дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни
на тему:
«Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти», поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія».

Упродовж 2025 року Міронова Вікторія Михайлівна представила результати дисертаційного дослідження у Медичному центрі Діагностика 360.
Під час фахової зустрічі з лікарями-педіатрами, дитячими психіатрами, неврологами та іншими спеціалістами було презентовано науково обґрунтовану систему психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM) у роботі з дітьми раннього та дошкільного віку з розладами аутистичного спектра.
У ході обговорення висвітлено:
– механізми раннього виявлення порушень соціально-комунікативного розвитку;
– значення міждисциплінарної взаємодії медичних та психолого-педагогічних фахівців;
– принципи інтеграції психологічних інтервенцій у загальну систему медичного супроводу дитини;
– результати апробації моделі в умовах закладів дошкільної освіти;
– показники позитивної динаміки розвитку дітей у сфері соціальної взаємодії, комунікації та адаптації.
За результатами зустрічі було досягнуто домовленостей щодо посилення міждисциплінарної співпраці, координації маршрутів допомоги дітям з ризиком РАС та впровадження елементів Денверської моделі в систему комплексного супроводу.
Представлені матеріали викликали професійний інтерес та були рекомендовані до використання в практиці міждисциплінарної роботи з дітьми раннього віку.
Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки та психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 (Психологія)

Керівник Мелешко С.П.
Підпис
М.П.

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ • УКРАЇНА • м. КИЇВ
"Діагностика 360"
Ідентифікаційний код
44360017

ПАТЕШОН
Образователен център
Република България, гр. Бургас, ул. Славянска 34, 8000
+359 89 591 8389 pateshon1@gmail.com

ДОВІДКА

про представлення та впровадження результатів дисертаційного дослідження
Міронової Вікторії Михайлівни
на тему:
«Психологічні умови реалізації Денверської моделі раннього втручання в закладах дошкільної освіти»,
поданого на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 053 «Психологія».

Упродовж липня 2025 року результати дисертаційного дослідження Міронової Вікторії Михайлівни були представлені в приватному закладі дошкільної освіти — Образователен център «Патешон» (м. Бургас, Республіка Болгарія).

Під час професійної зустрічі з адміністрацією та педагогічним колективом було презентовано науково обґрунтовану систему психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання (Early Start Denver Model, ESDM) в умовах закладу дошкільної освіти.

У межах співпраці було:

– проведено аудит освітнього середовища з аналізом організаційних, просторових та психологічних умов;
– надано практичні рекомендації щодо адаптації середовища відповідно до принципів Денверської моделі;
– здійснено навчання педагогів з питань розвитку соціальної взаємодії, спільної уваги, імітації та комунікативних навичок у дітей раннього та дошкільного віку;
– проведено зустрічі з батьками у форматі коучингу з метою узгодження стратегій підтримки дитини в закладі та родині;
– обговорено механізми міждисциплінарної взаємодії у процесі супроводу дітей з труднощами розвитку.

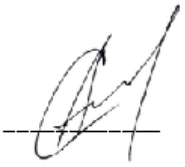
Представлені результати дослідження викликали професійний інтерес та стали підґрунтям для подальшого планування впровадження елементів розробленої моделі у практику закладу.

ПАТЕШОН
Образователен център
Република България, гр. Бургас, ул. Славянска 34, 8000
+359 89 591 8389 pateshon1@gmail.com

Адміністрація закладу висловила зацікавленість у продовженні співпраці та більш детальному впровадженні системи психологічних умов реалізації Денверської моделі раннього втручання.

Довідка видана для подання до спеціалізованої вченої ради Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України на здобуття наукового ступеня доктора філософії зі спеціальності 053 «Психологія».

Керівник Ситенко Олександра Сергіївна

Підпис 

П.І.Б.

М.П. 